



1re Série. Tome 5. — N° 1. 5e année. Jeudi 1er Janvier 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 31 décembre 1856.

L'identiquopathie, la chimicopathie, l'urinopathie et autres, et la liberté scientifique.

Il ne fait pas bon avoir des ménagements pour l'homœopathie, la logique de M. Loyal aurait bien suffi à nous le prouver. Mais la puissante dialectique de ce grand raisonneur devait nécessairement faire des prosélytes, et depuis deux jours, nous sommes accablé sous les arguments d'une foule de correspondants que nous avions cru, jusqu'à présent, pouvoir éconduire sans manquer à nos principes de libéralisme; mais ces messieurs ayant donné force de timbre à leur argumentation, il est évident qu'il nous devenait tout à fait impossible de leur résister plus longtemps. Nous publions donc aujourd'hui quelques échantillons de leur prose triomphante, en demandant pour toute grâce à la générosité des vainqueurs qu'ils nous permettent de tempérer, par quelques modestes remarques, l'amertume de notre défaite.

Lettre première. — Monsieur le rédacteur, je me suis assuré depuis longtemps que vos prétendus principes de liberté scientifique ne sont qu'une frime; aujourd'hui tout le monde en est convaincu; cependant je veux l'en convaincre encore davantage; je vous somme donc de porter à la connaissance du public les faits suivants :

En 1854, je me rendis dans votre cabinet, un manuscrit à la main, et, vous le présentant, je m'exprimai en ces termes :

« Monsieur, voici un mémoire qui renferme la démonstration que la mort de l'homme n'est qu'un accident, et une méthode pour le conjurer. »

Vous me répondîtes :

« Monsieur, votre démonstration ne serait certainement pas comprise de mes lecteurs, qui ont tous des principes surannés en physiologie, et votre méthode soulève de si dangereuses questions d'économie sociale, qu'il ne me serait pas permis de la publier dans le *Moniteur des Hôpitaux*. La véritable place de votre mémoire serait dans le *Journal des économistes.* »

Je ne suis pas si bête que j'en ai l'air, et je compris parfaitement ce que signifiait votre réponse : pour vous, elle voulait dire que ma démonstration était une absurdité, et ma méthode une mystification; mais, pour moi, elle démontrait clairement que vous reculiez devant la libre discussion, et que vous immo-

---

LES FLÈCHES MÉDICALES (1).

Le Feuilletoniste.

Ce doit être une opinion généralement admise que, dans un journal scientifique, les feuilletonistes sont les heureux de la maison; on doit penser qu'ils abandonnent la besogne sérieuse à leurs collaborateurs, et les laissent parler de nos savants, ce qui n'est pas toujours amusant; tandis que leur plume légère ne connaît que les jeux folâtres et que leur vie s'écoule dans un long éclat de rire.

Il y a bien des choses à dire là-dessus.

Il est vrai que le feuilletoniste rit souvent, qu'il rit même beaucoup à la fois; mais par combien de misères ne cherche-t-on pas à lui faire expier cette vieille gaieté gauloise qui fait le charme de son existence et le désespoir des sots. Heureusement que le feuilletoniste ne s'effraye pas du bruit, et qu'il laisse passer tempêtes et colères avec la même indifférence qu'un sybarite couché dans un bon lit laisse passer la giboulée qui fouette ses vitres.

Du moment qu'un écrivain met le pied dans le rez-de-chaussée d'un journal, avec la ferme résolution de dire la vérité à chacun et sur toutes choses, il doit faire d'avance le sacrifice de son individualité; comme les premiers chrétiens du cirque, il est exposé aux bêtes et même parfois aux gens d'esprit. Il doit dire à tous :

Dites de moi tout ce que vous voudrez; la chose m'est absolument indifférente; je m'en moque d'une manière absolue.

Cette invulnérabilité du feuilletoniste est la condition essentielle de son existence, qui ne serait point supportable s'il avait la fibre aussi sensible que ses adversaires. Seul pour répondre à tous les justiciables de son feuilleton, vous pensez qu'il s'en effraye? Du tout, il a dans la lutte un avantage immense : tout ses coups portent, tandis que ceux de ses adversaires tombent sur une triple armure, de sorte que, contusionnés et maltraités, ceux-ci se retirent bientôt en disant (quand la colère ne leur a point troublé le cerveau) : « Mieux vaut ne rien répondre que de se faire assommer en ne prouvant pas qu'on a raison; ne soufflons pas sur le feu qui nous brûle. »

(1) *Les Flèches médicales*, feuilletons du *Moniteur des Hôpitaux*, paraissent deux fois par mois, vingt-quatre numéros par an, chez Leclerc, 14, place de l'École-de-Médecine. Un numéro, 25 c. On s'abonne 47, rue Bonaparte. Un an, 5 fr.; départements, 6 fr.

liez la vérité aux préjugés de vos lecteurs auxquels vous craigniez de déplaire, en lui donnant asile dans vos colonnes. Ne pouvant pas vous obliger, vu sa longueur, à publier textuellement mon mémoire, je me borne à constater votre partialité et à exiger la publication des conclusions suivantes, que je livre à l'appréciation des gens de bonne foi.

Une chose n'est absurde que quand elle est contradictoire dans les termes;

Or,

J'affirme que la vie est une association de l'âme et de la matière;

J'affirme que l'âme est immortelle; c'est un axiome de religion;

J'affirme que la matière est éternelle et indestructible; c'est un axiome de physique;

J'affirme que l'association de deux choses indestructibles peut être indestructible, et ne cesse de l'être que par accident;

J'affirme que cet accident est dû à la cristallisation de la matière;

J'affirme, enfin, qu'à l'aide d'un dissolvant de ma composition, j'empêche cette cristallisation de s'opérer, et que j'allonge ainsi la vie indéfiniment, et non pas jusqu'à 100 ou 120 ans, comme le fait M. Flourens, qui n'est que la tortue du progrès.

Démontrez-moi que ma doctrine et ma méthode sont contradictoires dans les termes, ou j'en conclus que vous n'êtes qu'un faux ami de la libre discussion et un pitoyable raisonneur. — *Signé :* Robin des Champs, *inventeur de la médecine chimicopathique.*

Lettre deuxième. — Puisque la logique de M. Loyal a enfin transformé en zèle réel votre faux zèle pour la liberté scientifique et fécondé la stérilité de votre amour pour elle, permettez-moi de profiter de l'occasion pour vous rendre ce que vous m'avez mis sur l'estomac, quand vous avez refusé d'imprimer ma *révélation des indications* ou *du vrai principe en thérapeutique.*

Et d'abord, laissez-moi vous avouer que vous êtes un étonnant thérapeutiste; vous dites : « J'ai traité cent kystes de l'ovaire par l'injection iodée, et j'en ai guéri cinquante; j'en ai traité cent autres par la ponction simple, et je n'en ai guéri aucun; donc je dois préférer l'injection iodée à la ponction simple. » — Voilà une plaisante raison, ou plutôt un plaisant sophisme; mais... connu : c'est ce que nous appelons le sophisme par énumération! Et qu'est-ce donc, dans une question de thérapeutique, que cent kystes dont la moitié ont été guéris par l'injection iodée *sans qu'on ait tenu compte des indications.* Les indications! les indications! voilà la véritable question! les indications, Monsieur, tout est là! — Mais qu'est-ce que les indications? — Votre question ne me prend point au dépourvu; je m'y attendais : les indications... les indica... tions... *hæc musa,* la muse, *bonus, bona, bonum.... identiqua identiquibus curantur,* voilà la règle des indications. Vous me direz peut-être que je manque de clarté; je m'y attendais; mais je vous terrasse en vous répondant :

Par *identiqua identiquibus curantur,* j'entends :

Que si vous vous êtes échaudé une partie quelconque de votre individu, vous plongiez immédiatement ladite partie dans l'eau bouillante;

Que si un cheval vous tombe sur la cuisse et vous la casse, vous appliquiez immédiatement sur la fracture ce même cheval ou un autre, aussi semblable à lui que possible;

Que si vous vous êtes empoisonné dans un fabrique de céruse, vous vous administriez immédiatement et tous les jours une potion à la litharge ou au minium, ce qu'on pourrait appeler gracieusement la *saturnisation,* pour faire pendant à une autre identiquité non moins logique d'un aimable coreligionnaire;

Que si vous avez un kyste de l'ovaire........ ha! par exemple, je ne sais pas ce qui produit les kystes de l'ovaire, à moins que ce ne soit une vésicule de Graaf; en tout cas, si ce n'est pas cela, c'est quelque chose de fort analogue; prescrivez donc une dilution de vésicule de Graaf; si elle ne donne pas une chance sur deux de guérir le kyste, elle sera toujours plus *identique* que l'injection iodée, et conséquemment plus conforme aux indications, ce qui est le point important.

Quand je parle de cheval, n'allez pas croire que je sois tout à fait un âne, et que j'applique en effet un cheval, en guise de cataplasme, sur les cuisses fracturées de mes clients. Un cheval entier ou à peu près est bien nécessaire pour casser un fémur; mais pour guérir la cassure, il suffit d'un grain de cheval divisé par l'unité suivie de soixante zéros, ou, si vous préférez une expression fractionnaire, un *soixantezéronième* de grain de cheval!

Voilà, Monsieur, ce que c'est que la thérapeutique des indications de l'identiquité ou de l'identiquité des indications! Osez prétendre maintenant qu'il ne faut pas être un ennemi de la liberté scientifique pour refuser ses colonnes à des vérités aussi importantes, et pour mettre sous le boisseau de telles clartés. — *Signé :* Athanase Navet, *identiquothérapeute.*

P.-S. — Je ne voudrais pas qu'on crût que je pousse à l'excès quoi que ce soit; et j'avoue que si j'étais d'un sexe à être affligé d'un kyste de l'ovaire, j'aimerais mieux être traité par la mé-

---

Aussitôt que le feuilletoniste réussit, les adversaires surgissent devant lui. Les principaux sont naturellement, tout d'abord, les gens dont il attaque les doctrines ou les actes. Je dis les doctrines et non pas les personnes, car il ne s'attaque pas aux personnes, mais seulement aux choses scientifiques, et c'est son droit.

En médecine il n'en est pas de même que dans les arts ou les modes. Un peintre, en outrageant le sens commun, ne fait de tort qu'à lui-même et ne compromet en rien la santé du prochain; les luttes entre la ligne et la couleur, quoique acharnées, n'ont probablement jamais causé une indisposition de vingt-quatre heures; l'exagération d'une mode peut être absurde, mais cette absurdité ne nuit qu'à ceux qui s'en rendent coupable. En médecine il n'en est point de même : l'absurde peut devenir un danger pour la société; l'erreur peut compromettre des vies humaines; l'excentricité même peut avoir une influence fâcheuse sur la santé publique. Il est donc du devoir du feuilleton de combattre tout ce qui est faux, outré, ridicule ou absurdedans le monde médical.

Il est certain que les gens attaqués crieront toujours à la personnalité, car ils se sont tellement identifiés avec leurs erreurs ou leurs sottises qu'il leur semble qu'elles font partie d'eux-mêmes et qu'on ne peut y toucher sans provoquer des cris de paon de la vanité blessée. Heureusement que le public n'est point dupe de ces clameurs arrachées à l'amour-propre blessé, et qu'il sait parfaitement reconnaître où finit la science et où commence la personnalité.

Cependant, il faut l'avouer, quelquefois le feuilleton devient personnel; mais ce n'est jamais qu'à titre de représailles et pour répondre à une méchanceté écrite ou parlée, à quelque perfidie débitée sous le manteau et dont l'auteur se croit bien caché, pour répondre à quelque lettre anonyme qui vient d'une source si transparente que la signature est inutile. Ce n'est donc que dans le cas de légitime défense que le feuilleton devient personnel; et il atteint souvent tel qui se croyait bien caché. C'est que s'il a des adversaires, le feuilletoniste a encore plus d'amis (d'abord tous les gens d'esprit), qui furettent pour son compte, écoutent pour lui, et rapportent intégralement leur butin à ce confident naturel de toutes les petites malices, de toutes les grosses sottises, de tous les grands travers, non-seulement du tiers-état, mais encore de l'aristocratie médicale; ce qui lui fait au bout de l'année un joli petit recueil de coccigruâneries dont chaque auteur est coté, étiqueté, classé et estimé à sa juste valeur et tout prêt à être servi chaud quand la nécessité l'ordonne. Comme vous voyez, au lieu de deux oreilles le feuilletoniste en a mille; et des yeux donc! *Argus* auprès de lui passerait pour borgne! Comme le solitaire de M. d'Arlincourt, il voit tout, est partout, entend tout, sait tout, et, s'il ne dit pas tout, c'est uniquement par pure charité.

thode qui, d'après la statistique, en guérit 50 pour 100, que par celle qui n'en guérit pas du tout; c'est là une de ces petites concessions qu'on peut faire, dans la pratique, sans charger la conscience; mais, en principe, il faut être ferme sur les indications. — A. N.

Troisième lettre. — Monsieur, ne croyez pas que je me sois jamais laissé prendre à vos faux airs de libéralisme, et que j'aie été la dupe des mauvaises raisons par lesquelles vous avez refusé d'annoncer au monde savant ma grande découverte urinopathique; votre raison apparente était que ma découverte est une absurdité; mais la vraie vérité, c'est que vous avez vu que j'avais trop d'esprit, et que vous avez craint que je n'éclipsasse vos deux collaborateurs du feuilleton; la preuve que j'ai de l'esprit, c'est que j'ai retenu, pour m'en servir au besoin, ce raisonnement spirituel du spirituel et défunt Odry: « Je n'aime pas les épinards et j'en suis bien aise, car si je les aimais, j'en mangerais, et je ne puis pas les souffrir. » Aussi je ne balance pas à vous dire: « Si vous avez repoussé ma découverte, ce n'est pas du tout parce que c'est une absurdité, c'est tout simplement parce que « si vous l'aimiez...., etc. » Mais, à vrai dire, je ne prise que peu l'esprit; c'est pour le raisonnement que je garde toute mon estime, et, sur ce point, j'ai la satisfaction de pouvoir me rendre la justice de ne craindre personne. Lors donc que vous entrerez de bonne grâce et en plein dans la libre discussion, au lieu d'y entrer en rechignant, je me fais fort de vous démontrer par A plus B que toutes les maladies, tous les âges, tous les sexes, tous les tempéraments, et même tous les caractères, ont leur urine particulière, urine que je puis reconnaître à première inspection, qui exige un traitement particulier et qui me permet de guérir tous les malades qui me consultent sans les toucher, sans leur parler, sans les voir, sans savoir ni leur nom, ni leur adresse, ni même leur nationalité; laquelle démonstration, j'établirai sur trois cent-quatre-vingt-dix mille-neuf cent-cinquante-quatre guérisons. — *Signé:* MITOUFLET DE SAINT-SYMPHORIEN, inventeur de la méthode urinopathique.

Modestes observations. — Messieurs, de toutes les argumentations du monde, il est certain que celle de M. Loyal et de ses confrères est la plus décisive; je n'ai donc nulle prétention de lutter contre elle ni contre vous, qui savez vous en servir si à propos. Jusqu'à ce jour j'avais cru, il est vrai, que l'esprit de feu Odry ne pouvait éclipser que celui de M. Pipelet, même quand il était tout frais, et qu'il sentait fortement le rance quand il était réchauffé; jusqu'à ce jour, j'avais cru aussi (avec l'Académie française, j'en conviens) qu'il existe des hommes *absurdes*, quoique je n'aie jamais compris comment un homme pourrait être ***contradictoire dans ses termes;*** avec l'Académie des sciences, j'avais cru aussi que, sans être ***contradictoire dans leurs termes,*** le mouvement perpétuel et la quadrature du cercle étaient des absurdités. Mais la dialectique de M. Loyal a bien changé mes opinions sur ces points et sur bien d'autres, et vous me voyez tout prêt à abjurer mes erreurs. Mais, l'avouerai-je, il est encore un point à propos duquel l'état de grâce n'a pu pénétrer dans mon cœur; ce point est relatif au soixantezéronième de grain de cheval; quand je dis cheval, je pourrais tout aussi bien dire plomb, arsenic ou guimauve. Sur *mon dit point* (pour employer le style de M. Loyal) je ne puis m'empêcher de ressembler à saint Thomas, et de vouloir absolument toucher ou tout ou moins voir, avant de me rendre. Je m'adresse donc ici en particulier à M. Navet, et voici ce que je lui propose:

Je me mets à sa disposition avec neuf de mes amis; il nous gorgera d'autant de soixantezéronièmes de grain de cheval ou d'arsenic qu'il lui plaira;

Si moi ou l'un de mes amis éprouve la moindre perturbation après ce repas globulique, je m'engage à livrer à mon dit Navet, une fois par semaine et pendant dix ans, deux colonnes du *Moniteur des Hôpitaux* pour y professer ses doctrines;

Si aucun de nous n'éprouve de coliques et autres petits accidents, M. Navet déclarera par écrit qu'il est un imbécile et un charlatan.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MEDECINE CLINIQUE.

Cas de chlorose grave, rapidement guérie par la protéine ferrée,

Par M. VERGUIN, *médecin à Enghien-les-Bains.*

A propos d'une préparation ferrugineuse, la protéine ferrée, qui semblait se présenter au praticien sous les apparences les plus avantageuses, il s'est élevé, entre le regrettable M. Quévenne et l'auteur de cette préparation, M. Leprat, ancien pharmacien interne des hôpitaux, une discussion d'un vif intérêt pour la thérapeutique (*voir le Moniteur des hôpitaux* des 14 et 21 novembre 1855 et 26 avril 1856). Il s'agissait de savoir si la protéine facilitait l'assimilation du fer dans l'économie. Pour établir ce fait, comme pour le contester, on peut se fonder et l'on s'est fondé sur des considérations chimiques et physiologiques d'un grand intérêt, assurément. Mais il faut bien reconnaître que dans les

---

Un autre sorte d'adversaires se compose de quelques bons confrères en journalisme qui trouvent qu'on fait un peu trop de bruit autour d'eux qui n'en font pas du tout. Mais ceux-là sont courtois et ne font que l'opposition passive d'un boutiquier un peu jaloux d'un voisin.

Enfin, la dernière classe (sous tous les rapports) est constituée par les batraciens médicaux. Mon très-spirituel collègue a fait l'ophidien, je ferai un jour le batracien; c'est une espèce qui vaut la peine d'être décrite. Il est l'ennemi né de tout succès, de tout ce qui n'est pas inepte comme lui; l'envie qui le ronge et la jalousie forment le fond de son estimable caractère; il serait capable de vous envier la teigne si jamais vous teniez de l'avoir tout seul. Autour de lui se groupent les Jaunots, peu méchants au fond, mais niais au possible, qui colportent et croient tout, tandis que le batracien colporte tout, mais sans y croire.

J'ai parlé de lettres anonymes dont le nom de l'auteur est dans chaque mot, bien qu'il ne soit pas au bas de l'épître, on en reçoit d'impayables, et qui sont les petits bonheurs de toute la rédaction. J'ai bien envie de vous mettre dans la confidence et de vous en faire connaître au moins les passages qui peuvent être communiqués à des médecins; à des médecins, c'est-à-dire à des hommes dont l'œil, la main et l'odorat sont familiarisés avec les putréfactions organiques et n'en sont plus impressionnés. Car cette éducation des sens permet au médecin de contempler sans dégoût les détritus de l'esprit humain, dont la décomposition se montre si avancée dans ces lettres que je craindrais leur effet sur l'organisation vierge d'un profane.

Quelques jours après la publication du feuilleton sur l'*organographose,* on en reçut une ainsi conçue:

« *A Monsieur le Rédacteur en chef du Crachoir des Hôpitaux,* — *Monsieur, vous êtes un cochon, vous salissez tous les jours les professeurs* LES PLUS DISTINGUÉS *de la Faculté; vous crachez, vous expectorez, vous dég.... sur eux....,* etc. »

Non, décidément, j'aime mieux vous laisser deviner le reste que de vous dire comment finit une lettre de deux pages, à l'encre bleue, qui commence d'une manière aussi délicate.

Quelques jours après, j'en recevais une qui commençait ainsi:

« *Il faut que vous ayez reçu en naissant une dose de stupidité bien extraordinaire....* etc. »

Ainsi de suite pendant deux pages, toujours, bien entendu, avec cette encre bleue, qui devrait rougir de laisser sur le papier de pareilles choses.

Il est vrai que nous en recevons aussi d'une autre nature, mais celles-là sont signées, et si nous ne les publions pas, c'est que nous y sommes trop bien traités.

questions de ce genre, la clinique est le seul critérium qui ne trompe pas. C'est donc à elle seule qu'on doit en appeler. Déjà les observations faites à l'hôpital Lariboisière dans les services de MM. Pidoux et Pelletan et publiées dans le n° du 26 avril dernier du *Moniteur* étaient de nature à encourager les praticiens. J'ai donc cru devoir expérimenter moi-même et je crois utile de publier aujourd'hui un premier fait qui confirme pleinement ceux observés par MM. Pidoux et Pelletan. Ce n'est pas le seul du même genre que j'aie observé, mais il me paraît assez intéressant pour devoir être publié isolément.

La nommée X..., domestique, âgée de 26 ans, demeurant à Eaubonne, vint me consulter vers le milieu de septembre 1856.

Cette jeune fille, à part une fièvre typhoïde qu'elle eut il y a cinq ans, avait toujours joui d'une excellente santé. Elle était, me dit-elle, d'un bon tempérament, avait les chairs fermes, le teint coloré et les digestions très-faciles. Les règles venaient assez abondamment pendant trois ou quatre jours; mais, depuis quelque temps, elle sentait les forces l'abandonner, les règles venaient à peine; elle éprouvait une courbature générale et ne pouvait plus se livrer à ses occupations ordinaires. La moindre marche provoquait des palpitations assez fortes. En même temps, l'appétit avait diminué et les digestions étaient très-laborieuses. Le goût pour la viande était complétement perdu, et la malade ne se serait nourrie que de salade et de mets épicés. La face était bouffie, les chairs molles, décolorées. Un bruit de souffle existait dans les carotides ainsi qu'au cœur, au premier temps.

Cette jeune fille n'avait pas un travail au-dessus de ses forces, mais elle ne sortait jamais, ne prenait pas d'exercice et était mal nourrie; elle ne buvait jamais de vin, et sa nourriture se composait de charcuterie, d'œufs et de poisson.

Je lui ordonnai un régime tonique, viandes rôties, un peu de vin généreux, et je la mis de suite à l'usage des pilules de protéine ferrée, qui m'avaient réussi déjà dans plusieurs cas semblables. En même temps, je recommandai une promenade tous les jours au grand air.

Trois semaines après, je revis la malade: un mieux sensible s'était manifesté, les palpitations n'étaient plus aussi fortes, les forces revenaient et le teint était plus coloré.

Aujourd'hui 5 décembre, la malade, après avoir pris assidûment, pendant deux mois, les pilules de protéine ferrée, est revenue à son état de santé habituelle; le bruit de souffle n'existe plus au cœur ni dans les carotides; l'appétit est bon, les digestions se font régulièrement, les règles sont revenues comme anciennement, en un mot, la guérison paraît complète.

THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi de l'iodure de chlorure mercureux en pommade dans les engorgements de l'utérus,

Par M. le Dr F. Rochard.

[*Communiqué à l'Académie des Sciences.*]

Par une suite de considérations et de faits qu'il n'est pas encore opportun d'exposer à l'Académie, mais sur lesquels je me propose d'appeler ultérieurement sa bienveillante attention, j'ai été conduit à appliquer aux développements hypertrophiques et subinflammatoires du col de l'utérus, la médication topique qui m'a donné de si beaux résultats dans le traitement de la scrofule et de certaines affections rebelles de la peau, résultats que j'ai eu l'honneur de communiquer, il y a dix ans, à l'Académie des Sciences (*voir* Compte rendu de la séance du 20 avril 1846).

Ce que j'ai obtenu de cette nouvelle tentative ayant répondu d'une manière complète aux espérances que j'avais été amené à concevoir, j'ai cru devoir adresser dès aujourd'hui à l'Académie le résumé des faits nouveaux que j'ai observés, en attendant qu'il me soit permis d'en mettre sous ses yeux tous les détails.

Lorsqu'on applique sur le col de l'utérus engorgé, pendant cinq heures si le col est seulement engorgé, et pendant trois heures si l'engorgement est compliqué d'ulcérations, un plumasseau de charpie enduit de la pommade d'iodure de chlorure mercureux dont j'ai publié la formule (75 centigrammes de sel pour 60 grammes d'axonge), on observe les phénomènes suivants :

1° S'il n'y a pas d'ulcérations, le plus souvent les femmes n'éprouvent aucune sensation particulière; quelquefois elles ressentent, à partir de la troisième heure, une légère chaleur dans la région hypogastrique;

2° S'il y a ulcération, la sensation de chaleur se manifeste très-promptement et est habituellement suivie de douleurs qui peuvent acquérir une certaine acuité.

Dès qu'on a enlevé le pansement, la sensation ou même les douleurs se dissipent promptement; dans quelques cas exceptionnels un bain est nécessaire pour faire disparaître toute sensation désagréable.

Le col de l'utérus examiné après le pansement, apparaît plus volumineux qu'avant.

S'il n'était pas ulcéré sur toute la surface de la muqueuse atteinte par la pommade, il s'est formé une exsudation d'un blanc grisâtre, même pouvant acquérir une épaisseur d'un millimètre, d'une consistance un peu moindre que l'albumine cuite. Traitée par le tannin et l'acide chlorhydrique, cette exsudation a donné

Comme nous ne pouvons répondre individuellement à tous nos correspondants anonymes ou connus, nous les remercions ici très-cordialement et une fois pour toutes, les uns des choses obligeantes qu'ils veulent bien nous adresser, les autres des délicieuses turpitudes que nous leur inspirons.

La colère des feuilletonisés nous donne la mesure exacte de la justesse de notre critique : plus elle est méritée, plus la fureur est grande; cela se conçoit; nos plaisanteries ne sont et ne seront jamais méchantes; nous aurons de l'esprit quand nous pourrons, de la malice quelquefois, de la méchanceté, jamais.

Lors donc que vous entendrez crier à l'assassin sous notre plume, vous pourrez être sûr que cette plume aura touché une grosse sottise, un grand ridicule ou une lourde ineptie, et qu'on accuse le feuilleton à grands cris uniquement pour mettre de son côté ces braves gens, bien tranquilles et point méchants, que le tapage effraie et qui sont toujours disposés à plaindre celui qui vocifère le plus fort.

Quand par hasard le feuilleton, en passant, lance une flèche perdue sur un de ces savants véritables, dont la réputation est à l'abri du temps, est-ce qu'il crie, est ce qu'il fait tapage? Mais non; il est le premier à rire; sans compter qu'il craindrait qu'on ne supposât que sa colère est une colère très-bien imitée, mais pas réelle du tout, qui n'a d'autre but que de faire beaucoup de bruit pour qu'on s'occupe de sa personne. J'appelle cela la *colère-réclame*. Non, non, le vrai savant n'agit point ainsi; il sait que la flèche du feuilleton s'émousse contre le mérite véritable, et qu'elle ne crève que ces réputations soufflées, gonflées de vent, que la moindre piqûre réduit à l'état de simple membrane.

Non-seulement les propriétaires de ces réputations-là sont justiciables du feuilleton, mais encore je soutiens qu'ils n'ont pas le droit de s'y soustraire et encore moins de s'en fâcher.

Chaque homme ne doit-il pas concourir pour sa part au bonheur de l'humanité sous peine de passer pour un égoïste? Quel est l'acte physiologique qui prouve le plus incontestablement que l'homme est heureux? Evidemment c'est le rire. Je conclus donc que tout individu qui se fâche de mes innocentes plaisanteries ne sera jamais qu'un égoïste, puisqu'il veut se soustraire au feuilleton, et qu'il se refuse ainsi à faire le bonheur de ses semblables. Mais je promets à mes lecteurs qu'il y contribuera bon gré mal gré, ou que j'y perdrai ma gaieté.

Quant à moi, je déclare qu'on pourra imaginer sur mon compte les histoires les plus facétieuses, les mots les plus piquants; je m'engage à en rire, non-seulement quand ils seront spirituels, ce qui n'aura rien de bien méritoire, mais encore quand ils seront bêtes et même stupides, ce qui est, on en conviendra, le sacrifice le plus chevaleresque qu'il soit possible de faire à des adversaires. J'espère que le cas échéant, il m'en sera tenu bon compte en ce monde et dans l'autre.

les réactions de l'albumine. Examinée au microscope, on n'y a constaté ni pus, ni épithélium, ni fibres, mais seulement une masse granuleuse, transparente, paraissant tout à fait amorphe (1).

Lorsque le col est ulcéré, la même exsudation se forme, mais elle ne reste pas adhérente à la muqueuse et s'enlève avec le pansement ; dans ce cas, elle renferme quelques débris d'épithélium déformé.

Outre cette exsudation, la charpie qui a servi au pansement est toujours imbibée d'un liquide séreux, quelquefois assez abondant pour s'écouler au dehors et former des taches grisâtres sur le linge des malades. Si le col est ulcéré, cette sérosité prend une teinte roussâtre, rarement sanguinolente.

Pendant les jours qui suivent le pansement, le coagulum exsudé se détache peu à peu ; le volume du col diminue et devient moindre qu'il n'était avant l'application du topique ; s'il y avait induration (ce qui a lieu presque constamment), cette induration est beaucoup moindre, même dès le lendemain du pansement.

Au bout de huit ou dix jours, l'amélioration ne faisant plus de progrès, on renouvelle le pansement qui donne lieu aux mêmes phénomènes, mais moins prononcés, et après trois, quatre ou cinq applications faites aux mêmes intervalles, le col est habituellement ramené à son volume normal ; les ulcérations se cicatrisent.

Les malades qui, dès la première application, se sentent *moins lourdes,* sont débarrassées de toute sensation pénible, surtout celles qui n'avaient pas d'ulcération. Celles-ci ne se remettent qu'après un temps plus long. Les autres peuvent habituellement marcher avec facilité après la seconde application, même quand la marche leur était impossible auparavant.

Les observations qui servent de base à ce travail n'ont pas seulement été recueillies dans ma pratique particulière ; elles ont été faites aussi à la maison municipale de santé, service de M. Monod, suppléé par M. Demarquay ; dans le service de clinique de M. le professeur Nélaton, suppléé par M. Richard, et enfin dans le service de M. Piédagnel à l'Hôtel-Dieu, où elles se continuent encore. Je dois remercier ces honorables confrères du concours qu'ils ont bien voulu me prêter en cette circonstance.

(1) Je dois exprimer ici toute ma gratitude à M. P. Broca, chirurgien des hôpitaux, agrégé à la Faculté de médecine, qui a bien voulu se charger de l'examen microscopique, et à M. Sommé, interne en pharmacie à l'hôpital des Cliniques, qui a bien voulu procéder à l'analyse chimique.

Études sur la médication iodée.

M. Gille a bien voulu nous communiquer le chapitre suivant de la *Monographie sur l'iodure de fer,* qui va paraître très-prochainement, et que nous pourrons, par suite des arrangements que nous avons pris avec M. Labé, libraire de la Faculté, délivrer *gratuitement* à tous les abonnés du *Moniteur des Hôpitaux.* Le chapitre que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs traite de l'action des iodiques en général ; on y trouvera des considérations aussi importantes au point de vue pratique qu'intéressantes pour la physiologie et la thérapeutique en général.

DE L'ACTION DES IODIQUES EN GÉNÉRAL.

Quoiqu'il y ait assez d'analogie entre le mode d'action des divers iodiques, il s'en faut que cette analogie soit suffisante pour permettre de résumer, dans des considérations générales, leurs propriétés thérapeutiques essentielles. Il est néanmoins quelques remarques médicales sur l'ensemble des iodiques que les praticiens ont de l'intérêt à ne point perdre de vue, et qui doivent être présentés à part, suivant que l'on considère l'action physiologique ou l'action thérapeutique des préparations iodées.

§ I. *Action physiologique. — Pathogénie. — Toxicologie.*

On sait que l'action dite physiologique d'un médicament est celle qu'il produit sur les divers systèmes de l'organisme, en dehors de son action curative, et par conséquent celle qu'il produit ou qu'il produirait sur un individu en état parfait de santé. Tout le monde sent que si cette action ne rentre pas dans celle des substances alimentaires, c'est une véritable action pathogénique, qui devient toxique lorsque les phénomènes morbides produits acquièrent un haut degré d'intensité. L'action dite *physiologique* serait donc mieux appelée action *pathogénique* ou *toxique;* mais, comme il ne nous appartient pas de réformer le langage médical, nous nous conformons à l'usage, tout en en montrant l'irrationnalité. La seule infraction que nous y ferons, ce sera d'étudier en même temps l'action dite physiologique avec celles qu'on désigne plus spécialement sous le nom de pathogénique et toxicologique.

Ce qu'il y a d'analogies dans l'action physiologique des diverses préparations d'iode dépend, comme on peut d'ailleurs le prévoir d'aprèsr une ègle fort générale, mais qui n'est cependant pas sans exception, de l'action propre et plus ou moins prédominante du métalloïde : plus le corps avec lequel est combiné le puissant métalloïde a par lui-même d'influence, plus l'action du corps combiné devient spéciale, moins elle se rattache à l'action

---

Je ne me fâcherai donc jamais, c'est entendu ; j'aurai pour la critique un épiderme de rhinocéros. Je m'engage même à fournir aux feuilletonisés auxquels je serai *complétement inconnu*, des anecdotes sur mon compte, aussi comiques que possible, et quand je n'en saurai plus, je pousserai la complaisance jusqu'à leur en inventer. Mais je pense que je n'aurai pas cette peine, à en juger par le nombre de celles qui courent déjà sur mon compte. Je vois que j'ai affaire à des gaillards qui s'entendent à cette besogne ; ils m'ont transformé, transmué, changé, métamorphosé en tant de choses que pour me reconnaître moi-même, je suis obligé d'y regarder à deux fois. Ils m'ont fait subir quatorze incarnations de plus qu'à *Vichnou,* le dieu le plus changeant de la Trimourti hindoue. Il est bien sûr que, dans le nombre, il en est d'apocryphes ; pourtant je vous engage à les croire toutes ; cela n'a aucun inconvénient, et vous ferez plaisir à leurs inventeurs, ce qui sera concourir d'une manière indirecte au bonheur de l'humanité. Mais si on vous racontait que je suis hydrocéphale, cul-de-jatte, sourd-et-muet de naissance, ou que j'ai mis l'obélisque dans ma poche, je vous engage à n'y croire que sous toutes réserves.

Il est cependant une limite que je ne franchirai jamais et que je ne permettrai à personne de franchir à mon égard ; cette limite est formée par tout ce qui touche à l'honneur (des gens d'honneur) et la délicatesse personnelle ou professionnelle (des gens délicats).

Il ne faudrait point conclure de mes précédentes déclarations que je pousserai la charité chrétienne jusqu'à rire sans montrer les dents ; cela serait contraire à toutes les lois physiologiques. Le feuilleton est trop disposé naturellement à rire des gens qui n'en ont point envie, pour se laisser attaquer impunément ; de mémoire de journal, cela ne se serait jamais vu. Je serai donc contraint, malgré ma douceur, et uniquement pour me conformer à la tradition, de rendre un bœuf pour un œuf aux gens qui voudront bien nous faire l'honneur de trop s'occuper de nous et de nos amis. Dr JOULIN.

---

générale des iodiques. L'amidon, par exemple, qui ne produit par lui-même aucun effet, et qui ne forme avec l'iode qu'une combinaison des plus instables, laisse au métalloïde presque toute son action, aussi, rien ne ressemble plus à l'action de l'iode que celle de l'iodure d'amidon. Le mercure, au contraire, qui est un agent puissant, et qui forme avec l'iode des combinaisons stables, donne aux composés une action hydrargyrique prédominante, et rien ne ressemble moins à l'action de l'iode que celle des iodures de mercure. On peut en dire autant, et à plus forte raison, de l'iodure d'arsenic.

Entre ces deux extrêmes se placent toutes les préparations d'iode que nous énumérons dans le chapitre suivant ; il faut remarquer seulement que presque toutes se rapprochent beaucoup plus de l'iodure d'amidon que de l'iodure d'arsenic, c'est-à-dire que dans la plupart, l'action de l'iode est prédominante, presque exclusive ou même tout à fait exclusive. Parmi ces préparations, deux seules ont l'immense avantage d'enlever à l'iode son action physiologique et pathogénique, tout en lui conservant à peu près intégralement son action médicatrice, et en lui en associant une nouvelle non moins précieuse : ces deux préparations sont l'iodure de potassium et l'iodure de fer.

On comprend, d'après ces seules données, combien il est difficile de soumettre à des remarques générales l'action des iodiques ; mais, ce que l'on comprendra moins encore, c'est que ceux qui ont tenté cette généralisation aient cru y réussir en décrivant, purement et simplement, l'action connue de l'iodure de potassium et un peu celle moins connue de l'iode pur. Aucun des auteurs qui ont écrit sur les iodiques ou sur un iodique spécialement, n'a fait autre chose. Ne pouvant avoir la prétention de suppléer, pour tous les iodiques, à des expériences qui manquent le plus souvent complétement, et à des observations qui, à chaque pas, font défaut, nous serons bien obligé de suivre la voie commune, mais du moins après avoir signalé l'écueil aux praticiens, et en faisant çà et là quelques restrictions qui, nous l'espérons, les empêcheront d'être induits en erreur par des analogies imaginaires.

Les auteurs de thérapeutique et de matière médicale, les iodographes en particulier, étudient le plus habituellement l'action des médicaments sur les divers organes, ce qui est une méthode fort imparfaite, et quelquefois sur les divers systèmes, ce qui vaut déjà beaucoup mieux. Mais ils négligent ordinairement, et c'est le cas des iodographes, de faire la distinction la plus importante, celle de l'action générale et de l'action locale, ou si l'on aime mieux, celle qui s'exerce sur les grands systèmes de l'organisme par suite de l'absorption des médicaments, et celle qui s'exerce sur les points avec lesquels ces médicaments se trouvent en contact, ou dans leur voisinage.

A. ACTION GÉNÉRALE. — a. ***Action sur le système vasculaire sanguin.*** — Sous ce nom, on n'a guère étudié que l'action de l'iodure de potassium sur le sang, et encore sur le sang extrait de la veine, quoiqu'il paraisse très-possible d'admettre une action propre sur les vaisseaux eux-mêmes, sur leur nutrition, leur tonicité, leur contractilité, etc. Ainsi se confirment dès le premier détail, les remarques que nous venons de présenter.

Tous les expérimentateurs qui ont eu la curiosité de recevoir le sang d'une saignée dans une solution d'iodure de potassium (on n'a même pas pris soin d'indiquer les proportions exactes des deux liquides, ni le degré précis de concentration de la solution) ont vu que ce sang ne se coagulait point ; qu'il prenait une couleur rutilante, et qu'il laissait déposer, au bout de quelques heures, les globules, reconnaissables à tous leurs caractères. Après quelques jours, globules et liquide prennent une couleur rouge-brun. Lorsqu'on analyse le mélange, on retrouve l'iodure de potassium non décomposé ; il ne faisait donc que tenir en dissolution la fibrine par une action qu'on a appelée force, vertu ***catalytique.*** De là, quelques auteurs se sont empressés d'induire que l'iodure de potassium agissait en fluidifiant le sang par une action catalytique, et que les iodiques étaient des ***catalytiques.*** C'était trancher, sans beaucoup de façon, trois questions fort importantes, l'une thérapeutique, que nous examinerons un peu plus loin, et les deux autres physiologico-pathogéniques, qu'il convient de discuter ici même.

Tous les iodiques partagent-ils cette propriété fluidifiante de l'iodure potassique ? Nous répondrons : non certainement, en ce qui concerne l'iodure de fer, qui a même une action toute contraire ; et non encore, très-probablement en ce qui concerne la plupart des autres iodures et de l'iode lui-même. On sait, d'après les expériences de MM. Bonnet et Rey, et de plusieurs autres expérimentateurs, que ce qui maintient le sang fluide, quand il est extrait de la veine, ce sont les alcalis ou leurs carbonates, ou même quelques-unes de leurs combinaisons neutres. Il est donc très-probable que l'iodure de potassium doit à la potasse la propriété de maintenir fluide le sang extrait des vaisseaux, et que cette propriété n'appartient ni à l'iode, ni à aucun autre iodure, si ce n'est peut-être à l'iodure de sodium, qui n'est pas encore entré dans la thérapeutique, et l'iodure d'ammonium, qu'on n'emploie guère davantage, malgré les avantages que lui ont attribués quelques rares praticiens.

Lors même que la propriété anticoagulante ne serait pas due à l'influence de la potasse, et qu'elle appartiendrait à tous les iodures ou à la plupart d'entre eux, s'ensuivrait-il que ces préparations agiraient, par absorption, sur le sang vivant et circulant dans les vaisseaux comme sur le sang mort recueilli dans un vase ? Voilà une seconde question bien plus importante encore que la première, que l'expérience seule pourrait résoudre, mais qu'elle n'a point résolue encore. Sans doute, on a cité à profusion les expériences de M. Poiseuille, desquelles il résulte que l'azotate de potasse, l'acétate, le chlorhydrate et l'azotate d'ammoniaque, le bromure et l'***iodure de potassium ;*** LA PLUPART (1) des eaux minérales accélèrent la circulation dans les capillaires, tandis que l'alcool, l'acide sulfurique, tartrique, oxalique, le chlorure de sodium et de magnésium la ralentissent ; sans doute M. Poiseuille paraît avoir démontré que cette accélération ou ce ralentissement est indépendant de l'action du cœur et des vaisseaux, et qu'il dépend conséquemment d'une modification dans la constitution physico-chimique du sang.

Mais quelle est au juste cette médication ? en quoi consiste-t-elle ? combien dure-t-elle chaque fois qu'on introduit l'iodure de potassium dans la circulation ? l'absorption de ce sel ou des autres substances produit-elle indéfiniment le même résultat ou seulement pendant un temps limité ? C'est ce que ni M. Poiseuille, ni aucun de ceux qui l'ont cité n'ont songé à établir ; c'est-à-dire qu'ils ont omis ce qu'il y avait de plus important dans ces expériences, relativement aux inductions thérapeutiques qui auraient pu en ressortir. Tout ce qu'on peut dire, c'est que si cette modification consiste dans une fluidification du sang, cette fluidification ne dépend pas d'une diminution de la fibrine, ainsi que nous le verrons un peu plus loin, en parlant de l'action thérapeutique. Au reste, il en est de cette action de l'iodure de potassium comme de celle sur le sang mort : rien ne dit qu'elle soit possédée par tous les iodiques, ni même par la plupart d'entre eux. En outre, cette action a bien été observée sur des animaux plus ou moins éloignés de l'homme ; mais se produit-elle sur l'homme lui-même, et à quelles doses d'iodure ? On l'ignore entièrement. Il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, sur l'homme, de juger de l'activité de la grande circulation autrement que par l'exploration du cœur et du pouls ; or, la plupart des iodiques n'ont aucune influence sur le cœur et les gros vaisseaux, quand on ne les donne pas à des doses exagérées, et qu'on se contente de celles qui sont nécessaires pour obtenir des résultats thérapeutiques. L'iode pur, soit en inspirations, soit sous une autre forme, pris par les voies digestives supérieures, fait, le premier exception à cette règle :

(1) Il est bien difficile de croire que, même sur la circulation capillaire, l'action des eaux ferrugineuses soit la même que celle des eaux sulfureuses ; l'action de ces dernières, la même que celle des eaux acidules. *La plupart* est donc une indication trop vague pour ne pas jeter un grand discrédit sur les expériences auxquelles elle se rapporte. Ce sont tout simplement autant d'expériences à recommencer.

même aux doses les moins élevées, il produit l'accélération des battements du cœur; mais c'est là un phénomène secondaire qui dépend, soit d'une action directe sur le système nerveux, ce que nous discuterons dans un instant (et beaucoup plus souvent il en est ainsi), soit d'une irritation locale sur les organes digestifs ou respiratoires, qui réagit, comme toujours, sur la circulation.

Les préparations qui ne neutralisent pas l'action de l'iode et qui en contiennent, par conséquent, une certaine quantité à l'état libre, conservent à un degré plus ou moins considérable les propriétés de l'iode pur. L'iodure d'amidon les conserve presque dans leur intégrité; il en est de même de diverses teintures, même de celle de chloroforme proposée récemment, et aussi, quoique dans des proportions moindres, du tannate d'iode et des huiles iodées. Il serait d'ailleurs impossible qu'il en fût autrement, alors même que l'iode par lui-même n'aurait aucune action irritante, ce qui n'est pas, puisque c'est au contraire un caustique énergique. En effet, son extrême affinité pour l'hydrogène le fait se transformer promptement, au contact des liquides aqueux de l'organisme, en acide iodhydrique, et l'on sait que cet acide ne le cède que peu à l'acide chlorhydrique en fait de causticité. Ajoutez à cela que dans quelques préparations, telles que les huiles iodées, les préparations liquides d'iodure d'amidon et de tannate d'iode, les teintures, l'acide iodhydrique se trouve déjà tout formé, ce qui doit suffire pour faire à jamais proscrire ces préparations, au moins quant à leur usage interne.

On a attribué aux iodiques la propriété de disposer aux hémorrhagies, et ici encore on a conclu de l'action de l'iodure de potassium à celle des iodiques en général. Il est certain, quoi qu'en ait dit un iodographe récent, que si l'iodure avait, en effet, la propriété de dissoudre la fibrine du sang vivant, ou, ce qui revient au même, de l'empêcher de se solidifier dans les tissus, il devrait très-fréquemment occasionner des hémorrhagies, puisqu'il est parfaitement démontré aujourd'hui que c'est à la diminution de la quantité normale de fibrine ou à son état de plus grande fluidité que sont dues les hémorrhagies, ce que paraît avoir oublié l'iodographe dont il s'agit. Mais la vérité est que ces hémorrhagies sont rares, sans cependant être sans exemple, comme semble le croire le même iodographe, qui croit pouvoir les attribuer à divers états cachectiques, et notamment à la chlorose. Or, il n'est pas un praticien qui ne sache que l'état chlorotique ne prédispose nullement aux hémorrhagies, et que rien n'est plus rare que cet accident dans le cours d'une chlorose. Les mêmes recherches qui ont démontré que la diminution de la fibrine produit les hémorrhagies, ont, d'ailleurs, parfaitement expliqué les résultats de l'observation clinique. Les analyses de MM. Andral et Gavarret, celles de MM. Becquerel et Rodier en France, celles de Rees en Angleterre, et beaucoup d'autres ont montré que les globules étaient seuls diminués dans la chlorose comme dans la plupart des anémies, et que la diminution des globules est absolument sans aucune influence sur la production des hémorrhagies, tant que la fibrine conserve à peu près son chiffre normal, ce qui, précisément s'observe aussi dans la chlorose et la plupart des anémies.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

De la ventilation des hôpitaux.

[**Ventilation du pavillon n° 4 de l'hôpital Beaujon, par la Société française d'aérage et de chauffage, d'après le système du docteur Van Hecke.**]

Dans le Compte rendu que nous avons publié de l'important travail de M. Grassi, relatif à deux systèmes de ventilation expérimentés concurremment à l'hôpital Lariboisière par M. Léon Duvoir d'une part, par MM. Thomas et Laurens, de l'autre, nous avons fait mention d'un troisième système encore peu connu en France, celui de M. le docteur Van Hecke, qu'on disait être employé avec beaucoup de succès dans plusieurs grands établissements de Bruxelles. L'administration de l'assistance publique de Paris n'a pas voulu rester en arrière sur nos voisins, et elle fait expérimenter le système de M. Van Hecke dans un des pavillons de l'hôpital Beaujon (p. n° 4) sous les yeux d'une commission composée de MM. Blondel, inspecteur de l'administration, Trélat, médecin de l'hospice de la Salpétrière, et Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu.

L'administration avait imposé à l'inventeur les conditions suivantes :

1° Maintien de la température des salles à 15 degrés (1), quelle que fût la température extérieure;

2° Renouvellement de l'air des salles à raison de 60 mètres cubes par heure et par malade.

La commission a constaté que ces conditions ont été remplies par l'inventeur, moyennant un prix de revient de 2 centimes et demi par jour et par malade, c'est-à-dire à peu de chose près pour le même prix de revient que le chauffage seul d'un autre pavillon exactement semblable et qui n'est pas ventilé. Mais la vapeur produite par la machine qu'exige le système de M. Van Hecke étant presque entièrement perdue, la Commission pense qu'en utilisant cette vapeur pour le service des bains, par exemple, l'économie qui en résulterait serait, en moyenne, d'environ 50 kilogrammes de houille par jour. Or, comme la machine n'en dépense que 147 kilogrammes en vingt-quatre heures, on voit que la dépense pourrait être réduite d'un tiers.

M. Grassi, non content d'avoir rappelé, avec ses honorables collègues de la Commission, la mission que leur avait donnée l'assistance publique, a voulu faire une étude complète de tous les détails du nouveau système, et il a exposé les résultats de ses recherches dans le rapport de la Commission. Il nous est impossible de le suivre, dans ce simple résumé, dans toutes les explications techniques qu'il donne. Il est cependant une particularité que nous ne passerons pas sous silence, parce qu'elle est essentielle dans toute question de ventilation.

Pour que la ventilation soit efficace, il ne suffit pas qu'il entre dans une salle et qu'il en sorte 60 mètres cubes d'air, par exemple; il faut encore que les 60 mètres qui entrent se mélangent aussi intimement que possible à l'air déjà existant, afin de l'entraîner dans les conduits d'évacuation. Or, il résulte d'une série d'expériences fort ingénieuses et très-bien conduites que, dans le système de M. le docteur Van Hecke, presque tout l'air qui entre dans les salles agit efficacement, surtout quand on l'y fait pénétrer par injections (2); tandis que dans d'autres systèmes, moins des deux tiers, quelquefois à peine plus de moitié de l'air sorti par les canaux d'évacuation a servi à une ventilation efficace.

Une autre circonstance que M. Grassi a rigoureusement établie dans son rapport, c'est que la pression extérieure et intérieure ne diffèrent jamais d'*un millimètre d'éther*, soit qu'on ventile par injection ou par aspiration. Ce fait répond aux craintes qu'avaient eues quelques médecins que la ventilation ne condensât dans un cas, dans l'autre ne raréfiât l'air des salles d'une manière fâcheuse.

Au reste, tous les faits principaux consignés dans le rapport de la Commission se trouvent résumés dans les conclusions suivantes, que nous aurions pu nous borner à reproduire :

« L'appareil que M. le docteur Van Hecke a établi dans le pavillon n° 4 de l'hôpital Beaujon, remplit parfaitement les conditions imposées par le cahier des charges.

« 1° Il peut maintenir la température des salles à 16 degrés.

« 2° En marchant sans fatigue et d'une manière continue, sa machine peut fournir 60 mètres cubes d'air par heure et par malade. Les diverses parties de cet appareil sont disposées de manière à graduer les effets que l'on veut produire, à les mesurer exactement, et à ventiler à volonté par appel ou par injection.

« 3° Les expériences contenues dans ce mémoire ont démontré que la ventilation par injection devait cependant être préférée.

(1) C'est par erreur que le rapport imprimé de la Commission a indiqué 16°.

(2) Le système de M. Van Hecke diffère des autres, notamment en ce qu'il peut ventiler, à volonté, par injection ou par aspiration.

« 4° Quand il agit par appel, l'appareil de M. Van Hecke doit encore être préféré à celui de M. Léon Duvoir, parce qu'il est établi dans de meilleures conditions, par suite desquelles entrant accidentellement par les joints des portes et fenêtres et ne produisant pas d'effet utile, il se trouve considérablement diminué.

« Les religieuses de l'hôpital Beaujon, qui entrent à toute heure dans les salles, s'accordent à dire que le pavillon de M. Van Hecke est mieux ventilé que celui de M. Léon Duvoir. J'ai moi-même plusieurs fois constaté ce résultat pendant la longue série de visites que j'ai été obligé de faire à l'hôpital Beaujon. Les cabinets d'aisances sont surtout remarquables par l'absence complète de toute odeur. C'est un fait d'autant plus important à noter que je n'ai jamais rencontré dans aucun hôpital une désinfection aussi parfaite.

« 5° Dans les conditions actuelles d'installation, *en laissant perdre toute la vapeur,* ce système réduit la dépense de la ventilation à deux centimes et demi par jour et par malade.

« 6° Le chauffage et la ventilation réunis ne coûtent pas plus cher que le chauffage seul du pavillon n° 3, voisin et placé dans les mêmes conditions.

« 7° En utilisant, comme il serait facile de le faire, la vapeur perdue au chauffage de l'eau des bains ou de la pharmacie, cet appareil procurerait une économie considérable dans les dépenses de l'un de ces deux services.

« Je me trouve ainsi conduit, à propos de ce système de chauffage et de ventilation, à la conclusion générale que je formulais à la fin de mon mémoire sur les appareils établis à l'hôpital Lariboisière : la ventilation par injection produite par un agent mécanique doit être préférée toujours à la ventilation par appel, et particulièrement dans les cas où l'on peut utiliser pour des chauffages divers la vapeur qui a servi à faire marcher la machine. C'est ce qui se présente toujours dans les hôpitaux. »

THÉRAPEUTIQUE.

Avantages comparés des eaux minérales naturelles et artificielles.

Le nombre des personnes qui ont été prendre les eaux à leurs sources, l'été dernier, ne peut se comparer avec celui des années précédentes. Faut-il l'attribuer à ce violent désir de respirer de l'air pur qu'éprouvent généralement les habitants des grandes villes? Non, il y a une raison bien plus sérieuse pour expliquer ce déplacement considérable, elle est tout simplement dans le résumé de la statistique présentée par M. le docteur Herpin à l'Académie des Sciences, dans le courant de l'année 1855. Là, en effet, les médecins ont pu reconnaître que les eaux minérales naturelles, employées en bains comme en boissons, agissent favorablement dans la très-grande majorité des cas, et leur confiance dans ce genre de médication s'est naturellement communiquée à leurs malades. Ainsi donc, la question des eaux minérales naturelles, si souvent reprise, est jugée, mais il reste toujours la difficulté d'en user pendant la mauvaise saison. Comment déterminer des gens impressionnables et maladifs à rester à la campagne pendant la moitié de l'année lorsqu'il n'y a plus de soleil pour les réchauffer, de chemins praticables pour leur permettre de se promener, et des tapis de verdure pour les égayer ? C'est pour obvier à cet inconvénient sans doute, et pour répondre aussi aux besoins des personnes qui sont trop peu fortunées pour aller à la source, que, depuis fort longtemps les médecins et les chimistes cherchent à analyser et recomposer artificiellement ces eaux bienfaisantes. Mais, il faut le reconnaître, tous les praticiens consciencieux s'accordent à le dire, les eaux minérales naturelles produisent des effets qu'il est impossible d'obtenir avec les eaux minérales factices.

Frappé de cette différence désavantageuse qu'il faut subir pendant la moitié de l'année, un pharmacien de Paris a cru devoir procéder autrement que ses devanciers, en mélangeant les éléments des eaux minérales les plus estimées avec des matières organiques, dans le but d'obtenir, avec une heureuse manipulation, un sel (1) qui ne subit point de double décomposition et qui sert à préparer des bains qu'il nomme électro-chimiques, parce qu'il leur attribue une double action électrique et chimique.

(1) Ce sel ou plutôt ce mélange est composé de brôme, de phosphore, de soufre, de chaux, d'alumine, de soude, de fer, de delphine, et de quelques huiles volatiles de plantes labiées.

Ce titre ne nous paraît pas justifié, parce que l'action électrique et chimique dont il s'agit, ne nous est pas suffisamment démontrée.

Cependant, nous sacrifions volontiers la forme pour le fonds, et nous nous plaisons à dire que des faits heureux, positifs, concluants, observés et constatés par plusieurs médecins d'un mérite bien connu (1), sont venus successivement se produire pour démontrer qu'avec des doses variées du mélange composé par M. Pennes, on peut obtenir (suivant les indications) des bains hygiéniques, dérivatifs et stimulants.

Nous concluons en disant que l'auteur aurait fait chose utile s'il était démontré que ces bains minéraux factices peuvent, en quelques cas, suppléer les eaux naturelles. (*Union méd.*)

(1) Au nombre de ces médecins, on peut citer MM. *Guillot* (Natalis), professeur à la Faculté de Paris, *Legroux*, médecin de l'hôpital Beaujon, *Barnetche*, chirurgien en chef de la Maternité de Bordeaux, *Puche*, médecin de l'hôpital des vénériens de Paris, *Aran*, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, qui a publié des observations remarquables démontrant l'utilité des bains de Pennes dans le choléra, M. *Leménant des Chenais*, qui a publié une observation non moins importante relative à la même maladie, etc., etc. (Voir *Monit. des Hôp.*, 1855, n° 135, 12 novembre.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Concours pour la nomination du chirurgien en chef de la Charité de Lyon. — Ce concours, commencé le 1er décembre, s'est terminé le 5 courant, par la nomination de M. le docteur Antoine BERNE, lauréat de la Société impériale de médecine, chef de la clinique d'accouchements.

M. Berne entrera en fonctions comme aide-major le 1er avril 1857, et succèdera en qualité de chirurgien en chef à M. le docteur Valette, le 1er avril 1863. Conformément au réglement de 1848, qui régit actuellement les hôpitaux civils de Lyon, le nouvel élu résidera à la Charité, où il aura un service permanent. Outre ce service permanent, il devra, en vertu de la clause insérée dans le programme du concours, suppléer *momentanément*, sur la réquisition de l'Administration, les chirurgiens des autres hôpitaux.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 2. 5e année. Samedi 3 Janvier 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue Garancière, n. 5. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

Mémoire sur les tumeurs de la région palatine, constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires,

Par M. Jules Rouyer.

Les tumeurs que nous nous proposons de décrire ici sont constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires de la région palatine; elles sont comparables, sous le rapport de leurs caractères cliniques, aux tumeurs hypertrophiques du sein (*tumeurs mammaires chroniques* d'Ast. Cooper, *tumeurs adénoïdes* de M. Velpeau). Par l'examen microscopique, on y rencontre également les mêmes éléments.

HISTORIQUE.

Ces tumeurs n'ont été signalées que depuis quelques années ; il n'en est fait mention dans aucun ouvrage classique ; à peine trouve-t-on dans les auteurs anciens quelques indications vagues, qui peuvent se rapporter à des affections différentes de celles dont nous entreprenons l'histoire. Ce n'est pas cependant que ces tumeurs soient très-rares, mais souvent elles ont été confondues avec des tumeurs d'une autre nature, erreur que nous avons vu commettre plusieurs fois à propos de malades dont nous rapporterons les observations.

Le premier cas dans lequel la véritable nature de ces tumeurs ait été reconnue, date seulement de 1847; il a été observé par M. le professeur Nélaton; depuis cette époque, il a eu occasion d'en rencontrer encore plusieurs exemples; d'autres chirurgiens en ont également cité de nouveaux cas. Nous avons pu ainsi réunir un certain nombre d'observations qui nous permettent de tracer, d'une manière assez complète, l'histoire pathologique de ces tumeurs.

Boyer est le seul auteur dans lequel il soit fait mention, d'une manière un peu claire, de tumeurs analogues à celles-ci : mais il ne connaissait pas leur véritable nature. La description qu'il donne des tumeurs qui peuvent siéger à la voûte palatine, se rapporte en partie aux tumeurs glandulaires ; mais il s'occupe surtout de les classer d'après leur susceptibilité plus ou moins grande de devenir cancéreuses. Il s'étend en outre longuement sur les diverses opérations à pratiquer pour leur ablation (Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. VI, 1822, p. 448).

M. Velpeau, après avoir dit que la voûte palatine pouvait être le siége de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, ajoute qu'il en a observé deux exemples ; mais il ne donne aucun détail sur ces deux faits (*Traité de médecine opératoire*, t. III, p. 557).

Blandin avait aussi observé une tumeur qui paraissait être de même nature que celle dont nous nous occupons ; diverses opinions furent émises sur sa structure ; il est même dit dans l'observation que la tumeur, « examinée au microscope, présenta des globules cancéreux très-marqués. » (*Gaz. des Hôp.*, 1844, p. 290). Mais les caractères cliniques de cette tumeur, sa marche, son énucléation facile se rapportent bien plutôt à une tumeur formée par l'hypertrophie glandulaire, et je pense que l'on peut adopter cette dernière opinion, malgré l'indication assez vague, du reste, de la nature cancéreuse de la tumeur; d'ailleurs, à cette époque (1844), les études micrographiques en anatomie pathologique étaient peu avancées, et on peut avec raison élever des doutes sur l'exactitude et l'authenticité de l'examen qui avait été fait de cette tumeur.

Dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (t. XV, 1845, p. 99), on trouve sous ce titre : *Cas rare de tumeur du voile du palais, opérée avec succès par M. Vidal de Cassis,* une observation dont les détails se rapportent à la description des tumeurs glandulaires; le malade fut présenté à la Société de chirurgie le 10 janvier 1844 ; la plupart des membres consultés, sans se prononcer sur la nature de la tumeur, furent d'avis d'en pratiquer l'ablation. Cette opération fut faite par M. Vidal; le malade guérit parfaitement, et près de deux ans après l'extirpation il n'y avait pas de récidive ; le malade jouissait d'une très-bonne santé.

Lorsqu'on examina la tumeur enlevée, on resta, relativement à sa nature, dans la même incertitude qu'avant l'opération. Sans aucun doute, il s'agissait là d'une tumeur formée par l'hypertrophie des glandules salivaires.

Avant d'entreprendre l'histoire de ces tumeurs, nous croyons utile d'indiquer brièvement la disposition anatomique des organes dans lesquels elles se développent.

ANATOMIE CHIRURGICALE.

Les glandules salivaires, situées dans l'épaisseur des parois de la cavité buccale, présentent quelques particularités suivant les points où on les considère; nous ne nous occuperons ici que de celles qui siégent à la voûte palatine et surtout au voile du palais.

Celles qui tapissent la portion osseuse de la voûte sont abon-

dantes, surtout sur les parties latérales, en dedans de l'arcade alvéolaire; elles sont plus rares sur la ligne médiane et à la partie antérieure. A la portion membraneuse de la voûte ou voile du palais, ces glandules forment un plan épais, recouverte par la couche musculaire. La muqueuse buccale les revêt inférieurement, tant dans la portion osseuse qu'à la partie membraneuse de la voûte; elle présente à sa surface une grande quantité de petits pertuis qui sont les orifices de ces glandules.

Pour étudier la disposition de cette couche glandulaire, j'ai pratiqué diverses coupes sur des têtes de sujets qui avaient été congelés. Quand on examine une coupe antéro-postérieure médiane, on reconnaît la disposition suivante : la voûte osseuse se prolonge en arrière jusqu'au bord postérieur des os palatins, qui est taillé en biseau aux dépens de sa face inférieure; la couche glandulaire acquiert, à cause de cette disposition, une épaisseur beaucoup plus grande en ce point que partout ailleurs, d'autant plus qu'au sommet du voile du palais la couche musculaire est plus mince, de sorte que presque toute l'épaisseur est formée par les glandules. On observe là des grains glanduleux plus volumineux, qui viennent s'ouvrir de chaque côté de la ligne médiane par des orifices qu'il est très-facile d'apercevoir à une certaine distance, surtout sur quelques sujets. Dans le reste du voile du palais, ces petites glandes forment une couche plus épaisse encore que la couche musculaire, en se prolongeant jusqu'au bord libre du voile du palais, où elles forment presque exclusivement la luette. Les deux couches, musculaire et glandulaire, sont séparées par un plan fibreux, formé par l'expansion aponévrotique qui termine le muscle péristaphylin externe. La couche glandulaire est en outre séparée en deux moitiés latérales, l'une droite, l'autre gauche, par une petite bandelette fibreuse qui s'étend, sur la ligne médiane, de l'épine nasale postérieure à la luette.

Les glandules ont une grosseur variable de 1/4 de millimètre à 2 millimètres. Ce sont de petits sacs présentant des enfoncements latéraux en forme de cellules; leur canal excréteur est très-court. L'épaisseur de la couche elle-même varie, comme nous l'avons dit, à la portion osseuse; au voile du palais, elle acquiert 7 à 8 millimètres dans la partie qui avoisine le bord postérieur des os palatins, puis cette épaisseur diminue peu à peu jusqu'au bord libre du voile.

Cette couche de glandules reçoit le sang des artères du voile du palais : de la palatine ascendante, qui monte, dans l'épaisseur des parois latérales du pharynx et se distribue surtout à la partie inférieure du voile; de la palatine descendante, branche de la maxillaire interne; cette dernière descend verticalement de la fosse zygomatique, le long de la paroi externe de la fosse nasale, dans le canal palatin postérieur, au sortir duquel elle se recourbe en avant pour parcourir la voûte palatine osseuse en suivant le bord alvéolaire, et fournit du sang aux grains glanduleux qui sont très-abondants en ce point. Cette artère fournit en outre au voile plusieurs rameaux qui s'anastomosent avec ceux de la palatine ascendante, en répandant de nombreux ramuscules dans la couche glandulaire.

Les veines se rendent aux plexus veineux qui se trouvent dans l'épaisseur des parois latérales du pharynx.

En résumé, et pour ne citer que les particularités importantes au point de vue chirurgical :

Les glandules salivaires forment un plan assez épais, surtout aux parties latérales de la voûte osseuse et au voile du palais;

Les grains glanduleux les plus gros sont situés au bord supérieur ou adhérent du voile du palais, de chaque côté de la ligne médiane et à son voisinage ;

Cette couche glandulaire du voile est recouverte par une lame aponévrotique qui la sépare du plan musculaire ; elle est divisée en deux moitiés bien distinctes par une cloison fibreuse médiane ;

Les artères palatines, ascendante et descendante, viennent gagner le voile et la voûte par les parties latérales de cette région.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES TUMEURS GLANDULAIRES DU VOILE DU PALAIS.

Étiologie. — Les tumeurs, constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires que nous venons de décrire, se développent chez les sujets jeunes, d'une forte constitution et d'une bonne santé. Elles sont à peu près aussi fréquentes chez la femme que chez l'homme ; sur onze cas, nous trouvons six hommes et cinq femmes. On les a rencontrées trois fois à droite, six fois à gauche; dans deux cas, on n'indique pas le côté où elles siégeaient.

Symptômes et marche. — L'accroissement de ces tumeurs est généralement très-lent; après s'être montrées et avoir à peine attiré l'attention des personnes qui les portent, elles peuvent rester stationnaires pendant plusieurs années, quelquefois dix, quinze et vingt ans, puis augmenter alors avec une certaine rapidité.

Elles siégent presque toujours au voile du palais; et quand on les trouve sur la portion osseuse de la voûte, elles paraissent le plus souvent être le prolongement de tumeurs ayant leur origine au voile du palais. Je n'ai trouvé qu'un seul cas dans lequel la tumeur paraissait avoir pris naissance sur la voûte palatine. Quelques malades qui ont observé leur affection depuis sa première apparition, signalent avec précision, comme point de départ, le bord supérieur du voile au voisinage de la ligne médiane, où se trouvent les gros grains glanduleux que nous avons signalés particulièrement.

Les glandules salivaires qui se trouvent dans les autres points de la cavité buccale paraissent aussi sujettes à s'hypertrophier et peuvent devenir l'origine de tumeurs analogues à celles qui forment l'objet de ce travail. Sans doute il eut été utile de les comprendre dans la description que nous donnons de ces hypertrophies glandulaires, mais les observations qui existent sont en petit nombre; je n'en ai trouvé que deux; en outre, elles n'ont pas la précision nécessaire pour que l'on puisse en tirer des conclusions positives; c'est ce qui m'a déterminé à les laisser de côté, au moins pour le moment.

Un des caractères les plus importants de ces tumeurs est de ne contracter aucune adhérence avec les tissus voisins, de s'*enkyster,* ce qui permet de les enlever facilement, par énucléation, sans intéresser toute l'épaisseur du voile du palais. La muqueuse qui les recouvre conserve le plus souvent sa coloration normale, elle est quelquefois un peu plus rouge, rarement plus pâle; quelquefois on voit une veine un peu grosse se détacher sur la convexité de la tumeur. La muqueuse n'est pas adhérente; on peut la faire glisser, et quelquefois même il est possible de la pincer en la plissant; elle ne présente pas d'ulcérations.

Ces tumeurs forment sous la muqueuse un relief dont le contour est très-nettement marqué, même à la vue, et qu'on peut limiter avec la plus grande exactitude par le palper. — Leur consistance est assez ferme, résistante, élastique; on reconnaît, en outre, qu'elles présentent une surface mamelonnée ou lobulée. Elles font peu ou point de saillie à la face supérieure du voile du palais, parce qu'elles sont maintenues par la couche musculaire et surtout par le plan aponévrotique; mais en reposant sur la base de la langue, elles peuvent, en y prenant un point d'appui, refouler en haut le voile du palais; en outre, la tumeur qui a pris naissance d'un côté de la ligne médiane, ne franchit pas la cloison fibreuse qui s'étend de l'épine nasale postérieure à la luette; mais elle peut refouler fortement cette cloison du côté sain, de telle sorte qu'elle paraît quelquefois occuper les deux moitiés latérales du voile.

Ces tumeurs sont indolores même à une forte pression, et ce qui détermine les malades à réclamer les secours de la chirurgie, c'est qu'elles peuvent, en acquérant un volume assez considérable, déterminer des troubles fonctionnels graves. Ainsi il y

a gêne de la déglutition, de la respiration, de la phonation. Comme leur développement est très-lent, elles peuvent acquérir un volume assez notable sans que le malade s'en aperçoive; la déglutition continue à s'effectuer normalement et la respiration n'en est que fort peu gênée; le symptôme qui se prononce le premier, en général, est l'altération du timbre de la voix; mais le malade rapporte presque toujours ce phénomène à toute autre cause qu'à la véritable.

(*La suite au prochain numéro.*)

MÉDECINE.

De l'herpès. — Du sycosis (1).

Monsieur le rédacteur,

La *Gazette hebdomadaire* a publié, dans les numéros des 25 avril et 2 mai derniers, une analyse du livre de M. Baerensprung, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin, et dans les numéros des 13, 27 juin et 18 juillet, un mémoire de M. Chausit sur le sycosis; travail qui se réduit, en définitive, à une critique des opinions de M. le docteur Bazin sur la nature et le traitement de la mentagre.

Dans le premier travail, celui de M. Baerensprung, on feint d'ignorer les recherches de M. Bazin sur la diversité des éruptions produites par le trichophyton, et dans le second, celui de M. Chausit, on attaque une thérapeutique dont on n'a pas une parfaite intelligence; on interprète mal, ou on laisse dans l'obscurité, des faits dont l'explication est simple et facile pour celui qui en possède une histoire complète.

Chargé par M. Bazin de recueillir les notes sur les malades du dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, j'ai pensé qu'il m'appartenait, plus qu'à tout autre, de relever les erreurs qui fourmillent dans ces deux publications.

L'auteur des articles analytiques du livre de M. Baerensprung termine son travail par une sorte de reproche adressé aux médecins de l'hôpital Saint-Louis: « Ce serait une honte, dit-il, de rester en arrière du mouvement scientifique et de se laisser devancer, dans les recherches microscopiques, par les médecins des autres pays. »

J'ai lu avec attention les articles de M. Paul Picard, traducteur de M. Baerensprung, et je n'y ai rien trouvé qui n'ait été dit et mieux dit par M. Bazin dans ses *Considérations sur la mentagre et les teignes de la face,* travail bien antérieur à celui de M. Baerensprung.

Si l'on ne trouve rien de neuf dans les articles de M. Paul Picard, en revanche on y trouve de bien graves erreurs, comme celle-ci par exemple: « *L'épilation est inutile dans le traitement de la teigne tonsurante; elle se fait d'elle-même.* » Ce n'est pas l'épilation qui se fait d'elle-même, c'est la brisure des poils. Il ne faut pas confondre des choses essentiellement différentes.

J'ajouterai qu'en 1853 et 1854, des médecins étrangers, et surtout des médecins allemands, sont venus dans le service de M. Bazin et au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, apprendre à distinguer les diverses affections parasitaires de la peau et en particulier les formes si différentes par lesquelles se traduit, sur la face, la végétation du trichophyton tonsurans. J'ai remis moi-même à chacun de ces messieurs un exemplaire du premier travail de M. Bazin sur les teignes, qui a paru en 1852.

Le livre de M. Baerensprung, s'il ne contient pas autre chose que ce que l'on trouve dans le compte rendu de son traducteur, M. Paul Picard, n'a suivant moi, d'autre mérite que de nous venir d'Allemagne.

Quant à M. Chausit, c'est par le raisonnement et par les faits qu'il attaque les opinions de M. Bazin.

(1) Nous publions aujourd'hui la lettre de M. Deffis, que nous avions annoncée et que nous avons dû faire précéder, dans les n°s 152 et 154, d'un extrait des articles dont elle fait allusion.

A l'en croire, M. Bazin aurait oublié de rendre justice aux travaux de M. Cazenave, qui, dès 1841, osait avancer que la mentagre était une inflammation du conduit pilifère, et, par cette importante découverte, jetait un jour nouveau sur la nature de cette affection. A notre tour, nous nous étonnons de voir, en 1856, un médecin instruit confondre le mode pathogénique d'une affection avec la nature de la maladie. Dire que la mentagre est une inflammation, tout le monde le sait, ce n'est pas indiquer sa nature. Mais à quelle condition de l'organisme se rattache cette inflammation? tel est le problème à résoudre. Est-ce une affection constitutionnelle, parasitaire ou artificielle, de cause externe, purement physique? Répondre à cette question, c'est là, dis-je, déterminer la nature de la mentagre.

M. Chausit ignore s'il existe un champignon dans le sycosis; il ne l'admet ni ne le rejette. Mais, dit-il, cette théorie du champignon, admise par M. Gruby et perfectionnée par M. Bazin, ne répond pas à toutes les nécessités de la clinique. J'avoue avec candeur que je trouve cette expression charmante: *la théorie du champignon, perfectionnée* par M. Bazin. Mais où donc le disciple si fervent de M. Cazenave voit-il là une théorie? Le champignon est un végétal dont l'existence est facile à constater pour tous; seulement, l'œil de l'observateur a besoin d'être armé du microscope. Rien n'est plus simple que de vérifier ce fait d'observation, et il nous semble, ceci soit dit en passant, que cette vérification entre dans les devoirs d'un médecin d'hôpital qui enseigne la science à de nombreux élèves.

M. Chausit ne voit, avec M. Cazenave, dans le sycosis, qu'une inflammation du conduit pilifère, résultat de l'action irritante d'une cause toute locale, et en particulier de l'action traumatique du rasoir. Mais, s'il en était ainsi, l'inflammation céderait avec la cause qui l'a déterminée, et l'on ne verrait pas des mentagres se montrer rebelles à tous les traitements antiphlogistiques et résolutifs, pendant dix ou quinze ans.

D'un autre côté, pourquoi toutes les mentagres se donneraient-elles rendez-vous chez le même barbier? ne saurait-on pas bien vite que ce barbier ne possède qu'un mauvais rasoir ébréché qui donne le sycosis à tout le monde?

La contagion du sycosis est, aujourd'hui, un fait rigoureusement démontré, hors de toute contestation, non-seulement par l'observation, mais encore par l'expérimentation. Depuis 1853, j'ai pratiqué plusieurs fois l'inoculation avec des éléments pris, soit sur la tête d'enfants affectés de teigne tonsurante, soit sur la face d'individus affectés de sycosis, et toujours nous avons vu le trichophyton se développer là où il avait été déposé par la lancette, et produire les divers phénomènes que nous avions déjà observés, et que M. Bazin a si bien décrits le premier, c'est-à-dire, par ordre de succession, herpès circiné ou plaque lichénoïde, *pytiriasis* et pustules.

Il y a, dans ce moment, au pavillon Saint-Mathieu, l'un des épileurs qui porte à la jambe une plaque herpétique de 2 centimètres de diamètre, qui est le résultat d'une inoculation que j'ai pratiquée le 9 août dernier. Le sujet qui a fourni la matière de l'inoculation est affecté de sycosis depuis dix ans. Il est inutile d'insister plus longuement sur ce point.

On objecte à M. Bazin la possibilité, admise par lui, des guérisons spontanées du sycosis et les récidives:

La guérison spontanée est un fait exceptionnel très-rare, dans lequel d'ailleurs la nature, qui en fait tous les frais, procède par une épilation spontanée. Seulement, alors l'inflammation éliminatrice a souvent détruit le bulbe pilifère, d'où une alopécie permanente.

D'autre part, le végétal qui produit la mentagre ne peut-il pas cesser de vivre, pour une cause ou pour une autre? Et, dans ce cas, la mentagre disparaît d'elle-même: (*Sublata causa, tollitur effectus*).

Les causes des récidives ont été parfaitement étudiées et nettement exposées par M. Bazin, dans ses leçons cliniques sur les teignes: une épilation imparfaite, une contagion nouvelle peuvent donner lieu à la reproduction de la mentagre. D'autres fois, ce sera l'action incessante de causes physiques ou mécani-

ques d'irritation purement locale, qui entretiendront des éruptions pustuleuses continuelles sur la peau; mais il faut bien se garder de confondre ces éruptions, comme semble le faire M. Chausit, avec la mentagre dermophytique.

M. Cazenave, et M. Chausit après lui, semblent avoir été très-heureux de trouver, dans l'un des opuscules de M. Bazin, une phrase qn'ils commentent à leur façon et qui leur paraît venir à l'appui de leur système sur la nature exclusivement mécanique de la mentagre.

« Le mentagreux, a dit M. Bazin, peut voir se reproduire son éruption faciale, s'il se trouve de nouveau soumis aux conditions qui, une première fois, l'ont déterminée; celui-ci en balayant les docks, celui-là en secouant des ballots de laine, etc., etc. » Mais, en quoi cela peut-il être une contradiction aux opinions professées par M. Bazin sur la nature de la mentagre?

Si la poussière des docks ou des ballots de laine ne renferme que des substances irritantes, elle ne donnera lieu qu'à une mentagre *artificielle;* si elle renferme des particules trichophytiques, elle reproduira le sycosis dermophytique, avec les caractères qui le distinguent des éruptions de cause externe.

M. Chausit a un parti pris, c'est de ne vouloir admettre aucune des découvertes de M. Bazin. Aussi, son embarras dans la symptomatologie est aussi grand que dans l'étiologie.

La succession si bien établie, par M. Bazin, des diverses affections qui révèlent au sein des poils et des bulbes pileux de la face, la présence du trichophyton tonsurant, n'est pas admise par l'ancien élève de M. Cazenave. L'herpès circiné ou tonsurant ne précède pas le développement du sycosis. Mais, il résulte des observations de M. Chausit lui-même que, dans la plupart des cas, l'herpès a préexisté. Comment se tirer de là? On va créer d'abord une *expression nouvelle de mentagre : les disques érythémateux.* Puis l'on dira, pour expliquer les faits dans lesquels la présence de l'herpès n'a pu être contestée, parce qu'elle était trop évidente pour tous : l'herpès est ici une complication... Quelle misère!

Toutes les arguties, toutes les hypothèses de M. Chausit n'ont qu'un but : bannir de la thérapeutique l'épilation qu'il représente comme aussi odieuse au malade qu'inutile à la guérison.

Mais les faits parlent plus haut que les hypothèses en pareille matière, et nous ne comprenons pas que M. Chausit se soit borné à de vagues assertions sans preuves.

Il aurait vu des malades du dispensaire chez lesquels l'épilation aurait été répétée trente et quarante fois sans succès; pourquoi ne pas en désigner un seul? Jamais un mentagreux n'a subi un pareil nombre d'épilations.

Suivant lui, les malades sont peu disposés à recourir à l'épilation, en cas de récidive, et cependant ils se font épiler toute la face trente et quarante fois... Singulière contradiction!

Si l'épilation est douloureuse et fatigue inutilement les malades, que M. Chausit veuille bien nous expliquer pourquoi le chiffre des mentagreux admis et traités au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, augmente d'année en année :

En 1853. . . .	25 mentagreux admis et traités au dispensaire.	
En 1854. . . .	45	—
En 1855. . . .	78	—
En 1856. . . .	82 jusqu'au 29 août.	

Ces chiffres sont significatifs; ils nous prouvent, ce que nous savions depuis longtemps, que les malades atteints de mentagre, qui sortent des divers services de l'hôpital Saint-Louis comme guéris, ne le sont réellement qu'en apparence. Qu'on lise les observations rapportées par M. Chausit lui-même, on verra que les malades qu'il donne comme guéris avaient encore la peau de la face rouge; qu'ils ont quitté l'hôpital *en voie de guérison,* etc. Or, j'ai la conviction que, chez la plupart de ces malades, l'éruption mentagreuse se sera reproduite au bout d'un mois, six semaines, après leur sortie de l'hôpital.

Les moyens que préconise M. Chausit dans le traitement du sycosis sont employés depuis un temps immémorial à l'hôpital Saint-Louis, et si M. Bazin a renoncé à l'emploi de ces moyens, c'est qu'avec eux seuls il ne pouvait obtenir la cure de ses mentagres invétérées.

Comme preuve de ce que j'avance, je pourrais rapporter un très-grand nombre de faits recueillis au dispensaire; il me suffira d'en citer quelques-uns :

18 *mars* 1854. — Hallot (Édouard), ouvrier en papier peint, âgé de 27 ans, rue Cassette, n° 10, atteint de mentagre depuis trois ans; entré le 20 juillet 1853 dans le service de M. Cazenave, où il est resté trois mois, reproduction de la mentagre; guéri par l'épilation.

5 *mai* 1854. — Urset (Étienne), âgé de 53 ans, mégissier, rue de Loursine, n° 104, atteint de mentagre depuis quinze ans. Il a séjourné dans tous les services de l'hôpital Saint-Louis; guéri par l'épilation.

28 *septembre* 1855. — Vallery (George), âgé de 29 ans, marin, rue Neuve Saint-Médard, n° 15, atteint de mentagre depuis dix ans; entré dans le service de M. Cazenave en mars 1855, il en est sorti le 23 septembre suivant, la face couverte de pustules; guéri par l'épilation.

19 *octobre* 1855, — Berger (Pierre), âgé de 42 ans, brocanteur, rue Saint-Nicolas du Chardonnet, n° 13, atteint de mentagre depuis trois ans; traité, il y a trois ans, dans le service de M. Cazenave; reproduction de la mentagre; guéri par l'épilation.

7 *décembre* 1855. — Barthélemy (Basile), âgé de 28 ans, rémouleur, rue d'Allemagne, à la Villette, n° 41, atteint de mentagre depuis dix ans; entré le 20 novembre 1855 dans le service de M. Cazenave, d'où il est sorti non guéri; guéri par l'épilation.

9 *juillet* 1856. — Baulieu (Jean), âgé de 29 ans, cocher, boulevard du Combat, n° 38, atteint de mentagre depuis huit mois; entré le 4 janvier 1855 dans le service de M. Cazenave; renvoyé comme guéri le 22 avril suivant; reproduction de la mentagre; guéri par l'épilation, etc., etc., etc., etc.

En définitive, malgré le mauvais vouloir de nos détracteurs, la vérité se fait jour. Voyez comme déjà ils sont moins hardis dans leurs affirmations sur ce qui touche à la contagion de la mentagre! Voyez comme ils modifient la symptomatologie de leur sycosis! avec quel embarras ils cherchent à expliquer les guérisons des mentagres traitées par l'épilation, en accumulant hypothèses sur hypothèses. Suivant eux, la favus est une altération de la sécrétion des glandes pileuses, et si la nouvelle méthode de curation des teignes triomphe d'une manière si éclatante, dans cette affection, c'est que par l'épilation on enlève le poil qui est le but de cette sécrétion. De même, si l'épilation guérit certains sycosis, c'est qu'alors la mentagre s'est compliquée d'une altération de la sécrétion des glandes pileuses; mais si la première hypothèse est fausse, que dire de la seconde?........

PHARMACOLOGIE.

Observation sur l'acide arsénieux et sur la liqueur de Fowler,

Par H. Buignet,

professeur agrégé à l'École de Pharmacie.

Il est rare que l'acide arsénieux que l'on trouve tout pulvérisé dans le commerce ait le degré de pureté qu'exige son emploi médical. Indépendamment des substances qu'il peut retenir par suite d'un procédé imparfait de préparation, il en est d'autres qui s'y trouvent fraudulement mêlées, et dont l'effet, quoique insignifiant en apparence, n'en a pas moins les plus fâcheuses conséquences pour les usages thérapeutiques auxquels on le destine.

J'ai eu occasion, dernièrement, en préparant la liqueur de Fowler avec un acide arsénieux que j'avais toute raison de croire pur, d'y trouver jusqu'à 25 pour 100 d'une matière complétement insoluble, même par l'action prolongée de l'eau bouillante, et complétement fixe, même alors qu'elle était soumise à une température excessivement élevée. L'examen chimique de cette matière étrangère m'a appris qu'elle était constituée par de la chaux intimement combinée à l'acide arsénieux, à l'état, par conséquent, d'arsénite calcaire.

Ce n'est pas la première fois que la chaux se retrouve ainsi dans l'acide arsénieux que les fabricants de produits chimiques livrent à la pharmacie. Mais jamais, jusqu'ici, on n'avait constaté sa présence sous une pareille forme et surtout en proportion aussi considérable.

Il est inutile d'insister sur les inconvénients, je dirai même sur les dangers que peut avoir une pareille fraude en faisant varier des médicaments qui, en raison même de leur énergie, devraient toujours avoir une action identique et régulière. Il suffit de la signaler pour montrer combien il importe que les pharmaciens pulvérisent eux-mêmes l'acide arsénieux qu'ils emploient dans leurs préparations.

En voyant, dans le cas particulier de la liqueur de Fowler, combien elle différait de celle que j'avais coutume d'obtenir, j'ai entrepris quelques expériences sur cette liqueur, en vue d'en déterminer la nature, et surtout d'apprécier l'action qui s'établit entre les deux éléments de sa préparation.

Lorsqu'on fait dissoudre séparément l'acide arsénieux et le carbonate de potasse, et qu'on mêle ensuite les deux solutions dans les conditions ordinaires de température et de pression, on ne remarque aucune décomposition sensible, aucun mouvement de gaz apparent. Il en est de même encore lorsqu'on substitue le bicarbonate de potasse au carbonate neutre; de telle sorte qu'une liqueur de Fowler, ainsi préparée, ne représente pas une solution d'arsénite de potasse, comme on serait porté à le croire, mais un simple mélange dans lequel tout le carbonate alcalin se retrouve indécomposé.

Si on supprime la pression atmosphérique, si on porte, par exemple, ce mélange dans le vide, on voit se dégager instantanément une grande quantité d'acide carbonique. Il semble alors que la décomposition se soit effectuée et que la potasse soit transformée tout entière en arsénite; et pourtant, si on mesure avec soin le gaz dégagé, on reconnaît qu'il ne représente qu'une fraction très-faible de celui qui existait dans le bicorbonate. C'est donc une décomposition partielle qui se produit dans cette circonstance; et, comme le volume du gaz n'augmente pas par une nouvelle addition d'acide, on doit admettre que sa quantité se trouve limitée par la formation d'un nouvel état d'équilibre ou d'un composé nouveau.

Un phénomène analogue se produit entre les éléments de la liqueur de Fowler, lorsqu'au lieu de réduire la pression qu'ils supportent, on agit sur eux par élévation de température. En portant à l'ébullition un mélange d'acide arsénieux et de carbonate de potasse, on voit se dégager encore une grande quantité d'acide carbonique; mais il s'en faut que cette quantité représente tout le gaz qui existait en combinaison dans le sel alcalin. La décomposition se continue, il est vrai, à mesure que l'ébullition se prolonge; mais ce n'est qu'après un temps considérable qu'elle arrive à se compléter. Voici les quantités d'acide carbonique retenues par 20 grammes de liqueur de Fowler, aux diverses phases de son ébullition :

	centimètres cubes.
Avant l'ébullition..	32,00
Après 5 minutes d'ébullition. . . .	28,00
15 minutes d'ébullition. . . .	24,30
2 heures d'ébullition. . . .	8,27
4 heures d'ébullition. . . .	5,60

En voyant avec quelle lenteur l'acide arsénieux dégage l'acide carbonique de sa combinaison, j'ai pensé que l'arsénite de potasse décrit jusqu'ici comme un sel déliquescent et incristallisable, pouvait bien devoir cette propriété à des traces de carbonate alcalin qui auraient persisté même après l'évaporation.

Pour m'éclairer sur ce point, j'ai ajouté au mélange précédent un excès d'acide arsénieux, et je l'ai entretenu à l'ébullition pendant plus de deux jours. J'ai pu me convaincre qu'au bout de ce temps, le carbonate de potasse était complétement et radicalement décomposé; car en le traitant par l'acide sulfurique dans un tube gradué sur le mercure, il ne donnait plus de dégagement de gaz appréciable. J'ai soumis alors ce liquide à l'évaporation; mais, malgré toutes les précautions dont je l'ai entouré, je n'ai pu observer le plus léger signe de cristallisation dans le résidu. C'est donc bien à la nature propre de ses éléments et non au carbonate qu'il peut retenir que l'arsénite de potasse doit les propriétés qu'il présente. Et il en résulte alors qu'on ne peut l'employer directement à la préparation de la liqueur de Fowler, ou du moins que son emploi dans cette circonstance ne peut avoir les mêmes avantages que celui de l'arséniate de soude, qui sert journellement à la préparation de la liqueur de Pearson.

Deux circonstances font regretter qu'il n'en puisse être ainsi : la première est que la liqueur de Fowler, préparée par le procédé du Codex, n'a pas une composition constante, à proprement parler, et que si elle renferme toujours la même proportion d'acide arsénieux, elle ne le renferme pas toujours au même état de liberté ou de combinaison. La seconde est que, d'après une observation récente de Frésénius, l'arsénite de potasse est réellement altérable au contact de l'air. Il en absorbe peu à peu l'oxygène, de telle sorte que le précipité qu'il forme avec les sels d'argent passe par toutes les nuances comprises entre le jaune serin, qui correspond à l'arsénite pur, et le rouge briqueté, qui correspond à l'arséniate.

Dans les expériences que j'ai faites sur la liqueur de Fowler, il m'est arrivé souvent de préparer des dissolutions simples d'acide arsénieux, et de les entretenir à l'ébullition pendant des journées entières. J'ai dû rechercher si la vapeur qui s'échappait du vase était constituée par de l'eau exclusivement pure, ou si elle emportait quelque trace d'acide arsénieux susceptible de vicier l'air au milieu duquel elle se répandait. L'exemple de l'acide borique, qui est fixe par lui-même et qui passe cependant à la distillation avec l'eau, donnait à penser qu'il en serait de même de l'acide arsénieux; mais il restait à vérifier le fait par expérience.

J'ai pris pour cela un ballon ordinaire auquel j'ai adapté un tube étroit, destiné à conduire la vapeur dans un récipient convenablement refroidi. Pour éviter toute projection mécanique de la solution, j'avais eu soin de disposer le tube abducteur de manière à ce qu'il s'élevât d'abord verticalement et à une très-grande hauteur, avant de se recourber pour se rendre dans le récipient. J'étais assuré par là que l'acide arsénieux ne pourrait se retrouver dans le produit distillé qu'à la condition d'avoir pris lui-même l'état de fluide élastique, et de s'être mêlé sous cette forme à la vapeur d'eau.

En continuant l'ébullition pendant tout un jour et condensant avec le plus grand soin la vapeur qui s'était formée, j'ai trouvé que le produit de la distillation ne renfermait pas la moindre trace d'acide arsénieux. Un courant d'hydrogène sulfuré n'y produisait aucun précipité, ni même aucune coloration apparente. Et pourtant, en mêlant à ce liquide un cent millième d'acide arsénieux en dissolution, on voyait apparaître à l'instant même une réaction des plus tranchées et des plus manifestes.

Il est encore une autre observation qu'il m'a été donné de faire dans le cours de ces expériences :

Lorsqu'on introduit une solution d'acide arsénieux dans le vide du baromètre, on voit la surface du mercure prendre immédiatement une teinte brune irisée, en même temps qu'il se forme une petite quantité d'une poudre noire qui se dépose audessus d'elle. Aucun dégagement de gaz n'accompagne la formation de cette poudre. Est-elle le résultat d'une réduction partielle de l'acide arsénieux, et la cause qui la produit a-t-elle sa source dans l'affinité particulière du mercure pour l'un ou l'au-

tre de ses deux éléments? C'est là une question que je ne puis encore résoudre, à cause de la petite quantité de poudre que j'ai eue jusqu'ici à ma disposition. Mais un fait sur lequel je désire appeler dès à présent l'attention des chimistes, c'est que certaines eaux minérales, celles précisément où on a constaté la présence de l'arsenic, paraissent donner lieu au même phénomène quand elles se trouvent placées dans les mêmes conditions. A ce titre, la réaction que je signale serait doublement intéressante, et je me propose d'en étudier prochainement la nature quand j'aurai pu recueillir une quantité suffisante du produit auquel elle donne lieu.

En résumé, la note que je présente aujourd'hui a pour conséquence de montrer :

1° Que l'acide arsénieux que l'on trouve tout pulvérisé dans le commerce, peut renfermer jusqu'à 25 pour 100 d'arsénite de chaux;

2° Que cette fraude peut avoir les plus fâcheuses conséquences, en faisant varier dans des limites considérables l'action excessivement énergique des médicaments dont il est la base, et qu'il y a, dès lors, nécessité absolue pour le pharmacien, à pulvériser lui-même l'acide arsénieux qu'il emploie dans ses préparations;

3° Que la liqueur de Fowler, préparée selon la formule du *Codex*, n'a pas une composition régulière et constante, puisque l'acide arsénieux qu'elle renferme s'y trouve, partie à l'état de mélange, partie à l'état de combinaison, et que sa proportion, sous cette dernière forme, est d'autant plus considérable que l'ébullition a été plus prolongée;

4° Qu'on ne peut cependant préparer cette liqueur par dissolution simple, l'arsénite de potasse étant, par sa nature même, déliquescent et incristallisable;

5° Que l'acide arsénieux ne passe pas à la distillation, ou du moins que la vapeur qui s'échappe d'une dissolution bouillante d'acide arsénieux ne renferme aucune trace sensible de cet acide à l'état de fluide élastique proprement dit;

6° Que la solution d'acide arsénieux, portée dans le vide du baromètre, éprouve une action particulière d'où résulte la formation d'une poudre noire qui se dépose à la surface du mercure.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Observation de rhumatisme polyarticulaire aigu,

Par M. Lucien Dubiau.

Lebrun (Jean-Marie), âgé de 22 ans, domicilié à Toulouse, relieur, est entré à l'Hôtel-Dieu le 10 mars 1856, dans le service de M. Dassier.

C'est un jeune homme d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution délicate. Interrogé sur ses antécédents, voici les renseignements qu'il a fournis : variole à 7 ans (il n'avait pas été vacciné); à 12 ans, accès de fièvre intermittente tierce qui persistèrent environ deux mois, et qu'il ne sait à quoi attribuer : il habitait une maison saine et à l'abri des intempéries de l'air. Plus tard, il exerça le métier de cordier, et, par les exigences de sa profession, il se trouva souvent exposé au vent, à la pluie et à toutes les variations atmosphériques. Il ne fut cependant atteint, pendant tout ce temps, d'aucune affection rhumatismale. A 15 ans, il souffrit une quinzaine de jours d'une violente pleurodynie que dissipa l'application de quelques sangsues. Plus tard il a cessé d'être cordier, et il travaille depuis quelque temps dans un atelier de reliure. Les battements du cœur ont toujours été chez lui un peu forts, sans présenter toutefois aucune altération dans leur rhythme.

Au mois de février dernier, il s'est livré avec passion à la danse; il fréquentait régulièrement les bals, n'en sortait que le corps baigné de sueur, et négligeait en rentrant de changer de linge.

Le lundi gras, il ressentit quelques frissons passagers.

Le 4 mars, il fut affecté de torticolis qui céda à l'action de la pommade camphrée appliquée en friction sur les points douloureux, et à des sueurs abondantes.

Le jeudi 6 mars, cette douleur musculaire avait disparu, quand il en éprouva une extrêmement vive à l'articulation fémoro-tibiale du côté droit. On lui prescrivit des frictions à l'eau sédative, à l'alcool et à la pommade camphrés qu'il continua pendant deux jours. Le genou ne s'en tuméfia pas moins, la douleur, primitivement limitée à cette articulation, s'étendit à l'articulation coxo-fémorale du même côté, paralysa complétement les mouvements du membre inférieur, et gagna bientôt l'articulation du coude, où elle prit un très-haut degré d'intensité.

Aujourd'hui, 10 mars, date de son entrée à l'Hôtel-Dieu, toutes les articulations sont prises, à l'exception de celles de l'épaule : les poignets et les genoux sont tuméfiés; toute espèce de mouvement est devenu impossible. Le malade est couché en supination; il accuse des douleurs atroces et pousse des cris au moindre contact, à la plus légère pression. Ses traits sont très-altérés.

On ne constate ni matité ni bruits anormaux à la région précordiale. Les battements du cœur sont fréquents et forts au point de soulever visiblement la paroi thoracique. Le bruit du premier temps est plus fort que le bruit diastolique et le masque presque complétement. Le pouls est plein, dur, fréquent. Les mouvements respiratoires sont accélérés; il y a comme de l'oppression et absence complète de sommeil. La langue est recouverte d'un enduit saburral; il n'éprouve ni nausées, ni vomissement, ni diarrhée : ses selles sont naturelles.

Prescription. Bouillon, lait, tisane sudorifique, potion gommeuse avec nitrate de potasse; baume tranquille pour frictions.

11 *mars*. Insomnie complète. La douleur persiste avec la même intensité à toutes les articulations, et semble être plus lancinante encore à l'articulation radio-carpienne du côté droit. Même état du cœur, du pouls et de la respiration, sueurs abondantes. (Bouillon, deux laits, baume tranquille, potion avec eau de laitue, 100 grammes; teinture de digitale, 1 gramme; teinture de colchique, 1 gramme; sirop de pavot 30 grammes; à prendre une cuillerée toutes les quatre heures.)

Le 12, même état, même prescription.

Le 13, la douleur semble s'être plus particulièrement concentrée à l'articulation coxo-fémorale gauche qui n'est passible d'aucun mouvement. Les poignets sont tuméfiés et excessivement douloureux. Les impulsions du cœur soulèvent la main appliquée sur la région précordiale. Même état du pouls et de la respiration, sueurs et urines abondantes. — Traitement *ut supra*.

Le 14, amélioration dans l'état général : rémission de la douleur qui s'est concentrée au niveau de la malléole externe du côté gauche où elle existe avec gonflement; sueurs et urines abondantes, une selle diarrhéique. Le pouls continue d'être dur, résistant et fréquent à 85. Même traitement.

Le 15, abaissement du pouls (75 pulsations), respiration plus libre. Le poignet et l'avant-bras droit sont seuls douloureux. La langue n'a pas cessé d'être chargée, elle est rouge sur les bords; deux selles, urines abondantes, sueurs générales. Même traitement.

Le 16, malgré une amélioration sensible du côté des appareils respiratoire et circulatoire (le pouls est complétement tombé et ne bat plus que 60 fois à la minute), le malade se trouve dans un état de faiblesse extrême qu'il attribue à l'absence complète de sommeil, qu'il cherche lui-même à éloigner, à cause des rêves affreux qui le fatiguent plus que l'insomnie elle-même. Même prescription.

Le 17, le poignet gauche se trouve pris de nouveau; toutes les autres articulations sont dégagées. Il y a toujours insomnie et sueurs abondantes. Selles et urines naturelles, moiteur de la peau. Le quart, deux laits, le reste *ut supra*.

Le 18, il a très-bien supporté les aliments; deux selles. La langue est dans un bon état, pas de sueurs; la peau a repris ses

fonctions et avec elles sa chaleur naturelle. Le sommeil est encore agité, et un peu de douleur persiste dans l'articulation du poignet gauche. Le quart, côtelette, tisane pectorale, potion gommeuse, baume tranquille pour frictions.

Le 19, le malade s'est levé hier dans la journée. Il a reposé plus que les nuits précédentes; néanmoins des rêves pénibles agitent encore son sommeil. Même traitement.

Le 21, le malade se trouvait dans un état très-satisfaisant, il accusait seulement un peu de constipation. On continua de lui donner le quart, la côtelette, et on prescrivit un lavement huileux.

Du 21 au 24, son état s'améliorait de plus en plus; il reprenait des forces, se levait tous les jours, mais se plaignait de n'avoir pas le ventre libre. Le quart, pruneaux, eau de casse et de tamarin, lavement salé.

Le 25, la constipation était vaincue; il y avait eu trois selles. La demie, pruneaux, tisane d'orge.

Le 26, il demeura levé toute la journée; il était parfaitement rétabli. On continua le même traitement.

Sortie le 30 mars. (*Journ. méd. de Toul.*)

TOXICOLOGIE.

Nouveau cas d'empoisonnement par la pâte phosphorée des allumettes chimiques.

Nous avons déjà signalé plusieurs cas d'empoisonnement par la pâte phosphorée des allumettes chimiques; nous avons aussi donné une analyse d'un rapport de M. Tardieu sur les avantages que présenterait la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc, dans la composition de ces pâtes inflammables (voir *Monit. des Hôp.*, n° 85, du 17 juillet 1856). Voici trois nouveaux cas d'empoisonnement qui sont rapportés dans le *Journal de chimie médicale.*

Obs. I. — Dans le courant de septembre dernier, une fille naturelle, âgée de 20 mois, placée en nourrice chez un jardinier de la commune de Sancoins, arrondissement de Saint-Amand, a été prise subitement de violentes coliques présentant les symptômes d'un empoisonnement.

La nommée G...., domestique, se serait rendue auprès de sa fille, emportant avec elle du phosphore qu'elle avait détaché d'allumettes chimiques; elle l'a introduit dans une poire molle qu'elle a fait manger à l'enfant.

L'inculpée ne semble pas comprendre l'énormité de son crime, et s'abuse au point de croire qu'elle en sera quitte pour une peine légère, tandis qu'un terrible châtiment l'attend sans doute.

Obs. II. — Le 1er mai 1856, la fille C...., domestique, de la commune de Saint-André, fut conduite, par les soins de son maître, chez une sage-femme à Villefranche, pour y faire ses couches; le 7, elle donna le jour à un enfant mâle, qui, quoique un peu frêle, naquit à terme et viable. La sage-femme ne tarda pas à s'apercevoir que, tout en feignant de lui prodiguer force caresses, C.... empêchait son enfant de prendre son sein, et qu'elle cherchait ainsi à le laisser mourir d'inanition. Elle lui reprocha vivement sa conduite et la menaça même d'une dénonciation au commissaire de police. Dans la matinée du 13, C.... partit en annonçant qu'elle allait mettre son enfant en nourrice dans la commune de Lafouillade. La sage-femme prit aussitôt la précaution d'écrire au maire de cette commune, de lui communiquer ses appréhensions et de provoquer sa vigilance.

C.... ne se dirigea point vers Lafouillade; elle laissa son enfant à la femme L...., du village de Cassals, commune de Sauvenja; elle ne resta que la nuit chez la nourrice, et, en s'en allant le 14, elle dit qu'elle ne reviendrait qu'à la Saint-Jean. Cependant, quatre jours après, elle revint inopinément chez les époux L...., vers six heures du soir, annonçant qu'elle n'avait pu résister au désir de venir embrasser son fils. Elle prit son enfant sur ses genoux, l'éveilla et lui donna à manger des gâteaux qu'elle avait apportés et qu'elle mâchait préalablement. Elle le garda ainsi dans ses bras environ trois heures, pendant que la nourrice vaquait aux soin de son ménage. Vers les dix heures, elle sortit pour aller se coucher dans une maison voisine. Bientôt après, l'enfant qui, avant l'arrivée de sa mère, se portait à merveille, fut pris de douleurs violentes et de vomissements réitérés. Les époux L.... ayant voulu essuyer avec un linge les matières vomies, furent surpris qu'il s'en dégageât, par le frottement, une lueur et une odeur très-prononcée de phosphore. Ils se hâtèrent d'appeler C.... et de lui faire remarquer ce phénomène. Cette fille demeura interdite quand la femme L.... lui reprocha d'avoir empoisonné son enfant. Cette pauvre petite créature succomba dans la nuit, malgré les soins qui lui furent prodigués par la nourrice et son mari.

La justice se transporta sur les lieux dès le lendemain, et l'autopsie, faite en présence des magistrats, révéla l'existence, dans l'estomac de la victime, de certains corps produisant par le frottement une lueur phosphorescente.

Les expériences chimiques opérées durant le cours de l'instruction n'ont pas constaté la preuve du phosphore; mais on sait avec quelle facilité s'opère le changement d'état de ce toxique. A l'audience, M. Réné, professeur de médecine légale à la Faculté de Montpellier, a donné sur ce point les explications les plus nettes et les plus précises. Le célèbre professeur, appelé comme témoin, a fait une déposition qui a vivement impressionné le jury. Il a démontré *combien était facile l'empoisonnement à l'aide du phosphore et quelle était sa redoutable activité.*

Avant son arrestation et dans son premier interrogatoire, l'accusée avait nié avec assurance sa culpabilité; plus tard, elle avait reconnu avoir donné la mort à son enfant en mêlant aux gâteaux qu'elle lui avait fait avaler du phosphore détaché de plusieurs allumettes chimiques. A l'audience, elle est revenue sur ses aveux en prétendant que la version faite par elle dans son second interrogatoire lui avait été dictée par le gendarme qui l'avait conduite dans la maison d'arrêt.

Les charges révélées ci-dessus ont été confirmées par les déclarations des témoins cités à la requête du ministère public.

Le jury a déclaré C.... coupable du crime d'empoisonnement; il a, toutefois, admis en sa faveur des circonstances atténuantes. C.... a été condamnée aux travaux forcés à perpétuité.

Obs. III. — M. G...., sa femme, son fils et sa cuisinière furent pris un soir de vives douleurs d'entrailles, après avoir, les jours précédents, souffert de maux d'estomac. Un médecin fut appelé; il soupçonna aussitôt un empoisonnement et se rendit à la cuisine afin d'en rechercher les causes. En y entrant, un coup de vent éteignit la lumière; ce fut un hasard heureux, car l'obscurité permit au docteur d'observer des lueurs phosphorescentes dont il voulut se rendre compte.

La lumière étant rallumée, il put se convaincre que ces lueurs provenaient d'une table de cuisine, sur laquelle les domestiques avaient la mauvaise habitude de frotter des allumettes chimiques pour obtenir du feu. Une petite quantité de viande ayant séjourné sur cette table aurait suffi pour occasionner les maux dont nous avons parlé. Du reste, cet accident n'a pas eu, heureusement, de suites fâcheuses.

REVUE DES JOURNAUX ESPAGNOLS.

Perforation du duodénum et du cœcum, cette dernière communiquant avec l'artère iliaque interne,

Par M. le Dr Pawel.

Un nègre âgé de 30 ans était atteint depuis plusieurs mois de fréquents accès de fièvre, contre lesquels on administra souvent le sulfate de quinine, le calomel et l'émétique. Tout à coup il

fut pris, sans cause appréciable, de tous les symptômes d'une violente péritonite, avec vomissements d'une extrême fétidité et douleurs fixes spécialement dans le côté droit de l'abdomen. Il mourut au bout de trois jours.

A l'autopsie, on reconnut que le péritoine contenait une grande quantité de pus ; le duodénum, à son extrémité pylorique, était le siége d'une perforation près de laquelle était un peloton formé par huit ascarides. L'appendice cœcal était également le siége d'une altération très-curieuse. Cet appendice était adhérant à l'artère iliaque interne. Cette artère étant ouverte, on découvrit à sa partie supérieure une petite ouverture arrondie qui communiquait avec l'appendice et qui donnait passage à des grumeaux de sang dans ce dernier. L'adhérence était soutenue par un dépôt de lymphe plastique.

Réflexions. — Les perforations de l'intestin ne sont point rares comme conséquence de la fièvre typhoïde ou des affections tuberculeuses; elles occupent alors presque toujours l'intestin grêle. M. Leudet a publié des observations de perforation du gros intestin dans la fièvre typhoïde, les perforations qui reconnaissent cette origine occupent habituellement le cœcum. De 28 observations de perforations intestinales que nous avons recueillies dans le *Bulletin de la Société anatomique*, près de la moitié appartenait à ces dernières. La *Gazette hebdomadaire* a publié l'année dernière les observations du professeur Forget sur la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcal, dans lesquelles cet accident paraissait lié à l'existence de calculs stercoraux. Mais nous n'avons rencontré nulle part rien qui ressemblât à cette communication établie entre l'extrémité de l'appendice cœcal ulcéré et l'artère iliaque interne. Les perforations du duodénum sont beaucoup plus rares; nous n'en avons rencontré que deux observations dans les *Bulletins de la Société anatomique* et un troisième exemple cité par M. Cruveilhier. Dans tous ces cas la perforation paraissait s'être formée sur une ancienne ulcération. Dans l'observation de M. Pawell, il est difficile de se former une idée exacte de la nature et de la cause de l'accident. (*Semanario medico.*)

Éclampsie au terme de la grossesse, — Rupture de l'œsophage,

Par M. le D[r] Magalhaes Coutinho.

M[me] G..., âgée de 20 ans, bien conformée, grossesse à terme, entra à l'hôpital d'accouchement de Lisboa. Le 18 décembre 1855, elle éprouva du froid, se plaignit de mal de tête et eut une attaque d'éclampsie; elle reprit connaissance au bout d'un quart d'heure; bientôt survint une nouvelle attaque pendant laquelle les membranes se rompirent, et l'accouchement s'opéra. Il se produisit deux nouvelles attaques qui ne présentèrent rien d'extraordinaire à noter, si ce n'est leur violence. La malade succomba à la quatrième.

L'autopsie présente les particularités suivantes : un peu de sérosité dans les ventricules cérébraux, injection de la pie-mère et des plexus choroïdes, congestion intense des vaisseaux pulmonaires, épanchement de sérosité dans les plèvres et le péricarde.

L'examen de l'œsophage montra une solution de continuité par rupture, qui permettait l'introduction de deux doigts. Le tissu propre de l'œsophage ne présentait aucune altération en dehors de cette solution de continuité, qui paraissait récente et produite par une cause mécanique dont l'action, agissant sur les fibres, en aurait amené la rupture. Un ver lombric de 0,22 sortait par cette ouverture accidentelle.

Les observations de ruptures de l'œsophage sont extrêmement rares, et le voisinage du lombric n'enlève rien à l'intérêt qui s'attache à celle que nous rapportons, car en admettant qu'il se soit ouvert un passage à travers les fibres du tissu, ce qui ne me semble guère possible sur un œsophage sain, l'écartement qui en serait résulté eût été extrêmement circonscrit et ne pourrait que difficilement être invoqué comme point de départ d'une aussi large solution de continuité. C'est donc aux convulsions éclamptiques que cet accident doit être attribué.

(Trad. par M. le D[r] Joulin.)
(*Gaceta medica di Lisboa.*)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et C[ie], rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 3. 5e année. Mardi 6 Janvier 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Extirpation d'un cancer du rectum par un nouveau procédé. — Guérison. — Comparaison de ce procédé avec celui de Lisfranc,

Par M. le Dr H. Texier, de Villefagnan.

Le cancer du rectum a été longtemps considéré comme une affection au-dessus des ressources de l'art. Le traitement qu'on lui opposait alors était essentiellement palliatif; il consistait dans l'emploi de mèches enduites de cérat ou de topiques calmants. Les succès que l'on a obtenus parfois, grâce à cette manière de faire, ne peuvent s'expliquer que par des erreurs de diagnostic : le cancer du rectum, pas plus que tout autre, moins que tout autre peut-être, ne saurait être guéri par des moyens aussi simples.

Il ne pouvait venir à l'idée de personne d'aller l'attaquer par des caustiques assez énergiques pour le détruire; leur emploi entraînerait des accidents dont on ne peut mesurer la gravité, et leur efficacité serait plus que problématique.

En face d'une affection de ce genre, le seul moyen curatif auquel on puisse penser est une opération chirurgicale méthodiquement faite. Cependant, la difficulté du manuel opératoire et la gravité de l'opération ont longtemps fait reculer les chirurgiens. Ce n'est qu'au commencement du XVIIIe siècle qu'elle a été tentée pour la première fois, et encore le chirurgien qui l'entreprit ne put-il la terminer, ce qui n'empêcha pas que quelques années plus tard Faget ne l'essayât à son tour, et le succès dépassa ses espérances. Il enleva environ un pouce et demi du rectum, et, à sa grande surprise, après la guérison, l'opéré put retenir non-seulement les matières fécales solides et liquides, mais encore les gaz.

Malgré cela, l'extirpation du cancer du rectum fut longtemps à passer dans la pratique chirurgicale, et jusqu'après le premier quart du XIXe siècle, elle fut considérée comme étant plutôt nuisible qu'avantageuse : la plupart des chirurgiens (Desault, Boyer étaient encore de ce nombre) voulaient qu'on n'attaquât le cancer du rectum avec l'instrument tranchant qu'autant que la tumeur était bien circonscrite, mobile, et qu'on pouvait la poursuivre jusque dans ses derniers retranchements. En 1825,

DÉLASSEMENTS.

Un concours encyclopédique. — L'ophidien fanfaron. — Le *vade-rectum*. — Le médecin homœopathe. — Un duel au diagnostic. — Confraternité vétérinaire. — Un professeur empêché.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les hommes du temps passé médisent du temps présent; Horace, si nous avons bonne mémoire, avait déjà fustigé ce travers. Il n'y a donc rien d'étonnant que beaucoup de vieilles gens, j'entends des gens du huitième ou neuvième lustre (car, quoi qu'en dise M. Flourens, de notre temps on vieillit vite), que beaucoup de vieilles gens voient dans les concours de notre époque le pâle reflet (style coccigruanique) de ceux d'il y a quinze ou vingt ans. Quant à moi, je suis moins pessimiste, et je trouve que loin de dégénérer, nous nous perfectionnons de jour en jour; pour n'en citer qu'une preuve, on faisait autrefois concourir ensemble les chirurgiens et les accoucheurs, et les candidats trouvaient que c'était trop; aujourd'hui, on jette dans une même mêlée accoucheurs, médecins et chirurgiens, et il y a des candidats qui trouvent que ce n'est pas assez : ombre de Roux, quelle humiliation serait la tienne si, revenant parmi nous, tu te voyais classée dans les rangs infimes de la spécialité, toi qui bornais ton ambition encyclopédique à l'étude de la chirurgie ! combien ton horizon serait borné à côté de celui qu'embrassent nos candidats actuels, et à côté surtout de celui qu'attend un de tes propres élèves :

— Eh ! bien, mon cher encyclopédiste, lui disais-je l'autre jour, j'espère que vous êtes content et que vous allez faire honneur à votre vénéré maître en vous montrant dans le tournoi encyclopédique qui va s'ouvrir devant la Faculté?

— Vous appelez ça un tournoi encyclopédique ! me dit-il avec dédain.

— Je crois n'avoir en cela qu'une opinion conforme à celle de tous les candidats.

— De tous les candidats spécialistes donc, répartit mon interlocuteur.

— A la bonne heure! que faudrait-il donc, à votre avis, pour qu'un concours fût encyclopédique?

— Il faudrait au moins que les candidats eussent à traiter à la fois la médecine, la chirurgie, les accouchements, la chimie, la physique, l'histoire naturelle, les mathématiques et la théologie ! Quand le pro-

Boyer écrivait encore : « L'extirpation conseillée par quelques « chirurgiens, dans le cancer du rectum, est constamment ou « impossible ou nuisible. On conçoit bien que si une tumeur « cancéreuse, à base étroite, se développait au pourtour de « l'anus, l'extirpation pourrait en être faite avec quelque espoir « de succès; mais il est si rare que la maladie se présente sous « cette forme, que l'on n'a peut-être encore jamais eu l'occasion « de l'observer. »

Une année plus tard, cependant, en 1826, Lisfranc, plus hardi, enlevait avec succès une assez grande étendue du rectum chez un de ses malades, atteint de l'affection qui nous occupe. Enhardi par ce premier succès, il en chercha bien d'autres, et de 1826 à 1829 il pratiqua neuf fois cette opération avec des résultats divers : dans ces neuf opérations, il compte cinq réussites, un demi-succès et trois revers.

Malgré ce qui avait été fait avant lui, Lisfranc est généralement considéré comme le père de l'opération du cancer du rectum, et le procédé que l'on emploie encore aujourd'hui pour l'exécuter porte son nom. Il consiste, le malade étant convenablement placé, à circonscrire l'anus par deux incisions semi-lunaires dirigées d'avant en arrière, c'est-à-dire se réunissant du côté du périnée et du coccyx ; à disséquer ensuite avec soin les adhérences du rectum avec les parties voisines, à retirer l'extrémité inférieure de cet intestin et à l'exciser au-dessus de la partie malade.

Cette opération est longue, minutieuse, entourée de grandes difficultés ; ses suites sont excessivement sérieuses, et quand les malades sont assez heureux pour recouvrer la santé, il leur reste généralement une infirmité dégoûtante ; ils ne jouissent pas tous du privilége de l'opéré de Faget : s'ils peuvent retenir les matières fécales dures, il n'en est plus de même quand elles sont liquides.

Me trouvant, il y a quelques semaines, en face d'une opération de ce genre, je me suis demandé s'il ne serait pas possible de la simplifier et dans son manuel opératoire et dans ses résultats. Ma malade, il est vrai, présentait des conditions assez avantageuses pour cela : la tumeur cancéreuse n'occupait qu'une partie de la circonférence intestinale ; elle n'était située qu'à une petite distance de l'anus, et par conséquent facilement accessible à l'instrument tranchant.

Au lieu de détacher le sphincter, je pensai qu'il serait plus avantageux de l'inciser seulement dans sa partie la plus déclive, de manière à avoir une dilatation plus facile, une commodité plus grande pour aller attaquer le mal ; ce qui permettrait encore au pus de s'écouler librement après l'opération.

Voici l'observation :

Marie Pot, épouse Brigot, demeurant à Besse, âgée de 42 ans, réglée à 19 ans et toujours peu abondamment, mariée à 31 ans, n'a jamais eu d'enfants. Sa constitution est bonne ; elle a toujours été un peu chlorotique, ce qui ne l'a pas empêchée, pendant quelques années, de prendre de l'embonpoint ; elle n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fluxion de poitrine, il y a une dizaine d'années.

Il y a environ deux ans, elle fut prise d'une diarrhée continue qui ne nécessitait qu'une ou deux selles par jour, qui a toujours persisté et qui pendant la première année n'a occasionné qu'un peu de faiblesse et d'amaigrissement. Depuis un an, la malade a éprouvé dans la partie inférieure du rectum des douleurs lancinantes, d'abord peu fréquentes, puis se rapprochant peu à peu et devenant dans ces derniers temps tout à fait insupportables. Les matières fécales ont perdu complétement leur aspect normal ; elles sont *toujours glaireuses, souvent sanguinolentes*, et depuis plusieurs mois déjà il y a incontinence absolue ; la malade ne peut sortir de chez elle à cause de l'infirmité qui l'accompagne partout ; cependant l'appétit est toujours bon, et pourtant elle continue à maigrir d'une manière remarquable. La coloration de la peau a pris une teinte ictérique caractéristique, et la pauvre patiente voit ses forces diminuer chaque jour. Elle consulte plusieurs confrères qui jugent la maladie à divers points de vue ; ils osent à peine interroger le toucher ; l'un d'eux ne voit là qu'une affection de matrice (1) ; un second accuse des hémorrhoïdes ; un troisième, dont le diagnostic est inconnu, conseille à la malade d'aller à Barèges pour se guérir !!! L'examen le plus simple, pour peu qu'il fût intelligent, pouvait cependant détruire ce chaos et fixer définitivement et le diagnostic et le sort de la malade.

Je suis consulté dans les premiers jours de novembre. On me fait connaître les précédents ; j'explore par le toucher le siége du mal, et je trouve dans le côté droit, à une faible distance de l'orifice anal, une tumeur encore assez volumineuse, de la grosseur du doigt d'un adulte, ayant son plus grand diamètre dans la partie circulaire du rectum, s'élevant à peu près à 0,03 centimètres ou 0,035 millimètres au-dessus de l'orifice anal, d'une étendue d'environ 0,04 centimètres circulairement, de 0,02 ou 0,03 centimètres de bas en haut, trilobée, mollasse, se déchirant facilement au moment de l'exploration, laissant écouler alors une matière sanieuse, sanguinolente. Ces caractères, joints aux douleurs lancinantes que la malade éprouve depuis un an, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature de l'affection ; j'ai manifestement affaire à une tumeur de nature carcinomateuse, et l'extirpation est la seule voie de salut ouverte à la pauvre souffrante.

(1) Il est vrai qu'il y a abaissement de la matrice ; mais il ne faut pas en faire toute la maladie.

---

grès en sera à ce point, alors je concourrai, surtout si l'on y met, en outre, un peu de droit.

Grâce à de longues études, j'ai pu décrire avec quelque exactitude le genre des ophidiens ; mais qui pourra en faire connaître les innombrables espèces ? Plusieurs générations de feuilletonistes s'useront probablement à cette tâche, que je commence aujourd'hui sans savoir où je pourrai la conduire. Voici une première espèce qu'on pourrait appeler l'*ophis craniosus*, et que le spécimen suivant permettra de reconnaître au besoin :

Le grand ophidien X.... rencontrant un de nos amis sur la place de l'Ecole-de-Médecine, l'aborde le poing sur la hanche, le chapeau rejeté vers la nuque, le front renfrogné à la d'Artaban, et provoque incontinent l'explication suivante.

— Ah ! ah ! confrère, je suis bien aise de vous rencontrer.

— Je regrette de ne pouvoir vous en dire autant.

— C'est possible ; voyons, oseriez-vous répéter devant moi les propos que vous avez tenus en arrière sur mon compte ?

— Monsieur, je me garde toujours de parler des gens dont on ne peut dire que du mal, à moins que ce ne soit en face d'eux.

— Pourtant, il paraît que vous m'avez traité assez cavalièrement, hier au soir, chez le professeur C.... ; vous vous seriez servi à mon égard d'expressions passablement insultantes, d'ophidien par exemple.

— On s'est moqué de vous, monsieur, en vous débitant de pareilles sornettes ; sachez, une bonne fois pour toutes, que je ne perds jamais mon temps à démontrer un axiome.

Cette réponse parut satisfaire notre ophidien qui se retira en s'excusant ; ce qui ne l'empêche pas de dire sournoisement que notre ami a renié ses paroles injurieuses devant son attitude de gentilhomme.

La petite scène comique et anecdotique suivante se passait, il y a quelques jours, dans une brasserie qui, chaque soir, regorge d'étudiants en médecine et en droit. Un des loustics de l'établissement se mit à annoncer d'une voix criarde, en entrant avec un in-octavo à la main :

— V'là ce qui vient de paraître ! c'est la deuxième édition de la grrrande *Anatomie pathologique*, revue à la borgne, confriquée durant cinq années et diminuée jusqu'à sa plus simple exprrression par le plus célèbrrre des directeurs de caisses coloniales de Frrrance, de Navarrre et d'Algérrrie ! Je ne le vends que cinquante centimes !

— Que diable nous chantes-tu là, beuglard ? lui cria un élève de l'École pratique ; montre-moi ton fameux canard.

Je la pratiquai le 26 novembre dernier, avec l'aide de mon excellent confrère et ami, le docteur A. de Fleury, de Mansle.

La malade étant couchée sur une table convenablement garnie, les cuisses pliées sur le ventre, les jambes sur les cuisses, les mains embrassant les pieds et fixées à ceux-ci au moyen de lacs convenablement serrés, les cuisses écartées par un aide, mon confrère de Fleury dilata avec les index l'orifice anal, que j'incisai assez profondément dans sa partie la plus déclive, de dedans en dehors et jusqu'à la partie cancéreuse; la dilatation devint alors plus facile; j'accrochai la tumeur avec une érigne, et d'un coup de bistouri j'en détachai la partie inférieure; mais comme j'opérais sur une base molle qui n'offrait pas toute la résistance nécessaire pour une dissection convenable, j'abandonnai le bistouri pour les ciseaux courbes. Portant alors le doigt indicateur de la main gauche dans le vagin, je m'en servis comme d'un support sur lequel il m'était facile d'agir, car je n'avais plus à craindre de perforer la cloison recto-vaginale, dont je mesurais ainsi l'épaisseur, et il m'était possible de faire saillir un peu la tumeur cancéreuse. Je la détachai par plusieurs coups de ciseaux, et partout où je trouvai non-seulement un petit noyau, mais encore la plus légère induration, je l'excisai.

Pendant toute cette opération, la malade ne perdit qu'une quantité de sang assez insignifiante, de 300 à 400 grammes au plus; je n'eus à lier aucune artère, l'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même.

L'opération terminée, je pansai avec une mèche enduite de cérat.

27 *novembre*. La nuit a été bonne; la malade, qui avant l'opération était obligée de se lever plusieurs fois chaque nuit, ne s'est pas levée la nuit dernière; il n'y a pas eu le moindre malaise; les élancements ont disparu; il y a eu deux selles liquides dans la matinée.

Pansement. Injections d'eau tiède pour nettoyer les parties malades, mèches cératées comme la veille, deux bouillons.

Le 28. Il n'y a eu rien de nouveau depuis la veille. Même *pansement*.

Le 29. La malade a un peu mangé hier soir; elle a éprouvé un peu de fièvre, de malaise et de mal de tête, surtout pendant la nuit, mais il n'y a pas eu de garde-robe. *Pansement ut supra*, diète.

Le 30. Depuis la veille il y a eu encore un peu de fièvre et deux garde-robes liquides; cependant, il ne paraît se développer aucune inflammation du côté de l'anus et du rectum. Même *pansement*: bouillon, potages.

1er *décembre*. Il n'y a pas eu de fièvre depuis ma dernière visite; cependant il y a eu des pandiculations, des picottements dans les jambes.—*Pansement ut supra*, permis à la malade de prendre un peu de nourriture solide.

Du 2 au 5, pas de fièvre, pas de selles, pas d'inflammation. Le pansement est toujours le même: injections d'eau tiède pour laver les parties, mèches cératées pour empêcher le contact et la coarctation.

Du 6 au 12, il y a une selle liquide chaque jour et sans la moindre souffrance. La plaie faite à l'anus marche rapidement vers la cicatrisation; je suis même obligé, le 11, de réprimer le bourgeonnement par la cautérisation.

Du 12 au 22, la cicatrisation marche toujours régulièrement, l'intestin exploré par le toucher n'offre rien d'anormal, la plaie extérieure est à peu près complétement cicatrisée. La malade continue toujours à avoir une ou deux garderobes liquides chaque jour; mais elle peut retenir assez longtemps les matières fécales; elle fait depuis plusieurs jours son ménage seule, et il lui serait possible de sortir sans être un objet de dégoût pour la société. La guérison peut être considérée comme complète. La teinte jaunâtre des téguments persiste cependant encore, ce qui semblerait annoncer une intoxication cancéreuse assez profonde; mais comme la malade a toujours été chlorotique, cet état pourra être un peu modifié, je l'espère, par un régime tonique et réparateur.

Réflexions. — L'extirpation du cancer du rectum, telle que je l'ai pratiquée chez la femme Brigot, est infiniment plus simple dans son exécution que quand on suit le procédé conseillé par les auteurs.

Procédé opératoire. — Avant l'opération je me proposais d'ouvrir largement l'anus par une incision pratiquée dans sa partie postérieure et du côté du mal, de circonscrire la tumeur par deux incisions semi-elleptiques et pratiquées dans le sens de la circonférence de l'intestin, d'ouvrir ainsi le rectum dans toute son épaisseur, d'enlever la tumeur cancéreuse en faisant toutefois le moins de décollement possible, de rapprocher les lèvres de l'incision par quelques points de suture et de laisser béante la plaie du sphincter.

L'opération a été beaucoup plus simple que je ne l'avais d'abord supposé, la tumeur, de nature plutôt encéphaloïde que squirrheuse (malgré son petit volume), n'embrassait pas toutes les tuniques intestinales, le rectum n'a pas été divisé dans toute son épaisseur et la suture est devenue par suite inutile. Je redoutais une hémorrhagie un peu abondante, et elle n'a pas fait perdre à ma malade plus de sang que je ne lui en aurais enlevé par la phlébotomie dans une affection légèrement inflammatoire. La durée du traitement a été excessivement courte, car moins d'un mois après l'opération la guérison était achevée.

Une question qui se présente naturellement à l'esprit, est de savoir si le procédé que j'ai mis à exécution est applicable chez tous les malades, ou bien si j'ai eu affaire à un cas exceptionnel, unique ou à peu près unique dans les annales de la médecine. — Ceci me portait naturellement à déterminer le siége ordinaire des dégénérescences cancéreuses du rectum. En consul-

— A votre service, mon savant. Tenez, regardez, admirez comme c'est anatomique, pathologique, chimique, microscopique, numérique, classique, et de plus crânement chique; quoi! un vrai *vade-mecum* pour devenir un immortel.

— Tais-toi, imbécile! tu ne sais seulement pas ton métier.

— Comment ça, maître des plus distingués?

— Parce que tu commets le plus énorme des anachronismes en l'appelant un vrai *vade-mecum*.

— Ah! j'y suis; j'aurais dû dire un *vade-secum*.

— Tu n'y es pas encore, gros ignorant.

— Expliquez-vous, mon illustre.

— Tiens! crois-moi, si tu veux arriver à débiter ta marchandise, il faudrait au moins faire comprendre qu'elle est bonne à quelque chose; ainsi, crier que c'est......

— Quoi donc? mon académicien.

— Un vrai *vade-rectum*!

Et tout l'auditoire de rire et d'applaudir frénétiquement à cette drolato-scientifique appréciation.

Depuis que MM. les homœopathes ont reçu les cartes de visite (en papier timbré) de plusieurs procureurs impériaux, et qu'en échange ils envoient les leurs aux journalistes, ils ne laissent pas que de faire quelque bruit dans le monde. Un de mes clients qui, depuis quelques jours, avait entendu parler d'homœopathie, m'aborda l'autre soir, pendant un entr'acte des *Faux-Bonshommes*: — Vous qui avez décrit l'ophidien, dites-moi donc, docteur, ce que c'est au juste qu'un homœopathe. — Vous en parlez bien à votre aise, mon cher goutteux; c'est tout simplement une description improvisée que vous me demandez là; c'est-à-dire une chose qui coûtait quelquefois six mois de travail à Buffon, et je ne suis pas Buffon; cependant, si vous voulez vous contenter d'une esquisse, je veux bien en essayer une:

Le médecin homœopathe est originaire du pays de la bière et de la choucroûte. Aujourd'hui on le trouve aussi dans plusieurs autres parties du monde, et notamment dans les contrées les plus civilisées, telles que la France, l'Angleterre, les États-Unis, etc. Il établit de préférence son séjour dans les grandes villes, par la raison toute simple que les sots y abondent. On le reconnaît aisément à sa tournure quasi fashionable, à son langage germanico-galimatias, et surtout à la hauteur de son toupet. Pas d'individu dans toute l'échelle animale qui, pour la sobriété, puisse être comparé au médecin homœopathe: un atome d'air, une gouttelette de rosée suffisent le plus ordinairement à sa nourriture, ce qui ne l'empêche pas de mourir parfois d'indigestion. Quelques naturalistes assurent qu'il ne vieillit jamais et qu'il vit plusieurs siècles, comme le perroquet, dont il n'est, selon eux, qu'une des

tant les auteurs, on trouve que cette affection se développe ordinairement à 1 ou 2 pouces au-dessus de l'orifice anal, mais que cet orifice, et la partie du rectum qui en est la plus rapprochée, n'en sont pas exempts non plus, qu'elle occupe un ou plusieurs points du pourtour de cet intestin, et que les cas où sa circonférence est tout envahie par le mal sont de beaucoup les plus rares, qu'une ou plusieurs tuniques sont prises en même temps, mais que généralement les parties environnantes sont saines.

D'après ces données, il est facile de trancher la question : mon procédé ne pourra s'appliquer qu'aux cas où la tumeur de mauvaise nature sera assez rapprochée de l'anus pour qu'on puisse agir assez librement sur elle. Il est évident que si elle est placée à une hauteur trop grande, la difficulté de manier l'instrument tranchant dans une cavité aussi étroite, aussi obscure, où il y a autant de parties délicates à ménager rendra l'opération impossible. Du reste, sous ce rapport, le procédé de Lisfranc reconnaît lui-même des impossibilités ; ainsi, il abandonne les malades à leur malheureux sort, quand le doigt indicateur introduit dans le rectum ne peut dépasser les limites du mal.

Si la dégénérescence n'envahit qu'une partie des tuniques intestinales, on opérera comme je l'ai fait chez ma malade. Si, au contraire toute l'épaisseur de l'intestin est malade, on opérera comme je me proposais de le faire, en ayant soin de réunir les bords de la solution de continuité par les points de suture, et en laissant largement ouverte l'incision anale pour faciliter l'écoulement du pus, éviter les cloaques, et, par suite, les accidents dus à la rétention de ce liquide dans une partie aussi susceptible. On mettra alors une mèche assez forte de manière à faciliter le recollement.

Si tout le pourtour du rectum est envahi, on ne pourra opérer par mon procédé qu'autant que la dégénérescence sera très-voisine de l'anus. Si les tissus voisins sont pris en même temps, ce sera à la sagacité du chirurgien à décider auquel des deux procédés il donnera la préférence.

Comparaison des deux procédés. — Le procédé de Lisfranc a l'avantage de pouvoir s'appliquer à un plus grand nombre de cas ; on peut aussi bien y recourir pour les tumeurs les plus rapprochées que pour les plus profondes, tandis que celui auquel j'ai eu recours ne peut convenir que pour les premières.

Avec le procédé de Lisfranc, les hémorrhagies sont moins à redouter, parce qu'il est plus facile d'aller lier les artères ; mais aujourd'hui, avec les moyens hémostatiques que nous possédons, cette considération est de peu d'importance, et puis, quand on n'enlève qu'une partie de l'épaisseur du rectum, la perte de sang ne peut pas être très-abondante ; on n'ouvre pas d'artères capables de donner de fortes hémorrhagies, ainsi que j'ai pu m'en assurer chez mon malade.

Quant à la récidive, est-elle moins à redouter avec le procédé de Lisfranc ? Il semblerait tout d'abord que la réponse dût être affirmative ; il est clair, en effet, que plus on enlève du rectum, moins le mal a de prise pour récidiver. Mais, dans les affections cancéreuses, l'expérience vient dérouter souvent toutes les théories, et on ne peut jamais répondre du résultat. Ainsi, pour peu que l'on enlève toute la portion dégénérée, je crois que la chose est suffisante et qu'il ne doit pas y avoir beaucoup plus à redouter que si l'on avait fait de grands désordres dans le voisinage.

A côté de ces quelques avantages, le procédé de Lisfranc a bien ses inconvénients. Toutes les fois que l'on y a recours, les suites de l'opération peuvent être des plus sérieuses ; les malades ont à redouter les phlébites, les suppurations profondes, les abcès du bassin, les résorptions putrides, etc. La durée du traitement est toujours très-longue, la mortalité effrayante, et quand les patients sont assez heureux pour échapper à toutes ces chances défavorables, il leur reste encore après la guérison une infirmité dégoûtante, à la place d'anus, un vaste infundibulum, sans sphincter ; ils sont généralement dans l'impossibilité de retenir les matières fécales liquides ou même mollasses, heureux quand ils retiennent les solides.

Avec l'autre procédé, au contraire, l'opération est beaucoup moins sérieuse : le manuel opératoire n'est pas, il est vrai beaucoup plus facile, mais les suites sont plus simples : il y a moins d'accidents à redouter, l'incision du sphincter permet au pus de s'écouler librement ; la résorption putride, les abcès pelviens, etc., sont moins à craindre, et après la guérison, il reste un sphincter naturel, moins dilatable qu'avant l'opération, et que tous les efforts de la nature ne peuvent jamais remplacer dans l'autre procédé. Enfin, la guérison se fait beaucoup moins attendre.

Il est clair qu'un procédé qui réunit autant d'avantages devra être préféré toutes les fois que son application sera possible.

CHIRURGIE.

Mémoire sur les tumeurs de la région palatine, constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires,

Par M. Jules Rouyer.

(Suite. Voir le n° 2.)

Diagnostic. — Dans quelques-unes des observations que nous avons recueillies, on voit que ces tumeurs ont donné lieu

---

mille variétés. C'est sans doute à ces rapports de famille qu'il doit l'honneur d'avoir remplacé celui-ci dans le boudoir, où il se dispute aujourd'hui les faveurs de la gent fémino-libre avec le griffon et l'angora. Ennemi déclaré des sangsues, il adore essentiellement les femmes vaporo-nerveuses ou hystéro-demi-monde, sur le tempérament desquelles, à ce qu'il semble, le globule produit ses plus merveilleux effets.

D'habitude, en débutant, le médecin homœopathe ne possède pas le sou ; mais comme un certain appareil de luxe lui est aussi indispensable pour la vente de sa marchandise à la trentième dilution que l'orgue de Barbarie ou la grosse caisse au pédicure en plein vent, il ouvre cabinet de consultation dans un appartement de cinq à six mille écus, possède une demi-douzaine de chevaux, autant de domestiques, un coupé et une calèche, et tient enfin à ses gages une vingtaine de soi-disant malades qui remplissent toute la journée son antichambre. Par ce simple procédé, en une ou deux années il a fait fortune ou fermé boutique. Dans ce dernier cas, il lui reste toujours à Clichy le logement et la table, chose qui manque à tant d'honnêtes gens, sans parler encore de l'avantage qu'il a d'y jouir homœopathiquement de la liberté.

Parmi les gardiens de la santé et de la morale publiques qui lui font le plus la chasse, se trouvent le procureur impérial, le commissaire de police, voire même le gendarme ; mais loin de se laisser effrayer par l'appareil légal d'une perquisition, le médecin homœopathe se complaît dans les luttes réquisitoriales et recherche avec avidité l'éclat d'un procès en police correctionnelle. La publicité, n'importe de quelque part qu'elle vienne, n'est-elle pas un élément de popularité ?

Le moyen le plus rationnel à nos yeux, pour détruire la race des homœopathes, c'est de la laisser se tuer elle-même par le ridicule :

Similia similibus tuantur.

Si les médecins sont forts en matière de confraternité, il ne faudrait pourtant pas croire qu'ils aient le monopole de cette qualité : les vétérinaires qui, à la vérité, sont un peu médecins et même quelquefois beaucoup, n'en sont pas entièrement dépourvus.

— Vous savez, disait, il y a quelque temps, un membre de l'Institut à un vétérinaire que nous allons nommer bientôt un correspondant national dans la section d'économie rurale, nos yeux sont assez disposés à se porter sur un vétérinaire. Indiquez-m'en donc un qui puisse justifier nos suffrages.

— Hors du département de la Seine, reprit le savant élève de Bourgelat, il n'y en a pas.

Que n'allez-vous vous établir en province ? aurait pu répondre

à des erreurs de diagnostic causées surtout par l'inexpérience des chirurgiens sur ce sujet. Généralement ce diagnostic ne présente pas de grandes difficultés; cependant pour les éviter, il faudra, dans quelques cas, apporter une certaine attention dans les explorations.

M. Nélaton, qui a eu occasion d'observer un certain nombre de ces tumeurs, a attiré l'attention des élèves sur ce point de la question, dans ses leçons cliniques.

On devra distinguer ces tumeurs hypertrophiques des *tumeurs cancéreuses*. Ces dernières se développent plus rapidement; le tégument muqueux est parcouru par des vaisseaux variqueux assez abondants. Ces mêmes tumeurs cancéreuses déterminent des douleurs lancinantes qui manquent rarement; quand elles existent depuis un certain temps, elles produisent un engorgement, une dégénérescence des ganglions lymphatiques voisins, et amènent dans l'économie des troubles profonds, la cachexie cancéreuse. Le cancer encéphaloïde présente une certaine mollesse, et quelquefois une fausse fluctuation, quand il a acquis un certain degré de développement. Le cancer squirrheux offre une consistance ferme, il est vrai, mais il détermine une adhérence de la tumeur à son tégument et il amène une ulcération de sa surface.

Les *tumeurs syphilitiques*, qui appartiennent à la période des accidents tertiaires, pourraient être confondues avec ces tumeurs hypertrophiques; mais les premières ont une marche bien différente de celle que nous avons décrite pour les tumeurs glandulaires; elles ne durent pas aussi longtemps, mais surtout, et c'est là un caractère important, elles ne sont pas aussi nettement limitées. On trouve en d'autres points du corps des altérations de même nature; souvent la constitution est altérée par la diathèse syphilitique. Enfin, on pourra avoir quelquefois les renseignements fournis par le malade sur les accidents antérieurs.

Je ne m'arrêterai pas au diagnostic de ces tumeurs et des kystes, abcès, exostoses, etc.; outre que généralement ces affections diffèrent essentiellement de celle qui nous occupe, nous n'aurions aucune indication particulière à fournir, et les caractères de ces tumeurs en général serviront à les différencier de celles qui sont formées par l'hypertrophie glandulaire.

Pronostic. — Ces tumeurs glandulaires ne sont pas dangereuses par leur nature; mais quand elles sont abandonnées à elles-mêmes, elles peuvent acquérir un volume considérable et amener de graves troubles fonctionnels, qui nécessitent l'intervention de l'art. Après leur ablation, elles ne récidivent pas.

Traitement. — Il est inutile de dire que le traitement est essentiellement chirurgical et consiste en l'ablation de ces tumeurs.

L'opération à pratiquer pour en débarrasser le malade est assez simple: on fait une incision longitudinale sur la tumeur, on dissèque les deux lèvres de cette incision, ou mieux on sépare la tumeur de la muqueuse en la décollant avec les doigts ou avec une spatule: leurs faibles connexions avec les tissus voisins permettent d'exécuter facilement ces manœuvres; il va sans dire que l'on pourrait au besoin transformer l'incision longitudinale en une incision en T, ou même en une incision cruciale. Dans un cas, l'ablation de la tumeur ne fut pas complète, et M. Nélaton cautérisa avec le fer rouge la surface de la portion qui restait. Je revis la malade un an après; la tumeur avait complétement disparu. Dans les cas où pour une cause quelconque la tumeur ne pourrait être enlevée en entier, il y aurait avantage à agir de la même manière (*voir* l'obs. III.)

Généralement, l'écoulement sanguin est peu abondant. S'il était nécessaire d'y remédier, on pourrait avoir recours à des lotions froides qui suffisent, dans le plus grand nombre des cas, à l'arrêter; on pourrait aussi appliquer un morceau de glace pendant quelque temps. Enfin si l'écoulement continuait, on aurait recours à un des nombreux moyens hémostatiques dont dispose la chirurgie.

La plaie qui succède à l'ablation de ces tumeurs cicatrise assez rapidement et n'offre rien de particulier.

Anatomie pathologique. — Nous avons dit que ces tumeurs sont formées par l'hypertrophie d'un ou plusieurs grains glanduleux du voile du palais. La première fois que M. Nélaton enleva une tumeur de ce genre, il fut frappé de la ressemblance qu'elle présentait avec les glandules salivaires augmentées de volume, ou avec les tumeurs formées par l'hypertrophie glandulaire du sein, et il pensa qu'elle était de même nature que ces dernières. L'examen microscopique qui fut fait par M. Charles Robin confirma en effet cette opinion.

Quand on l'étudie à l'œil nu, la coupe de ces tumeurs présente une coloration jaune-grisâtre ou d'un gris clair. La surface de cette coupe paraît au premier coup d'œil lisse et unie; mais quand on examine attentivement, et surtout si l'on se sert d'une loupe, on remarque de petits sillons qui partagent la tumeur en plusieurs petits lobes; la surface de chacun d'eux paraît grenue et subdivisée en petits lobules par d'autres sillons moins marqués que les précédents. Quand on exerce une pression pour exprimer le liquide contenu dans la tumeur, on obtient un liquide blanchâtre peu abondant, et on fait sortir en plusieurs points

---

l'illustre immortel; mais dans la crainte sans doute de faire concurrence à ses confrères, les quarante, il ne répondit rien.

L'histoire suivante, si elle n'est pas controuvée, serait un nouvel exemple de cette douce confraternité qui ne s'observe par malheur que trop souvent en France et même à l'étranger, ainsi qu'on pouvait le voir naguère dans la *Presse médicale belge*, et qui, bien plus que le charlatanisme, est la grande plaie du corps médical. La gravité même de cette histoire nous oblige à toute la réserve possible, n'ayant pu nous convaincre par des informations suffisantes, qu'elle ne s'était pas embellie en cheminant. Pour tout dire, nous pensons même qu'elle a crû autant que l'œuf de la fable; mais nous ne pouvons la reproduire que telle qu'on la raconte aujourd'hui:

Dans une grande et récente chasse à courre, une jeune et charmante duchesse fit une chute de cheval. Un médecin présent fut appelé à l'instant; il examina la noble chasseresse, et après une exploration aussi complète que possible, il la rassura, lui dit que ce n'était rien, et qu'elle pourrait sans inconvénient se remettre à la poursuite de la bête. La duchesse se remit en effet en selle, non pour profiter de la permission doctorale, mais pour regagner son domicile. En arrivant, elle se mit au lit, et comme les douleurs augmentaient, loin de se calmer, elle fit venir un chirurgien célèbre qui constata une fracture du bras.

Au dîner qui suivit la chasse, le médecin invité fut ainsi interpellé paternellement: — Eh bien! docteur, l'accident arrivé à notre pauvre duchesse vous a donc troublé? Il paraît que sa chute est plus grave que vous ne l'aviez pensé. — Elle ne l'était point quand j'ai examiné madame la duchesse, reprit l'interpellé; mais je ne réponds pas des manœuvres qui ont pu être faites depuis mon examen.

De tout temps il a été d'un bon genre de ne pas faire son cours et d'en confier le fardeau aux épaules d'un suppléant. Ce genre est devenu bien plus comme il faut depuis que le suppléant partage le traitement avec le titulaire *empêché*. Nous croyons donc ne pouvoir nous dispenser de publier le verset suivant que nous trouvons joint à une demande d'abonnement:

Un professeur fameux par. . . . . . .
Et par ses grands succès de gaillarde nature,
Fut surpris l'autre jour aux pieds d'une psyché.
— « Savez-vous, » lui dit-on, « que par cette aventure,
Aux plus grands professeurs vous voilà rattaché?
— « Comment donc? » — « Vous voilà professeur *en péché*. »

Dr A.-L. Roux.

une matière molle, d'apparence caséeuse. Ce liquide et cette substance examinés au microscope contiennent des cellules épithéliales.

La tumeur, considérée dans son ensemble, est enveloppée dans une sorte de coque assez résistante, dans laquelle elle est comme enkystée, et qui paraît être formée par du tissu cellulaire lamelleux. Il y a fort peu de vaisseaux à sa surface ou dans l'intérieur, ainsi qu'on le constate à l'œil nu et même à l'aide du microscope.

L'étude des caractères que présentent ces tumeurs, quand on les examine au microscope, a été faite dans presque tous les cas par M. Charles Robin, qui y a reconnu les éléments suivants :

1° Des culs-de-sac glandulaires hypertrophiés très-nombreux et très-évidents ;

2° De l'épithélium nucléaire libre ou en plaques agrégées ;

3° Quelques-uns de ces noyaux entourés de leurs cellules ;

4° Quelques éléments fibro-plastiques et des tractus fibreux ;

5° Enfin, dans quelques tumeurs, on rencontre de petits calculs formés de sels calcaires.

Nous avons publié avec M. Charles Robin l'étude micrographique d'une de ces tumeurs, qui se présentait comme un cas type, tant sous ce rapport que sous celui des caractères cliniques. Voici ce qui est relatif à l'étude histologique de cette tumeur :

Le tissu grisâtre, peu vasculaire de la tumeur se réduit, par l'action de râcler, en une espèce de pulpe demi-liquide, et il reste encore une trame fibreuse assez évidente. Ces divers éléments ont été examinés successivement au microscope.

La *pulpe* est composée exclusivement de cellules épithéliales isolées et dissociées qui sont généralement irrégulières, les unes pavimenteuses, les autres prismatiques. On y trouve, en outre, quelques noyaux libres, ovoïdes, de petit volume, peu réguliers, semblables à ceux que renferment les cellules ; plus un certain nombre de gaînes épithéliales juxtaposées, mais courtes et faciles à dissocier, et enfin de petits calculs formés principalement de carbonate de chaux, et sur lesquels nous reviendrons plus loin. Il importe de signaler ici que les épithéliums formant les gaînes épithéliales de cette tumeur, bien que plus petits, ou tout au plus aussi grands que les cellules épithéliales normales, sont beaucoup plus irréguliers.

La *trame fibreuse* existant entre les parties glandulaires que l'on réduit en pulpe, se compose de faisceaux de fibres très-serrées, très-minces, légèrement onduleuses, souvent parsemées de granulations moléculaires graisseuses. Ces faisceaux de fibres sont très-résistants et leur ensemble compose une partie assez considérable de la tumeur, mais bien moins toutefois que la portion représentée par le tissu glandulaire.

Quand, au lieu de procéder comme il a été dit plus haut, pour faire une préparation de tissus, on vient à prendre un fragment et à le dilacérer, comme on ferait du tissu normal de la parotide, on reconnaît l'élément glandulaire plus manifestement. On peut isoler alors des culs-de-sac ramifiés et formant des *acini* plus volumineux, d'une largeur qui varie de 6 à 9 centièmes de millimètre ; leur fond est arrondi, renflé sur quelques-uns ; la plupart d'entre eux ont une paroi propre, épaisse de 2 à 6 millièmes de millimètre, quelquefois un peu plus, généralement homogène, rarement un peu striée, moins transparente qu'à l'état normal. La face interne de cette gaîne propre est tapissée par les épithéliums décrits plus haut ; ils sont toutefois plus difficiles à distinguer en ce point que cela n'est habituel dans certaines hypertrophies glandulaires, celles de la mamelle, par exemple.

Dans la plupart des culs-de-sac, l'épithélium forme une couche très-épaisse, et habituellement même les cellules remplissent la gaîne propre, à la manière des grains de blé dans un sac, plutôt qu'elles n'en tapissent les parois ; cette particularité est, du reste, commune à beaucoup d'hypertrophies glandulaires.

Nous avons signalé les vaisseaux que l'on rencontre à la surface de la tumeur, et qui semblent ne pas y pénétrer. Par l'examen microscopique on constate l'absence presque complète de capillaires sanguins dans le tissu qui constitue cette tumeur.

L'étude des *calculs*, dont nous avons signalé l'existence, est assez intéressante pour que nous entrions dans quelques détails à ce sujet. Ces calculs se trouvent soit dans l'épaisseur des plus gros culs-de-sac, soit surtout dans leurs interstices et dans la trame fibreuse de la tumeur. Ils présentent deux variétés répandues à peu près en égale quantité dans le produit morbide.

A. La première variété était formée de corpuscules de configurations variées et remarquables par la disposition mamelonnée de leur surface, les uns disposés en masses arrondies, d'autres allongés, contournés sur eux-mêmes, sinueux. Leur volume varie de 2 à 8 centièmes de millimètre ; ceux qui sont allongés dépassent même quelquefois ces dimensions. Outre l'aspect particulier que leur donnait leur disposition mamelonnée, ces calculs se distinguaient de ceux dont la description suit par une assez grande transparence, sans coloration spéciale. Sur un certain nombre d'entre eux, les mamelons offraient des stries s'irradiant du centre à la circonférence.

B. La seconde variété de calculs microscopiques existant dans ce tissu glandulaire était composée de grains généralement arrondis ou ovoïdes ; mais souvent des calculs de configuration variée et plus volumineux résultaient de la soudure de plusieurs des grains précédents. Ces petits calculs, considérés isolément, offraient une longueur ou une largeur qui variait entre 4 et 12 centièmes de millimètre. Tous étaient remarquables par la teinte jaunâtre, propre, comme on le sait, aux granulations calcaires, dont ils offraient, du reste, les réactions chimiques ; leur contour était foncé, leur centre brillant.

Beaucoup de ces calculs présentaient un point central plus foncé, et quelquefois même un petit noyau, en prenant ce mot dans le sens de noyau de calcul. Quelques-uns de ces calculs étaient homogènes, mais beaucoup d'entre eux étaient striés à partir de leur centre, et ces stries, assez analogues à de petites aiguilles, se rendaient vers la périphérie, sans l'atteindre toutefois pour le plus grand nombre. Quelques calculs étaient réellement composés d'aiguilles très-fines, soudées entre elles, et comme imbriquées par couches ; ils étaient remarquables par leur teinte noirâtre ; en outre, leur surface, au lieu d'être lisse comme celle des autres calculs, était hérissée par les petites pointes des aiguilles, et il en résultait un aspect spécial très-remarquable et souvent très-élégant. D'autres calculs, et c'étaient surtout les plus gros, étaient entourés d'une coque fibreuse, à couches concentriques, qui leur formait une enveloppe épaisse d'environ 1 à 4 centièmes de millimètre, enveloppe analogue, par la disposition de ses fibres, à celles que présentent les granulations calcaires que l'on rencontre dans la pie-mère.

Nous ne savons si les calculs que nous venons de décrire ont été signalés ; mais nous devons noter qu'ils ont été observés par M. Robin dans plus de la moitié des tumeurs de ce genre qu'il a pu examiner.

Leur nombre est plus ou moins considérable, suivant les tumeurs ; leur fréquence démontre qu'il est important d'en signaler l'existence et de les décrire, surtout lorsqu'on se reporte à ce que l'on sait de la présence du carbonate de chaux dans la salive, et des cristaux qu'il peut y former (1).

On rencontre quelquefois, sur des glandes prises pour la démonstration de l'état normal, de petits calculs analogues à ceux que nous venons de décrire ; quelquefois ils sont plus petits ; d'autres fois, au contraire, plus gros. Dans certains cas ils sont assez volumineux ou assez nombreux pour donner une coloration blanche aux petites glandes du voile du palais, qu'ils distendent et rendent saillantes. Dans d'autres cas, ils sont très-petits, polyédriques, avec des facettes se correspondant assez exactement pour leur donner l'aspect de cristaux. A l'état nor-

(1) *Voir* Ch. Robin et Verdeil, *Traité des principes immédiats qui constituent le corps de l'homme et des mammifères*, 1852, t. II, p. 230 à 236, et atlas, pl. IV et V.

mal, ces calculs se trouvent soit dans une seule des glandules, soit dans plusieurs ; plus rarement, enfin, on les rencontre dans la presque totalité de ces petits organes (1).

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

REVUE DES JOURNAUX ESPAGNOLS.

Chancre gangréneux.

Un soldat du régiment de chasseurs de Talavera, âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu la vérole, sentit à la suite d'un coït suspect une cuisson au prépuce qui ne tarda pas à s'enflammer, de manière que le jour suivant il était impossible de découvrir le gland. Il ne fit aucun traitement pendant trois jours, mais à cette époque l'inflammation avait fait de tels progrès, que le prépuce était le siége de plusieurs points gangréneux ; le pus sortait en abondance par l'ouverture préputiale. Le malade sollicita son entrée à l'infirmerie. On administra la décoction de ronces et le rob antisyphilitique de H.-M. à la dose de deux cuillerées par jour, en augmentant la dose d'une cuillerée tous les deux ou trois jours. Pour pansement : fomentations et bains laudanisés.

La gangrène gagna le gland et les corps caverneux, qu'elle détruisit dans l'étendue de 3 centimètres, la peau se mortifia dans une étendue plus grande encore.

La gangrène, enfin, se limita ; on obtint la cicatrisation de la portion ulcérée en pansant avec l'eau chlorurée et la décoction de quina, et en modifiant l'état général au moyen de l'iodure de potassium. (*La España medica.*)

(Trad. par M. le Dr Joulin.)

(1) Depuis que j'ai rédigé ce Mémoire, M. le docteur Anselmier a publié dans l'*Union médicale* (octobre 1856), une notice intéressante sur les calculs qui se développent dans les glandules salivaires. Il ne s'agit plus ici de calculs microscopiques, mais de pierres assez volumineuses. Voici l'analyse très-succincte de ces deux observations :

Obs. I. — Chez un jeune homme de 16 ans, d'une bonne santé habituelle, il existait au bord libre du voile du palais deux tumeurs de la grosseur chacune d'une noix. Elles sont symétriques, placées de chaque côté de la luette : la muqueuse qui les recouvre est saine, de couleur plus rouge. — En portant un stylet sur quelques points blanchâtres, au fond de petites excavations, on sent une pierre à surface inégale, rugueuse. M. Anselmier entreprend de dissoudre ces calculs au moyen de l'acide sulfurique étendu d'une fois son volume d'eau, et le porte avec un pinceau sur les points blanchâtres de ces tumeurs.

« Je fais choix de l'acide sulfurique pour plusieurs raisons : 1° parce que les calculs m'ont paru être très-durs et que j'ai besoin d'un acide énergique ; 2° parce que ces calculs des voies salivaires sont presque sans exception formés de carbonate de chaux ; 3° parce que enfin, le sulfate de chaux qui résulte de l'action de l'acide sulfurique sur la chaux est un sel soluble, non caustique, sans effet nuisible pour les tissus ou l'organisme. »

Après l'application du liquide acide, le malade se gargarise pendant une demi-heure avec une solution acidulée, puis on fait une nouvelle application avec le pinceau, et le malade continue à se gargariser avec la solution acidulée.

Le lendemain, les tumeurs avaient disparu ; il n'y eut plus qu'à faire sortir une bouillie blanche qui s'était formée par l'action de l'acide.

Depuis ce moment, la guérison est complète.

Obs. II. — Chez un jeune homme de 25 ans, il existait trois petites tumeurs de la grosseur d'un pois près du bord libre du voile. Une d'entre elles put être touchée avec un stylet à travers l'orifice d'une des glandules : elle donnait la sensation d'une pierre ; les deux autres étaient plus molles que la première. Le même mode de traitement fut employé pendant quatre jours, et les tumeurs disparurent.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 décembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Epidémies. — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements de la Creuse, de la Lozère, des Basses-Pyrénées et du Finistère.

— Quatre rapports de M. Dauvin, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol, sur des épidémies qui ont régné en 1856 dans les communes de Boëllecourt, Bethousart, Savy-Berlette et Flers (Pas-de-Calais). (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Une lettre de M. A. Chapelle, d'Angoulême, qui sollicite le titre de membre correspondant et adresse à l'Académie la relation d'une *épidémie de choléra* qui a régné en 1855 dans le département de la Charente. (Renvoyé à la future Commission des correspondants nationaux.)

M. Velpeau présente, au nom de M. Joseph Sampson Gamgee, les ouvrages suivants : 1° Recherches d'anatomie pathologique et de clinique chirurgicale ; 2° un travail sur les avantages d'un appareil amidonné dans le traitement des fractures et des luxations ; 3° des réflexions sur l'opération de Petit et l'emploi des purgatifs dans la herniotomie.

M. le Président annonce à l'Académie que MM. Wleminckx, de Bruxelles, et Gensoul, de Lyon, membres correspondants, sont présents à la séance.

LECTURE.

Absorption des médicaments. — M. Briquet donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'absorption des substances médicamenteuses introduites dans le gros intestin sous la forme de clystères.*

L'auteur, après quelques considérations sur la marche et la durée de l'élimination des alcaloïdes du quinquina, et sur les diverses circonstances qui peuvent influer sur cette élimination, termine par les conclusions suivantes :

1° Le liquide qui constitue les lavements peut assez facilement aller jusque dans le cœcum, et par conséquent, être en contact avec une surface absorbante fort étendue ;

2° La membrane muqueuse du gros intestin et les liquides qui baignent sa surface n'ont aucune action chimique sur les substances introduites dans le gros intestin, où il n'y a d'absorbé que ce qui était primitivement en dissolution ;

3° Quand on administre en lavement des sels solubles de quinine à des doses au-dessous d'un gramme, un peu plus du tiers de la quantité administrée est éliminé, et par conséquent a été absorbé.

4° Quand on administre des doses supérieures à un gramme, celles-ci sont mal tolérées, et il n'y a qu'un cinquième ou qu'un sixième de la quantité administrée qui soit absorbé ;

5° A quelque dose qu'ait été donné le sulfate de quinine, il ne se produit ordinairement de phénomènes cérébraux que très-lentement et à un faible degré ;

6° On n'aperçoit de traces d'élimination et par conséquent d'absorption qu'une heure après l'administration d'un lavement, et à ce moment, l'élimination est peu considérable ;

7° La durée de l'élimination est en général assez courte, et ordinairement de deux à trois jours au plus ;

8° La dilution plus ou moins grande, mais pourtant limitée à un certain degré, la nature plus ou moins visqueuse du liquide, et enfin l'addition des sels de morphine aux alcaloïdes du quinquina ne modifient pas sensiblement l'absorption.

9° Les jeunes gens absorbent mieux que les adultes ; les vieillards de l'un et l'autre sexe absorbent très-mal ;

10° Les alcaloïdes du quinquina, administrés en lavement à des doses au-dessous d'un gramme, peuvent rendre par cette voie tous les services qu'on peut attendre de ces alcaloïdes donnés à faibles doses par la bouche, et peuvent très-bien les remplacer ;

11° Il n'en est pas de même pour les cas où il faut des doses élevées ; celles-ci ne sont jamais absorbées en assez grande quantité pour produire des effets stupéfiants énergiques ;

12° On ne peut faire généralement tolérer au gros intestin plus de deux grammes de sulfate de quinine à la fois.

— Ces conclusions peuvent s'appliquer plus ou moins exactement aux diverses substances employées en lavements. (Renvoyé à la Commission nommée pour le premier mémoire de M. Briquet sur ce sujet.)

ÉLECTIONS.

L'Académie procède ensuite à la nomination des membres qui doivent faire partie des Commissions permanentes; voici le résultat du scrutin :

Epidémies. — MM. Jolly, Trousseau et Henri Bouley.

Eaux minérales. — MM. Gibert et Boudet.

Remèdes secrets. — MM. Poggiale et Roche.

Vaccine. — MM. Bricheteau et Leblanc.

Comité de publication. — MM. Louis, Bousquet, Cloquet, Nélaton et Wurtz.

LECTURES.

Fissure à l'anus. — M. A. Chapelle, d'Angoulême, lit un travail intitulé : *De la fissure à l'anus et de sa cure radicale sans opération sanglante.*

« Il y a, dit l'auteur, dans cette maladie, un caractère névralgique qui en constitue le fond principal. On comprend l'impuissance thérapeutique des agents employés pour la guérison de la plaie considérée isolément. Tous les topiques impropres à agir puissamment contre l'élément névralgique ont été et devaient être frappés de stérilité. Parmi les moyens curatifs préconisés jusqu'ici contre cette affection, l'incision du sphincter pratiquée par Boyer, adoptée depuis par la plupart des chirurgiens modernes, est le traitement qui compte le plus de succès. Cette opération agit là de même que la section des nerfs se comporte vis-à-vis des névralgies en général. L'observation montre que l'issue thérapeutique est la même quand on opère la section loin du muscle, comme quand on la pratique au niveau de la fissure elle-même; preuve nouvelle du peu d'importance de cette éraillure de la muqueuse dans la maladie qui nous occupe.

« C'est la détermination du caractère névralgique de cette affection qui m'a conduit à la rencontre d'un moyen aussi simple qu'efficace pour guérir la fissure anale. Le chloroforme étendu d'alcool et porté directement sur la partie affectée, est le moyen qui m'a constamment réussi.

« Suivant le degré de sensibilité des malades, je diminue ou j'augmente la proportion du chloroforme. Ordinairement, je me sers de la solution suivante : alcool, 50 grammes; chloroforme, 10 grammes. Voici comment je procède : avec les doigts de la main gauche, j'écarte les bords de l'orifice anal, puis j'introduis profondément dans cette ouverture un pinceau à aquarelles en poils de blaireau, préalablement trempé dans la solution chloroformique, et je retire les doigts. Le sphincter presse naturellement sur le pinceau, exprime le liquide qu'il contient, lequel agit rapidement sur les tissus contractés, détermine une chaleur vive et pénétrante sur les surfaces contaminées, et en particulier sur les points où existe la fissure. Aussitôt après, la coarctation anormale cesse, et le patient n'éprouve plus que l'effet du liquide appliqué. Ce mode de traitement est complétement inoffensif; il n'a d'autre inconvénient que la douleur locale et immédiate qui suit l'application du liquide chloroformique; mais heureusement cette sensation douloureuse n'a qu'une durée limitée. »

L'auteur rapporte ensuite quatorze cas dans lesquels il a eu recours à l'application de ce traitement avec un succès constant. Sur les 14 malades, 4 ont guéri après une seule application, 6 en ont exigé deux; chez 3 autres, il a fallu avoir recours trois fois à l'application de la solution; enfin, chez 1 seulement, quatre applications ont été nécessaires pour produire la guérison.

(Le travail de M. Chapelle est renvoyé à l'examen de MM. Trousseau et Nélaton.)

RAPPORT.

Typhus. — M. Collineau lit en son nom et au nom de MM. Londe et Lecanu un rapport sur une note relative au *typhus contagieux*, par M. le docteur Petit.

Le rapporteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Adresser des remerciements à l'auteur;

2° Renvoyer son travail au Comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CORRESPONDANCE.

Mon cher de Castelnau,

Je vous remercie de la bonne opinion que vous émettez sur mes recherches relatives au chauffage et à la ventilation des hôpitaux. Dans le compte rendu que vous avez publié hier sur mon Mémoire concernant le système Van Hecke, il s'est glissé quelques inexactitudes que je viens vous prier de vouloir bien rectifier.

D'abord, ce n'est pas M. Trélat (1), médecin de l'hospice de la Salpétrière, qui faisait partie de la Commission, mais bien M. Trélat, professeur au Conservatoire des arts et métiers.

La Commission avait seulement pour mission de constater si les appareils de M. Van Hecke pouvaient maintenir dans les salles une température suffisante et donner 60 mètres cubes d'air par heure et par malade.

Des mesures faites cet été ont permis à la Commission de s'assurer que les appareils donnaient le volume d'air demandé; mais elle ne pouvait pas, à cette époque, se prononcer sur la valeur du procédé de chauffage.

Voilà ce qu'a fait la Commission; le reste résulte de mon travail personnel, et je dois prendre sur moi seul la responsabilité des conclusions que vous rapportez dans votre compte rendu. Je fais cette réclamation, parce que ayant été conduit à comparer deux systèmes rivaux, et ayant nettement formulé mon opinion sur leur valeur relative, ce Mémoire fera sans doute naître, comme le précédent, des attaques que je ne dois pas détourner pour les faire tomber sur une Commission qui n'a pas encore fait son rapport définitif.

Encore une petite rectification. Il est bien vrai que le pavillon n° 4, chauffé et ventilé par M. Van Hecke, ne dépense pas plus de combustible que le pavillon n° 3, qui est simplement chauffé par un calorifère; mais il n'est pas exact de dire que le chauffage et la ventilation ne coûtent que deux centimes et demi par jour et par malade.

Un pavillon ordinaire de l'hôpital Beaujon dépense par jour 36 kil. de houille pour les besoins de son office. Or, la machine de M. Van Hecke qui chauffe l'office et qui ventile dépense 70 kilos de houille par jour. La ventilation exige donc un surcroît de dépense de 34 kilos de houille par jour pour 60 malades, soit 2 centimes et demi par jour et par malade. Voilà la vérité.

Je vous prie, mon cher de Castelnau, d'excuser la longueur de ma lettre, et de recevoir mes sincères remerciements pour la bienveillante hospitalité que vous voudrez bien lui donner, j'espère, dans votre estimable journal. Dr Grassi.

(1) Nous ne répondrons que deux mots à notre excellent ami. Dans son travail, il désigne comme commissaire M. Trélat; en l'absence de toute qualification, nous avons dû croire qu'il s'agissait de l'homonyme le plus connu. — Nous avons eu soin de dire que le travail que nous avons eu entre les mains était bien celui de M. Grassi, quoique nous sachions de la meilleure source possible que la Commission accepte tous les faits qui servent de base à ce travail.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nominations à deux places de chirurgiens-agrégés à l'Hôtel-Dieu de Marseille. — Dans le numéro du mardi 23 décembre, nous annoncions qu'à la suite d'un brillant concours, M. Texier, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, venait d'être nommé chirurgien-agrégé à l'Hôtel-Dieu de Marseille; nous avons omis de dire que M. Melchior Robert, ancien interne des hôpitaux de Paris, avait également été nommé dans le même concours à une seconde place de chirurgien-agrégé vacante dans le même hôpital.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Éloge historique de M. le professeur Gerdy, par M. P. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. — Prix : 1 fr. 50 c., et par la poste, 1 fr. 70 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 4. — 5e année. — Jeudi 8 Janvier 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux : Rue Garancière, n. 5. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 7 janvier 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire.**]

L'Académie nous a surpris ; la discussion sur les kystes de l'ovaire a été remise à l'ordre du jour plus tôt que nous ne pensions, et nous avons laissé en arrière l'appréciation des discours de MM. Velpeau et Cazeaux, prononcés avant l'interruption de la discussion ; ce sera pour mardi prochain, car il nous est impossible de ne pas présenter immédiatement quelques remarques sur les discours des deux orateurs qui ont pris la parole hier, MM. Guérin et Trousseau.

Hélas ! n'y a-t-il personne dans le monde qui puisse et qui veuille verser quelques gouttes de logique sur la pulpe cérébrale de M. Trousseau ? Si ce quelqu'un existe, qu'il se montre, qu'il verse pour l'amour de Dieu, pour l'amour de moi, ou pour l'amour de qui bon lui semblera, mais surtout qu'il verse vite cette liqueur précieuse et rare, car en vérité, il me rendra un bien éminent service. Depuis que M. Trousseau est à l'Académie, j'épie avec une ardeur aussi vive que sincère le moment où je pourrai, enfin, trouver sa pensée au niveau de son élocution, et où je pourrai le dire, ne fût-ce que pour jeter dans la confusion les quelques intrigants qui me représentent comme l'ennemi personnel de M. Trousseau et les imbéciles, plus nombreux, qui le croient ; car dans ce meilleur des mondes possibles, il faut compter même avec les imbéciles et les intrigants. Je le répète donc avec la plus grande sincérité, mon plus ardent désir est de trouver une occasion de complimenter M. Trousseau. Mais quelle résolution ne viendrait se briser devant des énormités comme celle dont M. Trousseau a rendu hier témoin toute l'Académie, et qui peut être résumée, qu'il a presque lui-même résumée en ces termes :

« L'injection iodée ne cause pas d'accidents, c'est vrai ; elle guérit souvent les malades, c'est également vrai ; — la ponction simple ne les guérit à peu près jamais, c'est incontestable ; mais jamais non plus elle ne cause d'accidents. Or, tant qu'on ne m'aura pas démontré que la ponction palliative est plus dangereuse que l'injection iodée, je préférerai et l'on devra évidemment préférer la ponction palliative à l'injection iodée. »

Que faire devant un pareil raisonnement, quand on est pénétré des intentions qui nous animent ? nous le demandons aux plus habiles. Quant à nous, nous ne trouvons qu'une seule ressource : c'est de nous voiler la face, de nous boucher les oreilles et de nous abstenir de toute opération cérébrale ayant M. Trousseau pour sujet, en attendant que les dieux propices veuillent bien lui envoyer de plus tolérables inspirations.

Nous ne dirons rien de la comparaison au moyen de laquelle M. Trousseau est arrivé à formuler son impossible conclusion. La fin permet assez de juger les moyens, et M. Cazeaux les a d'ailleurs jugés avec une justesse à laquelle les exigences académiques n'ont enlevé qu'une partie de sa sévérité.

Nous sommes plus à l'aise avec M. Guérin, aux heureuses conceptions de qui nous avons souvent eu l'occasion d'applaudir. Nous pourrons donc, sans nous exposer à de fausses interprétations, dire toute notre pensée sur les points les plus saillants de la communication que l'habile chirurgien a faite hier à l'Académie. A chacun de ces points se rapportent un fait et une théorie. Le fait nous a paru à peu près impossible, et quant à la théorie, elle est d'une physique que M. Guérin aura bien de la peine à faire adopter par l'Académie des Sciences.

Le premier des faits dont il s'agit, c'est qu'en pratiquant une injection *vaginale,* on peut faire pénétrer de l'air dans le péritoine.

L'énonciation de ce fait a provoqué dans l'Académie une incrédulité à laquelle nous nous sommes associé pleinement, d'autant plus pleinement que nous avons, de nos propres mains, pratiqué plus de trois mille fois des injections, non pas dans le vagin, mais *dans la* cavité utérine elle-même, sans jamais avoir observé aucun accident qui pût être rapporté, soit au passage de l'air soit au passage du liquide dans le péritoine. Le fait est donc expérimentalement très-improbable, et, pour qui connaît la disposition anatomique des parties, il est théoriquement à peu près impossible. Aussi M. Guérin ne se contente-t-il pas d'invoquer les observations, à notre avis fort équivoques, qui,

selon lui, démontreraient le fait, il veut encore l'appuyer sur une théorie physique qui vaut encore moins que le fait lui-même ; car si le fait est très-improbable, la théorie est tout à fait impossible. M. Guérin admet qu'il existe dans le péritoine un vide (au moins virtuel) qui aspire les gaz introduits ou formés dans le vagin; c'est oublier les conditions physiques nécessaires pour qu'un vide puisse se former dans une cavité; la première de ces conditions, c'est qu'une portion au moins de ces parois soit solide, ce qui n'a pas lieu dans le péritoine; cette membrane et les parties sur lesquelles elle s'applique étant au contraire extrêmement flexibles, elles cèdent sans effort à la pression atmosphérique, et il ne peut y avoir plus de vide ni de tendance au vide dans leur cavité qu'il ne pourrait en exister dans un sac de baudruche qu'on appliquerait sur les intestins. Ainsi, la pénétration des gaz dans le péritoine à travers le vagin, l'utérus et les trompes nous paraît absolument chimérique.

Il en est de même d'une prétendue fluxion que M. Guérin croit pouvoir produire, sur les parois d'un kyste ovarique, en faisant, avec une seringue, le vide dans la canule introduite dans le kyste. Ici encore M. Guérin se fait illusion. En faisant le vide dans une seringue à laquelle est adoptée la canule introduite dans un kyste, on ne peut qu'appliquer, par un effet de ventouse, la paroi du kyste contre l'orifice interne de la canule et produire une fluxion sur la surface qui bouche cet orifice, c'est-à-dire sur une surface de *six à huit millimètres carrés; tout le reste* des parois du kyste ne peuvent éprouver absolument aucun effet de l'aspiration faite à l'aide de la seringue, et il ne peut s'y former, par cette cause, ni fluxion, ni constriction, ni quoi que ce soit.

Nous avons tenu à rectifier immédiatement deux erreurs qui ont frappé tout le monde dans l'allocution de M. Guérin, nous réservant de revenir sur les autres points qu'il a abordés, quand il aura publié lui-même le discours étendu dont nous n'avons pu saisir l'ensemble à l'audition.

Nous ne devons pas terminer cette appréciation sommaire sans féliciter le nouveau président de l'allocution pleine de bon goût par laquelle il a inauguré sa présidence. La presse a vu avec plaisir que M. M. Lévy ne reniait pas son ancien métier de journaliste; quand on l'a exercé comme lui, on a, en effet, une foule de bonnes raisons pour se le rappeler avec satisfaction.

H. de Castelnau.

Séances de l'Académie des Sciences.

Quoique nous ayons à apprécier deux séances de l'Académie, nous aurons peu de chose à dire. Nous ne pouvons que mentionner les communications de MM. Ozanam et Breton de Champ, sur lesquelles les *Comptes rendus* ne donnent que des détails insuffisants. La communication de M. Philipeaux n'est qu'une suite de celles qu'il a déjà faites, suite qui aurait gagné à être donnée en même temps que ses précédentes et que celles qui probablement suivront encore.

M. Rochard a fait connaître, dans une de ces séances, une nouvelle application de sa pommade à l'iodure de chlorure mercureux, application non moins curieuse qu'importante, d'après les détails que nous avons déjà mis sous les yeux de nos lecteurs, détails dont, pour la plupart, l'exactitude nous est parfaitement connue. — H. de C.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE.

De la médication arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes,

Par M. le D[r] Ch. Frémy,

médecin des hôpitaux civils, ex-médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule.

Longtemps abandonnée aux mains des empiriques, puis tour à tour exaltée d'abord outre mesure, ensuite complétement oubliée, la médication arsenicale doit arriver à prendre une place sérieuse dans le code thérapeutique. Le temps est venu de réhabiliter un médicament dont le nom seul a pu effrayer les malades et les médecins, et dont le mérite réel ne saurait plus longtemps être mis en doute. Sans doute, il est peu de substances dont l'homme ait été plus souvent victime, soit par les crimes les plus odieux, soit par les plus déplorables méprises; mais ce ne sont pas des préventions engendrées par de tels faits qui doivent faire repousser un moyen dont l'énergie d'action est d'ailleurs bien loin d'égaler la puissance de l'opium, de la noix vomique, du sublimé corrosif, etc., etc. Nous devons donc chercher à populariser une substance qui est destinée à rendre d'immenses services; car, dans certaines parties de la France, un grand nombre de praticiens en sont arrivés à manier l'acide arsénieux avec un art et un succès que nous sommes loin d'apprécier à leur juste valeur.

Malgré l'obscurité qui règne sur les premiers temps de l'histoire de l'acide arsénieux, des témoignages nombreux attestent l'antiquité de son usage : son inscription dans la thérapeutique date de plusieurs siècles; tour à tour disgracié, puis remis en honneur, des faits nombreux sont venus constater les effets heureux de son emploi pour la guérison des fièvres intermittentes et de quelques autres affections, chaque fois qu'on l'a sérieusement expérimenté.

Employés par les médecins des premiers âges, les sels arsenicaux ont été recommandés par Hippocrate et surtout par Dioscorides, qui constatèrent d'une manière non douteuse les propriétés de ces médicaments. Dioscorides, dans un passage remarquable par sa netteté et sa précision, signale de cette manière l'emploi qu'il fit de l'arsenic : (περι την Ιαθρικην, lib. 5, cap. 121-122). « A l'intérieur, on donne de l'arsenic aux malades qui « ont du pus dans la poitrine; mêlé au miel, il rend la voix plus « claire, et on le donne aux asthmatiques, en potion avec la ré- « sine.... »

Dès la plus haute antiquité, l'usage des médicaments arsenicaux était répandu dans l'Inde et chez les Chinois, et cette substance entrait toujours dans la composition des parfums et des amulettes employées contre les fièvres d'accès.

Il a fallu cette unanimité des Anciens pour que des hommes sérieux pussent entreprendre des expériences commandées par les succès des empiriques. Seulement, l'acide arsénieux était inconnu, et les substances désignées sous le nom d'arsenic étaient les sulfures de ce métal que l'on trouve à l'état natif dans certaines mines : le réalgar, l'orpiment. Ce médicament resta longtemps la possession exclusive des charlatans; c'est ainsi que Fowler raconte : (*medical reports of the effects of the arsenic in the cure of agues fevers and periodic neadles*, etc.) que ce qui lui donna l'idée de faire l'essai de cette substance, fut une recette de charlatan qui avait acquis une vogue immense en Angleterre, sous le nom de *gouttes insipides* ou *gouttes fébrifuges privilégiées*. Hughes, chimiste expérimenté, analysa cette liqueur et informa Fowler de la quantité notable d'arsenic qu'il y découvrit. Ce médecin se décida alors à employer une solution d'acide arsédieux, à laquelle il donna le nom de *solution minérale*. Il fut étonné de ses succès, et le livre dans lequel il les consigna pour les soumettre au public médical ne tarda pas à

populariser en Angleterre cette médication, à peu près tombée dans l'oubli.

Employé pendant longtemps à l'extérieur pour le traitement du cancer, l'*acide arsénieux* fut administré à l'intérieur au XVIIe siècle, à Stuttgard, par Rosinus Lentilius, pour le traitement des fièvres intermittentes. (*Miscell. Acad. nat. Curios.*, 1684.)

En 1700, deux médecins de grand mérite, Melchior Frick à Ulm, et H. Slevogt, professeur à Iéna, firent paraître les premiers travaux sur les propriétés fébrifuges de l'arsenic et le déclarèrent même *supérieur* au quinquina. Dans ces dernières années le professeur Schœnlein, de Berlin, vint ajouter l'autorité de son nom aux recherches qui militaient déjà en faveur de ce précieux médicament. « Les inconvénients, dit-il, reprochés « aux préparations arsenicales, sont tout à fait controuvés, et « l'observation, vierge de préventions, enseigne que l'hydro- « pisie et la désorganisation des viscères abdominaux se ren- « contrent beaucoup plus rarement durant leur usage que lors- « qu'on a recours au quinquina. Nous les avons employées avec « un plein succès dans les cas les plus désespérés et lorsque le « quinquina avait complétement échoué. » (*Allegemeine und spezielle pathologie und Therapie.*)

A dater de cette époque, de nombreux travaux vinrent mettre hors de doute l'action remarquable de l'acide arsénieux, et, vers la fin du siècle dernier, à la fois en Angleterre, en Allemagne, en Italie et en France, l'efficacité fébrifuge de l'acide arsénieux, longtemps et vivement contestée, fut prouvée d'une façon irrécusable. En Angleterre, Fowler produisit dans son ouvrage un chiffre de 240 malades atteints de fièvres intermittentes, dont 171 furent parfaitement guéris par l'emploi de l'acide arsénieux; 45 malades résistèrent à l'action fébrifuge de cette substance et furent traités avec succès par le quinquina. Des circonstances tout à fait indépendantes du médicament s'opposèrent seules à la guérison des 24 autres.

Nous devons ajouter qu'avant Fowler on avait employé contre la fièvre intermittente un remède secret connu sous le nom d'*agues droops,* remède qui jouissait alors d'une grande vogue, et qui renfermait dans sa composition une certaine quantité d'acide arsénieux.

En 1783, les frères Plencitz, médecins célèbres à Vienne, guérissaient la fièvre intermittente avec une poudre composée d'arsenic blanc, de myrrhe, de poivre long et de soufre. En 1786, Willan accordait une grande confiance à cet agent qu'il considérait comme un remède infaillible. Ce fut à peu près à la même époque que Pearson composa une liqueur dans laquelle il employait une solution très-étendue d'acide arsénieux; c'est avec cette préparation qu'en 1806 il guérit un prince d'Angleterre, le duc d'Yorck, d'une fièvre intermittente dont le quinquina n'avait pu triompher.

En Italie, *Bréra* (*Clinica Medica de Pavia,* 1806) employa avec succès le même moyen; il prit en outre le soin de suivre longtemps ses malades et n'eut jamais à constater d'accidents qu'il eût certainement signalés. En 1810, *Broussais* reconnut l'efficacité des préparations arsenicales à l'hôpital de Oyarzum, où depuis longtemps déjà une médecin des environs de Bayonne guérissait les fiévreux. *Boullier,* médecin-traitant à l'hôpital de Dantzick, mit en pratique ce moyen depuis la fin de juin 1811 jusqu'à l'année 1812, pour guérir 300 malades sur lesquels il put à peine compter cinq insuccès. Déjà, au rapport de Valentin, en Angleterre et dans l'Amérique septentrionale, il était question d'une solution d'arsenic décrite dans le nouveau dispensaire d'Edimbourg, qui était une formule employée non-seulement par les médecins, mais encore par le peuple, pour la guérison des fièvres intermittentes. Plusieurs médecins anglais et américains, notamment Barton (*Collec. for an Essay,* etc., etc. Philadelphie, 1804), obtinrent à leur tour, avec l'arsenic, de nombreux succès qui sont attestés par des témoignages authentiques.

Au commencement de ce siècle, lors de nos guerres avec la Grande-Bretagne, le prix élevé du quinquina, pendant le blocus continental, fit de nouveau recourir à l'emploi de l'acide arsénieux comme à l'un des meilleurs succédanés de l'écorce péruvienne; M. le professeur Fuster, à Montpellier, est arrivé à administrer de 1 à 10 centigrammes d'acide arsénieux dans les vingt-quatre heures, pour guérir les affections paludéennes. Un certain nombre de médecins, en Hollande, ont publié une série de faits dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, constatant que, sur 73 malades traités par les solutions arsenicales, il y avait eu seulement 17 cas de récidive; un seul cas aurait nécessité l'emploi du sulfate de quinine.

En province et dans un très-grand nombre de villages où la fièvre intermittente est endémique, les médecins ont été forcés d'adopter complétement la médication arsenicale, qui leur offre des avantages bien précieux sur le sulfate de quinine. Parmi ces praticiens, je citerai M. le docteur Vaulpré, de Bourg-en-Bresse, qui, dans 310 cas de fièvres intermittentes parfaitement caractérisées, a guéri 197 malades avant la troisième dose, et 29 après les quatrième et cinquième doses; 84 ont résisté sans que ce praticien s'explique sur les circonstances qui ont pu empêcher l'action favorable du médicament. Nous verrons que les préparations dont il a fait usage n'ont peut-être pas été formulées d'une manière convenable. Nous devons citer également les travaux faits en 1847 par M. le docteur Néret, médecin à l'hôpital Saint-Charles de Nancy, qui a guéri 91 malades de la fièvre intermittente en trois à quatre jours, par les préparations arsenicales, et a reconnu à l'acide arsénieux une efficacité aussi grande que celle du sulfate de quinine. L'arsenic, de nos jours surtout, a eu ses détracteurs; le quinquina lui-même fut proscrit par plusieurs Facultés. Les médecins qui osèrent l'employer alors furent persécutés de tellé sorte, que Frassoni, médecin à Rome, qui avait foi dans les propriétés fébrifuges de ce médicament, n'en put trouver chez les pharmaciens (Torti, *Therap. special.*). Il est même curieux de noter que beaucoup de praticiens qui avaient été *vulgari metu* des antagonistes de l'arsenic, s'étant décidés à l'expérimenter, obtinrent de nombreuses guérisons. Je citerai parmi eux Horn, qui obtint 110 guérisons de fièvres périodiques, parmi lesquelles beaucoup avaient résisté au quinquina.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE.

Mémoire sur les tumeurs de la région palatine, constituées par l'hypertrophie des glandules salivaires,

Par M. Jules Rouyer.

(Suite et fin. Voir les nos 2 et 3.)

Nous allons rapporter maintenant les observations que nous avons pu recueillir dans le service de M. Nélaton, et celles qui nous ont été communiquées par ce savant professeur. Quant aux faits dont nous avons trouvé la relation dans divers recueils périodiques, nous nous bornerons à les indiquer sommairement. Nous ajouterons également une observation que nous avons pu recueillir dans le service de M. le professeur Velpeau, et qui n'a pas encore été publiée.

OBSERVATIONS.

Obs. I. — *Tumeur volumineuse du voile du palais. — Troubles fonctionnels graves. — Ablation. — Guérison.*

En 1847, Récamier adressa à M. Nélaton une religieuse venant de la ville d'Orbec. Cette femme, âgée d'environ 26 ans, portait au voile du palais une tumeur dont l'apparition remontait à une époque fort éloignée, et qui, après s'être développée lentement d'abord, avait fini par prendre un accroissement assez rapide, et causer de grands troubles.

Au moment où M. Nélaton vit la malade, la tumeur avait acquis un volume assez considérable, à peu près celui d'une grosse noix, et

elle remplissait l'arrière-bouche, déprimait la base de la langue et s'appuyait sur l'épiglotte. Le voile du palais était refoulé en haut. La surface de la tumeur était lisse, les téguments étaient un peu amincis, mais sains, non adhérents, non ulcérés. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire ; l'état général était satisfaisant.

La présence de cette tumeur dans le pharynx et dans la bouche déterminait des accès de suffocation, une gêne continuelle de la respiration et de la phonation. La déglutition était devenue presque impossible et l'accroissement de la tumeur n'eût pas tardé à faire périr la malade par asphyxie et inanition.

Les troubles fonctionnels étaient tellement prononcés, que M. Nélaton crut devoir, malgré les difficultés, pratiquer une opération qu'il regardait seulement comme palliative ; il se proposait de circonscrire la tumeur de la manière suivante : diviser le voile du palais dans toute sa hauteur, sur la ligne médiane ; faire une seconde incision partant de l'angle supérieur de la première, et se portant en dehors, parallèlement au bord postérieur des os palatins. Il formait ainsi un lambeau quadrilatère, adhérent seulement par son côté externe et contenant la tumeur dans son épaisseur ; pour l'enlever, M. Nélaton se proposait d'appliquer une ligature sur son pédicule, afin d'éviter l'hémorrhagie, les vaisseaux arrivant surtout par le côté externe.

Cette opération fut pratiquée par M. le professeur Nélaton, en présence de Récamier et de M. Michon.

Après avoir fait la première incision et commencé la seconde, M. Nélaton s'aperçut que la tumeur n'était pas adhérente, et qu'on pouvait l'enlever en la décollant simplement des parties voisines ; il termina en effet l'opération de cette manière.

Il restait chez l'opérée une division du voile du palais, résultant de l'incision qui avait été faite. M. Nélaton pratiqua une opération pour y remédier, et il put arriver à fermer en grande partie l'ouverture ; il ne resta plus enfin qu'une perforation d'environ 3 millimètres.

Cette femme retourna guérie à Orbec, où elle se trouve encore actuellement ; elle a été revue à la fin de 1855 par M. le docteur Notta, de Lisieux, ancien interne de M. Nélaton ; elle jouissait alors d'une bonne santé et ne se sentait plus de son ancienne affection.

Dans ce premier cas, il y eut une erreur de diagnostic complète. M. Nélaton, n'ayant jamais observé cette affection, pensa qu'il s'agissait d'une tumeur de nature cancéreuse. C'est en examinant sa structure à l'œil nu que M. Nélaton fut frappé de la ressemblance qui existait entre ce tissu et les glandules buccales augmentées de volumes ou avec les tumeurs mammaires chroniques. Cette tumeur fut examinée au microscope par M. Robin, qui reconnut qu'elle était effectivement formée par l'hypertrophie des glandules salivaires.

Obs. II. — *Tumeur glandulaire du voile du palais. — Ablation. — Guérison.*

X...., âgé de 34 ans, d'une bonne constitution, d'une bonne santé, entre à l'hôpital des Cliniques le 12 novembre 1851, pour une tumeur du voile du palais. Dès l'âge de 14 ans, il reconnut la présence d'une tumeur qui se développait dans sa bouche : elle avait la grosseur d'une noisette, se trouvait un peu à gauche de la ligne médiane, à la partie supérieure du voile du palais. Depuis ce moment, elle a augmenté de volume peu à peu, en se portant vers le pilier antérieur du voile. L'accroissement de la tumeur devenant plus rapide, le malade entre à l'hôpital.

En examinant l'intérieur de la cavité buccale, on aperçoit sur la moitié gauche du voile du palais une tumeur allongée que l'on peut comparer à la moitié d'un œuf de poule coupé suivant son grand diamètre. Elle fait corps avec le voile du palais, dont elle suit les mouvements ; en portant le doigt en arrière du voile, on ne sent aucune saillie à la face postérieure de cet organe, ni à droite, ni à gauche. Cette tumeur est solide, dure ; la muqueuse qui la recouvre est lisse et paraît distendue ; elle est, du reste, mobile sur la tumeur, sans adhérence ; on peut la pincer, y déterminer des rides : on remarque à la surface une veine variqueuse. La tumeur est indolore, même à la pression ; on n'y sent pas de battements.

La déglutition des solides s'y fait assez facilement ; mais les liquides refluent assez souvent par les fosses nasales, ou tombent dans le larynx. La voix est un peu sourde, nasonnée.

L'état général est bon ; il n'y a pas de ganglions engorgés.

M. Nélaton reconnut qu'il s'agissait là d'une tumeur de la même nature que celle qu'il avait rencontrée chez la religieuse d'Orbec, et il résolut d'en pratiquer l'ablation d'une manière beaucoup plus simple, et sans intéresser toute l'épaisseur du voile, ce que permet la disposition anatomique de ces tumeurs.

Une incision longitudinale fut faite sur toute la longueur de la tumeur, la dépassant même un peu à ses deux extrémités. La face antérieure de la tumeur fut mise à nu en décollant la muqueuse au moyen d'une spatule ; alors, au lieu de saisir la tumeur au moyen d'une pince, et d'en achever ainsi l'énucléation, M. Nélaton porta l'indicateur gauche par la bouche jusqu'à la face postérieure du voile du palais, pour fournir un point d'appui, et avec l'indicateur droit il acheva de décoller la tumeur et l'enleva entièrement. Cette manière d'agir avait l'avantage de mettre à l'abri de l'hémorrhagie ; il n'y eut, en effet, qu'un léger suintement sanguin, qui s'arrêta sous l'influence de quelques lotions d'eau froide.

La tumeur était effectivement constituée par une hypertrophie glandulaire ; par l'examen microscopique, M. Robin reconnut également les caractères que présentent les tumeurs de ce genre.

La cicatrisation de la plaie se fit rapidement et la malade sortit ensuite de l'hôpital parfaitement guéri.

Obs. III. — *Tumeur glandulaire de la voûte et du voile du palais. — Ablation incomplète ; cautérisation. — Guérison.*

Caroline P...., âgée de 15 ans, entre dans le service de M. Nélaton le 24 avril 1855, pour une tumeur de la voûte palatine. Cette tumeur occupe une grande partie de la concavité de la voûte, mais surtout du côté gauche, et elle se prolonge de ce côté jusque dans la partie supérieure du voile du palais. Son volume est à peu près celui de la moitié d'un œuf de poule ; elle est dure, mais paraît un peu plus molle au centre que sur les bords ; la muqueuse a conservé sa coloration normale.

Il y a quatre ans que cette jeune fille s'est aperçue de la présence de cette tumeur ; à ce moment, elle était presque aussi volumineuse qu'aujourd'hui ; elle a augmenté très-lentement de volume.

Il y a une gêne légère de la déglutition ; la prononciation de quelques mots est un peu altérée ; la respiration est parfaitement normale.

Cette jeune fille se rendit à l'hôpital de la Pitié il y a quelque temps ; le médecin qu'elle consulta fit à la partie antérieure de la tumeur une petite incision qui ne donna issue qu'à du sang, et depuis cette époque l'incision ne s'est pas refermée.

M. Nélaton pensa qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs désignées sous le nom d'épulis, tumeurs de nature bénigne, mais cependant sujettes à récidiver sur place.

L'ablation de cette tumeur fut faite le 14 mai 1855 ; M. Nélaton enleva toute la partie qui correspondait à la voûte osseuse, et fit sur la partie postérieure des cautérisations avec un petit cautère globulaire.

Les escarrhes formées par cette cautérisation tombèrent au bout de quelques jours, en laissant une plaie disposée favorablement pour la cicatrisation. Il restait, en outre, une partie de la tumeur qui n'avait pas été enlevée ; c'était le prolongement qui occupait le voile du palais. M. Nélaton se proposait de faire l'ablation de cette dernière portion de la tumeur, mais la malade, impatiente de partir, sortit du service sans que cette opération ait été pratiquée.

J'étais désireux de compléter cette observation ; après bien des recherches, je parvins à retrouver la malade, le 2 juin 1856, environ un an après sa sortie de l'hôpital. La voûte et le voile du palais sont maintenant conformés très-régulièrement ; on aperçoit seulement sur la voûte, au niveau des dernières molaires gauches, une cicatrice de couleur un peu plus rouge ; le voile est intact et bien régulier. Aucune opération n'a été pratiquée depuis que la malade est sortie du service ; le reste de la tumeur a ainsi disparu spontanément, en un laps de temps que la malade ne peut préciser, car elle ignorait être guérie complétement.

Obs. IV. — *Tumeur glandulaire du voile du palais. — Ablation. — Guérison.*

Brechanteau (L.-M.), âgé de 50 ans, fondeur, entre à l'hôpital des Cliniques pour une tumeur de l'isthme du gosier. Il y a dix mois seulement qu'il ressentit une gêne de la phonation et de la respiration. La dyspnée était plus prononcée pendant la nuit. En examinant dans une glace l'intérieur de la bouche, il aperçut une tumeur sur le voile du palais; espérant qu'elle disparaîtrait, il ne s'en préoccupa plus. Dans ces derniers temps, il eut plusieurs angines; la dyspnée augmenta; il consulta un médecin, qui l'envoya à l'hôpital des Cliniques.

En examinant l'intérieur de la bouche, on aperçoit sur le voile du palais, à droite, une saillie produite par une tumeur existant dans l'épaisseur de cet organe; elle descend jusqu'au bord libre du voile du palais, qui est abaissé et caché derrière la base de la langue; la luette est déviée et portée à gauche par l'extension de la tumeur, qui semble en effet dépasser la ligne médiane. En haut, la tumeur remonte jusqu'au bord adhérent du voile; par le toucher on constate que sa limite supérieure est plus élevée qu'il ne le semble par l'inspection simple, surtout à la partie la plus externe. La muqueuse est rouge, d'une teinte un peu violacée à la partie inférieure, plus pâle en haut: on peut la faire glisser sur la tumeur, à laquelle elle n'adhère nullement.

Le voile est parfaitement mobile d'avant en arrière; on sent que la tumeur est incluse dans son épaisseur, ce que l'on constate encore avec plus de certitude en passant le doigt derrière le voile du palais.

M. Nélaton pratique l'ablation de cette tumeur le 1er décembre, de la manière suivante: il fait une incision sur la partie la plus saillante de la tumeur; abandonnant alors le bistouri, il porte les deux doigts indicateurs entre les lèvres de l'incision, les écarte, et avec une grande facilité, il énuclée de cette manière la tumeur, qui est enlevée très-rapidement.

La tumeur avait à peu près la grosseur d'une noix; elle était enveloppée d'une coque fibreuse qui avait été déchirée à la partie antérieure pendant l'opération. Le tissu lui-même était plus mou que d'habitude, contenant une pâte, une bouillie rougeâtre dans laquelle on distinguait des lobules de tissu glandulaire intacts. Sur un d'entre eux plus gros, nous fîmes une coupe qui nous permit de constater les caractères ordinaires de ce tissu dans les cas d'hypertrophie.

M. Charles Robin se chargea de l'examen au microscope et reconnut tous les caractères que nous avons indiqués précédemment; il n'existait pas de petits calculs.

La plaie qui succéda à cette ablation se cicatrisa un peu plus lentement que chez les autres malades que nous avons pu observer. Cependant au moment de la sortie du malade, le 8 décembre, il ne restait plus qu'un petit lambeau de muqueuse qui n'était pas réuni.

Nous pouvons noter, dans cette observation, le peu d'ancienneté de la tumeur, selon le dire du malade; mais, d'après ce que nous avons pu observer, il arrive souvent que ces tumeurs peuvent rester pendant plusieurs années sans que leur existence soit soupçonnée par les malades, lors même qu'elles auraient déjà acquis un certain volume; nous pensons donc que, dans le cas présent, l'origine remontait à une époque plus éloignée que celle qui nous est indiquée.

En outre, le tissu de la tumeur présentait une mollesse et une vascularité qui ne sont pas habituelles, ce que l'on pourrait peut-être attribuer aux angines fréquentes qui se sont déclarées dans les derniers mois qui ont précédé l'entrée du malade à l'hôpital.

J'ajoute ici une dernière observation que j'ai pu recueillir récemment dans le service de M. le professeur Velpeau:

Obs. V. — *Tumeur glandulaire de la voûte palatine. — Ablation. — Hémorrhagies. — Guérison.*

Lesimple (Anastasie), 32 ans, sans profession, entre le 11 juin 1856 dans le service de M. Velpeau, salle Sainte-Catherine, n° 5. Cette femme, qui jouit habituellement d'une bonne santé, est mère d'un enfant; la menstruation est régulière. Il y a douze ans, elle s'aperçut qu'elle portait à la voûte palatine une tumeur de la grosseur d'un pois qui, par un accroissement graduel, a acquis aujourd'hui le volume d'une petite noix.

Cette tumeur siège à la partie postérieure de la voûte du palais, à gauche, presque sur la ligne médiane; elle est supportée par un pédicule qui a environ 1 centimètre de diamètre; elle paraît formée de plusieurs lobules: elle est dure, élastique, donne au toucher la même sensation que les tumeurs adénoïdes; elle ne cause aucune douleur.

La muqueuse qui la recouvre est normale; sur le pédicule on remarque quelques petits vaisseaux très-fins, superficiels.

M. Velpeau enlève cette tumeur le 13 juin; immédiatement il y eut un écoulement de sang assez abondant; on appliqua dans la plaie de petites boulettes imbibées de perchlorure de fer. Pendant la journée l'hémorrhagie reparut, et l'interne de garde appelé constata que le sang était fourni par une petite artère qui occupait l'angle postérieur de la plaie. Une cautérisation fut faite alors au moyen d'un fer rouge, et des boulettes de charpie sèche furent appliquées sur la plaie. L'hémorrhagie fut alors arrêtée définitivement.

Le lendemain, à la visite, la malade était dans un état satisfaisant; les escharres formées par le fer rouge tombèrent assez rapidement, et la malade put, après un court séjour, sortir parfaitement guérie.

Cette tumeur a été examinée au microscope par M. Charles Robin, qui a reconnu tous les caractères de l'hypertrophie glandulaire.

Nous donnons en terminant une analyse sommaire des observations que nous avons pu trouver dans les recueils périodiques:

Obs. VI. (M. René Marjolin, 1851). — Tumeur grosse comme une muscade, chez une femme. L'ablation en est faite et suivie de guérison. (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, séance du 18 mars 1851.)

Obs. VII. (M. Michon, 1852.) — Homme de 36 ans, tumeur du volume d'un œuf, datant de dix années; accroissement lent; dyspnée, dysphagie, altération de la voix; ablation; guérison. — Examen micrographique par M. Ch. Robin. (*Ibid.*, séance du 14 janvier 1852, et *Bull. de la Soc. anat.*)

Obs. VIII. M. Velpeau, 1853.) — Homme de 51 ans, tumeur datant de douze ans, ayant débuté près de la ligne médiane, au sommet du voile; dysphagie. Ablation. Guérison. Examinée au microscope, elle présente le tissu glandulaire hypertrophié. (L. Bauchet, *Monit. des Hôp.*, 1853, p. 1134.)

Obs. IX. (M. Rennes, de Bergerac, 1855.) — Femme de 60 ans; tumeur datant de vingt ans, s'étendant du voile vers la voûte; troubles peu prononcés. Ablation; guérison. Examen de la tumeur par M. Robin: hypertrophie glandulaire, petits calculs. (*Gaz. des Hôp.*, 7 avril 1855.)

Obs. X. (M. Laugier, 1856.) — Homme de 52 ans, tumeur datant de quinze ou vingt ans, siégeant dans le voile, à gauche, le malade meurt de pneumonie; on enlève la tumeur sur le cadavre. (J. Rouyer et Ch. Robin, *Monit. des Hôp.*, 10 mai 1856.)

Obs. XI. (M. Syme, d'Edimbourg.) — Tumeur du voile, d'un diamètre de 4 centimètres. M. Syme la considère comme une tumeur fibreuse et la compare à l'hypertrophie mammaire; c'est le quatrième cas de tumeur du voile rencontré par lui. Il enlève la tumeur; guérison. (*Gaz. des Hôp.*, 1856, 26 avril.)

Je crois avoir consigné toutes les observations qui existent dans la science; ces tumeurs ne sont pas très-rares, et s'il n'en existe pas un plus grand nombre dans les recueils scientifiques, cela tient sans doute à ce que la véritable nature de ces tumeurs n'a pas été reconnue dans beaucoup de cas. J'espère que ce travail signalera cette affection à l'attention des chirurgiens, et que l'on pourra ainsi compléter ce qui peut laisser à désirer dans la description que j'en ai donnée.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MEDECINE CLINIQUE.

Observation de peau bronzée avec altération des capsules surrénales,

Recueillie dans le service de MM. Burrows et Baly
(hôpital St.-Bartholomee, Londres).

John Littlechild, âgé de 20 ans, cordonnier, demeurant avec son frère à Enfield, mourut à l'hôpital Saint-Bartholomee en septembre 1856. Pendant les douze derniers mois il avait fait plusieurs courts séjours dans cet hôpital, où on l'observait avec beaucoup d'attention comme étant probablement affecté d'une maladie des capsules surrénales.

La couleur bronzée de la peau était très-marquée plus d'une année avant la mort, cependant son intensité s'était beaucoup accrue dans les derniers temps. La teinte d'un brun-olive, généralement répandue, était plus sombre sur certaines parties, notamment à la poitrine où un vésicatoire avait été appliqué, et sous l'aisselle; le pénis et le scrotum étaient presque noirs. La sclérotique était parfaitement blanche et contrastait avec la couleur des téguments.

Il existait de petites taches semblables à la face interne des joues et une teinte noirâtre très-marquée à la muqueuse de la lèvre inférieure. Les gencives de la lèvre supérieure étaient rouges et presque spongieuses. Bien que sa physionomie n'indiquât point un homme complétement dépourvu d'intelligence, ses manières étaient lourdes et presque stupides. Il répondait lentement, comme s'il ne comprenait pas les questions qui lui étaient faites, et comme s'il éprouvait de la fatigue à parler ou à penser. Il prétendit que sa famille jouissait d'une bonne santé ainsi que lui-même. Avant cette maladie il s'était bien aperçu d'un changement de coloration de la peau, mais il ne put dire depuis quelle époque il était survenu. Il n'avait jamais été très-robuste, cependant depuis peu il avait beaucoup maigri et perdu ses forces. Ordinairement il aidait son frère dans sa profession, mais la diminution progressive de ses forces ne lui permettait pas de travailler beaucoup, et chaque jour il faisait quelques promenades. Il se plaignait d'avoir souffert dans la région des reins. Il avait de la dyspepsie, des nausées et souvent même des vomissements. Son appétit était faible et variable, mais il n'avait de dégoût pour aucun aliment, cependant il ne pouvait digérer le bœuf ni le gras. Il aimait les choses sucrées et la bière dont il ne buvait que depuis son entrée à l'hôpital; l'intestin fonctionnait régulièrement et le sommeil était bon.

Ces détails donnent une idée fidèle de l'état et des symptômes observés chez ce malade. Chaque fois qu'il fut admis à l'hôpital, il était plus faible et plus maigre que la précédente; la première et la seconde fois le repos et un régime tonique lui rendirent un peu de vigueur. A sa dernière entrée, son état de marasme et de cachexie rendaient une mort prochaine évidente. Après un séjour d'environ trois semaines, il fut obligé de garder le lit et sa faiblesse augmenta rapidement. Durant les derniers jours, il était parfois dans la torpeur et dans un demi-coma; parfois encore il était agité et sans repos. La langue était glacée, les lèvres sèches et gercées. Son urine était coagulable les jours qui précédèrent la mort. Mais il n'y avait aucun symptôme d'hydropisie, ni convulsions.

A l'autopsie, la lésion la plus remarquable, après celle des capsules surrénales, était une congestion du foie; cet organe était augmenté de volume, fortement coloré et hyperémié par places. Les reins étaient volumineux, congestionnés et ramollis, mais non dégénérés d'une manière appréciable. Dans les poumons existaient deux ou trois dépôts de matière tuberculeuse concrète. Les deux capsules surrénales était complétement détruites, et il était impossible de trouver une trace du tissu primitif, qui était remplacé par des noyaux crétacés ou de matière concrète subissant la transformation crétacée. Ces divers éléments étaient réunis par un tissu fibreux dense. Elles étaient un peu plus volumineuses qu'à l'état normal. (*Med. Times.*)

(Trad. par M. le Dr Joulin.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 janvier 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Kystes ovariques. — M. le docteur Suzeau (de Thiers) communique une observation de kyste ovarique guéri par un traitement médical. On fit prendre à la malade du sirop de scillitine composé, de la tisane de racines d'asperges nitrée ; régime sec, exigu, et compression méthodique. Il se produisit une diurèse abondante, le kyste s'affaissa et finit par disparaître complétement.

Diphthérite. — Une note sur l'*action des principes immédiats de l'organisme sur l'albumine du plasma,* pour servir à la théorie des affections diphthéritiques, par M. le docteur Billiard (de Corbigny). (Comm. : MM. Bouchardat et Bégin.)

M. le docteur Gaimard met à la disposition de l'Académie un certain nombre de billets pour visiter les collections rapportées par le prince Napoléon de son voyage dans le Nord.

M. le Président annonce à l'Académie que M. le docteur Hullin, de Mortagne (Vendée), membre correspondant, assiste à la séance.

Après avoir pris possession du fauteuil, M. le nouveau président prononce l'allocution suivante :

« J'ai un premier devoir à remplir envers l'Académie, un devoir bien doux, celui de la remercier des suffrages presque unanimes qui m'ont appelé à diriger ses travaux. Quoique les vice-présidents que vous nommez aient toute une année par devers eux pour se préparer aux soins de la présidence, ils ne viennent pas s'asseoir à cette place sans une certaine émotion. Celle que j'éprouve est d'autant plus grande que vous m'avez honoré d'un témoignage tout à fait spontané. Un sentiment patriotique a dirigé votre choix ; le souvenir de quelques services rendus au loin dans des circonstances difficiles et mémorables, a inspiré votre confraternité : je vous en remercie et pour moi-même et pour la médecine militaire, que vous avez en quelque sorte associée à l'honneur de cette libre élection.

« Est-il besoin d'ajouter que la reconnaissance ne fait pas seule mon émotion et qu'il s'y mêle un peu de crainte de ne pas suffire à la tâche qui m'est imposée ? Toutefois, je ne veux pas m'exagérer les difficultés attachées à mes nouvelles fonctions. Les travaux académiques ont pour ainsi dire un rhythme qui leur est propre, la science et sa discipline ; ce qui fait la méthode dans l'exposition et dans la controverse, fait l'ordre dans les séances ; la publicité qui les entoure est comme un régulateur de plus, en même temps que le stimulant des viriles émulations auxquelles l'Académie est redevable de ses discussions les plus fécondes.

« Au besoin, Messieurs, votre indulgence m'assistera ; elle n'a fait défaut à aucun de mes prédécesseurs, et d'avance je la sollicite tout entière. »

M. Depaul prend ensuite la parole :

« Messieurs,

« Permettez-moi aussi de vous adresser tous mes remercîments pour le nouvel honneur que vous avez bien voulu me faire en me nommant pour la troisième fois votre secrétaire annuel.

« Je n'ai pas de meilleur moyen de vous prouver combien je suis reconnaissant de vos bienveillants suffrages que de redoubler de zèle et d'efforts dans l'exercice de mes fonctions, et sous ce rapport, Messieurs, vous pouvez compter sur tout mon dévouement.

DISCUSSION

sur le traitement des kystes de l'ovaire.

M. Guérin prend la parole. Son discours devant être l'objet de quelques critiques, nous attendrons pour le faire paraître qu'il ait été publié par M. Guérin lui-même.

M. Trousseau. Je ne partage pas toutes les opinions qui viennent d'être émises par M. Jules Guérin, mais je laisse à d'autre le soin de les combattre. Pour le moment, je demande à revenir brièvement sur un point dont j'ai déjà parlé quand, pour la première fois, je pris la parole sur ce sujet.

Dans la discussion actuelle, on a mis en présence la ponction palliative et la ponction suivie d'injection iodée; il m'a paru qu'il s'était formé deux camps, comme autrefois dans la discussion sur la lithotritie et la lithotomie. Les lithotriteurs présentaient plus de cas de succès que les lithotomistes, et cela parce qu'ils choisissaient les cas les plus favorables, et renvoyaient aux lithotomistes les cas dans lesquels il existait des complications, telles que pierres volumineuses, calculs muraux, affections de la vessie, de la prostate, des reins, etc.

Aujourd'hui que la lithotritie a pris place dans la science, les chirurgiens qui l'ont employée ainsi que la lithotomie, ont pu apprécier comparativement la valeur de ces deux opérations, et la lithotritie, que je considère cependant comme une des découvertes les plus admirables de ce siècle, a produit alors à peu près autant d'insuccès que la lithotomie.

De même, pour les kystes de l'ovaire, il faut bien distinguer l'opération simple, d'*élection*, passez-moi cette expression, de celle que je nommerai opération de *nécessité*. Quand la ponction simple sera faite comme l'injection iodée pour des cas choisis, pour des kystes *jeunes*, passez-moi encore cette expression, peu volumineux, ne dépassant pas l'ombilic, elle ne produira pas plus d'accidents que la ponction suivie d'injection iodée. Je ne redoute pas l'introduction de l'air que craint tant M. Guérin, parce qu'elle ne se produit pas, ou que, si elle se produit, il faut qu'elle soit d'une grande innocuité, puisqu'elle n'est presque jamais suivie d'accidents. Donc, la ponction palliative faite dans ces cas favorables n'est pas plus dangereuse que l'injection iodée, elle n'amène pas plus d'accidents. Jusqu'à plus ample informé, je crois que l'on devra faire la ponction simple du kyste. Quand on verra survenir des accidents sérieux après la ponction palliative, alors on pourra tenter l'injection iodée. Donc, je conseille d'abord la ponction palliative et ensuite l'injection iodée.

M. Velpeau demande la parole pour la prochaine séance, se proposant, dit-il, de réfuter quelques *hérésies* contenues dans le discours de M. Guérin.

M. Guérin. Je maintiens tout ce que j'ai dit.

M. Cazeaux. Je ne voudrais pas que mes honorables collègues quittassent la séance encore sous l'influence des idées que vient d'émettre M. Trousseau. Il a débuté par une comparaison qui n'est pas absolument juste, comme un grand nombre de comparaisons; mais, ce qui est plus grave, il a reproduit une assertion qui me paraît peu fondée. Les partisans des injections iodées choisissent peu les cas; il n'y en a qu'un fort petit nombre, s'il y en a, parmi ceux qui ont été traités par ces injections qui fussent aussi peu volumineux que ceux dont a parlé M. Trousseau.

M. Trousseau. J'ai parlé de kystes qui s'élèvent jusqu'à l'ombilic.

M. Cazeaux. C'est bien ainsi que je l'entends; il y a, dis-je, peu de petits kystes parmi ceux qui ont été soumis aux injections iodées; dans la grande majorité des cas, l'opération a été faite pour des kystes très-volumineux, je l'affirme positivement. Il y avait même des cas dans lesquels il existait des parois épaisses, contenant même des tumeurs, et c'est déverser injustement un blâme sur les injections iodées en disant qu'elles ont été appliquées au traitement de kystes choisis parmi les plus favorables.

J'ai été étonné de la complaisance avec laquelle M. Trousseau nous parle de nouveau de kystes choisis, que l'on peut opérer par les ponctions simples; il me semble avoir résolu cette question un peu légèrement. Les kystes de l'ovaire, avait dit M. Trousseau, sont une affection légère, insensible; le médecin, en examinant la malade, constate par hasard l'existence, dans la cavité abdominale, d'un kyste gros comme une tête de fœtus, mobile, sans adhérences, et il pratique une ponction palliative. M. Trousseau nous a cité deux cas dans lesquels il a eu recours à l'emploi de ce moyen pour des kystes peu volumineux, et il y a eu des accidents graves qui ont failli amener la mort des malades.

M. Trousseau. J'ai dit que je ne conseillerais pas la ponction palliative pour des kystes qui restent stationnaires, mais seulement pour ceux qui deviennent volumineux. Dans les deux cas cités précédemment, j'ai dit que quinze jours après la ponction il était survenu, chez une des opérées, une inflammation du kyste, et que la malade avait guéri. Dans l'autre cas, il survint une rupture du kyste deux mois après une troisième ponction.

M. Cazeaux. J'avais compris autrement. Lorsqu'il existe de grands kystes, ils sont en contact avec les parois abdominales, condition qui ne se rencontre pas pour les kystes peu volumineux; quand du pus se forme dans un petit kyste, il peut se répandre plus facilement dans la cavité abdominale que quand il s'agit de kystes volumineux soutenus et comprimés par les parois de l'abdomen.

J'ai vu la ponction suivie d'injection iodée être appliquée au traitement de grands kystes contenant des tumeurs dans l'épaisseur de leurs parois, condition qui me paraissait contre-indiquer l'opération, qui fut cependant suivie de succès. J'ai revu deux malades, l'une cinq ans, l'autre sept ans après l'opération; il reste une tumeur fibreuse, et à côté une petite tumeur contenant du liquide. Est-ce une récidive ou un autre kyste qui se forme? il est difficile de le décider. Toujours est-il que ces malades ont pu vivre pendant cinq et sept ans, et jouissent encore d'une bonne santé.

En résumé, je crois les ponctions simples, dites palliatives, aussi et peut-être plus dangereuses que les ponctions suivies d'injections iodées, sans présenter les mêmes avantages.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 décembre 1856.

Présidence de M. Geoffroy St.-Hilaire.

Capsules surrénales. — M. Philipeaux adresse une nouvelle note sur *l'extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos.*

Dans la séance du 10 novembre dernier, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie une note concernant l'extirpation des capsules surrénales sur quatre rats albinos. Depuis cette époque, trois de ces rats sont morts. Le premier est mort vingt-six jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite, et neuf jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche; le deuxième, quarante et un jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite, et vingt-trois jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche; enfin, le troisième, cinquante-quatre jours après l'extirpation de la capsule surrénale droite et trente-quatre jours après l'extirpation de la capsule surrénale gauche. Ces trois animaux ont donc vécu privés de leurs deux capsules surrénales, le premier pendant neuf jours, le deuxième pendant vingt-trois jours, et le dernier pendant trente-quatre jours. Jusqu'au jour de leur mort, ils ont parfaitement rempli toutes leurs fonctions, et ils n'ont pas offert d'amaigrissement notable. A l'ouverture des corps, j'ai trouvé des adhérences entre les parois abdominales du côté droit avec le foie, le rein, ainsi qu'une petite partie de l'intestin grêle : du côté gauche, les parois adhéraient au gros cul-de-sac de l'estomac, à la rate et au rein. Ces adhérences ont eu pour cause des péritonites qui ont succédé aux opérations. Tous les autres organes étaient sains. Dans le dernier animal, j'ai constaté une hypertrophie assez prononcée de la rate, qui contenait un grand nombre de granulations blanches. Le sang n'offrait aucune altération. J'ai pu m'assurer que dans chaque cas les deux capsules avaient été entièrement enlevées. Aujourd'hui, 22 décembre, il me reste encore un rat, opéré le 3 novembre dernier, c'est-à-dire privé des deux capsules surrénales depuis quarante-neuf jours.

Depuis quelques jours, j'ai mis de nouveaux rats en expérience, et j'aurai l'honneur d'annoncer plus tard à l'Académie les résultats que j'aurai obtenus.

A quelle cause faut-il rapporter la mort des trois rats mentionnés plus haut? Ils ne sont certainement pas morts de l'opération en elle-même, puisqu'un de ces rats a survécu trente-quatre jours, et que, d'ailleurs, le quatrième vit encore aujourd'hui, quarante-neuf jours après l'opération. La nécropsie a démontré que la cicatrisation, tant extérieure qu'intérieure, était complète. Les mêmes réflexions pourraient servir à prouver que ce n'est pas la privation des capsules surrénales, ou, en d'autres termes, la suppression de leurs fonctions qui a fait périr ces animaux. Quelle importance attribuer à une fonction qui peut être supprimée sans dommage chez un animal pendant trente-quatre jours, et dont l'anéantissement en laisse vivre un autre pendant quarante-neuf jours et plus, sans qu'aucun trouble se manifeste?

Les trois rats dont il est question dans cette note me paraissent avoir succombé sous l'influence du froid, qui, pendant quelques

nuits, a été assez intense. En conséquence, je crois ne devoir rien changer aux conclusions qui terminent ma note du 10 novembre dernier.

Hypertrophie du col de l'utérus. — M. ROCHARD, qui avait précédemment communiqué les résultats obtenus par l'action de l'iodure de chlorure mercureux dans le traitement des affections scrofuleuses, adresse une note relative à l'action de ce même topique dans les cas d'hypertrophie et de subinflammation du col de l'utérus. (Nous avons publié ce travail dans le nº du 1er janvier 1857.)

Hirudiculture. — M. DEMIDOFF adresse trois notices relatives aux résultats des essais faits dans ses propriétés de Nijné-Taguilsk (Sibérie) pour l'élève des sangsues. La première pièce est un mémoire manuscrit de M. Malischeff, élève en médecine, qui a dirigé ces essais; les deux autres sont des opuscules publiés en russe par M. Herodion Riaboff, professeur au gymnase de Vouia. On y a joint une traduction française.

Ces trois notices sont renvoyées, à titre de pièces à consulter, à la Commission chargée de faire un rapport sur différents essais d'hirudiculture, Commission qui se compose de MM. Milne Edwards, de Quatrefages et Moquin-Tandon.

Choléra. — Plusieurs travaux sont adressés sur ce sujet pour le concours du prix Briant, par MM. S. CADET, de Rome; L. RIPA, de Serigno; BILLIARD, de Corbigny, et VERGÉ.

Adaptation de la vue aux différentes distances, obtenue par une compression mécanique exercée sur le globe oculaire. — M. BRETON, de Champ, adresse sur ce sujet une note dont les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant :

. . . . . En exerçant sur l'un de mes yeux une certaine compression avec le pouce et l'index de la main correspondante, appuyés simultanément l'un sur la paupière inférieure, l'autre sur la paupière supérieure, je parviens à allonger considérablement ma vue qui, dans l'état habituel, est très-courte. A cet effet, je me place devant un livre ouvert ou une affiche imprimée, à une distance double, triple ou quadruple de celle à laquelle je puis lire, ou même plus grande encore, de telle sorte que je n'aperçois plus les lignes du livre ou de l'affiche que comme des traces grisâtres, puis je presse l'œil doucement, jusqu'à ce que les lettres paraissent *noires*. Si alors la vision est encore confuse, je change tant soit peu les points sur lesquels le pouce et l'index sont appuyés, et après quelques tâtonnements, je parviens à voir distinctement et à lire, ce qui me serait impossible à cette distance en laissant mon œil dans son état ordinaire. La compression par laquelle j'obtiens ce résultat n'est pas assez forte pour que l'expérience devienne douloureuse, et je suis persuadé, après l'avoir répété un grand nombre de fois, qu'elle est sans inconvénient pour l'organe, pourvu toutefois qu'on ne l'y soumette qu'à des intervalles suffisamment éloignés. Cette compression ne peut être exercée sans que les paupières offrent des surfaces assez larges pour y appuyer les doigts. Il résulte de là que l'œil, au lieu d'être entièrement ouvert pendant l'expérience, ne l'est que partiellement. Je me suis assuré que la plus grande netteté de la vision n'était pas due au rétrécissement du passage laissé à la lumière. A cet effet j'ai toujours eu soin, mes doigts étant appuyés sur les paupières, d'essayer de lire sans exercer de compression; mais je n'ai pu y réussir ni avant ni après l'expérience. Ainsi donc cet allongement de ma vue est bien dû à la compression du globe oculaire.

Séance du 29 décembre 1856.

Action anesthésique du gaz oxyde de carbone. — M. OZANAM présente à l'Académie un mémoire sur l'action anesthésique du gaz *oxyde de carbone.*

L'auteur part de ce principe déjà admis par quelques médecins, et notamment par M. S. Dumoulin, que toute la série des corps carbonés, volatils ou gazeux, est douée du pouvoir anesthésique, et dans ses expériences entreprises avec MM. Blondeau et Fabre, il vérifie cette loi sur le gaz oxyde de carbone. L'action de ce gaz est analogue à celle du chloroforme.

A. Quand on le donne par *inhalation.* On distingue quatre périodes :

1º Une période *prodromique;*

2º Une période d'*excitation,* marquée par des contractions et des convulsions ;

3º Une période *anesthésique,* caractérisée par l'arrêt partiel, puis absolu de la sensibilité ;

4º Une période de *réveil* ou de *mort.*

La mort subite peut arriver en deux minutes, comme pour le chloroforme. Sur vingt-cinq expériences, la mort subite n'a eu lieu qu'une fois, ce qui donne à penser que ce gaz est moins dangereux à respirer qu'on ne le croit d'abord, surtout si on le respire mêlé à l'air atmosphérique. Deux expériences de Samuel Witt montrent que l'homme peut être soumis avec prudence à ces inhalations.

B. Action locale de l'oxyde de carbone. L'action est à peu près nulle sur la peau recouverte de son épiderme. La sensibilité n'y est pas altérée. Mais, sur une surface dépouillée d'épiderme, le gaz produit, au bout d'un certain temps, des effets anesthésiques très-remarquables et qui montrent que l'oxyde de carbone pourra être employé avec avantage comme anesthésique local.

(Comm. : MM. Flourens, Dumas et Velpeau.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Mutations dans le personnel médical des hôpitaux de Paris. — Par suite de l'admission à la retraite de MM. les docteurs Bouneau, Cruveilhier et Hervez de Chégoin, les mutations suivantes ont lieu le 1er janvier 1857, parmi les médecins des hôpitaux :

M. le docteur Nonat passe de l'Hôtel-Dieu à la Charité, en remplacement de M. Cruveilhier.

M. Pelletan remplace M. Nonat à l'Hôtel-Dieu.

M. Moissenet est nommé à l'hôpital Lariboisière à la place de M. Hervez.

M. Oulmont passe de l'hôpital Saint-Antoine à Lariboisière, en remplacement de M. Pelletan.

M. le docteur Bergeron, médecin de Lourcine, passe à l'hôpital Saint-Antoine, à la place de M. Oulmont.

M. le docteur G. Sée, médecin de l'hospice Larochefoucauld, est nommé à l'hôpital des Enfants-Malades, à la place de M. Bouneau.

M. le docteur Chapotain de Saint-Laurent, médecin du bureau des Nourrices, passe à la Salpêtrière, en remplacement de M. Moissenet.

M. le docteur Racle, médecin du Bureau central, est nommé à l'hospice Larochefoucauld, à la place de M. Sée.

M. Lasègue, médecin du Bureau central, est nommé à Lourcine, à la place de M. Bergeron.

M. Boucher, médecin du Bureau central, est nommé à la Direction des nourrices, à la place de M. de Saint-Laurent.

— Les épreuves du concours pour l'agrégation en médecine, chirurgie et accouchements, ont commencé hier. Le sujet de la composition écrite est le suivant : *Le système artériel sous le rapport anatomique et physiologique.*

Avant de donner le sujet de la question écrite, le jury a décidé qu'il entendrait les copies des candidats par catégories ; c'est-à-dire que tous les médecins liraient à la suite les uns des autres, les chirurgiens et les accoucheurs de même. C'est un moyen de diminuer la confusion qui résulte du mélange de ces catégories de candidats.

* Buffon a dit : *Le style, c'est l'homme.* Messieurs de l'homœopathie nous l'ont bien prouvé. Buffon aurait ajouté : *Le papier, c'est l'homme,* s'il avait connu leur amour pour le papier timbré.

* MM. les homœopathes conviennent eux-mêmes que la trentième dilution répond à un grand nombre de zéros. — Aveu naïf.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 5. 5e année. Samedi 10 Janvier 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 9 janvier 1857.

Du degré d'utilité de la statistique.

Depuis quelque temps, dans la presse et dans les académies, la mode semble venue de dénigrer la statistique. L'esprit français, léger et brillant, jusque dans les choses de la science, n'adopte qu'avec répugnance un genre de recherches qui exige un travail ardu, monotone, souvent ingrat, qui se présente au lecteur sous une forme fatigante, et qui a toute la sécheresse des formules algébriques sans en avoir la rigoureuse précision.

C'est surtout dans ses applications à la solution des problèmes de la pathologie et de la thérapeutique, que la statistique rencontre des adversaires. Ici les questions sont si complexes, les éléments dont il faut tenir compte sont si nombreux, que, d'une part, les auteurs sont exposés à commettre des oublis ou des fautes, aboutissant à des erreurs et à des contradictions, tandis que, d'une autre part, les lecteurs, habitués à une nourriture plus légère, ont beaucoup de peine à s'assimiler ces indigestes colonnes de chiffres. Les médecins croient aisément qu'après avoir subi l'épreuve du baccalauréat ès sciences, ils peuvent négliger sans remords la science du calcul, et bien peu comprennent la signification, la portée et l'utilité des statistiques. Beaucoup n'y voient qu'un travail aussi fastidieux pour celui qui le fait que nauséeux pour celui qui le lit ; on répète volontiers qu'il faut se méfier de ce qu'on appelle la perfidie des chiffres. Un chiffre implacable, qui vient brutalement vous enlever une illusion thérapeutique, est généralement assez mal reçu ; et dernièrement encore, un maître fort spirituel a cru devoir mettre l'Académie en garde contre les *statistiques lamentables* de M. Malgaigne.

Il y a des gens qui vont plus loin encore, qui ont horreur de l'arithmétique, et qui, préférant la quiétude de l'ignorance, ou les naïves satisfactions de la routine, ou les billevesées de leur esprit crédule, à la réalité sévère et gênante, soutiennent imperturbablement que la statistique est de sa nature une œuvre trompeuse, dangereuse, antiscientifique, antiphilosophique. La statistique, s'écriait, il y a quelques jours, un collaborateur trop obligeant dont le *Moniteur des hôpitaux* se serait bien passé, la statistique est une méthode dangereuse, dissolvante, aussi nuisible aux médecins qu'aux malades parce qu'elle engendre nécessairement le scepticisme. Voilà le grand mot lâché, et il est au moins fort réjouissant. Passe encore si on disait que le scepticisme a engendré la statistique, car il est clair que si l'on avait la foi robuste du charbonnier, si l'on admettait sans contestation toutes les assertions sans preuves, on n'éprouverait pas le besoin de recourir à un moyen de vérification qui exige beaucoup de patience. Le scepticisme, c'est l'esprit d'examen et de critique, le désir de vérifier avant de croire, la prétention de nier ce qui n'est pas démontré exact, et à plus forte raison, ce qui est démontré faux. Oui, il faut une certaine dose de scepticisme pour entreprendre et exécuter le travail rebutant de la statistique. Mais en vérité, comment peut-on de sang-froid, prenant la cause pour l'effet et l'effet pour la cause, soutenir qu'au contraire c'est la statistique qui engendre le scepticisme? Est-ce un jeu de mots, ou une éclipse totale de bon sens? Ne serait-ce pas plutôt le dépit de se voir troublé par une curiosité incommode? — Ah! vous venez me déranger en me disant que ma méthode thérapeutique guérit moins de malades que telle autre méthode qu'il ne me convient pas d'adopter! Vous êtes un sceptique, un dangereux sceptique, et la preuve c'est que vous avez fait une statistique qui me contrarie fort. Je vous permets, à la rigueur, de faire des statistiques en faveur de mon opinion, quoique vous fissiez mieux peut-être de vous en rapporter à mes impressions personnelles. Mais il n'y a qu'un sceptique qui puisse se permettre de dresser contre moi un échafaudage de chiffres. — Pardon, monsieur, il ne s'agit pas de vous; je suis obligé de traiter des malades, et je ne serais pas fâché, je vous l'avoue, de savoir quelle est la méthode qui réussit le plus souvent. Vous me dites que c'est la vôtre, mais voici votre voisin qui prétend que c'est la sienne. Je voudrais bien vous croire tous les deux sur parole, et cependant je ne puis vous dissimuler que l'un de vous se trompe probablement. Souffrez donc que j'examine, que je fasse la liste respective des succès et des revers, et ne vous offensez pas si je termine ce petit travail par une addition et même par une réduction en centièmes. En fin de compte, au lieu du doute qui m'assiége en ce moment, j'arriverai peut-être à me faire une conviction, et mes malades ne trouveront pas que je leur sois nuisible en leur appliquant la méthode qui réussit soixante fois sur cent,

au lieu de celle qui sur un nombre égal ne réussit que quinze fois.

Il faut se sentir bien faible, avoir des croyances bien peu arrêtées, être bien peu convaincu de la vérité de ce que l'on avance, en un mot, être bien sceptique ou bien endurci, pour avoir peur à ce point d'un procédé d'investigation et de vérification. Certes, si on vous proposait de juger votre méthode d'après les résultats que vous avez obtenus sur vos dix derniers malades, vous seriez en droit de vous méfier des combinaisons du hasard. Ce serait un jeu où vous pourriez gagner, comme vous pourriez y perdre; — mais ce n'est pas ainsi que procède la statistique. Elle prend des séries assez étendues pour que les chances bonnes ou mauvaises puissent se compenser; elle ne trie pas les faits; elle les enregistre tous, ce qui ne l'empêche pas de tenir compte des conditions au milieu desquelles ils ont été recueillis, de distinguer par exemple ceux de la pratique nosocomiale de ceux de la pratique civile, de donner pourtant la préférence aux premiers, parce qu'ils offrent plus de garanties; de multiplier au besoin les catégories, afin de ne comparer que des faits de même ordre, etc. La statistique ainsi conçue peut être mal exécutée; il faut s'en prendre à ceux qui la font et non l'en accuser elle même. Mais lorsqu'elle est faite avec conscience et discernement, elle conduit les prétendus sceptiques qui s'y appliquent à des affirmations positives. Elle est l'expression de ce qui a été, et par conséquent de ce qui sera, car les lois de la nature ne varient pas.

Je conversais sur ce sujet, il y a quelques jours, avec un de mes anciens collègues d'internat, homme de talent et d'instruction, mais quelque peu sentimental en matière de science. Qu'il me pardonne cette épithète; il sait que je fais le plus grand cas de son savoir et de son habileté. Lorsque j'en vins à invoquer les lois de la nature, il m'interrompit vivement : — Quoi! vous prétendez que ces lois ne varient pas? Mais alors expliquez-moi pourquoi, de deux individus atteints de la même maladie et traités de la même manière, l'un guérit tandis que l'autre succombe; et allez demander à vos statistiques si un pneumonique que j'ai saigné hier, et que je saignerai demain, doit me payer lui-même ses honoraires ou en laisser le soin à ses héritiers. — Il n'est pas question, lui répondis-je, de tels ou tels malades en particulier. Les vôtres sont en bonnes mains, et je suis sûr que vous mettrez de leur côté toutes les chances possibles de guérison. Du reste, je vois avec plaisir que vous saignez les pneumoniques. Pourtant, si vous aviez vécu au XVIe siècle, au temps de Pierre Brissot, vous auriez couru risque pour cela d'être persécuté par la Faculté. — Je connais cette histoire, dit-il à son tour; mais la persécution ne dura pas longtemps. Il fallut bien se rendre à l'évidence, et les succès des élèves de Brissot.... — Vous voulez dire qu'ils guérissaient plus de malades que les docteurs de la vieille école? Comment le savez-vous et comment l'a-t-on su? Ils le disaient, je le sais; mais je sais aussi que leurs adversaires disaient le contraire. — Oui, mais les fossoyeurs prétendaient que Pierre Brissot avait gâté leur métier. — Ah! ah! il paraît qu'en ce temps-là les fossoyeurs faisaient de la statistique, en comptant leurs recettes à la fin de chaque mois. Cette statistique-là en valait bien une autre, puisqu'elle a assuré le triomphe de la lancette.

Et maintenant, pour parler sérieusement, croyez-vous qu'on puisse juger une méthode autrement que par les résultats qu'elle fournit? Vous, qui êtes un sage praticien, qui ne considérez pas les malades comme des unités, et qui tenez compte aussi bien de l'état local que de l'état général, vous savez, j'en suis convaincu, faire varier le traitement suivant les cas particuliers. Il y a tel pneumonique que vous ne saignerez pas; mais enfin vous avez l'habitude, dans les cas ordinaires, de saigner les pneumoniques, et je vous sais trop consciencieux pour avoir adopté cette méthode sans savoir pourquoi. Vous avez été interne de M. X...., qui donnait la préférence aux saignées, et de M. Y...., qui n'employait que l'émétique; il vous a paru que le premier réussissait plus souvent que le second; c'est l'impression que vous en avez gardée, et depuis lors vous faites jouer la lancette : je ne vous en blâme pas; mais un autre pourra vous objecter que ses impressions sont favorables au tartre stibié, et si vous êtes garde national, vous êtes exposé à vous trouver de service avec un adepte de la secte globulique, qui vous soutiendra, toujours en vertu de ses impressions, qu'il guérit mieux que vous les pneumoniques en leur administrant n'importe quoi à la dose de un divisé par l'infini. J'aime à croire que vous ne discuterez pas avec ce dernier, mais que répondrez-vous au partisan de l'émétique? Impression pour impression, ou, si vous voulez, expérience pour expérience, la sienne peut valoir autant que la vôtre, et peut-être un jour, après avoir perdu cinq ou six pneumoniques de suite, ce qui peut vous arriver comme à tout le monde, vous sentirez-vous ébranlé, et serez-vous disposé à changer de méthode. Vous allez me dire que vous êtes assez éclairé pour savoir accepter les séries malheureuses; que le hasard se plaît quelquefois à accumuler dans une seule main un grand nombre de cas très-graves, et que ce n'est pas une déception momentanée qui peut changer les convictions d'un homme de science; mais ces convictions, encore faut il les avoir, et croyez-vous qu'elles ne seront pas plus solides si elles reposent sur des documents positifs et sur l'expérience d'un grand nombre, que si elles sont la vague expression de votre seule expérience? D'ailleurs, qu'est-ce que votre expérience en thérapeutique, si ce n'est le résumé de ce que vous avez vu, et la balance de vos succès et de vos revers? Quoi que vous en pensiez, c'est une statistique, seulement cette statistique est informe, mauvaise, incomplète, incertaine, basée sur des souvenirs nécessairement fragiles, entachée peut-être de vos illusions personnelles. J'aimerais mieux, pour ma part, des notes régulières, des additions bien claires et des comparaisons rigoureuses, parce qu'alors je serais bien sûr que vous ne vous trompez pas, et je ne puis comprendre, je vous l'avoue, qu'un esprit comme le vôtre dédaigne la véritable statistique, lorsqu'il accepte sans défiance des impressions et des souvenirs qui ne sont qu'une statistique déguisée.

Mon ami, qui est fort patient, avait écouté cette tirade sans sourciller. — Tenez, me dit-il, brisons là. On voit bien que vous êtes chirurgien. Si comme moi vous vous occupiez exclusivement de la médecine interne, vous songeriez aux épidémies et aux constitutions médicales, si variables et si changeantes; vous parleriez avec plus de réserve des lois de la nature, et vous renonceriez probablement à l'espoir de soumettre à la statistique des choses qui sont hors de sa portée. Il n'y a pas deux épidémies qui se ressemblent; chacune a son génie propre, et ce qui est applicable à l'une ne l'est presque jamais aux autres. — Plût au ciel, répondis-je, que les chirurgiens n'eussent jamais à s'inquiéter des épidémies et des constitutions

médicales; malheureusement il y a de mauvais Génies, pour parler votre langue mythologique, qui, à certaines époques, viennent répandre à profusion sur nos opérés et sur nos blessés des érysipèles, des infections purulentes ou des pourritures d'hôpital. D'ailleurs, vous savez bien qu'en temps de choléra il n'y a plus ni médecin ni chirurgien, et que quiconque est muni d'un diplôme ou d'une inscription, se dévoue de son mieux à la chose publique. — Allons, reprit mon interlocuteur, je crois qu'il faut retirer mon argument *ad hominem;* mais le reste de mon raisonnement persiste dans toute sa force. La statistique n'est utilement applicable qu'aux choses qui se reproduisent avec une certaine régularité, et il est clair que les épidémies sont trop capricieuses pour s'y prêter avec quelque fruit. — Et comment savez-vous qu'elles sont si capricieuses? elles sont sans doute soumises, comme tout le reste, à des lois qui, pour être inconnues, n'en sont pas moins réelles, qui probablement donneront pour longtemps encore de la besogne aux statisticiens et aux autres curieux, mais qui, peut-être enfin, finiront par se laisser découvrir. —Ne l'espérez pas, ne l'espérez pas. Je dois vous prévenir, mon cher, que je suis ici sur mon terrain, car je me suis occupé des épidémies avec un soin tout particulier. J'ai lu tout ce qu'on a écrit là-dessus, depuis la peste du premier chant de l'*Iliade* jusqu'à celle du *Décaméron*, depuis la peste de Rome, qui mit le grand Galien en fuite, jusqu'à celle de Londres, qui mit en fuite le grand Sydenham, sans oublier cette fameuse peste d'Athènes, où un certain Soranus, qui n'y était pas, prétend qu'Hippocrate fit des merveilles, tandis qu'un certain Thucydide, qui y était, ne parle ni d'Hippocrate ni de ces grands feux qui illuminèrent toute la mer Égée.

— Bravo! je regrette de vous interrompre, car vous parlez d'or. Mais pourquoi avez-vous lu toutes ces choses, qui vous ont laissé de si piquants souvenirs? Était-ce pour vous instruire, ou seulement pour vous amuser? Vous n'avez pas besoin de me répondre; j'ai vu dernièrement sur votre table un exemplaire de Lepecq de la Clôture; la reliure fatiguée, les marges crayonnées, de nombreux signets, attestaient le travail d'un homme qui cherche moins à s'amuser qu'à s'instruire. Eh bien! si vous lisez avec fruit la description approximative des épidémies, combien ne profiteriez-vous pas davantage de relations plus précises, plus exactes, accompagnées de documents positifs, complets, authentiques, et de statistiques rigoureuses! Pour connaître une épidémie, c'est peu de savoir quels ont été les symptômes les plus remarquables, et ce que vous appelez le Génie de la maladie. Il faut savoir encore dans quelles proportions le fléau a frappé les diverses populations, comment il s'est réparti suivant les âges, les sexes, les conditions de pauvreté ou de richesse, les professions, etc.; il faut savoir surtout quel a été, dans ces diverses catégories, ensemble et séparément, le chiffre absolu et le chiffre relatif de la mortalité. Ce sont là des choses que la statistique peut seule nous apprendre, et il serait aussi peu raisonnable de se priver de cet instrument de précision, que de s'aventurer sans boussole au milieu de l'Atlantique.

—Tout cela, reprit mon antagoniste, serait bel et bon s'il y avait des statistiques parfaites; mais il n'y en a pas et il ne peut y en avoir; toute statistique médicale est nécessairement défectueuse, à cause des cas douteux et des erreurs de diagnostic, et on peut toujours se demander si avec des tableaux plus complets et plus épurés, on n'aurait pas obtenu des résultats différents. — Oui, répliquai-je, mais ces résultats, vous l'avouerez, ont plus de chance d'approcher de la vérité que les appréciations auxquelles on se livrerait si on n'avait d'autre guide que de vagues réminiscences. Voulez-vous me permettre de vous faire une question? — A votre aise. — J'ai rendez-vous près d'ici, et je voudrais savoir quelle heure il est. — Je ne puis vous le dire, car ma montre est chez l'horloger, mais à mon estomac, et à l'obscurité qui descend, je juge qu'il n'est pas loin de cinq heures. — Ce renseignement, ajoutai-je, ne me suffit pas, car mon rendez-vous est à heure fixe; mais voici heureusement ma montre qui me dit que je puis encore profiter de votre conversation pendant environ dix minutes. Certes, cet instrument est loin d'être parfait, car il a varié le mois dernier de trois à quatre minutes, mais enfin, tel quel, il vaut mieux, vous en conviendrez, que les impressions de votre estomac et de votre rétine. La statistique est comme cette montre, et, quoiqu'elle ne soit pas irréprochable, c'est un guide plus sûr que votre excellente mémoire. — Si la statistique était aussi fidèle que vous le prétendez, continua mon adversaire, on ne verrait pas les statisticiens se mettre en contradiction avec l'évidence, on ne verrait pas, par exemple, M. Carnot contester les avantages de la vaccine, que le bon sens public considère, à juste titre, comme une des découvertes les plus précieuses à l'humanité. Franchement, quelle estime voulez-vous que je conserve pour une méthode d'investigation qui conduit à des conclusions si extravagantes? — Il est possible, lui dis-je, que ces conclusions vous paraissent extravagantes, et pourtant qu'elles ne le soient pas, et quant au bon sens public, il s'égare assez souvent pour qu'il soit inopportun de le faire intervenir ici. S'il était démontré que la vaccine est nuisible, croyez-moi, ce qu'il y aurait de mieux à faire, ce serait d'y renoncer. — Mais cela n'est nullement démontré, s'écria mon confrère avec indignation, tous les calculs de M. Carnot reposent sur des bases fausses, et M. le docteur Bertillon n'a pas eu de peine à démolir cet échafaudage. — Je suis de votre avis; mais qu'est-ce que cela prouve? sinon qu'il y a de mauvaises statistiques comme il y en a de bonnes. Quand vous vous êtes aperçu que votre montre allait mal, l'avez-vous jetée? non; vous l'avez envoyée chez l'horloger; si celui-ci n'a pu rien tirer de bon, vous ne cesserez pas pour cela d'accorder votre confiance au ressort, aux rouages et aux échappements; vous changerez votre mauvaise montre pour une meilleure et tout finira par là. Aujourd'hui vous êtes très-heureux de pouvoir opposer les chiffres de M. Bertillon aux chiffres de M. Carnot; et il est assez singulier que vous, l'ennemi des statistiques, vous soyez obligé d'invoquer une statistique pour échapper à une autre.

— Sur ce terrain-là, répondit mon interlocuteur, nous pourrions peut-être nous entendre; j'avoue que M. Bertillon m'a un peu réconcilié avec les chiffres. Je reconnaîtrai même, si vous voulez, que la statistique est le meilleur moyen d'étudier la mortalité générale et d'apprécier les divers changements qui surviennent dans la masse de la population. Mais je vous ferai remarquer que nous nous sommes singulièrement écartés du point de départ de notre discussion. Il ne s'agissait ni des tables de mortalité, ni de la vaccine, ni des épidémies, ni des statistiques quelconques qui reposent sur les registres officiels d'un pays civilisé, nous parlions des statistiques purement médicales, de celles qu'on dresse pour apprécier la valeur d'une méthode thérapeutique; souvenez-vous que nous sortions ensemble de l'Académie, où on avait produit des statistiques sur le

traitement des kystes de l'ovaire par la ponction, l'extirpation ou l'injection iodée. Eh bien ! j'ai dit et je répète que ces statistiques-là n'ont à mes yeux aucune valeur; elles reposent sur des bases complétement trompeuses, non-seulement elles n'expriment pas la vérité, mais elles ont toutes chances d'exprimer précisément le contraire de la vérité.

— Ceci, repris-je, est bien différent; mais il est tard, nous avons chacun nos affaires, nous devons nous revoir demain, nous reprendrons cette conversation.

PAUL BROCA.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL NECKER (SERVICE DES CALCULEUX). — M. CIVIALE.

Des rétrécissements multiples de l'urèthre.

L'existence simultanée de plusieurs rétrécissements dans l'urèthre est toujours une circonstance défavorable, sinon grave, soit qu'ils occupent la même région du canal, soit qu'ils se trouvent dans des régions différentes. Je laisse de côté pour le moment les coarctations de l'extrémité de la verge, qui forment une catégorie à part, et sur lesquelles nous aurons occasion de revenir plus tard.

D'abord il est généralement difficile d'établir le diagnostic, alors même que les rétrécissements sont franchissables. Les sondes ou les bougies exploratrices, après avoir traversé le premier, sont plus ou moins serrées; dès qu'on arrive au second, et, à plus forte raison, au troisième obstacle, on éprouve toujours une grande difficulté à les traverser. Aussi n'obtient-on en général, dans ces cas, que des notions vagues sur l'étendue des points rétrécis, leur degré de dilatabilité, l'induration des parois correspondantes de l'urèthre; c'est en vain qu'on multiplie et qu'on varie les explorations, on n'arrive qu'à des données approximatives dans la majorité des cas. Ce n'est même qu'au bout d'un certain temps que le chirurgien peut être définitivement fixé sur le choix d'une méthode de traitement et savoir si les rétrécissements sont formés par une série de brides ou de bandes résistantes ou par des masses indurées, noueuses, ou bien encore par les unes et par les autres, car il n'est pas rare qu'un rétrécissement dur, épais, calleux, soit compliqué de brides multiples, soit en avant, soit en arrière de la coarctation principale.

Lorsque les coarctations sont éloignées les unes des autres, elles possèdent rarement le même degré de dilatabilité; souvent même elles exigent des méthodes différentes de traitement. Ainsi, derrière le méat urinaire et dans toute la partie pénienne, pour peu que la coarctation soit ancienne, qu'elle ait une certaine étendue, la dilatation temporaire est insuffisante; il faut recourir à l'instrument tranchant, tandis que sous l'arcade pubienne, dans la partie profonde du canal, presque tous les rétrécissements sont dilatables et peuvent être traités utilement par les bougies : il faut donc distinguer les différents cas qui peuvent se présenter.

1° Dans les cas plus simples, il existe un rétrécissement derrière la fosse naviculaire et un autre sous l'arcade pubienne. Tous les deux peuvent être traversés à l'aide d'une sonde, d'une bougie ou d'un stylet boutonné. Après avoir employé les bougies pendant quelques jours, si la dilatation temporaire ne fait plus de progrès, on incise le premier rétrécissement, on place une petite sonde à demeure pendant un jour et l'on procède ensuite à la dilatation du second rétrécissement, comme si le premier n'existait pas; et afin de prévenir le recollement des lèvres de la plaie et la rétraction des tissus divisés, on passe de temps en temps une sonde d'étain jusqu'au delà du point incisé. Ici le traitement diffère peu de ce qu'il est dans les cas de coarctation unique. Seulement le traitement préparatoire est plus long et la dilatation consécutive marche moins régulièrement. Quant à respecter les parties saines et limiter aux tissus malades l'action de la lame tranchante, l'uréthrotome à olive permet d'effectuer, pendant la manœuvre, les changements que chaque cas réclame, avec assez de précision pour qu'un chirurgien exercé évite sûrement toute méprise.



Nous croyons devoir rappeler brièvement la disposition de l'uréthrotome de M. Civiale :

Il se compose d'une tige graduée, terminée par un renflement olivaire B, et creusée d'une gouttière dans laquelle se meut une seconde tige plus mince, qui se termine elle-même par un scarificateur E, que l'on peut faire sortir par un mouvement de traction exécuté au moyen du manche I. Une pédale F supporte le scarificateur pendant qu'il est soulevé.

Un engrenage muni d'un bouton H sert à rendre libre ou fixe la tige qui supporte le scarificateur et à en limiter le mouvement.

L est un curseur que l'on peut faire mouvoir sur la tige graduée et qui sert de point de repère.

2° Lorsque la lumière des points rétrécis est plus faible et que le passage d'un petit stylet boutonné est difficile, le cas est plus grave; il faut insister longtemps sur les moyens de dilatation; mais pour peu qu'on emploie la force pour faire pénétrer les bougies, la réaction survient; il faut suspendre le traitement. Quelquefois même, les bougies ne suffisent pas, il faut recourir aux sondes à demeure. Quoi qu'il en soit, aussitôt que la dilatation est suffisante pour le passage d'un petit uréthrotome à olive, on procède à la division des tissus de tous les points rétrécis, avec cette différence que, sous l'arcade pubienne, on incise moins profondément qu'à la partie pénienne. Je suppose qu'on ait armé l'uréthrotome à deux degrés pour le second rétrécissement, on l'arme à trois ou quatre degrés pour le premier, en ayant soin de faire rentrer la lame dans l'olive après chaque incision, afin de ne pas intéresser les parties saines du canal. Souvent alors, le petit uréthrotome dont on se sert ne suffit pas pour diviser suffisamment les tissus malades; on en prend alors un plus gros, et l'on fait dans la même séance deux incisions coup sur coup.

3° Dans les cas où le premier rétrécissement ne peut pas être traversé par les moyens de dilatation, on peut recourir à l'uréthrotomie interne d'avant en arrière, afin de se frayer une route, et, en opérant une sorte de débridement, de rendre ultérieurement possible le passage des bougies et de l'uréthrotome à olive. Pour le reste, on procède de la même manière.

4° Des rétrécissements formés par des brides, des bandes ou des portions indurées des parois du canal, existent dans la même région de l'urèthre, ils ne sont séparés l'un de l'autre que par une petite surface de tissus encore sains. Le traitement préparatoire est le même, mais la manœuvre diffère. Au lieu de faire rentrer la lame de l'uréthrotome dans l'olive, après avoir divisé le second obstacle, on continue d'inciser jusqu'à cinq ou six millimètres en avant du premier, c'est-à-dire toute la portion du canal où siégent les angusties. On procède de la même manière dans les cas de coarctation consistant en une série de brides ou de bandes résistantes qui rendent toujours la dilatation très-douloureuse, sinon impossible. On pratique alors dans beaucoup de cas des incisions dont la longueur effraie les assistants qui ne se sont pas rendu compte de ce qui se passe dans cette manœuvre.

En effet, dans l'intervalle des principaux points rétrécis, il n'y a qu'une espèce de moucheture. Il faut se rappeler que mon uréthrotome ne coupe qu'autant que les tissus opposent un obstacle au passage de l'olive.

Or, les parties encore saines se laissent dilater; elles s'écartent sous l'influence de la moindre pression, et sont à peine atteintes par le tranchant, de telle sorte que l'incision est réellement moins longue et surtout moins profonde qu'on ne le croit. Ici l'instrument sur lequel on tire pour diviser les tissus indurés des rétrécissements chemine par saccades; on dirait que l'olive saute d'un rétrécissement à un autre, ce qui prouve qu'elle n'est pas serrée par les tissus encore sains; cependant les points les plus durs opposent parfois une grande résistance au tranchant; si l'on ne se sert pas alors d'un uréthrotome dont la lame soit bien affilée, il faut exercer des tractions qui deviennent douloureuses.

Chez le malade couché au n° 4, que j'ai opéré devant vous, il s'est présenté quelques difficultés qui ont été heureusement surmontées. Les deux rétrécissements longs et durs qu'on avait reconnus étaient séparés par des parties moins malades où se trouvait une série de brides et de bandes résistantes. Après avoir constaté, pendant le traitement préparatoire, les diverses particularités, j'ai fait en un seul temps et sans désarmer l'instrument, une incision commençant en avant de l'arcade pubienne et jusque derrière la fosse naviculaire. Le malade a accusé très-peu de douleur, ce qu'il faut attribuer spécialement à la transformation complète des tissus indurés qui ont été profondément divisés, et au peu de profondeur de la division des brides. C'est pour la même raison qu'il n'y a eu ni écoulement de sang, ni accès de fièvre. La sonde placée à demeure après l'opération a produit les bons effets que vous connaissez, et quand on l'a retirée, le lendemain, le malade n'a éprouvé qu'une faible cuisson en urinant. Le sixième jour, j'ait introduit avec une grande facilité une grosse bougie d'étain dans le canal ainsi longuement incisé. J'ai opéré, tant à l'hôpital que dans la pratique particulière, un grand nombre de malades placés dans les conditions analogues, et le traitement que je viens d'indiquer m'a généralement réussi.

5° Dans quelques cas, heureusement rares, on ne parvient pas à écarter les premières difficultés, et quoique le malade urine encore, les bougies, les sondes, les stylets ne pénètrent pas, et l'on ne peut espérer de parvenir dans la vessie que par l'emploi de la force, à l'aide de procédés précédemment indiqués, et à travers une suite d'obstacles dont on ne connaît ni la situation, ni l'étendue, ni la dureté. Ici tout est confusion, on procède sans règles, d'après les sensations que les sens fournissent au moment d'agir. Les plus habiles, les plus exercés réussissent quelquefois à placer une sonde à demeure, circonstance heureuse qui permet de recourir à l'uréthrotomie, ainsi que je viens de le dire.

Dans les cas où tous les moyens ont fait défaut pour r'ouvrir le passage, on propose de s'en frayer un à travers les tissus indurés transformés, au moyen d'incisions superficielles et répétées. Ces cas forment une catégorie à part sur laquelle je reviendrai dans le courant de nos conférences cliniques.

CHIRURGIE.

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal,

Réflexions et observations destinées à compléter le Mémoire publié en 1850,

Par M. le Dr Al. Magne,

médecin-oculiste des crèches du département de la Seine, ancien vice-président de la Société de médecine pratique, etc.,

Mémoire adressé à l'Institut, pour le prix Monthyon, séance du 8 décembre 1856.

(Suite et fin. Voir le n° 152.)

Il est bien démontré aujourd'hui que l'oblitération du sac lacrymal constitue une opération facile et dont les résultats sont mathématiques. En effet, si les chirurgiens qui m'ont précédé avaient sérieusement réfléchi à la méthode que je préconise, ils se seraient fait cette question : est-il possible d'obturer un sac lacrymal? et ils auraient répondu : oui, pourvu que la cautérisation soit assez forte pour déterminer une inflammation adhésive. Ce qui aurait dû les diviser, c'est la question de savoir ce que deviennent les larmes. Il n'en a pas été ainsi; des cautérisations pratiquées avec des caustiques insuffisants, n'ayant pas produit le résultat espéré, nos confrères ont banni de leur pratique la cautérisation du sac, abandonnant ainsi le seul procédé capable de guérir radicalement.

Qu'il me soit permis, puisque le résultat de mon procédé opératoire ne peut plus être mis en doute, qu'il me soit permis de revenir sur la seule objection qu'on aurait dû lui faire depuis Nannoni jusqu'à nos jours. Vous détruisez la tumeur lacrymale, puisque vous obturez le sac, mais que deviennent les larmes? A ceci j'ai répondu : quel que soit le procédé mis en usage, *clou, séton, canule, injections, cathétérisme,* etc., il existe dans tous les cas, au début, un épiphora plus ou moins intense; tous les malades traités par l'un ou par l'autre de ces moyens, interrogés par moi, ont été unanimes. Je passe sous silence la tache d'un brun verdâtre métallique, qui se remarque à l'angle interne de presque tous les porteurs de canule. Le larmoiement existe aussi tout d'abord, dans la méthode que j'ai proposée; seulement, tandis qu'il va toujours croissant dans la plupart des modes de traitement que je viens de mentionner, il s'amoindrit au contraire d'une manière notable chez mes opérés, sinon de jour en jour, du moins de mois en mois. Ces larmes, d'ailleurs, on le conçoit, sont toujours limpides; l'épiphora, assez intense au début, diminue peu à peu, et c'est à peine si deux ou trois fois par jour l'opéré est obligé, non pas d'essuyer les larmes qui n'arrivent jamais jusqu'à couler sur la joue, mais bien d'absterger les paupières qui se trouvent alors dans les conditions où nous sommes nous-mêmes par un froid sec et un grand vent. Il semblerait que la glande lacrymale ait diminué sa sécrétion et qu'un nouvel état physiologique ait surgi en l'absence d'une portion de l'appareil lacrymal supprimé. Mon confrère et ami Vidal (de Cassis) avait reconnu cette absence de larmes à la suite de la cautérisation du sac : chose remarquable, dit-il, il existe d'abord un épiphora qui diminue peu à peu et qui finit ensuite par disparaître.

M. le professeur Stœber, de Strasbourg, qui, ainsi qu'il a bien voulu me l'écrire, a pratiqué un an après moi la cautérisation du sac, sans avoir eu connaissance de mes travaux, et qui s'est empressé avec une loyauté dont je ne saurais trop le remercier, de reconnaître que *j'avais remis en honneur l'oblitération du sac lacrymal*, M. Stœber, lui aussi, a remarqué l'absence de larmes à la suite de notre procédé. Je cite d'autant plus volontiers ce savant professeur, que je suis avec lui en communauté entière d'opinion sur ce sujet. On a vu mainte fois (c'est lui qui parle) les opérations pratiquées pour créer une voie artificielle aux larmes, ne pas enlever l'inflammation chronique du sac, ni le larmoiement. C'est que le larmoiement ne dépend pas seulement de l'impossibilité qui existe pour les larmes de s'écouler

dans le nez, mais aussi et principalement de ce que l'inflammation du sac se communique à la conjonctive et de là irrite la glande lacrymale, dont la sécrétion est augmentée. Dans l'état normal, on suppose que les larmes, après avoir baigné la conjonctive, s'écoulent dans le nez en passant par le sac lacrymal et le canal nasal. Cet écoulement doit cependant être bien peu abondant, car la plupart des personnes ne se mouchent point habituellement ou ne se mouchent qu'à de longs intervalles, et rejettent alors par les narines des mucosités plus ou moins épaisses, et non des larmes. Cela tient sans doute à ce que la sécrétion des larmes est très-restreinte dans l'état normal, et que le liquide lacrymal sécrété s'évapore en majeure partie à la surface de l'œil et est absorbé par la conjonctive.

J'ajouterai, pour compléter la théorie de notre éminent confrère de Strasbourg, que les larmes provoquées par une émotion quelconque, sécrétées instantanément par la glande lacrymale, ne trouvant pas d'issue à travers les points et les conduits lacrymaux, s'épanchent sur la joue.

La méthode de l'oblitération du sac lacrymal me paraît donc actuellement justifiée dans les suites éloignées, dans ses résultats immédiats. Il me reste un dernier point à traiter, c'est celui du procédé opératoire que j'emploie et que je conseille. Ce procédé, on le conçoit aisément, ne ressemble pas entièrement à celui que je proposais dans mon travail publié en 1850. Il est singulièrement simplifié, et je tiens d'autant plus à le répandre, que plusieurs élèves ont propagé le mode opératoire incomplet que j'employais en 1848. Cette année encore M. Martial (d'Estivarelles, Loire), dans sa thèse soutenue à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour obtenir le grade de docteur, mentionne mes premiers résultats, qui ne sont pas suffisamment concluants, et le *Compendium de chirurgie pratique*, rédigé par deux savants dont vous appréciez tout le talent, MM. Denonvilliers et Gosselin, vient d'exposer le procédé défectueux que j'employais il y a bientôt neuf ans.

Description de mon procédé opératoire.

Premier temps de l'opération. — Le sac lacrymal étant distendu par le liquide que le malade aura dû laisser amasser depuis la veille, ou par une injection d'eau tiède, s'il n'existe pas de liquide en quantité suffisante; le malade étant assis, l'aide placé derrière lui fixe d'une main la tête contre sa poitrine, et de l'autre, fait saillir le tendon de l'orbiculaire en tirant vers le temporal la commissure des paupières; armé du couteau qui doit être tenu comme une plume à écrire, je fais la ponction du sac de haut en bas, à un millimètre en dedans du tendon du muscle orbiculaire et sur la même ligne; le pus ou le muco-pus qui s'échappe annonce que la pointe de l'instrument a pénétré dans le sac, je prolonge alors l'incision de haut en bas et perpendiculairement, de manière à lui donner de sept à huit millimètres de longueur. Je dis perpendiculairement, et ce point est des plus importants, attendu qu'une incision oblique modifierait désavantageusement la courbe normale de la paupière inférieure lors du travail de cicatrisation.

S'il existe un trajet fistuleux, je fais l'ouverture de la même manière, en comprenant l'orifice de la fistule dans l'incision.

Second temps. — La plaie qui donne issue à une certaine quantité de sang et de pus étant convenablement nettoyée, j'introduis entre ses lèvres un spéculum que j'ai appelé *dilatateur du sac*, et que je confie à la main de l'aide restée libre; je fais pénétrer alors jusqu'au fond du sac mon porte-caustique chargé de beurre d'antimoine, je le dirige de haut en bas et dedans en dehors, de manière à attaquer plus directement l'embouchure des conduits lacrymaux. Je reconnais à l'aide de l'index de la main gauche la position du porte-caustique que je retire au bout de quelques secondes en le promenant dans l'intérieur du sac et en le ramenant ensuite rapidement en dehors. On doit apporter la plus grande attention à ce que l'éponge ne soit pas trop chargée de liquide, autrement on s'expose à en voir couler quelques gouttes qui excorient la joue.

Pansement. — Une compresse fenêtrée, enduite de cérat, un plumasseau de charpie, une compresse carrée et un bandage monocle constituent le premier pansement.

Accidents, soins consécutifs et cicatrisation. — L'appareil ainsi posé, j'ai pour habitude de ne le lever que le troisième jour. Durant cet intervalle, voici comment les choses se passent : un gonflement inflammatoire se manifeste, qui envahit les paupières et un peu le nez et la joue du côté opéré; par une rare exception, il existe un peu d'accélération du pouls; le sommeil et l'appétit sont généralement conservés. Les malades se plaignent de douleurs sourdes dans la plaie et aux environs, douleurs qu'explique l'état fluxionnaire et qui disparaissent dès que l'escharre commence à se détacher.

Il est essentiel, et je dois insister sur ce point, de panser les malades tous les jours, car une fois la suppuration établie, et elle est très-abondante, le séjour de ce pus sur les paupières les irrite et détermine un érythème qui amène des démangeaisons très-douloureuses.

Du septième au dixième jour, l'escharre se détache par fragments, et, dans la presque généralité des cas, le douzième jour la cicatrisation est complète. Notre honorable confrère, M. Mouzard, a été témoin de quelques faits de ce genre.

J'ai pour habitude, à dater du quinzième jour, de faire bassiner l'œil plusieurs fois dans la journée avec un collyre astringent, je recommande également de tenir durant une huitaine de jours les paupières recouvertes pendant la nuit d'une compresse ployée en plusieurs doubles, imbibée d'eau végéto-minérale et maintenue par un taffetas gommé.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE.

De la diversité de l'emploi du perchlorure de fer,

Par M. le Dr Deleau,
médecin en chef de la Roquette.

M. le docteur Deleau, médecin en chef de la Roquette, emploie le perchlorure de fer sous les formes diverses de pilules, de sirop, d'injections, de pommades, et même de sparadrap. Nous indiquerons plus loin les formules de ces diverses préparations dont nous rapporterons d'abord les heureux effets, tels qu'ils ont été exposés dans la *France médicale* (nos du 26 juillet, 2, 9 et 23 août 1856) par M. Deleau lui-même.

Les affections scrofuleuses, les hémorrhagies externes ou internes, la leucorrhée, la blennorrhagie, et même certaines manifestations de la maladie syphilitique ont tour à tour cédé à l'emploi du perchlorure de fer employé avec discernement.

Obs. I. — Un homme, détenu depuis plusieurs mois, avait sur la jambe et le bras gauche des abcès étendus et des ulcérations profondes, de nature scrofuleuse, qui rendaient la marche impossible et le mouvement difficile. Soumis au pansement avec la pommade au perchlorure de fer, il fut guéri en vingt-cinq jours de traitement.

Voici un cas où l'action hémostatique du perchlorure de fer est mise en relief d'une manière remarquable :

Obs. II. — Un nommé C...., détenu depuis longtemps, était en proie à une affection intestinale donnant lieu à des hémorrhagies internes presque continuelles, qui avaient singulièrement altéré sa constitution. Il entra à l'infirmerie de la prison le 10 janvier 1856. On lui fit prendre le sirop de perchlorure de fer à la dose de trois cuillerées à bouche par jour dans une tasse à café de tisane ordinaire. Le malade éprouva, après avoir pris le médicament, une sensation insolite de chaleur et de constriction dans le tube digestif; au bout de treize jours l'hémorrhagie disparut. Le malade étant sorti de l'infirmerie en profita pour manger une grande quantité de la nourriture

grossière des prisons; une récidive survint. Le même traitement en vint à bout, et cette seconde guérison ne se démentit pas.

Dans l'observation III on voit l'action du perchlorure de fer sur l'hémorrhagie utérine et la leucorrhée :

Obs. III. — Madame B...., âgée de 28 ans, souvent affectée de flueurs blanches, striées de sang, fut prise, un jour, à la suite de grandes fatigues, de vives douleurs dans l'hypogastre, d'élancements dans le vagin, de crampes et de lassitude générale. Bientôt survint une perte abondante. M. Deleau fit, en vingt minutes, quatre injections de solution de perchlorure de fer; la perte cessa et avec elle les vives douleurs que nous avons mentionnées. La malade accusait une constriction extrême du vagin après les injections. Pendant cinq jours encore elle prit le matin une injection au perchlorure. Quinze jours après l'hémorrhagie, l'examen des parties laissa voir une muqueuse vaginale fraîche, rosée, sans aucune ulcération. La leucorrhée avait disparu.

Le fait de la disparition de la leucorrhée a particulièrement fixé l'attention de M. Deleau, qui le place sous la dépendance de l'injection au perchlorure de fer, et part de là pour attribuer à ce médicament une puissante action modificatrice sur les membranes muqueuses.

Blennorrhagie. — M. Deleau range dans deux catégories les effets produits par les injections au perchlorure dans les cas de blennorrhagie. Tantôt les accidents s'amendent et disparaissent comme par enchantement, tantôt, au contraire, ils s'aggravent d'abord pour s'amender ensuite, mais beaucoup plus tard qu'on ne l'espérait.

Les deux observations suivantes justifient la distinction de M. Deleau.

Obs. IV. — Un jeune homme de 20 ans, atteint d'une blennorrhagie depuis quinze à vingt jours, souffrant peu le jour, mais ayant la nuit des érections pénibles, fut soumis à l'action des injections au perchlorure. Il en prit deux le premier jour et les conserva quelques minutes sans en souffrir beaucoup. L'écoulement diminua rapidement, et, après cinq jours de traitement, ne laissa plus de trace.

Dans le cas suivant, les effets de l'injection furent moins heureux.

Obs. V. — Un homme de 40 ans, d'un tempérament lymphatique, avait une blennorrhagie datant de six mois, avec écoulement abondant, douleur pendant la miction, indolence pendant le repos.

La première injection fut suivie de vives douleurs et de cessation momentanée de l'écoulement, qui reparut avec plus d'abondance au bout de quelques heures. Le lendemain, mêmes symptômes; le troisième jour, après l'injection, la douleur fut encore plus violente, le gland devint rouge et se tuméfia. La quatrième injection fut suivie d'hémorrhagie urétrale et de rétention d'urine. Le traitement fut suspendu, et après quelques jours de repos complet du corps et de l'organe, la maladie guérit.

Ici M. Deleau entre dans quelques considérations sur la différence d'action du perchlorure dans les deux cas que nous venons de rapporter.

Pour lui, la blennorrhagie simple serait guérie par l'injection au perchlorure, tandis que celle qui est de nature syphilitique et sous la dépendance, par exemple, d'un chancre du canal, résisterait à ce mode de traitement. La réussite ou la non-réussite du traitement impliquerait donc une différence radicale entre telle et telle autre chaudepisse; et l'on aurait ainsi un critérium aussi sûr et plus commode que l'inoculation pour savoir s'il faut oui ou non recourir à un traitement interne.

Nous ne saurions juger l'opinion de M. Deleau à ce sujet; nous attendrons que ce médecin ait fourni dans des publications ultérieures des preuves plus nombreuses à l'appui de sa manière de voir.

Là ne se bornent pas les observations de M. Deleau. Les trois dernières sont destinées à démontrer que le perchlorure de fer est un spécifique puissant de la syphilis.

Obs. VI. — Le nommé T...., âgé de 40 ans, détenu, atteint depuis deux ans de syphilis constitutionnelle, ressentit des maux de gorge violents, à la suite desquels on trouva une ulcération spécifique sur l'amygdale gauche et le même côté de la luette. On lui prescrivit un gargarisme au perchlorure, et à l'intérieur du sirop de la même substance. Après vingt-cinq jours de traitement, la guérison fut complète.

Obs. VII. — Le nommé P...., détenu, se plaignait de douleurs vives à la verge. L'examen de cet organe permit de constater l'existence d'un gonflement œdémateux très-prononcé du prépuce, sur lequel on trouva en plusieurs endroits des ulcérations spécifiques. On prescrivit d'abord des injections au perchlorure de fer entre le prépuce et le gland, un peu plus tard on eut recours à la pommade perchlorurée; les surfaces malades s'améliorèrent de jour en jour, les chancres se cicatrisèrent, et en dix-huit jours la guérison fut complète.

Obs. VIII. — M...., âgé de 24 ans, atteint de petites ulcérations spécifiques avec induration et légère ecchymose sur le prépuce, fut soumis à l'usage de la pommade au perchlorure de fer, qui le guérit en six jours.

De toutes ces observations, M. Deleau tire les conclusions suivantes :

1° Le perchlorure de fer est sans aucun danger, qu'il soit employé à l'intérieur ou à l'extérieur;

2° Ce médicament est le meilleur hémostatique connu;

3° C'est un puissant modificateur des membranes muqueuses dans les blennorrhagies et les leucorrhées;

4° Il est antisyphilitique;

5° Il est d'une grande efficacité dans les affections scrofuleuses;

6° Le perchlorure de fer concentré, mélangé à quelques gouttes d'eau, est un cosmétique hygiénique et préservatif très-utile à la toilette des femmes.

Voici la formule des diverses préparations dont nous avons analysé les effets :

SIROP.

Perchlorure de fer liquide à 30°.	10 gr.
Sirop de sucre.	490

PILULES.

Perchlorure de fer liquide à 30°.	5 gr.
P. I. sans action décomposante sur le perchlorure.	Q. S.
Pour faire 100 pilules.	

INJECTIONS, LOTIONS.

Perchlorure de fer liquide à 30°. .	de 32 à 125 gr.
Eau.	500

POMMADE.

Perchlorure de fer liquide à 30°. . .	de 8 à 20 gr.
Axonge.	Q. S.

SPARADRAP.

Perchlorure de fer liquide à 30°.	30 gr.
Solution de colle de poisson.	120
A étendre sur la toile.	

Voici maintenant les détails de la préparation pharmaceutique du perchlorure de fer :

PRÉPARATION PHARMACEUTIQUE DU PERCHLORURE DE FER,

Par M. Boile,

pharmacien, ex interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.

Frappé des inconvénients que peut présenter la grande instabilité du perchlorure de fer, M. le docteur Deleau, dès le début de ses expériences, chargea M. Boile de rechercher quelle serait

la forme du perchlorure de fer la plus convenable pour sa conservation, et quels seraient les moyens de remédier à son instabilité.

De concert avec Deleau, M. Boile crut devoir adopter tout d'abord comme forme typique du perchlorure une solution concentrée et titrée analogue à celle dite Pravaz, comme permettant plus qu'aucune autre forme un dosage exact, présentant plus de facilité pour la conservation et se prêtant à toutes les exigences de la thérapeutique.

L'observation attentive ne tarde pas à démontrer que le perchlorure de fer sublimé anhydre qui, au premier abord, semble réunir toutes les conditions demandées, est si avide d'eau qu'il est presque impossible de le conserver. Quand on le manie, il se sature d'autant plus complétement qu'il reste plus longtemps exposé à l'air, et que celui-ci est plus chargé de vapeur d'eau. Il est tout à fait impossible de faire entrer ce sel dans une préparation quelconque sans qu'il s'hydrate ou même tombe en *deliquium*.

Le *perchlorure hydraté cristallisé*, d'une préparation trop minutieuse pour qu'on puisse jamais le fabriquer en grande quantité, est presque aussi peu maniable que le précédent et susceptible d'être altéré par le contact de l'air.

Le *perchlorure de fer desséché en plaques* est la plus infidèle de toutes les formes de ce sel ; il est toujours acide, et incomplétement soluble.

C'est donc sous la forme d'une solution concentrée, exactement titrée et présentant toujours la même densité appréciable à l'aréomètre, que le perchlorure de fer doit être prescrit pour entrer dans les diverses formules nécessitées par la pratique.

La solution préparée directement par la saturation de l'acide chlorydrique au moyen du peroxyde de fer hydraté, humide et évaporé, à 30° froids au *pèse-sel*, est la seule qui ne présente pas d'inconvénient et celle qui réunit les meilleures conditions de conservation, de fabrication facile et praticable sur toute échelle.

Cette solution contient exactement son poids de perchlorure de fer hydraté ; elle laisse au bout de quelques jours déposer une petite quantité d'oxychlorure de fer sous forme de paillettes d'un jaune clair, en même temps que la solution primitivement neutre devient acide ; mais cette décomposition s'arrête une fois que le premier dépôt est formé. La liqueur, filtrée de nouveau, se conserve ultérieurement sans aucune altération nouvelle. Elle ne présente qu'une légère acidité dont les nombreuses observations de M. Deleau prouvent la parfaite inocuité.

On peut, du reste, au moment de l'emploi, ramener facilement la liqueur à l'état de neutralisation en agitant dans la masse du liquide une petite quantité de peroxyde de fer hydraté, humide et récent, suivant le précepte de M. Burin Dubuisson. Ce peroxyde doit être récent, parce qu'il perd, au bout d'un certain temps, sa grande solubilité dans les acides faibles.

M. Boile est en mesure d'affirmer, d'après des recherches récentes qui lui sont propres, que certains agents, tels que le sucre, ont la propriété de conserver sans altération la solution concentrée neutre de perchlorure de fer.

La solution désignée plus haut, qu'on peut, dit l'auteur, appeler *solution normale*, a servi de base à toutes les préparations de perchlorure employées, sous des formes diverses, par M. le docteur Deleau, et fabriquées d'après les formules de ce médecin.

Parmi ces formes, le sirop de perchlorure de fer, d'une belle couleur jaune d'or, est inaltérable, la présence du sucre, empêchant l'altération du perchlorure, et ce sel lui-même s'opposant à la fermentation du sucre.

Les pilules doivent être préparées sans mélange de gomme ni autre, et il faut prendre garde que les poudres, ou autres matières employées, ne soient pas astringentes. Il ne faut pas les argenter.

La pommade se rancit avec la plus grande promptitude. M. Boile se propose de publier prochainement le résultat des recherches qu'il a entreprises pour obvier à ce grave inconvénient.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

A la suite du concours ouvert le 1er décembre dernier, ont été nommés agrégés près l'École de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce :

Pour la médecine, MM. Lallemand et Félix Jacquot.
Pour la chirurgie, MM. Baizeau et Trudeau.

---

* *Piraterie littéraire.* — Nous ne tenons pas le moins du monde à être cités par le *journal des culottières ;* mais nous tenons à ce qu'il ne nous emprunte rien sans en prévenir ses lecteurs, et c'est ce qu'il s'est permis, notamment en publiant la très-intéressante observation de M. Charrier, insérée dans le numéro du 4 novembre 1856 du *Moniteur des Hôpitaux*, et relative au traitement des tumeurs érectyles par la vaccination.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 6. 5e année. Mardi 13 Janvier 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 12 janvier 1857.

Du degré d'utilité de la statistique.

[Deuxième et dernier article (1).]

Le lendemain, en m'abordant, mon ami me dit : « J'ai de nouveau réfléchi à la question qui nous divise, et plus j'y songe, plus je suis éloigné de m'entendre avec vous. Il ne s'agit plus aujourd'hui des statistiques générales qui reposent sur des documents officiels, et qui, à peu de chose près, peuvent être considérées comme complètes. Je vous ai accordé que celles-là ne sont pas sans utilité, et que, convenablement exécutées, elles révèlent des faits qu'on ne connaîtrait pas sans elles. Mais, à votre tour, vous me permettrez de repousser ces statistiques partielles qu'on construit tous les jours à grand renfort de recherches bibliographiques, en rassemblant les observations éparses dans les journaux. De pareilles statistiques sont l'expression d'un ordre de choses tout à fait artificiel, et lorsqu'on veut s'en servir pour apprécier la valeur d'une méthode thérapeutique, on commet le *sophisme par énumération incomplète*, attendu que les faits publiés ne sont qu'une partie et même, le plus souvent, une très-faible partie de la totalité des faits.

— Je sais très-bien, répondis-je, que cette grossière erreur de raisonnement a égaré plus d'une fois certains esprits légers, qui, ayant admis une fois pour toutes et d'une manière générale la méthode de la statistique, acceptent ensuite sans examen tout ce qui en revêt la forme, l'apparence, ou seulement le nom ; il suffit qu'une conclusion se trouve au bout d'un lourd amas de chiffres, pour que ces adeptes compromettants la considèrent comme démontrée. Tout cela vient d'une erreur de langage à laquelle vous-même n'avez pas su vous soustraire dans votre argumentation. On confond, sous le nom de statistique, deux genres de recherches entièrement différents : d'une part, la *statistique* proprement dite, qui exprime réellement *l'état des choses* et qui embrasse, dans une certaine sphère, l'universalité, ou la presque universalité des faits de même ordre ; d'une autre part, les *relevés numériques*, ou les tableaux, qui comprennent seulement l'ensemble des observations publiées, et qui, quelque complets qu'on les suppose, ne peuvent exprimer que *l'état actuel de la science*, sur une ques-

(1) *Voir* le dernier numéro.

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Une carte comme on en voit peu! comme on en voit guère!! comme on en voit pas!!! — Les biftecks de la rue Saint-Victor.

Chacun profite du nouvel an pour adresser sa carte à ses amis, c'est une occasion bien naturelle de se rappeler au souvenir des gens. Tout homme un peu répandu en reçoit de toute espèce, le commerce n'oublie pas de glisser sa petite *réclame* parmi les noms des amis de la maison. C'est M. Pique-oiseau, épicier, certifiant sur sa carte qu'il est fidèle à ses traditions commerciales, ce qui veut dire qu'il continue à faire son vinaigre avec l'acide pyro-ligneux, sa chicorée avec de la brique pilée, et son moka avec sa chicorée ; à mettre de l'eau dans son vin et à tromper sur le poids de toutes ses marchandises, etc., etc., et ainsi de suite pour tous les fournisseurs de la consommation journalière.

On reçoit donc des cartes bien singulières ; mais je doute, chers lecteurs, qu'aucun de vous en possède une aussi curieuse que celle que je vais vous faire lire, et que je copie avec une scrupuleuse exactitude sans y changer une simple virgule. Seulement, pour des motifs que vous comprendrez facilement, l'adresse et le nom seront supprimés. Je dois avouer du reste, que si j'ai reçu cette carte, elle ne m'était point destinée.

La voici :

> MAISON DE CONFIANCE
> RUE St. . . . N°. . .
> entre l'A. . . . . et la Rue St. . . . .
> *S'adresser directement au 5e où c'est indiqué.*
> *On ne me trouve que chez moi.*
>
> Mme . . . . , . . , MAITRESSE SAGE FEMME, reçue à la Maternité, Membre de plusieurs Sociétés savantes, la Maternelle du Dispensaire, et des Dames réunies Saigne, Vaccine et reçoit des Pensionnaires, *reconnais* la grossesse à *six semaines* ou *deux mois*, Consultations Gratuites et Payantes tous les jours, pour les Maladies de l'*Utérius*, Antéversion, Retroversion, Engorgement *linfatique*, indication pour ramener le Flux et le *Reflux* sanguin, et pour toutes les maladies des Dames.
> LISEZ L'AUTRE COTÉ DE LA CARTE.

Vous pensez que c'est là tout? Erreur, comme dit cette bonne dame

tion déterminée. Ces deux choses ne se ressemblent pas plus qu'un bouquet ne ressemble à un parterre, ou un parterre à un jardin botanique. Elles ont l'une et l'autre leur utilité, et lorsque la première fait défaut, la seconde peut quelquefois y suppléer; mais, en principe, elles diffèrent essentiellement. Ainsi que vous venez de me le dire vous-même, la statistique proprement dite, sur laquelle nous avons discuté hier, n'est plus en cause aujourd'hui entre nous, il est donc bien entendu que les objections que vous allez me présenter s'adresseront seulement aux relevés d'observations, et non à la statistique, devenue étrangère à ce débat.

— J'accepte avec d'autant plus de plaisir cette distinction, reprit mon antagoniste, que je la considère comme une concession fort précieuse. La vraie statistique, telle que vous venez de la définir, joue un rôle important dans les grandes questions d'hygiène générale; mais en pathologie ou en thérapeutique, elle n'intervient et ne peut intervenir que par exception. Ces bruyants arguments numériques dont on nous assourdit chaque jour, sont presque toujours empruntés à de simples relevés, et, puisque vous en reconnaissez le néant, nous allons nous trouver d'accord.

— Doucement, s'il vous plaît, et n'allons pas si vite en besogne; j'ai mis la statistique à l'abri des attaques que vous adresserez à la méthode numérique, mais je n'ai pas repoussé cette dernière; j'ai dit qu'on pouvait, comme de toutes choses, abuser des relevés, mais j'en ai si peu nié l'utilité, que je les considère comme un des meilleurs moyens de découvrir la vérité sur les questions qui ne sont pas du ressort de la statistique proprement dite, et pour les hommes qui possèdent avec une instruction solide une dose moyenne de bon sens.

— Je m'aperçois, dit-il à son tour, que la discussion va reprendre sur toute la ligne. Si vos relevés numériques n'étaient qu'inutiles, j'en accorderais volontiers la distraction à ceux qui prennent plaisir à cet ennuyeux passe-temps; mais ils sont nuisibles, parce qu'ils sont trompeurs, et je les trouve d'autant plus dangereux qu'ils peuvent donner à la proposition la plus fausse l'apparence de la vérité la mieux démontrée. On vient nous dire spécieusement : telle méthode a guéri *m* malade sur cent, telle autre en a guéri *n* sur cent. Or, *m* est plus grand que *n*, donc la première vaut mieux que la seconde. Tous les jours des gens de bien, et même des gens d'esprit, se laissent prendre à ce sophisme. J'ai vu dans le temps un de ces relevés où il était démontré par A plus B multiplié par C, divisé par Z, comme dans *Candide*, qu'il était moins grave de tomber du quatrième étage que de tomber du second ou du troisième. C'est ce qui m'a corrigé, car jusqu'alors, je l'avoue, j'avais cru aux chiffres. Aussi, suis-je resté impassible lorsque j'ai entendu hier un académicien dresser un réquisitoire numérique contre la ponction simple des kystes de l'ovaire. On a beau me citer des cas de mort par péritonite ou par toute autre cause; cela ne pourra réussir à me convaincre de la gravité de la ponction. Je comprendrais qu'on allât relever sur les registres de l'Assistance publique tous les kystes de l'ovaire qui ont été ponctionnés dans les hôpitaux pendant un laps de temps déterminé; on aurait ainsi une idée approximative de la fréquence des accidents mortels provoqués par la ponction simple; malheureusement, cela n'est pas possible, parce que cette opération, rentrant dans le domaine de la petite chirurgie, ne laisse pas de traces sur les registres officiels. Je comprendrais encore qu'un travailleur patient, vouant son existence à l'étude d'une question qu'on a considérée jusqu'ici comme très-accessoire, se mît à parcourir chaque jour, pendant plusieurs années, les principaux hôpitaux, et à recueillir *indistinctement* tous les cas de ponction que le hasard lui présenterait. Lorsqu'il disposerait d'une liste de trois à quatre cents faits, il pourrait se faire une opinion sur le degré de gravité de cette petite opération. Mais au lieu de cela qu'a-t-on fait? On a parcouru les journaux de médecine, qui publient seulement, sur une chose aussi commune, aussi ancienne et aussi banale, les observations intéressantes, c'est-à-dire les cas singuliers et exceptionnels. Une ponction sans accident a toute chance d'être passée sous silence, tandis qu'une ponction suivie de mort a toute chance d'être publiée; de sorte qu'après avoir usé beaucoup de temps à dépouiller les recueils pour faire un relevé, vous arriverez peut-être à décupler le chiffre qui exprimerait la gravité réelle de la ponction. S'agit-il, au contraire, d'une opération nouvelle, ou contestée, d'une opération qui a quelques partisans hardis et beaucoup

---

lisez l'autre face; cette carte a été plongée dans un charlatanisme si épais, qu'elle en est couverte des deux côtés.

AVIS

Important et Indispensable.

Montez au 3e sans parler à personne, n'écoutez pas si l'on indique ailleurs, ce ne serait que pour vous tromper, savoir ou mentir, je suis presque toujours chez moi excepté le Vendredi, personne n'est en relation avec moi, la discrétion étant nécessaire. Lisez les Plaques dans l'allée, pour la nuit et même le jour, tirez l'anneau en fer plusieurs fois ou frappez trois coups, quand on ne Sonne qu'une fois je regarde par la Fenêtre du 3e, si l'on vous indiquait mal je vous prierais de m'en avertir.

La profession est indiquée sur la porte, tournez le bouton.

Rue St. . . . . . n° . . . entre l'A. . . . . et la Rue St. . . . .

PARIS.

Cette carte est estampillée par le timbre qui lui sert de passeport pour circuler sur la voie publique, elle a le même droit que l'animal dangereux qui porte sa muselière, conformément aux ordonnances de police, seulement elle n'en a pas, elle, de muselière, qui l'empêche de contaminer les gens. Elle peut s'introduire dans la main de la jeune fille innocente qui ne connaît pas encore toutes les infamies qu'on rencontre dans les égouts de la civilisation; malgré son innocence, elle est femme, elle questionne, et sait enfin que péché caché est à moitié pardonné, et qu'on peut se faire assurer contre les résultats trop visibles de l'amour.

Elle se glisse aussi dans la main de celle qui n'a plus rien à perdre que la crainte d'avoir des héritiers. Celle-là comprend de suite l'invitation qu'on lui adresse.

Il faut vraiment examiner à la loupe ce petit chef-d'œuvre d'impudeur, pour en bien apprécier toutes les beautés. Je le comparerais volontiers à ces vins vieillis derrière les fagots, dont il faut analyser tous les parfums, toutes les saveurs pour bien en juger le mérite. L'ignoble a ses nuances et son fumet; analysons donc, malgré la révolte de nos sens, ce que contient cette carte, c'est une œuvre de chimiste et non pas de gourmet, mais je l'ai dit ailleurs, les sens du médecin ne sont point ceux d'une petite-maîtresse. D'abord, remarquons cette observation : *On ne me trouve que chez moi.* Une sage-femme qui n'exerce qu'à domicile, cela me fait l'effet d'un paveur qui ne voudrait travailler qu'en chambre. Je laisse deviner ce qu'une matrone *membresse* de

d'adversaires prudents? aussitôt les conditions de la publicité vont passer d'un extrême à l'autre : on mettra autant d'empressement à faire connaître les succès, que de soin à cacher les revers. C'est ce qui est arrivé pour l'extirpation des kystes de l'ovaire, et quand je vois, par exemple, dans la thèse de M. Maisonneuve, dix-huit morts seulement à côté d'une liste de trente guérisons complètes, je frémis en songeant à la funeste influence que ce relevé peut exercer sur la pratique. Je sais que M. Maisonneuve s'est borné à dresser un tableau, et qu'il n'en a pas tiré de conclusions numériques; mais d'autres pourront le faire. D'honnêtes chirurgiens se laisseront fasciner par ces chiffres perfides et ouvriront bravement le ventre de leurs malades, croyant que l'ovariotomie doit en sauver près des deux tiers, tandis qu'en réalité elle en tuera peut-être plus des trois quarts. Voilà où conduit la méthode numérique, et je ne comprends pas que des hommes de science, qui cherchent de bonne foi la vérité, puissent continuer encore à s'en servir.

— Voyons, lui dis-je, avez-vous bien dit tout ce que vous aviez sur le cœur? n'avez-vous plus rien à ajouter?

— Rien; je pourrais, au besoin, multiplier les exemples; mais cela est inutile, et si vous réussissez à répondre aux objections que je viens de vous faire, je me déclare battu.

— Vous n'aurez pas cette peine, repris-je, car je pense exactement comme vous sur tous les points, excepté toutefois sur la conclusion. Vous voulez qu'on renonce à une méthode parce qu'elle peut égarer quelques esprits; dans l'espèce, c'est comme si vous vouliez proscrire la logique, parce qu'il y a des sophistes qui en abusent. Les relevés d'observation, dites-vous, peuvent conduire à admettre des erreurs graves. Tant pis pour ceux qui s'y laissent prendre : c'est un manque de philosophie dont ils sont seuls responsables. Entre les mains des gens légers, qui acceptent tout sans examen, qui ne réfléchissent pas, qui n'analysent pas, les relevés deviennent en effet la cause d'illusions et de mystifications sans nombre, et c'est à leur usage qu'on a imaginé cet axiome : qu'il faut se méfier de la perfidie des chiffres. Mais pour les hommes sérieux et suffisamment sceptiques, les relevés sont une source précieuse d'instruction. C'est en quelque sorte une table analytique où se trouvent résumés, sous une forme substantielle et facile à assimiler, la plupart ou même la totalité des faits qui existent dans les archives de la science. Vous reconnaissez qu'il est utile de lire une observation; il serait bien plus utile encore de pouvoir les lire toutes; malheureusement il est impossible que chacun puisse faire un pareil travail sur toutes les questions qu'il est obligé d'étudier. Mais il arrive de temps en temps qu'un homme concentre son attention sur un sujet déterminé, qu'il rassemble des matériaux épars, et que, pour mettre le lecteur en mesure de juger son œuvre, il lui présente sous forme de tableau l'ensemble des documents qu'il a utilisés. Quel est maintenant l'usage que nous devons faire de ces relevés? L'usage que nous ferions des observations elles-mêmes. Nous les ajouterons à la masse de nos connaissances. C'est un élément de plus que nous posséderons, et qui ne nous empêchera pas de tenir compte de tous les autres éléments. Nous nous en servirons toujours pour étudier les questions, quelquefois même pour les juger, mais avant d'en venir là, nous devrons commencer par nous demander prudemment, comme vous venez de le faire pour la ponction et l'extirpation des kystes de l'ovaire, s'il n'y a pas quelque motif de croire que les observations publiées aient été choisies dans un certain but. Dans ce dernier cas, nous suspendrons notre jugement; dans le cas contraire, nous pourrons être plus hardis. S'il est bien démontré, par exemple, que la question que nous voulons élucider n'a encore préoccupé personne, et que par conséquent les observations publiées ont été, à notre point de vue, prises en quelque sorte au hasard; ou encore s'il est démontré que les observations négligées ont dû être nécessairement de la nature de celles qui confirment les résultats partiels placés sous nos yeux; alors nous pourrons accorder aux relevés une confiance égale à celle que nous inspirérait une statistique en règle. Par exemple, je suis de ceux qui trouvent que, pour une maladie comme les kystes de l'ovaire, une opération qui tuerait 18 malades pour en guérir 30, devrait être rejetée. Je prends donc le relevé de M. Maisonneuve, et je dis : Voilà une mortalité de près de 38 pour cent. Ce chiffre m'effraie. Les faits non publiés seraient-ils de nature à augmenter la proportion relative des guérisons? Il est évident que non, car les chirurgiens ont intérêt à dis-

plusieurs *Sociétés savantes* qui ne *va pas en ville* peut faire chez elle.

Notez qu'elle *reconnais* la grossesse à six semaines ou deux mois. Mais je suis persuadé que c'est uniquement aux consultations payantes et que ses consultations gratuites, comme la caisse de Robert-Macaire, ouvrent à trois heures juste, et ferment à trois heures très-précises.

Elle traite et naturellement guérit toutes les maladies de l'*utérius* (en vertu de quel droit? Cela ne vous regarde pas); mais elle n'explique point si elle considère la grossesse comme une maladie de l'*utérius.* J'avoue que j'aurais voulu lui voir couronner son chef-d'œuvre par une explication sur ce point; quant à moi, je suis convaincu qu'elle considère la grossesse comme une maladie des plus graves; comme celle qui se traite avec le plus de succès dans sa maison de confiance, et surtout comme celle qui rapporte le plus d'argent.

Je ne dirai rien de sa prétention de ramener *le flux* sanguin, je comprends que lorsqu'une femme est en retard de quatre mois, plus ou moins, elle possède des petits moyens pour faire passer cela; même probablement quand l'affection s'accompagne d'une certaine enflure de l'abdomen. Quant au *reflux,* je suis un peu embarrassé, je ne connais en fait de reflux que celui de l'Océan, et à moins d'admettre que cette femme, si savante, n'ait inventé une pommade ou un onguent dont la puissance merveilleuse et universelle se fait sentir jusque sur les vagues de l'Océan, j'avoue que je ne trouve point d'explication vraisemblable.

Passons à l'autre côté, et ne négligeons pas cet AVIS IMPORTANT ET INDISPENSABLE : *ne parlez à personne, n'écoutez pas;* est-ce que par hasard on entendrait autour de cette honnête maison, comme dans le conte de l'*Oiseau bleu,* des voix menaçantes d'ombres et de fantômes qui crient aux malheureuses pratiques : Fuyez! fuyez!! imprudentes, si vous tenez à la vie, n'approchez pas de cette maison, n'imitez pas nos coupables folies, si vous voulez éviter notre sort. Je ne voudrais pas l'interroger sur ce point, car elle le dit, *la discrétion* lui est très-*nécessaire.* Je suis du reste complétement de son avis à ce sujet; si elle allait raconter *toutes* ses petites affaires au premier venu, cela pourrait avoir de grands inconvénients pour elle.

Je me permettrai cependant d'émettre un léger doute, quand elle affirme que *personne n'est en relation avec elle.* Alors, que devient-elle le vendredi? Moi, je suppose qu'elle est en relation directe avec le club des sorcières, et que c'est le vendredi qu'elle enfourche le manche à balai du Sabbat. Car, enfin, comment, malgré toute sa science, pourrait-elle diagnostiquer la grossesse à six semaines, quand les médecins ne le peuvent faire que vers quatre mois? Evidemment, sa science lui vient d'une source qui ne coule pas rue de l'Ecole-de-Médecine.

simuler leurs revers, jamais leurs succès. Dès lors il me paraît probable que la moyenne de 38 pour cent est au-dessous de la moyenne réelle ; il me paraît certain en tout cas qu'elle n'est pas au-dessus, et cela me suffit pour repousser l'ovariotomie. Mais continuons à étudier ce relevé instructif. Voici une troisième colonne qui renferme 14 faits. Ce sont les cas où des chirurgiens, quelques-uns fort habiles, après avoir largement ouvert le ventre, ont rencontré des kystes tellement adhérents qu'ils n'ont pu terminer l'opération. Quel désappointement, quelle humiliation, et comme on doit être peu ambitieux de faire connaître de pareils faits ! Cependant cela est arrivé *au moins* 14 fois sur 62 opérations, c'est une moyenne de plus de 22 pour cent. Ici je dis *au moins* en toute sécurité, et il me semble que ce document numérique est de nature à faire réfléchir les chirurgiens jaloux de leur réputation. Vous voyez que le relevé de M. Maisonneuve n'est pas aussi inutile et aussi nuisible que vous le disiez tout à l'heure.

— Vous avez beau jeu avec moi, reprit mon adversaire, sur une question de chirurgie. Toutefois, j'ai vu pratiquer sans remords des opérations encore plus graves, et je ne serais pas étonné qu'il y eût des chirurgiens qui, loin de se laisser désarmer par les 18 cas de mort, se croiraient autorisés à agir par les 30 cas de guérison, comptant, du reste, sur leur bonne étoile pour ne pas rencontrer un de ces kystes adhérents qui empêchent d'achever l'opération.

— Il est possible, répliquai-je, qu'il y ait de ces chirurgiens; il est même certain qu'il y en a; et il y en aurait bien plus encore si les relevés mortuaires n'en arrêtaient quelques-uns. Je ne connais rien de plus propre que la méthode numérique, à calmer la chirurgie aventureuse. Mais prenons un autre exemple, plus simple et plus démonstratif. L'expérience a démontré que l'homme peut survivre sans accident à l'oblitération de l'aorte abdominale; elle a démontré encore qu'on peut survivre à une grande plaie du péritoine, surtout lorsque les viscères restent intacts; enfin on sait que les animaux mis en expérimentation peuvent supporter sans mourir à la ligature de l'aorte. Il n'y a donc aucune raison théorique pour qu'on doive considérer chez l'homme la ligature de l'aorte comme une opération nécessairement mortelle. Le grand Astley Cooper, dans un cas où la mort était infaillible et imminente,— un énorme anévrysme de la fosse iliaque, qui devait inévitablement se rompre au bout de quelques heures ou de quelques jours, — le grand Astley Cooper, dis-je, se décida à lier l'aorte. Que dites-vous de ce courage?

— Je dis que c'était presque de l'audace, mais après tout le cas était désespéré; l'opération était rationnelle, c'était une chance qu'il pouvait être permis de tenter.

— Alors je continue. Le malade meurt. Qu'est-ce que cela prouve? Rien, car on peut mourir d'une saignée. Les raisons théoriques persistant toujours, un second chirurgien, puis un troisième font des tentatives semblables, couronnées du même succès. On commence à réfléchir. Cependant on a vu des opérations utiles échouer trois fois de suite. Peut-être le quatrième cas sera-t-il plus heureux? On continue donc. Aujourd'hui on peut compter jusqu'à six. Eh bien, je vous le demande, mon cher confrère, conseilleriez-vous maintenant à un de vos clients de se faire lier l'aorte?

— Evidemment non, puisque les six malades sont morts !

— C'est-à-dire que vous auriez laissé faire Astley Cooper en 1817, et que vous feriez votre possible, en 1857, pour empêcher un chirurgien de marcher sur ses traces. Pourtant cette opération est aussi rationnelle aujourd'hui qu'elle l'était il y a trente ans. J'ose même dire qu'elle l'est davantage, puisque les cas connus d'oblitération de l'aorte chez l'homme sont au nombre de plus de cinquante, que des centaines de chiens ont survécu à la ligature de cette artère, et que les ovariotomies dont nous parlions tout à l'heure, ont prouvé qu'on peut souvent faire impunément d'énormes entailles au péritoine. On sait aussi que la ligature de l'artère iliaque primitive a donné de beaux succès; que les ressources de la circulation collatérale sont inépuisables; enfin, on a vu réussir des opérations si extravagantes, que lorsqu'on y réfléchit, dans le silence du cabinet, on se demande vraiment pourquoi la ligature de l'aorte ne réussissait pas aussi. Seulement, ces illusions théoriques se dissipent en présence de la méthode numérique : 6 cas, 6 morts. Il est inutile de réduire en centièmes. Trouvez-vous que ce soit jouer sur les chiffres?

— Si vous ne jouez pas sur les chiffres, vous jouez au

Maintenant, passons au *post-scriptum,* car on dit que c'est là qu'il faut toujours chercher le point important d'une lettre. Il n'y en a pas à cette carte, mais c'est pure politesse pour le lecteur, on compte sur son intelligence; ceux qui auront besoin du *post-scriptum* sauront bien le deviner.

Ce qui est sur la carte n'est que le *boniment* du paillasse qui rassemble la foule autour de lui; il conte des histoires bêtes, reçoit avec philosophie les coups et les injures du patron, puis, quand le cercle est compacte, il exhibe son *post-scriptum,* sa chose importante, qui est une pommade remplie de vertus, ou simplement du poil à gratter.

Je ne pense pas, cependant, qu'il s'agisse ici d'une invention pleine de vertus, mais je voudrais bien connaître le *post-scriptum,* l'industrie qui se commet dans cette maison de confiance.

Est-ce une fabrique de philtres pour rendre amoureux?

Pratique-t-on *le nœud de l'aiguillette?*

Est-ce pour les amours un refuge hospitalier (qui n'a rien de commun avec celui des montagnards écossais)? Explique-t-on les mystères du grand et du petit Albert, ou simplement de C. Albert?

Fait-on le grand jeu, les cartes, les tarots, la consultation somnambulique ou homœopathique?

Fait-on bouillir des herbes propres à réparer les défaillances de la vieillesse épuisée?

A-t-on le secret de faire procréer des sexes à volonté?

Mon esprit hésite à se prononcer pour l'une ou l'autre de ces merveilles.

Ah! si je pouvais interroger la chauve-souris qui applique son œil glauque à la vitre fêlée de ce troisième étage, peut-être me raconterait-elle d'étranges choses; peut-être a-t-elle vu quelques-uns de ces drames auprès desquels la scène des sorcières, de Macbeth, n'est qu'un jeu innocent.

O Paris! comme on te calomnie! on dit que tu laisses parfois mourir de faim tes enfants; quand de pareilles industries peuvent s'étaler impunément à ton soleil, il faut être furieusement honnête, ou bien dépourvu d'*imaginative,* pour ne pas trouver dans tes boues, ô Paris! une ceinture dorée, sinon une bonne renommée.

Nota. L'adresse est tenue à la disposition des confrères dans l'embarras qui voudraient avoir recours aux lumières de cette praticienne.

J'ai trouvé l'histoire suivante dans les papiers de mon grand-père :

I.

Elle naquit au milieu des brouillards parfumés de la rue Mouffetard et se nommait Javotte, mais par un de ces caprices familiers aux grands artistes, et avait *italianisé* son nom et en avait fait Javotta.

moins sur les mots. Il vous plaît appeler cela la méthode numérique. J'appelle cela tout simplement une leçon de l'expérience. Il n'était pas nécessaire de compter sur vos doigts. Vous pouviez vous contenter de dire : Voilà une opération audacieuse; cette audace ne pouvait être légitimée que par le succès. Le succès n'est pas venu. Donc, je renonce à lier l'aorte.

— C'est possible, repris-je, mais tout le monde, peut-être, n'y avait pas renoncé aussi aisément. Un chiffre vaut toujours mieux qu'une assertion : il laisse sur la mémoire une empreinte plus durable. Supposez que l'opération eût été encore plus rationnelle, entourée d'analogies encore plus pressantes, qu'elle n'eût été ni difficile, ni effrayante dans son exécution, supposez que le premier opéré eût survécu 26 jours, le second 68 jours; que dans tous les cas la circulation se fût parfaitement rétablie, et que la mort, quoique constante, eut été la conséquence d'accidents variables et éventuels. Que serait-il arrivé? On aurait dit : Les chirurgiens n'ont pas réussi jusqu'ici; mais il n'y a pas de raison pour que je ne sois pas plus heureux. En on aurait recommencé par échouer encore. C'est l'histoire de la ligature du tronc brachio-céphalique. On a échoué constamment, comme pour l'aorte; mais cette leçon de l'expérience n'a pas suffi; on avait des espérances théoriques, on a continué, et on continuerait encore si la méthode numérique ne fût venu dire : Prenez garde : 14 opérations, 14 morts! Alors on s'est arrêté. Vous voyez donc qu'il est utile que les leçons de l'expérience puissent se traduire en chiffres.

— Je puis, à la rigueur, répliqua mon interlocuteur, vous accorder l'utilité du relevé dans le cas qui précède, et même dans tous les cas où il s'agit de faits très-rares, parce qu'alors, l'expérience personnelle faisant défaut, on consulte avec fruit l'expérience des autres, dans ce que vous appelez la table des matières de la science; ce sera bon si vous voulez, pour apprécier la valeur des opérations très-graves et très-exceptionnelles, de celles qu'on n'a jamais vu faire, ou qu'on n'a vu faire que très-rarement. Il y a, d'ailleurs, pour les cas de ce genre, de fortes raisons de croire que la presque totalité des faits ont été publiés, et que les relevés, par conséquent, sont presque des statistiques. Mais pour les choses vulgaires, pour les maladies qui constituent le mouvement journalier d'un service de clinique, il en est tout autrement, et il vaut mieux croire ce qu'on peut voir que ce qu'on peut lire, d'autant plus qu'alors on est certain que les documents publiés ne sont qu'une infime partie de la totalité des faits.

— Cela prouve simplement, répondis-je, que la méthode numérique ne doit pas être appliquée aveuglément; qu'elle ne mérite pas la même confiance dans tous les cas, et qu'il faut faire intervenir le bon sens pour savoir ce qu'il faut en attendre pour chaque question particulière. Celui qui repousserait tous les autres moyens d'études pour s'en tenir à la seule méthode numérique ferait preuve d'un esprit fort peu philosophique, et, sous ce rapport, il pourrait être comparé à celui qui refuserait obstinément d'y avoir recours. D'ailleurs je ne saisis pas bien cette distinction entre les faits rares et les faits vulgaires. Vous seriez fort embarrassé de me dire où commence la fréquence et où commence la rareté. Une maladie commune dans un pays, ne se montre dans un autre pays que par exception. Un fait que vous n'avez jamais vu, s'est peut-être présenté dix fois à l'observation de votre voisin, et peut-être ce dernier a-t-il eu le malheur de rencontrer précisément des cas insolites, qui lui ont donné une fausse idée de la maladie. Croyez-moi, il est bon de savoir rectifier sa propre expérience par l'expérience des autres, et celui qui a dit: *Experientia fallax,* aurait peut-être parlé autrement si de son temps on eût connu la méthode numérique.

— Je remarque, reprit mon adversaire, que vous avez soin d'emprunter vos exemples à la thérapeutique chirurgicale, ou, pour mieux dire, à la médecine opératoire. Là, en effet, la relation de causalité entre le traitement et le résultat obtenu, est ordinairement assez nette, mais il n'en est plus de même dans la thérapeutique médicale, où on peut toujours se demander si les succès ou les revers sont dûs à l'art ou à la nature.

— Eh, m'écriai-je, c'est alors surtout que la méthode numérique est indispensable! Que vous fassiez le relevé des faits publiés, ou seulement celui des faits de votre pratique, ce seront, en dernière analyse, les chiffres seuls qui pourront vous permettre de juger, avec connaissance de cause, la valeur de la méthode que vous aurez suivie. Je suppose qu'il me passe par la tête de traiter les pneumoniques par le bouillon de queues de lézard, moyen déjà

Elle était, il est vrai, assez laide, suffisamment malpropre et quelque peu rousse. Ses cheveux *impeignés* rappelait peut-être un peu trop les tons dorés de l'écureuil. Mais par combien de qualités morales étaient rachetées ces quelques imperfections physiques! Elle portait avec grâce un échelle sur le bout de son nez robuste, avalait des sabres sans les mâcher, faisait le grand écart comme personne, et se laissait casser des pavés sur le ventre, sans manifester la plus légère émotion. C'était, comme on le voit, un véritable artiste bien digne, non-seulement d'exciter l'admiration d'un public enthousiaste, mais encore d'allumer des passions tropicales dans le sein des mortels et même des immortels....

Javotta logeait sa gloire dans une mansarde de la rue Saint-Victor.

II.

En ce temps-là, un équipage médical, attelé de deux chevaux très-maigres, mais conduits par un cocher encore moins gras, s'arrêtait chaque matin au coin de la rue Saint-Bernard. Un bel homme, habit bleu, boutons d'or, en descendait, et après avoir rétabli l'aplomb de sa chevelure trop noire pour son âge, il s'engageait dans la rue Saint-Victor et gagnait d'un pas pressé une de ces maisons verdâtres, à l'aspect cadavéreux, où tous les miasmes, toutes les moisissures semblent se donner rendez-vous.

Où court donc ce prince de la science? Va-t-il porter à quelque pauvre diable les secours de sa médecine humanitaire? Non, non, non. Vient-il admirer un de ces cas rares que la science poursuit à domicile? Non, non, non. Qu'espère-t-il donc trouver dans ce taudis malsain, au haut de cet escalier criard dont chaque marche est le siége d'une fracture ou d'une luxation?

Il vient voir Javotta, il vient se plonger dans les convulsions éclamptiques de la volupté. Il vient faire cuire deux biftecks. Voilà ce qu'il vient y faire.

Mais comme il a six étages à monter, et qu'à son âge on ne fait pas une pareille ascension sans souffler un peu, sans faire une petite pause sur chaque palier, j'ai tout le temps de vous dire pourquoi ses chevaux et son cocher sont si maigres.

III.

Voici comment il nourrissait le Phébus de son char. Le pauvre cocher, après avoir introduit la voiture dans la cour de l'hôpital, suivait son maître; puis profitant de l'obscurité d'un corridor, il endossait rapidement la capote et le bonnet de coton de malade et allait se planter devant un lit du service que son maître avait soin de toujours maintenir vide à cette intention. A la visite, après une investigation d'autant plus longue qu'elle était parfaitement inutile, le grand pra-

connu, qui, avant la méthode numérique, sauvait une foule de cancéreux. Je guérirai des malades, n'en doutez pas, les globulistes en guérissent bien. Je viendrai vous dire : Voyez les succès que j'obtiens; déposez la lancette, et prenez mon précieux bouillon. Mais objecterez-vous, il est peu probable que la nature ait placé un antiphlogistique dans la queue du lézard. A quoi je répondrai qu'elle a bien placé un antispasmodique sous la queue du castor. Puis je vous montrerai vingt malades guéris par ma méthode. Qu'est-ce que cela prouve? me direz-vous. — Cela prouve qu'ils sont guéris. — Oui, mais combien en avez-vous perdu? — Je n'ai pas compté; seulement je sais qu'il n'y en a pas eu beaucoup; puis c'étaient de mauvais cas, des pneumonies doubles, des hommes trop vieux.... — Et croyez-vous donc, ajouterez-vous, qu'il ne nous arrive à nous autres que des cas favorables? Comptez vos cas, mon cher, comptez-les, et quand vous saurez à quoi vous en tenir vous viendrez me parler de votre bouillon de lézard! Vous ferez bien de me tenir ce langage, mais ce que vous exigez des novateurs, pourquoi les novateurs ne l'exigeraient-ils pas de vous? Et moi, spectateur impartial de vos dissentions médicales, je vous dirai aux uns et aux autres : Comptez vos cas, comptez-les, si vous voulez qu'on vous approuve, car il ne faut pas avoir deux poids et deux mesures.

— Vous profitez, répondit l'ennemi des chiffres, de l'incertitude qui plane malheureusement sur la plupart des problèmes de la thérapeutique médicale. Vous n'êtes guère généreux. Qu'il soit désirable de sortir de ce dédale, je suis le premier à le reconnaître. Que la méthode numérique, appliquée avec discernement et avec modération, puisse servir à diriger les tâtonnements, je le reconnaîtrai si vous y tenez, au moins dans de certaines limites. Mais la méthode numérique ne borne point là ses prétentions. Elle s'empare de la pathologie proprement dite; elle vous fait des relevés de symptômes, des relevés de lésions, elle vous prend des moyennes impitoyables; elle vous dit : tel signe existe une fois sur deux malades et demi; tel accident deux fois sur cinq malades et deux tiers. Puis elle vous fait une description *moyenne*, d'un malade *moyen* qui n'a jamais existé. Je vous raconterai à ce propos une vieille histoire qui est toujours jeune. Un cordonnier, profond calculateur, imagina d'étudier consciencieusement, pendant quelques années, la base de sustentation de ses clients. Au bout de ce temps, il construisit une forme *moyenne* sur laquelle il se mit à faire des souliers *moyens*. Par malheur, personne ne put s'arranger de ces chaussures savantes. Voilà où conduit la méthode numérique.

— Vous avez raison, repris-je, de dire que cette histoire est vieille. Elle a été inventée avant les maisons de confection. Aujourd'hui elle est encore piquante, mais elle n'a pas plus de portée que le conte de *Cendrillon*. Ce que vous reprochez aux descriptions faites par les partisans de la méthode numérique, existe, sachez-le bien, dans toutes les autres descriptions. En médecine, en histoire naturelle, en météorologie, partout, en un mot, où des phénomènes complexes obéissent à des lois multiples, on ne fait jamais que des descriptions moyennes; et celles qui se basent sur l'analyse rigoureuse d'un grand nombre de faits, ont plus de chances que les autres d'approcher de la réalité. Mais ces types *idéaux*, permettez-moi ce pluriel que les pédants ont proscrit, en se basant sur cet axiôme que la perfection d'une langue consiste à gêner l'expression de la pensée, ces types idéaux, dis-je, ne sont que des abstractions dont il serait ridicule de faire des individualités. Allez dans un hôpital quelconque, examinez un malade quelconque, et je vous défie bien de trouver dans un livre quelconque une description qui coïncide de tous points avec le cas particulier que vous aurez sous les yeux. Ainsi, ne parlons plus de la fable du cordonnier. Le désir de vous égayer aux dépens de la méthode numérique vous a conduit à invoquer une plaisanterie qui s'adresse aussi bien à toutes les méthodes, à toutes les sciences d'observation et de description.

Mon adversaire parut un moment ébranlé, mais il se rassura bientôt : — Les auteurs, dit-il, ont bien soin, en traçant le tableau d'une maladie, de prévenir le lecteur des oscillations que peuvent présenter la marche, les symptômes, la durée, le pronostic. Ainsi quand ils disent : Il y a de la toux, cela n'implique pas que la toux soit un phénomène constant, car ils ajoutent plus loin : Cependant *quelques* malades ne toussent pas. — De même : Il y a une douleur de côté; toutefois ce caractère fait *quelquefois* défaut; les crachats sont rouillés, néanmoins il arrive *souvent*

---

ticien lui ordonnait invariablement quatre portions qui devaient suffire à tous ses besoins pour 24 heures. Cependant quand il était très-content de ses services, il lui accordait une portion de vin en supplément. Quand des gens étrangers aux salles demandaient à cet homme maigre quel était le siége de sa maladie, il indiquait piteusement l'estomac, qui n'avait d'autre infirmité que de trop bien se porter.

Il avait voulu nourrir ses chevaux par le même procédé, mais au moment de l'exécution, des obstacles sérieux s'opposèrent à la réussite de cette combinaison économique. De sorte que les chevaux s'étaient petit à petit habitués à ne plus manger du tout; seulement ils persistèrent à rester maigres avec un entêtement invincible. Eh! pourtant leur maître n'était pas avare; mais les besoins de première nécessité du cœur coûtent si cher à l'homme sensible, que généralement il ne lui reste que peu de chose pour pourvoir aux autres exigences de la vie.

IV.

Enfin, un pas lourd et le ronflement intermittent d'une respiration essoufflée se font entendre dans les hautes régions de l'escalier, c'est notre héros qui arrive au terme de son pénible voyage.

Il entre, se précipite dans les bras de Javotta, et.... exécute la première partie de son programme; puis, cette satisfaction accordée aux appétits du cœur, il songe à satisfaire les besoins de l'estomac. Sur un signe, l'artiste s'élance dans les profondeurs de l'escalier et revient bientôt avec deux biftecks (moins tendres que son cœur). Jamais plus, jamais moins, jamais autre chose; tous les matins deux biftecks qui seront grillés par les mains de l'amour et de la science.

On parle d'Hercule filant aux pieds d'Omphale, mais que dira donc l'histoire à propos de notre savant confrère cuisinant aux pieds de la beauté? On l'accusera peut-être de plagiat, c'est possible, mais cela n'enlève rien à la délicatesse du trait et il faudrait vraiment avoir un cœur de roche pour ne pas se sentir touché en voyant cette célébrité médicale mollement couchée aux pieds de cette célébrité artistisque, une main plongée dans sa crinière rutilante et l'autre occupée à retourner le faux-filet étalé sur des pincettes. Ajoutez à cela que pour compléter l'illusion, il endossait parfois le maillot de Riquiqui (un acrobate distingué qui avait beaucoup connu Javotta), et dans ce costume léger il se plaisait à faire constater l'état de conservation de ses formes.

Oh! chaos de l'esprit humain! Oh! mystérieux abîmes du sentiment! ces savantes mains qui tout à l'heure vont, c'est bien possible, tâter le pouls d'un des princes de la terre, de la finance ou de tout autre principauté, sont occupées maintenant à surveiller la confection de modestes biftecks, taillés peut-être dans la culotte d'un cheval!

que, le malade ne pouvant cracher, on est privé de cet élément de diagnostic, etc. Le lecteur est ainsi mis en garde contre les éventualités et contre les confusions qui pourraient en résulter. Ces évaluations approximatives suffisent parfaitement, sans qu'il soit besoin de recourir à la méthode numérique.

— Dites si vous voulez, répliquai-je, qu'elles suffisent jusqu'à un certain point, mais ne dites pas qu'elles suffisent parfaitement. Croyez-vous que le lecteur ne serait pas mieux renseigné encore si on lui transformait ces mots: *quelques* malades, *quelquefois, rarement, souvent,* en une affirmation un peu plus nette? si on lui disait, par exemple : Méfiez-vous de ce symptôme, car il manque dans près de la moitié des cas; ayez confiance en celui-là, parce qu'il ne fait pas défaut une fois sur vingt. Le lecteur y gagnerait d'abord des notions positives qui pourraient le guider non-seulement dans ses diagnostics, mais encore dans ses pronostics, chose bien importante pour les succès de la clientèle. Il y gagnerait surtout la certitude qu'on ne lui rabâche pas quelques-unes de ces âneries antiques qui se répètent et se perpétuent de livre en livre, jusqu'à ce que quelqu'un ait eu la curiosité d'y regarder. Pour ma part, lorsque je lis une description basée sur des relevés numériques, c'est-à-dire sur l'analyse d'un très-grand nombre d'observations, je me dis : A la bonne heure, voilà un auteur exact qui a tout vérifié par lui-même; il a remanié la matière. Il place les faits au-dessus de l'autorité, au-dessus de l'inspiration et de l'hypothèse. Il a pu se tromper sur quelques points, mais son travail sera certainement utile.

— Je suis désolé de vous dire, riposta mon antagoniste, qu'à l'aspect de ces phrases surchargées de chiffres, de ces insipides et interminables développements, j'éprouve un sentiment tout contraire : c'est l'ennui. L'amour de la vérité ne peut chez moi réprimer le bâillement.

— Oh! continuai-je, je vous accorde que les numéristes sont quelquefois fort ennuyeux. Je le leur pardonne, parce qu'après tout la science est faite pour instruire et non pour amuser. Mais je préfère comme vous qu'on ne multiplie pas trop les chiffres, et qu'on publie seulement ceux qui ont une utilité réelle. Quand on fait un travail de ce genre, on doit savoir garder pour soi la plupart des documents numériques qu'on a rassemblés. Rien n'empêche donc un ouvrage établi sur de pareilles bases d'être aussi intéressant, aussi facile à lire que les autres. Je reconnais seulement qu'il est beaucoup plus fatigant à composer, et c'est là, à mes yeux, ce qui soulève tant d'opposition contre la méthode numérique. Si on l'approuvait, on serait tenu de s'en servir, ce qui serait fort désagréable. On trouve plus commode de la dénigrer. Vous m'avez raconté une fable, j'ai presque envie de vous en raconter une autre.

— Alors, dit mon confrère en me serrant la main, ce sera pour une autre fois, car il faut que je vous quitte. Il fit quelques pas dans la rue, puis il se retourna tout à coup. Je gage, dit-il, que je connais votre fable. — C'est possible; voyons. — Ce n'est pas la fable V du livre V de Lafontaine? — Non. — Ni la fable XI du livre III? — Pas davantage. Ma fable est intitulée : *le Chien du Jardinier*. — Je vous la demanderai. Adieu! — Au revoir!

J'ai revu mon ami depuis lors. Il ne m'a pas demandé ma fable, mais il m'a assuré que nos deux conversations n'avaient fait que le confirmer dans ses opinions. Je lui en ai dit autant de mon côté. Et c'est ainsi que se terminent la plupart des discussions. PAUL BROCA.

CORRESPONDANCE.

Maladies de la peau.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre numéro du 3 janvier une lettre de M. Deffis, et j'ai été étonné, et du ton de cette note et du peu de fondement des diverses objections élevées par l'auteur contre M. de Baerensprung et moi.

M. Deffis croit devoir défendre M. Bazin. Ceux qui auront lu mon article verront que M. Bazin a été cité avec éloges et mentionné plusieurs fois.

Ainsi page 295, dans l'introduction, je dis : « Ce fut surtout lorsque les travaux micrographiques de Malmsten, Gruby, Küchenmeister, Robin, BAZIN, Hebra, etc., etc., eurent *démontré* que certains parasites... » Certes nous ne pouvons croire que M. Bazin ait été blessé de se trouver en si bonne compagnie.

M. de Baerensprung répondra sans doute aux attaques de M. Deffis, et ce dernier, qui a préparé son article pendant plus de huit mois, doit bien s'y attendre.

Quelle complainte simple et touchante on pourrait faire avec ces fraîches fleurs d'amour tombées du cœur d'un grand homme!

V.

Nous étions à cette époque pleine de charmes et de poésies qui vit fleurir le *Père Duchêne* et les émeutes. Cette date n'est pas très-précise : c'est peut-être en 93, ou en 1830, ou même en 1848, car nous avons eu tant de glorieuses révolutions, qu'on s'embrouille un peu dans les dates; je crois pourtant que c'était en 1793.

Un jour, jour néfaste (c'était bien sûr un 13 ou un vendredi), quand il ouvrit la porte, aucune main amie ne vint éponger le front du savant essoufflé : le taudis était vide ; il s'arrêta palpitant, sentit au cœur une douleur, comme si on le pinçait dans un entérotome de Dupuytren, et lut à travers ses larmes les mots suivants, qu'une main inhabile avait tracés sur la table avec du blanc : Riquiqui est commissaire d'un département. Je l'ai revu, je le raime et je file.

Une révolution s'était en effet accomplie dans la situation politique de Riquiqui, il allait travailler désormais sur un autre théâtre.

Notre infortuné confrère voulut chercher dans le tourbillon des orages parlementaires l'oubli de cette tuile qui avait contusionné son cœur, mais nous devons avouer qu'il échoua d'une manière aussi complète qu'éclatante.

VI.

Il y a un mois, en traversant le boulevard Montparnasse, j'ai revu Javotta; elle marchait sur les mains, les jambes en l'air, ce qui indique suffisamment que sa position sociale avait été bouleversée.

Quant au savant, hélas! il est décédé.

Mais comment est-il mort? car pour l'homme de science il est trois manières d'en finir avec l'existence :

1° Il meurt physiologiquement, mais ses œuvres lui survivent ; il n'est donc mort qu'à moitié, puisque son esprit ou son génie restent parmi les vivants.

2° Il meurt complétement, sa réputation le suit dans la tombe, il ne reste rien de lui.

3° Il meurt moralement, c'est fini, on n'en parle plus, on n'en fait aucun cas, et cependant il continue à vivre de l'existence physique et végétative.

—Lequel de ces trois trépas subit le héros de cette véridique histoire?

—Interrogez la Parque, quant à moi je dis simplement : il est mort.

Dr JOULIN.

Seulement, après avoir lu « avec attention » mon travail, M. Deffis déclare « qu'il fourmille d'erreurs, » et se contente d'en citer une. Pour frapper mieux son lecteur, il me cite comme suit :

« L'épilation est *inutile* dans le traitement de la *teigne* tonsurante ; elle se fait d'elle-même. »

En voyant cette phrase reproduite entre guillemets, en caractères italiques, j'ai cru avoir réellement écrit ces lignes. A mon grand étonnement, voilà ce que je trouve dans la *Gazette hebdomadaire* du 2 mai 1856, deuxième colonne, lignes 47-50 :

« L'épilation recommandée par M. Bazin *n'est pas indispensable* dans l'*herpès,* elle se fait d'elle-même. Néanmoins, M. de Baerensprung s'est servi avec avantage de calottes de poix, etc., etc. »

Le lecteur jugera si M. Deffis, qui se pique de m'avoir lu « avec attention, » est de bonne foi en me citant à rebours !

M. Deffis ne trouve rien de neuf dans le travail de M. de Baerensprung, rien qui n'ait été dit et mieux dit par M. Bazin. (Et je suppose que M. Deffis n'étend pas son assertion « aux erreurs » dont notre travail fourmille.) Puisque « l'attention » mise par M. Deffis à nous lire, n'a pu lui faire comprendre la valeur des recherches du médecin berlinois, nous lui signalerons les points suivants :

1° La description exacte des *diverses espèces* de cryptogames de la teigne, de l'herpès, etc.

2° La démonstration, si aisée grâce aux admirables figures de M. Salle, *du lieu précis* où ils se développent.

Si M. Deffis avait compris la figure 3, il aurait vu que le cryptogame envahit l'intérieur du cheveu dans l'herpès. Outre la *cassure* « en bouts de pinceaux, » il produit *la chute* du cheveu en pénétrant dans sa racine, la dilatant et détruisant toute la substance du poil. La maladie cesse donc en ce point faute de.... résistance et de combattant. La figure 3 démontre, comme la légende l'indique, l'altération produite par l'herpès tonsurans dans un cheveu, *dont la racine s'est détachée du bulbe.* L'épilation n'est donc pas indispensable, puisqu'elle est le résultat probable et fréquent du développement du cryptogame.

Du reste, comment M. Deffis, « chargé de recueillir des notes à Saint-Louis, » peut-il ignorer que l'herpès tonsurans amène une calvitie momentanée, plus ou moins complète de la portion du cuir chevelu attaqué? Presque tous les cheveux se rompent et une portion tombe. Je mets plusieurs planches, montrant cet état particulier, à la disposition de M. Deffis.

Arrivons à une autre citation, toujours entre guillemets dans l'article du 3 janvier, et toujours aussi inexacte. M. Deffis me fait dire :

L'auteur des articles analytiques du livre de M. de Baerensprung termine son travail par une sorte de reproche adressé *aux médecins* de l'hôpital Saint-Louis. « Ce serait une honte, dit-il, de rester en « arrière du mouvement scientifique et de se laisser devancer dans les « recherches microscopiques par les médecins des autres pays. »

Je n'ai pas dit un seul mot de cette phrase, et je ne sais que penser de l'étrange procédé de M. Deffis. Dans le *post-scriptum* qui termine mon article, je parle d'un récent mémoire de M. Devergie, et je trouve « qu'il est à regretter que l'éminent dermatologiste de Saint-Louis n'ait pas cru, dans cette circonstance, devoir employer le secours du microscope. » En quoi ai-je blessé *les médecins* de Saint-Louis? C'était un simple vœu, et, quoiqu'en dise M. Deffis, je me permets de le maintenir et de souhaiter encore aujourd'hui « que le microscope devienne pour le clinicien tout aussi indispensable que le plessimètre et le stéthoscope. »

Enfin, M. Deffis déclare que des médecins allemands sont allés « apprendre chez M. Bazin à distinguer les diverses affections parasitaires de la peau. » Le fait peut être vrai ; mais ceux qui connaissent la littérature allemande savent que ces leçons ont tellement porté leurs fruits, que les élèves d'il y a trois ans critiquent et jugent leurs anciens maîtres. L'humeur batailleuse de M. Deffis trouverait surement matière à discussion dans certain article sur l'herpès tonsurans, publié il y a peu de temps, par le célèbre M. Hebra, de Vienne, une autorité incontestable en dermatologie.

En résumé :

M. de Baerensprung et moi avons cité M. Bazin et parlé de ses travaux avec l'estime qu'ils méritent. La sortie de M. Deffis était donc intempestive. De plus, la mauvaise foi, *les erreurs sciemment commises* dans les citations, doivent être clairement démontrées à tout lecteur impartial. Quant au fond de la question, à savoir si le travail que j'ai fait connaître en France, si les descriptions minutieuses et claires pour tout micrographe, si les observations complètes de M. de Baerensprung n'ont d'autre valeur « que de venir d'Allemagne, » nous nous en référons au public et non à M. Deffis, qui tout en lisant un article avec la plus grande attention, ne peut ni le comprendre, ni le citer.

Mille pardons, monsieur le Rédacteur, de cette longue réponse ; mais, comme vous le voyez, M. Deffis n'a rien dit sur M. de Baerensprung et moi, que je n'aie été forcé de relever.

Je compte sur votre impartialité pour faire insérer ces rectifications dans votre estimable journal.

Agréez, etc. Dr PAUL PICARD.

Paris, 8 janvier 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

MM. NOGUÈS, RIPOLL et AMEN viennent d'être nommés, à la suite d'un concours, chirurgiens-adjoints à l'Hôtel-Dieu-Saint-Jacques de Toulouse. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

Concours pour l'agrégation à la Faculté de Montpellier. — Ce concours a été ouvert le 2 janvier. Les candidats qui y prennent part sont au nombre de onze, dont sept pour la section de médecine et quatre pour celle de chirurgie.

La première épreuve, composition écrite, a été faite le 3 janvier, sur ce sujet : *Du foie et de la bile* (anatomie et physiologie). La lecture des compositions a eu lieu ensuite en séance publique. Le 10 janvier a commencé la deuxième épreuve, leçon orale, après trois heures de préparation, sur ce sujet : *De la chlorose.*

— M. le docteur VIGUIER, agrégé libre, a écrit à la Faculté de Montpellier pour lui annoncer son refus d'accepter sa rentrée en exercice, déterminée par un arrêté récent de M. le ministre. (*Ann. cliniq. de Montpellier.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Du traitement de l'aliénation mentale aiguë *en général, et principalement par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête,* par le docteur Casimir PINEL neveu, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de la Maison de santé du château de Saint-James, etc. — Broch. in-4° de 160 pages. — Paris, 1856.

Éloge historique de M. le professeur GERDY, par M. P. BROCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. — Prix : 1 fr. 50 c., et par la poste, 1 fr. 70 c.

De l'étranglement des hernies abdominales, thèse de concours pour l'agrégation (1853), par M. Paul BROCA, agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux. — *Deuxième édition.* Paris, 1857. — Un vol. in-8° de 270 pages. Chez Victor MASSON, place de l'École-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 7. 5e année. Jeudi 15 Janvier 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS.... 3 mois..... 7 fr. 6 mois..... 12 fr. 1 an...... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. le professeur NÉLATON.

Anévrysme faux consécutif de l'humérale au pli du bras. — Ligature par la méthode ancienne. — Guérison.

(*Observation recueillie par M. Eugène* Nélaton, *interne du service.*)

Le 15 novembre 1856, le nommé Auberge, âgé de 23 ans, domestique, se présente à l'hôpital des Cliniques pour se faire traiter d'une tumeur du pli du bras, du côté droit, déjà incisée à plusieurs reprises.

Ce malade habite la province. Il y a cinq semaines, il fut saigné de ce côté, sur la veine médiane basilique, au début d'une fièvre d'accès. Interrogé sur les circonstances qui ont accompagné cette saignée, il ne paraît avoir rien remarqué d'insolite ni dans la couleur du jet de sang, ni dans la manière dont il s'échappait de la veine; rien ne semble non plus avoir, à ce moment, attiré l'attention du médecin lui-même, qui ne lui appliqua, dit-il, qu'une petite compresse, et une bande médiocrement serrée.

La cicatrisation se fit sans aucun délai, mais le malade remarqua, les jours suivants, au niveau de la saignée, la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui n'était nullement douloureuse, de sorte qu'il n'en parla pas au médecin.

Cependant, trois semaines après la saignée, quand sa fièvre eut été guérie par l'administration du sulfate de quinine, il s'aperçut que la tumeur prenait beaucoup plus d'accroissement et avait acquis le volume d'un œuf de poule, qu'elle avait pris en même temps une coloration violacée et devenait le siège d'élancements, de douleurs assez vives. Il la montra à son médecin qui, la prenant sans doute pour un abcès, y plongea sa lancette le 1er novembre; il ne sortit que du sang noir et point de pus, continue le malade.

Quelques jours après, nouveau coup de lancette, dont le résultat ne fut pas plus satisfaisant.

Il est difficile de s'expliquer comment le médecin, qui avait cependant appelé un de ses confrères en consultation, ne fut pas éclairé par de pareilles tentatives; le fait est qu'on se décida à employer une *troisième fois* l'instrument tranchant, et à faire, avec le bistouri, cette fois, une incision de 2 centimètres de longueur!.... On prescrivit des bains, des cataplasmes, et le malade ne souffrit plus, mais perdit à différentes reprises, surtout après les efforts de toux et de défécation, d'assez notables quantités de sang, ce qui força bientôt de recourir à un bandage compressif fortement serré.

C'est alors que le malade se décida à venir à Paris réclamer des soins mieux entendus.

A son entrée à l'hôpital, on constate les symptômes suivants :

Le bras droit est légèrement fléchi et ne peut guère, sans douleur, s'étendre ou se fléchir davantage; la tumeur du pli du coude peut avoir 7 à 8 centimètres dans son plus grand diamètre qui est vertical, et 5 à 6 dans son diamètre transversal; du reste, sa base est assez diffuse, et masquée par un certain degré d'engorgement œdémateux; son sommet paraît plus compacte que la base, et d'une consistance comparable à celle d'un ancien caillot sanguin; cette partie proéminente de la tumeur, est précisément celle qui a été incisée, de sorte qu'elle est surmontée maintenant d'une plaie ovalaire de 2 centimètres de long, à la surface de laquelle on aperçoit à la fois des bourgeons charnus et des caillots noirâtres un peu desséchés. La palpation et surtout les efforts de défécation occasionnent généralement un suintement sanguin par l'ouverture de cette plaie. Les battements expansifs appréciables dans la tumeur, ainsi que le pouls radial de ce côté, étaient extrêmement faibles à l'arrivée du malade; mais ils ne tardèrent pas à devenir plus manifestes dans le courant de la journée et les jours suivants, alors que la chaleur du lit eut redonné à la circulation son activité habituelle; c'est alors aussi qu'on put percevoir un léger bruit de souffle intermittent. Du reste, point de frémissement cataire, point de dilatation veineuse appréciable, point d'œdème, point d'engourdissement dans la main, ni à la partie inférieure de l'avant-bras; très-peu de douleur au niveau de la lésion, si ce n'est dans les mouvements de l'avant-bras.

Considérant que de pareils symptômes ne laissent aucun doute sur l'existence d'une blessure artérielle et d'un anévrysme faux consécutif, sans communication artérioso-veineuse, que l'ouverture artérielle est probablement latérale, peu étendue, mais que le malade n'en court pas moins les dangers d'une hémorrhagie grave qui peut survenir d'un moment à l'autre par le déplacement des caillots, M. le professeur Nélaton ne voit de ressource que dans la ligature de l'artère pratiquée convenablement et sans délai. Quant au lieu et à la manière de pratiquer cette ligature, voici la conduite qu'il croit devoir tenir à cet égard et les motifs qui le déterminent :

La ligature à distance, par la méthode d'Anel, justement préférée dans les circonstances ordinaires, surtout dans les anévrysmes spontanés, ne lui paraît point offrir ici des garanties suf-

fisantes contre l'hémorrhagie; il a vu, en effet, il y a quelques années, dans un cas analogue, à un moment où M. Voillemier faisait le service dans cet hôpital, la ligature de l'humérale, et même quelques jours après la ligature de la sous-clavière sur un même malade, être suivies l'une et l'autre d'hémorrhagies opiniâtres au niveau de la tumeur anévrysmale. Cela s'explique du reste très-bien, par les circonstances toutes particulières où se trouve une pareille tumeur lorsqu'elle a été incisée au lieu de rester intacte, et que les caillots sanguins, au lieu de subir leur transformation au-dessous des téguments et dans l'intérieur même des tissus vivants, sont ainsi exposés au contact de l'air extérieur; on conçoit, en effet, qu'ils tendent à se putréfier, et; qu'agissant comme corps étrangers, ils déterminent nécessairement autour d'eux un certain degré d'inflammation éliminatrice; la suppuration plus ou moins abondante qui en est la conséquence et qui s'écoule au dehors avec le sang, continue à détruire ou à empêcher l'adhérence du coagulum avec les parois du sac, et entretient ainsi une voie facile et toute naturelle à l'effusion du sang que le développement des anastomoses ramène au bout de quelques jours dans la poche anévrysmale.

M. Nelaton pense qu'il est parfaitement indiqué, dans le cas actuel et dans les cas analogues de recourir à la méthode ancienne, à la méthode d'Antyllus, c'est-à-dire, d'ouvrir largement le sac, d'enlever les caillots et d'aller à la recherche de l'artère au fond même de ce sac, pour la lier immédiatement au-dessus et au-dessous de la blessure.

C'est, en effet, cette opération qui fut pratiquée, le 17 *novembre,* sur le malade qui fait le sujet de cette observation.

Une incision de 7 à 8 centimètres pratiquée sur la tumeur, et croisée par une incision transversale de 5 à 6 centimètres, permit d'enlever rapidement et presque en une seule masse le coagulum sanguin, pendant que l'on comprimait l'artère humérale au milieu du bras. Il n'y avait point de sac proprement dit, mais une vaste cavité anfractueuse sans parois distinctes, et commençant à envoyer dans les interstices musculaires quelques prolongements irréguliers. Il a suffi d'absterger le fond de cette cavité, pour apercevoir aussitôt et très-nettement le tronc artériel dans une étendue de 2 à 3 centimètres ainsi que la blessure dont il était le siége, c'est-à-dire, une ouverture ovalaire de 3 à 4 millimètres de long sur 2 de large, située à la paroi antérieure du vaisseau. Une sonde cannelée recourbée introduite par cette ouverture permit de soulever, d'isoler facilement l'artère humérale et de jeter successivement à 1 centimètre au-dessus et à 1 centimètre au-dessous de la plaie, une forte ligature conduite au moyen de l'aiguille de Cooper. On put alors cesser la compression de l'artère, sans observer d'écoulement de sang, si ce n'est cependant dans un point de la partie supérieure et profonde de la cavité anévrysmale, où il fut du reste impossible d'apercevoir aucun jet artériel manifeste : un petit bourdonnet de charpie laissé à demeure fut suffisant pour faire justice de ce léger suintement; puis, sur la plaie maintenue béante, on appliqua : linge cératé, charpie, compresse et bande médiocrement serrée comme pour une plaie simple.

Quelques minutes après l'opération, il fut possible de constater le retour du pouls à la radiale du côté droit; ce fut une nouvelle confirmation de la nécessité de faire, en pareille circonstance, la ligature en deçà et au delà de la lésion, pour éviter une hémorrhagie menaçante.

Le caillot principal, retiré de la poche anévrysmale, est du volume d'un œuf de dinde, d'une consistance assez ferme et de couleur noirâtre dans presque toute son épaisseur, excepté cependant dans sa partie la plus profonde, c'est-à-dire, dans celle qui avoisinait la lésion artérielle : à ce niveau, en effet, le caillot est déjà transformé en une couche fibrineuse dense et jaunâtre de 3 à 4 millimètres d'épaisseur, et dont la surface lisse et concave concourait certainement à former les parois de cette poche accidentelle où s'introduisait à chaque pulsation une ondée de sang liquide. C'est le seul point, du reste, où la circonscription de cette poche paraisse offrir une certaine régularité.

18 *novembre.* Le malade a peu souffert depuis l'opération d'hier; la réaction fébrile est très-modérée; la plaie, dans un état satisfaisant; on en rapproche aujourd'hui quelque peu les bords avec des bandelettes de sparadrap, pour réduire autant que possible le champ de la suppuration.

Le 19. Même état; même pansement; l'avant-bras, un peu trop fléchi, est ramené et maintenu dans une position intermédiaire à l'extension et à la demi-flexion, pour prévenir la gêne des mouvements après la formation et la rétraction du tissu cicatriciel.

Les jours suivants, on se borne à rapprocher autant que possible les parois opposées de la plaie, pour favoriser, surtout vers la profondeur, une réunion secondaire; le malade évite les efforts de défécation et prend pour cela des lavements émollients tous les deux ou trois jours.

Le 27. Les deux ligatures se détachent aujourd'hui, onzième jour. — La suppuration est très-modérée. — Pansement ordinaire.

Au commencement de décembre, la cicatrisation, retardée dans sa marche pendant quelques jours à cause de la rétention d'une petite quantité de pus dans la profondeur, ne tarda pas à reprendre régulièrement son cours, lorsque l'on eut pris soin de vider le foyer, une ou deux fois le jour, par des pressions méthodiques, et d'appliquer dans le même but des cataplasmes émollients.

22 *décembre.* Il n'y a plus aucune espèce de douleur ni d'engorgement inflammatoire; la suppuration est insignifiante; elle atteint à peine la valeur de quelques gouttes en vingt-quatre heures; la plaie, en grande partie cicatrisée, est maintenant presque linéaire; les mouvements d'extension et de flexion s'exécutent facilement et à peu de chose près dans leurs limites ordinaires.

Le 28. Le malade sort guéri; on lui recommande de maintenir habituellement l'avant-bras dans l'extension, pour lutter contre la rétraction de la bride cicatricielle.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. CHASSAIGNAC.

Cancroïde du nez. — Destruction par la cautérisation sèche.

Le cancroïde, qu'on désigne aussi sous le nom d'épithélioma ou de cancer épithélial, est une maladie qu'il importe de bien connaître au point de vue thérapeutique. Suivant en effet qu'on suit au vis-à-vis de cette affection telle ou telle ligne de conduite, on peut voir survenir ou une guérison durable ou la perte du sujet. Le cancroïde a cela de commun avec le cancer, qu'abandonné à lui-même, il tend sans cesse à faire des progrès, et que, soit par l'état cachectique auquel il mène, soit par l'envahissement d'organes essentiels à la vie, il conduit à une terminaison funeste; mais le cancroïde se distingue du cancer par ce fait d'une importance capitale que, soumis à une ablation complète, il peut laisser place à une guérison durable et même définitive; de plus, c'est par une exception bien rare qu'on l'a vu se généraliser dans l'organisme. Je n'ai, pour mon compte, encore été témoin d'aucun fait de ce genre.

Une circonstance particulière a induit en erreur beaucoup de praticiens sur la conduite que l'on doit tenir, chirurgicalement parlant, à l'égard du cancroïde. Cette circonstance, c'est la dénomination de *noli me tangere,* qui a été longtemps appliquée à cette maladie et qui implique le précepte de respecter le mal dans son développement. Toutefois je dois reconnaître que, bien qu'essentiellement vicieuse en ce sens qu'elle exclurait toute méthode de traitement, la dénomination dont il s'agit a une raison d'être. Elle repose sur un fait de pratique que je dois vous signaler. Lorsqu'on se borne à appliquer sur la tumeur un topique quelconque, onguent, solution, pommade, caustique, etc., à titre de simple modificateur, bien loin d'arrêter les progrès du mal, on l'irrite, on l'exaspère, on hâte son développement. Le

précepte de ne pas toucher au cancroïde est donc fondé en ce sens, mais dans ce sens seulement.

Il en est tout autrement lorsqu'on agit de manière à obtenir la cure radicale. Lorsqu'on réussit à enlever complétement le cancroïde on peut, avons-nous dit, compter sur une guérison durable.

Par quels moyens peut-on obtenir l'extirpation de la maladie?

Divers caustiques ont été proposés pour la destruction du cancroïde.

Parmi ces caustiques nous devons signaler la pâte arsénicale de frère Côme et la poudre de Rousselot. L'un et l'autre sont très-douloureux et très-dangereux; très-douloureux, car ils donnent lieu pendant vingt-quatre heures à des souffrances atroces; très-dangereux, car la mort par empoisonnement a été dans certains cas la conséquence de leur application.

Le chlorure de zinc uni à l'amidon est un excellent caustique; mais il a, comme les composés arsénicaux, le grave inconvénient d'engendrer des douleurs intolérables qui persistent pendant plus de vingt-quatre heures après l'emploi de ce moyen.

La pâte de Vienne n'a pas moins d'action que tous les caustiques précédents, et, de plus, elle n'expose ni aux mêmes douleurs, ni aux mêmes dangers. Le seul reproche qui pourrait être adressé à cet agent de destruction des tissus organiques, c'est d'être diffusible, en ce sens que si l'on ne prend pas certaines précautions pendant son application, l'action cautérisante peut dépasser, plus ou moins notablement, les limites de la partie que l'on se proposait de détruire.

C'est à ce dernier caustique que je donne la préférence dans les cas semblables à celui que nous avons sous les yeux. Voici comment je procède à son application : Je fais faire une pâte de Vienne assez épaisse, assez consistante, afin d'éviter la tendance qu'aurait une pâte plus liquide à se répandre, à porter son action sur les parois environnantes. Puis je dispose autour de la tumeur qu'il s'agit de faire disparaître, un système de petites bandelettes en sparadrap, par suite duquel la circonférence de la production morbide se trouve très-exactement circonscrite, en même temps que les tissus circonvoisins sont protégés contre la diffusion possible de la pâte. Je laisse en place le caustique pendant cinq minutes, au bout desquelles je l'enlève avec soin de manière à n'en pas laisser la moindre parcelle dans les anfractuosités de la partie qu'on veut détruire. Quand on a soigneusement débarrassé la surface malade de la totalité de la pâte qui la couvre, il ne se manifeste qu'une douleur de courte durée. Pour obtenir ce que j'appelle la *cautérisation sèche,* je taille une rondelle d'amadou qui ait exactement la forme et les dimensions de la partie cautérisée et je l'applique sur cette surface. Il est très-essentiel que cette application soit d'une exactitude parfaite, c'est-à-dire que la rondelle d'amadou couvre toute la partie cautérisée et ne la déborde cependant sur aucun point. Car trop étroite elle laisserait à nu une partie de l'escharre; trop grande, ses bords tendraient à se relever et à se détacher. Pour que l'adhésion de l'amadou avec la surface escharrifiée soit le plus intime possible, il faut avoir soin de presser légèrement et pendant quelque temps sur tous les points de la rondelle, de manière qu'elle se confonde en quelque sorte avec la plaque cautérisée.

Quand cette adhésion a été ainsi obtenue, on laisse les choses en l'état jusqu'à ce que l'escharre se détache d'elle-même, ce qui n'a guère lieu qu'au bout de vingt-cinq à trente jours. Pendant tout cet intervalle il ne se produit aucune humidité, aucune suppuration. La plaie elle-même que laisse l'escharre éliminée est sèche; de là le nom de *cautérisation sèche,* sous lequel j'ai désigné ce procédé de destruction, procédé que l'on trouve d'ailleurs décrit avec tous les développements qu'il comporte dans mon *Traité de l'écrasement linéaire,* p. 539.

Chez la femme que nous allons opérer, le cancroïde siége sur le lobule du nez et sa destruction présente par cela même quelques difficultés. D'une part, en effet, les anfractuosités de la région malade permettent une application moins exacte du caustique. D'une autre part, les mouvements ou l'indocilité de la malade peuvent rendre moins facile le maintien en place de la rondelle d'amadou.

ÉTABLISSEMENT DU CREUSOT. — SERVICE MÉDICAL.

Kyste uniloculaire de l'ovaire. — Guérison radicale par une seule injection iodée,

Par M. le Dr Pignant, *médecin de l'établissement.*

Gourée, veuve, âgée de 50 ans, matelassière, est atteinte d'un kyste de l'ovaire dont elle fait remonter l'origine à quatorze ans. La tumeur, très-volumineuse, occupe la totalité du côté droit et dépasse de beaucoup la ligne médiane à gauche; elle est habituellement peu douloureuse à la pression, lisse, sans aucune bosselure, d'une consistance égale partout; on produit très-facilement le phénomène du flot. Jusqu'à ces dernières années, cette tumeur n'avait guère inquiété la malade que par son volume; mais depuis quinze mois environ, il est survenu des douleurs extrêmement vives dans le côté correspondant à la tumeur; ces douleurs arrivent presque tous les mois et durent quatre ou cinq jours. Légères d'abord et de courte durée, elles se sont accrues progressivement en durée et en intensité, au point de rendre la vie insupportable à la malade; chaque accès est plus fort et plus long que celui du mois précédent, et le traitement médical a de moins en moins d'efficacité : des applications de belladone guérirent les premiers accès, les seconds ne résistaient pas longtemps à des vésicatoires pansés avec la morphine; mais les derniers ne sont en rien modifiés par l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas. La malade voit avec inquiétude la marche toujours croissante de son affection et demande à en être débarrassée, quel que soit le danger auquel elle puisse être exposée.

J'appelai en consultation M. le docteur Camal, médecin en chef de l'établissement du Creusot, et encouragés par les succès publiés par M. Boinet, en 1850, nous résolûmes de faire suivre la ponction ordinaire d'une injection iodée.

On retira environ quatre litres d'un liquide citrin parfaitement limpide, puis on injecta dans le kyste 400 grammes de la solution suivante :

Eau. . . . . } ââ
Teinture d'iode. . . . . . }
Iodure de potassium Q. S. pour dissoudre le précipité.

Environ 100 grammes furent abandonnés dans le kyste.

On prescrivit des cataplasmes de farine de lin sur le ventre.

Contrairement à notre attente, la réaction fut à peu près nulle; c'est à peine si l'on constata un peu de fièvre dans les trois premiers jours qui suivirent l'opération; au bout de huit jours l'opérée se levait, le ventre était très-peu sensible à la pression; après quinze jours la malade, vaquant à ses affaires, fut considérée comme guérie. Le ventre était aussi plat qu'après l'opération : plus de douleurs.

Cette opération fut pratiquée dans le courant du mois de juin 1854, il y a par conséquent près de trois ans; j'ai souvent occasion de revoir cette femme, la guérison ne s'est pas démentie.

Cette observation, qui présente un fait de plus en faveur de l'innocuité des injections iodées dans les kystes simples de l'ovaire, et qui témoigne de la solidité des guérisons obtenues par cette méthode, fait voir aussi qu'un kyste de l'ovaire n'est pas une maladie aussi bénigne qu'on a bien voulu le dire. Celui de cette observation, bien que relativement peu volumineux, empoisonnait l'existence de la malheureuse qui le portait.

Réparation de la paupière inférieure,

Par M. Emile Marchand, de Sainte-Foy.

Les opérations d'autoplastie qui se pratiquent sur la face ne sont couronnées d'un succès complet qu'à la condition de la réunion immédiate des surfaces avivées. Cette condition est tout à fait indépendante du manuel opératoire, mais elle est, au contraire, subordonnée aux circonstances plus ou moins hygiéniques au milieu desquelles se trouvent placés les malades. Le chirurgien ne peut donc pas toujours espérer de réussir, puisqu'il ne dispose pas à son gré des ressources dont le concours lui est indispensable pour obtenir d'heureux résultats.

Jetons un coup d'œil sur ce qui arrive dans les hôpitaux à la suite d'une opération. Là, les réunions immédiates sont tellement rares que les chirurgiens ne cherchent pas toujours à les provoquer, instruits par l'expérience des difficultés avec lesquelles on les obtient. Quelquefois cependant, on tente ce mode de réunion; alors, au bout de quelques jours, la suture est douloureuse, la région opérée, tuméfiée, soulevée par une suppuration profonde, les trous des épingles s'agrandissent, s'ulcèrent, et le pus se fait jour à l'extérieur; ordinairement l'adhérence des lèvres de la plaie est complète en certain points, mais dans leur intervalle se développent des bourgeons charnus, et après ceux-ci restent des cicatrices visibles. Appliquez ce résultat à une opération longue et douloureuse, faite pour remédier à une simple difformité ou à une perte de substance de peu d'étendue, vous trouverez le bénéfice moindre que le prix qu'il a coûté et vous renoncerez à l'autoplastie.

Il ne faut pas cependant la proscrire d'une manière absolue, mais il faut sagement la réserver pour les cas où une grave lésion la rend nécessaire; car alors l'intervention du chirurgien est vraiment légitime.

Ces fâcheux résultats se rencontrent surtout dans les hôpitaux de Paris, où l'influence de l'agglomération des malades se fait puissamment sentir. Les causes de mort y sont fréquentes, et la réserve des chirurgiens, pour toutes les opérations qui ne sont pas indispensables, a sa raison d'être.

Heureusement, il n'en est pas de même partout. La salubrité de l'air des campagnes est depuis longtemps reconnue comme une des meilleures conditions à la guérison des malades, et à la prompte cicatrisation des plaies. D'un autre côté, le climat ne serait pas sans influence sur cette même cicatrisation, si l'on en croit les observations des chirurgiens des contrées méridionales de la France auxquels la réunion secondaire est presque inconnue. A la campagne, et dans le Midi, les opérations en général ont donc plus de chances de succès, et, par conséquent, les opérations d'autoplastie y sont praticables sur une plus large échelle. Là, en effet, les malades n'ont à redouter ni infection purulente, ni érysipèle; les surfaces saignantes se réunissent promptement, les lambeaux s'acclimatent si bien dans leur nouvelle position, qu'au bout de quelques mois on chercherait en vain des traces des incisions qui les circonscrivaient. Les opérés ont donc retiré de l'opération qu'ils ont endurée le bénéfice d'une très-grande amélioration.

L'observation que nous publions ici est un des cas heureux où la réunion par première intention a été suivie d'un succès complet. Elle fera ressortir toute l'influence des circonstances hygiéniques dont nous avons parlé plus haut, et ainsi expliquera les insuccès obtenus, malgré des soins irréprochables, dans les grands centres de population.

Le chirurgien qui publie ce fait, ne revendique pour lui-même que l'honneur d'avoir su faire servir un air salubre et une température clémente au soulagement de ses opérés :

M[me] M..., de Sainte-Foy, âgée de 60 ans, est atteinte d'un ectropion de la paupière inférieure du côté droit, avec granulations cancroïdes. Le globe de l'œil, sans cesse irrité par le contact de l'air, est rouge et injecté; les larmes s'écoulent sans cesse sur la joue correspondante. L'affection date de longtemps et marche avec lenteur. Divers traitements, tels que des cautérisations au sulfate d'argent, etc., ont échoué. Le mal a envahi toute l'étendue de la paupière inférieure, mais il n'a pas beaucoup gagné sur la joue.

L'opération est pratiquée en juin 1844. Deux incisions circonscrivent le mal et viennent se rejoindre à angle aigu un peu au-dessous du rebord inférieur de l'orbite; les deux angles de l'œil sont leur point de départ supérieur. Ces deux incisions forment une plaie triangulaire à base supérieure et comprennent toute l'épaisseur de la paupière inférieure, dont l'ablation complète met à nu toute la partie correspondante du globe de l'œil. Le doigt du chirurgien porté dans la plaie trouve, après ce premier temps, encore un peu d'induration en certains points, où le bistouri est porté de nouveau. Quand le mal est extirpé en totalité, on songe à la réparation. On ne peut penser à réunir les deux lèvres de la plaie, trop distantes l'une de l'autre pour que la réunion soit possible. C'est à la peau de la tempe qu'on va demander le lambeau réparateur.

Voulant le plus possible éviter la torsion du pédicule et les tiraillements si fréquents en pareil cas, le chirurgien profite de la direction oblique en bas et en dedans de la lèvre externe de la solution de continuité, et taille le lambeau de manière à placer son pédicule plus en dedans que sa portion mobile, de telle sorte que la locomotion de celle-ci puisse avoir lieu sans déplacement sensible de la portion adhérente. Voici de quelle manière ce résultat est obtenu :

Une première incision transversalement étendue de l'angle externe de l'œil jusqu'à la tempe, forme le côté supérieur du lambeau. Une deuxième incision, étendue de l'extrémité externe de la précédente, descend obliquement en bas et en dedans vers la joue, en suivant une direction parallèle à la lèvre externe de la plaie à réparer. Ainsi se trouve taillé un petit segment de peau qui est de forme quadrangulaire, et dont trois côtés vont être déplacés sur le quatrième, qui est adhérent et forme le pédicule.

Le lambeau est disséqué avec soin, et quand il a acquis une mobilité suffisante on procède à la suture.

On se rappelle que la solution de continuité a la forme d'un triangle à base supérieure. Le bord interne du lambeau n'étant autre chose que le bord externe de la plaie, est séparé de la lèvre interne de celle-ci par toute l'étendue de l'espace qu'il doit remplir. Ces lèvres saignantes sont mises en contact, et celui-ci est assuré par deux épingles placées l'une un peu au-dessous du grand angle de l'œil, l'autre à quelques millimètres au-dessus de l'angle inférieur de la plaie. Une autre épingle appliquée à l'angle externe de l'œil maintient le contact en ce point de l'extrémité externe du lambeau. La suture est achevée; la partie lavée avec soin. Voici quel est le résultat immédiat : la fente oculo-palpébrale paraît avoir, du côté malade, beaucoup moins de hauteur que du côté opposé; cela tient à la direction de la nouvelle paupière, dont le bord supérieur est roide et horizontal. Il existe sur la pommette et une partie de la tempe une surface dénudée de forme triangulaire, beaucoup moins étendue que le lambeau, dont une partie recouvre la partie la plus interne de cette plaie. Le pédicule du lambeau est le siége d'un simple froncement à peine sensible.

Pansement à plat. Charpie dans le fond de la perte de substance. — Pendant quelques jours lotion de la plaie matin et soir.

Bientôt les surfaces en contact sont réunies par première intention, sans suppuration ni bourgeons charnus. La plaie de la tempe se cicatrise avec plus de lenteur; on est obligé de réprimer avec le crayon de nitrate d'argent quelques bourgeons exubérants.

Un mois après l'opération, le résultat ne paraît pas encore bien brillant. — La cicatrice de la pommette est très-visible; le lambeau ne peut plus être distingué des parties molles environnantes, mais son bord supérieur, au lieu de se mouler sur la convexité du globe de l'œil, a conservé sa direction roide et horizontale. — Le globe de l'œil, gêné par ce contact ainsi que la paupière supérieure, garde une immobilité incommode. La conjonctive oculaire, se trouvant au contact de la face profonde,

encore rugueuse du lambeau, est rouge, injectée et douloureuse. Le bord libre de la nouvelle paupière n'est pas bien cicatrisé.

Mais quatre mois après, le résultat n'est plus le même. Le lambeau est complétement transformé en paupière. La face postérieure, lisse et rougeâtre comme s'il y avait une couche conjonctivale, permet les mouvements les plus étendus du globe oculaire. La nouvelle paupière n'est plus roide, son bord libre n'est reconnaissable qu'à cause de l'absence des cils. — La cicatrice de la tempe est linéaire. — On ne reconnaît pas, à première vue, l'opération qui a été pratiquée, on ne saurait même dire s'il y en a eu une. Une seule chose peut mettre sur la voie, c'est le raccourcissement qui existe entre le conduit auditif et l'angle externe de l'œil. En examinant attentivement on voit aussi que le point lacrymal inférieur de ce côté n'existe plus. Telles sont les seules traces qui restent de l'affection primitive et de l'opération. Il est à remarquer que le point lacrymal supérieur suffit dans ce cas à l'absorption des larmes, car, dans ce cas non plus que dans un autre absolument semblable pour le mode opératoire et ses résultats, il n'y a pas d'épiphora.

MÉDECINE CLINIQUE.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE.

De la médication arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes,

Par M. le Dr Ch. Frémy,

médecin des hôpitaux civils, ex-médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule.

(Suite. Voir le n° 4.)

En France, l'emploi de l'arsenic à l'intérieur se répandit moins vite ; M. Fodéré, à qui l'on doit réellement son introduction dans la thérapeutique, guérit plus de trois cents fiévreux, tant avec la solution de Pearson qu'avec les pilules d'acide arsénieux, sans observer le moindre accident ; mais, bien que les préparations arsenicales aient été essayées, dans ces derniers temps, par beaucoup de praticiens, un médecin militaire d'un grand mérite est vraiment le seul qui ait fait avec ce médicament des expériences sur une grande échelle. Les communications que M. Boudin a présentées à l'Académie de Médecine sont du plus haut intérêt. Ce praticien distingué était médecin à l'hôpital militaire de Marseille, en 1840, lorsqu'il commença ses premières expérimentations, qui furent continuées à l'hôpital de Versailles (1) et enfin à l'hôpital militaire du Roule, à Paris. Ces expérimentations prirent un tel développement, et le nombre des malades soignés par M. Boudin fut si considérable, qu'on peut maintenant l'évaluer à quatre ou cinq mille, tous fébricitants traités par les préparations arsenicales. Il faut bien le reconnaître, les expériences de M. Boudin sont venues témoigner bien haut en faveur de cette puissante médication.

C'est à partir de ce moment que l'on vit en France un grand nombre de praticiens employer avec succès et suivant les indications de M. Boudin, un traitement qui leur rendait possible la guérison des fièvres, que la cherté du quinquina dans certains cas, et l'impuissance de ce médicament dans d'autres, rendaient incurables. Nous citerons encore les travaux de MM. les docteurs *Massart*, à Napoléon-Vendée ; *Mazière*, médecin de l'hôpital d'Ile-Boin (Vendée), qui voyant les fièvres, traitées par le sulfate de quinine, récidiver avec une promptitude désespérante, soumit cinquante fébricitants, de l'âge de 12 à 65 ans, à l'usage de l'acide arsénieux. Les résultats obtenus furent tellement satisfaisants, que maintenant dans cet hospice le sulfate de quinine est réservé pour des cas exceptionnels ; *Bernier*, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Sarreguemines, sur huit cent-soixante malades (communication faite à l'Académie de Médecine) ; *Bering*, à Toul ; *Bertet*, à Cercoux ; *Literne*, à Luynes (Indre-et-Loire) ; *Teissier*, médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui termine son travail par les conclusions suivantes : l'acide arsénieux manié avec prudence est d'une innocuité complète, il partage avec le quinquina la propriété de couper les fièvres intermittentes ; *Vérignou*, médecin de l'hôpital civil et militaire d'Hyères, qui observa que, sur 31 fièvres intermittentes traitées par l'acide arsénieux, 21 malades prirent une seule fois la solution arsenicale, et la fièvre disparut; 9 en prirent deux fois. M. Vérignou traite annuellement à l'hôpital civil et militaire d'Hyères une moyenne de soixante fièvres intermittentes : le nombre des insuccès est insignifiant, jamais il n'a observé le moindre accident. C'est contre les fièvres intermittentes rebelles, invétérées et qui ont souffert de fréquentes récidives, malgré l'emploi du sulfate de quinine, ou qui ont résisté à ce sel, que l'acide arsénieux est administré avec un succès prodigieux ; *Bonnefoy*, chirurgien-major à Provins ; *Worbe*, à Rochefort, sur 796 malades dont 267 avaient eu des récidives ; *Garliglietti*, à Turin ; *Sigaud*, médecin de l'empereur du Brésil ; *Gonnet*, premier médecin en chef de la marine à la Guadeloupe, qui prescrivit, en 1849, à tous les médecins des hôpitaux de la Guadeloupe, d'employer les préparations arsenicales dans le traitement des fièvres intermittentes ; *Persiani*, médecin au Brésil ; *Uzerdo-Pinto*, médecin au Brésil ; *Travail*, médecin de l'hôpital à Marais-les-Dombs (Ain), qui constata en outre que les récidives furent à peu près nulles et incomparablement plus rares qu'après l'administration du sulfate de quinine.

En Algérie, des travaux considérables ont été faits par des hommes d'un grand talent, notamment par MM. Maillot, Huh et par d'autres médecins distingués. Nous citerons aussi les recherches du docteur Alexis *Espanet*, médecin de la Trappe de Staouëli, qui fut forcé de recourir à l'emploi de l'acide arsénieux dans un grand nombre de cas, et parvint de cette manière à réaliser une économie de 90 pour 100. De nombreux malades ont donc été traités par l'acide arsénieux dans les localités marécageuses de la France, en Corse, en Italie, en Afrique, dans l'Amérique du Sud, etc., etc., et jusqu'aux Antilles. Je regrette de ne pouvoir citer les témoignages de tous ces praticiens, beaucoup mieux placés que nous pour apprécier les ressources d'un agent thérapeutique appelé à rendre des services incontestables parmi les populations décimées par l'influence du miasme paludéen.

Ce n'est pas seulement dans le traitement des fièvres intermittentes que l'acide arsénieux a été employé comme spécifique. Ses propriétés remarquables furent mises à profit dans d'autres cas. Il suffira de les rappeler pour faire voir la parfaite immunité d'un médicament appelé à remplir un rôle important dans la thérapeutique.

De nos jours, *Biett*, à l'imitation des médecins anglais, a popularisé l'usage des préparations arsenicales dans le traitement des maladies de la peau, et cet usage est resté en vogue à l'hôpital Saint-Louis.

M. *Gibert*, qui a publié un excellent travail sur cette matière dans le *Bulletin de thérapeutique*, recommande l'acide arsénieux comme un médicament précieux dont l'immunité est complète, pour peu que le médecin en surveille les effets.

Nous devons rappeler, en outre, que, dès l'année 1839, un pharmacien militaire avait constaté l'existence de l'arsénite de chaux dans les eaux minérales de l'Algérie, et que, dans ces derniers temps, des chimistes du plus haut mérite, M. Thénard et M. Chevalier, ont signalé la présence de l'acide arsénieux dans les eaux minérales les plus efficaces, dans les eaux du Mont-

---

(1) Tout en nous associant de grand cœur au juste témoignage que notre excellent ami, M. Frémy, rend à M. Boudin, témoignage que nous-même avons rendu depuis longues années au savant médecin militaire, nous ne devons pas laisser oublier qu'un des travaux qui ont le plus contribué à donner en France du crédit à la médication arsenicale antipériodique, est le mémoire publié dans les *Archives générales de médecine*, par M. Masselot, médecin militaire qu'un trop grand dévouement à ses devoirs a prématurément enlevé à la science, et qui avait décrit dans son travail les propriétés et physiologiques et thérapeutiques de l'arsenic avec un talent d'observateur et une sage réserve qui devaient nécessairement dissiper beaucoup de préventions. (*Note du Rédacteur en chef.*)

d'Or, dans celles des bords du Rhin, de Bussang, etc., etc., et notamment dans celles de Vichy qui, d'après les analyses récentes d'un chimiste distingué, contiennent par litre 2 centigrammes d'arséniate de soude. Certaines sources laissent, en outre, déposer des quantités énormes d'oxyde de fer, dans lesquelles il a été possible de constater la présence de proportions considérables d'arséniate de fer. Une dame, envoyée aux eaux de Vichy, prenait sans inconvénient, tous les jours, une certaine quantité de ces dépôts qu'elle se fait, en outre, expédier pendant toute l'année. On sait que certains buveurs ne craignent pas d'absorber une quantité incroyable de ces eaux. M. Petit cite l'observation d'un malade qui en prenait chaque jour 30 litres. La proportion d'acide arsénieux que ce buveur avalait, se montait donc à 60 centigrammes par jour, sans qu'il eût ressenti le moindre accident de cette quantité d'eau chargée de principes des plus actifs et bue d'une manière si inconsidérée.

Les Illyriens et les Dalmates, d'après le rapport de Mossati, respiraient des vapeurs arsenicales au moyen d'un entonnoir pour se guérir d'angines de poitrine, d'asthmes, d'affections du cœur avec ascite et anasarque. Il n'est pas douteux maintenant que cet agent, administré dans certaines affections asthmatiques, n'ait une influence des plus heureuses sur les manifestations de ces maladies. Pour mon compte, dans quatre cas d'asthmes nerveux bien caractérisés et développés sous une influence héréditaire des plus anciennes, j'ai réussi à éloigner les accès par ce moyen en les modérant, et à les faire disparaître complétement. Cette médication n'est pas, évidemment, applicable à tous les cas d'affection asthmatique, et notamment à celles qui sont symptomatiques d'affections organiques du cœur ou du poumon lui-même. Il est des faits qui viennent prouver encore combien on a exagéré la crainte d'employer comme médicament les préparations arsenicales.

Depuis un temps immémorial, et par une habitude consacrée dans certains pays d'Allemagne, particulièrement dans le Tyrol, les chasseurs de chamois laissent fondre dans leur bouche un morceau d'acide arsénieux de la grosseur d'une lentille ordinaire, pour se donner la facilité de gravir sans être essoufflés les sommets des montagnes; et les jeunes filles de ce pays ne craignent pas d'employer de la même manière l'acide arsénieux pour augmenter leur embonpoint et donner à leur teint une fraîcheur particulière.

M. de Montigny, consul de France en Chine, assure que les Chinois du nord mêlent de l'arsenic à leurs tabacs et le fument dans leurs petites pipes. « Cette coutume, dit-il, est particulière « aux habitants des provinces de Ho-pou, du Het-chouen et du « Chan-tou. MM. les vicaires apostoliques de la Mantchourie et « de la Corée qui ont longtemps habité le Seao-tou, m'ont raconté que les habitants de cette contrée fumaient avec délices « les vapeurs alliacées de la drogue pernicieuse. L'usage du « tabac arsénié est tellement répandu dans cette région, qu'il « leur était impossible de s'en procurer qui fût exempt de tout « mélange toxique. Ils étaient obligés de faire venir des pro- « vinces centrales celui qu'ils fumaient. Les évêques que j'ai « cités m'ont également affirmé que les fumeurs d'arsenic étaient « ornés du plus bel embonpoint, que leurs poumons fonction- « naient comme le soufflet d'un forgeron, et qu'ils étaient en « outre rouges comme des chérubins; car les Chinois du sud « seuls ont la teinte safranée dont on qualifie la race entière. »

M. le professeur Stokes, de Dublin, fit cette intéressante remarque : que des fièvres d'accès qui exerçaient autrefois d'énormes ravages dans un district de Cornouailles, en avaient disparu complétement depuis l'établissement d'une fonderie de cuivre dans ce pays. On sait que, pendant la fusion de ce métal, il se dégage des quantités assez considérables de vapeurs arsenicales. Il serait permis de rapprocher de cette remarquable disparition des fièvres, sous l'influence des émanations arsenicales, l'action salutaire attribuée, par les Arabes de la province de Constantine, aux eaux minérales d'Hamman-mez-Koutin, dans lesquelles un officier de santé militaire très-distingué, M. Tripier, dit avoir constaté la présence de l'arsenic. La médecine vétérinaire emploie depuis bien longtemps les préparations arsenicales pour relever les forces des chevaux surmenés, et donner à l'estomac une puissance digestive altérée par la fatigue. M. Boudin a eu le courage, avant d'administrer ce médicament, d'en étudier sur lui-même l'action physiologique; il lui fut d'abord impossible de signaler quelque différence d'action entre les divers composés arsénieux dont il fit usage, après avoir expérimenté successivement l'acide arsénieux, les arséniates de soude, de potasse et d'ammoniaque, les effets principaux qu'il en éprouva furent une augmentation considérable de l'appétit, et un développement notable des forces dans un moment où il se trouvait épuisé par les exigences du service militaire, pendant la première épidémie du choléra qui régna dans Paris.

Pris à la dose de 2 milligrammes tous les jours, l'acide arsénieux accroît l'appétit, fait signalé également par Kecker, par Brett et M. Cazenave. La bouche ne tarde pas à s'humecter fortement d'une salive abondante et douceâtre, la chaleur à la peau est légèrement augmentée, et la liberté du ventre modifiée tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre. On peut constater quelquefois une augmentation dans la force et la fréquence du pouls ; Brett aurait remarqué dans ces changements du pouls une sorte de périodicité.

La médication arsenicale a été, en outre, employée pour d'autres affections que pour le traitement des fièvres paludéennes, et si nous citons quelques faits en dehors des applications spéciales qui font l'objet de ce travail, c'est pour que l'on soit bien convaincu de l'action énergique de ce médicament, qui est administré sans danger dans une série d'autres affections où il peut être appelé à rendre de grands services. Ainsi, Buchner et Fowler ont vanté ce médicament dans le rhumatisme articulaire aigu ; Harless rapporte plusieurs cas de guérison d'épilepsie et de chorée à l'aide de ce moyen ; Moodie assure que, dans l'Inde, les préparations arsenicales sont considérées comme douées de vertus spécifiques contre la morsure des vipères et des serpents, et c'est par imitation de cette pratique que J. Hunter avait proposé de les essayer dans le traitement de la rage.

Exalté outre mesure, pour la guérison du cancer, par un grand nombre d'auteurs, ce médicament, à peu près abandonné aujourd'hui dans cette maladie, pourrait être expérimenté de nouveau ; la science est riche de faits dès qu'il s'agit de certaines formes de la syphilis, même rebelles au mercure, et qui cèdent comme par enchantement aux tisanes de Feltz et d'Arnould, dont l'activité est due principalement à l'arsenic, qui s'y trouve combiné à l'antimoine. Il n'est pas douteux que ce remède peut rendre des services importants dans la syphilis constitutionnelle.

Nous avons vu que les préparations arsenicales possèdent des qualités précieuses dans le traitement des maladies chroniques de la peau, et spécialement dans celui de l'eczéma. Les Arabes en faisaient un fréquent usage, comme l'atteste le passage suivant de Rhazès : *Arsenici omnes species medentur scabici, herpeti et lepræ ulcerosæ.*

Ce médicament a été conseillé, par MM. Trousseau et Pidoux, comme enthelmintique et nous avons vu que Dioscorides en a vanté l'emploi dans le traitement de l'asthme. Avicenne dit textuellement : *Datur arsenicum in potionibus ad tussim antiquam quandoque etiam in pilulis contra asthma.* C'est dans ces mêmes circonstances qu'Etmüller faisait fumer un mélange de tabac et d'arsenic. Tout récemment, M. Trousseau a administré l'arsenic en cigarettes pour combattre la toux et la dispnée chez les phthisiques.

L'acide arsénieux agit d'autant plus sûrement dans ces circonstances que ces accidents affectent un type plus régulièrement périodique. Il n'est pas douteux qu'on peut employer avec succès ce moyen dans le traitement de certaines douleurs, avec exacerbations plus ou moins franchement périodiques et pouvant s'être manifestées en dehors de l'intoxication paludéenne. J'ai été pour mon compte à même, tout dernièrement, d'observer un cas de névralgie de nature rhumatismale affectant certaines portions du nerf facial, et cela depuis des années, ma-

ladie qui avait résisté au sulfate de quinine et à une foule d'autres médicaments, et qui céda, en l'espace de quelques jours, à l'emploi de quatre gouttes de teinture de Fowler.

J'employai également avec succès la liqueur de Fowler dans le cas suivant :

Une jeune demoiselle, tourmentée depuis plus d'une année par des névralgies rhumatismales erratiques donnant lieu à des accès de fièvre irréguliers, vit également tous ces accidents disparaître sous l'influence de la même dose de liqueur de Fowler; l'appétit revint d'une manière remarquable, et un certain degré d'engraissement avec coloration du teint fit cesser complétement les accidents de chloro-anémie que la durée de cette maladie avait déterminés.

D'où vient donc que des travaux si nombreux, si probants, n'ont pu parvenir à réhabiliter l'emploi de l'acide arsénieux comme fébrifuge? La raison en est facile à trouver; il a, sous ce rapport, à lutter contre un de ces remèdes héroïques dont malheureusement le nombre est trop restreint, nous avons nommé le quinquina, auquel le praticien donne d'autant plus volontiers la préférence que son immunité lui paraît mieux établie, et qu'il a plus l'habitude de le manier. Cependant, depuis l'occupation française en Afrique, depuis les travaux immenses qui ont remué et bouleversé le sol de la France et ont augmenté la quantité des fièvres paludéennes, depuis surtout les recherches si consciencieuses des praticiens trop modestes, exerçant leur art dans des pays ravagés par les fièvres, un fait considéré jusque-là comme exceptionnel a été définitivement acquis à la science, c'est qu'il est des fièvres intermittentes qui ne guérissent pas par le sulfate de quinine, ou qui, si elles guérissent temporairement, ne tardent pas à récidiver et se montrent réfractaires aux préparations de quinquina.

Enfin il est des malades, et nous avons vu ces faits se présenter fréquemment à notre observations, lors du retour forcé des malheureux colons envoyés en Afrique en 1848, qui, saturés de sulfate de quinine et souffrant d'accidents graves déterminés par l'emploi exagéré et non réfléchi de ce médicament, en étaient arrivés à préférer la fièvre à de nouvelles doses de sulfate de quinine.

Ainsi la ténacité des fièvres, et, dans certains cas, des contre-indications individuelles, ont conduit le médecin à recourir à d'autres agents médicamenteux dont les propriétés antifébriles avaient été déjà signalées.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MEDECINE CLINIQUE.

De la coloration bleue de la peau déterminée par le nitrate d'argent pris à l'intérieur,

Par M. Eichmann.

Nous avons publié, dans le numéro du 27 novembre dernier, une note de M. Jules Rouyer sur ce sujet, à propos d'un malade qui s'était présenté dans le service de M. Nélaton, et nous annoncions que plusieurs essais devaient être faits pour diminuer ou faire disparaître cette coloration de la peau. Mais le malade ne tenait pas beaucoup à reprendre sa teinte naturelle, et il quitta le service après y être resté seulement quelques jours.

Nous trouvons, dans un journal allemand, une note publiée sur ce sujet par M. Eichmann, qui a été à même d'en observer un plus grand nombre de cas :

« M. Eichmann a donné du nitrate d'argent cristallisé à 21 épileptiques. Dans 1 cas, ce médicament a procuré une guérison rapide et radicale; dans 3 cas, il fallut continuer longtemps la médication; sur les 17 restants, 5 furent soulagés. Il donne d'abord le médicament à la dose de 1/8e de grain, trois fois par jour, en pilules; on augmente graduellement jusqu'à 1 grain, 1 grain et 1/2, sans produire de désordres notables.

« Chez deux sujets qui en firent usage à haute dose pendant longtemps, apparut, neuf semaines après l'emploi du médicament, une couleur bleuâtre qui devenait peu à peu noire, et qui s'étendait sur une grande partie du corps; la teinte était surtout marquée aux mains, au cou et au visage; mais elle n'en était pas moins sensible sur le reste de la peau; elle manquait à la plante des pieds, aux genoux, aux coudes et partout où les sujets avaient des cicatrices.

« Attribuant la coloration à l'argent, M. Eichmann fit prendre, pendant trois semaines, des bains de potasse, et, pendant cinq semaines, des bains de savon; la couleur disparut à peu près chez certains sujet; chez d'autres, elle subsista encore pendant une année, et disparut peu à peu au bout deux ans et demi.

« Ces résultats sont conformes à ce qu'on sait déjà, soit de la valeur du médicament comme antiépileptique, valeur très-faible, sinon tout à fait nulle, soit de la ténacité de la coloration sous-cutanée. »

(*Ueber die Missfærbung*, etc., et *Gaz. hebd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

Nous avons eu plus d'une fois l'occasion d'entretenir nos lecteurs des travaux de cette Société, qui prend une part si active au mouvement chirurgical de notre époque, et dont l'importance s'accroît de jour en jour. Nous nous proposons, à l'avenir, de lui consacrer chaque semaine un article, et, dans ce but, nous avons chargé spécialement un de nos rédacteurs d'assister régulièrement aux séances. Tout en regrettant que le défaut d'espace ne nous permette pas de donner un compte rendu plus détaillé, nous ne négligerons rien pour offrir à nos abonnés une analyse fidèle des travaux les plus importants de cette Société.

H. de C.

Séance du 7 janvier 1857.

Enfoncement du pariétal pendant l'accouchement. — M. Danyau présente un cas de fracture avec enfoncement du pariétal, survenue pendant l'accouchement, sur un enfant qui, malgré l'existence d'une dépression profonde de la voûte du crâne, paraît jouir d'une très-bonne santé. Les lésions de ce genre ne sont pas extrêmement rares à la suite de l'application de forceps; mais ici le forceps n'a pas été appliqué. Il s'agissait d'une femme rachitique dont le bassin était déformé et rétréci. M. Danyau, au lieu d'employer les fers, préféra faire pratiquer la version, qui fut faite habilement en sa présence par l'interne du service. Il fallut exercer des tractions assez fortes sur le tronc pour faire passer la tête à travers le détroit supérieur. C'est pendant cette manœuvre que la fracture du pariétal s'est produite.

Fracture de l'extrémité supérieure du fémur par coup de feu. — Guérison avec conservation du membre. — M. Larrey présente ensuite un officier qui a reçu en Crimée un coup de feu à la partie supérieure de la cuisse. La balle a fracassé le fémur immédiatement au-dessous des trochanters. On réunit en consultation plusieurs chirurgiens habiles, qui s'accordèrent sur la nécessité de pratiquer l'amputation immédiate. Ils hésitèrent seulement entre la désarticulation coxo-fémorale et l'amputation pratiquée au niveau des trochanters. Mais le malade ne put se décider à sacrifier son membre, et il fit bien, car après l'issue de plusieurs esquilles et de plusieurs séquestres dont l'ensemble représente à peu près six centimètres de la longueur du corps du fémur, il a fini par guérir d'une manière complète, avec un raccourcissement de deux centimètres seulement. Les mouvements de la hanche sont très-bien conservés. Le genou est encore roide, mais cette roideur, qui s'est déjà dissipée en partie, paraît devoir disparaître tout à fait.

Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre.—M. Verneuil avait lu dans la dernière séance un rapport sur un travail important de M. Prô, relatif à cette question. La discussion de ce rapport s'est terminée aujourd'hui. Disons d'abord quelques mots du rapport. Lors-

qu'on songe à la multiplicité des livres et des mémoires publiés par les spécialistes sur les rétrécissements de l'urètre, on s'étonne de l'abandon dans lequel on a laissé l'anatomie pathologique de ces rétrécissements, et on ne comprend pas, par exemple, qu'on ait admis partout comme une chose démontrée que la partie membraneuse de l'urètre est le siége presque constant des coarctations. M. Alphonse Guérin ayant eu l'occasion, pendant la durée de son prosectorat à l'amphithéâtre de Clamart, de disséquer un grand nombre de rétrécissements plus ou moins prononcés, fut extrêmement surpris de trouver que dans *tous* les cas la portion membraneuse était saine. Ces faits sont consignés dans un travail qui fait partie des *Mémoires de la Société de chirurgie*. De son côté, M. Shaw était arrivé à des conclusions analogues par l'examen de pièces déposées dans plusieurs musées de Londres. Un pareil résultat prouvait qu'on n'avait jamais étudié sérieusement l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre, et M. Prô, pour combler cette lacune, n'a pas cru pouvoir mieux faire que d'aller à Londres, où il a trouvé, dans les divers musées, 123 pièces de rétrécissements. M. Verneuil donne dans son rapport le relevé de ces 123 pièces considérées sous le point de vue du siége de la coarctation. Rétrécissements au commencement de la portion spongieuse, 20 cas: à la partie moyenne de cette même portion, 17; dans son tiers postérieur, en avant du bulbe, 13; au niveau du bulbe, 12; à l'union de la portion spongieuse et de la portion membraneuse, 10; enfin dans la portion membraneuse, 33. Ce relevé porterait à environ 1 sur 4 la fréquence des rétrécissements de la portion membraneuse de l'urètre, ce qui s'écarte autant de l'opinion commune que de l'opinion de M. Guérin.

A la suite de ce rapport, M. Guérin a pris la parole, et a demandé au rapporteur des renseignements sur ces 33 cas de rétrécissements de la portion membraneuse. Quant à lui, il n'a jamais vu aucun cas de ce genre; et sans vouloir nier la possibilité de ces rétrécissements, il croit au moins être en droit de les considérer comme très-exceptionnels. Il y a un autre point qui l'étonne dans le travail de M. Prô. L'auteur parle des brides de la muqueuse urétrale comme d'une chose assez fréquente. Or, M. Guérin n'a jamais vu ces brides; il les croit fort rares, si même elles existent. Il s'est assuré que le plus souvent, sinon toujours, le tissu des rétrécissements est situé au-dessous de la membrane muqueuse, et non dans l'épaisseur de cette dernière, qui reste saine, et qui ne présente ni indurations, ni valvules, ni brides.

M. Verneuil a répondu aussitôt que M. Prô n'ayant malheureusement pas pu donner la description isolée et détaillée de chaque pièce, et ayant même été le plus souvent obligé de s'en rapporter aux documents consignés sur l'étiquette des bocaux. On ne peut donc tirer du travail de cet auteur que des conclusions fort peu affirmatives. Le rapporteur a été surpris comme M. Guérin de la proportion considérable des rétrécissements de la portion membraneuse; il a remarqué en outre que toutes ces pièces embarrassantes viennent du musée de Hunter. Il pense que c'est parce que les bocaux de ce musée ont été étiquetés il y a fort longtemps, à une époque où on n'y regardait pas de bien près, tandis que dans les autres musées de Londres, dont le catalogue est plus récent et plus précis, on ne trouve pas d'exemple de rétrécissement de la portion membraneuse.

La discussion en était restée là à la fin de la précédente séance. Aujourd'hui M. Verneuil, à l'occasion du procès-verbal, est monté à la tribune pour faire connaître quelques recherches bibliographiques auxquelles il s'est livré depuis huit jours. Jugeant comme M. Guérin et comme M. Giraldès, que les faits consignés dans le travail de M. Prô, trop sommaires pour être discutables, sont en même temps trop peu positifs pour être acceptés sans contrôle, M. Verneuil a eu l'idée de chercher des documents plus précis dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Il a dépouillé en entier cette importante collection qui s'étend depuis 1825 jusqu'à nos jours. Il y a trouvé la description de 30 rétrécissements de l'urètre, observés sur 24 malades seulement, attendu qu'il y a 6 cas de rétrécissement double. Voici le résultat de ce relevé pour ce qui concerne le siége des rétrécissements : portion spongieuse de l'urètre, 15 cas; bulbe, 7; à l'union du bulbe avec la portion membraneuse, 4. Total, 26 cas étrangers à la portion membraneuse.

Trois fois seulement il est dit que la partie membraneuse était malade; mais ces cas laissent beaucoup à désirer. C'est d'abord un fait ou plutôt une assertion sans description ou sans discussion, où il est dit simplement, en une demi-ligne, qu'on a présenté une pièce de rétrécissement de la partie membraneuse; puis un second cas où il est dit également que cette portion était rétrécie; mais on lit dans l'observation qu'on avait faite, pendant la vie, 27 incisions intra-urétrales qui avaient labouré la muqueuse, et rendu la lésion méconnaissable. Du reste, la description est à peine ébauchée. On lit dans l'obs. III que le rétrécissement s'arrête à 4 centimètres en arrière du veru-montanum, et qu'à partir de ce point, il occupe, d'arrière en avant, une étendue de 6 millimètres. La partie antérieure du rétrécissement est donc située à 4 centimètres 6 millimètres du veru-montanum; ces mesures sont précises, et, contrairement au titre de l'observation, elles forcent à admettre que le rétrécissement était réellement situé au niveau du bulbe.

Le trentième et dernier fait est intitulé rétrécissement de la portion prostatique de l'urètre, mais il y a certainement une faute d'impression ou de rédaction, car il est dit que le rétrécissement a un pouce et demi de long; or, la portion prostatique tout entière est loin d'avoir une pareille longueur; la chose est donc tout simplement impossible.

Ce relevé, ajoute M. Verneuil, prouve que les rétrécissements de la portion membraneuse sont au moins très-rares; et il est d'autant plus concluant que les descriptions ont été faites à une époque où on croyait que la partie membraneuse était le siége de prédilection des rétrécissements.

M. Giraldès, après cette communication, revient sur le travail de M. Prô, et pense, comme ses collègues, que les assertions de cet auteur sur les 33 rétrécissements de la portion membraneuse ne méritent qu'une confiance très-limitée. M. Giraldès, qui connaît les musées de Londres pour les avoir souvent visités, affirme que M. Prô n'a pu examiner les pièces qu'à travers les bocaux, et qu'il a dû s'en rapporter aux documents consignés sur les étiquettes ou sur les catalogues. Il ajoute que la rareté excessive des rétrécissements de la portion membraneuse est aujourd'hui admise par la plupart des chirurgiens de la Grande-Bretagne, et notamment par M. Syme, qui se sert de cet argument, à l'appui de son opération de l'incision périnéale.

La discussion étant close sur ce point, M. Chassaignac a commencé la lecture d'un *Mémoire sur le traitement des hémorrhoïdes par la méthode de l'écrasement linéaire*. Nous attendrons que cette lecture soit terminée pour en donner l'analyse.

Cours de toxicologie. — M. le docteur Reveil, agrégé de toxicologie à l'Ecole supérieure de Pharmacie, agrégé stagiaire à la Faculté de Médecine, commencera le jeudi 22 janvier, à huit heures du soir, un *Cours public de toxicologie et de chimie légale*, et le continuera les jeudis et samedis suivants, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole Pratique.

Cours sur les eaux minérales *envisagées au point de vue de la thérapeutique*. — Le docteur Durand-Fardel commencera ce Cours le lundi, 19 janvier, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole Pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Considérations pratiques sur les vices de conformation du bassin. Leçons et observations recueillies à la clinique d'accouchements de M. le professeur Paul Dubois, par M. Jules Rouyer. — Chez Leclerc, 14, rue de l'École-de-Médecine. — Prix : 1 fr. 25 c., et par la poste, 1 fr. 50 c.

Recherches sur les causes et les indications curatives des Maladies nerveuses, par le docteur O. Landry. — Brochure in-8° de 136 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Au bureau du Journal.

Chez LABÉ, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PHYSIOLOGIE HUMAINE,

Contenant les *Principales notions de la physiologie comparée*, par J. Béclard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. — 2e édition, considérablement augmentée. — Un très-fort volume in-8° de 1130 pages, avec 203 figures intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr., rendu franc de port dans toute la France.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 8. 5e année. Samedi 17 Janvier 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

SOMMAIRE. — **Paris** : Accusation d'infanticide. — **Académie impériale de Médecine.** Séance des 6 et 13 janvier 1857. — **Variétés scientifiques.**

Paris, 16 janvier 1857.

Accusation d'infanticide.

Deux rapports médico-légaux. — Remarques sur ces rapports.

Un de nos honorables correspondants qu'anime seul l'amour de la vérité et de la justice, nous prie de donner notre avis sur une affaire médico-légale qui doit se présenter prochainement devant un des principaux tribunaux d'Italie, et à propos de laquelle des dissentiments se sont élevés entre les divers médecins-experts. L'importance de l'affaire, ces dissentiments eux-mêmes ne nous permettaient pas de nous abandonner à nos seules impressions pour formuler un avis, et nous avons dû recourir aux lumières spéciales de notre savant et scrupuleux ami, M. Depaul, secrétaire de l'Académie de Médecine et professeur-agrégé de la Faculté pour la section des accouchements. — H. de C.

Nous allons d'abord reproduire, d'après la traduction qui nous en a été adressée, les deux rapports déjà rédigés sur l'affaire dont il s'agit; nous présenterons ensuite les remarques que ces rapports nous ont suggérées.

PREMIER RAPPORT.

Les soussignés G.... et Ild.... P...., médecin et chirurgien, sur l'invitation de M. O.... S...., juge d'instruction près le tribunal civil et criminel de P.... (Italie), se sont rendus à P...., le 31 août 1856, où, ensemble avec M. le docteur C...., médecin de la commune, ils ont été chargés d'examiner et autopsier le cadavre d'un enfant nouveau-né, trouvé dans un puits, afin de déterminer :

1° Si il était né à terme, vivant ou mort;
2° Si, né vivant, il était viable;
3° La cause qui a pu déterminer sa mort.

Les soussignés ont constaté ce qui suit :

Le fœtus, du sexe mâle, est du poids de 6 livres (1 kil. 968 gr.); la longueur totale du corps était de 48 centimètres; la distance du sommet de la tête au nombril était un peu plus de la moitié de la longueur du corps; les membres étaient légèrement contractés, tandis que la rigidité cadavérique des autres parties était nulle.

La longueur des membres supérieurs, mesurée de l'épaule à l'extrémité du doigt médius, était de $0^m,10^c$ environ; celle des membres inférieurs, mesurés du trochanter au talon, de $0^m,95^c$.

La circonférence du crâne et celle de la poitrine n'ont pu être prises exactement, ces parties étant déformées par un emphysème cellulaire sous-cutané; cependant, la tête parut présenter les diamètres ordinaires, aussi bien que la poitrine.

Le cordon ombilical avait une longueur de $0^m,36^c$; son extrémité était déchirée et inégale.

Le cadavre se trouvait dans un état de putréfaction tel, que l'épiderme, à la moindre pression, se détachait sur presque toutes les parties du corps; sur les mains et sur les pieds, non-seulement l'épiderme était soulevé et froncé, mais, dans quelques points, il était tout à fait détaché à tel point que les ongles se détachaient avec lui; dans quelques points il manquait complétement.

Les cheveux, de couleur brune, étaient peu adhérents par suite de la putréfaction.

La face était gonflée et de couleur verdâtre en quelques points.

Les yeux étaient un peu enfoncés, la cornée terne, et il était difficile de déterminer la couleur de l'iris; le nez était aplati et la bouche fermée.

L'emphysème du tissu cellulaire sous-cutané de toute la région temporale droite s'étendait aussi à toute la moitié de la région occipitale; il s'observait aussi, mais moins prononcé du côté opposé.

Outre ces parties, les effets de la putréfaction s'étendaient aussi à toute la face, à la poitrine, au ventre, au dos, aux régions lombaires, où ils étaient moindres, et, enfin, aux régions inguinales et pubiennes, où ils étaient très-peu prononcés.

A la partie supérieure de la région occipitale gauche, au niveau de la suture lambdoïde se trouvait une ecchymose de $0^m,03^c$ de long sur $0^m,01^c$ de large, dirigée de gauche à droite, de bas en haut et de dehors en dedans.

Les membres inférieurs et supérieurs portaient, en divers endroits, les mêmes marques de putréfaction que les autres parties du corps.

Du côté droit de la poitrine, l'emphysème était plus marqué que dans les autres parties; il s'étendait jusque sous l'aisselle du même côté; le ventre était ballonné. Le cordon ombilical portait aussi les marques de la putréfaction, principalement sur la moitié du côté de son implantation.

Les organes génitaux extérieurs étaient tout à fait excoriés, les *ongles* (1) étaient complets.

La muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche était pâle et ne présentait aucun signe de lésion ou violence.

De l'anus sortait spontanément le méconium; on le trouvait répandu sur le linge dont était enveloppé le fœtus; l'orifice de l'anus était intact et ne laissait voir aucun vestige de blessure ou violence.

(1) C'est probablement les *organes* qu'il faut lire, et le mot *ongles* est sans doute une erreur de copiste. — (*N. du R.*)

L'examen extérieur étant ainsi terminé, les soussignés passèrent à la nécroscopie et trouvèrent ce qui suit :

Dans la cavité abdominale :

Le foie volumineux, de couleur obscure, et couvert à sa superficie de petites bulles formées par les gaz qu'avait développés la putréfaction.

L'estomac et les intestins grêles sont de couleur légèrement rougeâtre; le premier tout à fait vide, les seconds un peu distendus par les gaz qu'ils contenaient.

Le gros intestin, c'est-à-dire les colons, l'S iliaque, le rectum étaient pleins et distendus par le méconium.

La rate, à son complet développement, était couverte aussi en quelques parties des susdites bulles

Le diaphragme était adossé aux viscères du bas-ventre et principalement au foie; ayant extrait celui-ci de sa cavité et l'ayant jeté dans l'eau, il flotta à peine et tomba au fond après une compression légère sous l'eau, circonstance qui ne se répéta pas pour les autres viscères. Les vaisseaux ombilicaux montraient des indices sensibles d'un commencement d'atrophie.

Le thymus avait son développement naturel.

Les poumons, de couleur rosée, occupaient presque en totalité la respective cavité de la poitrine.

Le péricarde était, sur un très-petit espace, couvert par le rebord pulmonaire; il était dilaté par des gaz et du sérum légèrement teint.

Sur la surface du poumon on observait çà et là quelques bulles, formées par le gaz amassé sous la plèvre, que la putréfaction avait développé, mais en moins grande quantité que dans les autres viscères.

Le fond de la cavité thoracique était aussi occupé par une légère effusion de sérum sanguinolent.

On enleva les poumons avec le cœur et la glande thymus, on les jeta tous réunis dans l'eau; les premiers flottèrent, mais le cœur et la glande thymus allèrent au fond.

Les poumons furent détachés du cœur et de la glande, et, ayant été mis séparément dans l'eau, les premiers nagèrent complétement, tandis que le cœur, la glande, tant unis que divisés, se précipitaient au fond du vase.

Le poumon droit fut détaché du gauche, et en coupant ses lobes on remarqua sous la coupure la crépitation particulière à ce viscère quand il a été pénétré par l'air, et dès qu'ils furent mis dans l'eau ils flottèrent également. Les lobes furent découpés en petits morceaux et bien pressés sous l'eau pour en faire sortir tous les gaz produits par le travail de la putréfaction (en pressant ces morceaux sous l'eau, les gaz qui en sortaient se présentaient à la surface de l'eau en grosses bulles); ils flottèrent également, malgré les pressions plusieurs fois renouvelées.

Le cœur était distendu; les cavités droites principalement se montraient pleines de sang; les veines coronaires turgides et semées de rares bulles; les vaisseaux précordiaux étaient aussi distendus par du sang liquide, comme les susdites cavités. Le trou de Botal commençait à se fermer, et le canal artériel à peine à se flétrir.

Dans le larynx, dans les grosses bronches, on ne trouva aucune substance étrangère, pas même de l'eau.

Avant de passer à la nécroscopie de la tête, on porta l'observation sur l'ecchymose de la région occipitale déjà nommée; elle n'occupait que les téguments et les tissus péricrâniens sans s'étendre à l'os, et était formée par du sang épanché.

A peine la cavité du crâne fut-elle ouverte, que la substance cérébrale s'échappa désorganisée et liquide; pour cette cause, les recherches ne s'étendirent pas sur elle, cela étant tout à fait impossible.

Les vaisseaux méningiens étaient aussi injectés et distendus par du sang et des bulles d'air.

Non-seulement dans les parties sus-indiquées le sang se montrait tout à fait liquide, mais aussi dans toutes les parties du corps les tissus en étaient imbus et suffisamment injectés.

De tout ce que les soussignés ont observé, ils croient pouvoir conclure :

1° Que le fœtus est né vivant et à terme, et qu'il a respiré, malgré que la respiration n'ait pu être bien prolongée;

2° Qu'il était viable, puisqu'on n'a trouvé aucune lésion organique congénitale qui fût incompatible avec la vie;

3° Que, d'après l'état dans lequel se trouvèrent les viscères et les tissus, on peut déclarer qu'il a été submergé dans l'eau pendant environ douze à quinze jours, et cela eu égard à la température de l'eau qui marquait 12° Réaumur.

De plus, ils croient pouvoir affirmer que la putréfaction de l'enfant a commencé et s'est opérée dans l'eau et non sous l'influence de l'air atmosphérique, comme le prouvent la marche et le progrès qu'elle a suivis. Pour ce qui est de la cause qui a pu déterminer directement la mort, on ne peut avec absolue sécurité déclarer que l'asphyxie a eu lieu dans l'eau, malgré que l'engorgement du cœur et des gros vaisseaux méningiens tende à le prouver; mais il n'est pas impossible qu'un fort choc au cerveau occasionné par une chute quelconque, ou quelque autre violence exercée sur la tête de l'enfant y ait pu produire une compression ou commotion, et y ait apporté en quelque sorte la mort et des résultats nécroscopiques analogues à ceux qu'on vient de décrire.

Les soussignés hésitent donc à déclarer d'une manière absolue si la cause de la mort a été l'asphyxie ou quelque affection cérébrale, comme on pourrait le déduire des lésions trouvées à la région occipitale.

Signé : C.... (J.), G... (J.), P....

P...., 3 septembre 1856.

Expertise sur l'inculpée.

Sur l'invitation....., etc., ont visité la nommée M. B.... afin d'établir si cette femme portait les traces d'un accouchement récent, et, dans cette visite, ils ont constaté ce qui suit :

Cette femme présentait autour de la vulve une tache rouge, tant à la région pubienne qu'autour des cuisses, de la largeur d'environ 2 pouces, occasionnée peut-être par le contact des matières qui s'écoulaient, celles-ci n'étant pas retenues avec les précautions ordinaires. Les parois du ventre étaient flasques, et on voyait sur les côtés des traînées livides qui ressemblaient beaucoup aux cicatrices communément dites crevasses du ventre, ce qui n'arrive seulement qu'aux femmes qui sont accouchées.

La vulve était dilatée, les grandes et petites lèvres légèrement rougeâtres; dans ces parties aucune marque de contusion et d'*abrasion* (1) n'existait en correspondance de la fourchette, laquelle se trouvait détruite. Du vagin s'écoulaient des matières séreuses de couleur blanc-jaunâtre, dont l'odeur répondait à celle des lochies des femmes qui sont accouchées depuis quelque temps.

A l'exploration, on trouva l'orifice utérin un peu enflé et inégal; cette exploration fut déclarée douloureuse par la patiente.

Les seins n'étaient pas encore tout à fait mous au toucher; les bouts de sein, d'une couleur plutôt obscure, étaient couronnés d'une auréole presque livide; sous la pression, on voyait suinter le lait; la mamelle gauche le donnait assez continu, de couleur blanc sale, pendant que la droite le donnait par gouttes fréquentes, de couleur blanc jaunâtre ressemblant au colostrum, mais plus consistant.

De cet examen, les soussignés experts déduisent que la nommée M.... B.... était depuis quelques jours accouchée, et que la délivrance n'a guère pu être effectuée depuis plus de dix jours, et bien sûrement ne dépasse pas les vingt jours. Toutefois, ils ne peuvent indiquer une époque plus précise parce que l'on sait qu'après une semaine écoulée, quand les parties tendent à se reconstituer, les signes qui restent varient selon le tempérament de l'individu, selon son état habituel de santé, et aussi selon les

(1) Nous pensons que les experts ont entendu par ce mot aucune trace d'opération récente; mais nous avons dû conserver l'expression du traducteur, n'ayant pas sous nos yeux le texte italien.

circonstances qui ont accompagné l'accouchement ou qui l'ont suivi.

En outre, la structure tout à fait normale de M.... B.... laisse croire qu'elle avait pu accoucher du fœtus que les soussignés ont visité déjà, puisque celui-ci n'avait rien d'exagéré et hors des proportions ordinaires dans son développement et que rien ne désharmonisait dans ses parties constituées.

P...., 3 septembre.

DEUXIÈME RAPPORT.

Le tribunal se trouvant insuffisamment éclairé par cette expertise, ou voulant tout au moins en faire confirmer les conclusions, chargea un autre expert de répondre aux questions suivantes :

1° Si l'enfant dont a été visité le cadavre, le 31 août à quatre heures de l'après-midi, est né vivant et viable, et de quelle époque peut dater sa naissance?

2° Quelle peut être la vraie, l'unique et immédiate cause de sa mort?

3° S'il fut jeté vivant dans le puits dont il fut extrait à neuf heures et demi du matin, le 31 août?

4° Si l'ecchymose qui occupait seulement les téguments et les tissus péricrâniens, trouvée dans la partie supérieure de la région occipitale gauche, peut provenir de la chute de l'enfant dans le puits?

5° Si la lésion dont il s'agit pourrait être rapportée à la chute de l'enfant sortant du sein maternel sur un tas de fumier; car l'inculpée, supposée mère de l'enfant, affirme avoir accouché vers une heure et demie du matin, le 17 août de cette même année, d'un enfant mort, étant accroupie sur un tas de fumier comme pour satisfaire un besoin.

6° Si la lésion dont on parle peut avoir été faite sur un corps vivant ou mort?

7° Si, de toute manière, cette lésion pouvait produire une commotion cérébrale qui fût la vraie et immédiate cause de la mort?

8° Si, supposé que dans le puits où on a jeté l'enfant, on eût jeté aussi le placenta, celui-ci n'aurait pas dû venir à la surface de l'eau avant le petit cadavre?

9° Si des résultats de l'inspection faite sur l'inculpée M... B..., on peut déduire qu'elle soit naturellement accouchée d'un enfant ayant les dimensions et le poids de celui qui fut l'objet d'une visite judiciaire, le 31 août 1856?

10° Si le sang sorti en abondance de l'utérus de la susdite M... B.., tout de suite après l'accouchement, pouvait être tout à fait liquide et de couleur vive et tel enfin qu'une sage-femme qui se fût limitée à observer la quantité et la qualité de ce sang ait pu se tromper, au point de croire que M... B..., bien au contraire, d'avoir accouché, ait eu une perte?

Le nouvel expert désigné fit à ces questions les réponses suivantes :

On ne peut dire si cet enfant était à terme, car les experts dans leur rapport ont oublié d'indiquer la plus grande partie des signes par lesquels on peut avec une certaine sûreté arriver à la solution de cette question :

Il n'est pas parlé de l'état de l'ossification, et les experts ont oublié d'examiner un point principal, je veux dire les condyles du fémur, pour y constater le point osseux qui existe toujours quand l'enfant est né à terme.

Il n'est rien dit non plus des cloisons que l'on rencontre sur le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, selon les observations d'Olivier (d'Angers); de l'état des ongles : s'ils étaient fermes et si ils couvraient et dépassaient l'extrémité des doigts; si la fibre musculaire était bien développée; ils n'ont pas indiqué le point où se trouvaient les testicules, etc.

L'état de putréfaction du cerveau, déjà si avancé, empêche de dire aussi si l'enfant était viable, quand même il résulterait qu'il était né à terme, parce que, dans ce viscère si important, on aurait pu découvrir par l'autopsie une condition pathologique quelconque, qui n'était plus reconnaissable après une action de putréfaction qui avait déjà pu réduire la substance cérébrale à un état liquide comme de la crème.

Les experts n'ayant pas examiné l'épine dorsale, on ne peut dire non plus dans quelles conditions se trouvait la moelle, où l'on aurait pu trouver une cause naturelle de mort.

On ne peut non plus, d'après l'expertise, dire si l'enfant avait respiré, parce qu'on a procédé à la seule docimasie hydrostatique de Galien, capable seulement de démontrer la présence de l'air dans les poumons, mais insuffisante à elle seule pour démontrer que cet air soit entré par la respiration plutôt que par insufflation.

Quelques remarques faites sur l'état des vaisseaux du fœtus, telles que l'oblitération commençante du trou de Botal, la flétrissure du conduit artériel, sont non-seulement insuffisantes, mais contradictoires avec le principe établi par les experts, — que la respiration n'a pas dû être bien prolongée, — puisque d'après les observations de Bernt, confirmées tout récemment par Elsasser, faites sur 370 enfants, il est démontré qu'il faut quelques heures de vie au moins pour qu'il se fasse quelques changements sensibles dans le trou et les vaisseaux sus-indiqués, et qu'en tous cas, celui qui ordinairement tarde le plus à ressentir l'influence du changement de circulation est le trou de Botal, sur lequel les experts auraient trouvé des changements plus positifs.

On ne peut rien déduire de l'ecchymose pour deux raisons : 1° parce qu'elle n'a pas été observée avec beaucoup de soin; 2° parce que, d'après les expériences entreprises par M. Christison, rapportées par M. Taylor, il n'y a pas de caractères assez tranchés pour distinguer les ecchymoses faites pendant la vie de celles faites deux ou trois heures après la mort.

Enfin, si la putréfaction était assez avancée pour empêcher les experts de procéder à la détermination des diamètres de la tête et du thorax, il était encore plus difficile d'apprécier le volume de la tête d'après une simple inspection oculaire et avec tant de précision qu'ils affirment, sans même avoir procédé non plus à la détermination des diamètres du bassin de M.... B...., que ce fœtus peut avoir été mis au monde par elle.

Signé : L.... Z....

REMARQUES SUR CES DEUX RAPPORTS.

Pour ne pas donner à ces remarques une étendue trop grande et ne pas obscurcir les questions principales par des détails inutiles au but que les rapports ont dû se proposer, nous nous bornerons à l'examen des questions suivantes :

1° *L'enfant était-il à terme?*

Si une erreur ne s'est pas glissée dans la copie du premier rapport qui fixe à *un kilogramme* 968 grammes le poids du fœtus, il serait à peu près certain que ce fœtus n'était point né à terme. Le poids moyen des enfants nés à terme est de 3 kilogr. à $3^{k},500^{g}$, et ce n'est que dans des cas extrêmement rares, et alors qu'un trouble grave a entravé la nutrition de l'enfant (altération profonde du placenta, etc.), que celui-ci peut arriver à terme avec un poids de *deux kilogrammes*. Mais dans ces cas, il faut le dire, ce n'est pas seulement le poids de l'enfant qui est diminué, c'est aussi son développement en longueur; or, dans le rapport, la longueur notée est de 48 centimètres, c'est-à-dire sensiblement la longueur moyenne des enfants à terme. Il y a donc contradiction entre ces deux chiffres, s'il n'y a pas erreur de copiste. S'il y a erreur de copiste, et que le poids de l'enfant fût de *deux kilogr.* 968 gr., ce poids, concordant avec la longueur de l'enfant, prouverait que celui-ci est né à terme ou très-près du terme; mais

cette conclusion aurait laissé moins de doute encore, si les premiers experts avaient constaté l'état du système osseux, notamment dans les points indiqués par le second rapport.

2° *L'enfant est-il né vivant?*

Cette question est, en pratique médico-légale, synonyme de celle-ci : *L'enfant a-t-il respiré?* Les détails anatomiques donnés par les premiers experts et les expériences physiques qu'ils ont faites démontrent d'une manière à peu près indubitable que les gaz trouvés dans les poumons du fœtus y avaient été introduits pendant la vie, soit par insufflation, soit par des mouvements naturels de respiration. Des gaz développés par la putréfaction n'auraient donné aux poumons, encore renfermés dans la cavité thoracique, ni le développement ni la *couleur rosée* qu'ils avaient, d'autant plus que, la putréfaction des poumons s'opérant plus tard que celle de la plupart des autres organes, elle ne pouvait pas dans ce cas être fort avancée et par conséquent avoir donné lieu à un grand développement de gaz. En outre, l'un de nous (M. Depaul) a pu s'assurer, en observant un grand nombre de putréfactions d'enfants nouveau-nés, que les poumons qui n'ont point respiré conservent pendant la putréfaction leur couleur brune, leur consistance et leur aspect charnus, en un mot, leur tissu analogue à celui du foie, et que jamais ils ne prennent la teinte *rosée* des poumons qui ont respiré. Néanmoins, les éléments de certitude ne pouvant être trop accumulés dans les expertises médico-légales, il est à regretter que les premiers experts n'aient point recueilli les gaz renfermés dans les poumons pour en faire l'analyse chimique; cette analyse aurait levé toute incertitude.

3° *Si l'enfant est né vivant, a-t-il vécu longtemps?*

Les renseignements contenus dans le premier rapport rendent difficile la réponse à cette question.

Les modifications que paraissent avoir subi le canal artériel et surtout le trou de Botal, dénoteraient, ainsi que le fait remarquer le second rapport, que l'enfant a vécu au moins quelques heures. La grande quantité de méconium trouvé dans le gros intestin tend au contraire à prouver que l'enfant n'a vécu que très-peu de temps, car après quelques heures de vie, la plus grande partie du méconium est, en général, expulsé. Enfin, l'état du cordon à son insertion à l'ombilic, qui aurait pu fournir quelques lumières, n'a pas été examiné.

4° *L'enfant était-il viable?*

Nous comprendrons cette question dans le seul sens logique qu'elle puisse avoir, ainsi que l'un de nous (M. de Castelnau) l'a démontré, et nous en ferons le synonyme de celle-ci : *L'enfant était-il atteint d'un vice de conformation qui fût évidemment incompatible avec la vie?* La réponse à la question ainsi posée ne saurait être douteuse. L'état de diffluence où se trouvait le cerveau pouvait bien dissimuler une lésion accidentelle capable de causer la mort, mais non un vice organique de développement qui fût d'une manière absolue incompatible avec la vie. L'enfant était donc né viable. Toutefois, cette question n'en préjuge pas une autre que nous allons maintenant examiner.

5° *Quelle a été la cause de la mort?*

L'état du cœur, des gros vaisseaux, du foie et de la rate, qui étaient gorgés d'un sang noir, rend très-probable l'opinion qui attribue la mort à l'asphyxie. L'absence de détails suffisants sur l'état de la face et du col, détails rendus probablement impossibles par les altérations dues à la putréfaction, ne permet pas d'établir si l'asphyxie a eu lieu par submersion ou par l'oblitération des voies de l'air à l'aide de la main ou de tout autre corps. Enfin, quoique cela nous semble improbable, il n'est pourtant pas impossible que la mort ait eu lieu par suite d'une disposition morbide que l'enfant aurait apportée en naissant.

L'ecchymose qui existait dans la région occipitale gauche ne paraît pas, en raison de sa forme, de sa situation et de son peu d'étendue, pouvoir être rapportée à la compression de la tête du fœtus par les détroits du bassin ou par le conduit vulvo-utérin; elle est due très-probablement à un choc violent; mais il est impossible de dire si ce choc a eu lieu pendant la vie ou peu de temps après la mort.

6° *Epoque où remonte la mort?*

Cette époque nous semble avoir été fixée avec la plus grande approximation possible par les premiers experts.

Examen de l'inculpée.

L'état des parties génitales externes, la nature du liquide qui s'en écoulait, la couleur brune de l'auréole, le lait qu'on faisait facilement sortir par la pression des seins, établissent nettement que la femme B.... était récemment accouchée. Mais les détails donnés à ce sujet ne sauraient établir d'une manière aussi positive à quelle époque avait eu lieu l'accouchement. L'exploration de l'utérus, qui aurait pu fournir, pour l'éclaircissement de cette question, des données précieuses, n'a été faite que très-incomplétement. On s'est contenté de dire que le col de l'utérus était gonflé et inégal, sans dire quelles en étaient la couleur et la consistance, et l'on a surtout entièrement omis de parler du volume de l'organe entier; on n'a pas recherché si sa partie supérieure était encore accessible à la main par les parois abdominales, si elle s'élevait au-dessus du pubis, etc. Il est donc impossible de déduire de l'examen médico-légal l'époque à laquelle la femme B.... est accouchée, sans s'exposer à une erreur de quinze jours au moins.

DEPAUL.
H. DE CASTELNAU.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séances des 6 et 13 janvier 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Deux rapports de M. le docteur GIRAULT, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rambouillet, sur une épidémie de *rougeole* qui a régné à Limours. (Commission des épidémies.)

Vaccinations. — Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1856 dans le canton de Villeneuve-sur-Yonne, de Marty. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Épidémies. — Une note *Sur la médecine des épidémies en province*, par M. LA GILLARDAIE. (Commission des épidémies.)

M. Depaul présente, au nom de M. Guéneau de Mussy, un ouvrage sur l'*angine glanduleuse* ou *granuleuse*, et sur l'influence des Eaux-Bonnes sur cette affection.

M. le Président annonce à l'Académie que M. le docteur Négrier, directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers, assiste à la séance.

M. le Président annonce à l'Académie qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

MM. H. Bouley et Renault réclament la déclaration de vacance pour la section de médecine vétérinaire; il y a longtemps qu'il n'y a eu d'élection; la place est vacante depuis longtemps.

M. Moreau propose de déclarer à la fois des vacances pour toutes les sections qui ne sont pas complètes.

M. le Président et M. le Secrétaire perpétuel réfutent cette proposition que M. Moreau retire immédiatement.

DISCUSSION

sur le traitement des kystes de l'ovaire.

Nous plaçons avant le discours de M. Velpeau, celui de M. Guérin, tel qu'il a été publié par lui :

M. J. Guérin. En reprenant la discussion sur les kystes de l'ovaire, mon intention n'est pas de repasser par les sentiers parcourus avec tant de succès par les honorables collègues qui m'ont précédé : ce serait m'exposer à redire les choses qu'ils ont dites beaucoup mieux que je ne pourrais le faire. Je me bornerai à résumer le débat dans son caractère le plus général, à indiquer les principaux résultats qu'il a produits, en m'arrêtant plus particulièrement à ceux qui doivent servir de point de départ aux observations que je me propose de soumettre à l'Académie.

I.

Et d'abord on ne saurait méconnaître que, malgré l'absence d'ordre et de méthode, et malgré même un peu de confusion inséparable de toute discussion où chacun prend le point de vue qui lui plaît, les nombreuses questions qui se rattachent à la cure radicale des kystes de l'ovaire ont reçu de précieux éclaircissements. Pour en juger d'une manière générale, il suffirait de considérer l'Académie comme une une vaste consultation et de se demander si les avis qui prévaudraient ne seraient pas tout autres qu'ils eussent été au début de la discussion : bien des préjugés ont disparu, bien des erreurs ont été détruites, bien des notions ont été répandues; à ce point que, si l'on ne peut pas dire que la question en litige soit résolue, elle est bien près de l'être et que les hommes qui exercent ici la plus grande autorité par leur savoir et leur circonspection ne se renfermeraient plus dans le doute et l'inaction.

Ce résultat, nous sommes heureux de le reconnaître, est dû tout à la fois aux recherches statistiques approfondies qui ont eu pour effet de préciser la valeur et le produit net de chaque méthode de traitement, et à l'analyse pathologique qui a porté sur chacun des éléments si complexes de la question. Ces deux méthodes se sont ainsi complétées au plus grand avantage de la discussion; car la statistique seule n'aboutit le plus souvent qu'à la confusion et à l'arbitraire, et l'analyse sans la statistique court le risque de se perdre dans l'obscurité des détails sans méthode et sans guide.

Si de ce coup d'œil général on passe à l'appréciation des détails, on a pour chacun d'eux la confirmation du jugement porté sur l'ensemble. Ainsi, grâce aux observations intéressantes de MM. Barth, Huguier et Velpeau, sur les différents modes d'origine et la diversité de nature des kystes, on connaît mieux et on sait mieux distinguer les kystes abdominaux, ceux de la matrice, des ligament larges, des kystes de l'ovaire proprement dits; et parmi ces derniers, on reconnaît mieux les kystes ovulaires, vésiculaires, uniloculaires, multiples, simples, complexes, etc. Grâce aux renseignements de MM. Moreau, Trousseau et autres, sur les kystes indolents et stationnaires, on est mieux fixé sur la gravité relative de la maladie, et M. Velpeau, dans son dernier et si remarquable discours, a su faire promptement justice des erreurs accréditées par les abus de la statistique sur la marche des kystes et la durée moyenne de la vie des personnes qui en sont atteintes. On doit à MM. Cruveilhier et Gimelle de nouvelles lumières d'anatomie pathologique sur le contenant et le contenu des divers kystes.

Voilà pour la pathologie des kystes.

Enfin, l'art n'a pas obtenu jusqu'ici de la discussion des lumières moins vives pour établir les indications, pour éclairer la valeur de chaque méthode, les différentes circonstances propres à favoriser leur emploi; c'est ainsi que les recherches et les remarques de MM. Trousseau, Cazeaux, Jobert et Velpeau, sur la rupture et la guérison spontanée des kystes, sur la ponction avec ou sans injections, sur l'électricité et jusque sur l'ovariotomie, ont permis d'apprécier le genre d'utilité que peuvent avoir ces différentes méthodes et le degré de confiance qu'il est permis de leur accorder.

Cependant, malgré ces heureux et incontestables résultats obtenus de la discussion, on est loin encore du but auquel la science et l'art doivent chercher à atteindre. On ne saurait donner une idée plus nette du point où on est arrivé et de ce qui reste encore à faire qu'en rappelant les paroles par lesquelles notre savant maître M. Velpeau a clos son dernier discours. En supputant la proportion des morts aux guérisons à la suite de l'emploi des injections iodées, notre collègue s'est applaudi qu'on soit arrivé, dans les cas de kystes séreux uniloculaires, à guérir 3 malades sur 4, et de n'avoir plus à leur faire courir qu'une chance de mort sur 4. De telle façon, que si on était consulté aujourd'hui pour une malade dans les conditions voulues pour le meilleur succès de la méthode, ce qu'on aurait de plus satisfaisant à lui répondre, c'est qu'elle aurait 3 chances de guérison contre une chance de mort. Et que l'Académie veuille bien le remarquer, soit faute de temps, soit pour tout autre motif, M. Velpeau s'est arrêté là. Lui qui a si puissamment battu en brèche la statistique mal employée, lui qui a défalqué avec tant de raison du nécrologe des injections iodées les cas de morts produits par la canule à demeure, ne trouve rien de plus à dire de la mortalité observée dans les cas d'élection, si ce n'est que la méthode offre aux malades trois chances de guérir pour une de mourir.

Il me semble, Messieurs, que M. Velpeau s'est arrêté en beau chemin. Il me semble que la science et l'art réclament qu'on fasse pour les cas de mort possibles dans les kystes simples et séreux traités par les injections iodées sans canule à demeure, ce qu'il a si bien commencé pour toutes les espèces de kystes et pour tous les procédés de la méthode iodée, c'est-à-dire qu'il faut rechercher à quoi, dans ces cas d'élection, peut être due la mort, afin de la prévenir si c'est possible dans tous les cas, ou de réduire encore la proportion de la mortalité dans les cas réputés favorables à son emploi. Tel est le but que je me suis proposé dans les observations que je vais avoir l'honneur de soumettre à l'Académie.

II.

Dans le rappel que j'ai fait de tous les points éclairés par la discussion, je n'ai eu à mentionner que les circonstances pathologiques propres à servir de bases aux différentes catégories de kystes ovariens c'est-à-dire propres à n'offrir au traitement que des catégories d'unités semblables. Mais, jusqu'ici, il n'est venu à l'idée de personne de rechercher si des cas semblables, au point de vue pathologique, n'étaient pas susceptibles d'acquérir de très-grandes différences sous l'influence du traitement, et par conséquent de présenter des résultats qui varient en proportion; car s'il est vrai qu'il a suffi d'employer une canule à demeure pour entraîner la mort de presque toutes les malades soumises aux injections d'iode, offrant d'ailleurs toutes les analogies des cas qui ont guéri dans la proportion de trois sur quatre, sans la canule, il peut y avoir et il y a sans doute, dans les cas de cette dernière catégorie, des circonstances opératoires occultes capables de produire et d'expliquer la mortalité exceptionnelle qu'offre cette catégorie. Eh bien! c'est ce que j'ai recherché. Je me suis donc attaché à étudier, d'une part, toutes les circonstances opératoires ou autres qui, dans la ponction simple ou suivie d'injection, peuvent occasionner des accidents et la mort; et, d'autre part, j'ai recherché avec soin quels seraient les moyens de prévenir ces accidents et de les combattre quand ils se produisent; en d'autres termes, j'ai eu en vue de faire la *pathologie* et *la thérapeutique de l'opération.*

III.

Au milieu de beaucoup de points controversés, trois faits importants sont acquis à la discussion, à savoir :

Premier fait. — Il y a un certain nombre de cas de morts plus ou moins immédiates à la suite de la ponction simple palliative chez des malades qui avaient subi précédemment l'opération sans accidents.

Deuxième fait. — La plupart des malades qui meurent des suites de l'opération succombent à l'inflammation suppurative du kyste.

Troisième fait. — L'inflammation suppurative du kyste, qui succède constamment à l'emploi de la canule à demeure, est le résultat de la mise en contact de la surface interne du kyste avec l'air; en

d'autres termes, de la conversion d'une plaie close en une plaie exposée.

Ces trois faits rapprochés l'un de l'autre s'éclairent mutuellement et ont la même signification.

Le premier est un cas particulier du second, et le second a sa raison d'être dans le troisième, de sorte que tous les trois constituent un seul et même fait, à savoir : l'inflammation suppurative résultant, dans les trois cas, de l'introduction de l'air dans les kystes et de l'action pathologique de ce fluide sur le contenant et le contenu de ces cavités closes. Si cette assertion peut paraître contestable au premier abord, en ce qui concerne les cas de mort, suite de ponctions simples, la cause évidente qui produit l'inflammation suppurative dans les cas de canule à demeure, dévoile la cause occulte de l'inflammation suppurative des cas précédents. C'est, du reste, ce qui va ressortir de la manière la plus positive de l'analyse à laquelle nous allons nous livrer.

IV.

Lorsque l'on fait la ponction d'un kyste de l'ovaire, il est certain que, pendant les premiers temps de l'écoulement du liquide, il n'entre et ne peut entrer aucune parcelle d'air. Le retrait du kyste comble incessamment l'espace laissé par la portion de liquide évacué. Mais il arrive bientôt un moment où l'écoulement cesse d'être continu : le jet est interrompu à chaque moment, si bien qu'on est obligé d'incliner le ventre et de presser les parois du kyste pour aider à la sortie du liquide. Dans ce second temps de l'opération, l'air pénètre dans la cavité du kyste comme dans une bouteille que l'on vide, parce que le retrait des parois ne suffit plus à combler l'espace laissé vide par les dernières quantités de liquide évacué. Il y a là un fait nécessaire, indispensable : l'orifice externe de la canule laisse incessamment l'air du dedans en équilibre avec l'air du dehors.

Une fois l'air en contact avec la surface interne du kyste, il y exerce une action qui varie suivant l'état de cette surface, suivant la nature et la quantité du liquide contenu ; car il est superflu de le faire remarquer, jamais il n'est possible de vider la totalité du kyste, et la portion du liquide restant, qui est le fond, le dépôt, se trouve donc en contact permanent avec la quantité d'air introduite. Or, que résulte-t-il de ce contact?

Relativement à la surface interne du kyste, c'est la substitution de la surface exposée à la surface close ou sous-cutanée, c'est-à dire qu'elle se trouve placée dans les conditions des plaies qui suppurent ; et cette condition s'aggrave d'autant plus que la face interne du kyste est altérée, rugueuse, déchirée, en un mot, malade. Voilà pour le contenant.

Pour apprécier toutes les nuances d'action de l'air sur le contenu des kystes ovariens, je demanderai la permission à l'Académie de me servir des expériences que j'ai faites à une autre époque pour éclairer les différents modes d'action de l'air sur les différents liquides physiologiques et pathologiques de l'économie. Je ne prendrai de ces expériences, encore inédites, que ce qui me sera nécessaire pour éclairer les points dont nous nous occupons. Or, j'ai constaté que l'action de l'air varie beaucoup en intensité et en spécificité, suivant qu'elle s'exerce sur les liquides physiologiques, comme la sérosité, le sang artériel et veineux ; les liquides pathologiques, comme la sérosité albumineuse, gélatineuse, hydatifère, le pus simple, tuberculeux ou caséeux ; finalement sur les liquides complexes anormaux, excrémentitiels, dans lesquels se trouvent des débris de caillots, de sang altéré, ou des débris de fœtus. Ajoutons que la chaleur n'est pas seulement un auxiliaire puissant de l'action pathologique de l'air comme degré, mais qu'en raison du nombre et de la quantité de substances animales qu'il tient en suspension pendant les saisons chaudes, cette action varie encore en spécificité : ce qui fait qu'avec une cause identique en apparence, dans tous les cas on a des effets différents, résultant de causes en réalité très-diverses.

Eh bien ! toutes ces combinaisons de liquides et de modes d'action de l'air ne se rencontrent-elles pas dans les kystes de l'ovaire? Est-ce qu'il n'y a pas de kystes purement séreux, séro-sanguinolents, hydatifères, purulents, à liquides complexes, à débris de caillots, de fœtus, de toutes les densités comme de toutes les couleurs? Est-ce que les diversités du contenant ne se combinent pas encore avec les diversités du contenu ? En présence d'une telle variabilité et complexité d'éléments, est-il extraordinaire, ou plutôt n'est-il pas nécessaire que les effets soient aussi différents que les causes? On ne s'étonnera donc pas qu'un kyste simple, ne renfermant qu'un liquide clair, pur, citrin, n'éprouve presque aucune action du contact de l'air, même prolongé, alors qu'un liquide plus altérable, le pus, ou des détritus d'hydatides ou de tubercules, développent presque immédiatament, et au moindre contact de l'air, des accidents formidables. C'est que, dans un cas, il n'y a, comme je l'ai constaté, qu'une altération chimique lente, compatible, jusqu'à un certain point, avec la vie, et dans l'autre une véritable putréfaction et bientôt un empoisonnement.

Tel est, très en abrégé, le mécanisme de l'entrée de l'air dans les kystes ovariens, et telle est son action sur le contenant et le contenu de ces kystes. Je n'ai supposé que le cas le plus simple, celui de la ponction évacuatrice, palliative. Est-il besoin de montrer que, quand cette ponctions est pratiquée dans le but de substituer l'injection iodée au liquide enlevé, les chances d'introduction de l'air sont encore plus grandes et son mode d'action plus compliqué ?

V.

Un second ordre d'accidents, inhérents aux modes opératoires actuellement employés pour vider les kystes de l'ovaire, ce sont, de l'avis de tout le monde, les épanchements péritonéaux. Il faut distinguer dans ces épanchements :

Les épanchements d'air pur,
Les épanchements de liquide altéré,
Et les épanchements de matières injectées.

Relativement aux épanchements d'air dans le péritoine, il y avait peu de notions précises. Je me suis livré naguère à des expériences sur les animaux, desquelles il résulte que l'air épanché dans le péritoine occasionne des accidents plus ou moins graves, de l'agitation, de la douleur, qui se dissipent assez promptement et que je n'ai jamais vus causer la mort. Sur l'homme ces accidents sont plus graves, et j'ai eu l'occasion de le constater dans une série de faits qui me paraissent dignes d'intéresser l'Académie autant par leur nouveauté que par leur étrangeté. Il s'agit d'accidents causés par des injections d'air dans le péritoine à travers la matrice et les trompes. (Mouvement de méprise.)

Que ceux de nos honorables collègues que cette assertion paraît étonner me permettent d'expliquer le fait et de justifier mon opinion.

On sait que les femmes se servent beaucoup, pour se faire des injections vaginales, d'un instrument appelé clysopompe. L'extrémité ouverte de cet instrument plonge dans une cuvette contenant de l'eau. Il arrive assez souvent que les dames continuent à faire mouvoir le piston alors que la cuvette ne contient plus ou presque plus de liquide ; au lieu d'eau, la pompe prend et pousse de l'air dans le vagin ; l'air, soumis à une assez forte pression, pénètre dans la matrice, et de là passe à travers les trompes dans le péritoine. Immédiatement après se développent des accidents comme foudroyants. J'ai eu occasion de constater cette sorte d'accident neuf à dix fois, et deux fois, entre autres, chez une même personne qui, avant de m'avoir rendu témoin de ses souffrances, avait éprouvé dix à quinze fois le même accident. C'était toujours après une injection au clysopompe. Il se déclare spontanément des symptômes qu'on prendrait pour ceux d'une péritonite : douleurs, coliques, tympanite, sensibilité extrême au toucher, nausées, dans quelques cas vomissements, fièvre, sueurs ; puis après un ou deux jours de cet état, diminution et disparition graduée des symptômes coïncidant d'une façon très-remarquable avec une évacuation de gaz par les voies supérieures et inférieures.

Ces faits peuvent paraître singuliers au premier abord, et la manière dont je me suis expliqué le passage de l'air dans le péritoine peut sembler difficile à admettre, sinon impossible. Mais je prie mes collègues de croire que je n'ai admis ni les faits, ni les explications à la légère et sans m'être rendu parfaitement compte, à l'aide d'une observation attentive et d'expériences répétées, de la réalité des uns et de la possibilité de l'autre. Pour ce qui est du passage de l'air à travers la matrice et les trompes, voici comment je m'en suis rendu compte. Chez les personnes qui m'ont offert les accidents dont il s'agit, j'ai constaté que l'ouverture du col de la matrice était béante, comme cela arrive fréquemment dans le catarrhe utérin. De plus, je m'étais assuré depuis longtemps, par des expériences que j'ai publiées, que la cavité péritonéale, comme celle de la plèvre et comme toutes les cavités séreuses, articulaires et autres, sont périodiquement dans un état de tension moindre que la tension atmosphérique, d'où il résulte que l'état de vide relatif où elles se trouvent les place dans une condition d'aspiration par rapport aux milieux ambiants. Il n'est donc pas plus difficile de concevoir qu'une colonne d'air, poussée avec une certaine force et un certain degré de pression, pénètre aisément dans une cavité close à tension inférieure à celle de l'atmosphère, même à travers de petits pertuis, comme ceux des trompes.

Quoi qu'il en soit, les épanchements d'air dans le péritoine, soit seul, soit avec une partie du contenu du kyste, pendant les manœuvres faites pour extraire le liquide, sont des faits trop vulgaires pour

que j'y insiste plus longtemps. Je me borne simplement à signaler, comme spécialement favorable à ces épanchements, le développement de gaz qui succède presque toujours à l'altération des liquides contenus dans le kyste. Celui-ci se tuméfie, et à un moment donné, les gaz développés s'épanchent avec une portion du liquide altéré, par l'ouverture de la ponction, dans la cavité du péritoine. La conséquence de ces faits simples ou compliqués, c'est la péritonite simple ou la péritonite purulente, l'altération et la résorption du pus et la mort.

VI.

Aux accidents que nous venons de signaler, quels moyens a-t-on opposés jusqu'ici? Aucuns. Bien plus, n'ayant aucune préoccupation de leur possibilité, on a fait et on fait généralement dans la pratique de la ponction ordinaire tout ce qu'il faut pour les produire. Ainsi, pour vider le plus complétement possible les kystes, on exerce des pressions qui ont pour effet de produire une action analogue à celle d'un soufflet dont on écarte et rapproche alternativement les branches. Voilà pour les cas les plus ordinaires. Pour les cas les plus difficiles, on a conseillé des trocarts gros comme le doigt, et pour faciliter l'écoulement des liquides épais, M. Velpeau n'a-t-il pas eu recours à un bâton introduit dans la canule, et M. Crùveilhier n'a-t-il pas conseillé de revenir aux grandes incisions de Ledran? Ce sont là, sans aucun doute, des moyens d'ouvrir plus largement les portes à l'air. Je ne parle pas de la canule à demeure, qui est le moyen le plus parfait pour assurer la permanence de son contact. Aussi est-ce dans les cas où on l'emploie qu'on peut le mieux apprécier les effets constants et prononcés d'une cause qui, dans les cas ordinaires, peut n'exercer que passagèrement son action et ses effets.

Il fallait donc chercher à prévenir l'entrée de l'air dans les kystes ponctionnés, et à combattre les accidents dus à sa présence quand ils sont développés; de là une thérapeutique prophylactique et curative de l'opération. Cette thérapeutique, je crois être en mesure de la réaliser à l'aide d'une nouvelle application de la méthode sous-cutanée. Avant d'en placer l'instrumentation et le mécanisme sous les yeux de l'Académie, il importe de bien préciser les indications auxquelles je me propose de satisfaire.

1° Vider les kystes aussi complétement que possible; empêcher l'entrée de l'air pendant et après l'opération, et l'extraire s'il y a lieu;

2° Prévenir tout épanchement dans le péritoine;

3° Pratiquer l'injection, extraire le liquide injecté sans désemparer, et en évitant le double accident de l'entrée de l'air et de l'épanchement péritonéeal;

4° Provoquer le retrait du kyste et le rapprochement de ses parois; modifier le caractère de sécrétion de la membrane interne dans le but d'en favoriser l'agglutination.

Montrons maintenant comment la méthode sous-cutanée est en mesure de remplir ces diverses indications.

(Ici M. Guérin met sous les yeux de l'Académie un appareil opératoire consistant en un corps de pompe muni de deux canules, l'une placée dans l'axe du corps de pompe, comme dans les seringues ordinaires, l'autre placée sur le côté, perpendiculairement à celle-ci. Chacune de ces canules est munie d'un robinet qui établit ou intercepte sa communication avec le corps de pompe. De plus, à la jonction de la pompe avec les deux canules existe un robinet à double effet, qui permet de mettre la pompe exclusivement en communication avec l'une ou l'autre des deux canules. Pour vider un kyste, par exemple, le robinet de la première canule étant ouvert et celui de la canule latérale étant fermé, on tourne le robinet à double effet, qui met le corps de pompe en communication avec le kyste, on opère le vide, puis, sans retirer l'instrument, le corps de pompe étant chargé, par un jeu inverse des trois robinets, on expulse le liquide aspiré dans un vase. L'opération est ainsi répétée autant de fois que l'exige l'évacuation complète de la tumeur. On procède de même, et sans désemparer, pour injecter le kyste et le vider de nouveau. M. Guérin répète l'expérience sous les yeux de l'Académie, avec une vessie remplie de liquide, qu'il vide, remplit et vide de nouveau sans qu'une bulle d'air ait pu y pénétrer.)

L'Académie peut donc comprendre, continue M. Guérin, comment, à l'aide de cet appareil instrumental simple et sûr, on arrive à évacuer, remplir, évacuer de nouveau le kyste autant de fois qu'on le veut, sans pénétration d'air dans sa cavité et sans épanchement dans le péritoine.

Cette méthode remplit en outre les autres indications posées. En exécutant le vide au sein du kyste, elle a le double avantage de provoquer le retrait et le rapprochement de ses parois sous l'influence de la pression extérieure, et d'opérer par une véritable succion une sorte d'action fluxionnaire qui modifie l'action sécrétante et prépare ou détermine même le travail d'adhésion. J'ajouterai enfin qu'une compression méthodique, élastique comme celle que réalisent les ingénieux appareils de M. Bourjeaur, facilite encore ce résultat.

Appliquée aux cas où l'opération est indiquée, quels peuvent être les résultats de cette méthode? Évidemment d'en diminuer les chances d'accidents, et par conséquent d'en augmenter les chances de succès. J'ai pratiqué un assez grand nombre de fois la ponction palliative des kystes ovariens par cette méthode, je n'en ai obtenu jusqu'ici aucune guérison, mais aussi je n'ai jamais eu à regretter le moindre accident. Mais j'ai lieu de croire, d'après ce que j'ai vu dans un très-grand nombre de collections séreuses ou purulentes, dans d'autres cavités closes, et notamment dans des cas d'empyème opérés au Val-de-Grâce, sous les yeux et avec le concours de notre honorable président, j'ai lieu de croire, dis-je, que l'on obtiendra des guérisons véritables là où on ne tentait que des ponctions palliatives. En effet, on a cité dans la discussion bon nombre de cas de mort et de guérison à la suite de ces sortes de ponctions. Ce sont des résultats exceptionnels, je le veux bien; mais comme l'a dit je ne sais plus quel auteur, toute exception renferme sa règle, le tout est de la trouver. Or, dans les cas dont il s'agit, il est peut-être permis d'espérer que le perfectionnement du manuel opératoire aura pour effet de diminuer encore les chances de mort exceptionnelle et d'accroître celles de la guérison définitive. Il en sera sans doute de même quant aux résultats des injections iodées.

Mais l'intervention de la méthode sous-cutanée n'aura pas seulement pour effet de faire faire mieux ce qu'on faisait moins bien, elle ira plus loin : elle élargira le cercle des ressources thérapeutiques dans les cas regardés jusqu'ici comme dangereux à opérer ou tout à fait incurables. Tels sont les kystes à liquide épais, albumineux, gélatineux, tels sont aussi les kystes multiloculaires, complexes, accompagnés de dégénérescences graves des ovaires.

On s'est arrêté devant les premiers parce que, malgré les grosses canules, malgré les larges incisions de Ledran, malgré les pressions, les tiges de bois introduites dans les canules, on ne peut faire sortir le liquide visqueux et épais qu'ils contiennent. Avec l'aspiration sous-cutanée, on atteindra beaucoup mieux ce but, et on l'atteindra sans danger. Par ce moyen, en effet, j'ai pu extraire des liquides épais, du pus concrété contenant des grumeaux tuberculeux.

On s'est également arrêté devant les kystes multiloculaires, les kystes compliqués d'altérations graves des ovaires, parce que dans ces cas, l'extraction du liquide est également difficile et les accidents plus fréquents et plus redoutables. L'expérience m'a appris que dans ces cas on peut encore procurer, à l'aide de la méthode sous-cutanée, un soulagement exempt des risques inséparables des autres méthodes.

Je me résume en deux mots :

Dans la discussion actuelle, on avait complétement négligé un ordre de faits : les accidents pathologiques inhérents à l'opération et les moyens de les prévenir. Je crois avoir signalé les plus graves de ces accidents, et je pense y avoir opposé un remède à la fois prophylactique et curatif, par l'intervention appropriée de la méthode sous-cutanée. De plus, je crois avoir montré qu'à l'aide de cette méthode, il sera permis d'agrandir le cercle des opérations contre les kystes ovariques.

Séance du 13 janvier 1857.

M. Moreau. J'avais dit, au commencement de ce débat, que les kystes de l'ovaire, tout en constituant une maladie sérieuse, permettaient cependant aux femmes de parcourir une carrière fort longue; et j'avais ajouté qu'après avoir essayé contre ces tumeurs divers traitements, j'en étais arrivé à cette conviction : que le meilleur est de les abandonner à elles-mêmes, et de les ponctionner seulement quand on y est en quelque sorte forcé par des accidents notables, menaçant l'existence des femmes. Cette proposition a été vivement contredite par M. Cazeaux, M. Huguier et quelques autres de mes collègues. Voyons donc ce que les faits produits dans cette discussion nous ont appris à cet égard.

M. Piorry, M. Cruveilhier ont insisté avec raison sur la constitution anatomique de ces kystes, contenant des liquides variés séreux : albumineux, gélatiniformes; tantôt simples, tantôt reposant sur des masses sarcomateuses, squirrheuses, etc.; les uns uniloculaires, les autres multiloculaires. Il suit de là, évidemment, que la même conduite ne saurait être suivie dans tous les cas. (Je ne parlerai pas des grossesses extra-utérines que M. Huguier a placées parmi les kystes

ovariques ; elles s'en écartent trop par leurs caractères pour qu'on puisse les leur assimiler au point de vue thérapeutique.)

Relativement à la durée des kystes de l'ovaire, j'avais dit que la vie des femmes pouvait se prolonger pendant bien des années. M. Cazeaux a cherché à déterminer cette durée à l'aide de statistiques dont le résultat est une moyenne de quatre ou cinq ans. Je n'hésite pas à déclarer qu'à mon sens il y a ici une erreur manifeste, et que, en général, j'ai peu de confiance en des statistiques composées avec des *unités* hétérogènes. Il faudrait que ces unités fussent identiques pour qu'on pût tirer de ces chiffres une conclusion générale applicable à la pathologie et au traitement.

D'ailleurs, la détermination de l'ancienneté d'un kyste est chose très-difficile, les femmes pouvant porter de ces tumeurs pendant longtemps sans en avoir conscience; si bien qu'un kyste dont on constate l'existence pour la première fois est quelquefois déjà fort ancien. J'ai vu, pour ma part, des femmes qui, depuis trente ans, avaient des kystes de l'ovaire et dont la santé n'était pas sensiblement altérée. Consultez d'ailleurs ceux de nos collègues qui ont observé dans les hospices où sont admises les vieilles femmes; ils vous diront combien ils ont vu de malades qui, depuis longues années, avaient des tumeurs de l'ovaire....

M. Cazeaux (interrompant). Celles qui sont mortes ne vont pas à l'hospice....

M. Moreau.... On n'y est admis qu'après 60 ans; les femmes dont je parle, à leur entrée dans l'établissement, portent des kystes déjà anciens.

Quant aux modes de terminaison de la maladie, il existe des exemples de résolution spontanée, en petit nombre, il est vrai; d'autres fois, les kystes se terminent par rupture; plus souvent, ils occasionnent des accidents qui nécessitent une ponction évacuatrice. N'oublions pas que cette opération a été quelquefois mortelle. C'est pourquoi je pense qu'il n'y faut recourir que lorsque les perturbations fonctionnelles sont assez graves pour menacer la vie des femmes. Mes collègues veulent au contraire que la ponction soit faite de bonne heure, et qu'on la fasse suivre d'une injection iodée; car, disent-ils, la ponction simple n'est pas moins dangereuse que celle combinée avec l'injection. Mais, je le demande, puisque l'injection iodée est nécessairement précédée d'une ponction, que celle-ci en est le préambule indispensable, comment se fait-il que, dangereuse par elle-même, elle cesse de l'être quand on y ajoute une injection irritante?

L'expérience a démontré que, à part quelques cas vraiment exceptionnels, la ponction simple est inoffensive. C'est ce que confirme l'expérience de M. Velpeau, et, s'il m'est permis d'y ajouter les résultats de ma pratique, je dirai que, sur 150 ponctions, je n'ai, pour ma part, jamais observé d'accidents notables. Et cependant, à l'une de mes malades, j'ai fait 110 ponctions!

La méthode curative dont on parle ne convient qu'à la minorité des kystes de l'ovaire; M. Cruveilhier nous a dit que 1/5 seulement de ces tumeurs appartenait aux kystes séreux ou séro-sanguinolents simples, à ceux qu'il regarde comme curables. Si le liquide est visqueux, albumineux, gélatiniforme, l'injection iodée ne présente aucun avantage.

Deux cas (cités par M. Cruveilhier) de ponction suivie de mort, ont vivement impressionné l'Académie, et les adversaires de la ponction palliative s'en sont servis comme d'un argument contre cette manière d'agir. Mais pour bien apprécier ces deux faits, il faut en connaître les détails. Pour l'une des malades, je l'avais vu en consultation avec M. Récamier, et, reconnaissant qu'il s'agissait d'un kyste d'une nature particulière, j'avais vivement insisté pour qu'on n'y touchât pas. Récamier ne fut pas de cet avis; il voulait établir dans la tumeur un courant galvanique pour déterminer la résorption du liquide; j'objectai qu'en excitant ainsi la tumeur, on pouvait y activer l'exhalation au lieu d'accroître l'absorption. Mon conseil ne fut pas suivi. Sous l'influence du traitement prescrit, des accidents inflammatoires ne tardèrent pas à se déclarer, et c'est alors que la ponction fut faite et que la malade succomba.

Quant à l'extirpation de l'ovaire, M. Cazeaux a prétendu que la science n'avait pas dit son dernier mot au sujet de cette opération. Pour moi, je la considère comme étant du ressort non des chirurgiens, mais de l'exécuteur des hautes œuvres; et les femmes qui y ont survécu peuvent être comparées à ces heureux pendus dont la corde se détache!

En résumé, voici les deux propositions qui résument ma manière de voir sur le traitement des kystes de l'ovaire :

1° Il ne faut pas toucher à ces kystes aussi longtemps qu'aucun accident susceptible de compromettre l'existence des femmes, ne force à recourir à une opération ;

2° J'admets l'emploi de la méthode curative, mais dans les circonstances particulières et avec les réserves établies par MM. Cruveilhier et Trousseau.

Je n'ai plus qu'un mot à dire aux adversaires de cette méthode, qu'ils croient trop prudente : Quel parti prendraient-ils si leur femme ou leur fille était atteinte d'un kyste de l'ovaire?

M. Huguier: M. Moreau a semblé dire que j'avais confondu les tumeurs ovariennes succédant à une grossesse extra-utérine avec les kystes de l'ovaire. Je ne voudrais pas qu'on pût me prêter une semblable opinion. J'ai placé parmi les kystes de l'ovaire ceux qui reconnaissent pour cause et pour point de départ un commencement de grossesse ovarique peu avancée, et qui, se développant de plus en plus, finissent par former des poches quelquefois énormes, et constituent alors une des variétés de tumeur ovarienne contre lesquelles les ressources de l'art sont des plus efficaces.

M. Moreau. Je me suis mal expliqué; je n'ai pas voulu dire que M. Huguier confondait les grossesses extra-utérines avec les kystes, mais qu'il les rapprochait les unes des autres.

M. Cloquet. J'avais le desir, moi aussi, de dire quelques mots sur le traitement des kystes de l'ovaire, ayant été placé pendant deux ans comme médecin dans un hospice de femmes âgées; mais après ce que M. Moreau vient de dire, je n'aurai rien à ajouter; mes conclusions sont exactement conformes aux siennes. Seulement, je n'ai pas été aussi heureux que notre collègue dans la pratique des ponctions palliatives, et j'ai vu chez une dame, à qui j'ai fait cette opération, survenir une péritonite mortelle; plus récemment, une autre de mes malades, après avoir subi une ponction suivie d'injection iodée, et après avoir gardé pendant quelque temps une fistule, a succombé dans le marasme à une fièvre de résorption.

La parole est à M. Velpeau. Nous publierons ce discours dans notre prochain numéro.

PRÉSENTATION.

M. le docteur Sanson présente le délivre d'une *grossesse triple*.

Cette grossesse, au deuxième mois, s'accompagnait d'un développement considérable du ventre, tel qu'il se présente habituellement au quatrième mois de la gestation. L'accouchement a eu lieu à la fin du septième mois; après que l'ouverture du col de la matrice eut atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs, le travail demeura stationnaire pendant plusieurs heures. M. Sanson ponctionna la poche des eaux, et les contractions utérines revinrent énergiques et soutenues; au bout d'une heure, un fœtus se présenta et fut extrait; puis, à des intervalles de dix minutes, un second, et enfin, un troisième, tous en première position de la tête. Le premier et le deuxième cordon donnaient un jet de sang à la fois par les deux bouts de la section; dans le troisième cordon, le jet était faible du côté de la mère.

Le cordon faisait deux tours sur le cou du deuxième enfant. Tous trois, du reste, sont bien vivants, ce sont trois filles. Les deux premières pèsent chacune 240 grammes, la troisième, 260 grammes.

Le placenta montre superficiellement les traces d'une division en trois parties; entre les trois amnios distincts, on voit les vestiges d'un chorion très-fin.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Goffres, médecin principal des hôpitaux militaires de Montpellier, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Toulon. La spécialité de M. Goffres ne lui permettait plus de rester à Montpellier, où il aurait dû faire un service médical.

Cours sur les eaux minérales *envisagées au point de vue de la thérapeutique.* — Le docteur Durand-Fardel commencera ce Cours le lundi, 19 janvier, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole Pratique, et le continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 9. 5e année. Mardi 20 Janvier 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Etat mental du sieur Verger, meurtrier de l'archevêque de Paris.

Comme tout le monde, nous avons suivi avec une douloureuse anxiété les débats où s'est déroulé le déplorable drame de la mort du vénérable archevêque de Paris. Nous ne devons pas tarder un seul instant, toutefois, à dire que la méditation de plusieurs des faits produits dans ces débats n'a pas été sans porter dans notre cœur une faible mais réelle consolation. Il résulte, en effet, pour nous, des actes et du langage de Verger, que ce malheureux est atteint d'aliénation mentale à un degré suffisant pour lui enlever la saine appréciation de ses propres actes.

Le développement des motifs de notre conviction demandant à être longuement exposés, nous sommes obligé de renvoyer ces développements à un prochain numéro, et nous devons nous borner aujourd'hui à formuler purement et simplement notre opinion et à appeler sur le condamné une haute clémence, au moins jusqu'à ce qu'une Commission se soit livrée à une enquête approfondie sur l'état mental de Verger.

H. de Castelnau.

Paris, 19 janvier 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[Traitement des kystes de l'ovaire.]

Nous avions promis de faire une appréciation sommaire des discours de MM. Cazeaux et Velpeau, antérieurs à l'interruption de la discussion. Mais depuis quinze jours nous marchons de surprise en surprise, et à la tournure qu'a prise la discussion mardi dernier, nous sommes obligé de nous mettre au courant et d'être prêt à toute éventualité, sauf à revenir plus tard sur nos pas, s'il y a lieu.

Trois orateurs ont pris la parole mardi dernier : ce sont MM. Moreau, Cloquet et Velpeau.

M. Moreau persiste plus que jamais à ne pas vouloir qu'on réveille le chat qui dort; à peine consent-il à ce qu'on essaie de le calmer, quand il se met en fureur. Sa raison est que les kystes de l'ovaire n'empêchent pas les femmes de vivre très-longtemps, puisque nombre de vieilles pensionnaires de la Salpétrière en sont atteintes. — M. Cazeaux a bien fait remarquer que les *porteuses* de kystes (style de M. Moreau) qui mouraient de 25 à 69 ans n'entraient pas à la Salpétrière à 70; mais M. Moreau n'entend pas de cette oreille, et l'argument de M. Cazeaux aurait tout au plus été bon pour ceux qui ont la faiblesse de juger la gravité des kystes par la supputation de la durée de la vie chez toutes les malades. Or, M. Moreau n'aime pas la statistique; il croit que, dans l'organisme vivant, rien ne ressemble à rien, et il professe sans doute que tous les enfants nés depuis la perte du paradis terrestre ont eu au passage des détroits du bassin autant de positions différentes, ce qui rendrait, en effet, assez difficile la numération de ces positions pour rebuter de plus fortes têtes que celle de l'éloquent professeur d'accouchements.

Je ne sais pas si c'est cette difficulté qui a rallié M. Cloquet à l'opinion de son collègue; mais ce que personne n'ignore, c'est que cette alliance a paru un peu bien étrange, moins étrange à nous, toutefois, qu'à la plupart de ceux qui l'ont remarquée.

Avec M. Velpeau a recommencé la partie sérieuse de la discussion. Nous aurons toutefois moins d'éloges à faire au savant académicien que nous n'aurions eu à lui en faire à propos de son précédent discours, ou plutôt, nous avons plus de réserves à faire sur les opinions qu'il a émises, et sur la forme qu'il leur a donnée.

Pour la forme, M. Velpeau est un peu tombé dans le défaut qu'on reproche à ses collègues de la Faculté, et qu'il sait si bien éviter ordinairement : son discours a été plutôt une leçon qu'une discussion; c'est-à-dire qu'il a souvent exposé son opinion, formulé des préceptes sans dire sur quelles raisons il les appuyait. Par exemple, M. Velpeau trouve que le point où l'on doit pratiquer la ponction n'a pas une très-grande importance; pourquoi? — Il ne veut pas que l'on vide en deux ou plusieurs temps les kystes très-volumineux, avant de pratiquer l'injection iodée; pourquoi? — Il proscrit les lavages avant l'injection; pourquoi? Le seul des motifs qu'il donne (la nécessité de pratiquer des pressions répétées sur le kyste) ne paraît avoir aucune valeur. Nous pourrions multiplier ces exemples; mais ceux qui précèdent suffisent pour prouver que l'éminent professeur a oublié un instant que la tri-

bune de la rue des Saints-Pères n'est pas le fauteuil de l'amphithéâtre de la Charité.

Voilà pour la forme; voici pour le fond :

En débutant, M. Velpeau a dit pourquoi il avait été obligé, dans son premier discours, de sacrifier la question de médecine opératoire, *notamment sur l'époque à laquelle il convient d'opérer :* je ne sais pas si, dans le programme de la Faculté, on classe dans la médecine opératoire la question dont parle M. Velpeau; mais ce que je sais bien, c'est qu'une pareille classification est très-défectueuse; la détermination de l'époque où il convient d'opérer est par excellence une question de clinique. C'est là, d'ailleurs, un petit *lapsus oratoris* peu important; en voici un qui, pour n'être pas très-grave, ne doit pas cependant passer inaperçu. M. Velpeau est un partisan de la statistique, autant du moins qu'on en peut juger par le fréquent usage qu'il en fait, car il ne s'est pas prononcé d'une manière catégorique sur ce point. Or, les partisans de la statistique doivent d'abord donner de bons exemples à leurs adversaires; les exemples frappent souvent plus que les raisonnements. M. Velpeau ne s'est pas conformé à ce précepte. Il a parlé de 130 ponctions par injection, dont 30 suivies de mort; de ces 30, il en faut retrancher, dit-il, 20 dans lesquelles l'opération a été faite dans des conditions ou par des procédés qu'il fallait rejeter. « *Restent*, dit M. Velpeau, DIX *décès sur* CENT TRENTE *opérations.* » Quelque partisan qu'on soit des injections iodées, et nous le sommes autant que M. Velpeau, on ne peut vraiment pas les favoriser au point de transformer 20 *décès* en 20 *guérisons*, et c'est précisément ce qu'a fait M. Velpeau. C'est déjà beaucoup que d'alléger la méthode de 20 décès, en élaguant de la statistique les 20 individus qui ont succombé; mais faire revivre ces individus est un procédé qu'on ne peut mettre en usage sans se livrer à des opérations depuis longtemps passées de mode et que M. Velpeau n'a sans doute pas l'ambition de faire rentrer dans la médecine opératoire de notre temps.

Ces lapsus et quelques autres n'empêchent pas qu'il n'y ait d'excellentes choses dans le discours de M. Velpeau, d'excellents préceptes thérapeutiques surtout; ces préceptes, en général, méritent l'approbation de tous les hommes qui ne craignent pas trop de réveiller *le chat qui dort*, ou qui ne craignent pas d'opérer les kystes *jeunes, sous prétexte que l'opération* réussit mieux que lorsqu'on les opère *vieux*. Nous aurions bien quelques remarques à présenter sur la citation qu'a faite M. Velpeau des recherches de M. Briquet. Mais ces recherches devant faire de notre part l'objet d'une appréciation spéciale, M. Velpeau se convaincra alors de l'opportunité qu'il y avait pour lui à invoquer les lumières de son ingénieux collègue.

Dans tout ce qui précède il ne s'agit, bien entendu, que de la première partie du discours de M. Velpeau. Quant à la seconde partie, nous devons d'autant plus l'approuver, que M. Velpeau a répété à peu près littéralement ce que nous-même avions écrit des théories physiques de M. J. Guérin; M. Velpeau a seulement eu le mérite de perfectionner la forme; mais notre prétention ne peut être de rivaliser sous ce rapport avec l'habile professeur.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Névralgie frontale double intermittente. — Symptômes insolites. — Traitement par le sulfate de quinine et la liqueur de Fowler. — Guérison,

Par M. le Dr H. TEXIER (de Villefagnan).

Le nommé Migot, dit *Georget*, cultivateur à Planchard, âgé de 56 ans, d'un tempérament bilieux, d'une petite taille, mais d'une assez bonne constitution, eut, il y a environ quinze ans, une fièvre intermittente quotidienne qui dura six mois, pour laquelle il ne consulta point le médecin et qu'il traita par une méthode empirique et brutale : il avala en peu de temps cinq litres de vin blanc et un grand verre d'une eau-de-vie très-forte. Il dormit pendant trente-six heures sans discontinuer et se réveilla guéri.

Il y a deux ans, par un temps froid, il fut obligé de se mettre dans l'eau jusqu'au genou, et le lendemain il fut pris d'un point de côté avec accompagnement d'un mal de tête très-violent. Il se traita encore seul, transpira beaucoup et vit bientôt disparaître le point de côté; mais il lui resta toujours un peu de pesanteur dans la tête, ce qui ne l'empêchait point de travailler, quoiqu'elle augmentât sous l'influence de la fatigue, surtout quand il travaillait la tête baissée.

Tels sont les précédents de Georget :

Le 26 novembre 1852, il est pris tout à coup, dans le front, d'une douleur excessivement violente, et qui ne ressemble en rien à ce qu'il a jusqu'alors éprouvé. Il se fait serrer la tête avec un mouchoir, et plus la compression est forte, moins il souffre; cependant il est forcé de prendre le lit, et le 27, contrairement à ses habitudes, il se décide à appeler un médecin, qui pratique une saignée et fait sur le siége du mal des applications topiques qui ne produisent aucun soulagement.

Deux jours après, c'est-à-dire le 29, je suis appelé et je constate l'état suivant :

Le malade est pris de temps à autre de douleurs excessives dans la région frontale, des deux côtés; elles ont leur siége principal au point d'émergence de la branche frontale du trifacial, elles s'irradient sur tout le trajet de cette branche. Au moment de l'accès, les traits sont fortement crispés, les lèvres écartées, les dents serrées les unes contre les autres; il les fait craquer involontairement et si fort qu'on l'entendrait à une assez grande distance; il pousse des cris très-violents, se frappe le front à coups de poing et se le frotte si vigoureusement qu'il a déjà usé deux bonnets de coton par le ratissage. Il lui semble que les yeux vont sortir de leur orbite et que son cerveau est en ébullition. Sa position est insupportable; il demande la mort ou la fin de ses douleurs.

L'accès que je viens de décrire dure une minute, puis au bout d'un temps variable, comme une demi-heure, une heure, d'autres fois deux heures, il en revient un autre qui présente tout l'attirail effrayant de celui qui l'a précédé. La nuit, ils sont beaucoup plus rapprochés; vers quatre heures du matin ils deviennent très-réguliers, et jusqu'à huit heures il y en a un toutes les cinq minutes; en suivant avec une montre, on peut annoncer leur retour : il y a quatre minutes de repos et une de tortures.

Entre les accès, le malade est assez calme, il lui semble seulement entendre un assez fort bruissement dans son front. Quand l'accès doit le prendre, ce bruissement augmente, paraît se rapprocher; bientôt il croit que son cerveau est en ébullition et que sa tête va s'ouvrir.

Il n'a le courage de prendre aucune nourriture; il ne peut avaler que du bouillon, quoique la langue soit naturelle et qu'il n'y ait point d'amertume dans la bouche.

Le pouls est petit, mais régulier et sans fréquence.

A quelle maladie ai-je affaire? L'état du pouls et de la langue éloigne complétement l'idée d'une maladie inflammatoire, et puis quelle inflammation pourrait fournir une telle série de symptômes? On ne peut donc songer qu'à une affection de nature rhumatismale nerveuse ou syphilitique.

Pour ce qui est de la syphilis, rien dans le passé du malade ne peut autoriser une telle supposition.

Quant à une affection rhumatismale, on ne peut guère la soutenir non plus, car les rhumatismes de l'enveloppe crânienne sont tellement rares, qu'il n'est guère d'auteurs qui en aient observés par eux-mêmes, et les faits qui sont cités pourraient bien être sujets à controverse, et puis les rhumatismes en général sont accompagnés d'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé.

Le siége précis de la douleur met sur la voie d'une affections d'un autre genre : je ne puis avoir affaire qu'à une névralgie double de la branche frontale de l'ophtalmique de Willis.

A quel moyen devais-je recourir pour la combattre? Si la symptômatologie avait été décrite par le malade, comme je viens de le faire, le traitement eût été des plus simples ; mais, malheureusement, on ne peut pas toujours s'en rapporter aux malades, ils ne s'observent généralement pas assez ; on est forcé de voir par soi-même. A ma première visite, j'avais assisté à un accès, j'avais appris que dans la journée il y en avait eu plusieurs, que la nuit ils étaient plus fréquents, mais on ne m'avait point parlé de leur régularité, et ce que l'on me racontait était l'histoire de toute névralgie ; j'avais seulement diagnostiqué la maladie. Je la traitai par les révulsifs appliqués sur le siége du mal et dans le voisinage, et, pour aller plus vite, j'eus recours à l'ammoniaque qui me donna une vésication presque immédiate. Puis j'appliquai sur la tête des compresses imbibées d'eau froide laudanisée. Le résultat fut tout à fait négatif.

Le lendemain 30, je pratiquai la cautérisation de l'hélix de l'oreille, qui m'avait déjà réussi dans d'autres circonstances où divers traitements avaient échoué (voir *Monit. des Hôp.*, mardi 9 décembre 1856). Même résultat.

Le 1er *décembre*, on me dit que les accès sont plus fréquents et plus violents la nuit. Je reviens dans la nuit suivante ; c'est alors que je constate l'intermittence si régulière dont j'ai déjà parlé et dont j'étais loin de me douter auparavant. Dès lors, le fond de la maladie est parfaitement connu, c'est une affection paludéenne qui peut s'expliquer par les antécédents du malade, et par l'existence, dans le voisinage de sa maison, d'un petit cours d'eau qui se tarit tous les étés.

Le 2, j'administre immédiatement le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme par jour.

Après l'administration de la première dose, il y eut encore deux accès assez violents ; puis chaque jour, pendant une semaine, à cinq ou six fois différentes, des semblants d'accès constitués par un bourdonnement qui poussait le malade à porter la main à son front, et qui occasionnait à peine de la douleur.

Migot prit 1 gramme de sulfate de quinine pendant les trois premiers jours ; le quatrième il n'en prit que 0,50 centigrammes ; le sixième autant ; le huitième 0,25 centigrammes, et le dixième même dose. Depuis lors, il n'en a plus pris et il ne lui est resté que sa douleur habituelle.

Cinq ou six mois plus tard, il eut un nouvel accès d'une minute en tout semblable aux premiers. Il vint immédiatement me consulter. Comme il trouvait le sulfate de quinine trop dispendieux, je lui conseillai la liqueur de Fowler à la dose de sept ou huit gouttes, trois fois par jour, et, dès le soir, tout avait disparu.

Quelquefois encore, cependant, quand Migot se baisse pour travailler, il lui semble entendre un bruit vague dans son front ; mais il disparaît quand il se relève. La même chose a lieu encore quand il fait des excès. Il lui suffit alors de prendre de 20 à 25 gouttes de la liqueur de Fowler pour que tout disparaisse.

Depuis dix-huit mois ces accidents ne se reproduisent plus, et il ne conserve de sa maladie qu'un triste souvenir, et s'il lui arrive parfois d'avoir, comme il le dit, la tête brouillée, le plus souvent il n'y éprouve aucun embarras.

Cette observation a bien son côté curieux : il est excessivement rare de rencontrer la névralgie frontale isolée de celle des autres branches du tri-facial ; d'un autre côté, dans les névralgies de la tête, la symptomatologie n'est généralement pas aussi effrayante que celle observée chez ce malade, et ne présente pas non plus les caractères que j'ai rencontrés ici.

Quant à l'intermittence qui décelait le fond de la maladie, on la rencontre rarement aussi régulière ; cependant elle n'était pas bien facile à saisir, car quoique, depuis quatre heures jusqu'à huit heures du matin, elle peut marquer le temps comme l'horloge la mieux réglée, ni la malade ni la famille ne l'avaient constatée, et le traitement devenait bien difficile. Il ne faut donc pas s'étonner des tentatives faites pour la guérir, pas plus que de l'insuccès des dérivatifs et de la cautérisation de l'hélix. Tout cela n'avait rien à faire dans une affection à base paludéenne.

L'intermittence une fois bien établie, le diagnostic devenait complet et par suite le traitement facile : aux fièvres larvées, il faut opposer le traitement des fièvres intermittentes ordinaires ; j'ordonnai donc la quinine ; plus tard, je la remplaçai par l'acide arsénieux et la guérison s'est maintenue.

THÉRAPEUTIQUE.

De la médication hydrothérapique au point de vue de son mode d'action et de sa durée,

Par M. L. Fleury, *agrégé libre de la Faculté.*

(Suite. Voir les nos 145, 148 et 153 du tome IV.)

Nous avons dit, d'une manière générale, que l'anémie et l'asthénie sont les deux principales circonstances pathologiques qui, en exigeant de la médication hydrothérapique une action reconstitutive, imposent au traitement la nécessité d'une longue durée ; mais une importante distinction doit être établie.

Lorsque l'anémie et l'asthénie sont acquises, accidentelles, de date récente ; lorsque, sous l'influence d'une cause quelconque, elles se sont développées chez un sujet d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin ; lorsqu'elles ne sont pas le résultat d'une cachexie, de l'action *longtemps continuée* de modificateurs débilitants, altérants, tels que l'alimentation insuffisante, l'air confiné, les chagrins, le mercure, l'iode, les alcalins, etc., la guérison peut encore être rapide, et c'est précisément dans des cas de ce genre qu'une rapidité imprévue, inespérée, *extraordinaire*, vient, souvent, mettre en évidence la supériorité de l'hydrothérapie sur tous les autres agents de la matière médicale et de l'hygiène. Malgré l'expérience que j'ai acquise, mes prévisions et prédictions sont encore fréquemment déjouées par la manière vraiment surprenante avec laquelle, sous l'influence de l'eau froide, on voit le sang se reconstituer, la digestion et la nutrition se régulariser, les forces renaître, l'embonpoint se développer, l'harmonie et l'équilibre se rétablir entre toutes les fonctions de l'économie.

Il n'en est plus de même lorsque l'anémie et l'asthénie se sont développées dans les conditions opposées à celles que nous venons d'indiquer, c'est-à-dire chez des sujets d'une mauvaise constitution, lymphatiques, cachectiques, profondément débilités, soumis à de fâcheuses influences d'hérédité, en proie, depuis longtemps, à de violentes perturbations du système nerveux, à des phénomènes d'ataxo-dynamie, etc., et si, dans ces circonstances, l'hydrothérapie se maintient encore au premier rang par son efficacité, ce n'est plus par la rapidité *absolue* de ses guérisons qu'elle se distingue des autres médications.

Nous reviendrons sur ce point ; justifions d'abord par quelques observations la première des deux propositions précédentes :

Obs. IV. — *Avortement provoqué par une chute. — Métrorrhagies répétées. — Anémie profonde. — Hystérie. — Troubles digestifs et nerveux, etc. — Insuccès, pendant deux ans, de diverses médications allopathiques et homœopathiques. — Traitement hydrothérapique. — Guérison obtenue en deux mois.*

Mme L.... est âgée de 24 ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin ; elle a les cheveux et les yeux noirs, la peau brune.

Mme L...., dans la famille de laquelle on ne trouve aucune trace d'hérédité morbide, a été élevée à la campagne dans les meilleures

conditions hygiéniques ; elle a constamment pris beaucoup d'exercice en plein air, aussi son système musculaire est-il remarquablement développé. A 19 ans elle était une belle et robuste jeune fille, jouissant de la santé la plus florissante, forte, agile, mais très-impressionnable, et ressentant vivement la peine comme le plaisir. A cette époque (1849) et après son mariage, Mme L.... vint habiter Paris.

Le chagrin d'être séparée de sa famille, le changement d'existence, la vie sédentaire, la privation du grand air, ne tardèrent pas à exercer une fâcheuse influence sur Mme L...., qui devint triste, découragée, abattue. Se faisant un devoir de cacher à son mari les pénibles impressions qu'elle éprouvait, de lui dérober ses nombreux *accès de larmes*, elle était obligée à d'incessants efforts de dissimulation qui exigeaient de sa part une perpétuelle surexcitation de la volonté, et qui la fatiguaient beaucoup ; parfois des sanglots éclataient malgré tout, et alors Mme L.... était réduite à leur attribuer des causes qui n'existaient pas, ou à se laisser accuser de caprice, de caractère irrégulier, bizarre, malheureux, etc., alternatives également douloureuses pour elle.

Cet état intellectuel et moral ne tarda pas à réagir sur le physique ; l'appétit devint moins vif, la digestion laborieuse, le teint se décolora et Mme L.... « *s'aperçut pour la première fois qu'elle avait des nerfs.* » Elle devint irascible, tressaillant au moindre bruit imprévu, pleurant au moindre mot, et à plusieurs reprises, « *pour peu qu'elle se fût laissée aller, elle aurait eu des attaques de nerfs,* » mais elle luttait avec énergie contre cette tendance et elle finissait par l'emporter, mais non sans de violents efforts.

Il en fut ainsi pendant six mois, mais alors Mme L.... finit par prendre le dessus, et bientôt elle se retrouva dans des conditions physiques, intellectuelles et morales, sinon aussi bonnes qu'avant son mariage, du moins très-satisfaisantes.

En 1852, Mme L.... devint grosse, et comme depuis trois ans elle désirait ardemment avoir un enfant, elle ressentit une joie qui ne laissa plus aucune place à la tristesse et aux regrets ; son bonheur fut d'ailleurs complété par sa réunion avec sa famille, laquelle était venue, à son tour, se fixer à Paris et auprès d'elle.

Les commencements de la grossesse ne furent troublés par aucun accident, et tout marchait à souhait, lorsqu'un événement imprévu vint jeter le désespoir dans la famille de Mme L.... et compromettre pour longtemps son bonheur.

Le 10 mai 1852, pendant une partie de campagne faite dans les environs de Paris, Mme L.... se trouvait avec son mari, son père et sa mère, dans une voiture découverte attelée de deux chevaux ; les chevaux s'emportent, la calèche est renversée et les quatre personnes qui l'occupent sont violemment projetées au dehors. Trois personnes reçoivent des contusions plus ou moins fortes ; Mme L.... assure n'avoir éprouvé qu'une violente secousse et une vive frayeur ; elle n'accuse aucune douleur et la société ne tarde pas à reprendre toute sa gaieté. Mme L.... dîne avec appétit ; rentrée à Paris à dix heures du soir, elle se couche et s'endort paisiblement.

A minuit elle est réveillée par des douleurs dans le bas-ventre ; à une heure du matin elle s'aperçoit qu'elle perd du sang, et un médecin est appelé. Celui-ci déclare qu'un avortement est à redouter ; il prescrit des cataplasmes froids sur le ventre, et un quart de lavement avec 25 gouttes de laudanum de Sydenham. — Les douleurs se calment et le reste de la nuit se passe tranquillement.

Le lendemain, à huit heures du soir, nouvelle hémorrhagie. L'emploi des mêmes moyens produit le même résultat heureux.

Le surlendemain, à quatre heures de l'après-midi, troisième hémorrhagie, plus abondante que les précédentes, accompagnée de douleurs vives, intermittentes, présentant les caractères des douleurs provoquées par des contractions utérines. Saignée du bras, un quart de lavement avec 35 gouttes de laudanum. Dans la nuit la saignée se rouvre, et Mme L.... perd une grande quantité de sang.

Le 13 *mai*, écoulement sanguin peu abondant, mais continu ; douleurs peu intenses, mais se reproduisant toutes les deux ou trois heures. L'on juge que l'avortement est devenu inévitable et l'on se résigne à attendre l'événement.

Les 14 et 15, même état.

Le 16, les douleurs deviennent plus vives et plus rapprochées ; à sept heures du soir a lieu l'expulsion d'un fœtus de 4 mois environ. Mme L.... perd une grande quantité de sang pendant et après le travail. La *position*, des compresses froides sur le ventre, des injections astringentes, l'application sur le col utérin d'un demi-citron, etc., se rendent enfin maîtres de l'hémorrhagie qui s'arrête vers le matin.

Pendant les huit jours suivants les choses se passent régulièrement.

Le 26, malgré toutes les instances qui lui sont faites par son médecin, toutes les prières qui lui sont adressées par sa famille, Mme L.... se lève et se rend à l'église, où elle reste deux heures agenouillée sur la pierre. Le lendemain, elle refuse de garder le lit ou de rester couchée une partie de la journée sur un lit de repos ; elle a besoin, dit-elle, de mouvement pour combattre l'affreux désespoir que lui cause la perte de son enfant, de cet enfant si ardemment désiré pendant trois ans, si impatiemment attendu depuis quatre mois.

Pendant six mois, Mme L.... s'abandonne à une douleur, à une tristesse que rien ne peut modérer, et se livre à des pratiques religieuses d'une extrême exagération ; elle passe à l'église la plus grande partie de ses journées, elle jeûne, elle veille et se refuse à toute distraction.

Cet état moral est accompagné de quelques désordres physiques ; la menstruation est devenue irrégulière et beaucoup plus abondante ; l'écoulement est considérable pendant quatre ou cinq jours et se prolonge ensuite, dans de moindres proportions, pendant six ou huit jours encore ; il contient souvent des caillots plus ou moins volumineux dont l'expulsion ne s'opère point sans douleur. Pendant les intervalles qui séparent les époques menstruelles, Mme L.... perd souvent du sang en quantité plus ou moins considérable, tantôt pendant deux ou trois heures, tantôt pendant une journée ou deux. La peau et les muqueuses sont décolorées, les digestions sont laborieuses. La malade se refuse à tout examen ayant pour but de constater l'état de la matrice. On lui prescrit des pilules de Vallet et du seigle ergoté à la dose de 50 centigrammes par jour. L'administration de ce dernier médicament a été abandonnée et recommencée à plusieurs reprises, et enfin définitivement abandonnée après deux mois d'essais restés infructueux.

Au mois de décembre, à la suite d'une assez vive contrariété, Mme L.... est prise brusquement d'une *attaque de nerfs ;* c'est-à-dire que, sans perdre connaissance, elle pousse des cris, se plaint d'étouffer, d'être étranglée, pleure et rit tout à la fois, s'agite, se tord les membres, etc. La crise se termine au bout d'une demi-heure par des larmes abondantes, et laisse après elle une grande fatigue.

Depuis cette époque jusqu'à son arrivée à Bellevue, Mme L.... a eu tous les mois, et surtout peu de temps avant et après l'époque menstruelle, trois, quatre ou dix attaques hystériques parfaitement caractérisées, se produisant ordinairement sous l'influence de causes morales (celles-ci étant d'ailleurs toujours fort légères), mais se montrant parfois, aussi, en l'absence de toute cause déterminante appréciable.

Au mois de février 1853, Mme L.... présente l'ensemble des phénomènes qui caractérisent l'anémie avancée : aridité, état parcheminé de la peau ; susceptibilité extrême à l'égard des agents atmosphériques ; décoloration des membranes muqueuses ; gastralgie, constipation ; palpitations violentes et essoufflement provoqués par le moindre exercice, par un mouvement des membres, par un quart d'heure de conversation ; affaiblissement de la vue, anéantissement des forces musculaires, etc.

La menstruation est toujours irrégulière, mais on n'y observe plus de caillots ; le sang est très-pâle, l'écoulement, quoique moins abondant que précédemment, se prolonge pendant huit, dix et douze jours, ne se terminant jamais nettement. Les pertes intermédiaires n'ont pas eu lieu depuis deux mois.

Dans cet ensemble de phénomènes morbides, la malade ne tient compte, pour ainsi dire, que des attaques hystériques ; celles-ci lui sont odieuses, et pourvu qu'on l'en délivre, elle fait volontiers bon marché de tout le reste. Mme L.... se révolte contre elle-même ; elle craint sans cesse d'être accusée de simulation, de faiblesse morale ; il lui semble toujours qu'en faisant un violent effort de volonté elle dominera le mal, et elle est furieuse et humiliée chaque fois qu'elle est

obligée de constater qu'elle n'est parvenue qu'à le rendre plus violent.

On prescrit le fer réduit par l'hydrogène et l'on épuise sans succès la liste des antispasmodiques : éther et chloroforme à l'intérieur, valériane, asa-fœtida, musc, etc.

Au mois de juin, la malade s'adresse à l'homœopathie, et elle reste soumise aux globules atomistiques jusqu'à son arrivée à Bellevue, qui a lieu le *14 avril* 1854.

Etat actuel. — Amaigrissement considérable ; Mme L...., dont la taille est de 1m,63, ne pèse que 38 kilogrammes ; affaiblissement musculaire excessif, c'est à peine si la malade peut se tenir debout, et ce n'est qu'avec l'aide d'un bras qu'il lui est possible de faire quelques pas ; décoloration complète des membranes muqueuses ; peau grisâtre, terreuse, aride ; le regard est terne, la figure exprime la souffrance et le découragement ; appétit nul, digestion douloureuse, accompagnée de la sécrétion d'une quantité considérable de gaz, constipation opiniâtre ; palpitations fréquentes, insomnie, état nerveux qui ne supporte ni le bruit, ni la lumière, ni la conversation. La menstruation présente les caractères que nous avons indiqués ; les crises hystériques sont plus fréquentes et plus violentes que jamais.

Le pouls est lent, faible et se laisse facilement déprimer ; le cœur, examiné avec soin, ne présente aucuns signes de lésion organique, mais tous ceux de l'anémie ; volume peu considérable, impulsion faible, battements parfois irrégulièrement intermittents, bruits claqués, métalliques ; souffle moelleux au premier temps. Bruit de souffle dans les vaisseaux du cou. La respiration vésiculaire se fait entendre dans toute l'étendue des deux poumons, mais elle est faible ; rien d'anormal, d'ailleurs, dans ces organes. Le foie et la rate n'ont pas augmenté de volume ; la langue est pâle, la région épigastrique douloureuse à la pression, mais on n'y rencontre aucune tumeur, non plus que dans une autre partie de l'abdomen. Les urines sont peu abondantes, incolores et claires, sans sédiments ni dépôts d'aucunes sortes.

Mme L.... ayant enfin consenti à une exploration dont j'avais fait la condition de mon intervention, je trouve la matrice notablement abaissée ; le col est mou, pâle et très-volumineux ; le corps de l'utérus ne présente aucune lésion appréciable. La vulve et le vagin sont le siége d'une hyperesthésie très-pénible.

Le traitement hydrothérapique est commencé *le 16 avril.* Je procède avec beaucoup de ménagements et de graduation, en raison de la faiblesse de la malade, de l'appréhension qu'elle a de l'eau froide et des violentes palpitations que provoquent et l'émotion et le contact du modificateur. Au bout de huit jours, Mme L.... reçoit avec plaisir des *douches générales bi-quotidiennes, en pluie et en jet.*

15 mai. Un changement considérable s'est opéré dans l'état de Mme L....; l'appétit est vif, la digestion facile, la constipation a disparu, le poids du corps est de 41 kilogrammes. Les règles ont paru le 4 et ont été arrêtées nettement le 9 ; *il n'y a pas eu d'attaques hystériques*, et cette circonstance a rempli la malade de joie et d'espoir. — *Bains de siége à eau courante.*

15 juin. Tous les signes de l'anémie ont disparu ; Mme L.... mange beaucoup, digère parfaitement, fait chaque jour de longues promenades ; elle n'a plus de palpitations, son teint est coloré, sa peau douce et halitueuse. Le poids de son corps est de 46 kilos.

Les règles ont paru le 7 ; le sang s'est montré beaucoup plus coloré ; l'écoulement s'est arrêté le 12. Pas d'attaques hystériques. La malade se considère comme guérie et veut quitter Bellevue ; j'obtiens, non sans peine, qu'elle y restera encore pendant six semaines pour consolider sa guérison.

1er août. Mme L.... a tous les signes extérieurs de la santé la plus florissante, et, de fait, elle ne s'est jamais mieux portée de sa vie ; elle a retrouvé toute la force, toute l'énergie de sa jeunesse, et elle pèse 55 kilos.

L'abaissement utérin et l'engorgement du col ont entièrement disparu ; la menstruation est parfaitement régulière ; l'hyperesthésie utéro-vulvaire n'existe plus.

Mme L.... quitte Bellevue et va passer à la campagne le reste de la belle saison.

Au mois de novembre, Mme L.... est devenue enceinte ; cette fois-ci, la grossesse a suivi son cours sans aucun accident ; un accouchement très-heureux a eu lieu le 17 août 1855, et aujourd'hui (décembre 1856) Mme L.... est la plus heureuse des femmes et des mères.

Plusieurs causes se sont réunies ici pour produire l'anémie : des métrorrhagies répétées, des émotions morales, une alimentation insuffisante, et elles ont exercé leur action pendant près de deux années ; sous leur influence, non-seulement le sang s'est appauvri, mais l'utérus s'est congestionné, et des désordres nerveux graves se sont manifestés dans les principales fonctions de l'économie : gastralgie, palpitations, accès hystériques, etc.

Pendant deux ans le fer, les antispasmodiques et l'homœopathie restent impuissants ; l'hydrothérapie intervient alors, et grâce aux bonnes conditions de constitution, de tempérament, d'hérédité dans lesquelles se trouve la malade, elle obtient en deux mois une guérison complète.

L'eau froide exerce tout d'abord, sur la menstruation, *l'action régulatrice* que nous avons signalée plusieurs fois déjà, et avec insistance, à l'attention des praticiens ; du même coup disparaissent les attaques hystériques ; bientôt l'appétit renaît, la digestion se rétablit, et alors la malade sort du cercle vicieux dans lequel tournent la plupart des sujets qui sont atteints en même temps d'anémie et de troubles digestifs.

Dès ce moment la guérison marche à grands pas, et la balance nous permet de mesurer exactement les progrès que fait, chaque jour, la reconstitution de l'organisme.

Notons enfin, et ceci n'est pas moins digne d'intérêt que tout le reste, que l'eau froide, par sa seule action reconstitutive et révulsive, opère la résolution d'un engorgement considérable du col utérin, remet à sa place la matrice notablement abaissée, et fait disparaître une hyperesthésie utéro-vulvaire très-pénible.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

du **13** *janvier* **1857.**

DISCUSSION

sur le traitement des kystes de l'ovaire.

DISCOURS DE M. VELPEAU.

M. VELPEAU. La dernière fois que j'ai pris la parole à cette tribune, pressé par l'heure, j'ai sacrifié à la fin de mon discours sur les kystes de l'ovaire ce qui me restait à dire relativement à la question de médecine opératoire, notamment sur l'époque à laquelle il convient d'opérer, — l'endroit où la ponction doit être faite, — la valeur des ponctions préalables, — les bandages, etc. La communication faite par M. Guérin dans la dernière séance a ravivé l'intérêt qui s'attache à ces questions dont je viens aujourd'hui dire quelques mots.

1° Il a été souvent question ici de l'opportunité de l'opération, et M. Trousseau vient encore de reprendre cette question. Le volume plus ou moins considérable des kystes, leur âge, les accidents à venir, les symptômes actuels sont invoqués pour décider de cette opportunité. Si, au commencement de ce débat, j'avais encore des doutes à ce sujet, aujourd'hui je suis en mesure, grâce à de nouvelles observations (et l'occasion d'en faire est loin d'être rare), de formuler plus nettement mon opinion. Si la ponction suivie d'injection iodée n'est pas plus dangereuse que la ponction simple, évidemment il faut la pratiquer de bonne heure. Or, la ponction simple n'est pas dangereuse, quoi qu'on en ait dit, et malgré ce que j'ai paru en dire moi-même (car avant d'être témoin des quatre ou cinq cas malheureux dont j'ai entretenu l'Académie, cas complexes d'ailleurs, et ne rentrant pas dans la classe de ceux auxquels les injections sont applicables, j'avais fait et vu faire 310 ponctions sans jamais observer d'accidents). D'une autre part, la discussion actuelle a prouvé que la ponction suivie d'injection iodée n'était *pas plus* dangereuse que la ponction simple. Donc pour avoir le plus possible de chances de succès, il faut opérer de bonne heure ; comme pour obtenir la gué-

rison de l'hydrocèle il vaut mieux attaquer la tumeur récente, peu volumineuse, que la tumeur ancienne et étendue.

Les petits kystes de l'ovaire passant inaperçus, il n'y a pas lieu de nous en occuper. Tant qu'ils n'ont pas atteint un certain volume, les femmes n'en souffrent pas, il faut donc attendre que l'abdomen soit déformé, et que les malades soient inquiétées par la présence de la grosseur qu'elles y sentent. Ce moment arrive plus tôt pour les unes, plus tard pour les autres, mais en général, quand le kyste a le volume de la tête d'un enfant, qu'il remplit l'hypogastre, il est temps d'intervenir.

Est-ce à dire qu'il faille y renoncer à une époque plus avancée de la maladie? nullement; car d'abord on n'est pas toujours appelé à l'époque que je viens d'indiquer comme la plus favorable; ensuite, bien des femmes refuseraient de se soumettre à l'opération pour une maladie qui ne comporte pas un danger immédiat, et je crois qu'il n'est pas à propos de les y engager vivement, de les y *pousser*, qu'on me pardonne cette expression. Si les femmes réclament elles-mêmes l'opération, si elles insistent, je les opère immédiatement, et cela quand même le kyste, ayant franchi la première phase de son développement, a acquis de très-grandes dimensions; on réussit moins bien, moins souvent, sans doute, mais encore faut-il tenter la guérison, et je vois dans les observations qui ont été publiées, que des kystes renfermant 10 et 20 litres de liquide ont cependant fini par guérir.

Ce n'est pas le volume de la tumeur qui fournit l'indication ou la contre-indication, mais bien la *nature* des parois et du liquide. Il est convenu, et je n'y reviendrai pas, que l'opération est applicable seulement aux kystes dont le contenu séreux ou séro-sanguinolent, n'est pas assez visqueux pour qu'on ne puisse le vider à l'aide d'une canule d'un volume ordinaire ou à peu près; dans ces conditions, l'opération offre de véritables chances de succès.

2° Dans quel endroit convient-il de pratiquer la ponction? S'il était aussi facile de la faire par le vagin que par l'abdomen, la première méthode serait incontestablement meilleure, et pour l'ascite et pour les kystes de l'ovaire. Mais elle est incommode, surtout quand il faut pousser une injection dans la cavité du kyste. Je la réserve pour les cas où il serait nécessaire de laisser une canule à demeure; alors la situation déclive de l'orifice d'écoulement aurait de grands avantages. En somme, la ponction par le vagin est une méthode exceptionnelle, et la règle est de la faire par le ventre.

Quant au point précis où il convient d'enfoncer le trocart, il n'y a pas ici un lieu d'élection comme pour l'ascite: la situation du kyste est variable, ce kyste est quelquefois multiloculaire, tel point contient une matière concrète, tel autre un liquide, et les qualités de ce liquide diffèrent elles-mêmes selon les loges dont la tumeur est formée. Il y a donc seulement un lieu de *nécessité*, et ce lieu, c'est le point à la fois le plus fluctuant et le plus déclive. Lorsque le kyste est mobile dans la cavité abdominale, il vaut mieux, comme l'indique M. Boinet, faire la ponction du côté de l'ovaire d'où la tumeur dépend, car en revenant sur elle-même, celle-ci aura de la tendance à se rétracter vers sa racine. Mais ce précepte n'a pas une très-grande importance.

3° Dans les cas de kyste volumineux, on a conseillé de vider la tumeur par une première ponction, d'attendre que le liquide se soit en partie reproduit, près de ponctionner de nouveau, le tout dans le but d'avoir à traiter une surface moins large. Cette question des ponctions préalables, prise dans sa généralité, ne manque pas d'intérêt. Elle n'est pas nouvelle, d'ailleurs, et l'on sait que pour l'hydrocèle, Bertrandi recommandait de vider la tunique vaginale par une ponction simple et d'injecter le liquide irritant dans la poche ainsi réduite à des proportions moindres. Depuis que les propriétés de l'eau iodée m'ont rassuré contre les dangers d'une inflammation trop vive, j'ai abandonné le précepte de Bertrandi, auquel, jusque-là, je m'étais souvent conformé. L'opération immédiate des grosses hydrocèles est suivie d'une inflammation modérée, sans beaucoup plus de retentissement sur l'économie, et, sauf la lenteur un peu plus grande de la guérison, les choses ne se passent pas autrement que dans les hydrocèles de moyenne dimension. Il était facile de prévoir qu'il en serait de même pour les kystes de l'ovaire. Et, en effet, en examinant avec soin les observations publiées, je vois que des tumeurs contenant 10, 12, 18 litres de liquide ponctionnées et injectées dans la même séance ont guéri tout aussi bien que de petits kystes. Comme la ponction palliative, au point de vue des dangers auxquels elle expose, équivaut à une nouvelle opération, ce n'est pas la peine de la répéter en vue d'un avantage aussi problématique.

4° On s'est beaucoup préoccupé de la possibilité de voir la canule abandonner le kyste et le liquide se répandre dans la cavité abdominale. Mais d'abord le liquide du kyste ne peut couler que par la canule, tant que celle-ci plonge dans la cavité de la tumeur; la teinture d'iode ne pourrait s'en échapper et se répandre dans le péritoine qu'au moment où la tumeur, revenue sur elle-même, abandonne les parois abdominales. Sans doute, il faut se mettre en garde contre cet écoulement, mais il n'en résulterait pas, j'ose l'affirmer, les horribles dangers que l'on imagine. Car, en premier lieu, on ne saurait injecter dans l'abdomen une quantité un peu notable de liquide iodé sans que malade et médecin s'en aperçussent; et d'ailleurs, la quantité totale de teinture iodée que l'on introduit dans la tumeur n'est pas très-considérable: il ne s'agit pas, en effet, de substituer au fluide primitivement contenu dans la poche une quantité équivalente de solution iodurée: 100 à 200 grammes suffisent pour que tous les points de la cavité anormale soient mis en contact avec l'agent irritant.

Mais une fois la canule retirée, la teinture d'iode pourra s'échapper de la perforation faite au kyste et s'écouler alors dans le ventre! Cette crainte me paraît chimérique; pourquoi les 10, 20 ou même 30 grammes de solution iodée qui restent, au lieu de se loger tout à leur aise dans la cavité spacieuse du kyste, iraient-ils chercher le trou fait par le trocart et se répandre au dehors? Quand on opère l'hydrocèle, si, après l'extraction de la majeure partie du liquide injecté, quelques gouttes demeurent au fond de la tunique vaginale, on ne les en voit pas sortir pour s'échapper dans le tissu cellulaire.

Au surplus, quand même une partie du liquide injecté abandonnerait le kyste et coulerait dans le péritoine, — dussé-je m'exposer à dire une hérésie, moi qui reprochais à d'autres d'en avoir commis! — j'estime que cela ne donnerait pas lieu à des accidents bien sérieux. J'ai employé la teinture d'iode pour la guérison des hernies, je l'ai injectée dans des sacs herniaires qui s'étendaient dans le canal inguinal et jusque dans la fosse iliaque, quelquefois les injections sont allées plus loin que je n'aurais voulu les pousser; eh bien! il n'y a jamais eu de péritonite grave. Tel est l'effet de l'iode qu'il n'enflamme que ce qu'il touche; la phlegmasie qu'il provoque n'est pas disposée à suppurer; il ne donne pas lieu à ces péritonites envahissantes que produisent d'autres agents d'irritation.

Les précautions que l'on a cru devoir prendre contre un danger dont je viens de mettre en doute la réalité, ne sont pas inoffensives elles-mêmes. Ainsi, *à priori*, je suis porté à rejeter les canules qui, par l'écartement de deux crochets, saisissent, pour les assujettir solidement, les parois du kyste que l'on ponctionne; cela doit irriter, déchirer, contondre les tissus, les disposer à une inflammation suppurative. — M. Jobert est dans l'habitude de laisser la canule à demeure pendant quelques heures; il faut bien que cette pratique ne soit pas dangereuse, puisque notre collègue l'a expérimentée sans inconvénient dans 26 cas; mais comme on arrive au même résultat tout en omettant cette précaution, je ne crois pas que ce soit là un procédé à conserver. — Je ne dirai rien de la canule à demeure, ayant suffisamment insisté sur l'inconvénient capital qu'elle présente, celui de déterminer la suppuration du kyste; cependant, s'il s'agissait d'un kyste déjà purulent, je ne serais pas éloigné de mettre en usage le procédé de la canule à demeure, tel qu'il a été modifié par M. Barth, ou en faisant la ponction par le vagin. Pour les kystes séreux, les seuls que j'aie en vue en ce moment, les précautions dont il s'agit ont donc, en somme, quelques inconvénients, sans présenter une seule chance de plus en leur faveur.

5° Faut-il vider entièrement le kyste et y pratiquer des lavages?

Il n'y a pas lieu de se préoccuper beaucoup de l'évacuation incomplète de la poche (comme cela arrive, surtout pour les kystes à contenu huileux, visqueux); un peu de liquide y resterait, que je n'y verrais pas grand inconvénient: il suffirait d'injecter alors de la teinture d'iode moins diluée ou même pure. C'est ainsi que je procède dans l'opération de l'hydrocèle quand il reste de l'eau dans la tunique vaginale.

Au surplus, il ne faut pas chercher à obtenir l'adossement des parois du kyste; c'est un point sur lequel M. Abeille a insisté avec raison. J'ai obtenu bien des fois la guérison des hydrocèles, des hydarthroses, sans qu'il y ait eu oblitération de la cavité séreuse ou synoviale; il y a quelque temps, M. Hutin vous a entretenus d'une hydrocèle guérie sans accollement des deux feuillets de la tunique vaginale. Dans l'ovaire, la même chose arrive encore plus souvent peut-être. Chez une femme que j'ai opérée il y a trois ou quatre ans, et qui est guérie, il reste une tumeur du volume des deux poings, fluctuante, tumeur stationnaire et même en voie de décroissement. — D'après cela, je ne crois pas que les lavages aient des avantages réels; ils exigent, en outre, des pressions répétées destinées à faire sortir le liquide injecté, et qui pourraient n'être pas toujours inoffen-

sives. Peut-être y aurait-il lieu d'y recourir dans les cas de liquide gélatineux, etc.

C'est donc à l'injection simple que je donne la préférence ; injection de teinture d'iode pure, si le kyste n'est pas complétement *sec* (il le serait, que la présence de cette teinture n'y serait pas bien à craindre, car elle provoque promptement l'exhalation d'une nouvelle quantité de liquide qui atténue les propriétés irritantes de l'iode); injection de teinture d'iode et d'eau par parties égales, avec un peu d'iodure de potassium, pour les cas ordinaires.

On a recommandé de couper la teinture d'iode avec de l'eau distillée et de l'injecter tiède. J'ai employé l'eau commune à la température ordinaire dans des *milliers* de cas, avec les mêmes avantages.

Faut-il retirer complétement le liquide injecté? Mon habitude, quand j'opère les hydrocèles, est de laisser les enveloppes scrotales se rétracter et chasser au dehors tout le liquide en excès; quand il ne sort plus rien, j'abandonne ce qui reste dans la tunique vaginale, et je trouve à cette manière de faire l'avantage de laisser en contact avec la membrane séreuse malade le liquide irritant qui la modifie.

Il est bon de noter, au surplus, que l'extraction complète du liquide offre de grandes difficultés ; M. Briquet en a trouvé l'explication très-simple : mis en contact avec la teinture d'iode, les liquides albumineux se coagulent ; il en résulte une sorte de magma solide, ressemblant à du caoutchouc ou à du cuir; il est vrai que si le phénomène se passe à l'abri de l'air, le coagulum est moins dense, sans cesser d'être solide. Mais, je le répète, il est inutile de s'ingénier à retirer tout le liquide; j'ai toujours laissé cette albumine coagulée par l'iode après l'opération de l'hydrocèle, opération dont le succès peut être considéré comme constant, puisqu'elle échoue à peine une fois sur cinquante.

Le kyste de l'ovaire étant vidé, une précaution utile est celle qui consiste à comprimer le ventre avec des serviettes, de la charpie, un bandage de corps, etc. ; on sait que Monro avait imaginé une ceinture spéciale pour faire cette compression.

6° Quand le kyste a été ponctionné, qu'une injection y a été poussée, il arrive (comme pour l'hydrocèle) que le sac se remplit de nouveau, par suite d'une exhalation que le liquide iodé détermine ; puis l'exhalation s'arrête et une absorption active y succède. Ceci a lieu quinze jours ou un mois seulement après l'opération. Dans ces circonstances, faut-il pratiquer une nouvelle ponction? M. Boinet et d'autres l'ont fait, mais je ne suis pas convaincu de l'opportunité de cette opération nouvelle, ayant vu dans divers kystes et dans l'hydrocèle, la résolution n'être pas commencée au bout d'un mois entier. Chez un de mes malades qui se trouvait dans ce cas, je me proposais de refaire une ponction de la tunique vaginale et de pratiquer une seconde injection, mais des occupations, un voyage, etc., s'opposèrent à l'exécution de mon projet ; cet homme revint complétement guéri. Plus d'un fait de ce genre s'est offert à mon observation, et j'en ai conclu qu'il valait mieux attendre la résolution, quand même elle serait tardive, que de céder trop tôt aux instances des malades qui s'ennuient et s'inquiètent de voir persister leur tumeur. M. Robert a cité l'exemple d'une malade opérée par moi et qui, sortie de mes salles après un assez long séjour, avec une tumeur encore volumineuse de l'ovaire, guérit peu à peu au dehors; je pourrais produire deux autres cas tout semblables.

7° Relativement aux causes de mort à la suite de la ponction des kystes ovariens, suivies d'injections iodées, nous savons d'abord que sur 130 femmes, 30 ont succombé; de ces 30 cas, il faut en défalquer 20 où la canule à demeure a été mise en usage, c'est-à-dire une opération qui doit être proscrite ou réservée pour certains cas spéciaux, mais qui n'a rien de commun avec la méthode des injections iodées proprement dite. Restent dix décès sur 130 opérations. Il y a eu 64 guérisons, et dans 36 cas, les femmes n'ont pas guéri, mais elles ne sont pas mortes non plus ; leur situation n'a pas même été aggravée. — Ce sur quoi je veux insister, c'est que parmi les cas malheureux, il en est qui, évidemment, ne sauraient être imputés à la méthode des injections. Ainsi, l'opération a été faite parfois dans de mauvaises conditions, sur des femmes ayant la fièvre, épuisées, presque mourantes ; en un mot, dans des circonstances où il eût mieux valu s'abstenir. D'autres opérées ont commis des imprudences funestes, qui seules paraissent avoir causé leur mort. Une de nos malades, à la suite d'une injection iodée se sentant mieux, quitta l'hôpital, fit des efforts de toutes sortes ; bientôt elle revint à l'hôpital pour y mourir d'une péritonite et d'une inflammation purulente du kyste ! — Il y a de ces malheurs à la suite de toutes les opérations chirurgicales; et, pour être juste, on ne devrait pas en assombrir la statistique de la méthode que nous examinons.

J'arrive maintenant aux dangers sur lesquels M. Guérin a insisté dans la dernière séance, dangers qu'il attribue à une cause toute spéciale; à l'introduction de l'air.

L'air! cet ennemi que notre collègue poursuit partout et auquel il livre une guerre si acharnée ! Je crains, ou plutôt j'espère, que parfois il croit apercevoir cet ennemi là où il n'est pas.

La ponction palliative, habituellement sans gravité, est d'autres fois dangereuse et même mortelle. Quelle raison à ces exceptions? C'est l'introduction de l'air, répond M. Guérin. Examinons d'abord si cette introduction a réellement lieu, puis quels accidents elle peut occasionner.

Je ne vois pas, pour ma part, comment l'air pourrait pénétrer dans le péritoine pendant la ponction d'un kyste de l'ovaire. Quand il devient nécessaire de se servir de ces grosses canules que M. Guérin appelle « des bâtons, » c'est que l'on a affaire à un kyste dont le contenu est semblable à du beurre, à une gelée demi-solide. J'admets que l'air passe dans le canal creusé dans une substance aussi dense, comment pourrait-il se répandre au loin?

M. Guérin redoute l'introduction de l'air au moment où le kyste étant vidé, des pressions sont exercées sur le ventre ; il en résulterait, selon lui, un vide, comme dans un soufflet que l'on dilate. Mais les faits démontrent précisément le contraire ; c'est quand les kystes n'ont pu être vidés que la ponction palliative a eu des conséquences funestes. La pénétration de l'air s'accompagne, tout le monde le sait, d'un mouvement, d'un bruit particuliers ; l'opérateur, averti à l'instant, appliquerait bien vite son doigt sur l'ouverture de la canule. D'ailleurs, où cet air irait-il? M. Guérin, qui possède une physique à lui, dit qu'il s'introduit dans le péritoine ; il découvre entre le péritoine et le kyste d'une part, et l'atmosphère de l'autre, des différences de densité, d'où naît une tendance au vide, une aspiration..., chose impossible à admettre quand on songe aux parois molles, souples, dépressibles de la cavité abdominale, ou de la cavité ovarienne, parois que la pression atmosphérique déprime au fur et à mesure que le liquide s'échappe. Pendant que les pressions sont exercées sur le ventre, le liquide ne cesse pas un instant de couler. La mollesse des parois s'oppose ici complétement à la formation d'un vide, tandis que dans certains abcès par congestion occupant la gaîne aponévrotique du psoas, par exemple, des membranes tendues entre des attaches solides permettent l'accès de l'air dans le foyer purulent.

En supposant l'introduction de l'air possible, et même réelle et démontrée dans les kystes de l'ovaire, en résultera-t-il des conséquences bien dangereuses ? C'est là une bien vieille question qui a été agitée par Monro, Bell et plusieurs chirurgiens de notre siècle. Je ne comprends guère, je l'avoue, ces dangers attribués à l'air, et je trouve même une infinité de faits qui m'en font douter. L'air, ce gaz bénin qui nous baigne et nous pénètre de toutes parts, est-il bien coupable de tous les méfaits dont on l'accuse? Dans certaines fractures de côtes nous voyons l'air s'infiltrer au loin, former un énorme emphysème : jamais le tissu cellulaire ne s'enflamme et ne suppure. Des conscrits peu belliqueux remplissent d'air leur scrotum pour simuler une grave maladie, et la *simulent* en effet. Qui ne connaît l'histoire de ces garçons bouchers, insufflant sans lui faire grand mal un voyageur qu'ils avaient trouvé endormi sur la route? On dira peut-être qu'il ne s'agit pas ici de cavités séreuses, closes de toutes part ; et cependant les espaces du tissu cellulaire sont bien des cavités de ce genre. Mais dans les vraies membranes séreuses, quand de l'air a été introduit, qu'arrive-t-il? c'est qu'il se résorbe peu à peu.

Pour que l'air ait une action nuisible sur les tissus, il faut qu'il soit avec eux en contact permanent et prolongé, tel est le cas d'une cavité anfractueuse où il séjourne, et il y a longtemps que je me suis attaché à démontrer qu'il agit alors non à la manière d'un irritant direct, mais en raison des décompositions chimiques qu'il opère dans les liquides ; ce sont ces liquides qui altérés, dénaturés, deviennent irritants pour les tissus qu'ils touchent.

Quand j'eus entendu la communication de M. Guérin, je crus y remarquer quelques hérésies, mais il se pouvait que j'eusse mal entendu ou que notre collègue ne se fût pas bien expliqué ; et ce n'est jamais la parole que je voudrais attaquer, mais l'idée, non ce qui a été dit, mais ce qui a été pensé. Or, M. Guérin persiste dans ses assertions ; notre surprise, dit-il, ne l'a pas surpris, il s'y attendait ; l'hérésie de la veille est devenue bien des fois la vérité du lendemain. Bien des fois, c'est trop dire ; je sais bien qu'on peut citer l'exemple de la vapeur dont l'Institut a méconnu l'importance, et quelques autres, en petit nombre. Mais prenons-y garde : les gens qui cherchent et trouvent la quadrature du cercle, les homœopathes, etc., vont aussi répétant qu'ils possèdent de grandes vérités et qu'un jour nous serons honteux de ne pas avoir été les premiers à les acclamer !

Ce qui m'a paru et me paraît encore une hérésie dans le discours de M. Guérin, c'est la manière dont il fait parvenir l'air, poussé par une seringue à injection, dans le péritoine, à travers le vagin, l'utérus, la trompe et le trajet qu'il fait suivre à cet air par l'estomac pour être rejeté au dehors. Mais alors les femmes seraient exposées continuellement aux suites redoutables de cette pénétration; il n'y a pas de raison pour qu'en marchant, en dansant, elles ne sentent l'air s'engouffrer là-dedans! D'ailleurs, puisque l'air injecté pénètre dans le péritoine, pourquoi l'eau ne pénétrerait-elle pas tout aussi bien et ne produirait-elle pas une ascite? Ce qui m'étonnerait dans ce système, c'est qu'il y eût des femmes qui ne fussent affectées ni de tympanite ni d'hydropisie.

Cette physique, particulière à M. Guérin, a quelque chose d'effrayant; mais c'est une consolation de penser que l'air reçu dans le péritoine peut sortir par l'estomac et le rectum. Ce facile passage à travers les tuniques muqueuse, musculaire et séreuse de l'intestin, nous donnerait immédiatement l'explication du mode d'action des drastiques dans l'ascite.

Je ne me figure pas comment une injection dans le vagin, injection faite avec un petit tube dans une ample cavité, peut traverser la trompe. L'utérus peut être béant; mais si l'orifice du museau de tanche est entr'ouvert, nous savons tous qu'à la partie supérieure du col utérin existe cet isthme si étroit qui, lui, est toujours fermé. Une fois dans l'utérus, il faudrait encore que le fluide allât se frayer un passage à travers l'orifice de la trompe, orifice imperceptible où l'on pénètre avec une soie de sanglier et que la membrane muqueuse entoure d'une sorte de valvule. On a dit (et sans le démontrer encore), que des injections liquides, poussées avec force *dans la cavité utérine*, pouvaient s'engager dans la trompe et arriver jusqu'au péritoine; il s'agissait d'un liquide poussé à travers un tube qui remplissait exactement le canal du col utérin. Mais une simple injection dans le vagin! L'une des malades de M. Guérin ayant achevé une injection de ce genre, continuait machinalement le mouvement commencé, et poussait ainsi de l'air dans son vagin; elle sentit quelque chose *filer*, et s'arrêta, ayant éprouvé de la douleur. Il n'avait donc pénétré que bien peu de gaz; quelques jours après elle eut des éructations copieuses par la bouche et l'anus, rendant ainsi par litres ce qu'elle avait introduit d'air par centimètres cubes!

M. Guérin nous dit qu'il s'appuie encore sur d'autres faits. En faisant des recherches à l'Hôtel-Dieu sur le cadavre de plusieurs femmes mortes de métro-péritonite, il a trouvé du pus hors de la trompe. Et il en conclut que, puisque la suppuration a bien pu sortir de l'utérus et de la trompe pour tomber dans le péritoine, il n'y avait rien d'impossible à ce que l'air pût suivre le même chemin. Mais ce pus a bien pu prendre naissance à la fois dans l'utérus, la trompe, le pavillon, l'ovaire, le péritoine, sans migration d'aucune sorte.

M. Guérin n'a donc produit aucun fait à l'appui de ses idées, idées qui, si elles étaient admises, ne tendraient à rien moins qu'à bouleverser toute la pathologie.

Autre chose encore : M. Guérin veut que l'on tente la guérison des kystes de l'ovaire sans injection; il se propose de vider le kyste de manière à déterminer l'accollement des parois et à produire en même temps par l'aspiration, une sorte de fluxion, d'excitation susceptible de remplacer le liquide irritant. Cette aspiration me paraît une seconde hérésie. Une fois les parois amenées au contact, l'action aspiratrice de la seringue n'a d'effet que sur la portion de tissus qui est en rapport avec le bec de l'instrument; il pourra y avoir, si vous voulez, invagination de la membrane du kyste dans le tuyau de la seringue, mais c'est là tout. A moins que mes connaissances physiques ne me trompent, je vois dans cette seconde théorie une erreur positive.

Il me reste à mentionner un dernier point. M. Guérin a parlé de méthode sous-cutanée. Je sais que notre collègue a fait là-dessus de nouveaux travaux; mais, s'il faut le dire, ce terme d'opération *sous-cutanée*, je ne le comprends pas. Cela veut-il dire opération qui se pratique sur les parties profondes? ou bien plutôt désigne-t-on ainsi les opérations qui se font à l'abri du contact de l'air? La méthode sous-cutanée proprement dite est aujourd'hui assez avancée pour donner lieu à une discussion intéressante, et qui aurait l'avantage de fixer les idées sur ce que l'on entend par ce nom de *sous-cutanée*. En comparant la ponction suivie d'injection et d'occlusion du kyste avec le procédé de la canule à demeure, j'ai dit que la première opération appartenait à la méthode sous-cutanée, *comme le dirait M. Guérin*, et non comme je le dirais, moi; car nous ne donnons pas le même nom aux mêmes choses.

En terminant, je dirai que l'appareil que M. Guérin a montré à l'Académie, dans la dernière séance, est très-ingénieux, mais je crois qu'on pourra s'en passer, les dangers qu'il est destiné à prévenir n'existant pas en réalité.

M. J. GUÉRIN. Le caractère tout particulier et très-personnel de l'argumentation que M. Velpeau vient d'exposer, m'obligera à présenter quelques explications dans la prochaine séance. Mais, dès à présent, je dois dire qu'il y a dans le discours de notre collègue trois ordres de choses : des méprises que j'aurai à dissiper, des choses sérieuses (auxquelles je répondrai), et des choses qui ne le sont pas.... Celles-ci, je m'abstiendrai d'y répliquer, laissant à M. Velpeau la satisfaction de les avoir dites.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Un deuil étant survenu dans la famille de M. le docteur Roux, le journal n'a pas reçu et ne publie pas de feuilleton aujourd'hui.

Arrêtés relatifs à l'agrégation pour les Facultés de Montpellier et de Strasbourg. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, sont maintenus pour trois ans, dans leurs fonctions près la Faculté de Médecine de Montpellier, les agrégés en activité dont les noms suivent et dont le temps d'exercice est expiré, savoir : 3e section, MM. BOURELY et PARELIER; 4e section, M. QUISSAC.

Sont rappelés à l'activité près la Faculté de Médecine de Montpellier les agrégés libres dont les noms suivent : 1° pour trois ans, M. BROUSSE, 2e section; M. BROUSSONNET, 3e section (médecine légale); 2° pour six ans, M. VIGUIER, 1re section (botanique et histoire naturelle); M. LESCELLIER-LAFOSSE, 4e section (accouchements).

Les quinze agrégés actuellement en exercice près la Faculté de Médecine de Montpellier sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et naturelles.* — Anatomie et Physiologie : BOURDEL, JACQUEMET; Histoire naturelle : VIGUIER.

2e SECTION. — *Sciences physiques, chimiques et toxicologie.* — Chimie générale et toxicologie : FAGET; chimie pharmaceutique : BROUSSE.

3e SECTION. — *Sciences médicales.* — Pathologie interne, clinique interne, pathologie générale, thérapeutique et matière médicale, hygiène : PARLIER, BOURELY, LASSALVY, COMBAL, GIRBAL; médecine légale : BROUSSONNET.

4e SECTION. — *Sciences chirurgicales, accouchements.* — Chirurgie : QUISSAC, MONTET, GARIMOND; accouchements : LESCELLIER-LAFOSSE.

Sont rappelés à l'activité pour trois ans, près la Faculté de Médecine de Strasbourg, les agrégés libres dont les noms suivent, savoir : MM. ARRONSSOHN, 3e section; BACH, 4e section.

Les douze agrégés actuellement en exercice près la Faculté de Médecine de Strasbourg, sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

1re SECTION. — *Sciences anatomiques et physiologiques.* — Anatomie et Physiologie : KOEBERLÉ; Botanique et Histoire naturelle : KIRSCHLEGER.

2e SECTION. — *Sciences physiques.* — Chimie : STROHL.

3e SECTION. — *Médecine proprement dite et Médecine légale.* — Pathologie interne, clinique interne, pathologie générale, matière médicale et thérapeutique, hygiène et physique : DAGONNET, HIRTZ, ARRONSSOHN, JOYEUX, COZE; Médecine légale : WIEGER.

4e SECTION. — *Chirurgie et accouchements.* — Pathologie externe : BACH; Clinique externe : HELD; Accouchements : HERGOTT.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 10. 5e année. Jeudi 22 Janvier 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 21 janvier 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[Traitement des kystes de l'ovaire.]

Le nombreux auditoire qui s'était hier rendu à l'Académie n'a entendu que la moitié de ce qu'il était venu écouter. MM. Guérin et Malgaigne étaient inscrits sur la liste des orateurs; mais M. Guérin seul a pris la parole et a occupé seul toute la séance, à quelques minutes près, pendant lesquelles M. Velpeau a cherché à montrer, en peu de mots, la faiblesse de l'argumentation de son contradicteur. M. Malgaigne est resté seul inscrit pour la prochaine séance; il aura donc tout le temps de donner carrière à son talent d'orateur.

M. Guérin a très-bien défendu la position qu'il avait prise; on a même pu juger qu'il en serait sorti sain et sauf, si cette position n'avait pas été absolument désespérée. Mais, en ce monde, les rois seuls et les demi-dieux font des choses impossibles; les simples mortels ou même les immortels dont l'immortalité ne repose que sur les broderies académiques, sont obligés de s'arrêter devant les lois de la physique.

M. Guérin, il est vrai, a prétendu qu'il n'avait pas de physique à lui, et que ses théories s'appuyaient sur la physique vulgaire, c'est-à-dire, dans son esprit, sur la physique de Dulong, de Biot, de Pouillet et de son ami Despretz, enfin sur la physique des physiciens, laquelle, par malheur, n'est pas encore aussi vulgaire que semble le penser notre très-habile et savant confrère. Elle est si peu vulgaire, que lui-même ne se fait qu'une idée confuse de ses lois les plus simples, celles de la pesanteur. Cela ressort clairement du langage dont M. Guérin s'est servi, et des expériences qu'il a conçues et exécutées pour démontrer, au moins la possibilité, sinon la réalité de ses théories.

Un mot seulement sur ce langage et sur ces expériences :

M. Guérin, sans doute, sait aussi bien que nous que le langage de la physique est souvent comme celui de la géométrie : il ne se prête pas aux périphrases et aux synonymes. Celui qui, en géometrie, emploierait le mot *équivalent* pour le mot *semblable*, le mot *semblable* pour le mot *égal*, montrerait par ce seul langage qu'il ignore les premiers éléments de la géométrie. Il en est souvent de même en physique. M. Guérin a parlé de la *tension* de la cavité péritonéale, laquelle *tension* est moindre que la *pression* atmosphérique, nous avons parfaitement saisi ces mots; or, la cavité péritonéale n'a pas et ne peut avoir de tension; le mot *tension* ainsi appliqué est plus que vide de sens, il est l'indice certain que celui qui l'emploie ne se fait qu'une idée pour le moins très-confuse de sa signification en physique. Que si M. Guérin a voulu faire du mot *tension* l'équivalent du mot *pression*, la confusion est encore plus grande, sans que la cavité du péritoine puisse avoir davantage une *pression* qu'une *tension*, différente de la *pression* ou de la *tension* atmosphérique. Il faut bien ne pas perdre de vue, en effet, que la cavité péritonéale est une cavité *possible* ou, si vous voulez, une cavité *virtuelle* (pour employer les grands mots familiers à beaucoup de gens qui les emploient sans les comprendre), mais non une cavité réelle; il n'y a donc, il ne peut donc y avoir aucune pression ni aucune tension particulière dans cette cavité *possible*, et aucun vide ni aucune tendance au vide ne peut s'y faire, puisque d'avance le vide y est complet. La tension ou la pression pourrait seulement être moindre dans la cavité intestinale, qui est une cavité réelle, qu'à l'intérieur, si les parois abdominales étaient solides dans toute leur périphérie ou dans la plus grande partie; mais dans le cas même où la pression serait moindre dans la cavité intestinale qu'à l'extérieur, la différence qui en résulterait serait sans influence possible sur la cavité péritonéale dont les conditions ne seraient modifiées ni sous le rapport anatomique, ni sous le rapport de la pesanteur. Voilà pour les principes de physique.

Quant aux expériences que l'ingénieux académicien a faites devant l'Académie pour prouver que le péritoine pouvait, *jusqu'à un certain* point, faire l'office d'un soufflet; j'avoue que j'ai peine à comprendre comment elles ont pu lui faire illusion.

M. Guérin a d'abord adapté à une poche en caoutchouc à parois épaisses et par conséquent très-élastiques un tube à boules de Liébig, connu de tous ceux qui ont suivi un cours de chimie; ayant pressé sur cette poche, il en a expulsé l'air qui est sorti en traversant le liquide renfermé

dans les boules du tube; ayant ensuite cessé d'exercer la pression sur les parois de la poche, celles-ci, en revenant sur elles-mêmes, ont fait le vide dans l'intérieur de la poche, et M. Guérin a montré aux assistants que, sous l'influence de l'aspiration, l'air rentrait comme il était sorti. En quoi cette expérience peut-elle éclairer la question en litige? Est-ce que quelqu'un, dans l'Académie, doutait que l'air se précipite partout où le vide se fait? Évidemment, non; ce qu'il fallait démontrer, c'est qu'un vide peut se faire ou se fait dans le péritoine; or, l'expérience faite par M. Guérin ne peut en rien établir ce fait; personne même n'a saisi les liens qui, dans l'esprit de M. Guérin, peuvent lier l'expérience au fait à démontrer.

Quant à la seconde expérience, tendant à démontrer que l'aspiration exercée dans un kyste détermine une fluxion sur les parois de cette cavité, nous ne l'avons pas comprise plus que la première, ou plutôt nous n'en avons pas compris le sens, et nous nous sommes assuré que les physiciens de l'Académie, MM. Bussy, Poiseuille, etc., n'ont pas été plus heureux que nous.

M. Guérin a pris une vessie; à deux points opposés de son diamètre il a placé deux tubes communiquant avec sa cavité en partie remplie d'eau; l'un des tubes a été ajusté à la canule d'une seringue, l'autre tube a été mis en communication avec l'air extérieur. Faisant jouer le piston, M. Guérin a fait alors le vide dans la seringue; l'eau s'est d'abord précipitée dans l'instrument, et, après l'eau, l'air extérieur, qui nécessairement a traversé ainsi les deux tubes et la vessie qui mettaient l'intérieur de la seringue en communication avec l'air extérieur. En quoi cette expérience peut-elle montrer que l'aspiration exercée sur un kyste qui ne contient plus de liquide produit une fluxion sur les parois de ce kyste? On se le demande encore sans parvenir à l'entrevoir. Nous sommes donc obligé de le déclarer: les expériences dont on vient de lire le court exposé ne nous ont offert aucun lien saisissable avec les points qu'elles devaient prouver ou tout au moins éclairer.

Quant aux faits d'observation que M. Guérin a empruntés à quelques médecins honorables qui vivent parmi nous et qu'il aurait pu multiplier indéfiniment en recourant aux traités sur l'hystérie et sur les pneumatoses, ces faits prouvent que des accidents connus de tout le monde peuvent se développer instantanément chez des femmes nerveuses; mais par quelles raisons pourrait-on les attribuer au passage à peu près impossible de quelques bulles d'air dans le péritoine? Voilà ce que personne ne saurait deviner.

Au reste, toutes les remarques précédentes ont à peu près été faites sommairement par M. Velpeau, à qui nous sommes heureux de pouvoir reprendre, en le répétant, ce qu'il nous avait emprunté. Ses courtes remarques ont paru exprimer pleinement le sentiment de l'Académie (sauf peut-être celles relatives à la méthode sous-cutanée), et nous espérons que les nôtres exprimeront le sentiment public, et seront dans tous les cas l'expression de la vérité.

H. de Castelnau.

Société de Chirurgie.

[Séance du 14 janvier 1857.]

Après la présentation de quelques malades et l'adoption du procès-verbal, M. Chassaignac est de nouveau descendu du fauteuil pour terminer la lecture de son mémoire sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales par sa méthode de l'écrasement linéaire. Ce mémoire doit être suivi d'une discussion sur la valeur de la nouvelle méthode de M. Chassaignac, et quelques explications qui ont déjà été échangées à l'occasion d'une amputation de la verge, que M. Verneuil a pratiquée au moyen de l'écraseur non articulé de M. Charrière, permettent de prévoir que la discussion ne roulera pas seulement sur le traitement des hémorrhoïdes, qu'elle deviendra plus générale, et qu'elle s'étendra à toutes les applications de la méthode de l'écrasement. M. Chassaignac, dont les convictions sont très-arrêtées, désire que le débat s'agrandisse, et la science certainement ne pourra qu'y gagner.

Après un préambule que nous reproduirons tout à l'heure, et où se trouve discutée une question de priorité que la malveillance seule a pu susciter, M. Chassaignac annonce qu'il a opéré par l'écrasement linéaire, depuis le 1er janvier 1855, 47 malades atteints de tumeurs hémorrhoïdales et que la guérison a été obtenue dans tous les cas. Malgré l'innocuité de sa méthode, il ne pense pas que toutes les tumeurs hémorrhoïdales doivent être opérées indistinctement, mais il croit que quelques personnes ont beaucoup trop restreint les cas où l'opération est indiquée. On a parlé des dangers qui résultent de la suppression du flux hémorrhoïdal; mais M. Chassaignac, qui a suivi avec soin tous ses opérés, n'a rien vu qui fût de nature à confirmer ces craintes. D'ailleurs, les accidents nombreux qui peuvent résulter de la présence des tumeurs hémorrhoïdales, ne permettent pas de se borner à un traitement purement palliatif. Ainsi ces tumeurs peuvent se compliquer de fistules anales, de fissures, d'abcès, de spasmes du sphincter, de dilatation ampullaire considérable du rectum, de désordres anatomiques ou fonctionnels de l'appareil urinaire, tels que la dysurie, le ténesme vésical, l'hypertrophie de la prostate, celle de la vessie, et même, au dire de l'auteur, mais cette assertion aurait besoin de preuves nombreuses, de rétrécissement urétral. Enfin, la difficulté de la défécation, les efforts provoqués par le ténesme anal ou vésical, peuvent donner lieu à la formation de hernies abdominales.

Les indications une fois posées, M. Chassaignac étudie comparativement les principales méthodes employées jusqu'ici dans le traitement des tumeurs hémorrhoïdales. Il critique successivement la cautérisation actuelle, la cautérisation potentielle, notamment celle qu'on pratique avec la pâte de Vienne. Ces méthodes laissent à l'extrémité inférieure du rectum des cicatrices rétractiles, qui exposent à la formation ultérieure d'un rétrécissement. Suivant M. Chassaignac, les cicatrices consécutives à l'écrasement linéaire n'ont pas cet inconvénient, et on sait, en effet, que les cicatrices qui suivent l'application des caustiques sont, en général, plus rétractiles que les autres.

Nous ne croyons pas devoir décrire le manuel opératoire de l'écrasement linéaire, quoique M. Chassaignac ait dû en exposer les détails avec précision dans son mémoire. Nos lecteurs savent déjà comment on fixe la tumeur, comment on la pédiculise et comment on l'entoure d'une chaîne métallique qu'on serre ensuite par saccades au moyen d'un levier et d'une crémaillère. La durée de l'opération ne dépassait jamais un quart d'heure; on peut et on doit soustraire les malades à la douleur au moyen du chloroforme. M. Chassaignac annonce que l'écoulement de sang est insignifiant, mais nous savons que cette proposition a rencontré quelques contradicteurs, et nous ne nous prononcerons pas à cet égard avant d'avoir entendu la discussion.

Pour terminer ce résumé, nous reproduisons le préambule et les conclusions du mémoire de M. Chassaignac :

La méthode que je viens soumettre à vos délibérations ne date que de quelques années. — Elle compte déjà en sa faveur un nombre de faits que je considère comme suffisant pour motiver des conclusions applicables à la pratique.

Le nombre de ces faits, depuis le 1er janvier 1855, s'élève au chiffre de 47. Sur ces 47 malades, je n'en ai pas perdu un seul, et j'établis la preuve de mes assertions sur des observations authentiques, recueillies avec soin, et qui seront placées sous vos yeux.

Une partie de ces observations a été publiée dans mon *Traité de*

l'écrasement linéaire. Les autres peuvent, sans aucune exception, être mises à la disposition de chacun de vous.

En disant que la méthode dont je viens vous entretenir est entièrement nouvelle, je m'appuie sur tous les témoignages que l'histoire de l'art chirurgical a pu me fournir. Nulle part, en effet, je n'ai trouvé la moindre trace qui indiquât que, par l'emploi d'une chaîne métallique, on eût jamais fait tomber en quelques minutes et sans hémorrhagie une tumeur hémorrhoïdale volumineuse.

J'ai bien vu que les chirurgiens qui ont traité les hémorrhoïdes par la méthode de la ligature ont quelquefois obtenu le sphacèle de la tumeur au bout d'une journée et plus, mais je ne connais aucun exemple de séparation plus rapidement obtenue.

Veuillez me permettre de vous citer le texte d'un auteur qui n'a pas fait faire le moindre progrès au traitement des tumeurs hémorrhoïdales, mais qui a plagié le serre-nœud de Roderic, je veux parler de Mathias Mayor.

Je trouve, page 492, t. I de la *Chirurgie simplifiée,* le passage suivant :

« La ligature des paquets hémorrhoïdaux exige que ces tumeurs « soient d'abord expulsées hors de l'anus avec une ou deux érignes, « vers l'endroit où on veut les extirper, et que l'anse du fil soit ensuite « poussée au delà des crochets. — Après avoir soumis les parties à « une facile et forte constriction, elles se sphacèlent en vingt-quatre « ou trente-six heures. Le chirurgien enlève alors son constricteur et « abandonne à la nature et à quelques soins de propreté le complé- « ment de la cure. »

Ainsi, vous le voyez, c'est d'un *fil* que Mayor se sert; ce fil, il le laisse en place pendant *vingt-quatre* ou *trente-six heures;* il fait tomber la tumeur hémorrhoïdale par le *sphacèle.* La meilleure preuve que ce n'est pas son instrument qui opère la séparation, c'est qu'il le retire au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, ce qu'il n'aurait pas besoin de faire, puisque le fil tomberait de lui-même, si au bout de ces trente-six heures de souffrance la tumeur se détachait. Ce fait est pour moi une preuve irréfragable que Mayor n'a ni connu, ni pratiqué l'écrasement linéaire.

En regard de cette manière d'opérer, je vous présente un livre, mon *Traité de l'écrasement linéaire,* qui renferme vingt et quelques observations de tumeurs hémorrhoïdales. Il y est établi que toutes ces ablations ont été faites avec une chaîne, tandis que Mayor emploie un fil, que les bourrelets hémorrhoïdaires les plus volumineux n'ont jamais exigé plus de douze minutes pour leur ablation complète, que l'instrument, au lieu d'être une copie du serre-nœud de Roderic, comme l'est le serre-nœud de Mayor, est un appareil constitué par des leviers, des crémaillères et une chaîne dont aucun fil métallique suffisamment souple ne pourrait égaler le volume et la force.

Voilà donc deux systèmes qui diffèrent par la construction de l'instrument, par sa manière d'agir, par la durée de l'opération et les suites de cette opération.

Eh bien! si en présence de textes aussi explicites, quelqu'un venait dire que Mayor opérait les tumeurs hémorrhoïdales comme je les opère et que les deux systèmes sont identiques, de quel nom faudrait-il qualifier d'aussi étranges affirmations?

. . . .

Conclusions. — 1° Les malades qui vont être soumis à l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales par la méthode de l'écrasement, doivent toujours être amenés à l'état de tolérance anesthésique par l'emploi du chloroforme.

2° On ne doit jamais appliquer l'écrasement linéaire aux tumeurs hémorrhoïdales sans les avoir préalablement pédiculisées.

3° On peut pédiculiser les tumeurs hémorrhoïdales latérales sans autre secours que l'extrémité des deux doigts indicateurs, dont l'un, courbé en manière de crochet, ramène la tumeur du dedans au dehors, tandis que l'autre fait contre-appui à la limite cutanée du bourrelet hémorrhoïdal.

4° La ligature préalable pour la pédiculisation des tumeurs qui vont être soumises au broiement linéaire, est non-seulement utile, mais indispensable.

5° Chez tous les sujets qui doivent être soumis à l'ablation de tumeurs hémorrhoïdales, il importe de recourir à un cathétérisme urétral préalable ; cela dans le double but d'une exploration, puis d'une préparation utile pour les cas où le cathéter deviendrait indispensable.

6° L'ablation des bourrelets hémorrhoïdaux circulaires se fait d'une manière complète en une seule fois, par le concours de l'érigne à branches multiples et de l'écraseur.

7° Lorsque l'écrasement est conduit avec les précautions que nous avons indiquées, on peut obtenir la séparation des tumeurs hémorrhoïdales sans effusion de sang.

8° L'absence d'hémorrhagie primitive à la suite de cette opération est un fait très-général, mais non absolu.

9° L'absence d'hémorrhagie consécutive doit être considérée comme un fait absolu à la suite de l'écrasement linéaire, quand celui-ci est pratiqué avec les précautions dont nous avons parlé.

10° La suppuration de la plaie qui succède à l'écrasement linéaire est presque nulle ; elle consiste dans le suintement très-faible d'une humidité muqueuse.

11° La douleur qui succède à l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire est beaucoup plus courte que celle qu'on observe après les diverses méthodes de cautérisation.

12° Au bout de vingt-quatre heures après l'opération, il est nécessaire de s'assurer de la perméabilité de l'intestin, soit en opérant le décollement avec le doigt, soit en introduisant une algalie.

13° Dans la tuméfaction du ventre, qui succède chez certains sujets à l'ablation d'un bourrelet hémorrhoïdal volumineux, il importe de distinguer ce qui peut dépendre de la rétention d'urine, à laquelle on remédie sur-le-champ par le cathétérisme, ce qui peut tenir à la distension par inertie intestinale, distension qu'on fait cesser par l'introduction d'une sonde élastique propre à favoriser l'issue des gaz, et enfin ce qui dépend d'une péritonite.

14° Aucun des malades opérés par écrasement linéaire, soit de tumeurs hémorrhoïdales latérales, soit de bourrelets circulaires, n'a jamais éprouvé jusqu'ici de difficultés sérieuses et durables dans les fonctions de l'intestin.

15° La très-grande majorité des malades opérés de tumeurs hémorrhoïdales peut se dispenser de garder le lit au bout des quatre premiers jours après l'opération. Au huitième jour, au plus tard, ils peuvent sortir.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Fistule vésico-vaginale opérée par le procédé de M. Jobert,

Par M. A. da Costa, de Rio-Janeiro.

Mme E. C...., brésilienne, âgée de 34 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, bien réglée, devint enceinte huit mois après son mariage. Pendant sa grossesse, elle n'éprouva aucun accident ; néanmoins, l'accouchement fut très-laborieux.

Le 21 mars 1855, vers deux heures de l'après-midi, le travail commence et se prolonge; son accoucheur, après avoir perdu tout espoir de terminer l'accouchement sans le secours du forceps, employa cet instrument dix-huit heures après ; les manœuvres furent très-longues et difficiles ; le fœtus extrait était mort.

Aucun accident grave ne vint compliquer l'état de la malade, si ce n'est des douleurs très-vives pendant l'émission des urines ; ces douleurs furent d'abord regardées comme le résultat des efforts et des manœuvres instrumentales pour effectuer l'accouchement. Plus tard, on s'aperçut que l'urine s'écoulait par le vagin ; alors le docteur Feijé, professeur d'accouchement à l'école de médecine de Rio-Janeiro, fut appelé et constata l'existence d'une fistule vésico-vaginale, résultant de la chute d'une eschare ; il conseilla les moyens qu'il jugea à propos, et ne revit plus la malade.

Le 25 *avril* 1856, quatre mois après mon arrivée de France, cette malade me fut présentée et je me suis chargé de son traitement.

Mme C...., d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux, était maigre et pâle ; sur sa physionomie était empreinte la souffrance et le désespoir ; elle me dit que depuis trois mois elle perdait toutes ses urines par le vagin, ce qui lui causait d'horribles tourments, surtout à l'époque de ses règles ; abstraction faite de l'état des voies urinaires, la santé, en général, était assez satisfaisante.

Le 28, j'ai examiné Mme C.... ; voici son état :

La partie interne et supérieure des cuisses, les grandes lèvres, la vulve et le vagin sont le siége d'un érythème très-prononcé, à la partie moyenne du vagin, on remarque une espèce de cloison formée par du tissu cicatriciel, qui s'étale sur toute la circonférence du canal, et se termine par une petite ouverture centrale qui à peine admet le bout du petit doigt. Cette ouverture donne constamment issue à de l'urine; mais elle est masquée en partie par le repli cicatriciel dont j'ai parlé.

Le 5 *mai*, j'ai pratiqué le débridement de cette cloison, après avoir soumis la malade à un traitement préalable, tel que des bains émollients répétés, injections et lavements de même nature ; j'ai pu alors constater parfaitement l'existence de la fistule vésico-vaginale.

Sur la partie antérieure du vagin, à trois centimètres du méat urinaire, s'ouvre la fistule, qui est placée sur la ligne médiane ; son diamètre transversal est de trois centimètres à peu près, tandis que son diamètre antéro-postérieur n'a que deux centimètres (l'urèthre et la vessie sont compris dans cette solution de continuité) ; les bords sont durs et réguliers ; la sonde, introduite par l'urèthre, sort facilement dans le vagin quand on lui imprime un mouvement de bascule ; cette même sonde pénètre jusque dans la vessie, n'éprouve aucun obstacle lorsqu'on lui donne une direction horizontale, côtoyant la paroi antérieure et supérieure de l'urèthre. Le col utérin est sain, il y a cependant un peu de rougeur, sa position n'est pas tout à fait normale ; on note un léger abaissement de l'utérus.

En présence de cet état, j'ai proposé à Mme C.... l'opération qu'elle a acceptée.

Le 19 *juin*, en présence des docteurs Feijé, Figueredo et Coelho, j'ai pratiqué la cystoplastie par glissement.

La malade, couchée sur le bord d'une table appropriée, garnie d'un matelas, les hanches soulevées de manière à avoir la tête et le tronc dans un plan inférieur, les jambes et les cuisses bien écartées, celles-ci fléchies et supportées par deux aides, j'ai introduit le spéculum univalve en buis, et j'ai déprimé la paroi postérieure du vagin, tandis que les grandes lèvres étaient fortement écartées par les doigts des deux aides. J'ai saisi alors le col de l'utérus avec des pinces érignes, je l'ai attiré vers la vulve, ce qui m'a été facile, attendu qu'il existait déjà une légère descente, puis j'ai détaché légèrement le vagin à son insertion au col utérin ; ce temps de l'opération fini, j'ai pris les bords de la fistule avec des pinces à dents de souris, et je les ai ravivés avec le bistouri, ne craignant pas d'enlever tout le bourrelet calleux. Cet avivement étant bien complet, j'ai appliqué trois points de suture entrecoupée, en ayant soin de mettre en rapport parfait les lèvres de la plaie, puis j'ai introduit une sonde en gomme élastique dans la vessie. Craignant le tiraillement des lèvres de la fistule, j'ai pratiqué deux incisions parallèles entamant la muqueuse vaginale, et qui ont anéanti toute espèce de tiraillement ; des injections faites avec de l'eau froide, un tampon d'amadou introduit dans le vagin complétèrent l'opération.

La malade fut portée dans son lit, où elle garda une position convenable, les jambes demi-fléchies et les cuisses rapprochées ; une potion calmante fut ordonnée, à prendre toutes les trois heures ; on recommanda le repos le plus absolu et on n'accorda aucune alimentation. Nul accident ne vint compliquer l'opération jusqu'au cinquième jour (24 *juin*); alors des coliques très-fortes se présentèrent et furent combattues par des fomentations calmantes laudanisées et un purgatif d'huile de ricin.

Le 25, l'état de la malade est très-satisfaisant ; toute l'urine s'écoule par la sonde, et l'examen laisse voir les lèvres de la plaie parfaitement en rapport, adhérentes ; les points de suture se maintiennent très-bien.

Le 26, même état, on change la sonde.

Le 27, on constate que les trous qui donnent passage aux fils sont ulcérés : je retire alors les trois fils avec beaucoup de précaution, après les avoir coupés avec des ciseaux ; la sonde est toujours maintenue, elle continue à donner passage aux urines ; on fait des injections émollientes dans le vagin et on introduit un nouveau tampon d'amadou.

Les 28, 29 et 30, même traitement ; l'adhérence des lèvres de la plaie se soutient, se raffermit, et la cicatrisation commence ; on change la sonde.

Le 1er *juillet*, le centre de la cicatrice laisse voir un petit pertuis par où quelques gouttelettes d'urine s'échappent (cautérisation au nitrate d'argent).

Les 2, 3 et 4, on touche cette même cicatrice avec de la teinture d'iode, on change la sonde.

Du 5 au 10, on retire la sonde et on l'introduit seulement toutes les deux heures pour évacuer les urines.

Du 11 au 14, le pertuis disparaît tout à fait ; rien de notable ne se passe ; la malade est très-ranimée et satisfaite.

Le 15, les règles paraissent, les coliques reviennent, mais elles ont cessé avec l'emploi des fomentations calmantes laudanisées et des bains de siége émollients ; les urines continuent à être évacuées au moyen de la sonde introduite toutes les deux heures.

Du 16 au 20, on fait des injections émollientes dans le vagin et on supprime le tampon d'amadou.

Le 21, les règles cessent ; j'examine la cicatrice et la trouve légèrement enflammée ; je fais continuer les injections émollientes, mais plus fréquentes.

Le 24, l'inflammation est tout à fait disparue et la malade n'éprouve aucune incommodité.

Le 31, tout se passe le mieux possible, la cicatrice est ferme et linéaire, les urines sont toujours extraites par la sonde.

A dater du 1er *août*, la malade commence à faire quelques pas dans sa chambre, les urines continuent à être évacuées par la sonde, mais toutes les trois heures, car si on dépasse ce temps elles s'échappent involontairement par l'urèthre. Cependant, petit à petit, cet espace de temps augmente, et la malade peut pendant le jour garder ses urines quatre heures, et pendant la nuit, couchée, six heures.

Vers les derniers jours du mois, la malade urine sans les secours de la sonde, mais le besoin d'uriner doit être satisfait de suite, car, autrement, l'urine se perd en partie involontairement.

Tout le mois de septembre se passe parfaitement bien, l'urine se conserve jour et nuit pendant plusieurs heures dans la vessie, et elle est évacuée, toujours par l'urèthre, à la volonté de la malade, au fur et à mesure qu'elle en a besoin. J'ai encore examiné le siége de la fistule, qui est remplacée par une cicatrice linéaire à peine visible.

J'ai quitté Mme C.... vers le 15 octobre, entièrement guérie, et je lui ai conseillé d'aller à la campagne pour se rétablir tout à fait.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Hernie de l'iris consécutive à l'opération de la cataracte par extraction. — Guérison spontanée,

Par M. le Dr DE LA MARDIÈRE.

La femme Pichot est atteinte d'une double cataracte.

Après avoir habitué les yeux pendant quelques jours au contact des instruments, je procède à l'extraction le 18 juin. L'opération est terminée sans le moindre accident ; les deux pupilles sont parfaitement noires, la malade est dans l'état le plus satisfaisant.

Le soir, saignée de précaution.

Le 19, les yeux ont été douloureux pendant la nuit ; la malade est mieux ce matin.

Le 20, la malade s'est beaucoup agitée. Le bandeau est taché par des larmes ; l'œil droit est plus douloureux que le gauche.

Le 22, l'appareil est levé. Je trouve une hernie considérable de l'iris du côté droit. Je recouvre les yeux sans y toucher.

Le 24, constipation. (1 gramme de calomel.)

Le 25, la malade est toujours indocile et a plusieurs fois porté la main à ses yeux. Fièvre, céphalalgie que j'attribue à la hernie. (6 sangsues sur la tempe droite; sinapismes.)

Le 26, douleurs moins vives. Je découvre les yeux, et je reconnais une iritis violente à gauche. La pupille présente à peine le diamètre d'une petite épingle. La fièvre persiste. (2 vésicatoires aux jambes; frictions sur le front et la tempe correspondante avec de la pommade d'extrait de belladone.)

Le 27, mieux; la pupille s'est dilatée.

Le 28, une fausse membrane, qui a la forme d'une fine toile d'araignée, obstrue la pupille et lui donne un aspect festonné. Je redoute vivement l'oblitération de l'ouverture pupillaire.

Le 30, le champ de la pupille s'est nettoyé à gauche, mais la tumeur formée par l'iris hernié a beaucoup augmenté à droite. Elle présente aujourd'hui le volume d'un fort grain de blé. Je n'y fais rien.

Le 1er *juillet*, la malade, toujours en proie à une assez vive agitation, se plaint d'une forte céphalalgie. (Saignée copieuse.)

Le 2, mieux, mais la fièvre persiste. (Deuxième saignée.)

Le 3, continuation; vésicatoire au cou. Les jours suivants, amélioration.

Le 8, la malade a vu deux cerises, reconnu sa tabatière, une clef, etc.

Le 11, elle a pu voir une épingle.

Le 15, elle distingue une épingle d'une aiguille.

Le 20, la tumeur formée par la hernie a beaucoup diminué de volume.

Le 4 *août*, la tumeur a un peu augmenté et produit un peu de gêne; mais la malade y voit très-bien des deux yeux. (Lunettes bleues.) Les jours suivants, la tumeur diminue graduellement et finit par disparaître entièrement, si bien que la cicatrice de la cornée du côté droit n'est pas sensiblement plus large que celle du côté gauche. Seulement la pupille est un peu ovale, son grand diamètre étant dirigé de haut en bas. La vision se maintient bonne.

On voit, par cette observation, que malgré des accidents redoutables occasionnés par l'indocilité de la malade, la guérison de la hernie de l'iris n'a pu être entravée.

(*Bull. de la Soc. de Méd. de Poitiers.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 janvier 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Un rapport de M. le docteur GAUNE, médecin en chef de l'hôpital de Niort, sur une *épidémie de congestion et de méningite rachidiennes* qui a régné, en septembre 1856, parmi les enfants-trouvés du sexe féminin.

— Un rapport de M. le docteur LEMONIE, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Chinon (Nièvre), sur une *épidémie d'angine* qui a régné dans les communes de Saint-Hilaire et de Chatins en 1855.

— Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans les départements de la Loire-Inférieure et du Rhône. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Candidatures. — MM. DEVERGIE, A. TARDIEU et DUCHESNE prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale.

Kystes de l'ovaire. — M. le docteur BOURJEAURD adresse à l'Académie une *Note sur le traitement des kystes ovariques par la compression.* (M. Barth, rapporteur.)

— M. le docteur SUZEAU, de Thiers, adresse une lettre sur un nouveau mode de traitement des kystes ovariques. (M. Barth, rapporteur.)

Iodure de fer et de quinine. — M. RÉBILLON, pharmacien à Paris, adresse un mémoire sur un mode de préparation de l'iodure de fer et de quinine. (Comm. : MM. Boudet, Bussy et Bouchardat.)

Filtrage des eaux. — M. NADAULT DE BUFFON, ingénieur en chef des mines, adresse un mémoire sur le *filtrage des eaux destinées aux usages domestiques.* (Comm. : MM. Chevallier, Robinet et Guérard.)

Fièvre intermittente. — M. G. DELENDA, médecin à Santorin, adresse un mémoire *Sur la fréquence de la fièvre intermittente en Grèce.* (M. Desportes, rapporteur.)

Écrasement linéaire. — M. MAISONNEUVE présente un nouvel instrument destiné à l'écrasement linéaire. (M. Bégin, rapporteur.)

— M. le docteur ROTUREAU adresse à l'Académie un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

— M. A. DA COSTA, de Rio-Janeiro, envoie deux nouvelles observations intitulées : l'une, *Castration partielle pour un carcinôme du testicule gauche*, et l'autre, *Ligature de l'iliaque externe pour un anévrysme de la fémorale.* (Commission nommée.)

DISCUSSION

sur le traitement des kystes de l'ovaire.

M. GUÉRIN. Bacon a dit que toute découverte est une personnalité pour tous ceux qui auraient pu la faire. J'ajouterai que plus ces derniers étaient à même de faire cette découverte, plus la personnalité est directe pour eux. A la manière dont on a accueilli celle que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, il semble qu'elle ait été une personnalité pour beaucoup de gens. Elle a produit, sur M. Velpeau, une réaction dont je dois plutôt me féliciter que me plaindre; car la vivacité qu'il a mise dans son argumentation témoigne de l'importance qu'il y attache.

Dans ce qui va suivre, je démontrerai jusqu'à l'évidence l'exactitude de ce que M. Velpeau a traité d'hérésie; et c'est surtout aux points suivants que M. Velpeau s'est arrêté. J'ai dit qu'il y avait, à la suite des opérations, une série d'accidents non aperçus jusqu'ici, et qui étaient dus à la pénétration de l'air dans les kystes et à son action sur les parois de la poche et sur les liquides qu'elle contient. J'ai incidemment signalé quelque chose de nouveau relativement à la pénétration de l'air dans le péritoine. J'ai proposé enfin une nouvelle application de la méthode sous-cutanée pour l'opération des kystes de l'ovaire.

Mon honorable collègue s'est inscrit en faux contre chacune des propositions que j'ai formulées, et a dit : 1° que l'air ne pénètre pas dans les kystes ovariques; 2° qu'il n'exerce pas l'action que j'ai indiquée; 3° que ce que j'ai dit relativement à la pénétration de l'air dans le péritoine est une hérésie, ou plutôt un assemblage de plusieurs hérésies; 4° enfin, que la ponction par la méthode sous-cutanée est inutile, puisqu'elle est destinée à prévenir des dangers imaginaires, et incidemment M. Velpeau s'est demandé ce que j'entendais par méthode sous-cutanée.

D'abord, Messieurs, est-il vrai que l'air ne puisse pas pénétrer dans les kystes à la suite de la ponction? Mais, auparavant, j'ai besoin d'établir une remarque qui s'appliquera à plusieurs des points que j'aurai à traiter. Dans les discussions en général, et en particulier dans celle-ci, on se place à un point de vue particulier pour réfuter son adversaire. Mon honorable collègue a commencé par déclarer qu'il avait l'intention de s'attaquer plutôt à mes pensées qu'à mes paroles, et cependant, tout en rendant justice à son talent et à sa bonne foi, je dois dire qu'il m'a prêté plusieurs idées que je n'ai pas eues.

Quand on pratique des ponctions pour des kystes ovariques, on peut remarquer que chaque cas particulier offre des détails spéciaux dont il faut tirer instruction. Ainsi, il y a des conditions différentes dans l'état de la poche; elle peut être plus ou moins organisée, plus ou moins adhérente, ce qui fait qu'elle n'obéira pas toujours aux

pressions qui se produisent extérieurement. Ces diverses conditions, dont il faut tenir compte, peuvent favoriser la pénétration de l'air dans le kyste ; j'ai parlé d'une action de soufflet que critique M. Velpeau. Certainement il n'en est pas toujours ainsi, mais cela peut se produire dans certains cas; on peut, du reste, le vérifier expérimentalement. (M. Guérin fait ici une expérience en se servant d'un ballon en caoutchouc et d'un tube de Liébig.) Voici une expérience qui met en évidence l'exactitude de ce que j'ai dit; c'est une démonstration expérimentale incontestable à laquelle M. Velpeau n'a opposé qu'une négation pure et simple.

Mon collègue a dit également que j'avais une physique particulière; je n'ai pas cette prétention; elle est différente de celle de M. Velpeau, c'est vrai ; la sienne est brillante, élégante, amusante ; la mienne est plus vulgaire, c'est celle des laboratoires, celle qui repose sur l'expérimentation.

Relativement à la pénétration de l'air dans le kyste, j'ai dit que son action était variable, qu'elle était nuisible quand l'intérieur de la poche n'était plus intact, qu'elle contenait des végétations, que ses parois étaient altérées, ulcerées; j'ai dit aussi que cette action était plus grave sur les liquides contenus dans les kystes. M. Velpeau nous a dit que l'action de ce fluide était nulle et qu'on pouvait l'introduire dans le tissu cellulaire sans danger, etc.; il nous a parlé d'un jeune militaire qui avait eu recours à ce moyen pour se faire exempter du service ; je suis d'accord avec lui, relativement à l'action de l'air dans les cas de ce genre. En 1839, au moment où j'ai soumis à l'Académie des Sciences la méthode sous-cutanée, on admettait que l'action de l'air était nulle ; j'ai pu démontrer que l'action de ce fluide sur les liquides était très-nuisible, en produisant la décomposition et la putréfaction , et cela au moyen d'expériences que j'avais faites pendant sept ou huit ans. Maintenant, M. Velpeau est d'accord avec moi sur ce point, relativement à l'altération des liquides par l'air. Cette décomposition sera plus ou moins profonde, suivant la quantité d'air qui aura été en contact avec le liquide. Je suis donc obligé de maintenir ce que j'ai dit, relativement à l'action de l'air sur les liquides des kystes; je maintiens tout ce que j'ai dit à ce sujet; cela est démontré d'une manière incontestable.

J'arrive maintenant aux idées que j'ai émises et qui ont été taxées d'hérésies par M. Velpeau. J'ai parlé incidemment de faits qui, selon moi, étaient appelés à jeter un grand jour dans la discussion : la pénétration de l'air dans le péritoine à la suite d'injections vaginales. Je demande à préciser ces faits, car c'est relativement à leur possibilité surtout que mon collègue a voulu s'attaquer à ma pensée, et M. Velpeau a dit que, d'après ces idées, cette pénétration pouvait avoir lieu pendant la marche et la danse, et qu'alors presque toutes les femmes pourraient être tympanisées ; je n'ai pas dit cela : j'ai dit que ce fait pouvait se produire exceptionnellement ; j'ai annoncé ces faits, et ils ont causé une surprise et une incrédulité par lesquelles j'avais passé moi-même. M. Velpeau les a simplement niées comme impossibles.

M. Velpeau, dont les connaissances anatomiques sont certainement supérieures aux miennes, a dit que la disposition des parties ne pouvait permettre cette pénétration de l'air dans le péritoine, à travers le vagin, l'utérus et les trompes; cependant nous voyons d'autres corps traverser ces organes; ainsi les ovules traversent les trompes; les menstrues, les écoulements utérins traversent les orifices de la matrice; qu'y a-t-il d'impossible à ce que l'air pénètre par les mêmes voies?

Les opinions que j'ai émises, ajoutait notre collègue, sont tellement contraires à ce que nous savons qu'elles amèneraient, si on les acceptait, un bouleversement des connaissances actuelles. Mais je suis d'avis que la science n'est pas entièrement faite, et qu'il faut avoir des égards pour la science qui reste à faire, et ne pas vouloir admettre seulement ce qui concorde avec nos connaissances actuelles.

M. Velpeau m'a surpris au delà de toute expression quand il nous a dit que la cavité abdominale ne pouvait exercer d'attraction sur l'air extérieur, parce que la pression de l'air extérieur ramenait cette cavité à la même tension que l'atmosphère. M. Velpeau, sans examiner davantage, a condamné absolument ce que j'avançais. J'ai dit que les injections vaginales à l'aide de la pompe foulante avaient déterminé des symptômes qui n'existaient pas cinq minutes avant chez les femmes : j'ai vu ce fait une première fois, puis je l'ai vu se reproduire deux et trois fois, et plus; voyant ce même fait se reproduire après les injections vaginales, j'ai dû songer à une relation entre la cause et l'effet.

Les rapports de la cavité abdominale avec l'extérieur sont tels (et ce n'est pas par *ma physique* que je prouverai cela), qu'il y a attraction de l'air vers l'abdomen. Il y a là des conditions de physique qui établissent à n'en pas douter des différences entre la tension des deux atmosphères. Dans certaines circonstances, on voit se produire des phénomènes qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Ainsi, chez des jeunes gens dont un des testicules s'est arrêté dans le canal inguinal, on voit ce testicule monter et descendre successivement pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration, de même certaines hernies, ce qui prouve qu'il y a une attraction exercée par la cavité abdominale. Je puis citer à l'appui de ce que j'ai dit encore un fait qui m'a été signalé par nos honorables confrères de la section de médecine vétérinaire. Lorsque l'on pratique la castration des vaches et même des chevaux, on entend souvent un sifflement qui se produit au moment où l'air pénètre dans la cavité péritonéale. C'est là encore un nouveau fait expérimental qui donne l'explication de ces mouvements d'attraction que l'on observe pour les testicules et les hernies.

M. Velpeau a également critiqué une idée que j'avais émise relativement à la migration du pus de l'utérus dans le péritoine à travers les trompes. C'est là une idée nouvelle et qui, je crois, fera son chemin, et je crois encore que le pus peut passer de l'utérus dans la trompe : si ce pus se formait dans la trompe elle-même, on trouverait alors des traces de l'inflammation, et dans beaucoup de cas j'ai constaté que la muqueuse de cet organe était saine ou à peine un peu plus rouge.

Je reviens aux faits que j'ai indiqués plus haut, la pénétration de l'air dans le péritoine, d'autres médecins ont vu des faits analogues et me les ont communiqués : je puis citer nos confrères MM. Giraud-Teulon, de Laurès, inspecteur des eaux de Néris, Laborie, ancien chef de clinique de notre collègue M. Paul Dubois. Ils ont vu, à la suite d'injections vaginales, les femmes être prises de douleurs, circonscrites d'abord à l'hypogastre, s'irradiant ensuite dans tout l'abdomen ; tympanite, douleurs, nausées, etc.

Ces faits, dégagés de toute question d'étiologie, ont leur valeur, et comme d'autre part j'ai démontré la possibilité anatomique de la pénétration de l'air dans le péritoine, j'ai été conduit à rattacher la production de ces symptômes à la cause que j'indiquerai.

Il reste encore un dernier fait qui a été attaqué par M. Velpeau : c'est le mode de terminaison de ces faits par l'expulsion de gaz par en haut et par en bas. Voilà simplement ce que j'ai dit : M. Velpeau, dans sa philippique, dit que ces gaz, introduits par centimètres cubes, sortent ensuite par litres ; cela n'a trait à rien de ce que j'ai dit. Quant à l'élimination de ces gaz par les voies digestives, cette proposition n'a rien de singulier ; je considère la muqueuse de cet appareil, la muqueuse pulmonaire également, comme deux voies d'élimination qui donnent issue à tout ce que l'économie contient de nuisible ; la transition de la cavité péritonéale dans le tube digestif est difficile à expliquer, il est vrai ; mais M. Velpeau ne nous a pas indiqué non plus par quelle voie l'air introduit dans le tissu cellulaire pouvait être éliminé ; le mode de migration dont je parle est difficile à expliquer, il est vrai ; cependant j'ai déjà quelques idées à ce sujet, et je me propose de faire des expériences que je pourrai ultérieurement communiquer à l'Académie.

Quant à la succion qui était produite quand on continuait le mouvement d'aspiration après l'évacuation du liquide, M. Velpeau nie encore que cela puisse se produire, sinon sur la partie de la poche qui est en contact avec l'extrémité de la canule ; je maintiens que cela peut se faire, et on peut mettre ce fait en évidence au moyen de l'expérimentation. (M. Guérin fait ici une nouvelle expérience au moyen d'un ballon auquel il adapte une seringue aspirante.)

M. Guérin entre ensuite dans quelques détails sur la méthode sous-cutanée, pour répondre à ce que M. Velpeau avait dit sur le sens que M. Guérin attachait à cette dénomination.

M. Velpeau. Les réserves que vient de faire M. Guérin nous rapprochent jusqu'à un certain point. M. Guérin a dit qu'il était enchanté de me voir adopter les opinions qu'il a exposées en 1839, relativement à l'action de l'air sur les liquides ; ces opinions, je les avais déjà exprimées moi-même en 1828, 1830 et 1832, et elles avaient déjà été émises longtemps avant moi.

Quant aux hérésies que j'ai signalées, je crois qu'elles persistent encore, même après les explications de M. Guérin. Il n'a pas constaté la présence du gaz dans le péritoine ; il a parlé d'irritations, mais les gaz peuvent s'être développés dans l'intestin, comme on le voit survenir fréquemment ; j'avais observé aussi, comme beaucoup de médecins, des faits semblables à ceux de nos confrères cités par M. Guérin, mais personne n'avait songé à cette explication, les gaz se développant, je le répète, dans le tube digestif. Quant au mode d'élimination de ces gaz, M. Guérin a modifié sa première opinion, quoiqu'il ait manifesté une certaine envie de les maintenir, il les fait passer, non plus directement, mais par des porosités dans le tube digestif.

Quant à la succion, M. Guérin a dit qu'elle pouvait s'exercer sur toute la surface, et amener l'irritation et l'adhésion des parois, et nous a produit une expérience tendant à démontrer la possibilité de ce fait, que je persiste encore à nier.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Maladies de la peau.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous prie d'accueillir, avec votre bienveillance et votre impartialité habituelles, la réponse suivante à la lettre de M. Deffis, publiée dans le numéro du 3 janvier. Si, dans cette lettre, M. Deffis n'avait fait qu'exercer, au sujet de mon mémoire sur le sycosis, le droit incontestable de critique, je n'aurais rien à dire ; mais il accuse mon argumentation de trop de malveillance, il m'attribue des erreurs d'observation trop graves pour que je me résigne à garder le silence.

M. Deffis me reproche d'abord « de mal interpréter la thérapeu- « tique de l'épilation dont je n'ai pas une parfaite intelligence. »

A l'égard de mon travail, M. Deffis a craint, sans doute, de mal interpréter à son tour la thérapeutique du sycosis tuberculeux telle que je l'ai exposée, car il a gardé, sur ce sujet, un silence trop prudent. Il est vrai que les conclusions de cette thérapeutique sont que, huit fois sur neuf, le sycosis guérit assez rapidement sous l'influence seule d'un traitement antiphlogistique local fondé sur la connaissance de sa véritable nature. Des cataplasmes guérissant le sycosis! cela ne peut faire le compte des partisans de l'épilation, dont le *nec plus ultra* thérapeutique est l'extrémité d'une pince à arracher les cheveux. Et voilà pourquoi « on laisse dans l'obscurité des faits dont « l'interprétation est si simple et si facile. »

Quant à la valeur de l'épilation, de cette méthode générale de traitement importée seulement à l'hôpital Saint-Louis, elle reste, même après l'argumentation de M. Deffis, telle que je l'avais jugée. En effet, les récidives, on ne les conteste pas, elles sont indéniables; et pourtant, malgré cet aveu arraché par l'évidence des faits, la discussion a pour unique but d'atténuer tout ce que cette concession forcée peut avoir de compromettant pour la valeur thérapeutique de la méthode patronée. Le moyen qu'on met en avant est bien simple. On pose en principe qu'il y a mentagres et mentagres, les *vraies* et les *fausses*, absolument comme pour les fagots. A l'aide de cette distinction que nous n'avons pas voulu comprendre ni accepter, on va nous démontrer que les récidives prouvent la guérison du sycosis par l'épilation.

Ainsi, les sycosis qui reparaissent après l'épilation et que nous avions eu la naïveté de prendre pour des récidives, ne sont que des mentagres *artificielles*, des *habitudes de pustulation!* En vain objecterait-on que l'expression graphique de l'éruption est toujours la même, après comme avant la manœuvre épilatoire, n'importe! l'épilation a été pratiquée, cela suffit; le malade n'aura plus désormais qu'une *fausse* mentagre; c'est-à-dire que, quand on a la mentagre, on ne l'a pas! Il faut vraiment que l'épilation ait une foi bien robuste dans la crédulité ou l'ignorance du lecteur pour oser émettre, avec un si imperturbable aplomb, cet inqualifiable paradoxe.

L'explication de la récidive des *vraies* mentagres n'offre pas plus de difficultés. Cette *vraie* mentagre est déterminée par la présence d'un cryptogame; dès lors, quand elle se reproduit après l'épilation, c'est qu'elle a été guérie d'abord, nous dit-on, et son retour implique une nouvelle contagion déterminée par la *poussière tricophytique* au milieu de laquelle le malade se retrouve placé, après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis, soit en balayant les docks, soit en secouant les ballots de laine dans les magasins, etc., et merveille, dirons-nous; mais il faudrait commencer par démontrer que l'existence de cette poussière tricophytique n'est pas une hypothèse toute gratuite, inventée pour la défense de la cause. Nous demanderions aussi l'explication de cette bizarre sympathie du tricophyton pour le mentagreux épilé; car c'est sur lui et sur lui seul qu'il se hâte de végéter, tandis qu'il dédaigne d'attaquer la barbe des autres personnes employées aussi à balayer les docks, à secouer les ballots de laine, etc. Evidemment, n'attrape pas le tricophyton qui veut!

Telle sont les explications à l'aide desquelles on s'est flatté de prouver que les récidives du sycosis attestent la supériorité de l'épilation, et non son impuissance et son inefficacité. Mais si le lecteur veut bien les apprécier d'après le précepte, *non numerandæ sed perpendendæ*, nous avons la ferme conviction qu'il arrivera, comme nous, à cette conclusion, que par l'épilation on arrache le poil et non le sycosis, ce qui n'est pas tout à fait la même chose.

Selon M. Deffis, jamais un mentagreux n'a subi vingt, trente ou quarante fois l'épilation ; et il me reproche de ne pas avoir désigné un de ces malades. Il n'entrait pas dans le plan de mon mémoire de publier des faits que je réserve pour un travail ultérieur, dans lequel on retrouvera l'histoire de malades qu'on prétend être aujourd'hui si merveilleusement guéris par l'épilation. Mais pourquoi M. Deffis n'a-t-il pas saisi l'occasion si opportune de rectifier les faits, en indiquant le *maximum* des épilations pratiquées sur le même individu? C'était au moins constater l'exagération des renseignements fournis par mes malades. Est-ce que, par hasard, le chiffre réel serait une condamnation pratique trop éclatante de la proposition de M. Bazin, son maître : « *Pour la teigne mentagrophytique* (le sycosis), *une seule épilation suffit presque toujours.* »

Mais qu'importe! puisqu'il est convenu qu'après l'épilation le malade ne doit plus avoir qu'une *fausse* mentagre! Le résultat est toujours le même ; et comme le nombre des récidives, c'est-à-dire de ces *faux* sycosis, va augmenter d'année en année, en raison du nombre toujours croissant des mentagreux épilés, les observateurs futurs courent la malheureuse chance de ne plus rencontrer, pour écrire l'histoire du sycosis, que de la fausse monnaie scientifique.

« Comment en un plomb vil l'or pur s'est-il changé? »

M. Deffis m'accuse « d'avoir un parti pris, de ne vouloir admettre « aucune des découvertes de M. Bazin. »

M. Deffis ignore donc que pour nier une chose, il faut que cette chose existe. Quand on a nié la rotation de la terre, par exemple, c'est que Galilée en avait déjà donné la preuve irréfutable. J'admets que M. Bazin a, sur la nature du sycosis, des opinions qui ne sont pas les miennes et que j'ai combattues, rien de plus vrai ; mais dans ces opinions, je ne saurais voir des découvertes. M. Deffis, dans sa candeur (et il avoue en avoir), accepte au contraire pour des découvertes toutes les opinions de son maître. Ainsi s'explique l'accusation lancée contre moi et dont je me trouverais offensé si elle ne puisait pas sa source dans la candeur de son auteur, car elle aurait pour conséquence de me placer, vis-à-vis du public médical, comme un détracteur injuste d'un nouveau Galilée méconnu. M. Bazin se trouverait-il à son aise sur le piédestal que veut lui dresser la ferveur de son élève?

Enfin, M. Deffis m'accuse de modifier la symptomologie du sycosis.

Il me semble cependant que l'interprétation qu'en donne M. Deffis est peu conforme aux notions les mieux acquises de la pathologie cutanée. Pour nous, nous avions cru jusqu'ici, d'après l'autorité des Willan, des Biett, des Cazenave, à l'individualité des espèces, à celle de l'herpès circiné, du pityriasis comme à celle du sycosis. Pour M. Deffis, qui croit avec candeur à toutes les opinions de son maître, le sycosis est déchu de son rang d'espèce bien distincte; il n'est plus que la troisième période d'une évolution pathologique déterminée ; en un mot, il est la métamorphose le plus parfaite d'une larve morbide dont l'herpès circiné et le pityriasis représentent successivement la nymphe et la chrysalide. Voilà le progrès tel que l'entendent certains novateurs modernes. A vrai dire, de telles idées nous causent un médiocre étonnement ; mais nous avons été quelque peu surpris de lire dans la lettre de M. Deffis, que certaines observations de notre travail venaient à l'appui de cette étrange conception pathologique. Malgré le soin que nous avons pris de soutenir la thèse contraire, en insistant sur les caractères qui distinguent les *disques érythémateux* dont nous avons parlé, soit de l'herpès circiné, soit de l'herpès tonsurant, M. Deffis persiste, on en devine aisément le motif, à nous rendre responsable d'une erreur d'observation si grave.

Puisque l'épilation tient à des idées qui n'appartiennent qu'à elle, qu'elle introduise dans son langage une réforme devenue nécessaire; qu'elle cesse d'attirer, pour le besoin de sa cause, la signification des mots; qu'elle ne donne plus le nom d'herpès circiné ou d'herpès tonsurant à des plaques rouges, dont la forme peut être plus ou moins arrondie, c'est vrai, mais qui n'ont ni le centre sain du premier, ni l'alopécie si caractéristique du second. C'est ce qu'on peut vérifier tous les jours, même sans le secours du microscope; et comme le dit M. Deffis : « Rien n'est plus facile que de vérifier ce fait d'observa- « tion, et il nous semble, ceci soit dit en passant, que cette vérifica- « tion entre dans les devoirs de tout médecin d'hôpital qui enseigne « la science à de nombreux élèves. »

Agréez, etc. Dr Chausit.

Paris, 17 janvier 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

On lit dans plusieurs journaux du Midi :

Le docteur Roux vient de mourir à Nîmes, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. La Médecine perd en lui un praticien éminent, la cité un homme de bien, les pauvres un ami, et le pays un des derniers et glorieux débris de nos temps héroïques.

Né le 30 avril 1773, à Apt, département de Vaucluse, Pierre-François-Elzéar Roux fit ses premières études à Toulon, au collége des Pères de la Foi, auxquels l'avait sévèrement recommandé un de ses oncles maternels, alors commandant du fort Lamalgue, qui lui tenait lieu de père. Après de nombreux succès scolaires, il en sortit pour aller étudier la médecine à Montpellier. Elève distingué de cette école, il fut compris dans la liste de choix des officiers de santé qui devaient faire partie de l'expédition d'Orient, commandée par le général Bonaparte. Le 30 floréal an VI, au soir, il partait de Toulon avec l'escadre sur *le Conquérant*. Il assista ainsi à la prise de Malte, à celle d'Alexandrie, au combat de Mathériest, à la bataille des Pyramides, à la prise du Caire, au combat d'Aboukir, et enfin à celui d'Héliopolis. De cette époque glorieuse commence cette amitié si vive que lui avaient vouée Desgenettes et Larrey, et qu'ils lui ont si religieusement conservée jusqu'à leur mort.

A sa rentrée en France, avec un congé de convalescence, il reçut du commissaire Duprat, ordonnateur général de l'armée d'Orient, la lettre suivante, datée de Marseille, le 1er nivôse an X de la République française :

« Au citoyen Roux, chirurgien de deuxième classe.

« En conséquence de la lettre du ministre de la guerre, dont je « joins ici copie, vous pouvez, citoyen, vous retirer à Apt, lieu de « votre domicile, où vous jouirez d'un congé de convalescence de « trois mois, avec appointements à dater du 1er nivôse an X.

« Le ministre me donnant l'assurance que les officiers de santé de « l'armée d'Egypte seront appelés de préférence aux emplois vacants, « vous devez avoir de la confiance en sa justice.

« Je m'empresserais de vous offrir le témoignage de ma satisfaction « sur les services importants que vous avez rendus, si votre zèle et « votre courage dans les pénibles fonctions que vous avez exercées, « n'étaient connus de l'armée et surtout bien appréciés.

Je vous salue, Duprat. »

Modeste et confiant comme tous les vrais travailleurs, le docteur Roux attendit vainement les effets des promesses qui lui furent faites à différentes fois par le pouvoir impérial, en se livrant avec ardeur aux études de sa profession. Divers mémoires sur la peste, les ophthalmies, les fièvres intermittentes, les dysenteries, etc., lui valurent, le 23 frimaire an XII, le titre de membre de la *Société académique des sciences*, séante au Louvre, et celui de la *Société de médecine pratique*, dont Landré Beauvais était le président et Schwilgué le secrétaire. Reçu enfin docteur en médecine le 13 prairial an XII, il se fixa à Nîmes sur les instances de Larrey, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville et frère de l'illustre chirurgien en chef de l'armée d'Orient.

« Ses fonctions médicales, a dit sur sa tombe le secrétaire perpé- « tuel de l'Académie du Gard (1), ne furent pas les seules qu'il rem- « plit; longtemps il avait été assis dans les conseils de la cité, long- « temps il y montra la loyauté de son caractère et son vif amour pour « le bien. »

(1) M. Nicot, ancien recteur de l'Académie du Gard.

Maintenant, laissons parler l'*Opinion du Midi*, journal du département :

« Hier (13 janvier), à deux heures de l'après-midi, ont eu lieu les obsèques de l'honorable docteur Roux, décédé à Nîmes, dans sa quatre-vingt-cinquième année. Il n'est personne ici qui n'ait connu cet éminent praticien dont les douces vertus couronnaient la plus sereine vieillesse. Elles lui ont fait cortége jusqu'à la fin de sa carrière, si dignement, si honorablement parcourue. Peu d'existences ont été mieux remplies: M. le docteur Roux, qui avait fait partie de l'expédition d'Egypte en qualité de chirurgien attaché à notre armée, était, depuis plus de cinquante ans, un des praticiens les plus renommés de notre ville : son grand âge seul mettait obstacle à son zèle et il avait dû se condamner au repos. Le corps entier des médecins de Nîmes, en s'associant aux regrets de toute notre population, a accompagné l'honorable docteur à sa dernière demeure. »

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'albuminurie puerpérale *et de ses rapports avec l'éclampsie*, par A. Imbert-Gourbeyre, professeur-suppléant de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand ; lauréat de l'Académie impériale de médecine; lauréat et membre correspondant de la Société de médecine de Bordeaux; membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples. — Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine, dans sa séance publique annuelle du 12 décembre 1854. — Seconde édition, revue et augmentée. — Paris, 1856.

Du traitement de l'aliénation mentale aiguë *en général, et principalement par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête*, par le docteur Casimir Pinel neveu, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de la Maison de santé du château de Saint-James, etc. — Broch. in-4° de 160 pages. — Paris, 1856.

Le **Journal de chirurgie** et la **Revue médico-chirurgicale**, rédigés par M. le professeur Malgaigne, viennent d'être mis en vente. Les deux journaux réunis forment une collection complète de 22 volumes, qui contiennent un grand nombre de mémoires originaux très-importants.

Chez Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix des 22 volumes : 25 francs.

Pour paraître au 30 janvier prochain, chez **Labé**, *libraire de la Faculté, place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris :*

MONOGRAPHIE
THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIQUE DE L'IODURE DE FER.

Comprenant quelques considérations sur la *médication iodée* en général, et sur l'*huile de foie de morue ;* un *Bulletin bibliographique* de tous les travaux médicaux et pharmaceutiques sur l'iode et ses composés; et de nombreuses observations sur l'application de l'iodure de fer au traitement de la *chlorose*, de l'*anémie*, de l'*aménorrhée*, des *flueurs blanches*, des *écoulements blancs*, *simples* ou *spécifiques*, de la *scrofule*, de la *phthisie pulmonaire*, des *tumeurs blanches*, de la *carie*, de l'*ophthalmie lymphatique*, de la *dyspepsie*, du *cancer*, etc. ;

Par F. GILLE, pharmacien à Paris, ancien pharmacien interne des hôpitaux civils de Paris, membre de la Société d'émulation, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop* de *proto-iodure de fer inaltérable.*

Un vol. in-12, form. Charpentier; prix : 4 fr. 50 c., rendu franc de port dans toute la France.

A partir du 30 janvier, par suite des arrangements que nous avons pris avec M. Labé, libraire de la Faculté, tous les abonnés anciens et nouveaux du *Moniteur des Hôpitaux* pourront faire prendre l'ouvrage qui leur sera délivré *gratuitement*, au bureau du journal, rue Garancière, n° 5. — Ceux des abonnés qui désireront recevoir l'ouvrage par la poste n'auront qu'à en faire la demande accompagnée d'un bon sur la poste de un franc ou de timbres-poste pour la même somme.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 11. 5e année. Samedi 24 Janvier 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5 Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 23 janvier 1857.

De la vente des substances vénéneuses par les pharmaciens.

Les dispositions qui régissent la vente des substances vénéneuses ont donné lieu récemment à quelques difficultés dont nous devons tenir nos lecteurs au courant.

Rappelons d'abord le texte des plus importantes de ces dispositions :

ORDONNANCE ROYALE DU 29 OCTOBRE 1846.

« Art. 5. La vente des substances vénéneuses ne peut être faite pour l'usage de la médecine que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé, ou d'un vétérinaire breveté.

« Cette prescription doit être signée, datée, et énoncer *en toutes lettres* la dose desdites substances, ainsi que le mode d'administration du médicament.

« Art. 6. Les pharmaciens transcriront lesdites prescriptions, avec les indications qui précèdent, sur un registre établi dans la forme déterminée par le paragraphe I de l'art. 3 (1).

« Ces transcriptions devront être faites de suite et sans aucun blanc.

« Les pharmaciens ne rendront les prescriptions que revêtues de leur cachet, et après y avoir indiqué le jour où les substances auront été livrées, ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur le registre.

« Ledit registre sera conservé pendant vingt ans au moins, et devra être représenté à toute réquisition de l'autorité.

« Art. 11. Les substances vénéneuses doivent toujours être tenues, par les commerçants, fabricants, manufacturiers et pharmaciens *dans un endroit sûr* et fermé à clef. »

En analysant ces dispositions, on voit que les précautions exigées par l'ordonnance du 29 octobre 1846 ont surtout pour objet, dans la matière dont on s'occupe ici :

(1) C'est-à-dire coté et paraphé par le maire ou par le commissaire de police. (*Note du Rédacteur.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques (1),

Par A. Chauveau,

Chef des travaux anatomiques à l'École impériale vétérinaire de Lyon, membre de la Société impériale de Médecine de la même ville.

(DEUXIÈME PARTIE.)

En rendant compte, dans le *Moniteur des Hôpitaux* (1855, p. 1166), de la première partie de l'ouvrage de notre estimable collègue de Lyon, nous avons essayé de faire ressortir en peu de mots tous les avantages qui pouvaient résulter, pour les médecins, des études comparatives, et par conséquent l'utilité incontestable des connaissances anatomiques vétérinaires, comme base essentielle de ces études. Nous avons ajouté qu'à notre sens aucun livre ne saurait être à cet effet un guide plus commode et plus sûr que celui dont nous nous occupions. Les lecteurs de ce journal, par la part honorable qu'y prend la médecine comparée, et par le cas qu'on y fait des travaux de ce genre, ont dû déjà s'apercevoir plus d'une fois que certains faits pathologiques ou physiologiques eussent été pour eux des enseignements plus féconds et plus précieux, s'ils avaient été mieux renseignés sur les particularités anatomiques que présentent les animaux.

Les aperçus généraux qui s'acquièrent dans les études zoologiques, sur ces matières, ne suffisent point en effet pour édifier complétement ou du moins suffisamment en ce sens les médecins. Il leur faut des détails plus précis et plus circonstanciés, et surtout la possibilité d'un examen des pièces, pour ainsi dire.

Or, si quelques-uns, qui ont besoin d'approfondir les questions, peuvent exceptionnellement se livrer à des dissections susceptibles de les satisfaire sur ce point, le plus grand nombre n'est pas en position de jouir de cet avantage, et beaucoup même n'en auraient point le loisir.

C'est pour ceux-là que le *Traité d'anatomie* de M. Chauveau doit

(1) Un vol. in-8° de 828 pages, avec 207 figures intercalées dans le texte. Chez J.-B. Baillière.

1° Le libellé des prescriptions médicales;
2° La transcription de ces prescriptions sur un registre spécial tenu par le pharmacien;
3° La mise en sûreté des substances vénéneuses dans un endroit fermé à clef.

Nous allons examiner successivement ces trois points :

LIBELLÉ DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES.

Les conséquences du défaut d'énonciation en toutes lettres des doses des substances vénéneuses et de la non-indication du mode d'administration de ces substances, sont indiquées, dans une circulaire du Ministre de l'agriculture et du commerce, du 10 novembre 1846, en ces termes :

« Vous ne négligerez, dit le Ministre aux préfets, aucun des moyens de publicité et d'influence qui sont à votre disposition, pour obtenir des médecins ou officiers de santé, que toute prescription médicale dans laquelle il entre une ou plusieurs substances vénéneuses, soit signée, datée, et énonce, en toutes lettres, les doses desdites substances, ainsi que le mode d'administration des médicaments. Les pharmaciens, *seuls responsables*, s'ils livraient des médicaments sur des prescriptions qui ne rempliraient pas ces conditions, pourraient en refuser l'exécution, et leur refus entraînerait des retards fâcheux pour les malades; les médecins comprennent trop bien leurs devoirs pour retarder, par une omission si facile à éviter, la délivrance des médicaments. »

Lorsqu'un pharmacien se voit dans la nécessité de refuser l'exécution d'une prescription médicale, il est convenable et prudent, ce nous semble, qu'il énonce sur la prescription elle-même les motifs de son refus, afin que les intéressés soient avertis d'avoir à faire rectifier les irrégularités. De la sorte, aucune des conséquences fâcheuses que pourrait amener le retard dans la délivrance des médicaments ne saurait lui être imputée.

La délivrance des médicaments sur la présentation d'une prescription d'un libellé défectueux, nous paraît être une des contraventions que la loi du 19 juillet 1845 punit d'une amende de cent francs à trois mille francs, et d'un emprisonnement de six jours à deux mois, sauf application, s'il y a lieu, de l'art. 463 du Code pénal, relatif aux circonstances atténuantes. En effet, la loi voit un danger dans l'exécution d'une prescription où les doses des substances vénéneuses sont indiquées en chiffres (c'est-à-dire en caractères susceptibles d'être mal interprétés), ou dans laquelle n'est pas indiqué le mode d'administration d'un remède dont l'usage mal compris peut occasionner des accidents. L'inobservation des précautions qu'elle exige pour écarter ce danger, rentre donc dans sa qualification générale de contraventions aux dispositions réglant la *vente*, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses.

Quant au médecin, le fait d'avoir formulé d'une manière défectueuse une prescription médicale, ne constitue pas, de sa part, une infraction punissable; la loi du 19 juillet 1845 ne sanctionnant que les dispositions concernant la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses. C'est en ce sens que la circulaire du 10 novembre 1846 dit, relativement à l'exécution des prescriptions mal libellées, que le pharmacien *seul* est responsable. Il est à remarquer que la circulaire se borne à engager les médecins à ne pas retarder, par des omissions faciles à éviter, la délivrance des médicaments; elle ne se prononce pas sur le point délicat de savoir si un médecin pourrait être poursuivi à raison des accidents causés par le retard survenu dans la délivrance des remèdes, ou de ceux produits par l'exécution d'une prescription contenant des indications en chiffres qu'un *lapsus calami* lui aurait fait écrire inexactement. Mais ce silence ne devrait pas être interprété dans le sens de la non-responsabilité, et il pourrait arriver, dans le second cas par exemple, que le médecin fût condamné à une partie des dommages-intérêts, bien qu'il pût alléguer avec raison pour sa défense, que le renvoi de la prescription, qui aurait dû être fait par le pharmacien, eût été de nature à lui faire reconnaître et corriger l'erreur. Cette appréciation pourra paraître un peu rigoureuse; mais, autant on est fondé à resserrer la responsabilité dans d'étroites limites, quand il s'agit des faits accomplis dans le domaine purement scientifique, autant il est difficile de le faire lorsqu'on se trouve en présence de l'inexécution de mesures de police prescrites dans un intérêt public.

E. MARTIN,
avocat, docteur en droit.

(*La suite à un prochain numéro.*)

être d'un utile secours; et l'on peut même dire le seul capable de remplir un pareil but, autant à cause du plan sur lequel il a été conçu et que nous avons fait connaître, que par la manière dont il a été exécuté.

Concis autant que possible, il ménagera leur temps, et de plus, comme nous l'avons dit, des figures mises en regard du texte leur feront saisir, du premier coup d'œil, ce qu'il leur importe de savoir.

La première partie, publiée l'année dernière, contenait seulement l'ostéologie et la myologie, c'est-à-dire l'appareil de la locomotion. La seconde partie, que notre collègue vient de livrer au public et qui complète l'ouvrage, comprend les appareils de la digestion, de la respiration, de la dépuration urinaire, de la circulation (cœur, artères, veines, lymphatiques), de l'innervation; les appareils des sens (toucher, goût, odorat, vision, audition) et ceux de la génération. Chacun de ces appareils compose un livre spécial, divisé en autant de chapitres qu'il comporte de systèmes d'organes. Enfin, dans un appendice du dernier livre sont écrits le fœtus et ses annexes.

L'arrangement des matières adopté par M. Chauveau n'est pas précisément celui qui est suivi en général dans les traités d'anatomie, comme on peut s'en apercevoir. Sans nous arrêter davantage sur ce point, nous dirons en passant que sa méthode nous paraît plus logique et plus simple.

Nous ne pouvons pas songer à entreprendre ici un examen détaillé de cette seconde partie, qui ne pourrait être d'ailleurs pour nos lecteurs que d'un médiocre intérêt. Nous dirons seulement que, fidèle à l'idée philosophique sous l'inspiration de laquelle il a conçu son livre, et que nous avons fait connaître dans notre premier article, M. Chauveau fait précéder la description de chaque appareil d'organes de considérations générales qui prouvent qu'il possède et domine bien son sujet. Nous appellerons surtout l'attention sur celles qu'il consacre au système nerveux, et où se trouvent condensés les résultats de nombreuses expériences qui lui sont personnelles sur ce point; car notre collègue n'est pas seulement un habile anatomiste: il s'est acquis à Lyon une position de physiologiste expérimentateur des plus respectables.

Le livre qui traite du système nerveux est aussi la partie vraiment supérieure de l'ouvrage, et il est sans doute plusieurs points sur lesquels, pour la précision des détails joints à leur concision, il l'emporterait peut-être sur bien des traités estimés. La partie qui se rapporte au grand lympathique, et qui s'accompagne d'un remarquable dessin d'ensemble qu'il donne comme étant en partie théorique, est d'une clarté dont nous n'avions point encore vu d'exemple.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

De la médication hydrothérapique au point de vue de son mode d'action et de sa durée,

Par M. L. Fleury, *agrégé libre de la Faculté.*

(Suite. Voir les nos 145, 148 et 153 du tome IV et 9 du tome V.)

Obs. V. — *Avortement spontané. — Rétention du placenta. — Hémorrhagies répétées et foudroyantes. — Compression de l'aorte. — Extraction laborieuse du placenta. — Anémie profonde. — Traitement hydrothérapique.*

Mme X.... est âgée de 35 ans, d'une taille élevée ($1^m,62$), d'une constitution robuste, d'un bon tempérament; elle a les cheveux et les yeux noirs, la peau blanche, et présente tous les caractères des plus belles organisations méridionales. Elle a eu trois enfants, et ses accouchements ont été heureux et faciles.

Au mois d'août et de septembre 1855, la menstruation, toujours très-régulière, fait défaut, et Mme X...., qui ne croit pas être enceinte, s'inquiète de ce *retard;* le 20 *octobre*, elle éprouve quelques douleurs de reins et vers le soir le sang paraît ; elle se couche très-satisfaite, étant convaincue que ce sont les règles qui commencent. Pendant la nuit, les douleurs deviennent plus vives et sont accompagnées d'un violent accès de fièvre; il ne s'écoule encore que très-peu de sang.

Le 21, au matin, je vois la malade et ne trouvant aucune indication thérapeutique, je lui prescris simplement de garder le lit.

Le 22, Mme X.... n'éprouve plus aucune douleur; elle continue à perdre un peu de sang, et plus convaincue que jamais que ce sont ses règles, elle se lève et vaque à ses occupations habituelles. A deux heures de l'après-midi, étant debout, elle sent tout à coup s'échapper des flots de sang et un caillot très-volumineux dans lequel elle reconnaît la présence d'un embryon. Je vois la malade quelques heures après ; je la trouve sans fièvre et sans douleurs ; le ventre est souple, indolent ; écoulement de sang continu mais très-peu abondant.

Les choses restent dans cet état *jusqu'au* 28 *au soir;* à ce moment, le sang commence à couler avec plus d'abondance, et l'écoulement continue pendant la nuit et la journée du lendemain.

Le 29, à sept heures du soir, l'hémorrhagie ayant résisté à la position et aux compresses froides sur le bas-ventre, je soupçonne une rétention de placenta et j'envoie chercher M. le docteur Cazeaux. A huit heures, j'étais seul auprès de la malade; tout à coup Mme X.... pousse un cri et sa tête se renverse en arrière; je soulève les couvertures, sous lesquelles j'aperçois un énorme caillot et un impétueux flot de sang rouge et fumant. Mme X.... est froide, pâle, inanimée; elle ne voit ni n'entend; le regard est terne, le nez effilé; je porte vivement les doigts sur l'aorte et je suis assez heureux pour la comprimer du premier coup, de manière à arrêter instantanément l'hémorrhagie. Je suis convaincu que c'est à cette compression que Mme X.... doit la vie, et je suis d'autant plus en droit de le croire qu'une fois maître de l'hémorrhagie, je l'ai vue plusieurs fois se reproduire et s'arrêter, suivant que je rendais la compression plus ou moins exacte.

A huit heures et demie, M. Cazeaux arrivait avec le mari de Mme X.... ; il fait à la hâte, avec des bourdonnets de ouate, un tampon en forme de queue de cerf-volant ; les premiers bourdonnets sont imbibés de jus de citron, et à neuf heures un tamponnement exact était accompli.

Il était temps ; la malade commençait à ne plus pouvoir supporter la compression aortique ; elle sentait parfaitement que la vie n'était retenue que par cette compression ; mais la douleur et la gêne étaient devenues si intolérables que Mme X.... invoquait la mort à grands cris.

Continuation des compresses froides sur le ventre; seigle ergoté à hautes doses; bouillon froid.

La nuit est assez calme ; mais le pouls est d'une faiblesse excessive et la malade a de fréquentes défaillances.

Le lendemain 30, à dix heures du matin, M. Cazeaux enlève le tampon ; il ne s'écoule pas de sang.

Le 31, les 1, 2 et 3 *novembre* se passent sans accident ; mais la malade est toujours d'une faiblesse extrême et présente l'aspect bien connu des sujets épuisés par des hémorrhagies.

Le 4, à huit heures du soir, Mme X.... commence à ressentir des *douleurs d'accouchement* qui deviennent de plus en plus vives et fréquentes; le col utérin n'est ni mou ni dilaté et aucune tentative d'extraction ne peut être tentée ; bientôt le sang recommence à couler, et à 11 heures du soir je suis obligé de pratiquer un nouveau tamponnement.

Le 5, à dix heures du matin, le tampon est enlevé et M. Cazeaux parvient à extraire, non sans de pénibles efforts, une portion du placenta. — *Seigle ergoté; compresses froides sur le ventre.*

La journée est assez calme ; le ventre est un peu douloureux, l'écoulement sanguin peu abondant.

A 8 heures du soir, l'hémorrhagie devient encore une fois menaçante et M. Cazeaux sent la nécessité d'en finir. Une seconde opération très-longue, très-laborieuse et horriblement douloureuse pour la malade, permet enfin de débarrasser complétement l'utérus.

Depuis ce moment, les choses ont marché régulièrement, mais Mme X.... reste plongée dans une anémie d'autant plus inquiétante qu'une irritation gastro-intestinale, existant depuis dix ans, ne per-

---

Du reste, toute la portion purement graphique du travail de M. Chauveau se trouve merveilleusement rendue par les excellentes figures qui l'accompagnent. C'est encore pour ce qui concerne le système nerveux que la gravure a su rendre, avec un art vraiment merveilleux, jusqu'à l'apparence des objets. On n'est pas habitué à trouver dans le texte des figures aussi nettement rendues et traitées avec autant de soin.

Cela ne veut point dire, assurément, que les autres leurs soient inférieures. Toutes, au contraire, et par la disposition des préparations, et par le talent et l'exactitude avec lesquelles elles ont été copiées, sont une reproduction si fidèle et si claire de la nature, qu'en réalité il semble qu'on pourrait se passer de dissection pour apprendre l'anatomie avec elles.

Mais dans tous les cas, ces figures seules ne pourraient, comme nous le disions naguère, suffire pour l'étude approfondie de l'anatomie vétérinaire, et ne sont pour nous qu'un utile complément de nos dissections préalables ; elles donneront aux médecins, instruits de l'anatomie humaine, le moyen d'acquérir tout ce qu'ils ont besoin de savoir des différences de forme et de situation, des analogies de fond, qui s'observent entre les animaux et l'homme.

C'est pour cela surtout que nous avons profité de la publication de la seconde partie du *Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques,* pour appeler encore une fois sur lui leur attention.

A. Sanson, *chef de service à l'École impériale vétérinaire de Toulouse.*

Excentricité d'un médecin américain. — Le Nestor de la chirurgie des Etats-Unis, le docteur Warren, vient de mourir à Boston à un âge avancé. Son testament contient les dispositions suivantes :

Vingt-quatre heures après sa mort, on fera dans les veines une injection d'acide arsénieux ; et vingt-quatre heures après encore, on célébrera avec ses restes mortels les cérémonies prescrites par l'Eglise. Ensuite, on pratiquera l'autopsie du corps avec soin, en examinant plus spécialement certaines particularités qu'il suppose exister dans son organisation. Enfin, après avoir soumis ses os à la macération, on les préparera convenablement pour en former un squelette articulé, qui sera déposé dans le Musée du Collége de Boston.

met pas de recourir au fer, au quinquina, au vin, ni même à une alimentation suffisamment abondante et substantielle.

25 *novembre*. La pâleur et la faiblesse n'ont pas diminué d'une manière sensible ; c'est à peine si Mme X.... peut faire quelques pas avec l'appui d'un bras ; le moindre mouvement, la plus légère émotion, lui donnent de violentes palpitations accompagnées souvent d'intermittences irrégulières dans les battements du cœur et de suffocation ; anorexie, digestion difficile, hypercousie, affaiblissement de la vue, etc.

La malade est soumise au traitement hydrothérapique. — *Douches générales bi-quotidiennes, en pluie et en jet.*

Les premières douches ne sont que difficilement supportées, mais ce n'est que l'affaire de quelques jours, et au bout d'un mois de traitement Mme X.... se trouve dans un état de santé plus satisfaisant que celui dont elle jouissait avant sa fausse couche.

Une perte de sang considérable, telle est ici la seule cause de l'anémie ; l'hydrothérapie intervient d'emblée, dès le début ; la malade est pleine d'énergie et de bonne volonté, placée dans de bonnes conditions de constitution et de tempérament ; aussi voit-on l'action reconstitutive de l'eau froide s'exercer avec une grande rapidité et faire justice, dans l'espace d'un mois, d'un état morbide que l'existence de l'irritation gastro-intestinale dont nous avons parlé eût rendu très-difficile et très-long à guérir par les ressources ordinaires de la matière médicale et de l'hygiène.

L'observation qu'on vient de lire est une des plus remarquables et des plus concluantes qui aient été rapportées en faveur de la compression de l'aorte, et, à ce titre encore, elle est digne de l'attention des praticiens.

Obs. VI. — *Excès vénériens démesurés; abus de marche et de veille; écarts de régime; excès alcooliques. — Asthénie générale. — Pertes séminales involontaires. — Gastralgie, etc. — Traitements divers restés sans résultats. — Hydrothérapie. — Guérison.*

M. X...., dans la famille duquel on ne rencontre aucune trace d'hérédité morbide, est âgé de 27 ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, d'une haute stature ($1^m,79$) ; élevé à la campagne, chez ses parents, dans d'excellentes conditions hygiéniques, il s'est adonné de bonne heure à la chasse, à l'équitation, à la natation, à l'escrime, et il s'est constitué ainsi une idiosyncrasie athlétique à laquelle répondait une force musculaire peu commune.

Jusqu'à l'âge de 23 ans M. X.... n'a eu de relations sexuelles avec aucune femme, et ne s'est jamais livré à la masturbation. A cette époque, il contracta une liaison qui eut pour lui de fâcheux résultats, en raison des circonstances particulières dont elle fut environnée.

M. X.... ne pouvait se réunir à sa maîtresse que pendant la nuit, et non sans prendre de grandes précautions et sans courir de graves dangers. Tous les jours il sortait de chez lui à onze heures et faisait, en courant, 4 kilomètres, franchissant des haies, sautant des fossés, traversant des terres labourées ; arrivé haletant, fatigué, couvert de sueur sous une certaine fenêtre, il attendait un quart d'heure, une demi-heure, parfois une heure, que cette fenêtre s'ouvrît pour le recevoir. Tous les obstacles étant vaincus, M. X.... se livrait pendant quatre ou cinq heures à de violents transports, à une vive exaltation, et accomplissait le coït quatre, cinq et jusqu'à six fois. Vers quatre ou cinq heures du matin il faisait, pour la seconde fois et de la même manière, le chemin de la veille. Rentré chez lui, M. X.... se jetait parfois sur son lit et dormait pendant une heure, mais le plus ordinairement, pour dissimuler son absence, il était obligé de ne prendre aucun repos pendant la journée. Il était contraint, pour écarter tous soupçons, de se livrer à ses exercices corporels habituels, et ce n'était alors que sous prétexte de chasse ou d'équitation qu'il parvenait à dormir quelques instants, sous un arbre ou dans un fossé.

Cet état de choses se maintint durant dix-huit mois, et M. X.... se fiant à sa force herculéenne, s'imagina dès lors qu'il pourrait impunément et indéfiniment continuer la même vie. Cependant, au bout de ce temps, il s'aperçut que ses forces musculaires diminuaient ; mais l'appétit continuant à être très-vif et la digestion très-bonne, il pensa qu'il lui suffirait, pour rétablir l'équilibre, de manger et de boire davantage, et, sous l'empire de cette préoccupation, il se livra à de fréquents écarts de régime, et fit, surtout, un usage immodéré de café et d'eau-de-vie.

Le succès sembla d'abord justifier cette doctrine, et pendant six semaines ou deux mois M. X.... se sentit, en effet, plus vigoureux que jamais ; mais alors l'estomac commença à se révolter et M. X.... se trouva en présence d'un obstacle qu'il n'avait point prévu.

Les digestions étant devenues laborieuses et douloureuses, accompagnées de pyrosis, de renvois acides, d'une abondante sécrétion de gaz, parfois de vomissements alimentaires, il fallut changer de régime et l'affaiblissement ne tarda pas à se reproduire et à faire, cette fois, de rapides progrès.

M. X.... n'en continua pas moins ses expéditions nocturnes, se contentant de courir moins vite, d'abaisser le chiffre de ses exploits génésiques, et de prendre parfois un ou deux jours de repos ; mais bientôt des phénomènes nouveaux apparurent. Les puissances génitales, atteintes à leur tour, ne provoquèrent plus que des érections difficiles et peu énergiques ; l'éjaculation devint très-prompte d'abord, prématurée au bout de quelque temps, et enfin les érections cessèrent d'avoir lieu. Pendant un mois encore M. X.... tenta, sans succès, de réveiller sa virilité par des *excitants* et des *excitations* de toutes sortes ; les cantharides elles-mêmes furent essayées, mais elles ne produisirent que de l'ardeur vésicale et de la dysurie.

Il fallut enrayer complétement.

Malgré l'affaiblissement considérable de ses forces musculaires et l'anéantissement de ses forces génératrices, M. X.... n'en était pas moins obsédé de désirs vénériens, qu'il excitait encore par des pensées et par des lectures érotiques auxquelles on doit attribuer, en partie, de fréquentes pollutions nocturnes, sans érection, mais accompagnées de rêves lascifs. Au bout de peu de temps des pollutions diurnes eurent également lieu, non pendant la défécation ou la miction, mais sous l'influence de la vue, de l'approche d'une femme, d'une conversation avec elle, etc.

C'est alors seulement que M. X.... se décida à invoquer les secours de l'art.

Les préparations de fer et de quinquina furent essayées, abandonnées et reprises plusieurs fois dans l'espace de quelques mois, mais les organes digestifs ne voulurent pas en tolérer l'usage. L'attention fut alors principalement dirigée vers ceux-ci ; l'opium, le sous-nitrate de bismuth, les amers, les vésicatoires volants, simples ou saupoudrés de morphine, restèrent inefficaces. Cependant les pollutions nocturnes et diurnes continuaient ; divers médicaments, dont le malade ne sait plus les noms, furent dirigés contre elles et n'amenèrent aucun résultat ; trois cautérisations furent pratiquées à quinze jours d'intervalle ; elles semblèrent aggraver les accidents plutôt que de les diminuer.

M. X.... se plaignait d'éprouver, d'une manière à peu près continue, une sensation de gêne, de compression vers la région occipitale, et des douleurs vagues, intermittentes et comme contusives le long du rachis ; il assurait que ses jambes ne supportaient plus que difficilement le poids du corps, qu'elles fléchissaient parfois, que la marche devenait mal assurée, titubante ; il s'imagina être au début d'une maladie de la moelle et parvint à faire partager ses appréhensions au médecin qui lui donnait des soins. Des vésicatoires volants furent appliqués des deux côtés du rachis, dans les régions cervicale et dorsale, puis des cautères volants dans la région lombaire ; ceux-ci, placés deux à deux, avaient atteint le nombre douze au bout de six mois.

Les exutoires n'eurent que de très-fâcheux effets ; l'amaigrissement, la faiblesse générale, les phénomènes dyspeptiques, la fréquence des pollutions augmentèrent, sans modification aucune des symptômes qui avaient été l'objet spécial de la médication.

M. X.... est venu à Bellevue, réclamer le secours de l'hydrothérapie, le 17 mai 1853.

Etat actuel. — L'amaigrissement n'est que relatif, car si M. X.... a pesé 94 kilogrammes, il en pèse encore 68 ; mais n'oublions pas que sa taille est de $1^m,79$ et que sa charpente osseuse est très-fortement constituée ; le teint est coloré et ne décèle point un état anémique ; les muscles sont flasques et ne se contractent pas vigoureusement sous

l'empire de la volonté ; l'application de l'électricité démontre que l'irritabilité musculaire est partout complétement intacte ; il existe une grande faiblesse musculaire, mais nulle trace de paralysie soit du mouvement soit du sentiment (anesthésie ou analgésie). Pas d'atrophie musculaire ni d'hyperesthésie cutanée. M. X.... ne marche qu'avec peine, *mais les mouvements sont réguliers;* les jambes ne sont point projetées d'une manière brusque et saccadée, soit en avant soit de côté. Jamais de contracture ni de mouvements convulsifs d'aucune espèce.

M. X.... se plaint encore d'éprouver, dans la région occipitale et rachidienne, les sensations que nous avons indiquées ; mais en aucun point il n'existe une douleur fixe, augmentant par la pression ou par l'application de l'eau chaude.

Les facultés intellectuelles sont affaiblies, la mémoire et l'attention surtout. M. X.... ne peut ni lire ni écrire sans éprouver, au bout de quelques instants, de la fatigue, de la céphalalgie et des vertiges accompagnés d'un état nauséeux et de tendance à la syncope. Pas de mélancolie ni de nosomanie.

On observe tous les phénomènes qui caractérisent la gastralgie asthénique.

Rien du côté de la respiration ni de la circulation, si ce n'est que le bruit vésiculaire est peu intense et que l'impulsion du cœur est faible. Pas de bruits anormaux ni dans les vaisseaux ni dans l'organe central.

M. X.... s'abstient, depuis longtemps, de toute lecture érotique; il éloigne autant qu'il est en lui toute pensée du même genre; mais l'état des organes génitaux n'a point varié, et il constitue la principale préoccupation du malade. Absence complète d'érection ; trois, quatre, cinq ou six fois par semaine, pollutions nocturnes ou diurnes se produisant dans les circonstances que nous avons indiquées.

Le traitement hydrothérapique est commencé le 19. *Douches générales bi-quotidiennes en pluie et en jet.*

19 *juin.* Dès les premiers jours M. X.... a éprouvé, après chaque douche, cette sensation de force et de bien-être qui, en général, indique que le traitement aura un bon et prompt résultat. Les fonctions digestives n'ont pas tardé à se modifier; l'appétit est devenu plus vif; la digestion plus facile; le poids du corps est aujourd'hui de 71 kilogrammes.

Pendant les quinze premiers jours du traitement les pollutions, au lieu de diminuer, ont augmenté de fréquence, et cette circonstance a inspiré au malade de vives inquiétudes et un profond découragement; le traitement lui faisait, disait-il, plus de mal que de bien, et à plusieurs reprises il a voulu l'abandonner. Nous avons eu de grands efforts à faire pour le ramener à la confiance et à la persévérance. Pendant la semaine qui vient de s'écouler, M. X.... n'a eu que trois pollutions nocturnes et pas de pertes diurnes. Les forces ont notablement augmenté. *Bains de siége à eau courante.*

19 *juillet.* Pas de pollutions depuis quinze jours ; appétit très-vif; digestion excellente; le poids du corps est de 76 kilogrammes. M. X.... peut, sans fatigue, lire, écrire et faire de longues promenades. Les sensations morbides occipitales et rachidiennes ont entièrement disparu.

19 *août.* La santé de M. X.... ne laisse rien à désirer ; le poids du corps est de 84 kilogrammes ; les forces musculaires ont recouvré leur ancienne vigueur ; plusieurs rapprochements sexuels ont eu lieu et ils se sont accomplis dans les conditions les plus normales. M. X.... quitte Bellevue.

Les commentaires sont inutiles, mais il est un point, dans cette observation, sur lequel je veux encore une fois appeler l'attention des praticiens : c'est celui qui se rattache aux pollutions.

Je ne connais guère, en clinique, d'étude plus difficile, plus délicate, plus complexe que celle de la spermatorrhée. Tant de causes diverses, contraires, peuvent provoquer et entretenir des pertes séminales involontaires! Causes physiques, causes morales, causes prochaines, causes éloignées, causes directes, causes médiates, causes locales, causes générales ! — Tantôt le coït, pratiqué modérément et régulièrement, est le meilleur, le seul moyen de faire cesser les pollutions; tantôt il est le plus sûr moyen d'augmenter leur fréquence.

Le diagnostic et le traitement des pollutions présentent souvent de grandes difficultés. Nous avons vu, bien des fois, des hommes éterniser par une continence absolue des pollutions *sthéniques* qu'ils croyaient être *asthéniques,* et pour les guérir il nous a suffi de rétablir l'exercice physiologique des organes ; lorsque, dans des circonstances semblables, nous avons dû céder devant des scrupules religieux ou des devoirs sacerdotaux, le mal a résisté, le plus ordinairement, à tous les moyens mis en usage pour le combattre. D'un autre côté, la continence pratiquée pendant quelques mois a souvent fait cesser, à elle seule, des pollutions véritablement asthéniques.

Le coït est donc, pour le diagnostic, une pierre de touche fort utile.

Mais l'*habitude morbide* joue certainement un grand rôle dans la reproduction des pollutions, et, si l'on n'y prend garde, elle peut devenir la seule cause de la maladie.

En effet, chez les individus atteints de *pollutions asthéniques* et *soumis à un traitement efficace,* un moment arrive où l'asthénie ayant cessé d'exister, les pollutions persistent néanmoins, en raison de l'habitude dont nous venons de parler ; si alors le coït est pratiqué avec discernement, la spermatorrhée disparaît ; si, au contraire, la continence est observée, les pollutions, en se reproduisant, finissent par ramener l'asthénie, et les sujets tombent alors dans un cercle vicieux funeste. Il est à remarquer, d'ailleurs, qu'une pollution laisse après elle beaucoup plus de fatigue et de prostration qu'un coït régulièrement pratiqué.

L'emploi du coït comme moyen de traitement exige donc de la part du médecin beaucoup d'expérience, de tact, et souvent, en outre, il faut lutter contre les appréhensions et les opinions préconçues des malades.

La médication hydrothérapique est certainement la plus efficace de toutes celles que l'on peut opposer aux pollutions asthéniques, mais elle exerce souvent une action analogue à celle dont nous avons parlé à propos du rhumatisme et de la névralgie, et il importe que médecins et malades en soient prévenus.

Sous l'influence des douches excitantes l'on observe, parfois, un phénomène de même nature que celui qui se montre souvent pendant la convalescence des maladies aiguës ou chroniques ayant considérablement débilité les sujets : *les pollutions apparaissent ou deviennent plus fréquentes ;* loin de s'en effrayer, il faut en conclure que le traitement opère favorablement et que l'organisme se reconstitue. Au bout de quelque temps, en effet, la surexcitation disparaît, et les choses rentrent dans l'ordre normal et physiologique. Dans les cas de ce genre, il est bon de faire alterner avec les douches excitantes des applications froides sédatives : bains de siége à eau dormante ou immersions générales de longue durée.

Valleix, de regrettable mémoire, disait en 1848, à propos de mon travail sur les fièvres intermittentes :

« S'il nous était permis d'expérimenter le traitement hydrothérapique, nous chercherions à savoir quelle est la part de chacun de ses éléments. Que peut d'abord le régime seul? Quelle influence faut-il attribuer à la sudation? Que doit-il revenir à l'administration des bains, des affusions, des douches, de l'ingestion de l'eau froide? Telles sont les questions que, selon nous, devraient d'abord se poser les observateurs ; et ce n'est pas tout, il faudrait encore essayer ces moyens deux à deux avant d'arriver à les employer tous ensemble. N'est-il pas, en effet, permis de penser qu'en appliquant tous ces moyens à tous les malades, comme on le fait, on les entoure d'un luxe inutile, luxe qui est toujours fort gênant quand il s'agit de médication? En veut-on une preuve? Qu'on suppose que les malades traités pour des fièvres intermittentes rebelles par M. Fleury, aient eu la mauvaise chance d'aller à Græfenberg, on n'aurait pas manqué de les soumettre à la sudation, aux bains d'immersion, à l'enveloppement, à la douche, au régime ; et cependant M. Fleury a obtenu une guérison aussi rapide que

complète par la douche seule! Tout le reste était donc inutile. »

Les trois malades dont il vient d'être question n'ont également été soumis qu'à des douches et à des bains de siége. Valleix eut trouvé dans ce fait un nouveau progrès, une utile *découverte*, et non une *mystification*. Mais Valleix était un médecin instruit et consciencieux, et non un hydriâtre ignorant et de mauvaise foi.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Nouveau cas de hernie crurale étranglée depuis quatre jours, traité avec succès par l'usage de l'extrait de belladone,

Par M. le Dr DE LARUE,
médecin de l'hospice des Vieillards, à Bergerac.

La nommée X...., âgée de 70 ans, maigre, d'un tempérament nervoso-bilieux, d'une bonne constitution, habituellement bien portante, ayant eu cinq grossesses régulières, est affligée, depuis environ sept années, d'une hernie crurale du côté droit, apparue sans cause préexistante.

Formée par l'intestin, la tumeur, bien que livrée à elle-même, n'occasionne généralement ni gêne ni douleur.

Ordinairement très-peu volumineuse, elle s'étrangle deux fois en moins de onze semaines.

La première constriction, provoquée par une marche forcée, ayant obéi tout d'abord aux manœuvres du taxis, nous ne parlerons avec détail que de la seconde. La voici :

Après s'être levée, pendant la nuit du 16 au 17 septembre 1856, sans le bandage que l'évidence du danger couru l'avait décidée à accepter, la malade ne tarde pas à ressentir les fâcheux effets de son imprudence.

Dans la même journée, environ quinze heures postérieurement à l'accident, nous sommes appelé auprès de la patiente, qui présente les symptômes suivants : ventre tendu, ballonné, douloureux au toucher; vomissements répétés, *le plus souvent stercoraux;* absence totale de toute évacuation par l'anus; pouls petit, faible, sans fréquence marquée; peau sèche, médiocrement chaude; respiration anxieuse; soif légère, bouche pâteuse; face grippée; insomnie opiniâtre; horreur des aliments; urines rares, difficiles et rouges; tumeur résistante, sensible, d'une teinte violacée, grosse comme un œuf de poule d'Inde.

Toute tentative de réduction manuelle ayant complétement échoué, nous ordonnons : 1° la diète; 2° le repos; 3° une position convenable; 4° de l'eau fraîche pour boisson; 5° notre potion belladonisée.

Toujours soumise à une surveillance rigoureuse, cette préparation pharmaceutique, prescrite par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure, est formulée, selon l'habitude, comme il suit :

Eau distillée.	60 grammes.
Extrait aqueux de belladone. . .	20 centigrammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . . .	30 grammes.

Sur les cinq heures du soir, on commence l'usage du remède.

Le 18, le 19 et le 20, nous constatons une amélioration notable, réelle, *quoique l'étranglement persiste*, EN APPARENCE, *avec une égale ténacité*.

Le 21, entre midi et une heure, l'obstacle étant enfin suffisamment amendé par l'extrait de belladone, qui, malgré la dose (1 gramme 50 centigrammes), n'a produit pendant le cours de son administration que quelques alternatives de délire ou de sommeil, sans importance toxique aucune, la hernie, à notre grande satisfaction, cède facilement au taxis.

Promptement rétablie, à dater de ce moment, la nommée X.... nous a bien promis d'observer à l'avenir toute la prudence qu'exige son état. (*Revue thér. du Midi.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 janvier 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Délire des aboyeurs. — M. ANCELON présente un mémoire intitulé : *Note sur le délire des aboyeurs*, variété de la *danse de Saint-Guy*. (Renvoi à l'examen de M. Andral, déjà chargé de prendre connaissance des notes de M. Boscredon et de M. Pize, sur la même affection.) — Ce travail nous semblant complétement étranger au sujet en question, nous ne le reproduirons pas.

Traitement des bubons. — M. ALQUIÉ adresse une réclamation de priorité à l'occasion d'un mémoire *Sur l'emploi du séton filiforme aidé de la compression dans le traitement des tumeurs abcédées et en particulier des bubons*, mémoire lu par M. Bonnafont dans la séance du 8 décembre 1856.

Maladies de la peau. — M. CAZENAVE, en présentant au concours pour le prix de médecine ses *Leçons cliniques sur les maladies de la peau*, y joint, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans cet ouvrage.

Épidémie du choléra. — M. CHAPELLE présente un mémoire imprimé ayant pour titre : *De l'épidémie du choléra qui a régné dans le département de la Charente pendant l'année* 1855, qui est renvoyé, conformément à la demande de l'auteur, à l'examen de la section de médecine constituée en Commission spéciale pour le concours du prix *Bréant*.

Un mémoire manuscrit destiné au même concours devrait, d'après la règle constamment observée par l'Académie relativement aux communications anonymes, être considéré comme non avenu. Cependant, comme il y a quelque lieu de croire que l'omission du nom est seulement l'effet d'un oubli, l'auteur en sera averti par la mention qui est faite ici de cette pièce, facile à reconnaître en ce que le deuxième paragraphe est intitulé : *Apologie de Bréant*.

Séance du 12 janvier 1857.

Fièvre typhoïde. — M. DOIN, médecin à Bruyère-le-Châtel (Seine-et-Oise), transmet un mémoire intitulé : *De la fièvre typhoïde cholériforme et du choléra asiatique;* traitement curatif et efficace dans la grande majorité des cas. Ce mémoire est destiné au concours pour le prix du legs *Bréant*. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en Commission spéciale.)

Anomalies anatomiques. — M. CHARVET présente un mémoire ayant pour titre : *Observations sur des cas d'anomalies anatomiques.* (Comm. : MM. Serres, Velpeau et de Quatrefages.)

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans vos deux derniers articles, à propos de la discussion des kystes de l'ovaire, vous avez cru pouvoir élever des doutes sur la doctrine de la migration des gaz à travers la matrice, les trompes, le péritoine et l'intestin. Plusieurs personnes honorables ont partagé votre scepticisme, et l'une d'elles n'a même pas craint de dire en pleine Académie, que cette doctrine était mal sonnante, hérétique et sentant l'hérésie. Ce n'est pas la première fois qu'une docte assemblée repousse une idée pleine d'avenir. Qu'importent les objections théoriques tirées de la physique, de l'anatomie et de la physiologie? Si la chose est, il faudra bien l'admettre. Ce sont les faits, Monsieur le Rédacteur, les faits, les faits seuls qui doivent parler, et s'ils vous gênent, ce n'est pas une raison pour vous en débarrasser d'un trait de plume. Je pourrais vous citer des observations bien plus étonnantes encore, que j'ai recueillies moi-même ; mais vous seriez peut-être tenté de croire que je les invente pour les besoins de la cause. Je préfère donc vous en rappeler une, que vous connaissez probablement déjà, et dont l'authenticité ne peut être suspectée. Celui qui l'a rapportée a toujours passé pour un écrivain fort véridique, et vous serez de mon avis quand vous saurez que c'est notre savant confrère feu

M. François Rabelais, docteur en médecine de la sérénissime Faculté de Montpellier, éditeur de plusieurs traités de Galien et d'Hippocrate, et auteur de quelques écrits assez estimés.

Un jour, — la date n'est pas indiquée, il est certain seulement que c'était avant l'an de grâce 1533, — un jour, dis-je, une grande dame, parvenue au onzième mois de sa grossesse, commença à éprouver les douleurs de l'enfantement. Par malheur, une vieille femme, qui se mêlait de médecine, lui administra un *restrictif* ou astringent si énergique, que le col de l'utérus se referma complétement. « Par cest in- « convenient, ajoute l'auteur, feurent au-dessus relaschez les cotyle- « dons de la matrice, par lesquelz sursaulta l'enfant, et entra en la « vene creuse, et, gravant par le diaphragme jusques au-dessus des « espaules, ou ladicte vene se part en deux, print son chemin a « gausche, et sortit par l'aureille senestre. »

Certes, Monsieur le Rédacteur, on aurait eu beau jeu à réfuter cette observation par des arguments tirés de la physique, de l'anatomie et de la physiologie. Mais qu'est-ce que cela aurait prouvé? Le fait n'en aurait pas moins conservé toute sa réalité. Aussi Guillaume Rondibilis, plus connu sous le nom de Rondelet, Antoine Saporta, Tolet et les autres docteurs de Montpellier, se gardèrent-ils bien d'élever des doutes sur la possibilité de l'accouchement par l'oreille, et si quelque sceptique incurable, comme ce pauvre diable de Michel Servet, qui venait, entre autres choses, de démontrer la circulation du sang dans son livre sur la Trinité, eût objecté qu'un fœtus, introduit dans la veine cave, devait se rendre dans le poumon et non dans le conduit auditif externe, Rabelais eût très-bien pu lui répondre qu'il n'y a aucune valvule dans l'oreillette droite à l'embouchure de la veine cave supérieure, que le phénomène du pouls veineux démontre l'existence d'un reflux dans les veines du cou, que le golfe de la jugulaire interne est logé dans une fossette profonde du rocher, et qu'il suffit de la moindre fracture pour mettre ce golfe en communication avec l'oreille moyenne; puis il aurait pu convertir les incrédules en répétant devant eux les expériences hémadynamométriques de M. Poiseuille; il aurait même pu ajouter que la *pression* est moindre dans la caisse du tympan que dans le golfe de la jugulaire, surtout au moment de l'expiration, et donner ainsi à sa doctrine l'évidence d'une démonstration de physique. Quoi! aurait-il dit encore, vous admettez qu'une aiguille, introduite dans la bouche, peut ressortir par le talon, et vous ne voulez pas qu'un fœtus, qui est vivant, puisse voyager dans cette énorme veine cave! Voilà ce que Rabelais aurait certainement répondu; mais il n'eut besoin d'en venir là. Le phénomène de l'accouchement par l'oreille, quoique assez rare déjà à cette époque, fut accepté sans contestation, et personne, que je sache, même dans notre siècle endurci, n'a pris la plume pour réfuter cette observation célèbre.

Pour vous dire toute ma pensée, Monsieur le Rédacteur, je vous avouerai que l'explication de Rabelais ne me satisfait pas entièrement. Si cet auteur eût écrit une trentaine d'années plus tard, s'il eût connu les découvertes d'Eustache et de Fallope, il eût peut-être adopté une autre théorie. Pour moi, je crois plutôt que le fœtus remonta la trompe de Fallope; c'était un chemin qu'il connaissait déjà pour l'avoir parcouru quelques mois auparavant. L'action des cils vibratiles put favoriser cette pérégrination ascendante. Parvenu dans le péritoine, il pénétra par endosmose jusque dans l'estomac, d'où il fut expulsé par un vomissement bien naturel. Enfin, au lieu de sortir par les fosses nasales, il se heurta contre le bord postérieur de la cloison, fit un demi-tour à gauche, et s'engagea dans la trompe d'Eustache, qui le conduisit jusque dans la caisse. Dès lors, la membrane tympanique ne pouvait plus lui opposer qu'un obstacle insignifiant. Je crois fermement que les choses ont dû se passer ainsi; mais l'idée de Rabelais n'en était pas moins féconde et pleine d'avenir. C'est une grande et belle découverte, d'avoir deviné, en plein XVIe siècle, que les corps solides peuvent cheminer dans l'organisme, entraînés par le torrent circulatoire. Qu'est-ce que cette embolie, dont on parle tant aujourd'hui, sinon un diminutif de la théorie de Rabelais? Vous même, Monsieur le Rédacteur, lorsque vous avez trouvé dans le cœur d'un chien une cheville de bois introduite la veille dans la veine crurale, vous n'avez probablement pas songé que l'auteur de *Pantagruel* vous avait devancé de plus de trois cents ans.

Si mon nom avait été prononcé dans votre journal, je chargerais un huissier de ma connaissance de vous demander l'insertion de cette lettre; ne pouvant recourir à ce moyen, je suis obligé de faire appel à votre impartialité, avec laquelle j'ai bien l'honneur d'être, Monsieur le Rédacteur, votre dévoué confrère.

BAP. LACOUR.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. HAMEL, médecin à Boisney (Eure), membre du conseil général du département, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Concours pour l'agrégation. — Les leçons orales du concours pour l'agrégation en médecine, chirurgie et accouchements, ont commencé hier vendredi, 23 janvier 1857. Le sort a désigné dans l'ordre suivant les candidats qui doivent subir cette épreuve :

Médecine :

Vendredi	23 janvier,	MM.	Charcot et Lorain;
Samedi	24,	—	Hérard et Hervieux;
Mercredi	28,	—	Chauffard et Axenfeld;
Jeudi	29,	—	Empis et Montanier;
Vendredi	30,	—	Duriau et Barnier;
Samedi	31,	—	Tholozan et Racle.

Chirurgie et accouchements :

Mercredi	4 février,	MM.	Legouest et Boullard;
Jeudi	5,	—	Legendre et Fano;
Vendredi	6,	—	Bauchet et Morel-Lavallée;
Samedi	7,	—	Jamain et Béraud;
Mercredi	11,	—	Houël et Trélat;
Jeudi	12,	—	Duchaussoy et Foucher;
Vendredi	13,	—	Ollier;
Samedi	14,	—	Desrivières et Blot.

— L'un de nos collaborateurs du feuilleton faisait naguère devant nos lecteurs le dénombrement et la classification de ses ennemis. Le *Figaro* a aussi des ennemis, et cela se conçoit, puisque le *Figaro* n'est qu'un long feuilleton, rédigé seulement avec plus d'esprit que les autres; ses ennemis doivent donc être et plus nombreux et plus acharnés. Mais le joyeux et spirituel barbier ne s'en émeut pas outre mesure, et le croquis suivant montre assez combien il est peu disposé à se laisser intimider par leurs honnêtes manœuvres. Cette description sommaire et générale s'applique assez bien aux batraciens, ophidiens et autres vertébrés médicaux pour que nos lecteurs trouvent, sans trop chercher, à en faire l'application à notre spécialité :

« Je n'ai pas la prétention de vous révéler quelque chose de neuf, en vous annonçant que *Figaro* a des ennemis. Ce journal n'appartient à aucune coterie; il a surtout le grand tort de dérouter amis et ennemis par sa franchise, qui part, à bout portant, comme un fusil dont on lâche la détente. Chacun redoute la fusillade, et celui qui a reçu un grain de sel dans sa vanité, le grossit et le transforme en un boulet de quarante-huit, qu'il s'empresse de déposer au parquet de M. le procureur impérial, comme une pièce de conviction. Ce n'est pas tout : les cœurs lâches, les âmes viles, les méchants ténébreux, les consciences de boue, — tout ce fretin de la vilenie humaine qui passe au travers des articles du Code, comme le poisson trop petit passe au travers du filet du pêcheur, — se dit naturellement ceci :

« Nous n'avons à redouter ni la publicité du *Constitutionnel*, ni la « lumière du *Moniteur*, ni la flagellation du *Journal des Débats*. Ces « organes de la politique sérieuse, comme les Béotiens, tendent leurs « filets trop haut. Mais nous avons de bons petits vices et de bons pe- « tits ridicules : donc nous sommes les justiciables du *Figaro*. Le « *Figaro* nous guette, le *Figaro* est notre ennemi naturel : A bas le « *Figaro !* Nous dirons qu'il a fait ceci, nous prouverons qu'il a fait « cela; nous tordrons ses épigrammes comme on fait d'un linge « mouillé, et, en y ajoutant notre fiel et notre bave, nous en extrai- « rons d'odieuses calomnies. Nous torturerons ses articles, et, à force « de les creuser, de les dénaturer, de les envenimer, d'y chercher des « sous-entendus, des piéges, des équivoques, nous leur ferons dire, et « ce qu'ils n'ont pas dit, et même le contraire de ce qu'ils ont dit. Le « public est un peu comme cet honnête juré de la campagne qui, en « s'installant dans son fauteuil, à la Cour d'assises, en face d'un ac- « cusé, se disait : « Cet homme est coupable, puisqu'il est assis sur le « banc d'infamie et que je n'y suis pas! » Eh bien! plaçons le *Figaro* « sur la sellette. Les simples qui [illegible]dent comme le juré, les honnêtes

« gens qui redoutent le scandale, les fripons qui seront avec nous, « tout ce monde, formant une écrasante majorité, criera : Mort à l'in- « fâme! mort à *Figaro!* qui a tondu dans le pré de la médisance la « largeur de sa langue..... » — H. DE VILLEMESSANT.

M. Jousset, se faisant une fausse idée du droit de réponse, nous a adressé par huissier une seconde lettre où il donne sur l'homœopathie des détails que personne n'ignore. Après nous être assuré auprès d'hommes compétents de notre droit de refuser l'insertion de cette lettre, nous en avons néanmoins décidé l'insertion, non pour prouver notre impartialité, qui, grâce à Dieu, est à l'abri de toute atteinte, mais pour éviter des contestations judiciaires où les médecins laissent toujours quelque chose de leur considération.

« Monsieur le Rédacteur,

« L'homœopathie, Monsieur, est digne du respect de tous les médecins instruits; elle n'est, en effet, que la thérapeutique expérimentale, comme je vais le prouver à vos lecteurs, en détruisant tous les sophismes que vous avez placés entre leur esprit et la vérité.

« L'homœopathie repose sur trois ordres de faits : 1° la loi de similitude; 2° la matière médicale purement expérimentale; 3° les doses infinitésimales.

« 1° *Loi de similitude.* La loi de similitude est, dans un grand nombre de cas, la règle des indications; cette loi se formule ainsi : les médicaments guérissent chez l'homme malade des états analogues à ceux qu'ils produisent chez l'homme en santé, *similia similibus curantur.* Ce principe de thérapeutique est né de la comparaison des effets curatifs des médicaments avec ceux qu'ils produisent chez l'homme sain. Ainsi ce fait général a pour but l'expérimentation et l'observation; il est aujourd'hui, grâce à Hahnemann, universellement accepté sous le nom de méthode ou de médication substitutive.

« C'est en effet parce que ces médicaments produisent chez l'homme sain des phénomènes analogues aux névralgies et aux angines, qu'on les prescrit dans ces maladies.

« 2° *Matière médicale purement expérimentale.* En poursuivant la vérification de la loi de similitude, Hahnemann a expérimenté sur lui et sur ses amis la plupart des médicaments; ses élèves ont continué son œuvre, et grâce à ces travaux, la matière médicale dont Bichat a écrit, avec justice, la fameuse phrase que vous savez, a été complétement reformée. A la place des connaissances hypothétiques et arbitraires sur les fondants, les dissolvants, les incisifs, etc., ces homœopathes, que vous raillez avec tant de goût, ont fait l'histoire des effets positifs d'environ 150 médicaments; ils ont ajouté aux résultats de leurs expérimentations propres tous les documents thérapeutiques contenus dans la tradition; ils ont, enfin, constitué une matière médicale qui renferme au lieu d'hypothèses des connaissances réelles et positives sur les effets des médicaments, une matière médicale vraiment expérimentale. Au reste, tout le monde puise à pleines mains dans cette mine si féconde de la réforme Hahnemannienne; et, pour exemple de ces plagiats, je n'ai que l'embarras du choix : l'arnica dans les opérations et le traumatisme, le mercure dans l'angine, la belladone dans la méningite, la sabine et le seigle ergoté contre l'avortement, ce dernier médicament dans le choléra, et l'alcoolature d'aconit, sous forme de sirop dans une foule de maladies.

« 3° *Doses infinitésimales.* Administrant les médicaments à doses ordinaires, Hahnemann s'aperçut qu'ils produisaient souvent des aggravations considérables; il diminua peu à peu les doses, et après plus de vingt années d'observation clinique, il a été conduit à admettre que les aggravations médicamenteuses diminuaient comme les doses, tandis que l'efficacité curative continuait à rester la même, ou devenait plus évidente. Tous les médecins qui ont sérieusement vérifié les affirmations de Hahnemann, en appliquant rigoureusement la loi de similitude, ont fini par reconnaître l'efficacité des doses infinitésimales. Par conséquent, à moins de considérer la méthode expérimentale comme une chimère, il faut croire à ce qu'elle prouve, dût cette croyance choquer les rêveries de notre imagination ou les préjugés de notre raison. En un mot : « Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable » a dit le poëte. Mais c'est le propre de la méthode expérimentale de faire discerner le vrai qui n'est pas vraisemblable, et de faire repousser le vraisemblable qui n'est pas vrai. Dans la mesure où la méthode expérimentale peut servir de *critérium*, nous croyons complétement et sans mesure à cette méthode; nous sommes les amis de l'observation, et nous croyons bien mériter de la médecine en souffrant les injures, les animosités, les dénis de justice, les persécutions des ennemis de l'observation, de la liberté scientifique et du progrès de notre art. Quant à la proposition que vous me faites d'expérimenter sur vous-même et sur plusieurs de vos amis, vous êtes libre d'expérimenter quand vous voudrez; mais, pour moi, votre proposition n'est pas acceptable, la passion et la légèreté dont vous faites preuve ôteraient d'avance toute valeur à votre témoignage.

« P. JOUSSET. »

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 12. 5e année. Mardi 27 Janvier 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Nous avons dû renoncer à la publication de l'article que nous avions annoncé sur l'état mental de Verger.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE.

De la médication arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes,

Par M. le Dr Ch. Frémy,
médecin des hôpitaux civils, ex-médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule.

(Suite. Voir les nos 4 et 7.)

Au point de vue où nous venons de nous placer, et en admettant que les préparations arsenicales ne jouent qu'un rôle secondaire en matière médicale, le quinquina pourrait conserver sa supériorité si une particularité, futile en apparence, ne venait donner une importance très-grande au fond à la valeur thérapeutique de l'acide arsénieux ; nous voulons parler de la cherté du quinquina.

Par suite de l'exploitation inintelligente des forêts de l'Amérique du Sud et des peines énormes prononcées par les divers gouvernements de cette partie de l'Amérique contre l'exportation de l'écorce de quinquina, les quantités de ce précieux produit ont diminué d'année en année sur les marchés, à mesure que les besoins se multipliaient et que les applications utiles en devenaient plus nombreuses. Aussi, le prix du sulfate de quinine a dû s'élever, et dans ce moment ce sel, dans le commerce, vaut 24 francs les 31 grammes, 75 centimes le gramme, près de 4 centimes les 5 centigrammes, et au détail 2 francs le gramme ; tout porte à croire que ce taux élevé sera dépassé. Si ces prix peuvent être réduits d'une certaine proportion par suite des marchés, toujours avantageux, faits par les grandes administrations, il faut aussi tenir compte, d'un autre côté, de la part des profits légitimes du détaillant. Dans cet état de choses, comment un habitant de la campagne, comment un cultivateur de ces pays pauvres où les fièvres règnent presque constamment, pourra-t-il se procurer les 3 ou 4 grammes de sulfate de quinine qu'il faut employer pour couper ces fièvres et faire le traitement complet pour la guérison d'une fièvre intermittente ? Ainsi, il est fâcheux d'avouer qu'en présence du prix élevé du quinquina, les populations des pays à fièvres ne peuvent se débarrasser d'un mal qui

BIBLIOGRAPHIE.

DU LAIT,

THÈSE DE CONCOURS POUR L'AGRÉGATION,

Par M. O. Réveil.

Le lait mérite au plus haut degré de fixer l'attention des chimistes et des physiologistes, soit qu'on l'étudie au point de vue de sa production, soit qu'on examine sa composition, soit enfin qu'on le considère comme aliment. En effet, lorsqu'on détermine par l'analyse la composition de cet aliment complet, préparé dans le corps de la mère pour le développement du jeune animal, on y montre une matière azotée propre à produire nos tissus, la caséine, deux substances calorifiques, la matière grasse et le sucre, et des sels, parmi lesquels il faut placer en première ligne le phosphate de chaux, nécessaire au développement et à la conservation des os.

L'importance de cette étude justifie donc les nombreuses recherches dont le lait a été l'objet. Parmi ces travaux, les plus importants, sans contredit, sont ceux de Parmentier et Deyeux, Berzélius, MM. Boussingault, Dumas, Quévenne, Donné, Henry et Chevallier, Poggiale, Marchand, etc. Mais les précieux renseignements fournis par ces observateurs se trouvent disséminés dans les divers recueils scientifiques. C'est donc une occasion heureuse qui a été offerte à M. Réveil de résumer les travaux qui ont été publiés sur cette question importante, de les coordonner et d'en discuter la valeur. Disons de suite que, quoique pressé par le temps, l'auteur a parfaitement rempli cette tâche, et que son travail sera lu avec un vif intérêt.

Cette thèse, que M. Réveil a eu le bon goût de dédier à la mémoire de Quévenne, qui avait consacré sa vie entière à l'étude du lait, comprend les propriétés physiques et chimiques de ce liquide, l'étude du lait de femme et des différents laits qui intéressent le chimiste et le médecin, et l'examen des diverses causes qui peuvent apporter quelques changements dans la composition de ce précieux aliment. M. Réveil a consacré, en outre, un chapitre extrêmement intéressant à l'examen des principales falsifications du lait et des moyens qu'il convient d'employer pour les reconnaître.

Parmi les causes qui peuvent faire varier la composition du lait, il faut mettre en première ligne son âge. En effet, depuis l'époque de la parturition, le lait change à chaque instant de composition, et les modifications qu'il éprouve sont relatives, non-seulement à la nature,

les décime. Non moins malheureux est le praticien condamné à exercer au milieu de ces pays, où à chaque instant ses meilleures intentions échouent contre la nécessité. Il est en France des villages où les cultivateurs n'appellent le médecin qu'à l'époque des grands travaux, parce que de leur santé dépendent alors la fortune et la vie de leurs familles. A quoi servirait après cela que, suivant le vœu de Nepple, on taxât le sulfate de quinine comme le pain? A quelque prix qu'il fût taxé, le fût-il au prix de revient, il serait encore, dans l'immense majorité des cas, au dessus des ressources de ces pauvres cultivateurs.

On ne saurait donc trop étudier les moyens de remplacer les préparations de quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes, et en considérant les faits nombreux qui nous ont conduit à ces études, il est impossible que l'on n'arrive pas à cette conviction : que les préparations arsenicales employées avec précaution et selon des règles fixes, ne soient de nature à rendre un immense service à des populations entières.

Chargé d'un service considérable de fiévreux, à l'hôpital militaire du Roule, par M. le Ministre de la guerre, j'ai trouvé, dans la première division, dont le service médical m'était confié, un grand nombre de malades affectés de fièvres intermittentes.

C'est après avoir examiné, avec un soin extrême, les travaux antérieurs faits sur la médication arsenicale et dont je viens de présenter un rapide aperçu historique, c'est après avoir cherché, dans l'emploi d'un remède à bon marché, à seconder les vues économiques de l'administration, que je me suis décidé à faire usage d'un agent thérapeutique qui, en définitive, n'a, comme nous l'avons dit, d'effrayant que son nom.

Avant d'employer l'acide arsénieux, aurait-il mieux valu choisir, parmi les nombreux succédanés du quinquina, des substances que l'on a préconisées pour la guérison des fièvres paludéennes? Si nous passons rapidement en revue les méthodes ou les moyens employés dans ces cas, nous verrons quel peu de confiance nous pouvons leur accorder et, en définitive, pourquoi nous avons été porté, depuis les travaux déjà connus, à faire usage de l'acide arsénieux de préférence à tout autre agent thérapeutique.

Lorsque j'étais chef de clinique à l'hôpital de la Charité, un certain nombre de malades, affectés de fièvres intermittentes, fut soumis par M. le professeur Piorry à l'usage du *chlorure de sodium*.

Ce médicament a été administré en 1834 par M. *Lalesque*, médecin à La Teste, avec un certain succès. Ce remède, du reste, avait été préconisé en 1832 par M. *Ménard* et M. *Colson*, à Gand.

M. *Thomas*, de la Nouvelle-Orléans, avait recommandé ce sel dans les cas de récidives, et il comparait son action à celle des sudorifiques administrés après les mercuriaux dans la syphilis.

A l'hôpital de la Charité, le sel marin était donné en solution dans le bouillon aux herbes : l'action de ce sel sur la rate était des plus manifestes et aussi rapide que celle du sulfate de quinine, mais les répugnances des malades pour ce médicament étaient telles que peu d'entre eux pouvaient le supporter et qu'il était à peu près impossible d'en faire prendre des doses suffisantes pour couper la fièvre ; les résultats obtenus furent donc nuls.

M. Michel Lévy et M. Grisolle eurent donc raison, à l'Académie de Médecine, en combattant les conclusions trop favorables de M. Piorry, malgré les recherches consciencieuses de MM. Gintrac, de Bordeaux, et celles de M. Buys.

L'*hydrochlorate d'ammoniaque*, mis en honneur, par Muys, en Angleterre, était oublié lorsque M. Aran vint à l'Académie de Médecine lire un travail dans lequel il énonçait qu'il avait eu à se louer de l'emploi de ce médicament dans 13 cas où ce sel avait été pris. Ces faits ne sont pas assez nombreux pour qu'ils puissent venir contrebalancer l'influence de la médication que nous avons employée. Tout le monde sait que l'*hydroferro-cyanate de potasse et d'urée*, déjà signalé dans la thérapeutique des fièvres intermittentes par Eberlé, Jackson et Hand, fut recommandé par M. Blaud, de Bourganeuf, qui déclara ce sel supérieur au sulfate de quinine. M. Becquerel a fait, sur l'action de ce moyen quelques expérimentations, mais qui ne peuvent encore lui faire jouer un rôle important dans la thérapeutique, et il est prudent d'attendre avant de se prononcer sur la valeur de ce médicament.

M. le docteur Frays a expérimenté le *sous-carbonate de fer*; mais comme il l'associait au sulfate de quinine, il est impossible de tirer une conclusion positive des essais qu'il a pu tenter. Les succédanés végétaux du quinquina ont été employés avec des résultats douteux : l'*écorce de saule*, la *salicine* sur laquelle M. Buchner, chimiste allemand, a publié des travaux, furent administrés par Magendie et M. Bally avec quelque succès dans certains cas de fièvre intermittente légère. M. Ducros, de Marseille, paraît avoir employé avec avantage l'*extrait de belladone*.

Les *feuilles d'olivier* furent prescrites en Espagne, de 1808 à 1813, par des officiers de santé militaires, pour remplacer le quinquina qu'il était impossible de se procurer. Ces feuilles étaient regardées depuis longtemps dans la Péninsule comme

---

mais encore aux proportions des principes qui le composent. Ce n'est que vingt ou vingt-cinq jours après le part que le lait acquiert ses propriétés normales; jusque-là il est légèrement purgatif et possède une saveur fade peu agréable.

Deyeux et Parmentier avaient déjà constaté que le lait présente des différences considérables dans sa composition, dans les divers moments de la traite; mais ce fait important a été étudié avec beaucoup de soin, dans ces derniers temps, par divers observateurs, et notamment par M. Reizet, qui a reconnu que le lait recueilli à la fin de la traite est beaucoup plus riche en beurre que celui qui est recueilli au commencement.

Tout le monde connaît les effets de certaines alimentations sur les qualités du lait; c'est ainsi que les tourteaux de graine de lin, de graine de colza donnent au lait une odeur et une saveur désagréables. Quévenne a observé que les vaches qui se nourrissent de cosses de pois ou de haricots fournissent un lait qui a une odeur fade et herbacée. Généralement, le lait le plus agréable est celui qui provient de vaches nourries, en hiver, avec des betteraves, outre la paille, le foin et le son, et, en été, avec de la luzerne.

Certaines plantes donnent au lait des propriétés particulières; ainsi, l'anis lui communique son odeur, l'absinthe son amertume, les renoncules leur âcreté, la gratiole ses propriétés purgatives. Un grand nombre de matières colorantes et de substances minérales peuvent également passer dans le lait.

M. Réveil a étudié, dans un chapitre très-intéressant, la composition et les propriétés physiques du lait de femme, l'influence de l'âge des nourrices, la constitution de la nourrice, l'influence de la gestation, de la menstruation, de l'alimentation et des maladies sur la nature du lait. Il a également examiné, mais avec moins de détails, le lait d'ânesse, de chèvre, de brebis, de jument, de chienne.

On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, de l'influence du régime sur la composition du lait de chienne, et nous devons à MM. Dumas, Bensh et Poggiale des recherches très-intéressantes sur cette question. Ainsi, M. Poggiale a reconnu, par des procédés qui lui sont propres, que le lait d'une chienne, nourrie avec de la viande et du pain, contenait $2^{gr},89^{c}$ pour 100 de sucre de lait. La même chienne fut soumise ensuite au régime exclusif de la viande pendant vingt et un jour, et la proportion de sucre s'abaissa à $2^{gr},13^{c}$ pour 100 le troisième jour, à $1^{gr},97^{c}$ le cinquième jour, à $1^{gr},89^{c}$ le sixième jour, et enfin elle a oscillé entre $1^{gr},73^{c}$ et $1^{gr},92^{c}$ jusqu'au vingt-unième jour. On voit donc que l'alimentation à la viande diminue la quantité de sucre de lait, mais que, contrairement à ce qui avait été avancé, ce principe existe dans le lait en proportion notable. Pendant plus de quinze jours le chiffre représentant le sucre n'a presque pas varié.

un excellent fébrifuge, et M. Pallas, en 1823, traita de cette manière et avec succès un grand nombre de fiévreux.

Le café fut administré avantageusement par M. le docteur Doyral, et surtout par M. le docteur Fouqueville, qui, en Morée, l'a vu ordonner avec le jus de citron. C'est du reste un excellent moyen préventif et qu'on ne saurait trop recommander aux habitants des pays marécageux.

L'*opium* a été rangé au nombre des spécifiques de la fièvre intermittente et mérite une mention spéciale. — Fodéré prétend que de tous les médicaments employés contre la fièvre paludéenne, il est le plus ancien. Galien guérissait les fièvres quartes en donnant un vomitif, et le lendemain, du suc d'absinthe et de la thériaque, deux heures avant le paroxysme; telle était aussi la pratique de Rivière et d'Éthmüller, surtout lorsque la fièvre était plutôt un effet de l'habitude que celui de l'infection morbifique. L'usage de l'opium est très-familier en Allemagne; à Vienne et à Munich, pour la guérison des fièvres dans les hôpitaux; on donne de cinq en cinq minutes, une heure avant la fièvre, de 25 à 30 gouttes d'une mixture composée de 2 onces de teinture aqueuse de cannelle, et 3 drachmes avec 1/2 once de teinture thébaïque; on emploie ce moyen combiné avec une infusion aromatique chaude qu'on fait prendre une heure avant le stade de frisson, après avoir fait couvrir fortement le malade. Les effets de ce moyen de traitement ont été d'abréger et quelquefois d'empêcher la période de froid et de prévenir l'accès fébrile.

Dans la pratique médicale de Montpellier, on a donné l'opium dans les fièvres intermittentes, ayant un caractère particulièrement nerveux, et M. le professeur Jaumes a signalé sa propriété antipériodique. M. le docteur Chapeau, de Lyon, contrôla son efficacité; mais il est difficile jusqu'à présent de ranger son médicament au nombre des spécifiques de la fièvre intermittente; nous pouvons le considérer seulement comme un moyen de guérir l'éréthisme nerveux qui tient la fièvre intermittente sous sa dépendance. La *santonine*, le *plantain*, la *petite centaurée*, l'*écorce de marronnier d'Inde*, la *poudre de houx* recommandée par M. Raynaud, de Toulon, l'*alkékenge*, mis en honneur par M. Gendron, comme tant d'autres moyens encore, n'ont pas présenté dans leur efficacité des effets assez nombreux et assez certains pour qu'une enquête sévère et de nouvelles expérimentations ne soient jugées nécessaires.

Dans la médication perturbatrice, nous trouvons un certain nombre de moyens qui comptent aussi quelques succès, mais qui s'appliquent plutôt aux manifestations morbides qui compliquent les fièvres intermittentes et font disparaître ces affections momentanément, lorsque l'empoisonnement miasmatique n'a pas été de longue durée. C'est ainsi que la *méthode évacuante*, en dissipant les symptômes d'embarras gastrique, suffit quelquefois pour juguler une fièvre intermittente mal caractérisée; mais si le miasme paludéen a eu le temps de produire des accidents d'intoxication bien tranchés, on peut être certain que les purgatifs ne guériront pas la fièvre, mais pourront seulement préparer d'une manière avantageuse l'action du médicament spécifique. Pringle, dans une observation sur les maladies des armées à propos des fièvres intermittentes, dit que les vomitifs sont efficaces, à tel point que souvent ils emportent la fièvre. Cette méthode est d'un usage répandu en Italie, mais employée seule son action est des plus infidèles. La méthode antiphlogistique suivie encore par les médecins romains, par Mackentosh en Écosse et Twining dans l'Inde, fait souvent avorter l'accès et peut arrêter la maladie. J'ai vu, en effet, en Italie, les médecins ne pas hésiter à employer cette méthode dans toute sa rigueur dans le traitement de certaines fièvres paludéennes contractées dans la campagne de Rome. Le docteur Bruguier, de Gallargues, a rapporté dans la *Revue thérapeutique du Midi*, quatre observations de fièvres intermittentes, réfractaires au quinine, guéries par une saignée du pied, pratiquée au début de l'accès. Cette méthode, complétement abandonnée aujourd'hui, peut rendre des services d'une manière exceptionnelle. J'aurais plus de confiance dans l'application des ventouses recommandées par Houn.

M. le docteur Fleury a employé l'*hydrothérapie* avec un certain succès, et a constaté que les douches ramenaient en peu de temps la rate à son volume normal. Ce praticien pense que ce moyen pourrait remplacer efficacement le quinquina et empêcher les récidives. Le *Moniteur des Hôpitaux* a publié tout récemment des observations intéressantes, et notamment celle d'un chirurgien militaire qui, après avoir contracté des fièvres intermittentes en Algérie, sur les bords de l'Oued-Djemma et de l'Oued-Isser, puis en dernier lieu à Kamiesch, avait vu ces fièvres céder à l'emploi raisonné des moyens hydrothérapiques. Je signale cette observation parce que M. le docteur Dezon, qui en est à la fois le sujet et le narrateur, se plaint d'avoir vu la médication quinique, l'acide arsénieux et les eaux de Vichy échouer pour sa guérison. Or, il se trouve que, comme cela est arrivé dans beaucoup de cas et dans cette circonstance notamment, l'acide arsénieux a été employé d'une manière trop timide, et que ce malade était arrivé peu à peu à ne prendre que la dose de 7 milligrammes, au lieu d'attaquer la maladie par la dose suffisante, celle de 25 milligrammes. Le malade note du reste que l'acide arsénieux, même mal administré, avait fait diminuer les accès de fièvre avant le départ du chirurgien pour Kamiesch.

D'autres expériences ont confirmé les résultats qui précèdent.

Dans un chapitre plein de faits intéressants et intitulé : *Chimie légale du lait*, M. Réveil expose les divers procédés qui ont été proposés pour faire l'analyse du lait, et notamment ceux de MM. Péligot, Simon, Quévenne, Lecanu, Haidlen, il fait connaître les principales falsifications et les moyens certains qui nous permettent de les reconnaître. M. Réveil propose d'employer pour cela : 1° le galactomètre centésimal; 2° le crémomètre; 3° la détermination du sucre; 4° la détermination du poids du beurre.

Parmi les instruments qui servent à déterminer la densité du lait, les plus employés sont le galactomètre de Cadet de Vaux, anciennement connu, le lacto-densimètre de Quévenne, et le galactomètre à double échelle, de MM. Chevallier et Henry. Le galactomètre devrait être proscrit à cause de sa mauvaise construction. Le lacto-densimètre et le galactomètre font mieux connaître la densité du lait; mais, employés seuls, ils ne fournissent aucune indication utile, parce qu'une foule de conditions peuvent modifier la densité du lait. Il suffira de rappeler, en effet, que la densité moyenne du lait de vache est de 1,032, qu'elle s'élève à 1,037 lorsque le lait est écrémé, et qu'au contraire, elle peut s'abaisser à 1,026 lorsqu'il est très-riche en crème. Ainsi, en ajoutant à du lait écrémé une quantité convenable d'eau, on obtiendrait 1,032, densité moyenne du lait pur. La densité de ce liquide peut être augmentée, en outre, par l'addition de quelques substances étrangères.

L'ingénieux appareil de M. Donné, connu sous le nom de lactoscope, fournit des indications utiles lorsque le lait a été observé peu de temps après la traite, mais il devient infidèle si l'observation n'est faite que douze, vingt-quatre ou trente-six heures après la traite. On a fait observer aussi, avec raison, qu'il était difficile d'apporter une précision suffisante pour le point de départ du lactoscope, de sorte que divers instruments ne sont pas concordants entre eux, que tout le monde ne voit pas de la même manière, que les myopes, par exemple, voient 3 ou 4 degrés de moins que les personnes qui ont la vue normale. La division des globules de beurre n'est pas toujours la même, et, par conséquent, les degrés au lactoscope sont plus ou moins élevés. Enfin, les émulsions artificielles produisent au lactoscope le même effet que le lait. M. Réveil pense donc que le lactoscope ne peut pas être employé pour examiner le lait reposé et bouilli, et que, d'ailleurs, les indications qu'il fournit ne sont exactes que quand on a évité avec soin toutes les causes d'erreur.

M. Leconte est le premier qui ait proposé un procédé de détermination rapide de la quantité de beurre contenu dans le lait; ce procédé repose sur la propriété que possède la caséine de se dissoudre en presque totalité dans l'acide acétique cristallisable. M. Bouchardat

Je ne sais jusqu'à quel point les moyens hydrothérapiques pourraient être d'une application facile dans la plupart des cas et dans les circonstances où se manifestent les fièvres intermittentes ; mais je déplorerai avec M. Fleury, l'opposition faite aux divers moyens proposés et dont les succès, maintenant si nombreux, peuvent arriver à concilier, dans une mesure juste et éclairée, les exigences de l'administration et les intérêts des malades. M. Bonnafont, à l'hôpital militaire du Roule, a vu des fièvres légères céder à quelques inhalations de vapeurs d'*éther* ou de *chloroforme*. Enfin, le *galvano-magnétisme*, employé par M. Gandineau et mis en pratique par les docteurs Hossiewski et Henrizi, de Varsovie, a donné des résultats peu satisfaisants : sur 50 malades traités par le docteur russe M. Tschinobasen, 26 guérirent et 24 ne durent leur guérison qu'à l'emploi d'autres moyens.

Cette médication perturbatrice, on le voit, est complétement insuffisante et elle a surtout le tort de n'être pas rationnelle ; dans un petit nombre de cas, il est permis peut-être d'y avoir recours, mais elle laisse trop à désirer pour qu'on puisse la considérer autrement que comme un moyen empirique. Nous devons ajouter, enfin, qu'il est un certain nombre de fièvres intermittentes qui, au printemps, guérissent d'elles-mêmes par le seul effet de la nature et qui disparaissent spontanément, ainsi que l'a fort bien signalé Hippocrate, qui les considérait comme des mouvements dépuratoires ou critiques. La méthode expectante peut donc aussi avoir ses partisans.

Si, maintenant, nous arrivons à l'appréciation de la médication spécifique dans le traitement de la fièvre intermittente, nous verrons que l'action du quinquina contre ces affections est si puissante, si bien démontrée, depuis 1640 jusqu'à nos jours, qu'on doit la considérer comme un fait incontestable. La vérité de son action est tellement positive que les maîtres de la science, Lauter, Grant, Sydenham, Verlhoff, Morton, ont pu fixer sur ses effets et ses moyens d'action des règles qu'on ne saurait méconnaître. Cependant, à mesure que des études plus approfondies et en rapport plus constant avec les progrès de la science, ont pu fournir, sur le mode d'administration du sulfate de quinine, des données mieux établies, il s'est trouvé qu'on a été forcé d'admettre pour l'emploi de cet agent des indications bien formulées et par conséquent des contre-indications. Il fut possible alors de remarquer que, lorsque la fièvre se développait sous l'influence de certains éléments d'intermittence, le sulfate de quinine n'avait aucune espèce d'action sur l'élément morbide prédominant qui tient les accès sous sa dépendance. Morton eut plusieurs fois à constater des cas dans lesquels l'impuissance du quinquina fut bien prouvée, et, après avoir reconnu cette inertie accidentelle, il recourut à d'autres fébrifuges.

Les observations se sont depuis multipliées d'une manière considérable. La plupart des médecins de notre pays, dit Ramazzini, pour se soustraire aux calomnies du peuple et aux plaintes continuelles des malades, eurent recours, durant une épidémie, à la puissante écorce du Pérou, mais avec si peu de succès, qu'ils mirent très-souvent la vie des malades en danger. Ceux qui se préoccupèrent plutôt de l'intérêt de leurs clients que du soin de leur propre réputation, n'eurent garde d'employer le quinquina.

Sthal rapporte qu'il vit cette préparation échouer sur lui-même, et que, chez ses malades, il fut forcé de recourir à d'autres fébrifuges, tels que la *fleur d'arnica, le sel ammoniac*. En 1787, J. Franck dit que les médecins de la Lombardie ont aussi échoué dans l'emploi du quinquina.

Le quinquina ou ses préparations, dit le professeur Jaumes, ne guérissent pas toujours, lors même que l'affection intermittente existe seule et sans complication apparente.

Il faut tenir compte, dans l'énumération de ces faits, de la mauvaise préparation employée, de l'ignorance de certains médecins sur le mode convenable d'administration du sel de quinine, et sans vouloir trop faire le procès de ce médicament, son infaillibilité est loin d'être prouvée, comme on l'a cru pendant longtemps, et il n'est pas de médecin d'hôpital ou de praticien placé dans des pays ravagés par des fièvres intermittentes, qui n'ait eu à constater des insuccès, même assez nombreux, par suite de l'administration du sulfate de quinine. Je n'ai pas cherché, je dois le dire, dans les malades qui me furent confiés à l'hôpital militaire du Roule, à employer le sulfate de quinine pour mettre en défaut ce remède puissant. Beaucoup de ces malades avaient été soignés déjà par le sulfate de quinine, des récidives nombreuses avaient eu lieu ; c'est après avoir constaté dans un grand nombre de faits tout le parti que l'on pouvait tirer de l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes, c'est après m'être bien convaincu, et je dois le dire avec un grand sentiment de surprise, de la valeur de cet agent thérapeutique, que je me suis décidé à joindre le résultat de mes recherches aux travaux déjà si consciencieux d'un grand nombre de praticiens.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

propose d'extraire rapidement le beurre par le battage, et M. Quévenne avait essayé de séparer le beurre par la dessiccation de la crème sur le plâtre. Mais, de tous les moyens qui ont été imaginés pour déterminer la proportion du beurre du lait, celui de M. Marchand est sans contredit le meilleur. Le petit appareil dont se sert ce pharmacien distingué, porte le nom de lacto-butyromètre. C'est un tube de verre divisé en trois parties égales, d'une capacité de 10 centimètres cubes chacune. Ce procédé est basé particulièrement sur la très-faible solubilité du beurre dans un mélange, à volumes égaux, d'éther et d'alcool.

Ce procédé ne fournit pas cependant, selon M. Réveil et d'autres chimistes, des résultats toujours satisfaisants ; et à moins de s'entourer des plus grandes précautions, on ne peut acquérir, à l'aide du butyromètre, aucune certitude. « J'ai fait opérer, dit M. Réveil, jusqu'à cinq personnes sur le même lait, avec les mêmes dissolvants, et l'on a obtenu cinq chiffres différents. »

La détermination du volume de la crème dans un vase gradué est préférable à ces divers moyens pour reconnaître la richesse du lait. Cependant ce procédé présente aussi quelques inconvénients. Il exige au moins douze heures pour sa vérification, et le volume de la crème séparée dépend de la température et même de la forme du vase.

M. Réveil expose ensuite avec tous les détails nécessaires, les procédés pour la détermination du sucre de lait. M. Poggiale le premier a proposé de doser rapidement, sans balance, par la méthode des volumes, la proportion de sucre de lait, à l'aide de la liqueur rupropotassique. On sait que d'après les observations de M. Frommertz, la glucose réduit les sels de cuivre et détermine la formation d'un précipité rouge de protoxyde de cuivre, tandis que le sucre de canne ne possède pas cette propriété. Le sucre de lait qui, comme la glucose, réduit le bioxyde de cuivre peut être facilement dosé en mettant à profit cette réaction. La proportion de sel cuivrique décomposé donnera la quantité de sucre de lait.

Ce dosage peut être fait d'une manière rapide et rigoureuse en se servant de la méthode que M. Gay-Lussac a employée pour l'essai des potasses du commerce et pour la chlorométrie. Ce procédé se compose :

1° De la préparation de la liqueur d'épreuve ;

2° De la préparation du petit-lait ;

3° De l'essai du petit-lait.

Pour essayer le lait par la méthode de M. Poggiale, on prend avec une pipette 20 centimètres cubes de liqueur d'épreuve (liqueur de Felhing) dont on connaît le titre, on l'introduit dans un petit ballon ; on y ajoute de l'eau et quelques fragments de potasse caustique, et on élève ensuite la température du liquide jusqu'à l'ébullition. D'un autre côté, on remplit une burette graduée de petit-lait que l'on verse

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Polype utérin. — Ablation de la tumeur. — Retour et aggravation d'accidents nerveux périodiques ayant précédé cette opération. — Terminaison funeste de la maladie,

Par M. le Dr Liégey, de Rambervillers (Vosges).

Mme S...., israélite, âgée de 48 ans, habitait Rambervillers, où elle s'occupait d'un commerce de broderies depuis quelques années. Constitution primitivement robuste, tempérament lymphatique-nerveux; trois enfants, couches heureuses; menstruation normale jusque vers l'âge de 45 ans, et, jusque vers cet âge aussi, bonne santé, malgré de grands chagrins, principalement occasionnés par des revers de fortune. En 1854, nouveau chagrin, résultant de la perte de son mari.

A cette époque, et depuis plus d'un an déjà, Mme S.... était devenue sujette à une métrorrhagie plus ou moins abondante, plus ou moins durable, ayant chaque menstruation pour point de départ. Tout en conservant un embonpoint considérable, mais devenu un peu œdémateux, et dont, du reste, elle a offert l'apparence jusqu'à la fin de sa vie, cette dame avait déjà aussi, à cette même époque, un cachet de chloro-anémie qui, ensuite, n'a fai que s'accroître, et de vagues douleurs nerveuses.

Consulté par elle, j'avais constaté, en outre de l'existence de ces phénomènes, un peu d'augmentation du volume de l'utérus, avec mollesse et léger boursoufflement du col de cet organe. Je considérais cet état organique comme de nature scorbutique et résultant de l'altération, de l'appauvrissement du sang. Il est à remarquer que les pertes étaient surtout abondantes lorsque la malade, beaucoup plus impressionnable qu'autrefois, venait d'éprouver ou éprouvait une vive émotion morale.

D'après mon conseil, Mme S...., pendant quelque temps, et dans les intervalles des époques menstruelles, fit usage de préparations ferrugineuses, de pilules aluminées, de lavements frais et d'injections froides, médication jointe à un régime réparateur. Mais ensuite, voyant que la métrorrhagie continuait à se reproduire, elle abandonna ce traitement. Considérant l'espèce de périodicité mensuelle offerte par cette métrorrhagie, je tentai l'emploi des préparations quiniques; mais, pour en apprécier l'effet, il eût fallu continuer cette médication pendant un certain temps, chose que je ne pus obtenir. Mme S.... finit par se borner à un traitement palliatif, que je lui avais également conseillé, et qui consistait, pendant le temps des pertes, dans l'emploi de l'acide sulfurique alcoolisé, étendu de limonade citrique ou d'eau sucrée, l'application de compresses imbibées d'eau froide, et le repos absolu.

Le 4 *octobre* 1856, la malade, que je n'avais pas vue depuis longtemps, me fait demander parce que la métrorrhagie actuelle, abondante et datant déjà de deux jours, ne paraît pas devoir céder aux moyens sus-indiqués, employés avec persévérance.

J'apprends que, depuis quatre mois, chaque métrorrhagie, y compris l'actuelle, a été précédée de douleurs névralgiques dentaires intermittentes. A ces douleurs, chaque fois, ont succédé des douleurs rachidiennes s'irradiant jusqu'à l'utérus, servant de prélude immédiat à l'écoulement sanguin, et alternant avec cet écoulement, dont la matière est tantôt liquide et tantôt caillée. Actuellement il y a de plus, de temps en temps, des alternatives de dysurie et de ténesme anal, non accompagné de flux; sentiment de froid et de chaleur avec ou sans moiteur, et, par moments, une soif assez vive. Deux jours de suite, il y a eu frisson à la même heure.

Je trouve la langue nette, le pouls à 90 environ, et variable dans son développement; la peau sèche et chaude; l'abdomen pas sensiblement plus proéminent que de coutume (il l'était toujours à un haut degré chez cette dame), et n'offrant, même à la région hypogastrique, qu'une sensibilité médiocre; l'intelligence parfaitement lucide.

Ces circonstances m'engagent à associer aux hémostatiques les antipériodiques. Je fais préparer dix pilules composées chacune de dix centigrammes de sulfate de quinine et de la même dose d'extrait de quinquina, que je recommande à la malade d'avaler, à intervalles rapprochés, dans l'espace de cinq ou six heures. A ces pilules fébrifuges, je joins une pilule contenant deux centigrammes et demi d'opium et autant de belladone.

Cette dame, qui éprouve alors pour les remèdes une répugnance plus grande encore qu'autrefois, diffère l'usage de ces pilules jusqu'au lendemain 5, et, ce jour-là, après avoir avalé à grand' peine cinq pilules quiniques et sa pilule calmante, refuse d'avaler les cinq autres, parce que, sous l'influence du dégoût, elle a eu un vomissement, dans la matière duquel cependant aucune pilule ne s'est trouvée.

Le 6, la perte, qui la veille était tour à tour médiocre et abondante, est devenue presque nulle; mais il y a plus de fièvre, des coliques plus vives, et les autres perturbations se sont égalemen accrues.

Le 7 et le 8, dans la matinée, il y a alternativement écoulement de sang médiocre et douleurs vives, et cela d'une manière

---

goutte à goutte dans la solution cuivrique, en agitant continuellement et en chauffant après chaque addition de petit-lait. On continue ainsi jusqu'à ce que le bioxyde de cuivre soit entièrement réduit. On saisit le moment où la liqueur est complétement décolorée en regardant le ballon de bas en haut. On lit alors sur la burette la quantité de petit-lait qui a été employée, et, au moyen d'une proportion, on détermine le poids du sucre contenu dans 1,000 grammes de petit-lait qui contiennent en moyenne, quand il est pur, 57 grammes de sucre.

Il résulte des observations de M. Poggiale et d'autres chimistes que le sucre est l'élément du lait qui varie le moins; que le lait vendu dans le commerce ne contient que de 35 à 45 grammes de sucre pour 1,000 de petit-lait, et que le dosage du sucre de lait est sans contredit le moyen le plus sûr, le plus rigoureux et le plus prompt pour reconnaître si l'on a ajouté de l'eau au lait. Si le lait est falsifié par d'autres substances, telles que la farine, l'amidon, la dextrine, les substances albumineuses, etc., la fraude sera également reconnue, en dosant le sucre, puisqu'elle n'a lieu qu'en ajoutant de l'eau au lait.

M. Poggiale a également proposé de doser le sucre de lait au moyen du polarimètre de M. Soleil, qui fournit des résultats d'une grande précision, mais cet appareil étant d'un prix élevé, la méthode chimique est préférée.

Dans l'essai du lait, M. Réveil propose de déterminer d'abord la densité du lait et du sérum, de reconnaître la quantité de crème par le crémomètre, de doser la proportion de sucre par la liqueur cupro-potassique, et enfin d'isoler le beurre par le procédé de M. Marchand. Le plus souvent, ajoute-t-il, les trois premiers moyens suffiront, mais s'il fallait opter parmi ces divers procédés, je me prononcerais sans hésiter pour celui de M. Poggiale, puisqu'il est reconnu que le sucre de lait est peu variable. M. Réveil blâme l'administration des hôpitaux d'avoir indiqué la détermination de la quantité de beurre comme moyen d'essai pour l'admission du lait dans ces établissements. En effet, dans toutes les expériences qu'il a faites il a vu le chiffre du beurre varier de 17 à 58 grammes pour 1,000 de lait, tandis que la variation du sucre n'a été que de 3 grammes. On peut, du reste, en cas de doute, et si l'on a trouvé la quantité normale de sucre, recourir au procédé de M. Marchand, mais cette seconde épreuve est rarement nécessaire, et l'on peut affirmer que 95 fois sur 100 la détermination du sucre est suffisante.

Boyer.

---

presque régulière. Dans l'après-midi, l'écoulement de sang a presque entièrement cessé; mais les douleurs abdominales sont si vives que, au risque de voir s'accroître l'hémorrhagie, je songe à faire appliquer, *loco dolenti,* des ventouses sèches, moyen qui m'a souvent réussi pour calmer les douleurs nerveuses abdominales ou thoraciques.

Chez Mme S.... ce moyen produit un double effet : soulagement très-grand et immédiat; mais, peu de temps (deux heures environ) après, hémorrhagie assez abondante.

Le 9, la perte est presque nulle, mais les douleurs intermittentes sont redevenues vives et la malade a beaucoup de fièvre. Je propose vainement de donner des remèdes par la bouche; l'usage de l'eau de Rabel est suspendu; la malade ne veut boire que de l'eau pure et simple, parce que, dit-elle, elle a l'estomac chargé.

Le 10 et le 11, alternatives de douleurs moins vives et de pertes plus prononcées. Je propose à Mme S.... de lui faire prendre des lavements médicamenteux; elle refuse.

Dans la nuit du 11 au 12, on vint me chercher en toute hâte, parce qu'une perte abondante a lieu de nouveau, chose que je constate. J'obtiens de la malade qu'elle se laisse donner un lavement de seigle ergoté, qui ne tarde pas à être suivi d'un sentiment de contractions utérines prononcées, de quelque chose d'analogue, dit la malade, aux douleurs de la parturition; et la métrorrhagie diminue.

Le 12, dès le matin, je pratique le toucher, et mon doigt rencontre, au devant de l'utérus, une tumeur volumineuse. Pour l'examiner et l'enlever si faire se peut, je fais placer la malade, malgré sa faiblesse, sur le bord de son lit, c'est-à-dire dans la position que l'on donne lorsqu'il s'agit de pratiquer certaines opérations obstétricales. Il m'est alors facile de pénétrer au delà de cette tumeur, et de reconnaître qu'elle ne tient plus à l'utérus que par un pédicule étroit. Sur-le-champ, je coupe ce pédicule et j'amène au dehors un polype fibreux, réniforme et du volume du poing d'un adulte.

Pendant cette opération et quelques instants après, il s'écoule encore une certaine quantité de sang; mais ensuite, la malade étant replacée convenablement dans son lit, il n'y a plus guère qu'un suintement semblable à celui qui constitue la première phase des lochies.

Pendant trois jours, sauf la grande faiblesse que les pertes sanguines antérieures suffisent à expliquer, la malade est à peu près dans la situation physiologique d'une femme récemment accouchée : elle a quelques tranchées, un mouvement fébrile comparable à une légère fièvre de lait; puis les lochies séro-purulentes succèdent au suintement sanguin. La malade prend avec plaisir et digère facilement un peu de bon bouillon.

Dans la nuit du 15 au 16 et les deux nuits suivantes, cette dame a du délire, chose dont on ne me parle qu'à ma visite du 18 au matin, parce que ce délire, les deux premières nuits, a été peu manifeste et peu durable, et que, du reste, on est chez nous assez habitué à considérer le trouble intellectuel, lorsque du moins il n'est pas intense, comme résultant de la diète. Si, le 18, on me parle de ce délire, c'est qu'il a été très-prononcé la nuit dernière, qu'il a continué depuis l'heure de son début (dix heures), et que j'en constate encore l'existence (huit heures).

En outre de ce délire à courtes mais fréquentes périodes, existent les symptômes suivants : expression de stupeur déjà manifeste, qui n'existait point ni l'avant-veille, ni la veille, du moins lors de mes visites; un peu de surdité; fétidité très-grande de l'écoulement lochial; un peu de météorisme de l'abdomen, dysurie, fréquence du pouls bien plus grande qu'antérieurement; chaleur sèche de la peau, agitation comme convulsive des membres; mais netteté de la langue, phénomène qui, pour le dire en passant, a constamment persisté.

Chaque accès de délire paraît avoir été précédé d'une manifestation de sentiment de froid, circonstance qui contribue puissamment à me faire tenter de nouveau l'emploi des préparations quiniques. Revenue tout à fait à elle vers le milieu de la journée, Mme S.... consent à prendre une dose (deux cuillerées à soupe environ), du mélange fébrifuge liquide dont je fais habituellement usage (sulfate de quinine, 1 gramme; extrait de quinquina, 4 grammes; infusion de café, 100 grammes); mais cette dose est bientôt vomie et le reste est refusé.

Le 19, le délire, reproduit depuis la veille au soir, est devenu presque continu; il y a, en outre, beaucoup de fièvre, tantôt des vomissements, tantôt des lipothymies, tantôt de la dyspnée. On administre deux lavements de sulfate de quinine, qui ne sont point gardés parce que la malade a le dévoiement. Frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain.

Insuffisamment combattue par la seule arme capable de la vaincre, la maladie continue sa marche ascendante. L'abattement est bientôt changé en prostration; le délire n'offre plus que des rémittences; l'émission de l'urine et des selles a lieu involontairement; le pouls, d'une fréquence extrême, devient misérable, et l'expression de stupeur se prononce de plus en plus.

Dans la nuit du 20 au 21, la malade est visitée par un confrère envoyé d'une ville voisine, par des parents de cette dame. Cet honorable confrère, avec qui je ne me suis point trouvé, laisse, en partant, un écrit dans lequel il émet des opinions identiques aux miennes touchant le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie, qui, dans la nuit du 21 au 22, se termina par la mort.

Je pourrais faire plusieurs réflexions à propos de ce cas intéressant, quoique malheureux, qui offre une grande ressemblance avec ce qui s'est passé, à la suite des couches, chez bien des femmes qui n'ont pas, tant s'en faut, toutes succombé, grâce au traitement quinique employé à temps et convenablement. Je me bornerai à exprimer combien je déplore de n'avoir pu manier cette arme puissante, qui, en ce moment encore, me réussit chez d'autres malades, atteints aussi d'accidents typhiques ou pernicieux périodiques. (*Revue thérap. du Midi.*)

Polype volumineux intra-utérin. — Issue spontanée dans le vagin. — Ligature partielle. — Chute totale (1),

Par M. le Dr Ripoll,

chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Au no 25 de la salle Saint-Martin, à l'Hôtel-Dieu, est couchée la nommée Breil (Françoise), brassière, atteinte d'un polype de l'utérus.

Cette femme, âgée de 45 ans, d'une constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé avant l'invasion de la maladie qui l'a fait entrer à l'hôpital. Les menstrues ont toujours été abondantes et régulières.

Elle a eu il y a vingt ans, et à cinq ans d'intervalle, deux enfants du sexe féminin; ses grossesses ont été heureuses, et ses couches, naturelles, ne furent suivies d'aucun accident.

C'est donc au milieu de la santé la plus parfaite en apparence, que cette femme fut prise, il y a six ans, de pertes blanches abondantes, que l'emploi d'injections astringentes ne put faire disparaître.

Au bout de deux ans des pertes blanches, accompagnées de douleurs lombaires violentes, se déclarèrent, et leur abondance effraya tellement la malade, qu'elle se soumit dès lors à un examen qu'elle avait repoussé jusque-là.

A la suite de cette visite, divers traitements furent mis en usage : elle eut à subir tour à tour des émissions sanguines, générales et locales fréquentes, des cautérisations avec les acides et le cautère actuel, des douches, des injections plus ou moins astringentes, etc.; le tout sans résultat heureux.

Elle se décida alors à demander un lit à l'Hôtel-Dieu, où elle entra le 16 novembre 1855.

(1) Observation communiquée à la Société de Médecine.

A son entrée, la malade se plaint de vives douleurs dans les reins et le bas-ventre, de pertes rouges et blanches abondantes, de constipation, d'une sensation de poids insupportable vers l'anus. Sa constitution est fortement ébranlée par la médication précédemment mise en usage et par les pertes sanguines qui, de plus en plus abondantes, se répètent à de plus courts intervalles.

La palpation abdominale et le toucher vaginal et rectal font reconnaître une tumeur utérine, du volume de la tête d'un fœtus à terme. En outre, le doigt introduit dans le vagin trouve le col dilaté, comme dans une grossesse à terme, et la cavité utérine remplie par une tumeur élastique, indolente. Le doigt contourne une portion de la tumeur, et annonce ainsi que la moitié antérieure, au moins, est libre dans l'utérus. Ces diverses manœuvres d'exploration donnent lieu à un écoulement sanguin assez considérable.

Le spéculum introduit confirme entièrement les prévisions fournies par le toucher : c'est d'un polype intra-utérin qu'il s'agit.

Quelques tentatives sont faites pour amener la tumeur au dehors, mais sans aucun résultat. Une hémorrhagie considérable en est la conséquence et nécessite le tamponnement.

Vu l'impossibilité de l'excision et la difficulté que présenterait la ligature, dans l'utérus, d'une tumeur aussi volumineuse dont on ne sent pas d'ailleurs le pédicule, on se résout à l'attaquer par le cautère, qui, dans des cas analogues a donné, dans les mains de M. Dieulafoy, des résultats étonnants. Des cautérisations énergiques au fer rougi à blanc son pratiquées tous les cinq ou six jours, mais ne produisent d'autres effets que de creuser un sillon au centre du polype, et d'arrêter les hémorrhagies qui ne se sont plus produites spontanément pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital.

Vers le mois de janvier, une indisposition passagère força à suspendre les cautérisations pendant quelques jours, et je fus bien étonné, au nouvel examen auquel je procédai, de trouver la tumeur remplissant le vagin. La malade avait accouché de son polype.

Une exploration attentive donna les résultats suivants : l'excavation du petit bassin est complétement remplie par la tumeur ; l'introduction du spéculum n'est plus possible. Le doigt fait le tour de la tumeur, mais n'est pas assez long pour arriver jusqu'à l'utérus ; la sonde utérine pénètre dans le vagin jusqu'au manche, et son extrémité, promenée autour du polype, ne donne nullement la sensation d'un bourrelet circonscrivant le pédicule de la tumeur, bourrelet qui constitue, dans les cas ordinaires, le signe différentiel des polypes et du renversement de l'utérus. Mais il y a d'autres faits qui éloignent cette dernière idée ; ainsi, le souvenir des cautérisations antérieurs faites sans accidents et ayant même déterminé une perte de substance centrale. En outre, le doigt introduit dans le rectum perçoit une tumeur solide; enfin, une sonde introduite dans la vessie pénètre difficilement et se dirige du côté de l'ombilic. Il n'y a pas de doute possible : la tumeur est constituée par un polype, et un polype très-gênant, car il porte obstacle à la défécation et à l'excrétion de l'urine; il provoque de la douleur et de la faiblesse dans les jambes par suite de son volume considérable. Quelques tentatives sont faites pour amener le polype hors du vagin ; on le déchire, mais il ne bouge pas ; une hémorrhagie foudroyante se déclare et la malade, tamponnée, est rapportée exsangue dans son lit.

Elle mit longtemps à reprendre ses forces, et ce ne fut que vers le milieu du mois de février que l'on songea à débarrasser la malade. La ligature sur place, malgré les difficultés qu'elle présentait, fut résolue et fixée au 26 février 1856.

Cependant, au moment d'opérer, je me laissai encore séduire par l'espoir d'en venir plus facilement à bout en attirant la tumeur au dehors. J'essayai donc de l'amener, après l'avoir saisie dans les cuillers d'un petit forceps dont la concavité était hérissée de petites dents. Le forceps déchira la surface du polype, provoqua une hémorrhagie abondante, et le polype ne bougea pas. Des érignes, des pinces de Museux, etc., successivement appliquées, ne firent qu'augmenter l'hémorrhagie. La malade pâlissait à vue d'œil et se plaignait de souffrir horriblement, il y avait plus d'une demi-heure que les manœuvres duraient, je me hâtai de pratiquer la ligature sur place.

Les porte-nœuds, l'un droit, l'autre courbe, armés d'un cordonnet de soie de deux tiers de millimètre de diamètre, sont introduits à 15 centimètres de profondeur, mais le volume excessif du polype gêne singulièrement la manœuvre, et cette première tentative échoue complétement. Je remplace alors le porte-nœuds courbe par un second droit ; tous les deux, introduits au niveau de la commissure supérieure de la vulve, pénètrent à la même profondeur que tout à l'heure ; enfin, après des efforts considérables, faisant exécuter à chacun d'eux un demi-tour à droite et à gauche, je les ramène à la commissure postérieure. Cette fois le polype est saisi ; un serre-nœuds de Græfe, de 22 centimètres de longueur, est mis en place et pénètre aux trois quarts ; une constriction modérée est opérée à l'aide de la vis de rappel : un tampon est placé à l'orifice du vagin et la malade est rapportée dans son lit.

Prescription. Diète ; eau sucrée ; extrait thébaïque, 10 centigrammes en dix pilules.

27 *février*. Quelques douleurs légères dans le vagin, mais paraissant résulter surtout de la malaxation que les parties ont subie la veille pendant l'opération ; pouls petit, filiforme ; décoloration complète de la malade ; face grippée, affaiblissement extrême des forces.

Prescription. Bouillon ; eau sucrée ; 10 centigrammes extrait thébaïque ; le tampon est enlevé, le fil serré de nouveau, injection émolliente.

Le 28, état général inquiétant, état anémique complet ; pouls misérable, douleurs vives dans les fosses iliaques, écoulement de sanie fétide par le vagin.

Prescription. Onction sur l'abdomen avec l'onguent napolitain belladoné, cataplasme, lavement émollient, bouillon, une cuillerée de vin sucré, un verre infusion de quinquina à froid, potion tonique par cuillerées. Le fil est un peu lâché, injection émolliente légèrement chlorurée.

Le 29, à partir de cette époque, les menaces d'inflammation du ventre se dissipent, les douleurs disparaissent, les forces reviennent, les aliments sont mieux en mieux supportés ; après l'administration d'un léger purgatif qui débarrasse le tube intestinal, l'appétit s'éveille ; la ligature est serrée tous les jours, des injections émollientes et légèrement détersives sont faites matin et soir. Enfin, le 4 mars, l'état général est des plus satisfaisants ; mais, en opérant une nouvelle constriction, la ligature se rompt au niveau de son entrée dans le serre-nœuds. Celui-ci est extrait, et je constate que l'anse qui embrassait le polype n'a plus que 2 centimètres à peine de diamètre.

5 *mars*. La malade se sentant assez forte, demande à se lever pour prendre un bain.

Le 6, le mieux continue, la malade se lève, et, en se promenant dans la salle, sent tomber quelque chose ; c'est le polype dont la chute a eu ainsi lieu le neuvième jour après l'opération.

Le 7, je procède à une exploration de l'utérus, il est à peu près revenu sur lui-même ; le col, légèrement entr'ouvert, permet un examen facile et complet de la cavité utérine ; elle est parfaitement libre. Ces recherches ne provoquent qu'un peu de fatigue.

Le 9, nouvelle exploration ; l'utérus est à peu près à l'état normal, le col est presque fermé ; l'état général est aussi bon que possible. La malade demande sa sortie qui lui est accordée.

Quant au polype, l'examen qui en est fait démontre les faits suivants : il est de texture fibro-vasculaire. Tout flétri qu'il est, il a encore le volume et la forme d'une grosse poire de 8 centimètres de diamètre à sa base.

La ligature a été placée juste sur le pédicule, d'apparence beaucoup plus fibreuse que la partie renflée. Un commencement de section existe au point où la ligature a été appliquée.

Le pédicule est réduit au volume du pouce ; il a une longueur

de 2 centimètres environ au delà du point où la ligature a été placée. Il se termine en forme de cône.

La base de la tumeur est creusée à son centre, par suite des cautérisations qui avaient été pratiquées. Quoique flétrie, sa décomposition est peu avancée.

THÉRAPEUTIQUE.

Nouveau traitement des tumeurs érectiles cutanées par l'emploi topique du nitrate de potasse,

Par M. Mangenot.

Les acquisitions thérapeutiques sont des conquêtes si précieuses, que le père de la médecine nous a fait un précepte de ne pas négliger, à ce point de vue, même les pratiques populaires : *Ne pigeat ex plebeis sciscitari, si quid ad curationem utile.* Les progrès incessants des diverses sources de nos connaissances sont venus nous éloigner de ces sortes d'enseignements ; toutefois, lorsque le hasard vient à nous rendre témoin d'un fait de cet ordre, nous serions coupables de négliger de le recueillir.

En 1841, on me fit voir une petite fille affectée d'un nævus cutané congénital, qui avait disparu sous l'influence de frictions avec le nitrate de potasse, conseillées par une personne étrangère à la médecine. Curieux de constater par moi-même cet effet curatif de l'action topique de ce sel, je n'hésitai pas, la médication étant inoffensive, d'en faire l'essai sur mon propre enfant, qui était porteur d'une semblable lésion. Cette tumeur, située à la commissure droite des lèvres, ne présentait à la naissance que le volume d'un grain de chènevis, mais elle s'était peu à peu développée et offrait, au moment où j'entrepris mon essai, le volume, la forme et la coloration d'une framboise.

Voici comment on s'y prit : pendant le sommeil de l'enfant, la mère, après avoir humecté son doigt, le plongeait dans la poudre de nitrate de potasse, puis frictionnait la tumeur assez légèrement pour ne pas éveiller son enfant. Sous l'influence de cette friction, il se forma une petite bulle semblable en tout point à celle de l'*herpes labialis*, sous laquelle la tumeur était affaissée. Après la chute de l'épiderme escarrifié, la peau, de rouge foncé qu'elle était auparavant, avait pris une teinte rosée ; mais comme il restait encore quelques petits vaisseaux à la surface de la cicatrice, et que d'ailleurs les bords de la tumeur étaient saillants, je fis répéter les frictions. Au bout de huit jours, il n'est plus resté qu'une cicatrice, qui s'est graduellement effacée. Aujourd'hui elle est à peine visible.

Les mêmes résultats ont été obtenus chez quatre autres enfants nouveau-nés porteurs de nævi occupant la face.

Chez un dernier enfant, âgé de douze ans, la tumeur, de 4 centimètres de diamètre, occupait l'épaule, et le frottement de la chemise déterminait un suintement sanguin qui inquiétait les parents. Malgré leurs craintes, ils ne voulaient entendre parler d'aucune opération. Après deux mois de frictions pratiquées avec le nitre en poudre, il ne restait plus qu'une cicatrice offrant une légère dépression du tissu cutané.

Je ne sache pas que cette action escarrotique du nitrate de potasse ait été signalée ; à ce titre, mes observations ne sont donc pas dépourvues de tout intérêt. Quant à son application au traitement des tumeurs érectiles, nous n'avons pas besoin de faire remarquer qu'il faut y recourir seulement dans les cas où la lésion est localisée dans la peau ; dans ces cas, le moyen nouveau que nous signalons est si simple et si inoffensif, qu'on serait coupable de ne point répéter mes expériences.

(*Bull. de thérap.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Séance annuelle de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine. — Hier a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. P. Dubois, la séance annuelle de l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine.

L'assemblée, moins nombreuse qu'on n'aurait pu l'espérer, a d'abord adopté le procès-verbal de la séance de l'année dernière.

M. le secrétaire-général Cabanellas a ensuite fait connaître les résultats obtenus pendant l'année par l'Association, quant aux adhérents nouveaux, aux dons faits par diverses personnes et aux secours distribués. Ces résultats ont montré que l'Association est toujours en voie de progrès.

M. Perdrix, secrétaire-général honoraire, a donné ensuite lecture de l'éloge d'Orfila, et il a associé à cet éloge le nom de plusieurs personnes qui, à divers titres, ont rendu des services à l'Association, et à qui l'Association a eu la bonne pensée de décerner, en témoignage de reconnaissance :

A M. Paillard de Villéneuve, conseil judiciaire de l'Association depuis sa fondation, une médaille d'or;

Des médailles ordinaires :

A MM. Béchard, avocat de l'Association près la Cour de cassation (médaille de bronze);

De Gisors, architecte du palais du Luxembourg, auteur du tombeau d'Orfila, qui a refusé de recevoir des honoraires ;

Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, pour ses efforts afin de donner de l'extension à l'Association ;

L'auteur de la médaille frappée en l'honneur d'Orfila, et dont nous n'avons pu saisir exactement le nom ;

Enfin, à Mme Orfila, veuve de l'illustre fondateur et bienfaiteur de l'Association.

L'Association a procédé ensuite à la réélection des membres du bureau pour l'année 1857. Les membres actuels ayant été réélus, le bureau sera composé de MM. P. Dubois, *président ;* Adelon et Bérard, *vice-présidents ;* Cabanellas, *secrétaire-général ;* Ménière, *secrétaire des séances ;* Vosseur, *trésorier.*

Nous reviendrons ultérieurement sur les actes de l'Association en 1856.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 13. 5e année. Jeudi 29 Janvier 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 28 janvier 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Jusqu'à ce jour, la discussion sur les kystes ovariques avait plus ou moins dévié de son point de départ; elle avait plus ou moins agrandi le cercle qu'avait tracé le promoteur de la discussion ; mais elle avait toujours porté au fond sur le traitement de la maladie. Hier, la discussion a complétement été transformée par l'orateur, et l'Académie a sanctionné cette transformation. C'est donc désormais à une discussion sur la méthode sous-cutanée que nous allons assister, et le dernier mot a été dit sur les kystes de l'ovaire, du moins le dernier mot de l'Académie : ce mot, M. Malgaigne l'a très-judicieusement résumé quand il a dit, avec d'autant plus de sincérité que tel n'avait pas été le sentiment qui avait inspiré son premier discours : « Il ressortira de cette discussion :

« 1° Que la ponction suivie de l'injection iodée est le meilleur mode de traitement connu des kystes de l'ovaire contenant un liquide séreux ;

« 2° Que les avantages de ce mode de traitement dans les kystes à contenu épais, albumineux, hétérogène, sont encore incertains. »

Ces deux conclusions résument assurément ce que la discussion a produit de plus général ; mais pour donner un résumé plus complet, il eût été bon d'ajouter quelques autres propositions et notamment les suivantes :

1° L'injection iodée étant sans danger dans la presque universalité des cas et réussissant d'autant mieux que les kystes sont moins volumineux, elle doit être pratiquée aussitôt que possible;

2° Dans les kystes à liquide albumineux, épais, etc., il n'est pas démontré que les traitements autres que les injections iodées aient plus d'avantages que celles-ci ;

3° L'expectation, dans les kystes ovariques à contenu liquide, est une pratique qui ne peut être suivie que par les médecins qui ont des yeux pour ne pas voir, des oreilles pour ne pas entendre, et surtout un cerveau pour ne point penser.

Quant aux procédés opératoires qui doivent être préférés dans tels ou tels cas, à la concentration des liquides, à l'utilité des lavages préalables, etc., sur toutes ces questions, chacun peut avoir des présomptions plus ou moins fondées, mais la discussion n'a pas fait surgir assez de documents précis pour qu'elles puissent être actuellement résolues d'une manière satisfaisante.

En formulant ses deux conclusions, M. Malgaigne s'est applaudi à juste titre des résultats que la discussion a produits, et il les a opposés aux esprits somnolents qui, à chaque discussion nouvelle, s'empressent de rééditer quelques vieilles et mauvaises phrases stéréotypées sur la stérilité de toutes les discussions possibles : M. Malgaigne a eu raison et tort : il a eu raison de se féliciter d'une discussion qui fera honneur à l'Académie et qui sera d'une grande utilité pour la pratique ; il a eu tort de se préoccuper de ces esprits croupissants, en tout temps étrangers au mouvement intellectuel, et qui, par cela même qu'ils sont incapables d'y participer ou même de le suivre, cherchent à l'arrêter sous le poids de leur impuissante inertie.

En ayant fini en quelques mots avec la discussion pendante, M. Malgaigne a commencé ensuite la discussion nouvelle par des considérations élevées sur les méthodes philosophiques qui se partagent encore l'empire de la science, la méthode de Descartes et la méthode de Bacon. Tout ce que M. Malgaigne a dit sur ce sujet exprime notre sentiment mieux que nous ne pourrions sans doute l'exprimer nous-même. Nous ne pouvons donc que renvoyer à son discours. Cependant, quoique et même parce que nous sommes de l'école Baconienne, nous considérons comme un devoir de rendre à un génie tel que celui de Descartes toute la justice qu'il mérite, malgré ses immenses erreurs. Peut-être M. Malgaigne n'a-t-il pas été exactement juste dans ce qu'il en a dit. Il ne faut pas oublier, en effet, que Descartes a eu le grand mérite de détruire la philosophie scolastique, c'est-à-dire la philosophie des mots et de l'autorité, pour y substituer, sinon la philosophie des faits, du moins la philosophie de la raison, qui n'était souvent, il est vrai, que l'imagination. Mais Descartes ne s'est pas borné là ; il a eu, à un plus haut degré que ne semble le croire M. Malgaigne, la gloire de proclamer l'utilité, la nécessité même des expériences ; en sorte qu'il est très-probable que si Descartes eût vécu 100 ans plus tard, au lieu d'être Descartes, il eût été Bacon.

« S'il y avait au monde, dit Descartes, quelqu'un qu'on sût assurément être capable de trouver les plus grandes

choses et les plus utiles au public qui puissent être, et que, pour cette cause, les autres hommes s'efforçassent par tous moyens de l'aider à venir à bout de ses desseins, je ne vois pas qu'ils pussent autre chose pour lui, SINON FOURNIR AUX FRAIS DES EXPÉRIENCES *dont il aurait besoin*, et, du reste, empêcher que son loisir ne lui fût ôté par l'importunité de personne. »

On peut assurément reprocher à Descartes de n'avoir pas toujours été fidèle à de si larges principes ; mais quand on songe au temps où il a vécu, il serait juste de lui tenir grand compte de les avoir seulement formulés.

A cette petite restriction près, on ne saurait ni mieux dire ni plus judicieusement que n'a dit M. Malgaigne.

Après les considérations philosophiques, M. Malgaigne est entré dans la question de la méthode sous-cutanée. Mais ici, il est entré dans des détails trop spéciaux pour notre compétence, et nos lecteurs nous sauront sans doute gré de céder la plume, pour suivre cette discussion, à notre cher et savant collaborateur M. P. Broca.

H. DE CASTELNAU.

Séance de la Société de Chirurgie.

[La galvano-caustique. — L'écrasement linéaire.]

Il y a depuis quelque temps, dans le monde chirurgical, une véritable réaction contre l'instrument tranchant. La fréquence et la gravité des accidents qui peuvent compliquer les plaies par incision, ont conduit les chirurgiens à chercher des moyens moins dangereux pour diviser les tissus. La chirurgie lyonnaise a remis la cautérisation en honneur ; plusieurs praticiens de Chartres sont allés plus loin dans cette voie, et, substituant la cautérisation linéaire à la cautérisation en masse, ils ont exécuté, au moyen des caustiques, non la destruction, mais l'ablation des tissus ; deux d'entre eux, MM. Salmon et Maunoury, n'ont même pas craint de tailler ainsi des lambeaux et de pratiquer sans instrument tranchant de grandes amputations. Enfin, deux autres méthodes, la galvano-caustique et l'écrasement linéaire, destinées l'une et l'autre à exécuter les opérations sans effusion de sang, ont fixé tout récemment l'attention de la Société de chirurgie.

Nos lecteurs ont déjà pris connaissance du rapport lu dernièrement à cette Société par M. Broca, sur la méthode de la galvano-caustique, à laquelle M. Middeldorpf, de Breslau, a attaché son nom. Cette méthode, qui exige un appareil coûteux et compliqué, ne pourra sans doute se vulgariser que lentement ; mais ces difficultés pratiques devraient s'aplanir s'il était une fois bien démontré que la galvano-caustique permît de pratiquer sans danger certaines opérations ordinairement très-graves. C'est ce qui semble résulter d'une lettre adressée par M. Middeldorpf à M. Broca, et lue par ce dernier à la Société de chirurgie. Aux faits déjà nombreux que M. Middeldorpf avait publiés dans son livre, il en joint aujourd'hui un grand nombre d'autres dont nous espérons prochainement publier les principaux, et qui paraissent de nature à établir l'innocuité des opérations galvano-caustiques.

M. Middeldorpf a dû mentionner toutes les applications qu'il a faites de sa méthode depuis deux ans ; mais nous parlerons seulement des opérations qu'il eût été impossible ou au moins très-difficile de pratiquer au moyen du fer rouge. L'habile et ingénieux chirurgien de Breslau a exécuté sans répandre une goutte de sang plusieurs opérations hardies qui, dans les procédés ordinaires, l'eussent exposé à des hémorrhagies abondantes. Le galvano-cautère, ou cautère tranchant, qui se manie comme un bistouri, lui a servi à enlever trois tumeurs cancéreuses ou épithéliales de l'extrémité inférieure du rectum, deux verges cancéreuses, un clitoris éléphantiasique ayant atteint le volume du poing, deux cancers très-volumineux du testicule et un énorme éléphantiasis du scrotum, où la verge et les testicules se trouvaient en quelque sorte emprisonnés. Telle est la précision avec laquelle le galvano-cautère se laisse manier, que le chirurgien a pu extirper cette dernière tumeur en ménageant la verge, les cordons et les testicules aussi exactement qu'on aurait pu le faire avec le bistouri. Tous ces malades ont bien guéri.

L'anse coupante galvano-caustique, composée d'un fil de platine qu'on serre autour de la base des tumeurs pédiculées, et qu'on chauffe ensuite au rouge-blanc avec l'électricité, en augmentant graduellement la striction au moyen d'un mécanisme fort simple, l'anse coupante, disons-nous, a permis à M. Middeldorpf d'exciser sans hémorrhagie deux polypes utérins, un cancer volumineux du col de l'utérus, plusieurs prolapsus de la muqueuse rectale, enfin et surtout quatre nouveaux polypes naso-pharyngiens. L'une des femmes opérées de polype utérin était encore vierge, et il a été possible de couper le pédicule sans léser la membrane hymen ; mais la tumeur, devenue libre dans le vagin, n'a pu franchir la vulve qu'avec beaucoup de difficulté. Les résultats les plus remarquables sont certainement ceux que M. Middeldorpf a obtenus dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Sans mutilation, sans effusion de sang et sans accidents ultérieurs, il a pu enlever des tumeurs volumineuses qui remplissaient le pharynx et les fosses nasales. L'une de ces tumeurs, trop grosse pour être extraite en une seule fois, a été divisée en trois fragments qui ont été excisés à quelques jours d'intervalle. Cette opération, dont nous ne pouvons reproduire les détails, fait beaucoup d'honneur à la sagacité chirurgicale de M. Middeldorpf.

Après la lecture de cette lettre, la Société s'est occupée du travail de M. Chassaignac, dont nous avons déjà donné l'analyse. Ainsi qu'on devait s'y attendre, le débat n'est pas resté limité au traitement des tumeurs hémorrhoïdales, il s'est étendu à la méthode de l'écrasement linéaire considérée dans sa généralité ; mais les questions pratiques n'ont pas encore été abordées, et la séance a été consacrée à des discussions de priorité.

M. Huguier a d'abord montré à la Société un serre-nœud particulier et une anse constituée par un assez gros fil métallique, instrument dont il s'est servi depuis quelques années pour étreindre avec une grande force plusieurs tumeurs vaginales, et pour en écraser le pédicule.

M. Maisonneuve a ensuite pris la parole. Tout en rendant hommage aux travaux de M. Chassaignac, pour lesquels, ainsi qu'il l'a dit à plusieurs reprises, il a une estime profonde, il pense que son collègue a eu tort de ne pas faire une plus large part aux recherches de ses prédécesseurs, et en particulier à celles de Mathias Mayor. Depuis longtemps on attaquait par la ligature en masse certaines tumeurs pédiculées. Mayor, pour obtenir une force de striction plus grande, se servit de ligatures métalliques, serrées vigoureusement au moyen d'un serre-nœud. C'était un pas. M. Chassaignac se sert aujourd'hui d'une chaîne, plus forte que les fils de métal ; cela lui a permis de généraliser la méthode. C'est un nouveau progrès ; mais ce n'est pas une raison pour passer sous silence les travaux de Mathias Mayor. Celui-ci a considérablement étendu le champ de la ligature ; il a pratiqué des opérations hardies, il a même enlevé des goîtres. Il dit quelque part que, grâce à la pression qu'il exerce, le tissu de la tumeur s'*écrase* sur le serre-nœud. M. Maisonneuve s'étonne donc que M. Chassaignac ait fait si peu de cas des travaux du chirurgien de Lausane.

La réponse de M. Chassaignac ne s'est pas fait attendre. Nous avons reproduit textuellement le préambule de son mémoire, où cette question historique se trouve traitée, et les nouveaux développements qu'il a présentés à la Société, les textes précis qu'il a cités, l'analyse qu'il a faite des idées et des observations de Mayor, nous ont paru de nature à lever tous les doutes. Pour résumer en quelques mots cette discussion de priorité, nous dirons que Mayor se proposait simplement d'exécuter la ligature en masse, c'est-à-dire de *faire tomber en gangrène* les parties étreintes par l'agent constricteur, tandis que M. Chassaignac, agissant d'une toute autre manière, pratique l'*ablation*

immédiate des tumeurs en une seule séance, comme on pourrait le faire avec un instrument tranchant. La chaîne de son écraseur n'est pas un simple instrument de striction ; c'est un instrument de section, qui agit à la fois par un mouvement de pression et par un mouvement de scie ; la division des tissus s'effectue par un mécanisme particulier auquel l'auteur a donné le nom d'écrasement linéaire. Cette méthode est donc entièrement neuve. Il ne s'agit plus que de savoir si elle est préférable aux autres méthodes de diérèse et d'exérèse. C'est sur ce point sans doute que roulera la suite de la discussion.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MEDECINE CLINIQUE.

Observation de purpura hemorrhagica ou du morbus maculosus hemorrhagicus,

Par M. le Dr Pingault.

La nommée Marie Bertaud, âgée de 17 ans, pénitente au Bon-Pasteur, où elle est depuis quatre ans, sans y avoir été malade, d'une constitution lymphatique, nerveuse, délicate, bien réglée, non chlorotique, me consulte, le 16 mai 1856, pour un crachement de sang sans toux ni fièvre, ni soif, ni douleurs dans la poitrine ; mais elle éprouvait du malaise dans l'estomac, et même elle ressentait quelques douleurs. Cependant la malade continuait à manger comme à l'ordinaire.

Depuis trois jours, elle avait remarqué, avant le crachement de sang, des taches noires sur les bras et sur la partie supérieure et antérieure de la poitrine. Elle en avait une large sur le milieu de la langue ; cet organe, d'ailleurs, était humide, large, sans enduit ni piqueté, ni rougeur générale ou partielle.

Le poumon ne présente à la percussion et à l'auscultation aucun signe de lésion pathologique appréciable. (Bain de pied sinapisé ; looch blanc, tisane pectorale édulcorée froide.)

17 *mai,* dans la nuit, de nouvelles taches noires sont survenues sur les bras et sur les jambes ; la malade n'a pas dormi. (Sirop de ratanhia ; sirop de quinquina au vin, 2 cuillerées par jour ; régime gras ; aliments et tisane froids.)

Le 18, les taches se sont multipliées. Presque toute la face postérieure de la langue près du filet, était le siége d'une teinte très-noire ; une large bulle noire se présente à la lèvre supérieure. (La dose du sirop de ratanhia est portée à 4 cuillerées par jour.)

Le 19, la bulle de la lèvre supérieure s'est ouverte, il en est sorti du sang vermeil pendant trois jours ; les taches deviennent plus nombreuses ; la malade est affaiblie, elle est obligée de rester au lit.

Des taches noires diffuses se présentent à la paupière supérieure de l'œil droit, puis à la paupière inférieure du même œil.

Nuit du 19 au 20, coliques, douleurs dans le ventre, dans le côté droit de l'abdomen ; selles abondantes de sang ; pouls fébrile.

Le 20, les deux paupières de l'œil droit sont tuméfiées, toutes noires ; elles recouvrent tellement l'œil, qu'on ne peut découvrir celui-ci ; elles deviennent le siége d'une hémorrhagie abondante continue qui imbibe une grande quantité de linges. Le sang s'écoule en même temps abondamment de l'anus, et sans matière fécale. (2 vésicatoires aux jambes, 6 cuillerées de sirop de ratanhia par jour, jus d'orange, eau sucrée froide acidulée avec jus d'orange.)

Le 21, continuation des mêmes symptômes ; les vésicatoires sont levés sans ôter l'épiderme, ils sont pansés sans pommades irritantes, ils ne sont pas devenus noirs ; les mêmes hémorrhagies persistent avec coliques ; les taches noires deviennent plus nombreuses sur la poitrine et sur la langue. (Eau ferrée mêlée avec vin, lavements à l'eau de lin froide, 6 cuillerées de sirop de ratanhia, vin de quinquina, compresses d'eau froide sur l'œil.)

Du 21 au 23, l'hémorrhagie intestinale continue, la malade a vomi du sang ; mais elle n'a pas eu d'hémoptysie ; elle a eu une syncope.

Le 24, les taches sont moins noires. (Même traitement, biscuit dans vin sucré.) La malade se trouve mieux, l'hémorrhagie de l'œil est moins abondante.

Nuit du 24 au 25, c'est la seule nuit où il n'y ait pas eu d'hémorrhagie intestinale.

Le 25, les hémorrhagies ont cessé ; les paupières de l'œil droit sont moins tuméfiées, moins noires, elles ne saignent plus, on peut les écarter, et alors on peut apercevoir l'œil, qui est très-rouge. (Même médication.)

Du 25 au 29, le mieux se soutient : les hémorrhagies n'ont pas reparu ; les taches noires diminuent de couleur, celles de la surface supérieure de la langue sont complétement disparues. La large ecchymose de la face inférieure de la langue paraît encore, mais elle est moins noire, les taches ont changé de teinte, peu à peu la couleur noire est passée au violet, puis la teinte violette s'est dissipée.

La malade a été pendant huit nuits sans dormir ; elle a éprouvé des douleurs dans les jambes et dans le ventre, surtout pendant l'hémorrhagie intestinale.

Le 19 *juin*, elle dort bien, elle mange bien ; elle a encore une tache rouge dans la sclérotique de l'œil droit ; elle éprouve encore des douleurs, de la faiblesse dans les jambes, surtout dans les genoux. Ce purpura n'était pas le purpura simplex symptomatique, mais bien un purpura hemorrhagica, morbus maculosus hemorrhagicus idiopathique, ayant offert un exemple de diathèse hémorrhagique extraordinaire : je ne l'ai pas regardé comme sthénique, comme cela arrive quelquefois, mais rarement. J'ai cru plutôt avoir affaire à une maladie asthénique, contre laquelle j'ai dirigé les astringents et les toniques : rien n'indiquait chez cette malade un principe scorbutique comme cause de l'affection ; sa véritable cause, je n'ai pu la saisir.

(*Bull. de la Soc. de méd. de Poitiers.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Prescription contre l'écoulement leucorrhéique simple, non symptomatique,

Par M. Nélaton.

Chez un grand nombre de femmes, la leucorrhée n'est que le produit d'une sécrétion catarrhale essentiellement liée au tempérament lymphatique et à l'affaiblissement de la constitution. Dans ces cas, M. Nélaton fait la prescription suivante :

1° Injection vaginale matin et soir avec 500 grammes d'eau, contenant en dissolution 2 grammes de sulfate de cuivre ;
2° Vin de quinquina, 150 grammes ;
3° Sirop d'iodure de fer, de 30 à 60 grammes, à prendre en deux fois chaque jour ;
4° Régime tonique ;
5° Le soir, une pilule d'extrait alcoolique de belladone de 25 milligrammes, pour prévenir la constipation.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 *janvier* 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — La relation d'une épidémie de *fièvre jaune* qui a

régné, en 1856, à bord de la corvette *la Fortune*, par M. le docteur Dupuy, chirurgien-major. (Comm. : MM. Louis, Gérardin et Beau.)

— Un rapport de M. le docteur Fouquet, de Vannes, sur des épidémies de *fièvre typhoïde* et de *dysenterie* qui ont régné, en 1856, dans l'arrondissement de Vannes (Morbihan).

— Cinq rapports de MM. Dehée et Fuzellier, médecins des épidémies pour les arrondissements d'Arras et de Montreuil-sur-Mer, sur des épidémies de *scarlatine* et de *fièvre typhoïde* qui ont régné, en 1856, dans ces arrondissements.

— Un rapport final de M. le docteur Judrin, de Semur, sur une épidémie de *dysenterie* qui a régné dans la commune de Millery (Côte-d'Or), en 1856. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Des rapports sur les travaux établis à la source de Marina (Haute-Marne), pour le captage des eaux, conformément aux conclusions formulées dans un rapport de la Commission des eaux minérales.

Remèdes secrets et nouveaux. — Un modèle d'un nouveau *pessaire télégraphique*, de l'invention de Mme Coquillard, sage-femme à Belleville. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Candidatures. — MM. Becquerel, Bouchut, Boudin, Grassy et Vernois prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale.

Thoracentèse. — Une note sur l'*emploi des fumigations intra-pleurales après l'opération de la thoracentèse*, par M. le docteur E. Ancelot. (Comm. : MM. J. Guérin et Trousseau.)

Appareil électrique. — Une note sur des modifications apportées à la construction de l'appareil magnéto-électrique de M. le docteur Duchenne, par MM. Deleuil, ingénieurs-mécaniciens.

M. H. Larrey fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de son rapport sur *l'éléphantiasis des Arabes*. Plusieurs communications avaient été adressées sur ce sujet par M. le docteur Clot-Bey, à la Société de Chirurgie. M. Larrey a réuni tous les faits connus et les a joints à ceux qui étaient présentés par l'honorable correspondant.

DISCUSSION

sur le traitement des kystes de l'ovaire.

La parole est donnée à M. Malgaigne (mouvement).

M. Malgaigne. Messieurs, si la discussion sur le traitement chirurgical des kystes de l'ovaire n'avait pas dévié du cercle qu'elle s'était tracé d'abord, je n'aurais pas cru devoir prendre la parole. M. Velpeau a exprimé en dernier lieu, avec plus d'autorité que je n'aurais pu le faire, la conduite que l'on doit tenir dans le traitement des kystes de l'ovaire.

Si l'on cherche ce qui a été produit dans cette discussion, on verra qu'elle n'a pas été aussi stérile qu'on l'a répété plusieurs fois; d'après ce qui a été dit, les praticiens sont suffisamment autorisés à recourir aux injections iodées pour les kystes uniques, contenant un produit limpide; pour les autres cas, il peut rester encore maintenant plus de craintes que d'espérances. Dans le cours de cette discussion, on a soulevé d'autres questions; en étudiant le détail des faits produits à cette tribune, on trouve un certain nombre de cas de mort; il était intéressant de rechercher les causes qui ont amené cette funeste terminaison: un des orateurs qui m'ont précédé à cette tribune a essayé de le faire, et nous devons l'en louer, car il s'est occupé d'une des questions les plus importantes de la chirurgie.

Pourquoi la mort a-t-elle été observée à la suite des ponctions suivies d'injections iodées, ou même après de simples ponctions? Telle est la question que s'est posée l'orateur. La mort est survenue, dans le plus grand nombre des cas, à la suite de l'introduction de l'air dans le kyste, par une canule laissée à demeure, ce qui l'a conduit à attribuer ce résultat funeste à la même cause dans les cas où cette pénétration de l'air pouvait s'être produite indépendamment de la volonté du chirurgien, et sans qu'il en eût connaissance.

L'orateur a produit des idées dont la nouveauté a supris l'Académie; il a parlé de la pénétration de l'air dans les kystes, et même dans le péritoine, pendant les injections vaginales, en traversant l'utérus et les trompes; ensuite de la façon d'extraire le liquide sans danger, puis d'un procédé de succion pour modifier la sécrétion de la surface interne du kyste et favoriser l'agglutination.

Il paraît, car je n'assistais pas à la séance, que plusieurs de ces assertions ont excité quelque surprise. Pour mon compte, je n'en ai été nullement étonné. L'orateur l'a dit, il faut prendre garde de « se « placer à un point de vue différent de celui choisi par la personne « que l'on attaque. » Le débat entre M. Velpeau et lui, qu'est-ce autre chose, « sinon la manifestation, dans un cas isolé, de l'oppo- « sition *radicale*, générale, qui existe entre les deux ordres de pro- « cédés logiques et d'esprits qui se partagent aujourd'hui la science? « Les uns veulent la constatation directe, matérielle; ils veulent que « l'œil rende témoignage à l'esprit, et parce qu'on n'a pas vu, palpé, « analysé l'air, ils refusent d'admettre sa présence. Les autres pen- « sent que c'est là une abnégation de l'intelligence; qu'on ne doit pas « condamner l'esprit au silence, sous prétexte que les yeux, le goût « et le toucher ne lui ont pas permis de parler. » On confesse que dans l'espèce, la *constatation demandée par M. Velpeau* serait *d'une grande valeur*, mais comme elle est *impossible dans l'espèce*, cela ne saurait empêcher de conclure.

Ces remarques sont très-justes et bien propres à montrer aux chirurgiens l'utilité de s'attacher à la philosophie. Car ces deux *procédés logiques*, ou pour parler plus clairement, ces deux méthodes philosophiques, elles ont un nom qu'il importe de leur restituer, l'une est celle de Bacon, l'autre celle de Descartes.

Il y a quelques années, dans un travail que j'eus l'honneur de lire à cette tribune, j'ai cherché à différencier la chirurgie contemporaine de celle des siècles précédents ; j'ai montré le caractère cartésien de la chirurgie du XVIIIe siècle, qui fit sa puissance et sa faiblesse, en attendant que le génie vigoureux de John Hunter la poussât dans d'autres voies. C'est donc le vieux spectre édenté du XVIIIe siècle qui vient porter défi à la génération virile du XIXe; c'est l'évidence en matière scientifique opposée à la démonstration ; c'est l'imagination mise à la place des faits, le roman à la place de l'histoire, Descartes en lutte avec Bacon. Les drapeaux sont déployés, que chacun reconnaisse le sien et vienne se ranger auprès.

Je me félicite de cette position; nous échappons ainsi à la lutte périlleuse des personnalités; nous voilà sur le terrain des principes. Je parlerai au nom des principes, des miens, de ceux de Bacon en ce qu'ils ont de communs avec les miens.

Et maintenant que dirai-je de l'introduction de l'air dans le péritoine, du procédé de succion, etc.? Au point de vue cartésien cela est superbe, et, s'il m'est permis de le dire, cela est peut-être plus beau que nature. Mais, au point de vue baconien, c'est tout différent; ces assertions sans preuves, sans possibilité de preuves, ressemblent, disait Bacon, à ces bulles de savon que des enfants ingénieux font miroiter au soleil. M. Velpeau a cru devoir se lever pour souffler dessus; c'était trop de peine en vérité; il aurait pu les laisser crever d'elles-mêmes.

Il y a cependant un point qui semblerait mieux établi que les autres : c'est le danger de la pénétration de l'air, le moyen d'y parer. Cela se rattache à une soi-disant méthode qui a fait grand bruit dans le monde parce qu'elle s'est appuyée sur des *semblants d'expériences*, et quand M. Velpeau s'est écrié : Qu'est-ce que la méthode sous-cutanée? beaucoup se sont étonnés, se sont récriés. Avant d'aller plus loin je dois ici établir une distinction capitale afin d'être bien compris; en fait de méthode sous-cutanée il faut bien distinguer deux choses : les sections sous-cutanées, qui sont des opérations utiles, bonnes; et la méthode elle-même, qui ne repose que sur une théorie sans fondement, et qui fait jouer à l'air un rôle qu'il n'a jamais eu, en faisant naître une *aérophobie*, passez-moi cette expression, qui s'est implantée dans la chirurgie et que j'espère réduire à sa juste valeur. Je veux calmer les craintes des chirurgiens, et démontrer l'inanité du procédé proposé pour les kystes de l'ovaire. Pour cela je veux détruire le principe et les applications qui en découlent. Si le principe est exact, l'application peut encore être erronée; mais si le principe est faux, l'application tombe d'elle-même. Je mets donc de côté les personnalités; je n'ai plus à m'occuper que des choses, et j'espère que la question ainsi comprise ne perdra rien de sa portée ni de sa grandeur.

Sans doute, il y a des différences notables dans les résultats qui suivent les lésions organiques suivant que le foyer du mal communique ou non avec l'air extérieur. Déjà la question a été étudiée souvent, c'est une des plus importantes, et le jour où on pourra trouver la cause de ces différences et ramener tous les cas à des conditions identiques, ce jour-là la chirurgie aura accompli un de ses plus grands progrès. Mais jusqu'ici rien n'a été signalé, quoique depuis longtemps déjà les chirurgiens se soient préoccupés de cette question.

Hippocrate lui-même a porté son attention sur ce point, mais franchissant rapidement les siècles éloignés, nous arrivons au XVIIIe, nous trouvons de nombreuses études faites par les chirurgiens les plus éminents.

C'est dans J.-L. Petit que nous trouvons les premières indications un peu précises sur ce sujet; il conseille d'opérer le débridement des hernies sans ouvrir le sac, afin d'éviter le contact de l'air. En 1771, un chirurgien d'Édimbourg, Alexandre Monro, homme d'une portée plus qu'ordinaire, s'occupe de cette question, et c'est seulement après dix-sept années d'observation et d'étude qu'il produit un mémoire un peu détaillé (1788). Il dit que la gravité des symptômes observés doit être rapportée à l'action de l'air bien plutôt qu'à la lésion des parties. C'est la théorie moderne; mais sur quoi s'appuie-t-elle? Sur des observations et des expériences. Examinon quelle peut être leur valeur. Voici d'abord les expériences : 1° Sur un cochon d'Inde, il ouvre le thorax, de manière à le mettre largement en communication avec l'air; mort en trente-six heures...., par l'action de l'air; 2° ouverture du thorax et de l'abdomen, détails à peu près nuls; 3° sur six autres cochons d'Inde, il trouve que la pression du cerveau, la lésion de la dure-mère et la pénétration de l'air augmentent beaucoup le danger de l'opération du trépan. Outre ces expériences sur les animaux, il rapporte des observations faites sur l'homme : 1° Un homme reçut dans la poitrine un coup de fleuret rougi au feu : pas de douleurs pendant trois jours; alors, symptômes graves, mort le douzième jour. On trouve dans le péricarde 5 onces de pus, mais pas d'air, et cependant il conclut que cela a été produit par l'action de l'air sur le péricarde, conclusion bien singulière, quand les 5 onces de pus suffisent largement pour expliquer cette terminaison funeste. 2° Trois cas de rupture de l'intestin; il se produit de la tympanite; mort. C'est encore l'air qu'il accuse. 3° De même, pour la taille sus-pubienne, Smith perd huit malades sur dix-huit opérés; c'est encore l'air, et, ajoute-t-il, plus il y a de calculs et plus il faut de manœuvres, plus on a à craindre l'introduction de l'air. Ici s'arrêtent les observations. Mais il tire de ces faits les conclusions suivantes :

1° Dans les tailles, il conseille d'éviter le plus possible l'entrée de l'air, et dans la taille sus-pubienne de faire la suture de la plaie, pratique la plus déplorable pour le dire en passant.

2° Dans l'opération césarienne, pratiquer également la suture de la plaie, pour éviter l'air; dans le même but, un chirurgien, Aitken, conseille d'opérer la femme sous l'eau!

3° Dans le trépan, ne pas scier toute l'épaisseur de l'os et enlever la lamelle interne avec des pinces, pour que l'air pénètre moins librement.

4° Dans l'extraction des corps étrangers articulaires, déplacer la peau pour détruire le parallélisme, suivant le conseil de Bromfield, qu'il ne nomme pas.

5° Dans l'épanchement pleurétique, ponctionner et fermer la canule avec un bouchon.

6° Enfin, dans les hernies, il conseille de recourir au procédé de J.-L. Petit, qui, selon lui, n'avait pas compris l'importance de l'opération qu'il proposait.

Monro, en produisant ces conclusions singulières, montre en outre qu'il ne connaissait pas l'histoire de la chirurgie, car après l'opération césarienne on a de tout temps fait la suture, et Bromfield avait indiqué, huit ans auparavant, le procédé que Monro conseille pour éviter l'accès de l'air.

Si l'on veut avoir une idée de l'importance que la méthode cartesienne accorde à l'observation et aux expériences, il suffit de rappeler ce passage d'un mémoire de Lecat, qui, déjà chargé de couronnes, prenait part à un concours ouvert à l'Académie de chirurgie : « Quand l'Académie, dit-il, recommande les observations, ce n'est pas qu'elle statue sans réserve sur ce fond; elle sait le cas qu'elle doit faire des observations qui ne seraient pas éclairées de principes ou qui y seraient contraires. Elle ne les souhaite que pour venir a l'appui des raisonnements comme par surabondance de droit..., puisque les principes d'un art, d'une science, doivent être au-dessus des observations mêmes... » L'Académie approuva cette manière de voir, puisqu'elle donna le prix à Lecat; et elle le pria de ne plus concourir, pour ne pas décourager les autres concurrents.

Mais une autre génération s'élevait, et bientôt John Hunter introduisit la méthode de Bacon dans la chirurgie. John Bell s'éleva contre les expériences et les conclusions de Monro, et n'eut pas de peine à démontrer leur peu de valeur : Quand il existe une petite plaie à l'abdomen, dit-il, l'air ne peut y pénétrer, parce que les viscères s'appliquent contre la plaie et l'empêchent de s'introduire. Quand la plaie est grande, il est ridicule d'attribuer le mal à la pénétration de l'air. En outre, ajoutait J. Bell, quand une communication s'établit entre les bronches et la cavité pleurale, l'air pénètre dans cette cavité sans causer de grands dommages, même quand il existe une fracture de côtes et que l'emphysème s'étend sur une large surface du corps. M. Velpeau vous a rappelé également des faits de ce genre : ces jeunes conscrits qui s'insufflaient le scrotum, et ces garçons bouchers insufflant un malheureux qu'ils rencontrèrent sur un chemin. Dans tous ces cas il ne se produisit jamais de suppuration, et l'on voit que l'air n'amène aucun résultat fâcheux.

J. Hunter s'oppose également aux idées émises par Monro : quand une plaie est en contact avec l'air, ce n'est pas à cet agent qu'il faut attribuer une suppuration qui doit intervenir pour la formation d'une cicatrice destinée à remplacer le tégument absent. Cette suppuration se produirait dans le vide, si on pouvait réaliser cette condition, car il faut qu'elle se produise nécessairement pour former la cicatrice.

Cette suppuration elle-même ne dépend pas du contact de l'air, puisqu'elle se produit aussi dans les abcès, qui ne communiquent pas avec l'air extérieur; elle est la conséquence de l'inflammation. Ce n'est pas l'air qu'il faut accuser, car l'emphysème seul ne donne pas lieu à la suppuration, mais si on établit une plaie pour donner issue à l'air, alors la suppuration se produit.

Il se forma alors deux camps parmi les chirurgiens, les aérophobes, puisque je me suis servi de cette expression, et ceux qui se rangeaient du côté de Hunter. Desault eut recours au procédé de Bromfield pour les corps étrangers articulaires, et à ce moment, 1784, il disait que c'était pour éviter l'accès de l'air, mais quand, plus tard, il rapporte ses succès, dans son *Journal de chirurgie*, en 1792, il ajoute qu'en examinant avec soin, on ne peut attribuer le danger à l'air, et il traite cette crainte de préjugé, et Bichat, dans ses commentaires sur les œuvres de son maître plus tard, dit que, pour les corps étrangers articulaires, il ne craindrait pas d'employer l'incision simple.

Boyer, qui avait quitté Desault, son maître, de bonne heure, avait d'abord redouté la présence de l'air, mais plus tard, ses observations modifièrent son opinion sur ce point, car il dit qu'il peut exister une plaie articulaire sans pénétration d'air qui soit suivie de suppuration, tandis que dans d'autres cas, l'air ayant pénétré, si on fait la suture, il n'y a pas suppuration. Delpech, en 1816, fait une section sous-cutanée du tendon d'Achille pour éviter l'accès de l'air, qui amènerait de la suppuration et l'exfoliation du tendon.

A côté de ces chirurgiens, nous pouvons placer une autre série d'hommes éminents qui ne craignaient pas la pénétration de l'air dans les plaies. Ainsi, en 1807, Charles Bell conseille, dans les luxations irréductibles du pouce, de couper un des ligaments avec une aiguille à cataracte; mais il ne donne aucune théorie et ne parle pas de l'influence de l'air; de même Brodie, en 1814, lorsqu'il fit la section sous-cutanée des veines variqueuses, c'était uniquement pour éviter la suppuration qu'il agissait ainsi. En 1822, A. Cooper conseille la section sous-cutanée des brides aponévrotiques de la main et du pied; il ne donne aucune théorie. La même année, Dupuytren fait la section sous-cutanée du chef inférieur du sterno-mastoïdien, mais il dit simplement que c'était pour éviter une cicatrice : c'était chez une femme. Cette dernière opération, si simple, passa inaperçue en France, mais elle eut plus d'éclat en Angleterre et en Allemagne. En 1830, Dieffenbach en publie un certain nombre de cas, en la désignant sous le nom d'*opération de Dupuytren*, et il dit que s'il y a recours c'est pour éviter la suppuration et la formation de cicatrices.

En 1831, Stromeyer, pratiquant la section du tendon d'Achille dans des cas de pieds-bots, suivait l'indication de Delpech, « l'indication de faire les plaies extérieures aussi petites que possible, « pour éviter l'entrée de l'air, l'exfoliation des tendons fut *parfaitement remplie.* » Dieffenbach, au contraire, coupe tout, sans aucune théorie relativement à l'air; dès 1839, il avait déjà fait plus de quatre cents opérations.

A cette époque, 8 juillet 1839, le *Mémoire sur les plaies sous-cutanées* fut lu à l'Institut. L'auteur disait avoir trouvé la véritable cause des complications; c'était l'action de l'air, il niait que cette raison eût déjà été avancée. Monro en avait déjà parlé un demi-siècle auparavant; mais il restait à en donner la démonstration. Voici les expériences qui furent faites : 1° une *incision longitudinale* ayant été faite, on pratiqua l'excision des muscles sacro-lombaires et on réunit par suture. Guérison sans inflammation locale ni générale; 2° *Incision sous-cutanée :* même résultat. La conclusion naturelle était qu'il en était de même, soit que l'air pénétrât, soit qu'il ne pénétrât pas; mais l'auteur tira la suivante : cela évitait la suppuration.

Comme observations, il rapporte les siennes et celles des autres. Deux chirurgiens, M. Velpeau et Lisfranc, avaient vu la suppuration se produire après la section du tendon d'Achille; ils avaient fait *d'assez larges ouvertures à la peau.* Ce fut comme un trait de lumière

pour l'auteur du mémoire : « Je crus trouver dès lors, dit-il, dans « l'étendue de l'ouverture des plaies, un obstacle à l'adhésion immé- « diate de leurs bords, une voie nécessairement ouverte à l'extérieur, « et une communication permanente entre le fluide et le fond des « parties divisées. Cette opinion, confirmée dans mon esprit par une « foule de considérations dont j'émettrai plus bas les plus décisives, « le fut surtout par l'expérience de ce que j'avais fait » (ses succès).

D'après ces expériences et les observations recueillies sur l'homme, l'auteur formule la théorie suivante : 1° le contact de l'air avec les plaies est une grave complication ; les sections sous-cutanées produisent une organisation immédiate et sans inflammation. Les bouts des vaisseaux coupés sucent le sang épanché ; une partie est résorbée, l'autre s'organise : ces dernières idées ne reposent sur aucune preuve ; c'est une simple assertion sans fondement ; cela n'a jamais été démontré, et voilà comment on établit une doctrine !

Voici maintenant les conséquences de cette théorie : pour la réunion immédiate des plaies, il faut enlever l'air ; s'il est enlevé il y a réunion ; sinon, suppuration. « Ainsi soustraire exactement les surfaces « des plaies au contact de l'air atmosphérique, c'est la condition ca- « pitale et certaine d'un résultat qui a préoccupé les chirurgiens depuis « près de deux siècles. »

Dès lors, la méthode sous-cutanée ne connut plus de bornes et on proposa : l'opération césarienne sous-cutanée, la trachéotomie sous-cutanée ; l'opération de la cataracte par abaissement faite d'après les mêmes principes ; la ligature sous-cutanée des artères ; et enfin parmi les *juvenilia* d'un chirurgien contemporain, nous trouvons les amputations par la méthode sous-cutanée.

Quant aux expériences dont nous avons parlé plus haut, il eût été au moins logique de faire des contre-épreuves dans les conditions suivantes : mettre l'air en contact avec les plaies sous-cutanées. C'est ce que je fis en 1843 : 1° J'insufflai un lapin ; incisions sous-cutanées ; guérison. 2° Incisions soqs-cutanées des muscles ; insufflation considérable ; guérison. 3° Je fis des incisions sous-cutanées des muscles postérieurs de la cuisse, et j'insufflai fortement, l'emphysème était tel qu'il persista même après la guérison des plaies. 4° Enfin j'obtins les mêmes résultats pour des fractures de la cuisse et des plaies de poitrine.

Je conclus que la méthode sous-cutanée est fausse et en outre dangereuse, parce que cette influence accordée à l'air peut dissimuler aux chirurgiens les causes qui en ont une réelle.

Je présentai le résultat de mes expérimentations à l'Institut qui les accepta ; la théorie de l'influence de l'air était ébranlée ; l'auteur alors modifia son opinion et dit qu'il fallait un contact permanent ; mais quel est le chirurgien qui prend le soin de maintenir l'air en contact permanent avec les plaies ?

La méthode ne comprend pas seulement les incisions sous-cutanées ; il y a une section spéciale qui est consacrée à la pénétration de l'air dans les cavités closes. « C'est pour prévenir l'accès de l'air, di- « sait M. Guérin dans la dernière séance, que l'on a proposé, dans la « paracenthèse de la poitrine, les canules à soupapes munies de bau- « druche, etc., tous moyens dont l'*invention est postérieure à celle de* « *la méthode sous-cutanée.* » Il y a là une inexactitude qu'il est utile de rectifier. Déjà, depuis longtemps, Quesnay avait signalé l'action de l'air sur le pus, et employait des injections pour éviter la stagnation de ce liquide dans les cavités. En 1792 M. A. Petit, qui avait remarqué les funestes effets de l'air dans les abcès par congestion, conseille de faire une ponction avec une aiguille mince et tranchante, ou avec un trocart rougi au feu, et d'extraire le pus au moyen d'une ventouse. Boyer, qui restait dans ces idées, employait une aiguille à cataracte ou un bistouri à lame étroite, et faisait une ponction très-oblique. Récamier, de 1816 à 1820, conseillait l'emploi de trocarts à soupapes. En 1827, M. Reybard proposa une canule à soupapes et à robinets ; cela était bien justifié pour l'empyème ; mais comme les inventeurs ont de la peine à se borner, il ajoute : « On pourra également munir « d'une vessie les trocarts avec lesquels on voudra faire la ponction, « *lors d'hydropisies ascites ou enkystées*, ou lorsqu'on voudra ouvrir « des dépôts froids dans lesquels il importe de ne pas laisser entrer « l'air. »

En 1831, G. Pelletan, dans la *Gazette médicale*, rapporte que dans un cas d'hydrothorax il employa une canule à pompe et à robinet ; en 1836, M. Bouvier présente ici un trocart mécanique, et M. Roux, à cette occasion, fait remarquer qu'on en a présenté récemment deux analogues à l'Institut. Enfin, en 1841, M. Sédillot, dans sa thèse sur l'*empyème*, figure les trocart de Massiat, Stanski, et enfin celui de M. J. Guérin.

Pour revenir aux kystes de l'ovaire, l'auteur nous a dit que l'entrée de l'air était inévitable ; c'est la faute des chirurgiens s'ils n'ont pas vu et noté son introduction. On peut cependant en douter quand on voit les ponctions simples être si souvent bénignes.

Quant à l'appareil qu'il nous propose pour éviter le danger, il dit l'avoir employé dans 17 cas et en avoir obtenu de bons résultats ; cependant quand on cherche quels sont ces résultats, on voit qu'ils sont loin d'être satisfaisants, car les 17 malades ont succombé.

L'auteur de la méthode sous-cutanée a fait jouer à l'air un rôle qu'il n'a jamais eu, qui est démenti par l'expérience, sauf en ce qui concerne les cavités purulentes ; et les chirurgiens peuvent se rassurer quant à la nocuité de l'air.

Quant à l'appareil instrumental, avant de l'employer il sera utile de consulter les résultats qu'il a donnés.

Quant au grand progrès à réaliser et que M. Guérin a cru résoudre, il reste tel que le XVIIIe siècle l'a transmis au XIXe, et tel probablement qu'il subsistera encore longtemps. C'est un beau sujet d'études pour les jeunes chirurgiens ; mais qu'ils me permettent en terminant de leur donner un conseil : qu'ils tâchent d'abord d'apprendre la chirurgie, d'étudier à fond les questions qu'ils veulent élucider, et qu'ils ne croient pas qu'il suffit pour résoudre un problème.... de ne l'avoir pas compris.

M. GUÉRIN, après avoir remercié l'orateur, donne quelques détails généraux sur la méthode sous-cutanée, et promet de donner les développements nécessaires quand l'Académie le jugera convenable.

M. LE PRÉSIDENT et M. VELPEAU font quelques observations à ce sujet, et on décide que cette lecture sera remise à quinze jours.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 janvier 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Écrasement linéaire. — M. MAISONNEUVE présente l'instrument dont il a déjà été question au dernier compte rendu de l'Académie de Médecine.

Anesthésie. — M. TOURDES adresse un mémoire sur l'oxyde de carbone considéré comme anesthésique. — Nous publierons ce travail.

Bubons. — M. BONNAFONT adresse une réponse à la réclamation de priorité de M. Alquié.

Uréthrotomie. — M. GUILLON adresse une note sur la *stricturotomie* ou uréthrotomie.

BIBLIOGRAPHIE.

Des anévrysmes et de leur traitement,

Par M. Paul BROCA,

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc.

Il n'est peut-être aucune question de chirurgie qui ait eu le privilége d'occuper autant l'attention dos chirurgiens de notre époque que celle qui concerne le traitement des anévrysmes. C'est qu'après avoir paru satisfaits des résultats fournis par la ligature pratiquée d'après la méthode d'Anel, les observateurs n'ont pu manquer de constater les nombreux insuccès que donne cette méthode. De là des recherches actives se faisant à la fois en France et en Irlande. En France, à Lyon principalement, l'on cherchait à agir directement sur la tumeur anévrysmale ; en Irlande, la compression indirecte semblait offrir plus de sécurité. Lorsque Lallemand vint faire connaître à Paris les travaux de Pravaz sur les injections de perchlorure de fer, les chirurgiens durent se croire enfin possesseurs d'une méthode de traitement efficace et inoffensive. Ces espérances furent bientôt en partie déçues, et alors M. Broca vint à propos engager la chirurgie française à tourner ses regards vers l'Irlande. Plus heureux en cela que deux de ses collègues, MM. Giraldès et Follin, qui l'avaient précédé dans cette

voie, il parvint, à l'aide de son Mémoire sur le traitement des anévrysmes par la compression indirecte, à fixer définitivement l'attention sur les travaux des chirurgiens irlandais.

Aujourd'hui, M. Broca a étendu son programme, et c'est une monographie complète sur les anévrysmes, et en particulier sur les diverses méthodes de traitement que nous avons à faire connaître à nos lecteurs. L'importance et l'opportunité du sujet justifieront, nous l'espérons, l'étendue que nous avons dû donner à cette analyse.

Le titre même de l'ouvrage indique les deux parties dont il se compose, et la seconde partie, relative au traitement, occupe la plus large part, puisque la pathologie des anévrysmes ne remplit que 200 pages sur les 930 que renferme le livre entier. Il y a dans la première partie quelques chapitres qu'il nous importe de faire ressortir, car ils contiennent toute la doctrine sur laquelle repose la thérapeutique, outre qu'ils traitent de questions jusqu'alors négligées ou plutôt inaperçues.

On sait que les chirurgiens ne se sont pas toujours entendus quand il s'est agi de classer les diverses espèces d'anévrysmes; qu'ils sont même parvenus à envelopper ce petit coin de la pathologie d'une obscurité que des regards assez pénétrants ne peuvent pas toujours traverser, et que quelques-uns ont traduit leurs idées par des noms qui n'ont pas peu contribué à accroître la confusion.

C'est cet obstacle que M. Broca a rencontré dès le début et qu'il a essayé de surmonter. Voici sous ce rapport le résumé de ses opinions qu'il nous importe de faire connaître, puisque leur reflet nous suivra tout le long du livre. Reconnaissant que l'anévrysme est « une tumeur circonscrite, pleine de sang liquide ou concrété, communiquant directement avec le canal d'une artère et limitée par une membrane qui porte le nom de sac, » M. Broca rejette tout d'abord les anévrysmes diffus traumatiques, et cela à l'exemple de Gerdy et de M. Cruveilhier; mais il est bien vite obligé d'étendre la définition à certains anévrysmes qui n'ont pas de sac; tels sont ceux qui succèdent à la rupture de l'artère ou a celle du sac d'un anévysme déjà formé. Dans le premier cas, c'est l'*anévrysme diffus primitif;* dans le second cas, c'est l'*anévrysme diffus consécutif*, c'est un nouvel anévrysme enté sur un anévrysme ancien. On ne saurait nier, et M. Broca le reconnaît lui-même, qu'au point de vue de l'anatomie pathologique, il n'y ait là une contradiction, car ces anévrysmes diffus ne sont que des hémorrhagies cellulaires, comme les nomme M. Cruveilhier, et l'un des caractères de la définition donnée par l'auteur, l'existence du sac, leur manque; mais le pathologiste a eu la main forcée par l'analogie des symptômes et des indications thérapeutiques. Ces lésions sont des hémorrhagies pour l'anatomo-pathologiste, ce sont des anévrysmes pour le clinicien. Tous les autres anévrysmes sont limités par un sac véritable, et ce sac sera formé par les tuniques artérielles ou par une membrane nouvelle, c'est-à-dire qu'il sera vrai ou faux; car M. Broca admet l'anévrysme vrai que Scarpa avait voulu détrôner, et il reconnaît parmi les anévrysmes faux les deux variétés faux primitif et faux consécutif. Pour les anévrysmes mixtes, il n'admet que le mixte externe ; mais il tient compte de la forme du sac, d'où les anévrysmes sacciforme, fusiforme, disséquant, distinction qui paraît secondaire en anatomie pathologique, et que nous retrouverons au premier rang dans un autre chapitre. Les anévrysmes artério-veineux ont été classés d'après l'absence du sac ou sa présence, et secondairement d'après la position du sac par rapport à l'artère et à la veine. Nous n'avons trouvé de neuf ici que le mot *phlébartérie,* pour exprimer la communication entre la veine et l'artère et la mention d'une variété d'anévrysme décrite par Park, variété dans laquelle on trouve deux sacs communiquant avec deux veines. Peut-être les dénominations données aux variétés d'anévrysmes artério-veineux par Vidal ou Marchal méritaient-elles d'être conservées ; elles ont l'avantage de rappeler par le nom le caractère de la variété.

Quoi qu'il en soit, l'étude des causes a permis à M. Broca de fournir les résultats de statistiques curieuses sur l'influence de l'âge, de la profession, du sexe, sur la fréquence dans les diverses artères. En analysant les tableaux dressés par Crisp, d'après 551 cas, et en les complétant même, l'auteur est arrivé à énoncer cette proposition : « A mesure que l'homme avance en âge, la disposition aux anévrysmes augmente sur les artères sus-diaphragmatiques et diminue sur les artères sous-diaphragmatiques. » Un autre fait non moins curieux qui ressort de ces statistiques, c'est l'inégale répartition des anévrysmes chez les divers peuples ; et l'Angleterre se trouve la plus mal partagée sous ce rapport.

Nous ne signalons qu'en passant les chapitres III et IV, dont l'un contient une bonne description des symptômes et en particulier des bruits anévrysmaux, et l'autre renferme un tableau du diagnostic tracé de main de maître. Nous recommandons la lecture de ce chapitre aux praticiens ; tous les embarras du diagnostic y sont prévus, et ces embarras sont grands, puisque nulle espèce de tumeurs peut-être n'a donné lieu à plus d'erreurs de la part des chirurgiens les plus habiles. Mais hâtons-nous d'arriver à la physiologie pathologique, sur laquelle M. Broca a particulièrement insisté parce que cette étude est entièrement neuve et qu'elle sert de base à l'appréciation des méthodes thérapeutiques. Il nous sera difficile de suivre l'auteur dans tous les détails de cet important chapitre :

Il s'agit d'abord des anévrysmes artériels qui, au point de vue de leur physiologie, doivent être classés en anévrysmes cratériformes, diffus, sacciformes et fusiformes ; cette distinction repose sur la forme et la nature du sac et sur son mode de communication avec l'artère, car telles sont les dispositions qui modifient la circulation anévrysmale et la tendance à la coagulation du sang. La présence d'une dépression en forme de cupule, d'un anévrysme *cratériforme* sur le trajet d'une artère n'en modifie pas la circulation, ce n'est d'ailleurs que le premier degré de l'anévrysme *sacciforme*. Dans ce dernier, il existe une poche située sur le côté d'une artère et communiquant avec elle par un orifice dont l'étendue, la forme, la position relative varient; c'est là surtout qu'il importe d'étudier la circulation. Après quelques remarques sur les modifications que la présence de la dilatation sacciforme fait subir à la marche du sang dans les artères situées au delà de la lésion, l'auteur décrit les phénomènes qui se passent dans la tumeur elle-même. Au moment de la diastole anévrysmale, qui coïncide avec la diastole artérielle, une certaine quantité de sang pénètre dans le sac, et après la diastole une égale quantité de sang rentre dans l'artère par la rétraction du sac. Or, ce flux et ce reflux se font en grande partie aux dépens du même sang ; celui qui avoisine les parois participe peu à ce mouvement, de sorte que la fibrine qu'il contient peut se déposer sous forme de *caillots*. Ici commence une distinction de la plus haute importance. Le sang, au repos complet ou presque complet, dépose promptement sa fibrine, qui alors forme un réseau assez compacte pour emprisonner les globules. Ce magma de fibrine et de globules est le *caillot passif*. Le sang qui éprouve encore une certaine agitation, insuffisante cependant pour le maintenir liquide, laisse déposer lentement sa fibrine, qui alors se dépose à l'état de pureté, c'est le *caillot actif*. Ces deux espèces de caillots, si différents par leur composition et par les conditions au milieu desquelles ils se forment, possèdent des propriétés bien plus différentes encore, ainsi qu'on le verra tout à l'heure.

La plasticité individuelle du sang, le contact de corps étrangers, l'absence de la séreuse vasculaire sont encore autant de causes qui influent sur la coagulation. Or, plusieurs de ces conditions existent dans les anévrysmes sacciformes : il y a contact d'une membrane anormale et stagnation des parties périphériques du sang, mais la stagnation n'étant pas complète, il y a tendance à la formation de *caillots actifs*. Ces caillots se déposent sous forme de couches concentriques qui rétrécissent la cavité du sac, et il arrive un moment où cette cavité, comparée à la largeur de l'orifice, est telle que tout le sang s'y renouvelle avec une rapidité suffisante ; alors la coagulation, cesse au moins momentanément. Cette distinction des deux espèces de caillots entrevue par J.-L. Petit, indiquée par Hodgson et surtout M. Bellingham, a reçu de M. Broca une nouvelle consécration, et le chirurgien français en a fait ressortir les conséquences en s'en servant comme d'une sorte de critérium pour juger la valeur des diverses méthodes thérapeutiques. Sans admettre l'opinion de Hunter sur l'organisation des caillots sanguins en général, M. Broca accorde aux caillots actifs une obscure vitalité ; il admet même qu'ils peuvent se vasculariser ; mais les faits qu'il rapporte ne nous ont pas complétement convaincu, et nous concevons fort bien la vitalité de ces caillots sans vaisseaux. Toutefois, cette hypothèse de la vitalité des caillots fibrineux pour laquelle penche évidemment M. Broca ne nous semble

nullement nécessaire, et nous comprenons l'influence qu'exercent ces caillots sur les caractères et la marche ultérieure de l'anévrysme, sans en admettre la vitalité. Sans doute les caillots passifs et les caillots actifs ne se comportent pas ultérieurement de la même façon, les uns se détruisent ou se putréfient; les autres persistent et s'étalent en membrane solide, mais la composition différente des uns et des autres ne suffit-elle pas pour comprendre leur manière différente de se comporter sous l'influence de causes mécaniques ?

Cependant, dans l'anévrysme fusiforme, les conditions de la circulation ne sont plus les mêmes; ici c'est un sac offrant à ses deux extrémités deux orifices d'égal diamètre. Ce sac est extensible et la diastole le remplit par le bout supérieur, mais la systole le vide par le bout inférieur. Le courant est continu dans le centre de la poche, et vers la périphérie seulement il peut être assez lent pour permettre la coagulation active. Les anévrysmes sacciformes sur lesquels sont implantés une ou plusieurs collatérales non oblitérées, rentrent dans les conditions des anévrysmes fusiformes, et les anévrysmes diffus forment une espèce qui n'a tendance qu'à la coagulation passive. On trouvera, dans le livre de M. Broca, les raisons sur lesquelles il s'appuie pour arriver aux déductions importantes que nous venons de formuler, l'on y verra une preuve de ce que peuvent les saines idées physiologiques transportées dans le domaine de la pathologie, et l'on se prendra peut-être à regretter que la physiologie soit généralement si peu étudiée.

Dans l'anévrysme artério-veineux les conditions ne sont plus les mêmes, et il faut tenir compte ici à la fois de la communication artério-veineuse et de la présence du sac. Or, M. Broca établit, contrairement à l'opinion antiphysiologique de Breschet et comme l'avait déjà fait M. Bérard, que le courant sanguin est toujours dirigé de l'artère vers la veine, que la veine transporte vers le cœur un mélange des deux sangs, et qu'il en résulte de profondes modifications dans l'état des vaisseaux et dans la nutrition des parties. Il faut ajouter que, dans le sac de l'anévrysme variqueux, on ne trouve presque jamais de caillots actifs; si ce sac ne contenait que du sang noir, la raison en serait facile à trouver, le sang veineux ne se prêtant guère qu'à une coagulation passive; mais il n'en est pas ainsi dans la majorité des cas, il y a tout au moins dans la poche un mélange de sang noir et de sang rouge; M. Broca invoque dès lors, pour expliquer le peu de tendance de ces anévrysmes à la guérison spontanée, le peu de capacité du sac qui rend la circulation trop active.

Il serait heureux que les conditions locales qui influent sur la coagulation du sang fussent les seules à invoquer, car alors il paraît possible de les apprécier exactement, de les faire naître à volonté, malheureusement il n'en est pas ainsi et M. Broca l'a compris. Il faut ajouter aux conditions sus-mentionnées d'autres conditions locales ou constitutionnelles que nous ne saisissons que très-vaguement, qui peut-être tiennent aux différences de plasticité du sang, et pour l'explication desquels on se rattache à l'*idiosyncrasie*, grand mot que l'on est sûr de rencontrer quand il s'agit de masquer notre ignorance.

Quoi qu'il en soit, cette étude physiologico-pathologique conduit directement à celle de la guérison spontanée des anévrysmes. Hodgson a le mérite d'avoir le premier commencé cette étude, qu'il n'a pu faire complète faute de connaissances de physiologie pathologique suffisantes. Ses prédécesseurs ne s'en étaient pas même occupés. Ce n'est pas le seul exemple que l'on trouve dans la science de cette conduite à rebours. N'est-il pas extraordinaire que l'on ait songé à guérir les anévrysmes sans chercher à savoir quels moyens la nature emploie quelquefois pour obtenir cette cure; il est certain cependant que l'art ne saurait suivre de meilleur guide que l'étude des guérisons naturelles. M. Broca, après avoir fait justice de certains modes de guérisons admis à tort par Hodgson, après avoir surtout établi que la gangrène ne saurait être considérée comme un mode de guérison, est arrivé à ne reconnaître que deux modes de guérison spontanée : *l'inflammation et la coagulation fibrineuse.*

Quelles que soient les causes et la marche de l'inflammation, elle a ordinairement pour résultat d'amener la formation de caillots passifs et peut se terminer par suppuration, par gangrène, par résolution. Quand l'inflammation arrive à la suppuration, le sac s'ouvre, laisse écouler un pus mêlé de caillots; si ceux-ci sont assez consistants, ils peuvent s'opposer à l'hémorrhagie et la guérison peut avoir lieu; mais le plus souvent, une hémorrhagie foudroyante est la suite de cette ouverture. Ce n'est donc qu'exceptionnellement que la suppuration du sac amène la guérison. Il en est de même de la gangrène qui compromet la guérison, en même temps qu'elle fait courir au malade les dangers les plus sérieux. C'est seulement lorsque l'inflammation a pu produire des caillots assez solides, que la guérison peut avoir lieu malgré la gangrène. Quand l'inflammation se termine par résolution, le plus souvent les caillots qu'elle a fait déposer ne résistent pas, et le sang afflue de nouveau dans la poche, à moins que l'oblitération ne persiste plus ou moins longtemps par des caillots purement passifs.

Mais cette oblitération par des caillots passifs expose à la récidive ou à la suppuration consécutive. La récidive a lieu parce que les caillots passifs, inertes, sont mécaniquement détruits par le choc de l'ondée sanguine ; lorsque la guérison persiste , c'est parce qu'il vient s'ajouter des caillots fibrineux, et alors l'on voit la tumeur diminuer lentement et n'offrir plus, en fin de compte, qu'un noyau dur, résistant, composé de fibrine et de lymphe plastique. La faible quantité de fibrine contenue dans le sang ne se prête pas à l'idée que ces tumeurs en soient exclusivement formées, et l'ingénieux calcul de M. Verneuil, publié dans le *Moniteur des Hôpitaux*, t. II, p. 113, a porté le plus rude coup à cette doctrine.

Mais il peut arriver que les caillots passifs, jouant le rôle de corps étrangers, développent une inflammation suppurative, et par suite, la rupture du sac; c'est là un accident redoutable, que le chirurgien ne doit pas perdre de vue dans tous les cas d'oblitération passive. Somme toute, l'oblitération par l'inflammation étant due à des caillots passifs, procurera exceptionnellement des guérisons permanentes, et le plus souvent au prix de chances très-périlleuses; c'est donc là un mode de guérison très-défectueux que l'art ne doit point chercher à imiter.

Mais lorsque, par suite de la disposition de l'orifice, de sa situation, de la direction de la poche, le sang est soumis à un repos incomplet, il arrive que, s'il est suffisamment plastique, des caillots actifs se déposent, et l'on voit ainsi se faire peu à peu une guérison naturelle, définitive, qui n'expose à aucun des dangers de l'oblitération inflammatoire. La cause de la coagulation, ici, est un rallentissement de la circulation dans le sac, et cette connaissance doit déjà indiquer au chirurgien la conduite à tenir. La tumeur oblitérée par des caillots actifs diminue et se durcit, non-seulement par la rétraction du sac, mais encore par la propriété qu'ont les caillots fibrineux de revenir sur eux-mêmes. Ordinairement, ces caillots, après avoir rempli le sac, se prolongent dans l'artère qu'ils oblitèrent, et Scarpa croyait même, mais à tort, que cela avait toujours lieu. Cette propagation du caillot vers l'artère est lente et permet le développement des collatérales, de sorte que la nutrition du membre n'est pas compromise. Il arrive quelquefois que l'artère ne s'oblitère pas, et ce serait la guérison la plus parfaite si elle n'exposait pas à la récidive.

Ces données, fournies par l'anatomie et la physiologie pathologiques, ont la plus grande importance pour le chirurgien, et nul avant M. Broca ne les avait fait ressortir avec autant de clarté et de verve, nul n'en avait déduit avec autant de logique les applications à la thérapeutique. Au point où nous en sommes, et arrivés à la fin de la première partie du livre de M. Broca, le problème thérapeutique à résoudre est celui-ci : *obtenir des caillots actifs*, et le seul moyen propre à atteindre ce but consiste à ralentir la circulation dans l'anévrysme.

Dans un second article, nous verrons comment M. Broca, après avoir comparé entre elles et à ce point de vue les diverses méthodes thérapeutiques, est arrivé à donner la préférence à la compression indirecte.

EM. FOUCHER.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 14. 5e année. Samedi 31 Janvier 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS.... { 3 mois..... 7 fr. 6 mois..... 12 fr. 1 an...... 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 30 janvier 1857.

De la vente des substances vénéneuses par les pharmaciens.

Nous reprenons l'examen commencé sous le titre ci-dessus, dans le numéro du 24 janvier.

Nous en étions à la seconde division :

TRANSCRIPTION DES PRESCRIPTIONS MÉDICALES SUR LE REGISTRE SPÉCIAL QUE DOIT TENIR LE PHARMACIEN.

En général, les mesures prescrites relativement à la vente des substances vénéneuses ont pour objet de permettre de surveiller l'usage qui peut être fait de ces substances. En matière d'exécution de prescriptions médicales, rien de semblable. Les règlements se contentent de réserver à l'autorité le moyen de s'assurer que les précautions exigées ont été observées. Cette distinction indique quel est le véritable caractère de la transcription exigée des pharmaciens. La prescription médicale exécutée par eux doit être copiée purement et simplement, sans aucune addition relative soit au nom, soit à la demeure de la personne qui a présenté la prescription pour la faire exécuter.

C'est ce qui est très-bien expliqué par un arrêt de la Chambre criminelle de la Cour de cassation, du 21 février de l'année dernière, dans lequel on lit :

« Que l'art. 6 de l'ordonnance réglementaire (du 29 octobre 1846), placé sous le titre II *De la vente des substances vénéneuses par les pharmaciens,* à la différence de « l'art. 3, placé sous le titre *Du commerce des substances vénéneuses*, n'impose pas aux pharmaciens l'obligation « d'ajouter à la transcription des ordonnances de médecins, les nom, profession et domicile de l'acheteur ; — « que cette omission intentionnelle s'explique et se justifie « par un intérêt de discrétion en ce qui touche les substances prescrites pour l'usage de la médecine ; — que le « nom de la personne ou de la famille à laquelle les substances prescrites seraient destinées, étant confié au « médecin et au pharmacien seuls, et ne l'étant pas dans « tous les cas, ne doit pas être recherché par l'autorité à « l'occasion d'une simple contravention à l'art. 6 de l'ordonnance réglementaire ; — que ces graves considérations ont déterminé le législateur à supprimer, dans ce « cas, les moyens pour l'autorité compétente de procéder « efficacement à cette recherche, et, par conséquent, la « nécessité de la constatation de l'achat réalisé. »

Quelques mots suffiront pour indiquer la forme et le délai dans lesquels doit être faite la transcription.

La forme. Quant à la forme, il est bien évident que les doses des substances doivent être écrites *en toutes lettres ;* sans cela, l'autorité serait en droit de présumer que la délivrance a eu lieu sur la présentation d'une prescription médicale énonçant des doses en chiffres. De plus, nous croyons que la transcription doit comprendre la prescription entière et non pas seulement les passages relatifs aux substances vénéneuses ; et, en effet, les substances vénéneuses ne pouvant pas être délivrées sur la présentation de tout écrit émané d'un médecin, il faut que les termes de l'écrit, sur la présentation duquel les substances ont été remises, permettent d'apprécier s'il a bien réellement le caractère de *prescription médicale.*

Le délai. On s'étonnera peut-être qu'en présence du silence de l'ordonnance du 29 octobre 1846, on ait pu en préciser un. On y a cependant été conduit par la nécessité de faire connaître le moment où le pharmacien pouvait être déclaré en contravention pour omission de transcription. On admet que, passé le temps nécessaire pour exécuter les remèdes dans la composition desquels le médecin indique l'emploi de substances vénéneuses, la possession d'une prescription médicale non transcrite doit faire réputer le pharmacien en faute.

C'est là une solution grave assurément. Un tribunal avait pensé qu'il fallait au moins établir contre le pharmacien que l'ordonnance trouvée chez lui et non transcrite avait été exécutée. Mais l'arrêt de la Cour de cassation, cité plus haut, a réprouvé cette doctrine en ces termes :

« Attendu.... que l'art. 14 (de l'ordonnance du 29 octobre 1846) porte que les fonctionnaires chargés de visiter les officines des pharmaciens se feront représenter « les registres mentionnés dans les art. 1, 3, 4 et 6, et « constateront les contraventions ; que le législateur a « ainsi adopté et consacré virtuellement, au point de vue « de la police des pharmaciens, cette présomption, fondée « en raison que, les ordonnances des médecins n'étant

« délivrées que pour être exécutées, et les pharmaciens « étant, exclusivement à tous autres, chargés de préparer « et de livrer les médicaments prescrits, la présence dans « leur officine d'ordonnances de médecins, après le délai « nécessaire pour les exécuter, établit par elle-même une « preuve suffisante de la livraison, sans qu'il soit besoin « de la compléter par aucune preuve matérielle particu- « lière à ce fait et prise en dehors de l'officine. »

Ainsi, d'après l'arrêt, c'est au pharmacien, contre lequel un procès-verbal constate la possession d'une ordonnance non transcrite dans laquelle sont indiquées des doses de substances vénéneuses, à établir, pour n'être pas déclaré en contravention, que l'ordonnance n'a pas reçu d'exécution, au moins dans son officine.

MISE EN SURETÉ DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES DANS UN ENDROIT FERMÉ A CLEF.

Il ne suffit pas que les substances soient dans un endroit fermé à clef, il faut qu'elles y soient en sûreté, c'est-à-dire qu'elles ne soient qu'à la disposition du pharmacien titulaire, à l'exclusion de tout autre. Un arrêt de la Cour impériale d'Aix, du 15 novembre 1854, s'exprime à cet égard, en termes fort explicatifs, qu'il est utile de faire connaître :

« Attendu qu'aux termes de l'art. 11 de l'ordonnance « du 29 octobre 1846, les substances vénéneuses doivent « toujours être dans un endroit sûr et fermé à clef; — « attendu que le sieur Prat, commissaire de police, s'étant « présenté, le 7 septembre dernier, chez le sieur X...., « pharmacien à Marseille, a demandé, en l'absence mo- « mentanée de celui-ci, au sieur L...., son commis, la clef « de l'armoire renfermant les substances vénéneuses, et « que L.... l'a prise dans le tiroir du comptoir, tiroir qui « était parfaitement ouvert; — attendu qu'en l'état de ces « faits établis par le procès-verbal du commissaire de po- « lice et par les débats, il est constant que les substances « vénéneuses de l'officine n'étaient pas dans un lieu sûr, « puisque la clef de l'armoire qui les renfermait se trou- « vait à la disposition des personnes de la maison, etc. »

Nous ne pouvons qu'engager les pharmaciens à tenir compte des avertissements qui résultent des arrêts que nous avons rapportés dans cet article, car les excuses tirées de l'erreur et de la bonne foi ne sont jamais admises quand il s'agit de contraventions à des mesures de police.

E. Martin,
avocat, docteur en droit.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

Études sur la médication iodée,

Par M. Gille, *pharmacien à Paris.*

(Suite. Voir le n° 1 du tome V.)

Une autre considération qui ne permet pas d'attribuer aux cachexies (qui d'ailleurs n'existaient pas toujours) les hémorrhagies observées pendant l'administration de l'iodure de potassium, c'est que ces hémorrhagies n'ont jamais été observées pendant l'administration de nos dragées d'iodure de fer, quoique celles-ci aient été prescrites bien plus souvent que l'iodure de potassium dans les cas de cachexie anémique de toutes sortes. Toutefois, si, à l'exemple de M. Trousseau (*Traité de thér.*, t. I), on prenait pour des hémorrhagies l'augmentation considérable du flux menstruel qui a lieu chez les femmes chlorotiques, cachectiques ou anémiques à un titre quelconque, il est certain qu'on devrait admettre, avec ces auteurs, que les iodiques provoquent souvent chez les femmes des métrorrhagies; mais, nous le répétons, depuis que nous voyons administrer nos dragées, notre huile et notre sirop de proto-iodure de fer inaltérable, préparations qui, à notre seule connaissance, ont été administrées à plus de 15,000 malades, pas une seule fois, d'après les rapports de tous les médecins avec qui nous nous sommes mis en relation, on n'a observé un flux sanguin utérin qu'on pût qualifier d'hémorrhagie, et jamais non plus les menstrues n'ont été notablement augmentées, quand elles avaient, avant l'administration de l'iodure de fer, une abondance normale.

Les auteurs du *Traité de thérapeutique* ont donc confondu un effet *thérapeutique* avec un effet *physiologique*, et ils n'ont pas songé d'ailleurs à rapporter un seul fait à l'appui de leur manière de voir.

Il est donc incontestable que l'iodure de potassium dispose aux hémorrhagies, sans que toutefois cette fâcheuse influence soit aussi grande que l'ont admis quelques observateurs. C'est d'ailleurs une propriété qu'il partage avec les iodures de mercure, quand on en continue l'usage pendant longtemps.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'autres iodiques qui possèdent la même action, si ce n'est ceux qui agissent comme irritants locaux, tels que l'iode et l'acide chlorhydrique; mais en dehors de cette action locale, l'iode pur, soit entre les mains de Lugol, qui en a tant usé, soit entre les mains d'autres praticiens, n'a jamais produit d'hémorrhagies.

Certains auteurs ont pensé que les hémorrhagies tenaient, dans ces cas, à ce qu'on avait exagéré la dose du médicament. Nul doute que cet accident ne fût, en effet, plus fréquent, si l'on exagérait les doses des iodures; mais il n'en est pas moins vrai que ce n'est pas dans ces conditions que les hémorrhagies ont été observées, d'autant plus que l'iodure de potassium n'a jamais été donné à des doses aussi élevées qu'aujourd'hui, et que les hémorrhagies qu'il détermine ont été constatées depuis longtemps. Quant aux iodures de mercure, personne ne les a jamais prescrits à des doses immodérées, par la raison qu'alors ils auraient déterminé de bien autres accidents que des hémorrhagies. Celles qu'on a observées le plus souvent sont les épistaxis et la maladie tachetée de Werloff; plus rarement, on a observé des hémoptysies et des entérorrhagies.

b. *Action sur le système lymphatique.* — Quoiqu'on n'ait pas, tant s'en faut, porté au dernier degré de perfection nos connaissances touchant le mode d'action des iodiques sur le système vasculaire sanguin, il s'en faut que l'étude soit aussi avancée touchant l'action physiologique sur les vaisseaux blancs et le liquide qu'ils renferment. Ici, tout se borne à ce que nous a appris l'expérience clinique, c'est-à-dire que nous ne connaissons que l'action thérapeutique. On répète cependant que l'iodure de potassium rend la lymphe plus fluide, de même que le sang; mais il est probable qu'on entend la lymphe morte, comme on a parlé du sang mort; encore disons-nous qu'il est probable, car nous ne connaissons personne qui ait rapporté des expériences décisives. Quant à l'action directe ou indirecte sur la lymphe vivante, nous le répétons, rien n'est connu sur ce point.

Une action plus connue est celle que les iodiques exercent sur les agglomérations de lymphatiques qui forment les ganglions; mais cette action est à peu près exclusivement, sinon tout à fait exclusivement thérapeutique; elle sera donc étudiée ailleurs.

c. *Action sur le système glandulaire et sécrétoire.* — On insistait beaucoup naguère sur l'action spéciale des iodiques sur les glandes, et on leur attribuait l'inconvénient de déterminer souvent l'atrophie de ces organes sécréteurs, lorsqu'on en continuait longtemps l'emploi. Depuis, on est revenu de cette exagération; on en est même trop revenu suivant nous, au moins en ce qui concerne certains iodiques, car on doit remar-

quer une fois de plus, qu'on avait jugé de l'action des iodiques en général par l'action de l'iode et de l'iodure de potassium. Il n'est pas douteux en effet, malgré les doutes élevés récemment, que ces agents n'aient déterminé nombre de fois des atrophies mammaires et testiculaires, et les cas nombreux cités par M. Cullerier dans un mémoire publié en 1848, ne sont pas, loin de là, les seuls que les praticiens aient pu observer. On a objecté à ces faits qu'on avait pris dans ces cas l'action atrophique de la syphilis, pour celle de l'iode ou de l'iodure de potassium; mais cette opinion, qu'on pourrait à la rigueur accepter comme une hypothèse possible pour un certain nombre d'observations, ne saurait en aucune façon s'appliquer à toutes: elle ne saurait d'abord s'appliquer aux atrophies des glandes mammaires que la syphilis n'atteint à peu près jamais, ni aux atrophies de la thyroïde, ni enfin à celles des atrophies testiculaires, qui se sont manifestées après l'emploi de l'iodure, sur un testicule sain auparavant. Nous ne considérons pas comme sérieuse cette autre objection de Lugol, que les malades de l'hôpital Saint-Louis qui prennent de l'iode, et surtout les scrofuleux, sont fort enclins à la lubricité, d'abord parce qu'il n'est nullement démontré que les scrofuleux de l'hôpital Saint-Louis soient plus lubriques que les malades d'un hôpital quelconque, que ceux des Vénériens par exemple, et secondement, parce qu'il n'est nullement surprenant que les appétits génitaux se manifestent sur des jeunes gens, dont l'alimentation et la santé s'améliorent pendant qu'ils restent dans l'abstinence et dans l'oisiveté. Que les faits d'atrophie soient rares, c'est ce que nous accordons volontiers; mais qu'ils soient constants, c'est ce qu'on ne saurait sérieusement contester. Au reste, le testicule, la glande mammaire et la thyroïde, sont les seuls sur lesquels l'atrophie ait été constatée, ce qui semble prouver une élection pathogénique non moins remarquable que l'élection physiologique, sur laquelle nous allons insister dans un instant.

L'iode et l'iodure de potassium, nous l'avons déjà dit, sont aussi les seuls iodiques dont on ait constaté l'influence atrophique. Les iodures de mercure ne la possèdent évidemment pas, du moins aux doses thérapeutiques, et nous ne sachons pas qu'on les ait expérimentés à d'autres doses. L'observation est encore plus concluante relativement à l'iodure de fer. Les seuls médecins avec qui nous entretenons des relations ont maintenant administré à plusieurs milliers de malades nos dragées et notre huile de proto-iodure de fer inaltérable, et dans aucun cas le moindre symptôme d'atrophie ne s'est manifesté, quoique l'iodure de fer, comme l'iodure de potassium, ait été prescrit dans des cas où la syphilis constitutionnelle avait envahi les testicules. Tous les autres iodures ont été trop peu expérimentés pour qu'on puisse avoir une idée motivée touchant leur action atrophique sur les glandes; mais il est probable que ceux d'entre eux qui renferment l'iode pur ou qui le laissent dégager trop abondamment dans l'estomac, ont la même action que l'iode lui-même. C'est ce que nous avons déjà plus d'une fois fait remarquer.

Ce serait peut-être étendre beaucoup ce que l'on doit entendre par action physiologique que de comprendre sous cette dénomination les modes d'élimination des divers agents thérapeutiques. Ce mode d'élimination comprend cependant tout un ordre de phénomènes qui sont loin d'être sans intérêt pour le thérapeutiste, et qui ne peuvent être étudiés nulle part mieux qu'ici, puisqu'ils se rattachent aux fonctions des glandes ou organes des sécrétions. La pathologie et surtout la thérapeutique avaient déjà révélé des faits bien curieux de cet ordre; la physiologie en a tout récemment révélé d'autres qui ne sont pas moins dignes d'être connus.

Les physiologistes les plus recommandables répétaient, il y a peu de temps encore, que l'excrétion urinaire était le grand émonctoire général; les toxicologistes, M. Orfila en tête, professaient la même opinion; enfin, les pathologistes et les thérapeutistes suivaient l'opinion commune, qui semblait basée sur des expériences toxicologiques concluantes. Certes, cette opinion n'est pas plus fausse aujourd'hui qu'il y a vingt ans, mais elle est devenue incomplète, et l'on nous permettra d'entrer ici dans quelques détails qui, pour beaucoup de lecteurs, auront peut-être l'intérêt de la nouveauté, et qui, dans tous les cas, ne seront pas sans une heureuse influence sur la pratique.

Oui, sans doute, les reins sont le grand émonctoire; mais sont-ils l'émonctoire exclusif? La physiologie normale et pathologique nous avait déjà appris le contraire. Mais, du moins, si d'autres organes excréteurs font aussi l'office d'émonctoires, le font-ils dans tous les cas et aveuglément pour toutes les substances, et les reins eux-mêmes éliminent-ils avec la même facilité tous les éléments étrangers introduits dans la circulation? Voilà ce que l'ancienne physiologie n'avait pas songé à rechercher, et voilà ce que la physiologie d'aujourd'hui est en train de nous apprendre, tout en confirmant des prévisions qui n'avaient point échappé au véritable esprit médical de tous les temps.

Dans ses remarquables et fructueuses leçons faites à la Sorbonne (voir *Monit. des Hôp.*, 1854, t. II), M. le professeur Cl. Bernard a établi, par des expériences directes, que si toutes les substances solubles et non assimilables sont excrétées avec les urines, elles sont loin de l'être toutes avec la même rapidité, elles sont loin surtout de l'être également par d'autres émonctoires, la sécrétion salivaire, biliaire, pancréatique, la transpiration. L'élimination de la plupart des substances non assimilables par ces dernières voies, était même plutôt à l'état de probabilité qu'à l'état de démonstration. Aujourd'hui, on fait plus que de soupçonner que ces substances passent *probablement* avec la salive, la sueur, la bile, le suc pancréatique; on sait positivement qu'elles passent, et, de plus, qu'elles ne passent pas toutes indistinctement par toutes ces voies, et que, dans les voies qu'elles choisissent, elles ne sont pas toujours éliminées avec la même rapidité. C'est d'ailleurs ce que nous avait déjà appris un habile chimiste, M. le professeur Milon, du Val-de-Grâce, en ce qui concerne certains poisons qui, d'après ses recherches, se retrouvent encore dans certains organes (foie, reins, etc.) plusieurs mois après leur absorption. M. Louis Orfila a, depuis contrôlé plusieurs des expériences de son savant prédécesseur.

Les iodiques expérimentés, c'est-à-dire jusqu'à ce jour l'iode, l'iodure de potassium, le proto-iodure de fer et le bi-iodure de mercure (il est très-probable que le proto-iodure de ce métal est dans le même cas), ont offert cette circonstance remarquable, qu'ils sont non-seulement éliminés à la fois par les reins et les glandes salivaires, mais encore que, lorsqu'ils sont donnés à très-petites doses, leur présence peut être constatée dans la salive, quand il est tout à fait impossible de la constater dans l'urine.

Cette prédilection des iodiques pour les glandes salivaires, et notamment des iodures de fer et de potassium, est une circonstance d'une haute importance pour un médicament, ainsi que le feront suffisamment comprendre les faits et les considérations qui suivent:

Si, comme nous venons de le dire, quelques substances toxiques séjournent pendant fort longtemps dans les organes, il n'en est pas moins vrai que la plupart des médicaments sont très-promptement éliminés par les urines, de sorte qu'après trente-six ou quarante-huit heures il n'en reste plus dans l'économie. Ce passage rapide à travers le système circulatoire est évidemment une condition peu favorable à l'action d'un médicament qui n'a pas le temps d'agir intimement, soit sur les tissus, soit sur les liquides. Au contraire, les médicaments qui, comme les iodiques, ont une affinité spéciale pour les glandes salivaires, reportés dans l'estomac au fur et à mesure de leur excrétion dans la bouche par la salive, parcourent, ainsi que le fait judicieusement observer M. Claude Bernard, un cercle en quelque sorte indéfini, beaucoup plus étendu que s'ils se dirigeaient exclusivement vers l'excrétion urinaire, par conséquent beaucoup plus favorable à l'action thérapeutique. En ce qui concerne le proto-iodure de fer, cette affinité élective pour les glandes salivaires est d'autant plus précieuse, *qu'aucune* des autres préparations ferrugineuses usitées ne la possède, ce qui explique sans

doute en partie la supériorité des dragées de proto-iodure de fer sur toutes les autres préparations ferrugineuses, soit sous le rapport de la rapidité, soit sous le rapport de la puissance d'action; cette supériorité sera amplement démontrée par les faits qui seront rapportés ci-après.

Les iodiques, et en particulier l'iodure de potassium et le proto-iodure de fer, font aussi partie des rares médicaments dont on a constaté la présence dans la sueur et le lait; mais trop peu de médicaments ont été recherchés avec un soin suffisant dans ces produits, pour que nous osions attribuer aux iodiques une affinité aussi spéciale que pour la sécrétion salivaire. Nous devons insister seulement sur ce fait que l'on pourra compter sur le passage de l'iodure de potassium et de l'iodure de fer dans le lait, lorsqu'on voudra administrer un de ces médicaments à des enfants à la mamelle à qui on ne voudrait pas le prescrire directement.

Le passage de ces médicaments dans le lait ne se fait cependant pas sans quelques troubles de la fonction, troubles qu'on n'évite qu'à l'aide d'une série de précautions que nous ont fait connaître les belles recherches de M. Labourdette, recherches qui ont soulevé et en partie éclairé un des points les plus intéressants de la physiologie des sécrétions.

Nous devons faire remarquer aussi que cette direction multiple vers toutes les excrétions que prennent les iodiques, doit jeter des doutes sérieux sur cette assertion du docteur Scharlau, de Stettin, qui dit avoir retrouvé journellement 345 centigrammes d'iodure de potassium dans les urines d'un malade qui en prenait 350 centigrammes par jour. Nous craignons que l'auteur n'ait pesé un peu avec les yeux.

Malgré l'affinité dont nous venons de parler, il n'est pas bien démontré que les iodiques aient une influence marquée sur l'activité des fonctions sécrétoires, et pour les glandes salivaires, c'est le contraire qui est démontré. M. Dorvault a pourtant répété que l'iodure de potassium « provoque *la sécrétion et l'exhalation générale.* » Mais d'abord l'on ne connaît pas, que nous sachions, en physiologie, *la sécrétion* et *l'exhalation générale,* et puis, à supposer qu'on ait entendu par ces mots *toutes* les sécrétions, il est parfaitement certain que ni les iodiques en général, ni l'iodure potassique en particulier, ne provoquent toutes les sécrétions, et il est encore à démontrer qu'ils en provoquent ou plutôt qu'ils en activent une seule d'entre elles.

Un ancien interne distingué de nos hôpitaux, M. le docteur Huette, a-t-il été suffisamment autorisé à affirmer que l'iode *rend le sens génital plus exigeant* (thèses de Paris, 1850, p. 28)? Aucune observation ne nous permet de l'admettre, et nous ne pourrions, pour expliquer cette opinion, que répéter ce que nous avons déjà dit ci-dessus en parlant de M. Lugol.

Nous ne considérons pas même comme bien démontrée l'assertion, reproduite cependant par beaucoup de médecins, que l'iodure potassique augmente très-notablement la sécrétion urinaire. M. Ricord a cité, il est vrai, l'observation d'un individu qui, sous l'influence de ce médicament, rendait de 40 à 50 litres d'urine dans les vingt-quatre heures, et dont la polyurie cessait dès que l'usage de l'iodure était suspendu. Mais ce fait, sans précédent et jusqu'à ce jour sans conséquent dans l'histoire des iodiques, ne peut avoir que l'importance d'un fait curieux et isolé. Des recherches plus précises sont indispensables pour établir les propriétés diurétiques, non des iodiques, mais de l'iodure potassique, le seul d'entre tous auquel ces propriétés, à tort ou à raison, mais à tort suivant nous, aient été attribuées.

Stedman a gratifié les iodiques (ou du moins l'iode) de la propriété de donner ou de rendre la souplesse et le luisant aux cheveux que la scrofule a rendus ternes et secs. Il n'y a qu'une petite difficulté à cela : c'est que la sécrétion capillaire s'accomplit ordinairement d'une manière remarquable chez les scrofuleux, et qu'ils se distinguent souvent par la beauté de leur chevelure. Au reste, il serait plus rationnel d'attribuer les modifications qui pourraient s'accomplir sous ce rapport au rétablissement de la santé, qu'à une seule action spéciale de l'iode sur la sécrétion épidermique et capillaire.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Asthme essentiel,

Par M. Henri Gintrac, de Bordeaux.

André G...., âgé de 42 ans, de Bordeaux, d'une constitution assez forte, d'un tempérament nerveux, n'a jamais eu d'affection herpétique et de rhumatisme; il se nourrit assez bien, s'occupe une partie de la journée, sans trop se fatiguer, dans un atelier de menuiserie. Il y a un an, sans pouvoir en déterminer la cause, il fut pris brusquement, au milieu de la nuit, pendant le mois de janvier 1856, d'une violente oppression qui l'obligea à quitter son lit et à aller respirer l'air à la fenêtre. Cette dyspnée disparut au bout de quelques heures; elle se montra les mois suivants à des intervalles assez éloignés, toujours la nuit. Des bains de pieds, des infusions aromatiques, des potions calmantes n'abrégeaient nullement la durée de l'accès, n'en diminuaient point l'intensité. Chaque fois, aux premières lueurs du jour, la toux survenait; elle s'accompagnait d'une expectoration abondante qui amenait la cessation des accidents. Depuis le mois de septembre, l'oppression se manifesta chaque nuit, et si elle fut de temps à autre moins grande, elle revint avec une désolante régularité. Des saignées du bras, des sangsues à l'anus et au devant du sternum, des potions de diverse nature, des vésicatoires aux bras n'eurent aucune influence sur cette périodicité morbide. Le matin, après quelques heures de sommeil, G.... reprenait son travail; pendant la journée, il n'avait aucune tendance à l'oppression, même après une marche prolongée; il ne souffrait de nulle partie, n'avait jamais de fièvre, toussait fort peu; en un mot, il paraissait jouir d'une parfaite santé. Néanmoins, fatigué d'un tel état, il se rend à l'hôpital le 4 décembre 1856.

Admis à la Clinique et interrogé le 5 à la visite du matin, G.... raconte que la nuit dernière il a éprouvé les mêmes phénomènes que précédemment; vers onze heures du soir, il a été réveillé subitement par une douleur au devant de la poitrine, un sentiment de constriction à la gorge, puis il est survenu une oppression telle, qu'il a été obligé de quitter le lit et d'aller respirer l'air à la fenêtre. A ce moment, sa poitrine retentissait de sifflements aigus. Par intervalles, la dyspnée était plus vive; il ne pouvait alors respirer qu'en appuyant les coudes sur un corps solide et en ouvrant largement la bouche pour y introduire le plus d'air possible; il était forcé de détacher tous les vêtements qui comprimaient le thorax. Au bout de deux heures de suffocation, la toux est arrivée, suivie d'une expectoration abondante, épaisse et muqueuse. Immédiatement après ont eu lieu du calme et du sommeil.

Au moment de l'examen de ce malade, rien dans sa physionomie ne peut faire soupçonner les souffrances qu'il a ressenties la nuit précédente. Les traits du visage ne sont nullement altérés, le pouls est calme, le décubitus horizontal est supporté avec la plus grande facilité; il n'y a point de toux, aucune disposition à la dyspnée; une forte inspiration n'amène ni toux ni douleur dans la poitrine; le thorax ne présente aucune voussure, la sonorité est naturelle, point exagérée; le bruit respiratoire a son caractère habituel; on ne distingue aucun râle sibilant, pas même sur les parties latérales et postérieures. Les battements du cœur, distincts et réguliers, ne s'accompagnent d'aucun souffle anormal. Le ventre est souple, indolent, les fonctions digestives s'exécutent bien; il y a de l'appétit (Looch avec extrait thébaïque, 0,03).

Pendant les nuits du 5 au 6, et du 6 au 7 décembre, les accès de dyspnée se renouvellent avec la même intensité et la même

durée. Chaque matin, à la visite, le malade offre les apparences d'une santé parfaite.

Le 7, extrait de belladone, 2 centigrammes en une pilule pour le soir.

Le 8, l'oppression a été faible la nuit dernière, elle n'a duré qu'une heure; et bien qu'il ait eu encore de l'orthopnée, le malade n'a pas eu besoin d'aller à la fenêtre respirer l'air extérieur; il est resté dans son lit. (Extrait de belladone, 0,03 pour le soir.)

Dès ce moment, et sous l'influence continuée du même médicament, les nuits sont calmes, le sommeil n'est plus interrompu. G.... passe plus d'une semaine à l'hôpital, et chaque matin, à la visite, il assure avec bonheur n'avoir point éprouvé de dyspnée.

Cette guérison se maintiendra-t-elle? Il eût été à désirer que G.... continuât plus longtemps le traitement commencé, mais il a voulu absolument quitter l'hôpital le 19 décembre.

Le symptôme principal offert par ce malade a été une dyspnée revenant d'une manière périodique chaque nuit, rendant impossible la position horizontale, et se terminant par une expectoration plus ou moins abondante. Les émissions sanguines, les révulsifs de toute sorte ayant été inefficaces, l'extrait de belladone a produit un effet extrêmement avantageux. La pensée de donner le sulfate de quinine était bien naturelle, vu l'intermittence nocturne, mais il a paru convenable de combattre d'abord l'élément nerveux. Cette dyspnée ne pouvait pas être confondue avec celle que l'on observe dans le cours des affections pulmonaires; elle s'en distinguait par sa marche et son caractère; elle se présentait sous forme d'accès intermittent et dénotait exactement l'asthme. Quelle pouvait en être la cause? L'asthme n'est, le plus souvent, que la manifestation extérieure d'une altération qui réside dans les poumons, le cœur, les gros vaisseaux, et dès lors oppose un obstacle à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires, ou produit une gêne dans la circulation. Des recherches minutieuses et répétées ont été faites pour constater une lésion matérielle; il a été impossible de l'apprécier. Hors le moment de l'accès, on ne trouvait aucune trace de maladie. Cet asthme était donc indépendant d'une altération organique; il pouvait être considéré comme essentiel, c'est-à-dire consistant en une névrose. (*Journ. méd. de Bordeaux.*)

Doigt surnuméraire. — Ablation,

Par M. le Dr Mignot, de Chantelle.

Une jeune fille, portant plusieurs vices de conformation des deux mains et du pied gauche, entre à l'hôpital de Chantelle pour se faire enlever un doigt surnuméraire. — Ce doigt, placé au dessus du pouce, ayant la même forme et la même longeur que lui, s'articule avec le trapèze et le scaphoïde, et se porte horizontalement en dehors. Il a ses trois os propres et se termine par un ongle bien développé. Il jouit de quelques mouvements isolés de flexion, d'extension et d'abduction. Il a été désarticulé de manière à éviter la lésion des grosses artères du voisinage et à obtenir la réunion de la plaie par première intention. Il a été disséqué avec soin, et on a constaté qu'il avait des tendons extenseurs et fléchisseurs, des muscles opposant et abducteur appliqués contre l'os métacarpien, des nerfs et des vaisseaux comme à l'état normal. (*Bull. de la Soc. méd. de Gannat.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Des anévrysmes et de leur traitement,

Par M. Paul Broca,

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc.

[Deuxième article (1).]

Le traitement des anévrysmes pourra désormais être institué d'une manière plus rationnelle, et il sera permis de juger les diverses méthodes en tenant compte de leur *mode d'action sur les anévrysmes.*

M. Broca divise les dix-neuf méthodes connues en deux grandes classes : 1° les *méthodes directes,* qui s'adressent directement à la partie malade; 2° les *méthodes indirectes,* qui n'agissent que secondairement sur l'anévrysme par l'intermédiaire de la circulation. Il y a quatorze méthodes directes et cinq méthodes indirectes. L'auteur les passe successivement en revue dans autant de chapitres distincts.

La méthode ancienne ou de l'ouverture du sac n'appartient pas à Paul d'Egine, comme on le dit généralement, mais à Antyllus, qu'on doit considérer comme le créateur de la chirurgie des anévrysmes. M. Broca a retrouvé, dans une collection d'auteurs grecs, publiée à Rome en 1830, d'après les manuscrits du Vatican, un chapitre d'Antyllus dont jusqu'ici les médecins n'avaient pas eu connaissance. La publication de ce document a une grande importance historique; elle permet de restituer à Antyllus une gloire qu'on a jusqu'ici attribuée à Paul d'Egine, son plagiaire et même son copiste, car il est digne de remarque que le chapitre de l'anévrysme de Paul d'Egine n'est autre chose, à un contre-sens près, que la copie textuelle du texte d'Antillus. Nous n'insisterons pas davantage sur le chapitre que M. Broca a consacré à l'étude de la méthode ancienne. Ce chapitre est presque entièrement historique, et nous ne pourrions l'analyser sans entrer dans de longs développements.

De la méthode ancienne en est née une autre, qui consiste dans la double ligature sans ouverture du sac, et qui, inaugurée par Pasquier, a été appliquée par Roux, Norris, M. Malgaigne. Bien que la cautérisation avec le fer rouge employée par Marc-Aurèle Séverin ait fourni un succès entre les mains de M. Teirlinck, que les caustiques employés par Wiseman aient été réhabilités par MM. Girouard, de Chartres, et Bonnet, de Lyon, on doit penser, avec M. Broca, que cette méthode est pleine de dangers. Celle qui consiste dans l'application des styptiques sur la tumeur est inefficace, et l'application des moxas conseillée par Larrey est périlleuse. Quant à l'acupuncture imaginée en 1830 par M. Velpeau, à la suture entortillée que l'on doit à M. Malgaigne, et à la malaxation préconisée par M. Fergusson, ce sont des méthodes infidèles ou applicables seulement dans des cas exceptionnels. Ceux qui voudront savoir jusqu'à quel point M. Broca se montre jaloux de rétablir la vérité historique travestie par une érudition bâtarde, devront lire les chapitres que nous venons de rappeler et celui qu'il consacre au traitement par les réfrigérants.

Il y avait aussi à rectifier l'historique de la compression directe, et M. Broca n'y a pas manqué en montrant que cette méthode, attribuée à J. de Vigo, appartenait à Avicenne, ou mieux encore à Guy de Chauliac; puis, qu'à partir de la fin du XVIIe siècle, elle prit une importance telle que, de toutes parts, on se mit à inventer des appareils de compression; c'est ainsi qu'on eut ceux de l'abbé Bourdelot, de Heister, de Senff, de Vallant, de Foubert, d'Armand. Ce fut, du reste, en vertu d'une théorie erronée que l'on admit d'abord la compression directe, à laquelle on attribua la vertu de guérir toujours l'anévrysme sans oblitération de l'artère, et partant d'éviter la gangrène que l'on redoutait avant tout. Cette doctrine, généralement admise avec quelques variantes, ne fut renversée que par Scarpa, qui lui substitua une opinion tout opposée.

Il est certain que la compression directe peut produire l'inflammation du sac, et par là le dépôt des caillots passifs; qu'elle gêne plutôt qu'elle ne favorise la formation des caillots actifs; mais il est certain aussi qu'elle agit souvent en amenant la rétraction lente du sac. Et quand il s'agit d'anévrysmes variqueux, la compression directe amène d'abord l'oblitération de l'ouverture de la veine, de manière à transformer l'anévrysme variqueux en anévrysme artériel, mode d'action fort bien indiqué par M. Nélaton. Malgré ces résultats, cette méthode expose à l'inflammation, à la rupture du sac, à la récidive, et, en tous cas, n'est guère applicable qu'aux petits anévrysmes superficiels.

Quoique l'application de la galvano-puncture au traitement des anévrysmes date en quelque sorte d'hier, l'historique de cette méthode est, en réalité, fort complexe, à cause des questions de priorité qu'elle a soulevée. M. Broca a voulu rendre à chacun ce qui lui appartient, et il en résulte que c'est la chirurgie lyonnaise qui a la plus belle part dans ce chapitre. Si M. Guérard, de Paris, a l'honneur d'avoir le premier songé à la galvano-puncture dans les anévrysmes, ce sont Pra-

(1) *Voir* le dernier numéro.

vaz, de Lyon, et, plus tard Gérard, de Lyon, qui étudièrent cette méthode, et c'est M. Pétrequin, aussi de Lyon, qui la fit fructifier et obtint le premier succès. Suivons M. Broca dans les considérations du plus haut intérêt et de l'ordre le plus élevé que lui a inspirées l'action de la galvano-puncture sur les anévrysmes. L'auteur reconnaît que la galvano-puncture coagule le sang immédiatement ou consécutivement.

La coagulation immédiate qui se produit pendant l'action même du galvanisme, ne donne pas lieu à la formation de caillots fibrineux, ce sont des caillots noirâtres, mous, dissociables, que M. Broca nomme *caillots galvaniques*. Dans bon nombre d'observations on voit ces caillots se dissocier ou provoquer l'inflammation du sac; par toutes leurs propriétés ils ressemblent aux caillots passifs, mais ils en diffèrent par la présence de l'albumine coagulée. M. Broca ne s'est pas contenté de signaler les résultats obtenus par les divers expérimentateurs, il a institué, de concert avec un physicien distingué, M. Jules Regnauld, une série d'expériences qui lui ont permis de consigner dans son livre de précieux documents dont il faudra désormais tenir un compte sérieux.

Les deux pôles placés dans le sérum du sang produisent d'abord un dégagement de gaz, puis un coagulum albumineux *au pôle positif seulement*. Sur le sang simplement défibriné, le résultat est le même, seulement le caillot est un peu plus gros, parce qu'il contient des globules. Le sang contenu dans les vaisseaux donne un caillot qui s'enrichit encore de la fibrine; et c'est ce qui différencie les résultats fournis sur le vivant de ceux que l'on obtient dans les expériences de laboratoire. Ajoutons que le dépôt fibrineux se fait aussi *au pôle négatif*, ce qui implique qu'il n'est pas dû à une simple action chimique. Toutefois, le caillot galvanique ressemble assez au caillot passif pour qu'il soit permis d'en conclure qu'il se comportera ultérieurement de la même façon. Les faits démontrent, en outre, que la coagulation peut être tardive, et alors elle est due le plus souvent à l'inflammation ; or, l'inflammation produit des caillots passifs, de telle sorte que la galvano-puncture appartient aux méthodes à coagulation passive et en offre tous les inconvénients.

Parmi les autres phénomènes produits par la galvano-puncture dans les anévrysmes, il faut noter quelquefois une petite hémorrhagie par les ouvertures des aiguilles, rarement l'augmentation de volume de la tumeur, et le dégagement de gaz, qui ne cause pas d'accidents. Mais il faut surtout noter comme fréquente la formation des eschares autour des aiguilles. M. Broca réfute avec beaucoup de force l'opinion qui attribue la formation des eschares à la chaleur des aiguilles; il montre que la chaleur a son maximum d'intensité dans la partie du courant où se trouve le plus mauvais conducteur, et, par conséquent, dans le liquide de l'anévrysme ; il tire argument de la position, de la forme des eschares ; cette discussion, fondée sur les notions les plus exactes de la physique, entraîne la conviction, et l'on incline à penser, avec l'auteur, que les eschares sont produites par la diffusion de l'électricité dans les tissus. Cependant, ces divers accidents ne se produisent pas toujours, et cette méthode a donné bon nombre de guérisons ; il ne faut donc pas la rejeter complétement, mais plutôt s'efforcer de trouver les meilleures conditions de son emploi. Nous ne suivrons pas M. Broca dans les détails qu'il donne sur le choix de l'appareil, des aiguilles, sur le mode opératoire, ce sont là des préceptes dont les moindres sont importants, et qui ne peuvent s'analyser. Toute cette étude de la galvano-puncture a été faite par M. Broca avec le plus grand discernement et dénote chez l'auteur des connaissances de physique très-étendues.

Nous allons voir le même esprit judicieux, la même érudition présider à la rédaction du chapitre XV, qui traite des injections coagulantes. L'idée d'injecter dans la poche anévrysmale un liquide ayant la propriété de coaguler le sang, née au commencement de ce siècle, en Italie, et consignée par Monteggia dans ses *Institutions de chirurgie*, n'arriva à Paris qu'en passant par Lyon, sa route directe, où elle rencontra Pravaz, qui la féconda, la fortifia par l'expérimentation et en fit réellement sa propriété. On se rappelle avec quel enthousiasme la découverte du chirurgien lyonnais fut accueillie, et l'on n'a pas oublié les débats qui eurent lieu alors à l'Académie de Médecine et à la Société de chirurgie (1853). Les succès arrivèrent d'abord, puis les revers ; en un an, vingt anévrysmes avaient été traités de cette façon, et il faut le dire, ces vingt cas ne furent guère favorables. Cependant M. Broca ne désespère pas de cette méthode et ne veut pas qu'on la considère comme ayant donné tous les résultats qu'elle peut fournir. Elle a été souvent appliquée sans règles fixes, quelquefois avec de mauvais instruments, avec des solutions non titrées, et même au mépris des précautions les plus indispensables. Sans avoir la prétention de la réhabiliter, l'auteur pense qu'il est nécessaire de l'étudier encore. Dans ce but, il se demande quelles sont les meilleures conditions de succès ; c'est ainsi qu'il s'occupe du choix du liquide, de son usage, de son degré de concentration, et se prononce pour le perchlorure de fer à vingt degrés. M. Broca a fait voir avec qu'elle rapidité ce liquide produit un caillot solide, en se combinant avec l'albumine du sang ; il a remarqué qu'en dépassant une certaine dose, on ramollit le caillot, puis il a insisté sur l'utilité de l'agitation du sang, le perchlorure n'agissant que sur les molécules qui sont en contact avec lui. Cette dernière remarque a conduit M. Broca à conseiller le massage de la tumeur après l'injection ; mais n'est-il pas à craindre que l'on ne produise ainsi de petits fragments que l'ondée sanguine entraînerait dans les petits vaisseaux, accident indiqué par M. Debout devant la Société de chirurgie? Tenant compte des expériences de MM. Giraldès et Goubaux, l'auteur a indiqué avec soin l'action du perchlorure sur les parois artérielles et les modifications qui se passent dans le caillot primitif et les caillots secondaires.

Le caillot que produit le perchlorure, ou caillot chimique, est solide, ne se dissout pas ; il est inorganisable, et forme un corps étranger qui, le contact du perchlorure aidant, pousse à l'inflammation du sac. M. Broca a vu, par l'examen des observations, que les coagulations partielles exposaient surtout à l'inflammation, d'où le précepte d'injecter, dès la première séance, la quantité de liquide nécessaire à la coagulation de toute la masse anévrysmale. Nous ne suivrons pas l'auteur dans sa description du procédé opératoire, mais nous terminerons l'analyse de ce chapitre important en répétant que dans l'esprit de M. Broca, la méthode des injections coagulantes a encore besoin d'être bien étudiée pour être définitivement jugée.

Remarquons en passant que nous venons de voir s'ajouter aux deux variétés de caillots déjà indiquées, le *caillot actif* et le *caillot passif*, deux autres variétés, le *caillot galvanique* et le *caillot chimique*. Or, comme en définitive c'est sur la formation du caillot que l'on compte pour la guérison de l'anévrysme, il est bon de noter que le caillot galvanique a tous les inconvénients du caillot passif; que le caillot chimique, s'il est résistant, est en revanche très-irritant, et qu'en fin de compte, c'est encore le caillot actif ou fibrineux qui remplit les véritables indications. Voyons donc si les autres méthodes, ou méthodes indirectes, conduisent plus sûrement à la formation de ce caillot fibrineux, que les méthodes directes sont impuissantes à produire.

Le traitement médical auquel s'attache le nom de Valsalva n'est plus guère employé aujourd'hui dans toute sa rigueur, car les médecins modernes y ont apporté des modifications qui lui enlèvent peut-être une partie de son efficacité.

En tête des procédés chirurgicaux de la méthode indirecte, se trouve, sans contredit, celui de la ligature de l'artère au-dessus du sac. Ce traitement a joui dans ce siècle et jouit encore aujourd'hui d'une grande faveur, et M. Broca ayant à faire prévaloir un autre traitement, a dû étudier avec soin toutes les questions qui se rattachent au procédé de la ligature. On ne sera donc pas surpris d'apprendre qu'il a donné une grande extension à ce chapitre. Ici, la grande érudition de l'auteur a trouvé un vaste champ, et elle se déploie en toute aisance dans cet historique de la méthode d'Anel, tant de fois exposé, tant de fois remanié. Ce qui caractérise la méthode d'Anel, c'est l'oblitération de l'artère au-dessus du sac, et M. Broca établit que cette méthode est bien d'origine française. Il pense qu'il n'y a pas lieu de tenir compte des passages souvent cités d'A. Paré, de Guillemeau, qui ne peuvent s'y rapporter, et qui sont relatifs seulement à une modification de la méthode d'Antyllus. Ces chirurgiens continuèrent à croire, comme les anciens, que le sang anévrysmal devait être évacué par une incision. Ce fut Anel qui, en 1710,

institua la ligature simple, qu'il exécuta avec succès dans un cas d'anévrysme *du coude*.

Il est juste d'ajouter qu'il ne vit pas le mécanisme de la guérison, qu'il attribua tout entière à la rétraction du sac vide de sang. Mais le véritable mécanisme n'échappa pas à Desault qui, dès le mois de février 1785, comprit la possibilité de guérir les anévrysmes par la coagulation du sang condamné au repos. Pour cela, il essaya d'abord la compression indirecte, et n'ayant pas réussi, il pratiqua, le 22 juin 1785, la ligature de l'artère au-dessus du sac pour un anévrysme *poplité*. J. Hunter ne fit sa première opération que le 12 décembre 1785; mais il faut accorder au chirurgien anglais le mérite d'avoir porté la ligature loin du sac. Ces assertions, déjà démontrées par M. Velpeau, deviennent d'une évidence irrésistible quand on a suivi la savante argumentation de M. Broca, qui n'a négligé aucune recherche, et qui paraît avoir sacrifié un temps considérable dans le seul but de trouver une date, celle de la nomination de Desault à l'Hôtel-Dieu. Cette date du 28 février 1785 était importante pour établir la filiation des faits, et M. Broca, en l'indiquant, a rendu un véritable service. Les pseudo-praticiens trouveront que M. Broca eût plus fait pour sa fortune en consacrant son temps à inventer un onguent pour les engelures; nous pensons qu'en fixant cette date, il a plus fait pour son honneur et celui de notre pays.

Mais s'il est certain que la méthode est d'origine française, il est tout aussi certain qu'elle n'eût jamais détrôné l'ancienne, si John Hunter n'était venu lui prêter l'appui de son nom; Anel et Desault furent les créateurs de la méthode, Hunter en fut le vulgarisateur. La méthode d'Anel comporte deux procédés : celui d'Anel et celui de J. Hunter. Dans le premier, la ligature est appliquée immédiatement au-dessus du sac; dans le second, elle s'éloigne du sac; mais M. Broca fait observer que la position plus ou moins éloignée de la ligature ne saurait constituer une différence capitale entre les deux procédés; c'est une simple distinction de médecine opératoire. Ce qui constitue la différence essentielle, c'est la présence ou l'absence de collatérale entre le sac et la ligature. Or, en appliquant celle-ci immédiatement au-dessus du sac, on ne laisse pas de collatérale; mais on peut n'en pas laisser non plus en s'éloignant du sac. Il faut donc ranger dans le procédé d'Anel tous les cas dans lesquels il n'y a pas de collatérale entre le sac et la ligature, et dans le procédé de Hunter tous ceux dans lesquels il y a une ou plusieurs collatérales. Contrairement à l'opinion à peu près générale, M. Broca pense que la compression indirecte doit être employée comme moyen préparatoire. La ligature, en supprimant tout à coup le tronc artériel principal d'un membre, en amène le refroidissement et très-souvent la gangrène, et la compression préalable, en faisant dilater les collatérales, diminue beaucoup les chances de cet accident. M. Broca démontre que le procédé de Hunter y expose plus que le procédé d'Anel. On le comprend, quand on songe que dans ce dernier une seule circulation collatérale suffit à tout, puisqu'il n'y a qu'une seule oblitération. Dans le procédé de Hunter, au contraire, l'artère s'oblitère en deux points, au niveau du fil et au niveau de l'anévrysme, et il faut qu'il s'établisse successivement deux circulations collatérales, l'une ramenant le sang dans le tronc artériel, entre la ligature et l'anévrysme, l'autre reprenant le sang au-dessus de la tumeur, pour le conduire dans la partie inférieure du membre. Dans le procédé d'Anel, la gangrène, si elle survient, est toujours prompte; dans celui de Hunter, elle est quelquefois tardive; cela dépend de l'époque où survient l'oblitération du sac. Les premiers chirurgiens qui opérèrent par le procédé de Hunter avaient compris ce danger et avaient cherché à l'éviter, les uns, comme Sue, par la compression préalable, les autres, comme Deschamps, par la ligature graduelle à laquelle M. Broca reconnaît des avantages, mais qui expose à l'hémorrhagie, cet accident redoutable de la ligature.

Tous les chirurgiens ont remarqué qu'après la ligature par la méthode d'Anel, les résultats sont variés, mais aucun n'en a recherché la cause. M. Broca pense que cela tient à ce que tantôt il y a dépôt de caillots actifs, tantôt dépôt de caillots passifs; or, il est impossible de prévoir d'avance le genre de coagulation, attendu qu'il dépend à la fois de l'état des collatérales et de la plasticité individuelle du sang. La méthode d'Anel est donc incertaine, et ses effets sont voués au hasard, parce qu'il est impossible de prévoir le degré de stagnation du sang nécessaire, dans le cas particulier, pour la coagulation active. Le procédé de Hunter portant moins d'atteinte à la circulation anévrysmale, rend la coagulation active plus facile. Quand il y a oblitération passive, la guérison peut encore avoir lieu lentement, mais la récidive est menaçante par la destruction des caillots, et plus menaçantes encore sont l'inflammation et la suppuration du sac. C'est là réellement l'accident qui fait de la ligature d'Anel une méthode si périlleuse, ainsi que le démontre M. Broca par un relevé de 80 cas. L'inflammation du sac tue les malades par l'abondance de la suppuration, par les hémorrhagies consécutives à la rupture du sac. Et ces hémorrhagies sont d'autant plus redoutables que la chirurgie n'a pas de moyens sûrs à leur opposer.

Pour donner une idée de la gravité de l'inflammation du sac, que la ligature provoque si souvent en faisant déposer des caillots passifs, il nous suffira de dire que sur 79 malades dont le sort est connu, 42 sont morts, ce qui fait plus de 53 pour 100. Ce résultat, dit l'auteur, est d'autant plus triste, que le plus souvent l'inflammation consécutive survient après le vingt-cinquième jour, au moment par conséquent où les malades viennent d'échapper à la plupart des dangers immédiats de la ligature.

Les caillots passifs ne se comportent pas toujours d'une manière aussi fâcheuse; mais lorsque les malades échappent à ces formidables accidents, ils restent encore exposés à la récidive.

Cette question des récidives consécutives à la méthode d'Anel, à peine entrevue par Hodgson et negligée depuis lui, a été de la part de M. Broca l'objet d'une étude sérieuse; et il a dû envisager isolément, parmi les phénomènes qui succèdent à la ligature, la persistance des battements, leur retour et la récidive proprement dite. La persistance des battements n'expose pas, autant qu'on l'a craint, à la récidive, puisqu'il suffit, pour la coagulation active, que la circulation soit sensiblement diminuée. Le retour des battements est souvent une circonstance heureuse, en ce qu'alors la coagulation fibrineuse a plus de chance et que l'inflammation et la gangrène du sac sont moins à redouter. Toutefois, les battements peuvent persister et la limite n'est pas tranchée entre le retour des battements et la récidive; c'est seulement lorsque les pulsations durent plus de quatre ou cinq mois, qu'il faut donner à l'accident le nom de récidive. Or, les récidives sont promptes ou tardives; promptes, ce sont les battements secondaires qui continuent; tardives, elles sont dues à la dissociation des caillots passifs, et dévoilent l'imperfection du mode d'action de la ligature. C'est en agissant trop brusquement que la méthode d'Anel ouvre une porte à la récidive, parce que suspendant immédiatement le cours du sang, elle permet la coagulation passive. La récidive après la ligature est beaucoup moins rare qu'on ne le croit; la description que M. Broca a donnée de cet accident repose sur 22 observations.

Tels sont les principaux inconvénients de la méthode d'Anel appliquée au traitement des anévrysmes artériels. Quant aux anévrysmes artério-veineux, on ne doit plus songer à les traiter par cette méthode; ici la phlébartérie change tellement les conditions de la circulation dans le sac, et la présence du sang veineux admis dans l'anévrysme pendant le premier jour, exerce une telle influence que la coagulation active est tout à fait exceptionnelle.

Pour rendre plus évidents encore les dangers de la méthode d'Anel, l'auteur consacre un long paragraphe à des relevés statistiques qui sont fort peu encourageants. Nous avouons que, peu satisfait de voir nos illusions disparaître à l'égard de cette méthode, nous avons compulsé les statistiques fournies par M. Broca, désireux, il faut le dire, d'y trouver quelque erreur; mais nous devons affirmer que ces statistiques nous ont paru exactes en tous points, et que nous sommes resté convaincu que la méthode d'Anel fait mourir plus du quart (27 à 28 %) des opérés. Ce n'est donc que relativement à la méthode ancienne qu'elle offre des avantages. Pour arriver à cette conclusion, il a fallu que M. Broca, se débarrassant des détails du manuel opératoire, et guidé désormais par une physiologie pathologique certaine, ait envisagé la méthode dans son action, non-seulement sur l'artère liée, comme on l'a fait jusqu'ici, mais encore sur la tumeur elle-même.

Voyons maintenant les résultats que fournit la méthode de Brasdor, c'est-à-dire la ligature au-dessous du sac; méthode conseillée

aussi par Desault, et appliquée pour la première fois par Deschamps. Brasdor avait parlé de sa méthode comme applicable aux anévrysmes de la carotide primitive, parce que là, il n'y a pas de collatérale entre le sac et la ligature; plus tard, Wardrop agrandit le champ de la méthode en l'appliquant au traitement des anévrysmes du tronc brachio-céphalique par la ligature d'un seul des vaisseaux qu'il fournit; c'était seulement ralentir la circulation ; on songea ensuite à lier successivement les deux vaisseaux, et M. Laugier, en France, a fait de cette modification l'objet de ses méditations. Chose singulière! cette méthode favorise moins les hémorrhagies et la gangrène que la méthode d'Anel, et la pratique ne confirme pas l'idée théorique que le sac doit augmenter de volume.

M. Broca a distingué dans la méthode de Brasdor deux procédés: 1° celui de Brasdor, ligature sans collatérale intermédiaire, c'est l'analogue du procédé d'Anel; 2° celui de Wardrop, ligature avec collatérale, c'est l'analogue du procédé de Hunter. Dans le premier procédé la coagulation peut manquer, et en tous cas, elle est le plus souvent passive; dans le procédé de Wardrop, la coagulation fibrineuse est plus fréquente, mais l'artère restant perméable, la récidive est à craindre. Somme toute, la méthode de Brasdor a donné des résultats tels qu'on ne doit la considérer que comme une méthode exceptionnelle.

Reste donc la compression indirecte. Le mémoire publié par M. Broca dans la *Gazette hebdomadaire* (1854), a déjà fait connaître, d'une manière complète, les résultats fournis par la méthode compressive dans le traitement des anévrysmes; mais, depuis cette époque, des essais ont été faits en France, et M. Broca a dû en tenir compte dans son livre. Nous ne suivrons pas l'auteur dans le relevé historique qu'il a fait de la méthode, nous dirons seulement que cette partie de son livre est extrêmement instructive en montrant comment, après avoir pris naissance en Italie, la compression s'est développée en France pour aller, beaucoup plus tard, porter ses fruits en Irlande.

Ce fut en 1825 que Guillier de la Touche exposa, dans sa thèse, à Strasbourg, les règles de la compression alternative, et ce procédé, dû à M. Delmas, ayant échoué une première fois, parut abandonné jusqu'en 1843. C'est en Irlande qu'eut lieu la renaissance de la méthode, et M. Bellingham, en réunissant en corps de doctrine les préceptes de la compression double alternative, en assura le triomphe. Cependant, en France où elle s'était développée, la compression indirecte était oubliée; la ligature prônée par les hommes les plus illustres, régnait en souveraine, malgré les articles de MM. Giraldès et Follin, et il en eût été probablement longtemps ainsi, sans la publication du livre de M. Broca.

Du reste, les autopsies démontrent qu'au point de vue de la physiologie pathologique, la compression indirecte remplit toutes les indications de la cure radicale des anévrysmes, car, n'oblitérant pas l'artère au point comprimé, elle réduit au minimum les chances de la gangrène, et elle produit mieux que toute autre méthode les caillots actifs dans les anévrysmes circonscrits. Même dans les anévrysmes diffus, elle n'est pas aussi inefficace que tendraient à le faire croire les deux observations rapportées par M. Broca, et qui ont eu un certain retentissement dans le cours de l'année dernière. Ces deux faits tirés l'un du service de M. Malgaigne, l'autre de celui de M. Nélaton, et que nous avons pu vérifier, ne peuvent être véritablement imputés, s'ils ont été malheureux, à la méthode compressive; il y avait de telles complications que toutes les méthodes devaient échouer.

Quant à son mode d'application, la compression peut être *totale*, alors elle est douloureuse, expose aux caillots passifs, aux eschares, inconvénients que ne présente pas la compression *partielle*, surtout si elle est faite en deux temps, comme le conseille M. Broca. Cette compression doit être continue autant que possible, c'est pour cela qu'il faut la faire *alternativement* en divers points. La compression au-dessous du sac (méthode de Vernet) est très-peu efficace; la compression directe exercée simultanément est nuisible, parce qu'elle vide le sac. C'est après avoir fait la description des divers appareils à compression, et avoir bien indiqué celui dont il fait usage, que M. Broca donne les préceptes les plus précis sur l'application de la compression, sur ses effets immédiats soit sur le membre, soit sur la tumeur. Nous n'avons nulle peine à penser que le traitement par la compression soit moins long que le traitement par la ligature, mais nous ajoutons qu'il serait imprudent, même pour le triomphe des opinions de M. Broca, de croire que le traitement par la compression sera le plus souvent fort court, parce qu'alors le chirurgien, imbu de cette idée, manquerait de la persévérance qui nous semble indispensable au succès de la méthode. Enfin, notons que la compression, quand elle a échoué, n'a nui en rien aux résultats de la ligature ultérieure. C'est en se basant sur l'analyse de 163 observations que M. Broca a voulu établir la prééminence de la compression sur les autres méthodes, sur la ligature en particulier, et disons que ses immenses tableaux statistiques sont tout à l'avantage de la méthode compressive. M. Broca a montré, comme toujours, un grand talent de discussion dans ce chapitre; cependant, nous pensons qu'il a fait trop bon marché des cas de mort à la suite de l'application de la compression. Comparer d'une façon absolue la mortalité dans le cas de ligature à celle dans le cas de compression ne nous paraît pas exact. La ligature, opération sanglante, complexe, peut tuer par elle-même, mais la compression, opération simple, ne peut guère produire immédiatement d'accidents mortels; elle peut ne pas guérir, sous ce rapport la comparaison ne pouvait être faite. Il y a bien, en outre, quelques cas d'insuccès que M. Broca n'a pas voulu faire entrer en ligne de compte, et qui, à notre avis, doivent être pris en considération; tels sont les douze cas dans lesquels la compression n'a pas été tolérée. Cependant, en faisant ces réserves, et en y ajoutant même les revers que la méthode compressive a éprouvé en France depuis que M. Broca s'en est fait le propagateur, il faut dire que les résultats sont encore assez beaux pour assurer à cette méthode la prééminence actuelle sur toutes les autres.

Dans le cours de l'exposé succinct que nous venons de faire de la doctrine de M. Broca sur les anévrysmes et leur traitement, nous avons eu assez l'occasion de faire ressortir les mérites divers de son livre pour qu'il nous soit inutile d'y revenir en terminant. Nous ne craignons nullement d'affirmer que cette monographie constitue le travail le plus complet et le plus original qui ait été fait sur la matière, et qu'elle prendra rang parmi les publications les plus sérieuses de l'époque. Nous ne surprendrons personne en ajoutant que ce livre est écrit tout à la fois avec verve, élégance et clarté; la réputation de l'auteur comme écrivain est faite. Nous féliciterons M. Broca de s'être placé résolument sur le terrain de la pratique et de nous avoir montré que le sens clinique ne pouvait faire défaut à celui qui met au service d'un jugement droit une grande érudition et de saines notions de physiologie et de pathologie.

Dr Foucher.

La **Monographie pharmacologique et thérapeutique de l'iodure de fer**, par M. Gille, qui devait être distribuée le 30 de ce mois, ne pourra être mise à la disposition de nos abonnés que le 8 février prochain.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 15. 5e année. Mardi 3 Février 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Éléphantiasis du scrotum. — Extirpation. — Guérison,

Par M. le Dr A. DA COSTA, de Rio-Janeiro.

Le 11 septembre 1856, M. S...., Portugais, âgé de 27 ans, chaudronnier, entre à l'hôpital de la Miséricorde de Rio-Janeiro. Il habite le Brésil depuis dix ans ; c'est un homme robuste, d'un tempérament sanguin et d'une constitution très-forte ; il dit avoir eu à l'âge de 19 ans une gonorrhée et des chancres, pour lesquels il a subi un traitement très-régulier ; il dit n'avoir jamais éprouvé aucune maladie grave, à l'exception d'une attaque légère de fièvre jaune en 1850. Il y a quatre ans (vers le commencement de l'année 1852), il fut atteint pour la première fois d'un érysipèle du scrotum, puis d'un second quatre mois après ; la peau des bourses est légèrement épaissie ; ces érysipèles se répétèrent et les bourses augmentèrent toujours de volume ; alors il consulta plusieurs médecins et se soumit à des divers traitements soit antisyphilitiques, soit antiscrofuleux : les purgatifs, les bains de mer ainsi que les bains aromatiques furent employés sans succès, les érysipèles paraissaient toujours avec des intermittences plus ou moins longues, et la dégénérescence éléphantiasique se développait avec rapidité.

Cependant, depuis un an environ le malade dit n'avoir plus eu d'érysipèles, et la tumeur scrotale reste stationnaire. Cette tumeur est très-volumineuse et descend jusqu'au dessous des genoux ; elle a 31 pouces de circonférence horizontale, son pédicule en a 19 ; le prépuce, long de 4 pouces, est très-altéré, le gland est caché profondément dans la gaîne résultant de cet allongement préputial, dont l'intérieur est excorié par le passage de l'urine. La peau de toute la tumeur est altérée, à l'exception de celle qui en recouvre la partie supérieure interne et postérieure ; les pieds, les jambes et les cuisses sont dans l'état normal, les ganglions sont sains ; enfin, l'état général est assez bon. Le malade, entrant à l'hôpital, me supplie d'être opéré, il me dit que la vie lui est insupportable dans cet état. Je le console, je le rassure sur son état, je lui conseille de s'habituer à l'hôpital et de se soumettre à un traitement préparatoire.

Pendant trente-sept jours qui ont précédé l'opération, j'ai soumis le malade à un traitement d'iodure de potassium à la dose de douze grains par jour, pris dans une infusion de saponaire,

DÉLASSEMENTS.

Souvenir. — Un mérite ignoré du dernier discours de M. Malgaigne. — Le progrès des concours. — La décoration des morts. — Adieux à la vie d'étudiant.

Merci ! à vous amis et confrères qui dans mon affliction et mon deuil de fils, m'avez donné les témoignages de la plus vive sympathie ! merci ! encore à vous collègues de la presse médicale et politique, qui avez bien voulu, comme un hommage de regret, signaler dans vos colonnes la mort de l'homme de bien qu'une population entière a suivi jusqu'au bord de la tombe. Mon cœur en conservera à jamais le souvenir, car c'était là la plus douce consolation qu'il pût recevoir en ce moment suprême où Dieu nous enlève un père bien aimé.

Maintenant, chers lecteurs, laissez-moi emprunter à l'un de ses biographes un trait [illegible]

à Nîmes que sous le nom du *bon docteur*, et ce simple trait suffira à vous le faire connaître.

« En 1842, lorsque l'illustre Larrey accepta, malgré ses 76 ans, « l'inspection médicale de notre armée d'Afrique, il donna rendez- « vous au docteur Roux, à Marseille, afin de lui serrer la main.

« — Enfin, lui dit en riant Larrey, me voilà *revenu sur l'eau ;* je « veux leur prouver que des hommes de notre trempe ne reculent « jamais devant le devoir, quel que soit leur âge. Mais, ajouta-t-il en « regardant à la boutonnière de son ami, est-ce que par hasard tu « ne serais pas décoré ?

« — Comme tu l'as fort bien dit, répondit le docteur Roux.

« — Oh ! oh ! c'est ce que nous verrons à mon retour ; du reste, « j'irai te voir avant de me rendre à Paris, et nous causerons sérieu- « sement de tes services ; il faut que je te fasse rendre justice ou je « perdrai l'influence que je reprends. Tu dois avoir eu beaucoup à « souffrir en 1815 ? il faut me noter cela.

« — Moi ! point du tout.

« — Cependant, tes opinions bien connues....

« — Ne m'ont point empêché de vivre alors aussi tranquillement « que par le passé. Je n'avais rendu que des services, qu'avais-je à « craindre ? Mes pauvres étaient là au besoin pour me faire res- « pecter.

des bains sulfureux et quelques purgatifs. Le malade, pendant tout ce temps, fut soumis à un régime doux, et je l'engageai à garder le lit le plus longtemps possible.

Opération. — Le 17 octobre 1856, en présence de MM. les docteurs Feliciano, N. Machado et P. Rocha, le malade étant couché sur une table dans la même position que pour la taille bi-latérale, et la tumeur étant soutenue par deux aides, j'ai introduit l'index de la main gauche par l'intérieur du canal préputial; entre mon doigt et la paroi interne et supérieure de ce canal, j'ai placé une sonde canelée, sur laquelle j'ai glissé un bistouri qui a divisé toute la gaîne préputiale d'arrière en avant, en ayant soin de garantir tout à fait le gland; celui-ci étant mis à découvert, je l'ai pris et attiré en dehors, alors j'ai disséqué toute la verge jusqu'à sa racine, puis j'ai introduit par le canal de l'urèthre une bougie en gomme élastique, qui plus tard devait me servir pour la dissection périnéale; ceci fait, j'ai pratiqué deux incisions transversales d'un pouce et demi chacune sur le pédicule de la tumeur; de la limite extérieure de ces deux incisions j'en ai fait partir deux autres semi-elliptiques, qui, embrassant toute la peau saine de la tumeur, allaient se rejoindre à un pouce de l'anus; ces incisions, qui ont été disséquées, nous ont fourni les lambeaux pour couvrir les testicules et remplacer les bourses; tout de suite après nous sommes allé à la recherche des cordons spermatiques, pratiquant pour cela deux incisions verticales, une de chaque côté, dans la direction de ces mêmes cordons, puis, par une dissection soigneuse, je les ai trouvés et suivis jusqu'aux testicules, qui ont été détachés de la masse : les cordons étaient sains, mais très-allongés, la tunique vaginale du côté gauche renfermait une assez grande quantité de liquide, que j'ai évacué de suite par une ponction faite avec le bistouri; les testicules, relevés vers le ventre du malade, ont été maintenus par les mains d'un aide; j'ai disséqué toute la partie sous-pubienne de l'urèthre, laquelle, remplie par la bougie, était parfaitement palpable et visible; enfin, par de grands coups de bistouri j'ai abattu la tumeur, qui ne tenait plus que par le tissu cellulaire du périné.

Les artères furent liées au fur et à mesure qu'elles ont été divisées, l'hémorrhagie a été très-peu abondante, et aucun accident grave ne s'est présenté pendant l'opération; le malade a été parfaitement chloroformé et l'opération exécutée en quatorze minutes.

Pansement. — La bougie étant retirée du canal, les testicules furent ramenés en bas et logés dans la nouvelle bourse, formée aux dépens des lambeaux qui ont été pris à la partie supérieure de la tumeur, une suture en surjet les a unis, un linge fenêtré bien cérate enveloppa toute la verge, laissant à peine la moitié du gland à découvert; un autre linge égal au premier fut appliqué sur la suture. Des lamelles et des ronds d'amadou, de la charpie brute, des compresses et une bande en T fendue complétèrent tout l'appareil.

Le malade, porté dans son lit et convenablement couché, je lui ordonnai une potion calmante à l'acétate de morphine; diète.

La fièvre traumatique, très-modérée du reste, est la seule particularité notable jusqu'au quatrième jour. La levée de l'appareil, ce même jour, nous procure le plaisir de voir toute la plaie dans le meilleur état possible; une lymphe plastique versée sur les bords des incisions annonce une adhérence qui s'établit; la verge, quoique dénudée de toute sa peau, présente un bel aspect. Le malade n'éprouve aucune altération. La potion calmante fut continuée et on lui adjoint une boisson tempérante (deux bouillons par jour).

Le cinquième jour de l'opération, le malade sent le besoin d'évacuer, mais il ne peut pas satisfaire ce désir; une once d'huile de ricin produit des selles abondantes et le malade est soulagé.

Le septième jour, le côté supérieur du bord du lambeau gauche se mortifie, une eschare à peu près d'un pouce s'en détache; on retire tous les points de suture, qui sont remplacés par des bandelettes agglutinatives.

A dater de ce jour, la plaie se cicatrise à vue d'œil, la verge se couvre de granulations, le malade a beaucoup d'appétit; on lui accorde une demi-portion et on suspend toute médication; les pansements continuent d'être faits simplement avec du linge fenêtré cérate et de la charpie.

Le 7 novembre, tout est fini et le malade guéri.

MÉDECINE CLINIQUE.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE.

De la médication arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes,

Par M. le Dr Ch. Frémy,

Médecin des hôpitaux civils, ex-médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule.

(Suite. Voir les nos 4, 7 et 12.)

Les malades que j'ai eu à traiter avaient, pour la plupart, contracté des fièvres intermittentes de la même manière; ces fièvres dataient d'un assez long espace de temps; elles s'étaient développées sous l'influence paludéenne; elles étaient franches

---

« — Je te reconnais bien là; tu es toujours le même. A propos, et « ton fils, pourquoi ne l'as-tu pas amené avec toi?

« — Mon fils! il est toujours à Paris.

« — Ton fils habite Paris? Ah! je lui tirerais les oreilles, à ton « fils, de ne pas être venu voir le vieil ami de son père.

« — Que veux-tu? il a craint d'être importun.

« Ta, ta, sottise que tout cela. Il faudra qu'il me fasse d'abord « amende honorable; le coquin verra ensuite si mon amitié n'en vaut « pas une autre.

« Le lendemain, les deux amis se séparèrent en se promettant de « se revoir et en s'embrassant mille fois.

« Vains projets! Larrey, au retour de sa mission qui avait épuisé « ses forces, fut atteint d'une affection de poitrine qui l'enleva, à « Lyon, le 25 juillet 1842; et le docteur Roux est mort sans être « décoré. »

Quoi qu'il en soit, hélas! qui me rendra jamais l'amitié de l'un? qui pourra jamais remplacer l'affection de l'autre?

Après tous les mérites que l'on s'est plu à reconnaître au discours de M. Malgaigne, il pouvait paraître assez difficile de lui en trouver un nouveau; grâce à sa bonne vue, le feuilleton a pourtant cet avantage.

— Bah! répondit narquoisement un confrère à qui le feuilleton allait confier naïvement sa bonne fortune; et quel est donc, s'il vous plaît, ce mérite qui aurait échappé au microscope des hauts barons, les critiques du premier étage?

— Ah! permettez, puisque vous paraissez si incrédule à l'endroit de la perspicacité du feuilleton, devinez un peu, *s'il vous plaît.*

—Pardon, excuse, mon cher feuilleton, si je vous ai blessé en quoi que ce soit; mais je n'ai nulle prétention au rôle de Prudence, de Caliste, ou de Soixantezéroniémiste; je jette à l'instant ma langue aux chiens; ainsi ne me faites pas languir; dites-moi quel est ce nouveau mérite que vous avez découvert.

— Le feuilleton n'est ni musicien ni coquette; il ne se fait pas prier; je vous le dis donc sans périphrases, le discours de M. Malgaigne a fait dormir pendant toute la séance un académicien.

— Un académicien! ha! ha! ha! la plaisanterie est bonne, mais naïve pour un feuilletoniste! un académicien, mon cher! vous voulez dire un accoucheur, car, sans être Caliste, on peut deviner qui a pu dormir à un discours de M. Malgaigne.

— Décidément, mon cher, vos réparties sont modérément aimables, mais, en revanche, elles ne manquent pas de prétention; par malheur elles manquent de justesse. D'abord, pour parler correctement, ce n'est pas un accoucheur, mais bien une accoucheuse que vous auriez

et bien légitimes. Les malades avaient été fournis en grande partie par deux régiments casernés à Paris ou dans les forts environnants, et avaient fait partie de l'expédition de la Baltique. Ces hommes, au moment de l'embarquement, qui eut lieu au mois de juillet 1854, se sont trouvés de suite soumis à des influences hygiéniques défavorables. Le mode d'alimentation se trouva composé de salaisons, café, eau-de-vie, rhum et cacao, etc., etc. Ces soldats arrivèrent à Bomarsund le 8 août 1854, et firent un séjour de cinq mois, tantôt sur cette île, tantôt aux îles d'Aland où ils campèrent, notamment au milieu d'une forêt près de laquelle existaient de grands lacs qui, au dire des chirurgiens des régiments, constituaient de véritables étangs. La nourriture y était plus variée et se composait de viandes fraîches, de pain, de café, mais l'eau qu'ils buvaient était rare et de mauvaise qualité; elle provenait de trous que les soldats pratiquaient dans la terre et au fond desquels ils allaient remplir leurs bidons. Les journées étaient très-chaudes, les nuits froides; la plupart des hommes étaient couchés sur la terre, quelques-uns sur la paille; peu de soldats néanmoins contractèrent la fièvre intermittente immédiatement; quelques-uns furent pris au retour sur le bâtiment, mais la plupart ramenés en France, casernés sur le littoral de la Manche, à Cherbourg et à Saint-Malo, pays marécageux où la fièvre intermittente règne d'une manière endémique, virent éclater la maladie qui les suivit dans les casemates des environs de Paris : telles sont les conditions sous l'influence desquelles les sujets que j'ai eu à traiter contractèrent la fièvre intermittente. Ces fièvres étaient bien franchement acquises; contractées dans les circonstances les plus habituelles, elles dataient toutes d'un temps assez long, de 10 à 12 mois; les sujets avaient subi des influences diverses et répétées d'intoxication paludéenne, et ces influences avaient été assez fortes pour abattre des hommes jeunes et vigoureux.

En présence de ce nombre considérable de fièvres intermittentes, ma première pensée fut, pour en triompher, d'avoir recours au médicament héroïque habituellement employé, au sulfate de quinine; cependant, je fus effrayé de la quantité énorme de ce sel que j'allais avoir à administrer, et, je dois le dire, un peu inquiet d'avoir vu ces fiévreux presque tous mal guéris par le sulfate de quinine; je me décidai à employer une médication qui me paraît plus convenable dans cette circonstance.

Confiant dans les études spéciales que je fis à l'hôpital de la Charité, fort de l'appui de l'habile médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule, M. Boudin, dont les efforts et les travaux si remarquables auraient dû déjà entraîner la majorité des médecins, j'employai pour la cure de ces affections intermittentes un médicament qui, je ne crains pas de le dire, dès maintenant, par sa valeur thérapeutique, peut égaler le sulfate de quinine, et par l'économie énorme qu'il présente, doit arriver à le remplacer.

Tout d'abord, le mode d'administration du médicament me présenta quelques difficultés : les formules ne manquaient pas, et d'après le résumé historique que j'ai présenté, il est facile de voir que chaque auteur avait sa formule propre.

Les travaux que je viens de citer m'avaient prouvé, d'une manière bien positive, que de toutes les préparations arsenicales, l'acide arsénieux était celle dont le mode d'action offrait le plus grand degré de certitude, et par conséquent une sécurité d'action bien positive. Les anciennes préparations, l'orpiment, le réalgar (sulfures d'arsenic), avaient été depuis longtemps délaissées. L'acide arsénieux en poudre convenait mieux pour les applications extérieures, les pilules employées par Barton et auxquelles Van-Moos avait donné bizarrement l'épithète de *sédatives* sont quelquefois infidèles et dans leur préparation et dans leur administration. Les solutions arsenicales de Jacob, de Bréra, de Hein, de Fowler, de Pearson formant des sels composés, des arséniates de soude, de potasse et des arsénites dont l'action est des plus vives, et ne demandent qu'à être employées par gouttes et par conséquent sans dosage certain, ne me présentaient pas, à l'hôpital, des garanties convenables d'administration. J'en dirai autant des arséniates d'ammoniaque, des arséniates de fer, qui n'avaient pas été assez expérimentés. J'employai donc l'acide arsénieux en solution dans une grande quantité d'eau et selon la formule de M. Boudin, qui m'a été communiquée par M. Vial, pharmacien en chef de l'hôpital du Roule; voici la formule telle qu'elle est préparée à l'hôpital :

Acide arsénieux.	5 grammes.
Eau distillée.	5,000 —

Mettez l'acide arsénieux et l'eau dans une capsule de porcelaine et faites bouillir la liqueur, en l'agitant de temps en temps avec un tube de verre, jusqu'à ce que l'acide soit entièrement dissous, ce qui arrive après environ une heure d'ébullition; laissez refroidir, filtrez et remplacez l'eau qui s'est évaporée. Cette solution, mêlée avec son poids de vin blanc, est employée à la dose prescrite. On fera attention, en l'ordonnant, que 100 grammes de liqueur contiennent presque exactement 5 centigrammes d'acide arsénieux.

La liqueur arsenicale demande à être administrée à dose aussi réfractée que possible. C'est la manière en général à laquelle la plupart des praticiens ont été forcés d'avoir recours. Il est avantageux aussi de ne pas en continuer les doses un peu énergiques

---

dû dire; et ensuite il ne s'agit, dans ma découverte, ni d'accoucheur ni d'accoucheuse, il n'est question que d'un simple académicien.

— Alors, ayez le courage de votre opinion : nommez les masques ou je nie votre découverte; il n'y a pas deux immortels qui aient le privilége de dormir à un discours de M. Malgaigne.

— Vous paraissez si sûr de vous que vous finissez par m'intimider; la vérité est que je ne sais pas le nom de l'immortel ou du mortel assez juste pour sommeiller pendant que M. Malgaigne parle; ce dont je suis sûr, c'est qu'il occupait et qu'il occupait pleinement un fauteuil d'immortel, et comme le feuilleton pense qu'il n'en est pas des académiciens comme des moines, et que le fauteuil...

— Le feuilleton pense fort mal et surtout est fort mal instruit : il devrait savoir que, depuis nombre d'années, on rencontre un peu de tout sur les siéges académiques, à ce point qu'ayant un jour demandé le nom d'un gros citoyen assis dans l'enceinte réservée, enflant à tout moment ses joues comme un souffleur qui se serait fatigué à souffler l'orateur, et que je croyais être un correspondant... Ça un correspondant! me répondit mon voisin, c'est le marchand de peaux de lapin de l'Académie.

— Dans le doute, abstiens-toi, a dit la sagesse des nations qui, par hasard, a cette fois été sage. Le feuilleton saura l'être aussi; il se taira jusqu'à ce qu'il sache le nom du béat auditeur de M. Malgaigne, et si ce nom est celui d'un Académicien, attendez-vous à être confondu à notre première rencontre.

Un spirituel confrère faisait remarquer, il y a quelque temps, que les candidats des concours actuels étaient bien *plus forts* que ceux d'il y a 25 ans, et il citait à l'appui de son opinion, un fait qui, à la vérité, n'était pas très-concluant. Je ne crois donc pas la question définitivement tranchée en ce qui concerne les candidats; mais elle ne me paraît pas douteuse en ce qui concerne les juges. Autrefois les juges écoutaient les candidats et les jugeaient quelquefois fort mal; aujourd'hui, beaucoup de juges ne les écoutent pas et les jugent très-bien, à ce que disent du moins les candidats nommés. Il me prit envie, il y a quelque temps, d'aller assister à une épreuve d'un de ces concours : quel fut mon étonnement lorsque, jetant un regard plein de considération sur l'aréopage, mon œil tomba sur un premier père conscrit qui se livrait sans façon, *coram populo*, aux distractions de la correspondance, pendant que le malheureux candidat s'efforçait de toucher les cœurs de ses juges par la plus insinuante éloquence; le deuxième père conscrit se livrait aux mêmes plaisirs en se cachant sournoisement derrière son chapeau; mais le chapeau n'était pas assez large; le troisième père conscrit dormait aux trois quarts; le quatrième dormait entièrement; le cinquième..... Ah! pour le cinquième, je ne

trop longtemps, le médicament finit par produire une sorte d'intoxication qui ne va jamais jusqu'à compromettre la vie du malade, mais qui est nuisible à l'action du remède. Il est également de la plus haute importance d'essayer la susceptibilité des organes digestifs du malade. Tel fébricitant va supporter avec une facilité inimaginable des doses assez considérables d'acide arsénieux (M. le professeur Furster, à Montpellier, donna par erreur 6, 8 et jusqu'à 12 centigrammes d'acide arsénieux à des malades qui n'éprouvèrent aucune espèce d'accidents et qui furent radicalement guéris), tandis que d'autres malades ne peuvent en supporter à peine 20 milligrammes en liqueur. Dans ces cas, il est prudent de ne pas insister, il faut alors fractionner la dose qui, de toute manière, doit être la même, et au besoin arriver à faire prendre cette quantité en lavement. Prise de cette façon, la liqueur arsenicale réussit presque aussi bien que lorsqu'elle est absorbée par les voies supérieures.

La dose à laquelle je me suis définitivement arrêté d'une manière à peu près invariable, est celle de 25 grammes de liqueur arsenicale; ces 25 grammes contiennent 25 milligrammes d'acide arsénieux.

A l'hôpital, désirant être certain de l'administration du médicament et par conséquent de son action, je faisais prendre cette même quantité en une seule fois et devant moi, à la visite du matin.

Je n'ai pas encore vu d'accès de fièvre, quelque fort qu'il fût, n'avoir pas été tout d'abord modifié après la première dose et complétement arrêté après la troisième.

Dans les fièvres intermittentes quotidiennes, jamais le malade ne conservait la fièvre plus de trois jours.

Dans les fièvres tierces, nous n'avons été témoin que du premier accès.

Si je craignais de la part des organes digestifs une trop grande susceptibilité à l'action du médicament, je faisais alors diviser la dose de 25 milligrammes en deux fois, et si le malade venait encore à se plaindre d'inappétence, de coliques ou de malaise quelconque, je faisais administrer en une seule fois la liqueur, à la dose de 30 milligrammes, en lavement.

Rarement j'ai été obligé de dépasser cette dose; une seule fois un malade en prit, dans un cas de fièvre ancienne et réfractaire, tant par la bouche que par le rectum, une dose de 80 milligrammes. C'est avec la plus grande prudence que je suis arrivé, malgré les avis de M. Boudin, à administrer de suite la dose considérable de 25 milligrammes. Les succès que j'obtins, dès le début, furent moins brillants parce que je commençai par une très-faible quantité, celle de 10 milligrammes, dose insuffisante que je fus obligé de porter peu à peu à celle de 25 milligrammes.

Cette première manière d'agir était préjudiciable au malade, dont la fièvre intermittente guérissait moins rapidement et qui restait plus longtemps à l'hôpital. Ceci m'explique aussi pourquoi un grand nombre de praticiens, désireux de remplacer le sulfate de quinine, ont échoué dans leurs tentatives en n'osant pas agir avec des doses convenables.

C'est en général ce qui a porté un certain discrédit à la valeur thérapeutique d'un médicament appelé, je l'espère, à rendre d'immenses services, quand les médecins auront un guide sûr pour le manier et pour l'employer d'une façon convenable.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Études sur la médication iodée,

Par M. Gille, *pharmacien à Paris.*

(Suite et fin. Voir les nos 1 et 14 du tome V.)

d. *Action sur le système nerveux.* — Avec une bonne foi qui n'appartient pas toujours aux inventeurs ou aux prônateurs d'une médication, Coindet avait déjà signalé des accidents nerveux produits par l'iode et auxquels on a, depuis, donné le nom d'*iodisme*. Ces accidents consistent dans une excitation, une agitation générale, accompagnée d'augmentation de la chaleur de la peau et de la fréquence du pouls, de céphalalgie, habituellement sus-orbitaire, d'insomnie, plus rarement de toux, de tremblements des extrémités, d'hyperesthésie, de vertiges, d'ambliopie (laquelle dans un cas *serait* allée jusqu'à l'amaurose complète), de palpitations. Quelques observateurs disent avoir, en outre, observé l'œdème des extrémités inférieures, des sueurs visqueuses, la lividité de la peau, l'amaigrissement général, et une prostration de plus en plus prononcée. Mais ces derniers accidents doivent être bien rares, car pendant notre long séjour dans les hôpitaux, il ne nous a été donné ni de les voir, ni d'apprendre d'aucun de nos chefs de service qu'il les eût jamais vus. Quant aux accidents de la première catégorie, quelques auteurs, en revanche, les nient ou les attribuent à une autre cause qu'à l'action des iodiques, ou, enfin, pensent que l'iode peut bien les déterminer, mais non pas les autres iodiques, en particulier l'iodure de potassium. Les faits que nous avons observés ne nous permettent pas de douter que ces accidents ne soient très-réels, et de plus qu'ils ne soient presque exclusivement dus à l'iodure de potassium; l'iode pur, avant de causer

---

sais pas ce qu'il faisait, car malgré la modération de sa vertu, le feuilleton s'enfuit épouvanté, craignant de trouver sur toute la ligne des juges aussi....... forts.

Un membre de la haute presse imprimait l'autre jour qu'un certain roi persan « *était mort sept ans avant de monter sur le trône*; » ou, en d'autres termes, ainsi que le faisait remarquer certain barbier à qui beaucoup de gens à raser voudraient ne pas donner leur pratique, que ledit roi était monté sur le trône sept ans après sa mort. Si la nouvelle n'était pas venue d'un organe semi-officiel, beaucoup de gens auraient sans doute refusé de la croire. En voici une plus croyable et pour le moins aussi véridique : un de ces dévoués confrères qui ont prodigué leur science et leur vie à notre valeureuse armée d'Orient a enfin reçu, il y a quelques semaines, une partie des récompenses qui lui étaient dues : il a enfin été nommé membre de la Légion d'honneur..... cinq à six mois après sa mort.

Quoi qu'en disent ses aimables ennemis, le feuilleton n'est pas seulement à la piste des petites coccigruaneries, ophidienneries et autres batracienneries, il aime aussi la charité, la bienfaisance, et, pour lâcher enfin le grand mot, la vertu. En voici la preuve :

C'était par une des plus glaciales nuits du mois dernier, rangés en cercle autour d'un poêle tout étincelant de chaleur, quelques étudiants en médecine devisaient bruyamment entre eux, à la lueur vacillante d'un punch monstre.

— Parbleu ! disait celui qui, placé au centre, laissait complaisamment retomber en large nappe les flots de liqueur qu'il venait d'enflammer, mon cher oncle ne se doute guère à cette heure de l'emploi que je fais de sa lettre et de l'argent que j'ai reçu de lui !

— De sa lettre, c'est possible, répliqua un autre, qui s'efforçait en vain de faire entrer une bûche de plus dans le foyer du poêle regorgeant de bois et de feu, mais ton oncle est trop bon chrétien pour oser croire, en t'envoyant un crédit supplémentaire sur son banquier, que tu laisserais ton pauvre diplôme sans l'ondoiement, en attendant le jour de son baptême.

— Charles a raison, ajouta un troisième; et bien mieux, dans la crainte que l'ondoiement ne suffise pas, à tout événement, je propose qu'aujourd'hui même nous fassions ondoiement et baptême; ce sera plus tranquillisant pour nos consciences.

— Ainsi soit, reprit vivement Ernest, dont on se préparait à fêter si follement la réception au doctorat; mais en vrai amateur d'économie politique, je vais, avant tout, soumettre à votre jugement l'état arithmétique de mes finances. C'est la chose qui, ce me semble, doit avoir la préséance dans l'ordre du jour.

des accidents nerveux généraux, en produit ordinairement de locaux qui engagent les praticiens à suspendre l'emploi du métalloïde, de sorte que ces accidents généraux ne se montrent nécessairement que dans de très-rares exceptions. L'iodure de potassium, au contraire, qui ne détermine presque jamais d'effets locaux directs, occasionne assez fréquemment, non pas tous les symptômes de ce qu'on est convenu d'appeler l'iodisme, mais quelques-uns ou la plupart d'entre eux. Les iodures de mercure ne déterminent jamais ces accidents; comme l'iode, ou mieux que lui, ils n'en causent aucun ou ils en provoquent de plus graves. L'iodure de fer, lorsqu'il a été administré pendant longtemps, occasionne quelquefois une légère excitation générale, mais qui tient toujours à la tonicité qu'il donne aux tissus, à la richesse qu'il imprime au sang. Jamais nous ne l'avons vu produire aucun autre phénomène de l'iodisme.

Suivant que les phénomènes cérébraux prédominent ou restent dans l'ombre, quelques auteurs ont désigné les accidents qui précèdent sous les noms *d'ivresse iodique* ou *d'iodisme.* Lugol, qui était un assez bon quoique grossier observateur, disait n'avoir observé que la première de ces deux formes morbides. Mais ces formes reposent sur des distinctions subtiles que ne saurait pas plus accepter la clinique la plus attentive que la plus saine pathogénie. Iodisme et ivresse iodique sont deux états parfaitement semblables quant à leur expression extérieure, et, ce qui est plus important, parfaitement identiques quant à leur nature; il n'y a donc pas lieu de les séparer.

Nous ne nous arrêterons pas à l'opinion de quelques médecins qui ont pu croire que les accidents d'iodisme ne se développent que lorsque les iodiques ont été donnés à doses excessives. Tous les faits témoignent contre une telle opinion, inspirée surtout par une présomption peu modeste de faire mieux que les autres. Quant à ceux qui attribuent ces accidents à une idiosyncrasie des malades, il est certain qu'ils ont raison, puisque la grande majorité des malades n'éprouvent rien de semblable; mais ajouter avec quelques-uns de ces auteurs que cette idiosyncrasie est une contre-indication à l'emploi des iodiques, ce serait le plus souvent dire une puérilité; car, pour qu'une idiosyncrasie pût servir de contre-indication, il faut pouvoir la reconnaître d'avance, ce qu'on ne peut *jamais* faire quand on prescrit le médicament pour la première fois. Tout au plus peut-on la soupçonner quand, à une première administration, un malade a éprouvé les accidents qu'on voudrait prévenir. Ceci est un principe de pathogénie, de pronostic et de thérapeutique, applicable tout aussi bien à la première médication venue (opium, belladone, strychnine, etc.), qu'à l'iode ou à l'iodure de potassium, et qui, par conséquent, n'a rien de spécial ici.

Ce qu'il y a de plus consolant, dans les phénomènes morbides qui constituent l'iodisme, c'est qu'ils se dissipent assez promptement et sans autre remède que la suspension de la préparation iodée mise en usage. Toutefois, dans quelques cas, les bains, les purgatifs, les calmants et même la saignée, ont été nécessaires pour faire disparaître les phénomènes causés par l'iodure de potassium.

Dans certains cas, très-rares, ces moyens n'ont triomphé qu'après plusieurs semaines et même quelques mois; ce sont alors habituellement les phénomènes du côté des yeux, des fosses nasales et de la tête, qui persistent plus le longtemps.

e. *Action sur le système cutané et muqueux.* — Il ne s'agit pas, bien entendu, ici, de l'action locale que peuvent exercer certains iodiques appliqués sur les tissus, et que nous étudions ailleurs, mais bien de l'action sur le système dermoïde, par suite de l'absoption des iodiques et de leur présence dans les fluides circulatoires. Cette action, quoique circonscrite dans un cercle assez restreint, n'en est pas moins des plus remarquables en ce qu'elle dénote, de la part des iodiques, un mode d'action physiologico-pathogénique non moins spécial que le mode d'action thérapeutique, quoique d'un caractère trop différent pour que l'un pût faire prévoir l'autre.

Sur la peau l'action des iodiques est à peu près générale, quoique toujours prédominante vers les parties supérieures, c'est-à-dire vers la peau de la tête du thorax et des membres pectoraux. Sur les muqueuses, au contraire, cette action se localise à peu près exclusivement sur la pituitaire et la conjonctive, ou tout au plus sur la muqueuse laryngo-trachéale.

En parlant de l'action des iodiques sur le système circulatoire, nous avons signalé l'affection ecchymotique désignée sous le nom de maladie tachetée de Werlhof; cette affection a évidemment son principal siége dans le tissu dermoïde; mais elle n'est que le symptôme d'un tendance hémorrhagique plus générale, et c'est pour cela que nous avons dû nous en occuper ailleurs et que nous ne devons plus nous en occuper ici. Ce phénomène, ainsi que nous l'avons dit, est d'ailleurs fort rare. Ceux dont il va être question sont non-seulement d'une toute autre nature, mais surtout beaucoup plus intéressants à connaître à cause de leur grande fréquence. Ils se rattachent à la principale action des iodiques, qui est surtout une action irritante ou du moins excitante sur tous les systèmes. Ainsi, sur la muqueuse oculo-nasale ou oculo-naso-laryngienne se manifestent des symptômes plus ou moins caractérisés d'inflammation (1), du larmoiement,

(1) L'inflammation conjonctivale, dans des cas rares, est assez intense pour occasionner une tuméfaction considérable, un chémosis très-prononcé et une sécrétion séro-muco-purulente, qui pourraient en imposer et faire craindre une

---

— Je demande la parole, s'écria Charles, contre la proposition anticonstitutionnelle qui vient de vous être faite.

— A la tribune! exclama toute l'assemblée en riant aux éclats, à la tribune! sur une chaise l'orateur!

— Silence donc, Messieurs! tonna le plus rubicond de tous en donnant à sa pose un certain air de dignité, et en agitant, en guise de sonnette, une clef sous son verre, qu'il venait de vider d'un seul trait.

— Messieurs, nasilla d'une voix solennelle Charles, en s'élançant debout sur une chaise, c'est dans les jours de dangers et de périls pour nos institutions qu'il est d'un bon citoyen de combattre face à face ces théories funestes d'étroite économie, qui semblent se propager des pères aux enfants; c'est surtout à ceux qui, comme moi, ont vieilli sur les bancs d'une école, qu'il appartient de vous transmettre pures et intactes les scolastiques et saines traditions de vos devanciers, qui, je le proclame avec orgueil, avaient, en pareille solennité, le bon esprit de perdre la raison. Eh quoi! on voudrait ici timorer vos consciences par un compte rendu! Mais en telle occurrence, prenez-y garde, Messieurs, un compte rendu! c'est de l'anarchie. Que dis-je? et n'en déplaise à l'honorable auteur de la proposition, c'est une trahison, un crime de lèse-amitié contre lequel nous ne saurions assez protester. Hâtons-nous donc, Messieurs, par une allocation spontanée de fonds prélevés sur nos bourses, et fixés à vingt francs par tête, de fermer, avec un splendide déjeuner, la bouche de celui qui a osé professer de si imprudentes doctrines. Que telle soit notre vengeance!

Un hourra de rires inextinguibles et d'applaudissement sans fin accueillit cette improvisation mimique.

— Silence! tonna de nouveau notre président improvisé; la proposition de l'honorable préopinant est-elle appuyée?

— Oui! oui! répondit-on de toutes parts.

— Dans ce cas je vais la mettre aux voix. Que ceux qui veulent l'adopter vident leur verre!

A l'instant, et comme par un seul mouvement, tous les verres furent vidés.

Alors ce fut un bruit à ne plus s'entendre; on s'embrassa, on chanta, on dansa, on fit toutes les folies imaginables. On en était enfin parvenu au dernier paroxysme de la gaîté lorsque quelqu'un vint frapper à la porte.

— Entrez! cria Ernest, et une vieille s'avança.

— Pardon! mes bons messieurs, tremblota-t-elle avec un peu d'embarras, surprise qu'elle était sans doute du tableau de joyeux désordre qui s'offrait devant elle, on m'a envoyé ici pour y chercher un médecin.

un véritable coryza, accompagnés ou non de toux. Ces accidents, qui précèdent habituellement ceux de l'irritation cutanée, s'accompagnent assez souvent de quelques-uns des phénomènes nerveux que nous avons décrits, notamment de céphalalgie et d'une certaine accélération du pouls. Cet ensemble simule assez bien la période prodromique d'une fièvre éruptive, et il est peu de praticiens qui ne s'y soient trompés, même parmi les hommes d'une vaste expérience avec lesquels nous nous sommes trouvé dans les hôpitaux de Paris.

Lorsque l'irritation se manifeste du côté de la peau, la méprise, au lieu de cesser, augmente le plus souvent ; cette irritation se traduit par de petites rougeurs dispersées çà et là, principalement vers les parties supérieures ; il est fréquent alors de voir le praticien croire à une rougeole ou à une variole commençante. Mais l'illusion ne dure plus longtemps à partir de ce moment. En effet, aux rougeurs ne tardent pas à succéder des papules ou papulo-pustules se rapportant à l'acné simplex, des vésicules d'eczéma, d'herpès, plus rarement des pustules d'impétigo, et, plus rarement encore, des bulles de rupia. L'herpès et l'eczéma sont, avec l'érythème papuleux, les formes les plus fréquentes ; mais ils offrent presque toujours cette particularité que l'éruption offre rarement un caractère uniforme, et qu'à l'instar des éruptions syphilitiques, deux ou plusieurs formes anatomiques se développent simultanément.

Comme les phénomènes d'excitation nerveuse avec lesquels celles-ci coïncident souvent, ces éruptions disparaissent habituellement au bout de quelques jours de suspension de la préparation qui les a produites ; néanmoins, elles exigent plus souvent que les premiers, l'intervention d'une thérapeutique appropriée, et il n'est pas rare que, malgré l'emploi d'un traitement rationnel, elles persistent pendant plusieurs semaines avant de disparaître entièrement.

L'iode, diversement administré, de même que les composés iodiques desquels le métalloïde peut se dégager en abondance (iodure d'amidon, tannate d'iode, etc.), peut déterminer les phénomènes que nous venons d'étudier ; mais la préparation qui les cause incomparablement le plus souvent est l'iodure de potassium, et non pas l'iodure de potassium inconsidérément administré, mais dans les cas même où il est donné d'après les règles les plus conformes à la saine expérience. Aussi est-ce vraiment là l'inconvénient sérieux de l'iodure de potassium, celui qui en contre-indique l'emploi dans tous les cas où il peut être suppléé par une préparation iodée ou autre, et même dans les cas où il n'a pas de succédanés, si les malades ont une affection cutanée, ou s'ils y sont prédisposés, de même que s'ils ont de la tendance aux inflammations de la conjonctive et de la muqueuse pituitaire, laryngienne ou trachéale. Les iodures de mercure et l'iodure de fer ont sur l'iodure de potassium cet immense avantage de ne jamais provoquer le développement des phénomènes précédents, circonstance d'autant plus remarquable, en ce qui concerne l'iodure de fer, qu'il possède à un bien plus haut degré que l'iodure potassique la propriété de déterminer cette excitation générale, bienfaisante, qui, par cela même qu'elle ne dépasse presque jamais les bornes physiologiques, pourrait être désignée avec justesse et avantage sous le nom de tonicité.

Nous nous sommes occupé, à propos de l'action sur le système glandulaire, de la propriété sudorifique des iodiques ; nous n'y reviendrons ici que pour ajouter que cette propriété a surtout été reconnue aux teintures d'iode, et que, dans ces préparations, il est plus naturel de la rapporter à l'alcool ou à l'éther qu'à l'iode lui-même.

ophthalmie purulente au praticien non prévenu de ce genre d'accident. Mais la nature un peu séreuse de l'écoulement ne la laisse pas longtemps dans le doute, et la suppression de l'iodure potassique (qui serait contre-indiqué en tout état de cause, en présence d'une ophthalmie), achèvera promptement de l'éclairer. Cette ophthalmie, observée par MM. Ricord, P. Bernard, etc., et que nous avons aussi eu l'occasion de voir, ne s'est jamais, à notre connaissance, terminée d'une manière fâcheuse.

RÉSUMÉ DE L'ACTION PHYSIOLOGICO-PATHOGÉNIQUE GÉNÉRALE DES IODIQUES.

Si l'on a suivi avec quelque attention les détails qui précèdent, on a pu voir combien l'étude de l'action dite physiologique des iodiques est incomplète et combien elle restera incomplète encore après le petit nombre de faits nouveaux que nous avons signalés ; on a pu voir aussi combien les phénomènes produits par les diverses préparations iodiques diffèrent entre eux, et combien même une seule préparation peut déterminer d'effets divers, suivant les doses auxquelles on l'administre et son degré de concentration. Ce que nous avons vu de plus général dans les divers composés iodiques est leur action excitante, irritante pour quelques-uns, sur la plupart des systèmes organiques, leur affinité pour l'élimination par la sécrétion salivaire, sécrétion que plusieurs iodiques ont plus ou moins de tendance à activer. D'après ces faibles liens, dans quelle catégorie classique de médicaments convient-il de placer l'iode et ses composés ? et, avant tout, les catégories classiques sont-elles basées sur des données positives, et d'une utilité quelconque pour la médecine théorique ou pratique ?

« En vérité, dit M. Trousseau, nous ne savons s'il existe dans la matière médicale un seul agent qui puisse se ranger dans une classe déterminée. » Et ailleurs : « Outre ses propriétés al-

---

— C'est moi, madame, fit Ernest, un peu honteux de la désinvolture générale, mais heureux en lui-même qu'on sût déjà qu'il était médecin ; que puis-je pour vous ?

— Hélas! mon cher monsieur, c'est notre pauvre voisine du cinquième qui est en mal d'enfant, une jeunesse de dix-huit ans qui souffre à vous fendre le cœur. J'ai couru tout le quartier pour chercher une sage-femme sans pouvoir en trouver, et je rentrais désespérée, quand la concierge m'a engagée de m'adresser à vous.

— C'est très-bien, madame, veuillez me conduire auprès de votre malade. Et Ernest, en prononçant ces paroles, monta, précédé de la vieille femme.

Quelques instants après, il descendit, tenant enveloppé dans son manteau un petit et beau garçon, et le montrant à ses camarades, que la courte explication de la vieille messagère avait vivement intéressée au sort de la jeune mère : C'est un ami de plus, leur dit-il, que je vous présente, un pauvre orphelin dont le père, bon ouvrier, est mort il y a quelques jours à l'hôpital des suites des blessures qu'il avait reçues en aidant à éteindre un incendie, et qui laisse, après lui, une femme et son fils dans la plus profonde misère!

Les caresses et les tendres soins que chacun se hâta de prodiguer au nouveau-né témoignèrent à Ernest que ses paroles avaient trouvé un heureux écho dans le cœur de ses amis. Ils eurent bientôt oublié, dans ces douces préoccupations, les plaisirs si follement projetés peu de moments auparavant ; la petite somme fournie par la cotisation qui venait d'avoir lieu servit à tous les besoins de la circonstance, et toute la nuit se passa à s'occuper de la mère et de l'enfant. Le lendemain, chacun se retira avec la satisfaction bien grande d'avoir fait le bien.

A quelques jours de là, le petit orphelin avait pour parrain Ernest et pour marraine miss Linc...., jeune et belle Anglaise qui, vivement touchée du récit qu'on lui avait fait de tout ce que nous venons de raconter, avait voulu, selon l'inspiration ordinaire de son cœur, s'associer à une généreuse action. Il est inutile de dire que tous les amis d'Ernest furent de cette fête.

Que vous dirai-je encore? Hier, Ernest était le fiancé de miss Jenny Linc.... ; avant la fin du mois, il aura pour femme une des plus riches héritières d'Ecosse et une des plus charmantes créatures qu'ait rêvée la féconde imagination de Walter Scott.

Tant il est vrai qu'une bonne action trouve toujours sa récompense !

Dr A.-L. Roux.

térantes, l'iode (1), par exemple, est excitant emménagogue. Ce que nous disons ici a ce double but, d'abord de faire voir la vanité des classifications, et, en outre, de bien faire apprécier aux praticiens les qualités complexes des médicaments, pour qu'ils puissent se mettre sur leurs gardes, avertis qu'ils sont que les agents de la matière médicale sont souvent des armes à deux tranchants, et qu'il faut savoir à propos utiliser une des propriétés du médicament et neutraliser celle qui, dans la circonstance présente, pourrait être nuisible. »

Il y a dans les paroles qui précèdent deux choses qui n'en font guère qu'une, et que nous acceptons complétement : c'est l'impossibilité de faire rentrer *un seul agent* dans une classe déterminée, d'où résulte évidemment *la vanité des classifications*. Il est à regretter qu'imbus de cette opinion si juste, les auteurs du traité de thérapeutique aient cru devoir se soumettre à un usage qui, s'il a un effet quelconque, ne peut être que nuisible à la thérapeutique, car nous sommes loin d'admettre le correctif que donnent les auteurs à l'erreur commune, « qu'il faut savoir à propos utiliser une des propriétés et neutraliser celle qui, dans la circonstance présente, pourrait être nuisible. » Ce correctif indique que le praticien peut se laisser guider par les effets dits physiologiques d'un médicament pour obtenir des effets thérapeutiques analogues, ce qui est la plus radicale et une des plus funestes de toutes les erreurs thérapeutiques. Cette vérité sera suffisamment démontrée plus loin en ce qui concerne l'iode. Il y a encore une autre chose que nous ne pouvons accepter dans les paroles de MM. Trousseau et Pidoux, c'est que, décidés à suivre l'usage adopté touchant les classifications, ils aient adopté aussi celui de placer l'iode et les iodiques parmi les altérants. Quelles sont, d'après ces auteurs, les propriétés des altérants ? « Ces médicaments *dénaturent* le sang et *les humeurs diverses ;* ils les rendent moins propres à la nutrition interstitielle, et à fournir des éléments aux phlegmasies aiguës ou chroniques ; peut-être agissent-ils en rendant impossible la génération des produits accidentels épigénétiques. » (*loc. cit.*, t. I, p. 295.)

Les praticiens qui auront quelquefois dans leur vie employé l'iode, demanderont peut-être où et comment MM. Trousseau et Pidoux se sont assurés que ce métalloïde et ses composés *dénaturent le sang* et *les humeurs diverses,* et les rendent moins propres à la nutrition *interstitielle* (il paraît que les auteurs connaissent plusieurs espèces de nutrition), quand ces praticiens auront vu que, sous l'influence des iodiques, le sang des goîtreux, des scrofuleux, des chlorotiques, des individus affaiblis pas une cause quelconque, devient plus coloré, que leurs chairs deviennent plus fermes, leur teint plus vif, leur appétit meilleur, leurs forces plus grandes, etc. MM. Trousseau et Pidoux n'ont pas jugé à propos de satisfaire d'avance à la curiosité des praticiens ; mais ils leur auraient sans doute donné pour raison que l'*iodure de potassium* rend plus fluide le sang *mort !*

C'est en se basant sur la même propriété que notre honorable confrère, M. Dorvault, après avoir repoussé justement la propriété altérante des iodiques comme caractère prédominant, les a classés dans une catégorie nouvelle qu'il a créée, celle des agents *chimico-catalytiques,* subdivision de la classe des agents *physiologico-chimiques*, du même auteur. Nous avons déjà démontré que rien n'était moins certain ni même moins probable que la prétendue action (*fluido-catalytique*) de l'*iodure potassique* sur les humeurs *vivantes* ; il est certain que cette action n'a rien de réel pour la plupart des autres iodiques, enfin, qu'elle est tout à fait opposée en ce qui concerne l'iodure de fer ; à supposer que la classification de notre savant confrère fût bonne (2), elle ne serait donc applicable qu'à l'iodure potassique considéré dans son action sur les fluides *morts ;* or, c'est en considération de leur action sur les fluides et tissus *vivants* que les classifications sont habituellement faites.

Dans la classification fantastique de Giacomini, l'iode et ses composés font partie des hyposthénisants ou contro-stimulants, ordre troisième, *hyposthéniques lymphatico-glandulaires.* La classification du romantique thérapeutiste est aujourd'hui aussi inutile à discuter dans sa généralité que dans son application spéciale à l'iode.

Enfin, quelques classificateurs ont placé l'iode parmi les excitants, et ce ne sont pas ceux-là qui ont été les moins bien inspirés. Toutefois, si cette classification convient assez bien à l'iode pur, on doit reconnaître qu'elle convient peu aux iodiques en général. Quant aux deux plus importants d'entre eux, l'iodure de potassium et l'iodure de fer, une des classes dans laquelle personne n'a songé à les placer, et qui leur conviendrait le mieux, est assurément celle des médicaments *reconstituants* ou *reconstitutifs.* Mais nous ne ferons ni même ne proposerons cette réforme ; car, on ne saurait trop le répéter, les classifications *physiologiques* des médicaments, outre qu'elles sont toutes fondées sur des données entièrement ou presque entièrement hypothétiques et sur des analogies trompeuses, ne peuvent absolument conduire à rien en thérapeutique, si ce n'est à des indications aventureuses et quelquefois funestes. Quiconque donc voudra connaître l'action physiologique d'un médicament n'aura d'autre moyen que de l'expérimenter sur les animaux et sur l'homme sains, et à tenir rigoureusement compte de tous les effets produits ; de même que celui qui voudra connaître l'action thérapeutique de ce même médicament n'aura qu'à faire les mêmes expériences sur les animaux et l'homme malades, sans chercher, dans les effets physiologiques déjà connus, autre chose que de vagues indications.

C'est d'après ces principes que la partie thérapeutique de cet ouvrage sera conçue et exécutée.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Tétanos traumatique,

Par M. le Dr LAGOUT, d'Aigueperse.

Mme X...., âgée de 64 ans, jouissant d'une bonne santé, vivant dans des conditions hygiéniques suffisantes, fit une chute, et frappa du front contre un arbre. Il en résulta une tuméfaction sanguine avec une petite plaie au-dessus du sourcil, vers l'angle interne de l'orbite. On appliqua des cataplasmes. Il s'établit bientôt de la suppuration, et plus tard une ouverture fistuleuse par laquelle on retira un morceau d'écorce d'arbre. La plaie marchait rapidement vers la cicatrisation, lorsqu'il survint une certaine difficulté de la parole qui fut suivie de trismus, puis de réfrigération générale, et enfin de tous les symptômes primordiaux du tétanos. On a recours promptement à tous les moyens qui peuvent ramener la chaleur périphérique ; on administre en même temps l'opium à haute dose. Mais malgré une amélioration sensible au début, l'affection fait des progrès et se termine par la mort en quelques jours.

(*Bull. de la Soc. méd. de Gannat.*)

---

(1) Et sous cette dénomination les auteurs entendent tous les composés iodiques.

(2) C'est là du reste une concession que nous ne saurions faire. Il suffira, pour montrer à tous les médecins combien nous y sommes autorisés, de laisser l'auteur exposer sa classification : « Parmi les médicaments, les uns agissent *sympathiquement* sur nos organes, dont ils modifient les états morbides, en vertu d'un effet de simple transmission PAR CONTINUITÉ DE TISSU ; tels sont les émollients.... Ce sont les médicaments *physiologico*-SYMPATHIQUES ! » Transformer ce qu'on entend en médecine et en physiologie par *sympathie* en une action *par continuité de tissu*, et les cataplasmes en médicaments *sympathiques*, c'est juste le renversement de toutes les idées admises, et, il faut bien le dire, le renversement de toutes les notions de physiologie et de pathologie. Nous croyons que cet échantillon de classification nous dispense d'examiner le reste, et qu'il démontrera suffisamment que notre distingué confrère, dont nous apprécions généralement le talent, s'est complétement égaré ici, en se hasardant, sans conseils, sur un terrain qui n'était pas le sien.

CORRESPONDANCE.

Maladies de la peau.

Monsieur le Rédacteur,

Les lettres de MM. Paul Picard et Chausit, publiées dans les numéros des 13 et 27 janvier, ne peuvent demeurer sans réplique; je viens donc vous prier de vouloir bien m'accorder quelques lignes dans votre estimable journal.

L'épilation se fait d'elle-même dans la teigne tonsurante : M. Picard l'a dit dans son compte rendu analytique du livre de M. de Baerensprung; il le répète de nouveau dans sa lettre en réponse à la mienne, publiée dans le *Moniteur* du 3 janvier.

Eh bien, je dis : c'est une erreur; l'élimination de la racine des poils est étrangère à la marche naturelle et ordinaire de la teigne tonsurante; quand elle a lieu, c'est un fait exceptionnel et accidentel qui arrive par suite d'un travail inflammatoire et suppuratif, en un mot, c'est une complication, tandis que l'épilation spontanée est ordinaire dans les teignes achromateuse et décalvante, que M. Picard confond, sans doute, avec la teigne tonsurante.

Si M. Picard est tout disposé à me montrer les planches sur lesquelles il paraît avoir étudié le diagnostic différentiel des teignes, de mon côté, je suis prêt à lui montrer les têtes de mes malades au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis. En pareille matière, les figures les mieux faites et les plus exactes ne sauraient tenir lieu de l'étude clinique.

M. Picard me fait remarquer que si j'avais observé ses figures avec attention, j'aurais vu que, dans la teigne tonsurante, le poil n'est pas seulement épié, mais que la racine elle-même est malade. Il y a longtemps que la lecture du premier travail de M. Bazin, sur les teignes, m'avait appris ce fait.

« Il est facile, extrêmement facile même, de reconnaître au micros- « cope la lésion si caractéristique des cheveux dans l'herpès tonsu- « rant. Si l'on extrait un des poils cassés à quelques lignes du cuir « chevelu et qu'on l'examine à un grossissement de 2 à 300 diamètres, « il paraît comme épié aux deux extrémités; on n'y distingue plus « les deux substances qui composent le cheveu dans l'état normal; « les fibres longitudinales sont écartées et les intervalles remplis de « sporules et de filaments tubuleux; le cheveu ne porte ni racine, ni « capsule, et aux deux extrémités on distingue parfaitement la trace « de la rupture.

« Pour étudier l'altération du bulbe, il faut extraire un cheveu « moins malade et prendre, par exemple, un de ceux qui forment « autour de la plaque herpétique un cercle d'une couleur différente « de celle de la chevelure; on distingue alors le champignon sur le « bouton et sur le prolongement radiculaire du poil. » (Bazin, *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, p. 67 et 68.)

A part les figures, je n'ai rien trouvé de neuf dans les articles de M. Picard sur l'herpès tonsurant. La découverte du *trichophyton tonsurant* appartient en toute propriété à M. Gruby, et c'est M. Bazin qui, le premier, a fait connaître la diversité des éruptions que ce champignon occasionne, suivant les différentes régions où il siége, suivant l'âge du végétal et suivant l'âge des sujets qui en sont porteurs. C'est lui qui, le premier, a fait connaître que la plupart des sycosis étaient précédés d'*herpès circiné* et de *pityriasis alba*, et ne reconnaissaient d'autre cause que la présence, sur les poils de la face, du trichophyton tonsurant.

J'ai hâte de clore cette polémique; je ne puis cependant terminer sans donner à mon antagoniste quelques explications sur les reproches immérités qu'il m'adresse d'avoir médité pendant huit mois ses articles avant de lui répondre, et de l'avoir cité inexactement :

Pour expliquer le long ajournement de ma réponse, je ne saurais mieux faire que d'engager M. Picard à en demander les motifs à l'honorable M. Dechambre, qui s'empressera de les lui faire connaître.

Quant aux citations inexactes, je n'ai qu'une chose à dire : mon intention n'était pas de reproduire littéralement les phrases de M. Picard, mais d'en traduire le sens, et sur ce dernier point je ne crois pas m'être trompé : les guillemets ne sont qu'une faute d'impression.

M. Picard est évidemment, sur beaucoup de points, en communauté d'idées avec moi; je m'étonne qu'il ait pris pour lui cette expression : des *erreurs qui fourmillent*, assez clairement à l'adresse du docteur Chausit, dont la réponse ne saurait être regardée comme sérieuse; aussi ma réplique à ce dernier sera-t-elle très-courte. Je désespère, en effet, de convertir à la croyance que j'ai adoptée M. Chausit, qui me paraît être de ceux qui ferment les yeux pour ne pas voir et se bouchent les oreilles pour ne pas entendre ce qui leur déplaît.

Je veux seulement répondre à quelques-unes de ses plaisanteries, qui ne sont pas toutes trempées dans le sel attique, et lui prouver que je ne suis pas accablé sous leur poids.

J'ai fait, dit-il, de M. Bazin un nouveau Galilée : soit, j'accepte cette prétention pour lui dire que les Galilée ont toujours rencontré d'aveugles partisans des Copernic; c'est dans la nature humaine. Il est si dur de renoncer à des systèmes qu'on avait professés si longtemps; et puis il y a un autre sentiment qui est en jeu : « Toute découverte, a dit Bacon, est une personnalité pour les contemporains, surtout pour ceux qui étaient si bien placés pour la faire; ils cherchent à la nier, à la discréditer par tous les moyens, à la tuer par l'arme du ridicule; mais la vérité finit toujours par triompher. » (Guérin, *Discours à l'Académie.*)

Que dire, d'ailleurs, à M. Chausit, qui, sciemment ou à son insu, confond l'exception avec la règle, le symptôme ou l'affection avec l'espèce pathologique, les éruptions mentagreuses avec les éruptions artificielles, etc., etc., etc. Je ne me sens pas le courage d'aborder ces hautes questions de logique et de pathogénie; je me borne à déclarer à M. Chausit, avec la candeur qu'il se complaît à me reconnaître, que l'épilation survivra à toutes ses attaques, car elle repose sur une base inébranlable, la guérison de maladies qui avaient résisté aux traitements les plus destructeurs de la peau et la connaissance de la nature du mal, deux choses que tout homme désintéressé peut vérifier chaque jour, en suivant la clinique de M. Bazin et en examinant au microscope le champignon attaché à la racine des poils avulsés.

Agréez, etc. DEFFIS.

Paris, le 27 janvier 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La *Presse* annonce, d'après le journal de la *Meuse*, que la variole sévit avec assez d'intensité dans la commune de Chenée et dans les environs; elle atteint surtout les enfants, mais sévit aussi sur quelques adultes. Elle a fait déjà plusieurs victimes.

— On a pu voir récemment que, malgré la rigueur de la saison, plusieurs de nos compatriotes, pour la plupart, il est vrai, militaires aguerris, n'ont pas craint de se plonger dans la Tamise pour recevoir le baptême de l'Ordre du Bain. Deux de nos confrères anglais ont eu le même courage : ce sont MM. les docteurs GIBSON, inspecteur-général des hôpitaux, et ELLIOT, chirurgien en chef de l'artillerie royale.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

PRIX DES INSERTIONS : **5** *FRANCS LA LIGNE.*

DU LAIT, *thèse de concours pour l'agrégation*, par M. O. RÉVEIL, agrégé à l'Ecole de pharmacie et à l'Ecole de médecine, pharmacien de l'hôpital des Cliniques, etc. — Un vol. in-8° de 140 pages. (Paris, 1857.) — Chez Victor MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 3 fr.

Des Anévrysmes et de leur traitement, par le docteur Paul BROCA, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. — Ouvrage accompagné de figures intercalées dans le texte. — Un vol. in-8° de 931 pages. Prix : 10 fr. Chez LABÉ, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Éloge historique de M. le professeur GERDY, par M. P. BROCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. — Prix : 1 fr. 50 c., et par la poste, 1 fr. 70 c.— Au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 16. 5e année. Jeudi 5 Février 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 4 février 1857.

Séance de l'Académie des Sciences du 26 janvier.

[**Hygiène des grandes villes. — Traitement du diabète. — Thoracentèse. — Physiologie de la voix.**]

Un des meilleurs esprits de l'Académie, à la fois des plus savants et des plus pratiques, M. Boussingault a lu dans cette séance un mémoire, intéressant surtout au point de vue de l'agriculture, mais dans lequel l'hygiène doit constater avec regret des faits qu'on pourrait s'étonner de voir exister encore dans une cité où l'administration municipale est aussi avancée qu'elle l'est à Paris, et qui ont sans doute leur part d'influence dans l'insalubrité des grandes villes, insalubrité que tant de preuves mettent hors de toute contestation. M. Boussingault nous fait connaître d'abord que le pain de Paris est fait avec l'eau des puits et non avec de l'eau de Seine. Il nous a montré ensuite que chaque mètre cube d'eau de puits contient, à Paris, de 206 à 2,165 grammes de nitrate de potasse, et que chaque kilogramme de pain fabriqué avec cette eau renferme de 12 centigrammes à 1 gramme de ce sel ou même plus, car M. Boussingault n'a pu nécessairement analyser l'eau de tous les puits de la capitale.

Ce n'est pas, on le pense bien, à cette minime quantité de nitre que l'eau des puits peut devoir son insalubrité, et M. Boussingault est assez familier avec les connaissances hygiéniques pour n'avoir pas songé à adopter une telle opinion. Mais, ainsi qu'il l'a judicieusement fait observer, et ainsi qu'il résulte de nombreuses recherches qu'il poursuit depuis plusieurs années, la présence du nitre dans les eaux est l'indice qu'à côté de lui se trouvent d'inséparables compagnons, des détritus de matières organiques, des produits de putréfactions dont l'action délétère sur l'économie est non moins certaine que bien connue. Les faits regrettables sur lesquels M. Boussingault a appelé l'attention ne sont point nouveaux pour l'Académie ; depuis plusieurs années, le laborieux savant les avait signalés à la sollicitude, aux édilités des grandes villes, et, jusqu'à présent, ses vœux sont restés infructueux. Mais tout permet d'espérer que nous allons entrer dans une période nouvelle. L'Administration de l'assistance va la première prendre l'initiative d'une heureuse réforme, et la boulangerie Scipion, dont le puits d'ailleurs est un des moins chargés en nitrate, va désormais fabriquer son pain avec de l'eau de Seine. Espérons que la boulangerie civile ne restera pas en arrière sur celle des hôpitaux. Ne laissons pas du reste échapper cette occasion de répéter une fois de plus que l'eau de Seine elle-même, quoique bien supérieure à celle des puits, n'offre pas cependant toute la pureté que l'on obtiendrait si, au lieu de la puiser en aval de Paris, on la puisait en amont. C'est une remarque que M. Chatin a depuis longtemps formulée et qu'il a cherché à placer sous la protection des petites maîtresses du grand et du petit monde, en leur montrant qu'elles prennent chaque matin une goutte, plus ou moins, de fluide rénal dans leur chocolat ou leur café au lait. Jusqu'à présent, les petites maîtresses n'ont point paru se trop dégouter de cet assaisonnement, puisqu'elles n'ont pas encore obtenu de leurs parents, époux ou.... amis, de faire puiser l'eau de la capitale en amont du pont de Bercy.

— L'illustre nomenclaturotapotopathe, M. le professeur Piorry, a fait savoir à l'Académie qu'il avait eu l'idée de traiter les diabétiques en leur donnant tout le sucre dont ils ont besoin pour leur consommation, au lieu de les en priver, comme l'ont proposé une foule de vieux thérapeutes qui continuent à faire de la vieille médecine et à parler un vieux français. L'idée de M. Piorry est de celles dont on peut, à la manière de M. de Girardin, enfanter une chaque matin sans se fatiguer la cervelle. C'est tout ce qu'on en peut dire pour le moment.

— La même réserve nous est imposée relativement à l'emploi des fumigations intra-pleurales que propose M. Ancelet après l'opération de la thoracentèse. Les motifs que donne l'auteur à l'appui de son projet nous paraissent très-sujets à controverse ; mais on nous sait peu disposés, quand il s'agit de thérapeutique, aux controverses qui ne peuvent reposer sur des faits.

— Nous terminerions cette revue comme nous l'avons commencé en appelant l'attention sur un travail très-sérieux de M. Guillet, si l'extrait de ce travail publié par les *Comptes rendus* nous permettait de nous en faire une idée plus nette. Nous voyons bien par cet extrait que l'auteur

a étudié son sujet avec toute l'attention et la précision qu'on était en droit d'attendre de son esprit positif; mais nous le voyons par les résultats plutôt que par les preuves, et nous sommes très-ami des preuves; en attendant qu'elles passent sous nos yeux, disons cependant que nous sommes fort disposé à les croire bonnes, par cela seul qu'elles viennent de M. Guillet. Disons aussi, en passant, qu'en considérant comme un bruit artériel, le bruit des chloro-anémiques, le jeune physiologiste adopte sur ces bruits la théorie qui nous paraît avoir aujourd'hui, à beaucoup près, le moins d'arguments en sa faveur. H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Transformation des maladies par la contagion des animaux à l'homme et réciproquement. — Influence de la vaccine sur la mortalité des adultes.**]

Ce ne sera pas encore pour cette fois que nous ferons des compliments à M. Trousseau; mais nous ne désespérons pas de voir cette occasion tant cherchée se présenter enfin. Puisse-t-elle venir plus tôt que plus tard.

M. Leblanc, on ne sait trop pourquoi, rapporte qu'un maréchal-ferrant, après avoir ferré sans le toucher un cheval affecté d'*eaux aux jambes chroniques*, avait vu se développer des pustules présumées vaccinales sur le dos d'une de ses mains précédemment atteintes de phlegmon diffus. M. Leblanc est disposé à croire que, même sans contact, la maladie du cheval a pu se transmettre à l'homme et se traduire chez ce dernier par des pustules aiguës (*peut-être* vaccinales), attendu qu'autour des plaques chroniques qui constituent la maladie du cheval, il peut se former des pustules qui suivent une marche aiguë; cette circonstance est nécessaire, les maladies ne pouvant, suivant M. Leblanc, se transmettre d'une espèce à une autre qu'*en conservant leurs caractères*.

A cela M. Trousseau répond beaucoup de choses assez confuses, mais dont les principales peuvent être ainsi résumées :

1° La dernière opinion de M. Leblanc est une *hérésie*, car le *sang de rate*, en se transmettant à l'homme, produit chez celui-ci des phénomènes très-différents de ceux qui le caractérisent chez l'animal;

2° Les pustules du maréchal-ferrant étaient très-probablement, sinon certainement, vaccinales, des recherches allemandes ayant démontré que les *eaux aux jambes* des chevaux inoculent très-bien le cowpox (1) à l'homme... etc.

On reconnaît à ces quelques mots la fameuse méthode d' « *indagation*, » familière à M. Trousseau. Le maréchal-ferrant a-t-il eu réellement des pustules vaccinales sur la main? voilà ce dont un esprit vulgaire aurait d'abord voulu s'assurer, et ce qu'on ignore absolument. Mais ce n'est pas ainsi que procèdent les *indagateurs* : le maréchal-ferrant *a dû* toucher le cheval en le ferrant; donc les pustules dudit maréchal-ferrant *ont dû* être vaccinales; donc les *eaux aux jambes* communiquent la vaccine; donc les maladies se *transforment* en passant d'une espèce à une autre; donc..... donc....., autant de lignes de *donc* qu'il vous plaira, car une fois lancé sur une telle voie, on peut pérorer ou écrivasser jusqu'à la fin des siècles, sans arriver aux limites de la rêvasserie humaine.

(1) M. Trousseau, beaucoup plus Anglais qu'un Anglais en fait de prononciation, prononce *kaaó-pox*. C'est au moins trop d'un *a*.

M. Delafond a cherché à mettre un frein à ce luxe d'imagination. Il a fait voir qu'il ne suffisait pas aux esprits rassis, pour admettre la transformation d'une maladie, que l'inoculation de cette maladie produisît chez l'homme des symptômes différents de ceux qu'elle occasionne chez l'animal; il faut encore que cette même maladie, inoculée de l'homme à un animal de même espèce que celui qui a fourni la matière de la première inoculation, produise, chez le second animal, des symptômes différents de ceux observés chez le premier. Or, c'est jusqu'à présent ce qui n'a pas été observé. Le *sang de rate* inoculé à l'homme produit bien chez celui-ci la pustule maligne, dont les symptômes diffèrent de ceux qui traduisent la maladie chez l'animal; mais la pustule maligne, inoculée de l'homme à l'animal, reproduit chez celui-ci tous les phénomènes du *sang de rate*, preuve convaincante (pour les esprits par trop *indagateurs*), que la maladie n'est nullement transformée.

Nous pourrions réduire ainsi à leurs véritables proportions les diverses inspirations formulées avec trop d'accentuation (même au point de vue de l'art) par M. Trousseau. Mais comme la discussion n'est pas terminée, et que M. Bousquet se propose de reprendre la parole, nous discuterons alors la valeur des expériences de MM. Trousseau, Bretonneau et de Puységur sur les vaches, génisses et autres quadrupèdes.

Pour aujourd'hui, terminons en adressant de vives et sincères félicitations à M. Bertillon à qui nous espérons faire prochainement des compliments plus motivés en rendant compte du remarquable livre qu'il va faire paraître, et dont nous avons pu déjà apprécier le grand intérêt par ce qui en a paru dans l'*Union médicale*.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Des effets du contact de l'air sur les tissus du corps humain,

Par M. le Dr MATTEI.

M. le professeur Malgaigne, qui sait mettre toujours l'agréable à côté de l'utile, a, dans la dernière séance de l'Académie, lancé une véritable bordée de boulets rouges contre la méthode sous-cutanée; attaquant même le principe qui sert de base à ce moyen chirurgical, il a appelé *aérophobes* ceux qui craignent le contact de l'air sur nos tissus. Si par opposition on voulait appeler par un seul mot ceux qui trouvent à ce fluide tant de bonnes qualités pour le contact de nos tissus, on pourrait les dénommer alors des *aéromanes*, et Dieu le veuille; mais je crois que nous allons assister à un débat entre ces deux sortes d'académiciens.

En mars 1853, je lus devant l'Académie un mémoire sur les principes qui régissent la réunion naturelle et artificielle des plaies, et la question du contact de l'air me parut, comme elle me paraît encore, capitale. Malheureusement, mon mémoire a eu le sort de tant d'autres, il est resté jusqu'ici dans les cartons du rapporteur (1).

Mes idées depuis lors, je dois le dire, se sont un peu modifiées, et je reconnais que la réunion immédiate, quoique habilement tentée à Paris, réussit moins souvent que dans le midi de

(1) Ce mémoire contient la description d'une ligature de vaisseaux qu'on peut ôter à volonté, ce que je fais longtemps avant la chute spontanée, et, de cette manière, j'ôte de la plaie un corps étranger qui y provoquait la suppuration.

la France ; mais si, dans la capitale, les conditions individuelles ou des milieux ne sont pas favorables, le principe n'en reste pas moins le même.

Comme M. Malgaigne ne veut pas s'écarter de l'observation et de la vérité, je me permettrai de faire ici quelques réflexions sur les effets du contact de l'air sur nos tissus. Ce que je vais dire ne m'éloignera pas, je l'espère, de l'illustre académicien. On ne s'arrête jamais plus volontiers que devant ceux qu'on admire.

La présence de l'air atmosphérique est une des conditions qui entretiennent la vie. Au fond des eaux comme dans la croûte terrestre, là où il n'y a pas d'air il n'y a point d'êtres vivants; de sorte qu'on croirait pouvoir dire que ce fluide doit être innocent en venant en contact avec nos tissus, qu'il doit être même utile. C'est là cependant une erreur.

Si la bonne nature a mis de l'air dans tout l'espace où les êtres vivants sont plongés, c'est que ceux-ci en ont besoin à chaque instant pour l'accomplissement d'une fonction, mais quant au reste, elle a eu soin de chasser ce fluide de tous les tissus.

Le corps humain, quoique offrant un grand nombre de cavités, de canaux, d'interstices, n'offre pas cependant des vides accessibles à l'air. La peau, qui est en contact permanent avec ce fluide, a plutôt pour fonction d'excréter que d'absorber ; de sorte que les voies respiratoires seules ont la faculté d'être mises en contact avec ce fluide pour absorber un de ses principes, l'oxygène, et lui céder l'acide carbonique qui provient du détritus de nos organes.

Voilà le véritable rôle physiologique de l'air.

Si le contact de ce fluide avec nos tissus eût été indifférent, la nature ne les en aurait pas si bien garantis. Ainsi, les phénomènes intimes de la nutrition, des sécrétions, des excrétions, de la circulation, des mouvements, ainsi que tous les appareils destinés à ces fonctions, sont placés à l'abri du contact de l'air.

Les membranes même qui sont en contact permanent avec ce fluide en sont séparées par une couche moins organisée, et si, comme nous le dirons plus loin, on enlève l'épiderme à la peau ou l'épithélium et le mucus aux voies respiratoires, l'individu est aussitôt averti du contact de l'air par une sensation douloureuse, qui persiste jusqu'à ce qu'une couche de lymphe vienne recouvrir la membrane dénudée. Qui sait même si la première fois que ce fluide vient en contact avec la peau et la muqueuse pulmonaire, il ne produit pas une sensation douloureuse. Les cris du fœtus naissant, qui vont quelquefois jusqu'à la toux et à l'éternument, semblent confirmer cette idée. Quoi qu'il en soit, on peut dire physiologiquement parlant que l'air est fait pour les voies de la respiration et non pour les autres parties du corps. Venons maintenant aux phénomènes pathologiques :

Quand une cause quelconque divise nos tissus pour les mettre en rapport avec l'air extérieur, le sang s'épanche entre les lèvres de la plaie, et, en se coagulant, leur sert d'organe protecteur. Le travail organisateur de la lymphe plastique se fait toujours à l'abri du contact de l'air, et si rien ne la protége, on voit que les couches superficielles de cette lymphe se concrètent pour servir d'organe protecteur aux couches profondes. Dès que les tissus sont mis à couvert, la douleur diminue pour reparaître si on fait tomber à tout prix cette enveloppe naturelle.

Ici deux cas peuvent arriver : 1° Les nouvelles surfaces sont maintenues dans un contact aussi paisible qu'immédiat, et alors la première lymphe plastique qui s'épanche sert de ciment aux vaisseaux divisés. La circulation se rétablit bientôt entre les deux bords de la plaie et ce travail diffère peu des réparations physiologiques de nos tissus ; 2° les nouvelles surfaces restent à distance et l'interstice est rempli par du sang sous lequel s'opère la précipitation de la lymphe organisatrice qui, plus tard, se charge de la résolution du sang lui-même.

Voilà la réunion primitive ou sans suppuration. Elle peut être immédiate, comme on voit, ou médiate.

La réunion secondaire est celle qui se fait avec suppuration. Ici les conditions locales ou générales empêchent la réunion primitive. La réunion avec suppuration est un moyen extrême, et le pus n'est qu'un produit d'excrétion. Si la plaie est extérieure, ce liquide, en se desséchant, sert de corps isolant contre l'action de l'air, comme nous avons vu que cela avait lieu pour le sang. Si la plaie est intérieure, le pus est conduit au dehors par voie d'ulcération ou il est absorbé. Dans le premier cas, si les surfaces de la plaie sont maintenues en contact, la réunion peut se faire d'une manière immédiate, presque comme s'il n'y avait pas eu suppuration ; dans le second, la réunion est médiate. Le produit de la réparation est ici ce que Dupuytren a appelé tissu cicatriciel et Delpech tissu inodulaire.

Que la réunion des tissus soit primitive ou secondaire, médiate ou immédiate, c'est toujours la lymphe plastique qui s'organise pour réparer la solution de continuité, et cette réparation se fait toujours en dehors du contact immédiat de l'air. Il n'est pas cependant indifférent d'avoir la réunion avec suppuration ou sans suppuration.

Dans la première, il y a ce qu'on est convenu d'appeler l'inflammation la plus franche. Gonflement, rougeur, douleur, chaleur, frissons, fièvre, et souvent des accidents primitifs ou secondaires qui peuvent compromettre la vie du malade.

Dans la réunion sans suppuration tout est local, rarement il y a ce que nous sommes convenus d'appeler l'inflammation ni la fièvre. Le repos de la partie malade suffit à sa guérison. Il n'y a jamais d'accidents. Les solutions de continuité les plus graves, comme nous le voyons pour les fractures simples, les luxations, les déchirures des tendons et des muscles, tout cela peut se réparer de la manière la plus simple.

Il n'y a pas de parallèle à établir entre ces deux réunions, et le jour où l'on pourra conjurer la suppuration et ses accidents, comme l'a dit M. Malgaigne, on aura rendu un service immense à la chirurgie et à l'humanité.

Ainsi tout le monde est d'accord pour préférer l'adhésion à la suppuration, il ne s'agit plus que de savoir quelles sont les chances que le contact de l'air apporte dans les diverses réunions que nous avons indiquées. Hé bien! tout médecin de bonne foi conviendra qu'une plaie est d'autant plus exposée à suppurer qu'elle est abandonnée à l'air. Le contact de ce fluide n'est jamais immédiat comme nous avons vu, mais il est d'une grande influence sur les résultats ; ainsi ce ne sont pas seulement la suppuration et tous les accidents de l'inflammation qu'il faut remarquer; la cicatrisation est plus lente que si elle se faisait à l'abri du contact de l'air, et la cicatrice, plus épaisse, acquiert parfois tant de force rétractile qu'elle peut faire dévier le tronc et les membres.

Maintenant, ces résultats dépendront-ils de l'action que l'air exerce sur le sang, le pus ou la lymphe, et à la suite de laquelle ceux-ci perdent de leurs qualités protectrices? La chose est possible; il ne serait même pas extraordinaire qu'il leur donnât des qualités irritantes. Mais nous nous contenterons de constater le fait sans l'expliquer, et comme il est réel, il faut conclure que l'on doit, autant que possible, soustraire les plaies au contact de l'air.

Ce précepte était si naturel qu'il a été mis en pratique dès les premiers âges du monde.

Les Égyptiens et les Hébreux (1) se contentaient de laver la plaie et de la panser une fois tous les sept jours; c'est-à-dire qu'ils la soustrayaient au contact de l'air pendant tout ce temps. L'hygiène cependant était largement pratiquée chez ces derniers. Les sauvages de l'Amérique, et, sans aller si loin, les habitants de nos campagnes, après avoir placé sur les plaies des ingrédiens plus ou moins nuls, laissent la partie sans pansement jusqu'à la guérison.

Dans les armées, il est arrivé que les malades ne pouvaient pas être pansés pendant longtemps, et lorsqu'on croyait trouver leurs plaies dans l'état le plus déplorable, on les trouvait guéries. Ces résultats ne pouvaient faire moins que de suggérer l'idée des pansements rares, dont le résultat est en définitive la soustraction de la plaie au contact de l'air.

(1) Voir *Levitiq.*, ch. XIII.

Depuis Hippocrate jusqu'à notre siècle, on a enregistré le nom de mille pommades, eaux, emplâtres, et autres topiques merveilleux pour la guérison des plaies, et cependant, l'onguent qui a le plus survécu est un simple corps gras qui porte le nom de cérat de Galien, c'est-à-dire un corps isolant. Si aujourd'hui on se trouve bien de la glycérine, c'est qu'elle ne se dessèche pas à l'air, et conserve sur la plaie une couche unie et souple qui favorise l'organisation de la lymphe plastique.

Lorsque dans ces vastes plaies des jambes, la cicatrice est si épaisse qu'elle tiraille les tissus et se déchire avant d'être achevée, on n'a qu'à les recouvrir de sparadrap qu'on laisse sur place pendant longtemps, et la cicatrice qui se forme est alors mince, élastique et plus durable.

Pour conclure avec les plaies, nous dirons que la nature, l'instinct et l'observation veulent qu'on dérobe, autant que possible, les plaies au contact de l'air. Ce serait en vain qu'on voudrait voir là de l'aérophobie; et du reste, si les partisans de l'air ne craignaient pas ce fluide, ils ne recouvriraient jamais les plaies de leurs malades. Or, ils sont loin de suivre cette pratique, de sorte que leurs actions trahissent leur théorie.

Le seul et unique avantage que nous paraisse avoir le contact de l'air dans les plaies, c'est celui d'arrêter l'hémorrhagie capillaire en favorisant la coagulation du sang; mais cet avantage est souvent contrebalancé, comme nous avons vu, par des inconvénients consécutifs. Le sang desséché à l'air est un corps étranger qui ne peut plus être résorbé, il faut qu'il soit rejeté au dehors.

Maintenant, nous dirons avec nos adversaires que, pour éviter le contact de l'air dans les plaies, il ne faut pas fermer toute issue au pus dès qu'il est formé, ni même au sang dès qu'il est abondamment épanché. Dès que ces collections existent, dans les plaies surtout qui communiquent avec l'extérieur, la réunion primitive est manquée; il faut savoir favoriser alors la réunion secondaire, et on peut le faire en facilitant la sortie du pus, tout en empêchant l'entrée de l'air dans le foyer.

Si des dissidences existent sur le contact passager de ce fluide sur les plaies, la plupart des chirurgiens sont au moins d'accord pour dire que l'air emprisonné avec du pus ou avec d'autres matières excrémentitielles au sein des clapiers, est souvent la cause d'infections putrides mortelles.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Hypertrophie éléphantiasique des mamelles,

Par M. le Dr Rousseau.

Césarine B...., née à Biauwez (Belgique), âgée de 28 ans, grande, de forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, s'est occupée dans sa jeunesse à de rudes travaux; elle est mariée à un ouvrier de grosse forge à Anor, département du Nord.

Son père est mort jeune; sa mère vit encore, est robuste; ses sœurs et ses cousines germaines, fortes filles, ont les seins très-développés, et l'une de ses sœurs, pendant sa grossesse, vit ses mamelles augmenter outre mesure; elles revinrent presque à leur état normal après l'accouchement.

Réglée à quinze ans, elle offrait une exubérance de seins tellement peu commune que, dans son village et les environs, on disait en patois qu'elle en possédait une *charretée,* qu'elle dissimulait avec soin en se comprimant la poitrine; aucun travail inflammatoire n'y fut jamais observé. Elle eut ses règles pour la dernière fois le 15 mars 1856, et l'on présuma une grossesse; puis aussitôt elle fut affectée d'une fièvre typhoïde pour laquelle elle fut traitée pendant un mois par un médecin distingué de Maubeuge, le docteur Julien. Pendant cette maladie, ses seins prirent un développement extraordinaire, qui n'a fait qu'augmenter depuis.

Actuellement, Césarine B.... est toujours couchée : le volume et le poids de ses seins la mettent dans l'impossibilité de se tenir ou debout ou assise; tous les moyens possibles ont été imaginés, mais en vain, pour alléger dans la station ces deux masses. La figure est maigre, le teint pâle, l'appétit bon, la voix forte, le pouls toujours précipité, et offrant 90 pulsations par minute. Ses énormes mamelles lui tombent sur les cuisses, et elle est forcée de se tenir constamment sur l'un des côtés, ce qu'elle ne peut faire que lorsqu'on a soulevé préalablement et avec peine ces deux masses hypertrophiées. A chaque instant il faut changer la situation de la patiente; c'est une torture continuelle.

Chaque mamelle a 70 centimètres de longueur et 90 de circonférence; la peau est épaisse; les pores sont espacés, presque béants, en proportion de l'hypertrophie des organes; la couleur de la peau est normale; il n'y a pas la moindre trace d'infiltration œdémateuse. En palpant, on sent que l'on manie une masse spongieuse, et le tremblotement de cette masse, quand on la meut, fait comprendre qu'elle est imprégnée d'un liquide. Le sein gauche n'a plus de mamelon : une excroissance s'y était développée et elle est tombée avec lui; le sein droit, à la place du mamelon, présente une masse dure, squirrheuse, noirâtre à la surface, avec odeur de gangrène, et une suppuration superficielle et fétide.

Déjà plusieurs médecins ont été appelés à donner leur avis sur le traitement à suivre pour combattre cette hypertrophie monstrueuse. Les opinions furent diverses, en raison de la complication de grossesse; les uns proposèrent un avortement pour arrêter le développement des seins, d'autres l'amputation, d'autres un séton. La première fois que je fus demandé, il me parut rationnel de m'assurer préalablement de la nature du contenu de ces deux mamelles si remarquables. Après avoir pris l'avis d'un médecin d'une grande prudence et d'un grand savoir, je me décidai à faire une ponction exploratrice, et dans le courant de septembre j'enfonçai un trocart à une profondeur de 6 centimètres; il s'écoula par la canule, lentement et goutte à goutte, un liquide limpide qui, après être tombé dans le vase, se coagulait, en blanchissant un peu à la surface, à la façon du collodion qui s'épaissit; à la partie inférieure, le liquide restait moins épais et comme albumineux. Au bout de quelques minutes la canule s'obstrua, l'écoulement cessa, et je fus obligé de retirer l'instrument. Aussitôt un petit vaisseau hypertrophié de la peau laissa échapper du sang mélangé avec le liquide albumineux. Craignant que la malade, déjà fortement impressionnée, ne s'affaiblît, je fis une compression légère, et un instant après tout s'arrêta.

Depuis ce temps, Césarine B.... est toujours dans le même état; elle est continuellement couchée, boit et mange bien, et attend que le terme de la grossesse amène un changement quelconque à cette étrange situation.

La science offre peu d'exemples d'une hypertrophie aussi monstrueuse; quelques recherches dans les auteurs ne m'ont indiqué qu'un seul cas cité par Vidal de Cassis, de regrettable mémoire, et provenant des œuvres d'Astley Cooper, traduites par MM. Chassaignac et Richelot.

(Revue de thérap. méd.-chir.)

Gangrène de la muqueuse buccale produite par le froid,

Par M. le Dr Chaloin, de Broût-Vernet.

X...., âgé de 59 ans, a passé la journée du 27 janvier 1855 à couper du bois, les pieds constamment dans la neige. Réchauffé par le travail, il s'est plusieurs fois désaltéré en faisant fondre de la neige dans sa bouche. Le lendemain, la muqueuse buccale est tuméfiée; celle qui recouvre le pourtour interne de la mâchoire inférieure est partout décollée, dépasse le niveau des

dents, et présente un aspect fongueux d'un rouge violacé; la langue, non tuméfiée, est refoulée au fond de la voûte palatine. — Facies inquiet, extrémités froides, sommeil agité avec un peu de délire; pouls plein à 100. — Des scarifications sur la muqueuse donnent issue à du sang noir et fétide. (Cautérisations avec le nitrate d'argent; 20 sangsues sous la mâchoire; gargarismes avec décoction de quina et chlorure de chaux; frictions sèches aux extrémités, suivies de sinapismes.) Il est impossible de faire pénétrer un seule goutte de liquide dans l'estomac. Cinq heures plus tard la fièvre est calmée. Forte odeur de gangrène; le malade succombe peu de temps après.

(*Bull. de la Soc. méd. de Gannat.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 janvier 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Hygiène. — Fabrication du pain des grandes villes. — Dans des recherches étendues sur les quantités de nitrates contenus dans le sol et dans les eaux, recherches dont les résultats sont surtout applicables à l'agriculture, se trouveront les passages suivants, que les hygiénistes liront avec un vif intérêt.

. . . .

. . . . Mais c'est dans les puits des grandes villes que l'on rencontre les plus fortes quantités de nitrates. Ce fait est connu depuis longtemps, et M. Henri Sainte-Claire Deville a dosé, dans une eau puisée à Besançon, l'équivalent de 198 grammes de nitrate de potasse par mètre cube. La proportion de nitre que j'ai rencontrée dans des eaux provenant de quarante puits choisis dans les douze arrondissements de Paris est encore plus élevée. Les dosages ont été exécutés par les deux procédés que j'ai toujours employés comparativement, la décoloration de l'indigo et la méthode ingénieuse que l'on doit à M. Pelouze.

Les eaux dans lesquelles il y a eu le moins de nitrates provenaient de puits situés :

	Nitrate de potasse.
Rue Guérin-Boisseau, on a dosé par mètre cube l'équivalent de .	206 gr.
Rue Saint-Martin, »	223
Rue Saint-Georges, »	238
Rue des Petites-Ecuries, »	258

Les eaux qui ont donné le plus de nitrates avaient été puisées dans les quartiers les plus anciens.

Dans l'eau de puits situés :

	Nitrate de potasse.
Rue du Fouarre, on a dosé par mètre cube l'équivalent de. .	1 kil,031
Rue du Foin-Saint-Jacques, »	1 ,500
Rue Saint-Landry, »	2 ,093
Rue Traversine, »	2 ,165

La forte proportion de nitrates trouvée dans l'eau des puits de la capitale est due, sans aucun doute, aux modifications que subissent les matières organiques dont le sol est constamment imprégné. La pureté de l'air et de l'eau, dont les effets se manifestent avec une si grande énergie sur la santé publique, doit en être profondément affectée. J'ai montré, à une autre époque, que la pluie, après avoir balayé, en la traversant, l'atmosphère d'une grande cité, tient en dissolution ou en suspension beaucoup plus d'ammoniaque, beaucoup plus de principes organiques putrescibles que lorsqu'elle tombe au loin dans la campagne; aujourd'hui je rappelle que l'eau des puits, après s'être infiltrée à travers un terrain comparable à une nitrière, est souillée de substances évidemment nuisibles. Tant il est vrai qu'une population condensée porte en soi les germes de l'insalubrité.

A Paris, en raison du milieu géologique qu'elle parcourt, l'eau rassemblée dans les puits n'est pas potable; on n'en boit pas, on n'en fait pas usage dans la préparation des aliments; d'après cela, on pourrait croire la population parfaitement à l'abri des inconvénients qu'elle peut présenter. Ce serait là une erreur, car il est facile d'établir que chaque habitant prend tous les jours la totalité des substances dissoutes dans un certain volume de cette eau. D'abord, on est convaincu que, dans l'intérieur des murs d'octroi, les *coupages* des gros vins et des liqueurs alcooliques ont lieu avec l'eau de puits, et il est avéré que les boulangers n'en emploient pas d'autre dans la confection du pain.

Mille kilogrammes de farine, pour être panifiés, exigent pour les différents levains et la pâte 617 litres d'eau.

Comme rendement, on obtient 1373 kilogrammes de pain, renfermant nécessairement toutes les substances solubles des 617 litres d'eau.

Dans un kilogramme de pain il y a donc tout ce qui se trouvait dans 45 centilitres d'eau de puits.

Voyons à présent ce que cette eau introduit de nitrates.

L'eau du puits de l'hôtel Scipion, la boulangerie des hospices, contient, par litre, l'équivalent de $0^{gr},31$ de nitrate de potasse; c'est une des eaux les moins chargées de sels.

Un kilogramme de pain, préparé avec cette eau, doit donc en retenir $0^{gr},14$. Un kilogramme de pain obtenu avec l'eau du puits de la rue Saint-Landry, retiendrait l'équivalent d'environ 1 gramme de nitrate de potasse.

A ces faibles doses, il est douteux que les nitrates soient malfaisants; mais ce que leur présence dans le pain a de fâcheux, c'est qu'elle est l'indice de matières organiques provenant évidemment de sources suspectes, des eaux ménagères par exemple, ou des infiltrations que laissent échapper les nombreuses fosses d'aisances établies en contre-bas du sol. Qu'on n'oublie pas d'ailleurs que chaque année les crues de la Seine, les inondations souterraines, mettent en communication les assises inférieures du terrain avec les assises supérieures, là où sont les réceptacles d'immondices, et que les eaux, en lavant le sol, charrient, dans ce qu'elles entraînent, des sporules de cette végétation cryptogamique, de ces moisissures toujours nuisibles et d'autant plus à craindre que leur organisme, si frêle en apparence, résiste néanmoins à la température que supporte le pain pendant la cuisson, comme l'a reconnu M. Payen, et plus récemment encore M. Poggiale

Dans un mémoire lu à l'Académie en 1852, j'ai déjà insisté sur le dégoût que les eaux de puits inspirent quand on sait, et personne ne l'ignore aujourd'hui, qu'elles sont employées dans la boulangerie. Déjà, si je suis bien informé, l'administration des hospices se met en mesure de procurer de l'eau de Seine à la manutention de Scipion. C'est, je n'en doute pas, un exemple qui sera imité, car on ne comprendrait pas pourquoi, à Paris, on persisterait à préparer le pain avec de l'eau impure. . . . .

. . . .

Diabète. — M. PIORRY adresse une note qu'il intitule : *Sur un nouveau système de médication employé avec succès dans le diabète sucré.* Les *Comptes rendus* en publient l'extrait suivant;

Une malade de mon service à la Charité, salle Sainte-Anne, nº 19, est atteinte de diabète avec production très-abondante de sucre. Du 2 au 12 janvier, elle a rendu par jour 10 litres d'urine. Les reins, le foie et tous les organes, à l'exception de la rate, légèrement hypertrophiée, étaient de volume normal. Ils ne donnaient lieu à aucun symptôme de maladie. Des accès fébriles, survenant le soir, cédèrent rapidement à 1 gramme de quinine dissoute dans l'alcool étendu d'eau.

Le 12 janvier, on soumet la malade à l'abstinence presque absolue des boissons et des aliments liquides; on lui donne 125 grammes de *sucre candi* et deux portions de viande. Le 13, l'urine sécrétée est dans la proportion de 10 litres et contient 58 pour 1,000 de sucre, comme les jours précédents. Les jours suivants, le même traitement est continué, et la quantité d'urine sécrétée n'est plus que de 2 1/2 litres à 3 litres par jour, et ne contient pas plus de sucre que 2 1/2 litres de ce liquide, formé avant le traitement.

Au 2 janvier, la perte de sucre avait été de près de 700 grammes en vingt-quatre heures; du 12 au 24 janvier, et bien que la malade ait pris du sucre candi, elle n'a plus été que de 135 grammes par jour. Le *poids* du liquide est resté à peu près à 1,060, comme il était avant le commencement du traitement.

L'idée qui m'a conduit à employer cette médication, très-différente de tous les moyens jusqu'ici employés, est celle-ci : il est reconnu aujourd'hui que la présence du sucre dans l'économie est indispensable à l'entretien de la vie. Or, dans l'état maladif du *diabète sucré*, les malades perdent d'énormes quantités de sucre. Les priver dans ces conditions de sucre et de fécules, c'est leur ôter les moyens de réparer les pertes qu'ils font sans cesse d'un principe utile. Il semble donc indiqué d'en rendre par l'alimentation. Le fait que je viens de rapporter tendrait, d'une part, à confirmer l'exactitude de

cette idée, et de l'autre à démontrer que l'abstinence des boissons est dans le diabète sucré d'une extrême importance.

J'avais déjà tiré quelque parti de la privation des liquides sur un malade qui rendait en un jour 30 litres d'urine non sucrée, et j'avais ainsi réduit à 1 litre la proportion de liquide urinaire évacuée dans les vingt-quatre heures. J'étais encore conduit à avoir recours à cette abstinence des boissons dans le diabète par les résultats si utiles que j'avais obtenus fréquemment de ce moyen dans des cas d'urines albumineuses.

Je suis loin de croire que le fait actuellement soumis à l'Académie juge la question du traitement du diabète ; je dis seulement qu'il est convenable de faire des expérimentations dirigées dans la voie nouvelle vers laquelle ce même fait conduit. Mon intention est ici de prendre date des premiers résultats obtenus, et je ne manquerai pas de soumettre à l'Académie ceux qu'ultérieurement j'aurai l'occasion d'observer.

Thoracentèse. — Fumigations. — M. Ancelet, de Vailly-sur-Aisne, adresse un mémoire intitulé : *De l'emploi des fumigations intra-pleurales consécutives à l'opération de la thoracentèse.*

Grâce aux travaux modernes, dit M. Ancelet, la thoracentèse, trop longtemps délaissée, prend chaque jour une place plus large dans la pratique et semble appelée à devenir une opération usuelle. Mais il ne suffit pas toujours d'évacuer le liquide ; il importe, dans certains cas, de modifier les surfaces ; or, les injections liquides, seul moyen qu'on ait proposé jusqu'ici, ne sont pas toujours applicables, du moins immédiatement, et on hésiterait presque toujours à y recourir dans le cas de suffocation imminente, c'est-à-dire dans le plus fréquent des cas qui conduisent à pratiquer l'opération : l'injection liquide faite en grande quantité comprimerait le poumon ; en petite quantité, elle n'agirait que sur une étendue très-limitée et toujours la même de la surface malade. Les gaz sont loin de présenter les mêmes inconvénients ; par leur force d'expansion, ils doivent se mettre en rapport avec toute la surface de la cavité dans laquelle ils pénètrent ; par leur densité moindre que celle de l'eau, ils n'opposent pas à l'expansion du poumon une résistance insurmontable. Comme, d'ailleurs, les expériences de MM. Trousseau et Leblanc, et l'observation clinique démontrent l'innocuité de la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, j'ai pensé qu'il en serait de même de plusieurs des gaz ou vapeurs qu'on pourrait avoir intérêt à injecter. C'est pour vérifier ces conjectures que j'ai entrepris les expériences qui font l'objet de ce mémoire. On y trouvera la description de ma méthode opératoire et de l'appareil dont je me suis servi. Agissant sur des animaux sains, je n'ai pu jusqu'ici constater que l'innocuité des fumigations iodées et non leur action thérapeutique; mais il y a lieu de penser que l'action de ce corps, sous forme gazeuse, sera, à l'intensité près, la même que sous forme de solution.

Physiologie de la voix. — M. Guillet adresse une note intitulée : *Mémoire sur la mesure des quantités d'air dépensées pour la production des sons de la voix. — De l'origine du mouvement vibratoire dans le larynx.* L'auteur en donne, dans les *Comptes rendus*, l'extrait suivant :

C'est un fait bien connu que la production des sons de la parole et du chant est accompagnée de l'émission d'une certaine quantité d'air. Tous les physiologistes en font mention, mais personne, à ma connaissance, ne s'est préoccupé d'étudier les variations que peut offrir la dépense de l'air pendant la phonation, suivant les circonstances relatives à la hauteur, à l'intensité et aussi à la nature des sons émis. L'étude de ces mesures, faite à l'aide de l'instrument que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie au mois de juillet dernier, fait l'objet de ce mémoire. J'y ai placé incidemment les réflexions que m'a suggérées l'étude des données nouvelles qu'elles paraissent fournir à la théorie de la voix.

Le procédé de mesure consiste à faire chanter ou parler dans un petit masque embrassant à la fois la bouche et le nez dans une cavité qui communique avec l'atmosphère par un tube de caoutchouc très-court, qui porte un spiromètre. La sortie de l'air n'est pas gênée; l'observateur examine le mouvement de l'aiguille qui lui fournit des renseignements sur la rapidité variable du courant d'air pendant que l'on parle ou que l'on chante......

J'ai pu étudier ainsi :

1° La dépense d'air d'un chanteur qui vocalise en donnant aux sons qu'il émet approximativement la même intensité, et en se tenant dans des limites peu éloignées de son *médium.* Dans ce cas, le courant d'air est à peu près uniforme : pourtant, quand le chanteur parcourt une échelle de sons ascendants, on observe presque toujours une accélération notable ;

2° La dépense d'air nécessaire pour l'émission des notes très-hautes d'une voix donnée : elle croît manifestement avec l'acuité des sons, à partir d'une certaine limite ;

3° La quantité d'air dépensée pour l'émission des notes très-basses d'une voix donnée. Chez les personnes qui ont quelque habitude du chant, elle décroît très-sensiblement, à mesure que les sons deviennent plus graves, à partir d'une certaine limite.

C'est donc quand les effets de la contraction des muscles du larynx, portés à leur plus grand degré de tension ou de relâchement, ne viennent plus combiner leur influence sur la hauteur des sons avec celle de la vitesse de l'air, que l'action de celle-ci devient complétement évidente.

4° La variation de la dépense avec l'intensité des sons, qui est extrêmement remarquable. Une note du médium peut être donnée avec une dépense variant de $0^{l},1$ à $0^{l},5$ et plus, suivant l'intensité.

Ces données nouvelles me paraissent confirmer l'opinion de Félix Savart, que la hauteur des sons fournis par l'organe vocal dépend à la fois de la grandeur des orifices du larynx, de la pression de l'air dans le poumon et de la tension des ligaments de la glotte. Toutefois, je n'ai pas cru devoir adopter l'hypothèse au moyen de laquelle l'illustre physicien explique l'origine du mouvement vibratoire dans le réclame, qui, comme on sait, présente avec l'organe humain une grande analogie de disposition.

L'origine du mouvement vibratoire me paraît devoir être rattachée aux chocs qui se produisent dans le fluide, lorsque celui-ci passe par un brusque rétrécissement. Ces chocs donnent lieu à une perte de forces vives mesurée pour les liquides par d'Aubuisson, et qui est évidente pendant la phonation ; car seule elle peut rendre compte des *efforts* du chant.

Le réclame et les larynx pourvus de ventricules présentent deux rétrécissements brusques très-rapprochés. En les faisant disparaître dans le petit instrument des chasseurs d'oiseaux par l'emploi d'ajutages, on ne peut plus en tirer de sons.

Un courant de liquide produit, en passant dans un réclame, un son analogue, à l'intensité près, à ceux qu'on entend sur le trajet des artères des individus chloro-anémiques. Pour expliquer ce fait, on ne peut pas recourir à l'hypothèse de Savart, qui s'appuie sur la compressibilité du fluide contenu dans le réclame, compressibilité infiniment moindre que dans le cas de l'air....

L'articulation des sons de la parole nécessite une dépense variable. Les voyelles exigent le moins d'air; les sons sifflants, produits par le passage de l'air dans un orifice rétréci, formé soit par les lèvres, soit par la langue placée près du palais, sont ceux qui en demandent le plus.

On peut, à ce point de vue, classer non-seulement les sons, mais les mots et les idiomes eux-mêmes, qui présentent de grandes différences relativement à la quantité d'air qu'il faut pour les parler pendant le même temps. Si les chanteurs préfèrent la langue italienne à toutes les autres, c'est en partie parce qu'elle ne les force pas à employer pour la prononciation l'air dont ils ont besoin pour le chant.

La *compensation* s'obtient quand on renforce un son sans changer sa hauteur par l'augmentation simultanée de la surface des orifices du larynx et de la pression : double cause d'accroissement de la dépense d'air.

Les chanteurs se font remarquer par des capacités pulmonaires exceptionnelles, qui sont d'autant plus considérables que la voix est plus puissante. J'ajouterai que les grandes capacités pulmonaires ne sont nullement le partage exclusif des personnes de haute taille, comme l'indique la loi de Hutchinson.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 février 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Loiret et du Var, en 1856.

— Un rapport de M. le docteur Justin, chirurgien de marine, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné, en 1856, dans le canton de Pont-Aven (Finistère). (Commission des épidémies.)

— Rapport sur le service médical de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains pendant l'année 1856, par M. le docteur Cabrol, médecin en chef de cet hôpital. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Candidatures. — Des lettres de MM. Champouillon, Réveil et Bertillon, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, médecine légale et police médicale.

Glycose. — Un mémoire intitulé : *Recherches comparatives sur les alcalis et les carbonates alcalins, considérés comme agents destructeurs de la glycose*, par M. Jeannel, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux. (Comm.: MM. Lecamus, Caventou et Poggiale.)

Hernie étranglée. — Note sur un nouveau cas de hernie étranglée, traitée avec succès par la belladone sous forme de potion, par M. Delarue, de Bergerac. (Commission déjà nommée.)

Gale. — Lettre de M. E. Barth, médecin à Berstett, relative au traitement de la gale par la benzine Colas. (Comm. : MM. Renault, Gibert et Robinet.)

— Lettre sur l'exactitude thérapeutique, par M. Pons, de Bez (près du Vigan). (Comm. : M. Trousseau, s'il y a lieu.)

Ophthalmoscope. — Note sur un nouvel ophthalmoscope de M. le docteur F.-A. de Souza et construit sur les indications de ce médecin, par M. Mathieu. — Nous publierons dans notre prochain numéro la description de cet instrument.

RAPPORT.

M. Robinet lit un rapport demandé par le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. Ce rapport a trait à un nouveau fébrifuge proposé par M. B...., ancien magistrat, et désigné sous le nom de *fébrifuge antipériodique français*. L'Académie avait chargé la Commission des remèdes secrets et nouveaux d'expérimenter avec les échantillons fournis par M. B...., dont l'auteur avait indiqué la formule.

Ce remède est un sel extrait d'un végétal et administré sous forme de pilules.

La Commission n'ayant pu obtenir de ses expérimentations aucun résultat décisif à cause de la rareté des fièvres intermittentes à Paris, a décidé de proposer au Ministre que le fébrifuge de M. B.... fût expérimenté en Afrique. La Commission n'ignore pas qu'un arrêté du Ministre de la guerre s'oppose à l'expérimentation des nouveaux médicaments sur les soldats; mais M. le Ministre de la guerre ayant établi une Commission chargée d'étudier l'action des succédanés du quinquina, et le remède proposé par M. B.... étant inoffensif, cette Commission pourra élucider la question dont il s'agit.

M. le Président fait observer que ce n'est pas en vertu d'un arrêté de M. le Ministre de la guerre, mais bien d'une décision du Conseil de santé des armées, que l'expérimentation ne se fait pas dans la troupe. Il ajoute que M. le Ministre n'a pas institué de Commission chargée de l'étude des succédanés du quinquina; mais que la Société de pharmacie de Paris ayant proposé un prix pour la découverte de nouveaux agents fébrifuges, M. le Ministre a promis d'augmenter de 2,000 francs le prix de la Société, dans le cas où un médicament remplissant les conditions demandées serait découvert.

M. Guérin demande la parole à propos du procès-verbal.

M. Guérin. A la fin de la dernière séance, préoccupé des graves questions soulevées par M. Malgaigne, j'ai laissé passer une interprétation inexacte de mes paroles. M. Malgaigne me fait dire que toutes les malades traitées par la méthode que je proposais sont mortes. J'ai dit seulement que je n'ai obtenu aucune guérison, mais sans éprouver aucun accident. Dans mon deuxième discours, j'ai dit que cette méthode m'a rendu de véritables services en prolongeant l'existence de trois ou quatre malades.

Eaux aux jambes. — Vaccine. — M. Leblanc lit un travail intitulé : *Quelques nouvelles réflexions*, à l'occasion du fait publié par MM. Manoury et Pichot, *sur la production de la vaccine* par les *eaux aux jambes* du cheval.

M. Leblanc commence par résumer le fait communiqué à l'Académie le 10 juin dernier, par MM. Manoury et Pichot.

Le fait est relatif à un sieur Brissot, ouvrier maréchal, qui, après avoir ferré un cheval atteint d'*eaux aux jambes*, aurait présenté au bout de quelques jours, sur la face dorsale des mains, des pustules ayant toutes les apparences des pustules vaccinales. Du liquide pris dans ces pustules, inoculé à un enfant, aurait développé toute la série de phénomènes qui caractérisent la vaccination. M. Bonsergent, vétérinaire à la Loupe, consulté par M. Leblanc sur les caractères extérieurs de la maladie du cheval ferré par Brissot, lui a donné les renseignements suivants :

La maladie datait de six mois, elle s'étendait jusqu'à la moitié des canons des membres postérieurs. La peau était, à ce niveau, épaissie, crevassée, dénudée de poils, couverte de bourgeons volumineux ; d'énormes excroissances tubéreuses existaient au paleron droit. Il existait un suintement très-abondant et très-fétide et une sensibilité extrême des parties malades, sur lesquelles le moindre contact déterminait un écoulement sanguinolent.

Tel était l'état du cheval quinze jours avant qu'il ne fût ferré par Brissot.

Le cheval, examiné de nouveau après que les mains de Brissot eurent présenté des pustules d'apparence vaccinale, présenta les mêmes symptômes, sauf le suintement, qui est un peu moins considérable, et l'odeur presque nulle. Dans l'écurie, petite et basse, se trouvaient un autre cheval et trois vaches de différents âges, dont aucun n'a jamais présenté d'éruption ni même de crevasses.

Dans une autre lettre adressée à M. Leblanc par M. Houelbecq, ancien médecin et maire de la commune de Belhomert, on voit que Brissot était employé chez un maréchal de la commune qui, non-seulement n'a jamais eu de vache, mais a déclaré ne jamais ferrer de bêtes bovines. M. Houelbecq croit pouvoir affirmer qu'il n'y a pas eu à Belhomert de vache affectée de cowpox, et que tous les enfants étant vaccinés dans l'année de leur naissance, aucun n'a été cette année atteint de petite vérole.

Une quinzaine de jours avant d'avoir ferré le cheval, le sieur Brissot était atteint d'érysipèle phlegmoneux qui envahissait tout le dessus de la main.

Les recherches de M. Leblanc lui ont montré que l'on a accusé plusieurs maladies du cheval très-distinctes les unes des autres d'être la cause de la vaccine. Ainsi Sacco, dans son *Traité de vaccination*, attribue la propriété de produire la vaccine non pas aux *os aux jambes*, mais au *javart*. M. Leblanc a constaté aussi qu'il existe de nombreuses dissidences entre les partisans de la génération de la vaccine par les *eaux aux jambes* relativement aux nuances de cette maladie. Loy, par exemple, n'accorde la propriété productive qu'au *grease* récent et général, tandis que *Viborg* croit avoir produit la vaccine en inoculant les *eaux aux jambes chroniques ;* mais on pense, en général, que le liquide des *eaux aux jambes* aiguës est plus favorable à l'inoculation.

Les renseignements communiqués aujourd'hui par M. Leblanc, prouvent que les *eaux aux jambes* du cheval ferré par Brissot dataient de six mois au moins, et que la maladie était locale, deux conditions qui, selon Loy, sont tout à fait défavorables à la production de la vaccine.

Il résulterait encore de ces renseignements ce fait extraordinaire qu'un homme, qui n'a probablement pas mis en contact avec les *eaux aux jambes* la partie de ses mains devenue le siége de pustules vaccinales, a pu être atteint de cowpox, pendant que les trois vaches et la génisse qui vivaient dans la même écurie que le cheval malade, n'ont ressenti aucune atteinte.

M. Leblanc insiste sur le fait de l'érysipèle phlegmoneux qui avait envahi la face dorsale des mains du sieur Bristol quinze jours avant l'inoculation, et se demande si on ne pourrait pas aussi bien rapporter à l'érysipèle lui-même l'origine des pustules qui ont pris tous les caractères de la vaccine. Cette dernière interprétation lui paraît assez probable.

M. Leblanc, après avoir discuté l'opinion de M. Bousquet et Bouley, qui admettait une sorte de transformation des maladies contagieuses, déclare qu'il a toujours remarqué, quant à lui, que des maladies contagieuses conservent leurs caractères essentiels alors même qu'elles passent d'une espèce à une autre ; exemple : la *morve*, le *charbon*, la *rage*. La vaccine ne doit pas très-probablement faire exception.

La transformation dont a parlé M. Bouley, en citant la production d'une simple tumeur sous la queue des bêtes bovines, par l'inoculation du liquide pris dans le poumon d'une vache atteinte de péripneumonie, ne ressemblent plus à celles admises par M. Bousquet ;

ce n'est même pas pour M. Leblanc une transformation, mais seulement une transposition de la manifestation locale de l'affection.

L'autre exemple cité par M. Bouley pour réfuter la proposition émise par M. Leblanc, relativement au moyen de s'assurer de la propriété contagieuse des *eaux aux jambes*, c'est-à-dire l'inoculation était moins mal choisie. La morve chronique ne s'inocule pas facilement, mais elle se communique de bien d'autres manières, sans jamais se transformer. Personne aujourd'hui ne regarde la morve et le farcin, qui peuvent se reproduire l'une par l'autre, comme deux maladies distinctes; elles ne diffèrent en quelque chose que sous le rapport du siége. En est-il de même des *eaux aux jambes*, des *javarts* et de la *vaccine?* Non, certainement.

Il n'a pas été possible à M. Leblanc d'inoculer à des enfants et à des génisses le liquide des *eaux aux jambes* du cheval ferré par Brissot, qui avait été équarri lorsque le fait de l'inoculation fut connu.

M. Leblanc pense, en résumé, que le fait communiqué par MM. Maunoury et Pichot, ainsi que tout ce qui a été dit auparavant, est bien loin de décider la question de la production de la vaccine par les eaux aux jambes, et que tout porte à croire que cette maladie du cheval ne se transmet ni à l'homme, ni aux animaux, sous quelque forme que ce soit.

M. Trousseau demande la parole.

M. Trousseau. M. Maunoury a fait et fait sans cesse les expériences les plus intéressantes et les plus concluantes sur la propagation des maladies des animaux à l'homme. Chacun des membres de l'Académie a pu s'en assurer en lisant dans les journaux les travaux de ce médecin. Or, M. Leblanc s'est servi d'un argument qui est une véritable hérésie. Il dit que les maladies se transmettent des animaux à l'homme en conservant leurs caractères propres. M. Maunoury, surpris de l'extrême fréquence de la pustule maligne dans le voisinage de Chartres, et voulant savoir si cette affection est contagieuse et comment elle l'est, prit, hors du département d'Eure-et-Loir, des moutons jouissant d'une très-bonne santé, les nourrit dans ses écuries et leur a inoculé le sang de rate. Ces moutons succombèrent quarante heures après l'inoculation.

Voilà donc un résultat bien net : le sang de rate inoculé à des animaux de même espèce, produit le sang de rate, tandis que les hommes qui équarrissent ces animaux sont atteints d'une maladie très-différente, de la pustule maligne.

M. Trousseau n'ose pas affirmer que les *eaux aux jambes* transmettent le cowpox aux vaches. Mais des expérimentateurs dignes de foi ont établi qu'avec du pus d'*eaux des jambes* des chevaux, ils ont pu produire le cowpox, et ce cowpox la vaccine. — M. Trousseau défie M. Leblanc de pouvoir, sur mille expériences, réussir à transmettre le cowpox de l'homme aux génisses ou aux vaches une seule fois.

M. de Puységur a fait à ce sujet, et M. Bretonneau a confirmé les expériences les plus concluantes.

M. Trousseau fait observer en outre que, quoique chroniques, les *eaux aux jambes* peuvent, sur les limites du mal, avoir en quelque sorte le caractère de l'acuité, comme on voit autour des *eczema rubrum* se développer souvent de nouvelles vésicules, et en cela il ne serait pas impossible que le liquide recueilli dans la partie où l'éruption est à l'état aigu, puisse faire naître le *cowpox*.

Cherchant à interpréter le fait relatif à Brissot, M. Trousseau pense que cet homme, qui avait eu un érysipèle sur la main et ayant des crevasses, a touché avec sa main le liquide des *eaux aux jambes* du cheval qu'il ferrait, et qu'ainsi s'est faite l'inoculation. Des faits pareils s'étant passés en Allemagne, l'orateur ne voit pas pourquoi M. Leblanc nie leur possibilité.

M. Bousquet. Il y a deux époques dans l'opinion de Jenner : dans la première, le célèbre médecin crut que l'origine primitive du cowpox était la vache; dans la deuxième, c'était le cheval : M. Maunoury a publié en faveur de la seconde opinion de Jenner.

M. Bousquet ajoute que, pourvu qu'on choisisse bien les sujets, l'inoculation du cowpox de l'homme sur les génisses est suivie de succès. Douze fois M. Bousquet a réussi sur des génisses de M. Fourcaud. Mais la variole n'a jamais pu être inoculée de l'homme aux animaux.

M. Trousseau demande si M. Bousquet a repris du cowpox sur les génisses inoculées et l'a expérimenté sur l'homme.

M. Bousquet. Oui.

M. Trousseau. Jamais ce fait n'a eu lieu dans les expériences de M. Bretonneau ni dans celles de M. de Puységur. Les deux expérimentateurs ont obtenu des pustules, mais non inoculables et se desséchant très-rapidement.

M. Delafond. M. Trousseau dit que l'inoculation du sang de rate produit sur l'homme la pustule maligne, mais si on inocule un animal avec un liquide provenant de la pustule maligne, on produit constamment le sang de rate chez les animaux. M. Garreau, vétérinaire, et M. Poulain, médecin à Châteauneuf, ont démontré ce fait.

L'inoculation du cowpox des enfants aux vaches réussit également. L'Académie m'a donné une médaille pour avoir prouvé cela en 1834. Le rapport de la Commission fut fait par M. Girardin.

M. Leblanc. M. Delafond a répondu mieux que je ne l'aurais fait moi-même. Les maladies conservent leurs caractères essentiels à travers la transmission. La pustule produit le sang de rate, et réciproquement.

M. Renault. Des expériences faites à l'école d'Alfort, bien avant celles de M. Maunoury, ont constaté que la pustule maligne succède à la contagion *du sang de rate*.

LECTURE.

M. Bertillon donne lecture à l'Académie d'un travail sur la vaccine, intitulé : *Note à l'Académie*. Dans ce travail, l'auteur démontre que la vaccination consolide la vie de l'enfance et n'a aucune action fâcheuse sur la vie de l'adulte. — Nous publierons prochainement un extrait de ce travail.

La séance est levée à cinq heures moins vingt minutes.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous avons assisté lundi dernier à la séance annuelle de l'Académie des Sciences. — Nous sommes obligé de remettre à un prochain numéro la liste des lauréats qu ont obtenu des prix, et le compte rendu des discours qui ont été prononcés.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 17. 5e année. Samedi 7 Février 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Des effets du contact de l'air sur les tissus du corps humain,

Par M. le Dr Mattei.

(Suite et fin. Voir le n° 16.)

Nous venons de voir que l'action de l'air sur les solutions de continuité de nos tissus est loin d'être bénigne, et que, le plus souvent, elle y provoque la suppuration.

Nous allons maintenant jeter un coup d'œil sur les maladies des principaux organes dans lesquels l'air joue un certain rôle.

Pour la peau, par exemple, où le contact de l'air est permanent, si l'on enlève l'épiderme et que le fluide soit mis en contact immédiat avec les papilles nerveuses, il y a un sentiment de douleur très-prononcé. Ce n'est guère l'ampoule du vésicatoire qui est douloureuse, mais l'enlèvement de cette ampoule, c'est le contact de l'air avec le derme. Ceux qui ont eu des brûlures au deuxième degré disent que la douleur produite par ce contact sur le derme dénudé, produit un plus fort sentiment de brûlure que celle du feu lui-même.

Dans les érysipèles, on a employé une foule de topiques, et si l'on faisait des statistiques, on verrait que les meilleurs sont ceux qui préservent le mieux la peau du contact de l'air.

Dans les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané et même de parties plus profondes, on a reconnu depuis longtemps que les embrocations huileuses, les cataplasmes, les corps gras, le collodion, etc., sont les moyens les plus efficaces, et ces moyens n'agissent guère qu'en isolant la peau du contact de l'air, ainsi qu'en empêchant l'évaporation de la perspiration cutanée. On dirait ici que l'inflammation a fait changer les rôles de la peau, et que celle-ci, au lieu de repousser l'air, l'absorbe, pour alimenter le foyer de l'inflammation.

Dans d'autres cas, la peau, pour être très-sensible à l'action de l'air, n'a pas besoin d'être dénudée ou enflammée ni de recouvrir un foyer phlogistique.

Pour guérir les névralgies ou hyperestésies de cette membrane, le plus souvent on n'a qu'à la recouvrir d'un corps huileux ou de taffetas gommé. Ceci a lieu surtout lorsque la névralgie vient de cause rhumatismale.

Ce que nous disons de la peau, nous pouvons le dire des muqueuses ; ici il faut seulement faire des distinctions suivant les organes qu'elles tapissent.

La muqueuse qui tapisse le tube digestif n'est guère en contact avec l'air extérieur. A peine si, en mangeant ou en buvant précipitamment, on ingère un peu de ce gaz dans l'estomac, et qui, du reste, passe le plus souvent inaperçu. Il en est de même de celui qu'on peut introduire dans le rectum avec les lavements.

La muqueuse des voies génito-urinaires chez l'homme n'est cependant pas si indifférente à l'action du fluide, et si, lorsqu'on sonde un homme atteint de paralysie de la vessie, ou qui a des calculs multiples de manière à empêcher la vessie de s'appliquer sur l'instrument, il y a souvent de l'air qui pénètre et qui séjourne dans ce viscère, on voit alors que l'urine s'altère plus facilement et produit des cystites et autres accidents ; de là le précepte de fermer la sonde avec le doigt avant de la retirer.

Le contact de l'air n'a pas les mêmes inconvénients pour le vagin chez la femme à l'état ordinaire ; mais, après l'accouchement, la présence de ce fluide favorise la décomposition du sang lochial. Le muco-pus qui provient des voies internes et pour lesquelles il est le plus souvent inoffensif, devient, pour les organes externes, une cause d'irritation dès qu'il arrive au contact de l'air ; de là les préceptes hygiéniques recommandés dès la plus grande antiquité.

Si nous laissons de côté les muqueuses chez lesquelles le contact de l'air est accidentel, pour prendre celles qui baignent toujours dans ce fluide, nous voyons aussi que ce contact n'est pas toujours innocent.

La conjonctive, par exemple, n'est pas influencée par ce contact, et ici on ne doit pas attribuer ce résultat à la couche de liquide lacrymal qui la recouvre. Dans les conjonctivites, et même dans d'autres maladies aiguës du globe oculaire et de ses annexes, le contact de l'air est douloureux, cependant le liquide lacrymal est alors doublé de quantité. Qu'on y prenne bien garde, cette sensation est indépendante de la photophobie, et ce qui le prouve, c'est que les malades ne peuvent pas ouvrir complétement les yeux dans l'obscurité la plus complète.

La muqueuse des voies respiratoires est aussi sensible au contact de ce fluide lorsqu'elle est enflammée. Qu'est-ce que la toux et l'éternûment ? si ce n'est, le plus souvent, l'effet de la sensibilité des muqueuses aériennes par suite du contact du fluide qui les parcourt. Ceux qui ont des bronchites, des coryzas ou des stomatites, sentent, sur les points enflammés le va-et-vient de la colonne d'air, comme on sentirait le doigt quand on le passe légèrement sur une plaie. Dans ces cas, il est vrai, l'épithélium peut être enlevé, mais les mucosités, et quelquefois le pus lui-même, forment une couche épaisse entre la muqueuse et

l'air qui la parcourt. On pourrait même dire, le plus souvent, que les maladies des conduits respiratoires sont provoquées ou entretenues par la présence de l'air.

Nous pouvons donc dire que pour la peau, comme pour les muqueuses, l'air n'est pas toujours innocent, souvent, au contraire, il est très-nuisible. Voyons s'il en est ainsi des autres membranes du corps humain.

De tous les temps on a considéré avec raison comme un des cas les plus graves de la chirurgie, la large ouverture d'une cavité articulaire, et toutes les théories qu'on peut faire ne viendront pas détruire ce point d'observation. L'air ne paraît pas avoir les mêmes inconvénients pour la cavité pleurale, et, malgré toutes les précautions, il arrive quelquefois que l'air y pénètre dans l'opération de l'empyème. Il arrive même que des perforations de la substance pulmonaire ont lieu, et l'air séjourne avec le pus dans la plèvre sans produire des accidents bien formidables; toute la cavité thoracique paraît plus familiarisée avec l'air que les autres parties du corps.

En est-il de même pour le péritoine? Je n'en connais pas des exemples, et pour mon compte j'ai vu cette séreuse, laissée au dehors à peine pendant quelques heures, se recouvrir d'une couche de lymphe plastique.

Un grand maître voulant extraire une énorme pierre vésicale par la taille de Dupuytren, déchira le péritoine, et une anse intestinale sortit bientôt par la plaie. Le malade mourut au bout de douze heures, et comme on n'avait pas pu tenir l'intestin réduit, on trouva à l'autopsie qu'il y avait déjà plusieurs adhérences sur la surface péritonéale de la partie herniée.

Dans un autre cas, je fus appelé à la hâte pour voir un homme qu'on venait d'assassiner en lui plongeant un large couteau dans l'abdomen. Je trouve en effet que le malade a à peine la force de prononcer le nom de l'assassin et de dire qu'il se meurt. Une énorme anse de l'intestin grêle, percée de quatre trous, apparaît au dehors, et je songe à peine à faire la ligature des artères mésaraiques, pensant que l'individu allait bientôt expirer; mais tout au contraire, il reprend des forces, et lorsqu'après trois heures, je veux faire la suture des plaies intestinales et réduire les parties herniées, je trouve que la séreuse est déjà recouverte d'une couche de lymphe plastique. Malgré tous ces dégâts, le malade guérit.

Je pourrai multiplier les exemples, mais la susceptibilité du péritoine, passée presqu'en proverbe, est pour moi très-avérée.

Quant aux accidents produits par l'introduction de l'air dans les vaisseaux, il peut se faire qu'ils aient été exagérés par Dupuytren et ses élèves, mais il serait téméraire, je crois, de dire que c'est une pure illusion.

Pour conclure, nous dirons que l'air mis en contact plus ou moins prolongé avec nos tissus, soit à l'état sain, soit à l'état malade, est ordinairement nuisible. La peau et la muqueuse même des voies respiratoires se ressentent de ce contact dès qu'elles ne sont plus à l'état normal.

Maintenant, que dirons-nous de ces emphysèmes traumatiques, de ces insufflations d'air dans tout le tissu cellulaire du corps, dans le péritoine et autres cas qu'on a opposés à la cause que nous défendons? Nous dirons, sans les nier, qu'ils sont exceptionnels.

Ce n'est pas des exceptions que nous entendons parler quand il s'agit des effets du contact de l'air sur nos tissus, mais des effets habituels; or, il me semble que cette règle est démontrée jusqu'à l'évidence.

Si nous voulions aller aux exceptions, nous pourrions dire, à notre tour, que c'est par la voie de l'air que se propagent les maladies épidémiques, endémiques et infexieuses. C'est par son degré de froid ou de chaud, de sécheresse ou d'humidité, de tranquillité ou d'agitation que se produisent une infinité de maladies. L'altération dans les éléments qui composent ce fluide, ou l'addition d'autres principes, rendent son contact très-pernicieux même pour les poumons. Mais ce sont là des exceptions et nous nous tenons à la règle.

Au reste, nous ne croyons pas qu'on puisse comparer sérieusement un peu d'air mis en contact avec nos tissus dans un espace circonscrit, et qui est à l'instant même modifié pour la température, la composition, etc., avec celui qui est à l'extérieur et qui se renouvelle sur la plaie à mesure qu'il est modifié. Toute expérience tentée dans ce but ne peut jamais être comparée au contact du grand air extérieur. Les conditions individuelles et les conditions du dehors de l'individu peuvent varier à l'infini, de manière qu'une expérience qui a produit ici un tel effet, en a produit un autre ailleurs. Cela est vrai, surtout quand on veut comparer, aux résultats qu'on observe sur le corps humain, les expériences faites sur les animaux.

D'après tout ce qui précède, on peut voir que nous ne sommes pas assez effrayé de l'air pour être au nombre des aérophobes; mais nous ne croyons pas qu'il y ait des raisons pour être des aéromanes. La prescription qu'indiquent l'instinct de l'homme, la physiologie, la pathologie, l'observation et tous les témoignages qu'on peut implorer, c'est qu'on doit préserver nos tissus du contact de l'air toutes les fois qu'on le peut sans produire des accidents plus graves que ceux qu'on pourrait rencontrer par le contact de ce fluide.

Placée dans ces termes, mon opinion, je l'espère, ne sera pas rebutée par M. Malgaigne lui-même, et sera conforme à la vérité. Il y a des hommes avec lesquels on voudrait être toujours d'accord, et lorsqu'il y a disparité apparente dans les opinions, le meilleur moyen de conciliation, c'est celui de s'expliquer.

MÉDECINE CLINIQUE.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE.

De la médication arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes,

Par M. le Dr Ch. Frémy,

Médecin des hôpitaux civils, ex-médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule.

(Suite. Voir les nos 4, 7, 12 et 15.)

Les recherches auxquelles j'ai pu me livrer ont été faites d'une façon tellement sérieuse, que jamais et dans aucun cas je n'ai administré de liqueur arsenicale sans que j'aie été moi-même témoin d'un accès de fièvre; et j'ai mieux aimé faire sortir de l'hôpital des fiévreux admis cependant par les médecins du corps, parce qu'après les avoir gardé pendant plus de huit et dix jours, la fièvre n'avait pas reparu. Plusieurs de ces malades me furent renvoyés, mais je tenais à observer ces faits dans toute leur rigueur, et je préférai me mettre plus tard dans des conditions moins avantageuses plutôt que de tirer des conclusions fausses d'un travail fait d'une manière incomplète. Les malades sur lesquels j'ai fait ces observations étaient certainement dans des circonstances les plus défavorables : un très-petit nombre avait la fièvre intermittente depuis peu de temps, la plupart avaient subi l'influence de l'empoisonnement miasmatique depuis plus de cinq à six mois; quelques-uns étaient affectés de fièvres intermittentes depuis plus d'une année; un très-grand nombre de ces fiévreux avaient été déjà traité par le sulfate de quinine, et il faut le dire pour prouver encore une fois la haute importance de la médication arsenicale, ces fièvres avaient résisté au médicament, pourtant spécifique, bien administré. Presque toutes avaient été modifiées par l'usage du sulfate de quinine, mais la plupart avaient persisté et présenté des récidives à trois, quatre et même six reprises différentes. Enfin, chez quelques-uns j'ai trouvé une répugnance telle à prendre du sulfate de quinine, qu'ils déclarèrent préférer vivre avec leurs accès de fièvre plutôt que de subir l'influence réitérée de la médication par le sulfate de quinine. Dans ces cas, notamment, la liqueur arsenicale m'a été d'un bien grand secours, car elle m'a permis de guérir des malades dont la santé était détruite et dont la vie pouvait être compromise. Poussant à l'extrême la rigueur d'observation, je me suis demandé si ces malades auraient été moins bien guéris s'ils n'avaient pas subi

auparavant l'influence de la médication quinique; mais les malades qui n'avaient encore suivi aucune espèce de traitement ont vu disparaître leur fièvre d'une manière aussi certaine et encore plus rapide que les autres. Par conséquent, cette objection était de nulle valeur, et il n'est pas plus permis de l'admettre que celle qui consisterait à dire que les malades traités se trouvaient tous dans la même condition, et que peut-être les fièvres intermittentes d'un autre pays, ou contractées dans des circonstances différentes, auraient pu guérir moins facilement que les fièvres paludéennes contractées dans d'autres conditions. Mes observations portent, au contraire, sur des cas habituellement difficiles à traiter, car les malades avaient subi depuis longtemps l'intoxication paludéenne et se trouvaient certainement dans des conditions hygiéniques beaucoup moins favorables que la plupart des autres fébricitants. Les faits que j'ai rapportés ont, à ce point de vue, une valeur considérable.

Il est un écueil contre lequel je craignais de voir échouer la médication arsenicale. Lorsque les fièvres intermittentes ont duré longtemps, elles finissent par produire une cachexie paludéenne, sorte d'état chloro-anémique, caractérisé par la pâleur et la décoloration des tissus, par une altération profonde du sang, par de la bouffissure et des épanchements séreux dans le ventre et dans la poitrine, par des engorgements énormes du foie et particulièrement de la rate. Le quinquina, sans faire disparaître d'une manière certaine cet état général, avait toujours une influence favorable sur ces symptômes, quelquefois assez graves pour compromettre la vie. Dans ces faits, que je rencontrai au nombre de huit, la médication arsenicale m'a donné les plus heureux résultats.

L'acide arsénieux fait diminuer le volume de la rate d'une manière constante, il relève surtout la force des malades; il ne tarde pas à leur donner un très-grand appétit, et, par suite, un embonpoint particulier, avec fraîcheur rosée des tissus, fait si bien connu depuis longtemps en Allemagne. L'acide arsénieux a, en outre, la propriété opposée à celle des préparations iodées: loin d'atrophier les glandes, il en augmente considérablement le volume. Parmi les accidents consécutifs qu'il m'a été permis de faire disparaître avec une promptitude et une sûreté qui m'ont étonné au dernier point, il en est un contre lequel les préparations de quinquina échouent fréquemment et pour lequel l'acide arsénieux a agi d'une manière toujours efficace: je veux parler des infiltrations séreuses dans l'abdomen, de l'ascite, si difficile ordinairement à guérir; dans un cas notamment, l'acide arsénieux a présenté une efficacité véritablement des plus surprenantes. Un militaire, homme de confiance du colonel, affecté depuis deux ans et à plusieurs reprises de fièvres intermittentes, n'avait pu se débarrasser de cette fièvre par le sulfate de quinine; des accidents de cachexie paludéenne étaient arrivés à un degré considérable; les jambes étaient enflées, une grande quantité de sérosité était épanchée dans le ventre, la rate était énorme, le foie notablement augmenté de volume, la face pâle, terreuse, la perte de l'appétit absolue; cet homme avait presque renoncé à sa guérison. La médication arsenicale triompha en moins de six semaines de toutes ces complications, sa santé revint des plus brillantes et il sortit de l'hôpital après un séjour de deux mois, plein de force et de vigueur, n'ayant plus aucun des accidents consécutifs à l'intoxication paludéenne. Plusieurs autres faits sont venus se joindre à celui-ci, et m'ont prouvé que beaucoup de fièvres qui avaient complétement résisté à l'influence du quinquina, et qui, par conséquent, étaient arrivées à produire des symptômes de cachexie paludéenne, pouvaient être guéries par l'emploi raisonné de l'acide arsénieux. Ces observations ont pour la thérapeutique de cette affection une très-grande valeur, et méritent d'être prises en considération par les médecins de la manière la plus sérieuse.

— Il est une recommandation bien importante que l'honorable médecin du Roule fait pour assurer l'action de l'acide arsénieux: c'est d'insister sur la nécessité d'ajouter au traitemont un régime fortement nutritif. Les malades subissant l'influence du traitement arsenical doivent manger la portion entière, et dans certaines circonstances, peuvent subir une espèce d'entraînement alimentaire. J'ai suivi avec soin cette recommandation, sans y attacher cependant une importance énorme pour la réussite du traitement. Cette copieuse alimentation était, dans la plupart des cas, d'autant plus facile à prescrire, que le traitement par l'acide arsénieux excite au plus haut degré l'appétit. L'alimentation peut avoir pour résultat de maintenir l'absorption des préparations arsenicales dans des limites modérées, ou du moins de prévenir les accidents que pourrait déterminer l'ingestion de quantités un peu élevées. L'acide arsénieux, pris à la dose que j'ai employée, peut être supporté pendant plusieurs mois avec une grande facilité. Dans le cours de ces expérimentations, trois malades, chez lesquels je fus obligé de continuer pendant longtemps l'emploi de l'acide arsénieux, virent se développer à un degré remarquable l'état d'emponpoint que nous avons déjà signalé. Ces malades, qui étaient maigres et jaunes, ne tardèrent pas à engraisser sensiblement, et leur peau prit en même temps une teinte rosée et transparente que je n'avais jamais observée. Je dois ajouter que dans cet état je ne constatai aucun bruit de souffle dans les vaisseaux, qui pût faire croire à un état particulier de chloro-anémie accidentel. Les malades disaient eux-mêmes se sentir forts, vigoureux et bien portants. Nous devons encore noter un fait bien digne d'attention: c'est que tant que la fièvre dure, la tolérance du médicament est complète; dès que le malade n'est plus sous l'influence de la fièvre, il y a de suite intolérance. Les doses doivent être rapidement diminuées: il y a même indication de cesser de suite l'emploi du médicament administré aux doses qui ont de l'influence sur les accès.

La seule précaution que j'aie prise pour prescrire la liqueur fébrifuge, c'est de la faire administrer en dehors des accès de fièvre. Je n'ai pas remarqué, comme pour le sulfate de quinine, qu'il y eût grand avantage de donner le remède longtemps avant l'accès qui devait arriver, c'est-à-dire immédiatement après l'accès qui venait de se passer.

Le moment d'élection, pour M. Boudin, serait celui qui précède de cinq à six heures le paroxysme fébrile. La dose du médicament sera diminuée progressivement, à mesure que la guérison s'opérera, et le malade devra, pendant au moins une quinzaine de jours ou trois semaines environ, continuer à prendre une très-petite quantité de liqueur fébrifuge, soit de 2 à 4 milligrammes par jour.

Je crois qu'il est important de donner de suite une dose convenable, fût-elle même un peu forte, pour diminuer immédiatement cette quantité, après avoir obtenu, ce qui est à peu près constant, la disparition complète de l'accès qui devait se manifester.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE.

De l'influence de la vaccine sur la durée de la vie,

Note lue à l'Académie de Médecine,

Par M. le Dr Bertillon.

Depuis le mémoire que le docteur Bertillon a adressé à l'Académie, et dont une partie a été insérée dans le rapport de la Commission de vaccine, il s'est livré à de nombreuses recherches statistiques, et l'ensemble de ses travaux, actuellement sous presse, va paraître incessamment. C'est le résumé d'un chapitre de ce livre dont l'auteur fait lecture.

Cette communication a pour objet de démêler quelle peut avoir été l'influence de la vaccine sur la mortalité qui pèse sur chaque âge.

Les adversaires de la vaccine n'auront pas à se plaindre du lecteur; il commence par élargir la base du débat: « Depuis un

demi-siècle, dit-il, l'espèce humaine s'est soumise à une pratique hardie, originale, et dont le résultat incontesté a été de la délivrer d'une terrible affection, la variole. Mais cette vaste et vigoureuse expérimentation n'a-t-elle pas eu d'autre résultat sur la santé publique? »

Ce problème, ainsi largement et carrément posé, ne nous paraît pas soluble par les seules forces de la logique ou par celle de la médecine.

On a dit, et il n'a semblé absurde à personne, qu'il y avait antagonisme entre le miasme paludéen et les affections tuberculeuses; pourquoi n'y aurait-il pas antagonisme, sinon absolu, au moins partiel, entre la variole et certaines autres affections? Ce sont des questions appartenant à la même série scientifique, et aussi dignes d'examen les unes que les autres.

Dans le mémoire que M. Bertillon a adressé à l'Académie, il a déjà prouvé que la mortalité avait diminué à tous les âges, du XVIIIe au XIXe siècle; mais il regarde ce bénéfice comme le résultat très-complexe de la profonde révolution sociale et des nombreux progrès qui ont modifié si profondément l'existence des masses. Il eût fallu que la vaccine soit un bien funeste poison pour masquer nos progrès.

Pour dégager plus sûrement les effets de la vaccine, M. Bertillon aurait voulu comparer la période 1816-1825, où l'influence sur les adultes est encore nulle, avec la période 1840-1852, où cette influence, si elle existe, doit être très-marquée.

Mais l'administration française n'ayant malheureusement publié aucune table *mortuaire* (1), M. Bertillon est obligé de se servir de celles dues à de laborieux particuliers, dignes d'ailleurs de la plus grande confiance : celle de Demonferrand, pour la période 1817-31, et celle de M. Huschling, pour 1840-49. Il a dressé, sur ces *mortuaires,* des tables de population avec tous les soins qu'exige la matière et qui seront justifiés dans son livre.

« Hé bien! dit-il, nous l'annonçons sans hésiter, parce que c'est la vérité que nous cherchons, et non la victoire de telle ou telle opinion, la comparaison des deux époques qui, pour les premiers âges (de 0 à 15 ans), est d'abord favorable à la nôtre, cesse de l'être pour les âges suivants : ainsi, sur 1,000 vivants de chaque âge, il en mourait annuellement :

210 de 0 à 1 an sous la Restauration, et aujourd'hui 175 ;
67 de 0 à 2 ans — et maintenant 61 ;

et en bloc, toujours sur 1,000 vivants, on comptait :

30 décès entre 1 et 15 ans, et aujourd'hui 26.

« Mais, à partir de cet âge, un mouvement contraire se prononce. Ainsi, de 20 à 25 ans, sur 1,000 vivants, il y avait 11 décès, il y en a maintenant près de 12 (11,6), et ainsi de suite aux âges suivants dont on trouve la mortalité augmentée de 1/10 à 1/12 jusqu'à 50 ans. A cette époque de la vie, l'amélioration qui s'était fait sentir pour les premiers âges reparaît de nouveau.

« Ce résultat de la comparaison des mortuaires française, qui semble d'abord si favorable aux adversaires de la vaccine, leur avait pourtant échappé. »

M. Bertillon, étonné de ce résultat et sachant les *desiderata* des tables de populations calculées, a soumis ses mortuaires aux diverses méthodes indiquées par la science, il a constamment trouvé les mêmes résultats. Par exemple, si on compare le nombre moyen des conscrits de chaque époque au nombre des décès de leur âge; on trouve que, dans la période 1817-31, 1,000 jeunes gens ne fournissaient pas 11 décès (10,8), ils en fournissent aujourd'hui plus de 13 (13,4).

Il est donc impossible d'en douter, la mortalité a augmenté d'une époque à l'autre, et les adversaires de la vaccine qui ne l'avaient pas démontré (2), ne manqueront pas au nom de la logique, *post hoc, ergo propter hoc,* qui leur est familière, d'en accuser l'influence vaccinale.

Mais M. Bertillon a poussé plus loin ses recherches. Les auteurs qui ont publié les deux mortuaires français ont pris soin de séparer les sexes. M. Bertillon a donc pu déterminer la mortalité qui pèse séparément sur chaque sexe, et il a été dédommagé de ce long travail par des résultats tout à fait inattendus, et qui prouvent combien la vaccine est étrangère à cette aggravation de mortalité des âges adultes. En effet, quand on sépare les sexes, l'aggravation de la mortalité reste tout entière sur le sexe masculin; tandis que les femmes, qui sont soumises à la vaccine au moins autant que les hommes, sont pourtant affranchies de cette augmentation du nombre relatif de leurs décédés de 20, 25 à 30 ans, etc. M. Bertillon recherche quelles peuvent être les causes de cette singulière et inquiétante divergence dans la mortalité des sexes; mais il est clair que la vaccine ne peut être accusée, il en fournit pourtant encore une preuve éclatante.

« Il existe, dit-il, au nord de l'Europe, une nation à laquelle aucun genre de gloire n'est inconnue, et chez laquelle des recensements par âge, des relevés mortuaires sont, *depuis un siècle,* régulièrement institués, périodiquement publiés. Cette nation a adopté avec ardeur la vaccine et elle en offre la preuve, car elle relève par une double enquête et publie le nombre annuel de ses vaccinations; il est aujourd'hui presque égal au nombre des nouveau-nés qui survivent aux premiers mois. »

C'est la patrie des Linnée, des Shell, des Berzélius, qui offre ce modèle de statistique humaine.

Hé bien ! M. Bertillon, travaillant sur ces documents officiels, a calculé la mortalité propre à chaque âge et à chaque sexe :

1° Au siècle passé (1755-63), avant toute influence vaccinale;
2° Vers 1820 (1816-25), c'est-à-dire avec l'influence sur les enfants et *non sur les adultes;*
3° Vers 1845 (1841-50), c'est-à-dire avec l'influence sur l'enfance *et aux âges de fécondité.*

Ses résultats sont accablants pour les adversaires de la vaccine.

Sur 1,000 vivants masculins de chaque groupe d'âge il y avait, de 0 à 1 an, 289 décès dans le siècle passé; 210 vers 1820, et 188 aujourd'hui; — de 1 à 3 ans il trouve successivement 57 décès, puis 42, enfin 33, et ainsi de suite pour l'enfance.

Sur 100,000 adultes à chaque groupe d'âge il trouve successivement, d'une époque à l'autre, de 20 à 30 ans, 975 décès, puis 835; enfin, 805 de nos jours; — de 30 à 40 ans, 1,220 décès, puis 1,125, enfin 1,110; — de 40 à 50 ans, 1,927 décès, puis 1,760, aujourd'hui 1,735.

Même résultat et encore plus caractérisé sur le sexe féminin.

« Est-il rien de plus remarquable, dit-il, que la constatation du progrès si régulier, si constant que nous présente la Suède? est-il une page plus éloquente que ces chiffres pour célébrer le triomphe de la civilisation moderne?

« Il résulte des divers examens auxquels nous venons de nous livrer que la vaccine, qui entre évidemment pour une large part dans la consolidation constante de la vie de l'enfance, n'est pour rien dans les évolutions variables, suivant les lieux et suivant les sexes, que subit la mortalité des adultes.

« Si nous nous étions tenus à la France, l'imperfection de nos matériaux, l'absence regrettable des documents les plus indispensables celés par nos bureaux pouvaient peut-être laisser une vue inattentive flotter dans un demi-jour.

« Mais à la lumière qui nous vient de Stockholm la dernière ombre du doute disparaît. Et il est évident que si la statistique française eût été aussi riche en documents que celle de la Suède, ou seulement si ceux de ce pays eussent été connus de M. Carnot, il lui aurait été donné d'apprécier la vaccine comme un inestimable bienfait, et il se serait épargné le chagrin de faire fausse route, d'y entraîner quelques fidèles et de calomnier la plus précieuse découverte des temps modernes. »

---

(1) La table mortuaire indique le nombre des décédés à chaque âge.

(2) En effet, les adversaires de la vaccine avaient avancé, en s'appuyant sur l'absurde comparaison de la mortalité des rentiers du XVIIIe siècle avec celle des soldats de nos jours, que la mortalité de 20 à 30 ans avait doublé du XVIIIe au XIXe siècle, et M. Bertillon l'a fait voir par ses travaux antérieurs.

THÉRAPEUTIQUE.

Du gaz oxyde de carbone considéré comme agent anesthésique,

Par M. G. Tourdes,

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg.

(*Mémoire présenté à l'Académie des Sciences, le* 15 *janvier* 1857.)

Nous reproduisons le mémoire de M. Tourdes, tel qu'il a été publié par la *Gazette médicale de Strasbourg*, un simple extrait nous ayant paru insuffisant pour donner une idée de l'importance de ce travail.

M. Ozanam vient de présenter à l'Académie des Sciences un travail remarquable sur l'action anesthésique du gaz oxyde de carbone. Je ne puis ni ne veux soulever une question de priorité, qui est résolue par le fait même du dépôt de ce mémoire; mais arrivé par mes propres recherches à des résultats analogues, ayant donné à mes expériences la publicité restreinte, mais authentique de mon cours à la Faculté de Médecine, je crois pouvoir soumettre encore à l'Académie et au public médical un travail qui touche à une question importante.

Les recherches dont j'ai l'honneur de vous présenter le sommaire, m'ont conduit à cette conclusion : l'oxyde de carbone est un agent anesthésique de la même nature que l'éther et le chloroforme, plus énergique à cause de sa forme gazeuse, mais aussi sûr, aussi inoffensif, quand il est manié avec précaution, laissant dans l'organisme des traces aussi peu profondes, une impression aussi fugitive que les autres agents anesthésiques.

POINT DE DÉPART DES RECHERCHES.

Voici comment je suis arrivé à ces conclusions : En faisant des recherches sur l'asphyxie par le gaz de l'éclairage (1), je constatai que l'oxyde de carbone était le principe actif de ce gaz, et j'instituai une série d'expériences, dans le but d'apprécier les effets de l'oxyde de carbone mélangé à diverses proportions d'air. Je m'aperçus bientôt que des animaux qui semblaient perdus se remettaient avec facilité. Je profitai de cette circonstance pour éviter des sacrifices inutiles. J'attendais le moment où les animaux en tombant manifestaient dans toute son énergie l'action du gaz : je les retirais alors de la cloche et, quand ils étaient rétablis, je les soumettais à de nouvelles expériences. Ce résultat me laissa l'impression de quelque chose de contradictoire entre les effets si énergiques du gaz oxyde de carbone et le retour complet à la santé des animaux soumis à son action.

Lorsqu'en 1847, la magnifique découverte de l'anesthésie vint donner à la science une impulsion nouvelle, les faits dont j'avais été témoin me revinrent à la mémoire : je me demandai si l'oxyde de carbone n'était peut-être pas purement et simplement un agent anesthésique. Quelques expériences me confirmèrent dans cette opinion, et dès 1850, à mon cours de médecine légale, je classai l'oxyde de carbone parmi les gaz anesthésiques (2), plaçant dans la même section, mais avec un degré d'intensité beaucoup moindre, l'hydrogène deutocarboné, l'acide carbonique et l'hydrogène protocarboné. Les bulletins autographiés que je distribue à mes élèves et qui contiennent le plan de chaque leçon, constatent cette classification à la date du 21 mars 1850 et du 1er février 1853.

(1) *Relation medicale des asphyxies occasionnées à Strasbourg par le gaz de l'éclairage.* Strasbourg, 1841.

(2) Les gaz, sous le point de vue de leur mode d'action, peuvent être divisés en quatre classes : 1° les *gaz asphyxiants*, tels que l'hydrogène et l'azote, qui agissent en tenant la place de l'oxygène ; 2° les *gaz anesthésiques*, qui portent leur action principale sur le système nerveux ; à la tête de ces gaz se trouve l'oxyde de carbone, puis, à une grande distance, l'hydrogène bicarboné, l'acide carbonique et l'hydrogène proto-carboné qui est à peine anesthésique ; 3° les *gaz irritants*, qui agissent rapidement sur les muqueuses, indépendamment de leurs autres effets, tels que l'ammoniaque, le chlore, l'acide nitreux, l'acide sulfureux ; 4° les *gaz septiques*, qui altèrent immédiatement le sang, parmi lesquels se rangent l'hydrogène sulfuré, les hydrogènes arsénié et phosphoré. Cette division est basée sur un des caractères principaux, indépendamment des différences individuelles qui peuvent être très-considérables entre les gaz d'une même classe.

En décembre 1856, lorsque l'attention des médecins se porta de nouveau sur l'anesthésie locale, et qu'on chercha à la produire au moyen de l'acide carbonique, je repris mes recherches sur l'oxyde de carbone. M. Léon Coze, agrégé à la Faculté de Médecine, voulut bien me prêter son concours. Les expériences furent répétées publiquement à mon cours, le 18 décembre 1856, comme le constate le bulletin autographié de cette séance. Les élèves furent témoins de l'anesthésie rapide produite par l'oxyde de carbone, et du prompt rétablissement des animaux qu'on avait plongés dans un état de mort apparente.

Mode d'expérimentation. Les expériences ont été faites sur des lapins et sur des pigeons.

Voici les deux modes d'expérimentation employés : 1° une *cloche* placée sur la cuve pneumatique reçoit l'animal ; à l'aide d'un tube recourbé, on enlève de la cloche une certaine quantité d'air que l'on remplace par une proportion déterminée d'oxyde de carbone. On observe les résultats, et l'on retire l'animal de la cloche quand l'anesthésie est complète ; 2° une *vessie en caoutchouc* renferme le gaz pur ou mélangé à une certaine proportion d'air; cette vessie communique par un long tube en caoutchouc muni d'un robinet, avec une bourse de même substance, ayant une ouverture dans laquelle on engage la tête de l'animal. A l'aide du robinet, on interrompt à volonté l'action du gaz. Ce second procédé permet de continuer longtemps l'anesthésie ; on retire la tête de la bourse quand l'animal a perdu connaissance, et on l'y replace dès que l'anesthésie diminue.

Le gaz oxyde de carbone a été préparé par M. Hepp, pharmacien en chef de l'hôpital civil, à qui je dois aussi l'appareil en caoutchouc.

FAITS PRINCIPAUX.

Innocuité du gaz et action stupéfiante, dans les mêmes conditions que pour les anesthésiques ordinaires, tels sont les deux faits fondamentaux qui nous ont paru résulter de ces recherches.

Innocuité du gaz. J'insisterai sur ce premier fait, en contradiction si évidente avec l'opinion générale sur l'action délétère du gaz oxyde de carbone. Un animal peut être anesthésié plusieurs fois de suite, et il se remet complétement et promptement après chacune de ces opérations ; on peut porter à différentes reprises la stupeur jusqu'à la mort apparente.

Ces essais ont été répétés pendant plusieurs jours sur les mêmes sujets sans compromettre leur existence. Des animaux sont ainsi restés en expérience pendant près d'un mois. L'innocuité a été démontrée pour les pigeons comme pour les lapins, et l'on sait combien l'action des gaz est énergique sur les oiseaux. Quelques animaux ont succombé pendant les expériences, la première fois entre autres qu'on a essayé la bourse en caoutchouc ; mais la mort était évidemment le résultat du mode d'application et de l'action trop prolongée du gaz.

La forme gazeuse de l'agent rend son action plus rapide et le procédé opératoire plus difficile. Un danger analogue existe d'ailleurs pour le chloroforme : on sait avec quelle facilité les animaux périssent lorsqu'on veut brusquer et surtout prolonger une anesthésie complète.

Action anesthésique. Les animaux soumis à l'action de l'oxyde de carbone sont rapidement plongés dans une anesthésie complète. Immobilité, résolution des membres, insensibilité, ralentissement de la respiration qui devient à peine perceptible ; aucun trait ne manque au tableau.

On peut prolonger cet état de stupeur en faisant respirer une nouvelle quantité de gaz au moment où l'animal semble revenir à lui. Quand on endort comparativement deux lapins, l'un à l'aide du chloroforme, l'autre au moyen du gaz oxyde de carbone, on est frappé de l'analogie que présentent ces deux états.

Invasion. La rapidité avec laquelle l'anesthésie se produit, dépend de la proportion du gaz et de l'application plus ou moins exacte de cet agent.

Dans la cloche avec le gaz pur, l'action est subite et périlleuse; avec un huitième et un dixième de gaz, il faut une à deux minutes pour que les premiers effets se manifestent, et de deux à cinq minutes pour que l'animal soit stupéfié. Avec un quinzième et un vingtième, deux à cinq minutes sont nécessaires pour le premier effet, cinq à douze pour le second. Avec un trentième, un cinquantième, un soixante-douzième, un centième, on obtient encore des effets qui se font attendre de six à vingt minutes. Ces résultats ont été obtenus sur des lapins; pour les pigeons, l'action est plus rapide encore; à un trente-troisième, l'effet est immédiat; à un cinquantième, il se fait attendre à peine une minute. Dans l'appareil en caoutchouc, on a employé le gaz pur ou au mélange d'un cinquième. Ici les doses sont moins exactement mesurées; le gaz se mêle à l'air de la poche; en une ou deux minutes, trois au plus, les effets sont produits et l'animal tombe anesthésié.

Marche et symptômes. On distingue deux périodes dans les effets produits par l'oxyde de carbone.

Période d'excitation. L'animal résiste, il se débat, il retient son haleine; bientôt il cède au besoin de respirer, et il éprouve les effets du gaz; il s'élance, il se roidit, il est quelquefois pris de mouvements convulsifs, la respiration et la circulation s'accélèrent; tout à coup, l'animal cède, il s'abat, et l'anesthésie est complète.

On assiste à une lutte semblable en employant le chloroforme, mais pour l'oxyde de carbone peut-être est-elle plus énergique et plus douloureuse. Cette période d'excitation dure de deux à trois minutes; elle est plus courte avec l'appareil en caoutchouc qu'avec la cloche.

Période d'anesthésie. L'animal tombe dans un état de stupeur analogue à celui que produit le chloroforme; la résolution musculaire, l'insensibilité sont complètes: c'est la mort apparente; la respiration devient presque insensible, et l'auscultation du cœur fournit seule dans quelques cas la preuve de la persistance de la vie.

Voici quelques traits distinctifs de cette période:

L'insensibilité est constatée par des incisions ou, mieux encore, en pinçant avec force la racine des ongles. La sensibilité cesse d'abord dans les membres postérieurs; elle persiste plus longtemps dans les membres antérieurs, et c'est dans ces mêmes extrémités qu'elle commence à reparaître. Les pattes de devant ont encore donné des signes de sensibilité dans des cas où l'anesthésie paraissait très-profonde.

La résolution des membres est absolue; quand elle se dissipe, on voit persister pendant quelque temps chez les lapins une demi-paralysie de la partie postérieure du corps. Les mouvements convulsifs pendant l'anesthésie sont très-rares avant la perte de connaissance, et quand l'animal revient à lui, il est comme dans un état d'ivresse; l'animal est étourdi et il se balance d'une manière irrégulière. Cet effet est très-sensible chez les pigeons.

La pupille est généralement dilatée.

La respiration, d'abord accélérée, se ralentit ensuite; elle est irrégulière et quelquefois convulsive. Quand l'anesthésie est complète, la respiration devient très-faible, douce, presque insensible, entrecoupée quelquefois de profondes respirations. La circulation s'accélère, puis elle se ralentit pour s'accélérer de nouveau. Les mouvements du cœur sont faibles, souvent tumultueux. On les entend encore très-distinctement quand la respiration est devenue insensible; c'est par eux qu'on a la preuve que la vie n'est pas éteinte.

On a ouvert l'artère crurale sur un lapin, au moment de l'anesthésie, le sang, d'abord rutilant, a pris une teinte plus foncée; la stupeur a été prolongée pendant quelques minutes, et l'animal s'est remis; c'était la quatrième fois, dans l'espace d'une heure, qu'on l'avait soumis à l'action de l'oxyde de carbone.

Mode de rétablissement. La respiration, qui était devenue presque insensible, se rétablit d'abord; elle s'accélère et devient plus profonde. L'animal revient à lui, il fait des efforts d'abord inutiles pour se remettre sur ses pattes; il y parvient enfin; il chancelle alors et se balance comme dans un état d'ivresse. Le train de derrière paraît à demi paralysé; peu à peu les mouvements se régularisent et reprennent leur force, au bout d'un temps qui varie de 15 à 45 minutes, l'animal est remis; il marche, lisse son poil, et ne présente plus de traces de cette épreuve.

Genre de mort. Quand on prolonge trop l'action du gaz, l'animal succombe. Il faut s'arrêter dès que l'anesthésie est complète et ne manier le gaz qu'avec prudence. J'ai perdu des animaux que j'aurais voulu conserver. La mort peut être brusque avec cris et convulsions; le plus souvent, l'animal s'éteint doucement, la transition est insensible du sommeil à la mort, à tel point que l'on reste d'abord dans le doute, espérant encore sauver le patient. Souvent contre toute attente il se remet, bien que l'auscultation du cœur n'ait plus fait entendre qu'un faible murmure. La respiration s'arrête toujours avant la circulation; comme le chloroforme et l'éther (1), le gaz oxyde de carbone paraît tuer en paralysant les muscles respirateurs.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques sont les suivantes: rougeur intense du parenchyme pulmonaire, injections de la musculeuse aérienne, emphysème pulmonaire, disséminé surtout au bord des poumons, sang coagulé, ayant une teinte moins foncée que dans les autres asphyxies, plus abondant dans le cœur droit qu'à gauche; rougeur prononcée des tissus.

Pour le chloroforme, j'ai constaté sur les animaux et dans un cas malheureux, qui a donné lieu à une expertise médico-légale (2), des lésions analogues: congestion sanguine du poumon rougeur du parenchyme et de la muqueuse, quelques caillots de sang dans le cœur et en général une liquidité du sang moindre que dans les autres asphyxies.

Analogie avec les effets du chloroforme. Ces deux substances présentent une grande analogie dans leurs effets: même puissance anesthésique, rapide et certaine, même division en deux périodes, d'excitation et de stupeur; similitude de symptôme quand l'anesthésie est complète; même importance à attacher au trouble de la respiration; même genre de mort. Ressemblance des lésions anatomiques; dans les deux cas, retour à la santé complet et rapide, après les accidents en apparence les plus redoutables.

Tel est l'ensemble des faits qui m'ont conduit à classer l'oxyde de carbone parmi les agents anesthésiques.

Application à la thérapeutique. Pourra-t-on appliquer l'oxyde de carbone à la thérapeutique? Cette question est grave et on ne doit l'aborder qu'avec prudence.

L'observation a déjà commencé à répondre; elle a constaté que l'homme pouvait supporter, sans périr, l'action de l'oxyde de carbone, qu'il pouvait être anesthésié par ce gaz et revenir complétement à la santé.

On sait que le docteur Wytt, après deux ou trois inspirations d'oxyde de carbone, éprouva un tremblement convulsif avec oblitération presque complète de la sensibilité. Trois ou quatre inspirations déterminèrent une suspension subite des mouvements et des sensations. Cette expérience courageuse, si souvent citée, paraît enfin sous son véritable jour.

En 1843, MM. Laurent et Thomas ont été témoins d'une trentaine d'asphyxies occasionnées par le gaz oxyde de carbone, dans les hauts fourneaux, où ce gaz est employé suivant le pro-

---

(1) *Expériences sur l'éthérisation* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, fév. 1847, p. 60).

(2) *Recherches médico-légales sur la mort par le chloroforme* (*Gaz. méd. de Strasbourg*, janv. 1852, p. 25).

cédé d'Ebelmen, pour certaines opérations métallurgiques. Voici la description de ces accidents : un léger mal de tête se fait sentir; bientôt surviennent des vertiges, et l'ouvrier perd connaissance avant d'avoir pu prononcer une seule parole. L'exposition à l'air libre et des moyens très-simples ont suffi pour rendre aux malades l'usage de leurs sens, et même pour leur permettre de reprendre leur travail après quelques heures de repos. Mon collègue, M. Küss, m'a déclaré que des faits semblables avaient été constatés aux forges de Niederbronn.

Ces observations ne sont-elles pas pour l'espèce humaine un commencement de preuve de l'action anesthésique et de l'innocuité de l'oxyde de carbone?

M. Léon Coze, agrégé à la Faculté de Médecine, qui a bien voulu m'assister dans mes dernières expériences, a bientôt partagé ma conviction sur l'action anesthésique et sur l'innocuité du gaz oxyde de carbone ; il eut alors l'idée d'employer les injections de ce gaz dans un cas de carcinome ulcéré de la matrice, traité sans succès par les douches d'acide carbonique. La première injection fut faite le 31 décembre 1856, comme le constate l'observation recueillie à la clinique, et depuis cette époque, sept douches ont été appliquées. L'innocuité du moyen a été reconnue; la malade n'a éprouvé que quelques vertiges pendant l'opération, sans autres symptômes. La douche a déterminé le cessation presque immédiate de la douleur, qui n'a reparu qu'au bout de quelques temps; on l'a calmée de nouveau par l'application du même moyen. Aucune hémorrhagie ne s'est produite pendant les douches d'oxyde de carbone, circonstance qui tient peut-être à l'action coagulante de ce gaz. Des hémorrhagies avaient accompagné les injections d'acide carbonique. Chez une autre femme, la douche d'oxyde de carbone a provoqué rapidement des vertiges qui ont décidé à en supprimer l'emploi.

M. Léon Coze a essayé l'action anesthésique locale du gaz oxyde de carbone sur une femme atteinte de coxalgie et qui éprouvait de vives douleurs dans la hanche. Un appareil en caoutchouc, enchâssant le genou, maintenait cette partie dans un bain d'oxyde de carbone. Les douleurs sont restées les mêmes, mais au bout de quelques heures, il s'est développé des vertiges accompagnés de céphalalgie et d'anxiété. On a enlevé l'appareil. Les accidents d'une intensité médiocre ont encore persisté pendant plus de vingt-quatre heures. Le membre a paru engourdi; mais il faut ici faire la part de la pression exercée par le caoutchouc. Cette observation peut être considérée comme une preuve de l'absorption cutanée de l'oxyde de carbone. L'analyse chimique, faite par M. Hepp, a démontré que le gaz était resté pur dans l'appareil; il avait seulement diminué de quantité.

Tels sont les faits sur lesquels j'ai cru pouvoir baser cette conclusion que *le gaz oxyde de carbone a sa place marquée en tête des substances anesthésiques*. C'est une arme de plus entre les mains du médecin, utile peut-être, mais à coup sûr redoutable, et qu'on ne doit manier qu'avec la plus excessive prudence. En affirmant l'action anesthésique du gaz oxyde de carbone, c'est un devoir de signaler en même temps, et de la manière la plus catégorique, les dangers qui résultent de la forme gazeuse et des effets rapides de cet agent, afin de ne point porter la responsabilité des accidents qui pourraient survenir un jour.

CORRESPONDANCE.

Maladies de la peau.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre numéro du 3 février la réponse de M. Deffis, qui, cette fois encore, contient beaucoup d'erreurs et d'inexactitudes.

Les inexactitudes sont les suivantes :

1° Je n'ai pas dit, ni dans les deux articles de la *Gazette hebdomadaire*, ni dans ma lettre du 13 janvier, que l'épilation se faisait d'elle-même dans la *teigne tonsurante;* j'ai dit qu'elle pouvait se faire d'elle-même dans l'*herpès tonsurant* (ajoutant néanmoins que l'épilation artificielle produisait souvent d'heureux résultats pour le traitement).

M. de Baerensprung distingue d'une manière toute spéciale le cryptogame de l'herpès de celui de la teigne.

2° Tout en citant inexactement les mots, M. Deffis déclare avoir cité le sens de mon article. Je renvoie les lecteurs à ma première réponse, et crois que de mes citations exactes, textuelles, on peut retirer la conviction que M. Deffis m'a cité à rebours.

3° Je n'ai pas fait un crime à M. Deffis d'avoir mis huit mois à me répondre; mais il a eu le tort d'avoir deux cent quarante jours pour citer exactement et pour comprendre. Je suis forcé de déclarer qu'ici, comme dans le *Misanthrope*, le temps n'a rien fait à l'affaire. J'ai été mal cité et mal compris. La faute retombe-t-elle sur ma prose ou sur M. Deffis? c'est au public à décider.

4° Enfin, pour montrer le sans-façon que M. Deffis met dans ses attaques et dans sa défense, permettez-moi d'extraire la phrase suivante de son article du 3 février.

Il dit : « M. Picard est évidemment, sur beaucoup de points, en « communauté d'idées avec moi ; je m'étonne qu'il ait pris pour lui « cette expression des erreurs qui fourmillent, assez clairement à l'a- « dresse du docteur Chausit. » Et moi de me réjouir, de croire que j'avais mal lu! quand, en parcourant l'article du 3 janvier, je tombe sur le malencontreux passage suivant :

« J'ai pensé (c'est M. Deffis qui parle), qu'il m'appartenait, plus « qu'à tout autre, de relever les erreurs qui fourmillent dans ces « DEUX mémoires » (celui de M. Chausit et le mien). (*Monit. des Hôp.*, 3 janvier 1857, p. 11, 1re col., lignes 28, 29, 30.)

Trouvez-vous, Monsieur le Rédacteur, que cette aménité de mon irréfléchi contradicteur s'adresse «*bien clairement*» au seul M. Chausit? *Ab uno disce omnes !*

Il est bien démontré pour moi que M. Deffis ne veut pas une discussion sérieuse. J'espère donc que cette polémique vide et fastidieuse en restera là; car quel avantage pour le public et pour la science peut-on retirer de cette correction périodique des erreurs matérielles d'un homme se disant médecin et observateur, et ne sachant ni citer les autres, ni se citer lui-même ?

Je termine, Monsieur le Rédacteur, cette dernière réponse. Il m'importait de démontrer qu'il manquait à ces attaques et la logique et le fond scientifique. J'espère avoir accompli la première partie de ma tâche; j'essaierai d'achever l'éclaircissement scientifique de la question présente, mais en dépouillant la discussion de toutes ces personnalités, auxquelles la vérité n'a rien à gagner.

Agréez, etc. Paul PICARD.

4 février 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Nous avions espéré pouvoir nous procurer à temps, pour en donner aujourd'hui l'appréciation, les discours que MM. Elie de Beaumont et A. Brongniard ont lus dans la séance solennelle de l'Académie des Sciences. Notre attente ayant été déçue à cet égard, nous devons nous contenter provisoirement de publier le nom des lauréats qui ont eu des prix ou des encouragements sur les sciences qui se rattachent à la médecine, ainsi que les sujets de prix pour l'année ou les années prochaines.

1° *PRIX ET ENCOURAGEMENTS DÉCERNÉS.*

Prix de physiologie expérimentale. — L'Académie a accordé à M. Waller une somme de 2,000 fr. pour ses expériences sur les *ganglions des nerfs rachidiens;* à M. Davanne, une somme de *quinze cents francs* pour ses études de l'*anguillule du blé;* et à M. Fabre, d'Avignon, une somme de *mille francs* pour ses recherches relatives à l'étude des mœurs des *cerceris.*

Prix relatifs aux arts insalubres. — M. Schrotter est l'auteur de la découverte du phosphore rouge, qui n'ayant ni les propriétés toxi-

ques ni la grande inflammabilité du phosphore ordinaire, sera avantageusement substitué à ce dernier dans la fabrication des allumettes chimiques. L'Académie a récompensé cette découverte par un prix de *deux mille cinq cents francs*.

Prix de médecine et de chirurgie fondés par Montyon. — La Commission de l'Académie nommée pour examiner les ouvrages et mémoires envoyés pour ce concours, a décerné les récompenses suivantes :

Un prix de *deux mille francs* à M. Simpson, qui, après les belles expériences de M. Flourens, a introduit l'anesthésie par le chloroforme dans la pratique chirurgicale et dans celle des accouchements.

Un prix de *deux mille francs* à M. Malgaigne, pour son grand ouvrage sur les fractures et les luxations.

Un prix de *deux mille francs* à M. Jules Guérin, pour avoir généralisé la méthode sous-cutanée.

Une récompense de *douze cents francs* à M. Stelling, pour ses recherches anatomiques microscopiques sur le pont de Varole, la moelle allongée et la moelle épinière.

Une récompense de *mille francs* à M. Eugène Renault, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, pour ses nombreuses expériences sur plusieurs maladies contagieuses, telles que la morve, la clavelée, la rage.

Une récompense de *mille francs* à M. Filhol, professeur à Toulouse, pour diverses observations chimiques contenues dans son ouvrage sur les eaux médicales des Pyrénées.

Une récompense de *mille francs* à M. Galtier, pour diverses observations de chimie toxicologique contenues dans son *Traité de toxicologie*.

Une récompense de *mille francs* à M. Middeldorpff, pour l'emploi du courant électrique comme moyen chirurgical de cautérisation.

Une récompense de *mille francs* à M. Brown-Séquard, pour ses observations sur le résultat des lésions de la moelle épinière chez les mammifères.

Une récompense de *mille francs* à M. Robin, pour la découverte et la description d'un tissu accidentel ayant une structure d'apparence glanduleuse et se développant chez l'homme, dans des parties du corps dépourvues de glandes.

Une récompense de *mille francs* à M. Boinet, pour ses recherches et ses expériences sur la valeur des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire.

Une récompense de *mille francs* à M. Guillon, pour son procédé de dilatation des rétrécissements de l'urètre à l'aide de bougies olivaires en baleine ou en gomme élastique.

Un encouragement de *huit cents francs* à M. Faure, pour ses recherches expérimentales sur l'asphyxie, et particulièrement sur l'anesthésie qui en est la conséquence.

Un encouragement de *huit cents francs* à M. Colombe, pour avoir démontré la possibilité de changer avantageusement, dans certains cas, la position vicieuse du fœtus pendant l'accouchement.

Un encouragement de *sept cents francs* à M. Hiffelsheim, pour ses recherches et ses expériences sur les mouvements du cœur chez les animaux.

Un encouragement de *sept cents francs* à M. Philippaux, de Lyon, pour avoir étudié, à des points de vue nouveaux, l'action variée des différents caustiques appliqués aux opérations de la chirurgie.

Un encouragement de *six cents francs* à M. Legendre, pour avoir donné les préparations et les figures d'un grand nombre de coupes faites sur des cadavres congelés, dans le but de montrer les rapports exacts des tissus et des organes.

Un encouragement de *six cents francs* chacun, à MM. Goubaux et Follin, pour avoir constaté que chez plusieurs mammifères et chez l'homme, dans les cas de cryptorchidie double, le liquide prolifique est infécond.

Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Godart, pour avoir observé chez l'homme un certain nombre de faits semblables.

Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Collin, chef du service d'anatomie à l'école vétérinaire d'Alfort, pour s'être livré à des recherches expérimentales nombreuses et variées sur les animaux, dans le but d'éclairer certaines questions de physiologie.

Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Louis Figuier, pour avoir constaté, après M. Schmidt, de Dorpat, dans le sang de l'homme vivant, à l'état de santé, la présence du sucre dans des conditions semblables à celles qui avaient été déterminées par M. Claude Bernard chez les animaux.

Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Duplay, pour ses recherches sur la persistance des zoospermes chez les vieillards.

Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Gosselin, pour ses recherches et ses expériences sur l'absorption, par la cornée transparente, de diverses dissolutions salines mises en contact avec le globe de l'œil et leur mixtion avec l'humeur aqueuse.

Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Verneuil, pour avoir décrit, avec une grande exactitude, les différents kystes de la région sus-hyodienne.

Un encouragement de *cinq cents francs* à M. Delpech pour avoir fait connaître les accidents que développe, chez les ouvriers travaillant en caoutchouc, l'inhalation du sulfure de carbone.

2° *PRIX PROPOSÉS.*

Prix de physiologie expérimentale, *fondé par M. de Montyon.* — L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de 805 fr. à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Divers prix du legs Montyon. — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1824 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à *l'art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé le *moyen de rendre un art ou un métier moins insalubre.*

Prix Alhumbert pour les sciences naturelles. — « Etudier le mode de fécondation des œufs et la structure des organes de la génération dans les principaux groupes naturels de la classe des polypes ou de celle des acalèphes. »

Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 2,500 fr.

Legs Bréant. — Par testament en date du 23 août 1849, M. Bréant a légué à l'Académie des Sciences une somme de 100,000 fr. pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. »

Prévoyant que ce prix de 100,000 fr. ne sera pas décerné de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de 100,000 fr., il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas. »

Ou,

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie. »

Ou enfin,

« Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de 4,000 fr., il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 4,000 fr. pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres ou qui aura éclairé leur étiologie.

— Les concurrents pour tous les prix sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés aux concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

M. E. Martin a eu l'heureuse idée de créer un journal sur une matière qui intéresse tout le monde et sur laquelle on est généralement très-peu édifié. Le Journal des Contribuables (paraissant tous les mois) nous paraît être appelé à rendre de nombreux services et par conséquent à obtenir un grand et légitime succès.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 18. 5e année. Mardi 10 Février 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Séance de la Société de Chirurgie du 28 janvier.

[**Écrasement linéaire.**]

La discussion sur l'écrasement linéaire a encore occupé une séance. La Société n'a pas dû se prononcer sur la valeur de cette méthode, trop récemment instituée et trop peu répandue encore pour que les orateurs, à l'exception de M. Chassaignac, aient pu mettre à profit les leçons de l'expérience. Mais si cette discussion n'a pas eu pour résultat de faire avancer la science, on ne peut pas dire cependant qu'elle ait été stérile, car elle aura l'avantage d'attirer l'attention des praticiens sur nn mode opératoire qui paraît appelé à rendre dans certains cas de véritables services.

La Société a entendu successivement, sur cette question, MM. Demarquay, Broca, Forget et Chassaignac.

M. Demarquay a montré combien l'écrasement linéaire diffère de la méthode de la ligature en masse. Il a eu l'occasion d'appliquer et de voir appliquer souvent cette dernière méthode au traitement des tumeurs profondes, et il n'y a recours aujourd'hui qu'avec répugnance, parce qu'elle provoque fréquemment des accidents inflammatoires sérieux, et parce que la tumeur, séparée au bout de quelques jours seulement, se décompose, se putréfie avant de se détacher, en produisant quelquefois des phénomènes de putridité. La méthode de l'écrasement linéaire n'a point ces inconvénients, parce qu'elle permet d'enlever immédiatement la tumeur, et M. Demarquay, qui y a eu recours plusieurs fois, a été frappé de sa simplicité et de son innocuité. Quant au cas particulier des hémorrhoïdes, qui est l'objet spécial du mémoire de M. Chassaignac, M. Demarquay annonce que la méthode de la cautérisation lui a fourni des résultats très-satisfaisants, et qu'il ne croit pas devoir y renoncer.

M. Broca, qui a ensuite pris la parole, a commencé par déclarer qu'après avoir lu et analysé attentivement les travaux de Mayor, il n'a pu trouver aucune ressemblance, même lointaine, entre la méthode préconisée par le chirurgien de Lausanne et celle dont la chirurgie est entièrement redevable à M. Chassaignac. M. Broca pense, comme M. Demarquay, que l'écrasement linéaire est supérieur à beaucoup d'égards à la ligature en masse, mais il se demande s'il remplit aussi bien l'indication d'éviter l'hémorrhagie. D'ailleurs, l'écrasement linéaire ne borne pas ses prétentions à remplacer la ligature en masse, donc la sphère d'application est assez restreinte ; M. Chassaignac l'a employé dans beaucoup d'autres cas pour remplacer la cautérisation

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Où est Aspasie ??? — Un âne bâté par lui-même. — Le mariage et la confrication vulvaire comme traitement de l'hystérie.

Un pontife d'Esculape, qui parlait grec comme un fils de l'Ionie, s'était attelé — par les liens du cœur seulement — au coupé d'Aspasie, et mangeait là son avoine en herbe en compagnie de quelques autres.

Il la promenait fièrement à travers la foule qui se chauffait au soleil devant les Prophylées, et la menait sauter la pyrrhique dans les jardins d'Académus, lorsque le premier magistrat municipal donnait ses fêtes.

Aspasie était belle, sa taille était d'une Diane chasseresse, son embonpoint d'une Cérès, son port d'une Sémiramis. Elle balladait comme une Corybante et sablait le champagne comme une prêtresse de Bacchus.

Mais Aspasie, comme une Lesbienne de la décadence, était forcée, par une loi tyrannique de Minos, de faire constater au moins deux fois chaque mois, par les disciples d'Hippocrate, que sa santé était pure comme le beau ciel de la Grèce.

Aspasie a disparu tout à coup ; sa portière répand le bruit qu'elle est allée à Paphos pour sacrifier deux blanches colombes sur l'autel de Vénus. Mais les satyres et autres divinités bocagères affirment, au contraire, que la déesse outragée lui a fait une blessure incompatible avec la salubrité publique ; ils prétendent que les Archontes, sans pitié pour ses larmes et pour ses relations iatriques, l'ont déporté sur le roc escarpé de Saint-Lazare, jusqu'à ce que la colère de Vénus soit complétement... cicatrisée.

Les amours ont teint en noir leurs ailes légères en les trempant dans cette eau divine que Protée verse sur les cheveux blancs des mortels qui ne veulent pas vieillir.

Esculape, touché de la douleur de son pontife, l'a transformé en stupide vieillard.

Le sage a dit : Tourne sept fois ta langue avant de parler, si ce précepte avait toujours été fidèlement observé, je ne pourrais pas offrir à mes lecteurs la véridique *histoire* qui suit (1) :

Un professeur distingué, médecin d'un grand hôpital (pas celui

(1) Cet article est composé depuis plus de quinze jours. Serait-ce à l'indiscrétion d'un prote qu'on serait redevable de l'histoire que M. de Beaumont a eu l'intention de raconter dans la grande séance annuelle de l'Institut ?

ou l'instrument tranchant, et M. Broca pense qu'avant d'adopter la nouvelle méthode, on doit s'attacher à résoudre deux questions principales : l'écrasement linéaire permet-il de pratiquer les opérations sans danger d'hémorrhagie? la plaie, après l'opération, guérit-elle mieux et expose-t-elle à moins d'accidents que les solutions de continuité obtenues par le bistouri ou par les divers procédés de cautérisation? Relativement à la question de l'hémorrhagie, M. Broca annonce qu'il n'a eu recours qu'une seule fois à l'écrasement linéaire, pour enlever une tumeur profonde du rectum ; c'était la crainte de l'hémorrhagie qui l'avait décidé à adopter cette méthode, et cependant, quoique la section du pédicule eût été exécutée avec beaucoup de lenteur, il y eut un écoulement de sang qui, il est vrai, ne fut pas bien considérable. Néanmoins, M. Broca prie M. Chassaignac de s'expliquer sur la question de la fréquence et surtout de la gravité des hémorrhagies. Quant à la seconde question, elle est encore plus importante que la première ; pour adopter, à la place de l'instrument tranchant, une méthode beaucoup plus longue et beaucoup plus compliquée, il faudrait qu'il fût démontré qu'elle produit un traumatisme moins grave. M. Broca, en terminant, prie son collègue de s'expliquer sur ces deux points.

La question des hémorrhagies a conduit M. Forget à demander à M. Chassaignac quelques détails sur un fait tout récent, où l'ablation d'un paquet hémorrhoïdal par écrasement linéaire a donné lieu à une perte sanguine assez abondante. Si les renseignements qu'on a fournis à M. Forget sont exacts, il y aurait eu non-seulement une hémorrhagie primitive d'une palette environ, mais encore, quelques jours après, une hémorrhagie consécutive. C'est cette dernière particularité qui a surtout frappé M. Forget, mais il n'en parle qu'avec beaucoup de réserve, parce qu'il n'a point vu le fait par lui-même. Il ajoute, du reste, qu'il fait le plus grand cas des travaux de M. Chassaignac sur l'écrasement linéaire.

En réponse aux demandes de MM. Broca et Forget, M. Chassaignac a prononcé un discours qui a clos la discussion. Après avoir remercié M. Broca des recherches historiques qu'il a bien voulu faire sur la question de priorité, il a d'abord fait connaître le résultat de son expérience sur la production des hémorrhagies dans les opérations faites par écrasement linéaire. Il a pratiqué beaucoup d'opérations sans aucune perte de sang, quelques malades ont eu à supporter une hémorrhagie immédiate toujours très-légère, mais jusqu'ici M. Chassaignac ne connaît aucun cas d'hémorrhagie consécutive. Les renseignements qu'on a fournis à M. Forget sur l'un des derniers opérés de M. Chassaignac ne sont qu'incomplétement exacts. Il y a eu, en effet, au moment de l'opération, un saignement assez abondant qui s'est arrêté sans difficulté, mais le sang n'a pas reparu depuis (1). Somme toute, l'hémorrhagie est exceptionnelle, et jusqu'ici il n'est pas arrivé une seule fois qu'elle soit devenue inquiétante. M. Chassaignac est convaincu que, sous ce rapport, l'écrasement linéaire est appelé à rendre de grands services dans l'ablation de certaines tumeurs situées dans des régions où l'instrument tranchant exposerait à des hémorrhagies difficiles à arrêter.

(1) Dans la séance du 4 février, M. Chassaignac a présenté à la Société l'énorme tumeur hémorrhoïdale qu'il a enlevée à ce malade. L'opéré est aujourd'hui en état de se lever et de sortir. On peut le considérer comme guéri.

Passant ensuite à l'étude des phénomènes consécutifs au traumatisme de l'écrasement, M. Chassaignac annonce que la plaie se comporte avec une simplicité remarquable. La réaction inflammatoire, toujours modérée, est quelquefois presque entièrement nulle. La surface de la plaie reste à peu près sèche pendant quelques jours, puis elle fournit une suppuration fort peu abondante, et la cicatrisation, quoique ordinairement assez lente, s'effectue presque toujours sans le moindre accident. M. Chassaignac croit devoir rattacher cette innocuité à l'état particulier des tissus qui ont été divisés par l'écraseur. Ils sont tassés, et comme nattés en une sorte de membrane partout continue qui recouvre la plaie et la protége. C'est cette couche superficielle qui devient le siége du travail de cicatrisation, auquel les parties adjacentes paraissent ne prendre aucune part. C'est ce qui explique le peu d'intensité de la réaction inflammatoire. Toutes choses égales d'ailleurs, la plaie par écrasement est donc moins grave que la plaie par incision, seulement, elle se referme avec plus de lenteur. M. Chassaignac, d'ailleurs, ne pense pas que sa méthode doive être substitué à l'instrument tranchant dans l'ablation des tumeurs extérieures non pédiculées, parce qu'elle exige qu'on fasse subir à la peau une perte de substance fort considérable. Il a essayé d'enlever ainsi une tumeur du sein, mais les tractions nécessaires pour permettre à la chaîne de l'écraseur d'entourer le produit morbide, ont attiré sous l'anse de l'instrument une grande quantité de peau qui a dû être emportée; de telle sorte qu'après l'opération la plaie a présenté une étendue très-considérable.

En résumé, après avoir suivi attentivement la discussion de la Société de chirurgie, nous pensons que l'écrasement linéaire mérite d'être accepté dans la pratique, non comme une méthode générale de dierèse et d'exérèse, mais comme une méthode applicable à la plupart des cas où on a conseillé d'employer la ligature en masse. Pour le traitement des tumeurs hémorrhoïdales, cette méthode nous paraît au moins aussi bonne que la cautérisation, et nous pensons qu'on peut y avoir recours avec toute confiance. Quant aux opérations qui intéressent la peau dans une certaine étendue, à la castration, à l'amputation de la verge, etc., nous devons dire que notre opinion est moins arrêtée, et que dans l'état où la discussion précédente a laissé les choses, il est bon de se tenir encore sur la réserve.

---

que vous croyez, un autre), *a Great Speaker*, fut consulté chez lui par une dame, à laquelle il donna un traitement à suivre. Au bout de quelques mois, la malade n'éprouvant pas de soulagement, manda le docteur qui accourut avec tout le fracas d'une illustration médicale traînée par deux chevaux. Après un interrogatoire assez bref, la malade entama le récit du traitement déjà suivi; mais à peine eut-elle commencé ce chapitre qu'elle fut brusquement interrompue par le représentant d'Esculape qui s'écria, de ce ton dogmatique et magistral que tout le monde lui connaît :

« Quel est donc l'âne bâté qui vous a ordonné un pareil traitement?

— Mais c'est vous docteur, répondit la dame très-surprise de cette impertinente algarade. »

Notre homme, malgré sa facilité d'élocution, n'entreprit pas de se déjuger. Nous devons ajouter qu'il ne mérite point le bât qu'il s'est placé de si bonne grâce sur les épaules, pensant le mettre sur celles d'un confrère et que, malgré une manie de *poser* qui le rend souvent ridicule, personne, si ce n'est lui-même, ne lui trouve la physionomie d'un baudet.

Je n'ose pas dire que cette leçon le corrigera, mais je suis bien certain qu'il s'arrangera désormais pour ne plus dire du mal de lui-même, car il n'y est pas habitué.

Nota. Ce n'est pas de lui qu'on tient l'aventure.

Il faut l'avouer, mais les œuvres sérieuses des écrivains distingués de notre époque ne sont point accueillies avec l'empressement qu'elles méritent. Nous essaierons de réparer quelques-unes des injustices des hommes et de la Renommée, et nous commencerons aujourd'hui par réhabiliter une œuvre mal appréciée de M. Briquet. Cet honorable clystérographe a publié sur le mariage des hystériques un travail bien digne, surtout par sa forme, de fixer à un haut degré l'attention du public médical. C'est peut-être déjà pour vous de l'histoire ancienne, car il est des chefs-d'œuvre qui, en six semaines, accomplissent toutes leurs phases, depuis l'enfantement jusqu'à l'oubli inclusivement, mais plus vous aurez publié celui-ci, plus vous serez heureux qu'on vous le rappelle.

Seulement, comme le sujet est un peu scabreux, nous engageons les lecteurs de M. Briquet qui ont des filles — hystériques ou non, — à ne point laisser tomber entre leurs mains le travail de notre estimable confrère; il est scientifique, il est vrai, mais diablement régence. — (Je déclare, pour qu'il n'y ait point ici d'équivoque, que c'est du mémoire que je parle, et que je n'accuse pas le moins du monde M. Briquet d'avoir l'air *régence.*)

Au reste, si l'Institut lui décerne une couronne pour ce travail, je pense que ce sera une couronne de feuilles de vigne : de cette manière, il pourra en mettre une à chaque page de son manuscrit.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE.

Nouvelles recherches sur les capsules surrénales,

Par M. le Dr E. Brown-Séquard.

Dans une note présentée à l'Académie, le 17 novembre dernier, M. Philipeaux annonce que lorsque la mort a lieu après l'ablation des deux capsules surrénales, elle doit être attribuée, non à l'absence des fonctions de ces organes, mais soit à une inflammation du tissu cellulaire qui environne les reins, soit à une péritonite, soit à une hépatite, soit enfin à la hernie traumatique des viscères.

Il me suffirait, pour démontrer que ces causes de mort ne sont ni les seules ni les principales après l'ablation des capsules, de rappeler les faits que j'ai mentionnés soit dans deux communications à l'Académie (25 août et 8 septembre 1856), soit dans un long mémoire publié dans les numéros d'octobre et novembre derniers, des Archives de Médecine, etc. Mais peut-être vaut-il mieux que je rapporte les résultats que j'ai obtenus d'expériences nouvelles relatives à ce sujet.

La question débattue ayant une très-grande importance, j'ai cru devoir expérimenter sur un nombre considérable d'animaux.

Sur quinze lapins adultes et vigoureux, j'ai ouvert l'abdomen à gauche et à droite, comme lorsque je désire extirper les capsules surrénales, j'ai comprimé et piqué la surface inférieure du foie, j'ai dilacéré le péritoine et le tissu cellulaire autour des reins et des capsules, j'ai comprimé les reins et les intestins, j'ai comprimé, entre les mors d'une pince, les veines rénales et la veine cave inférieure; puis j'ai cousu incomplétement les plaies de l'abdomen, de manière à permettre aux intestins de faire hernie sur plusieurs de ces quinze animaux.

Sur six autres lapins adultes et vigoureux, j'ai extirpé les deux reins et j'ai dilacéré le péritoine et comprimé la surface inférieure du foie.

Sur dix autres lapins adultes et aussi vigoureux que les précédents, j'ai extirpé les capsules surrénales, en ayant soin de léser aussi peu que possible les parties environnantes, et j'ai évité, par des sutures bien faites, la possibilité d'une hernie.

Les résultats de ces trois séries d'expériences ont été extrêmement tranchés.

Des quinze lapins ayant subi des lésions si considérables du péritoine et de divers organes, un a survécu plus de trois semaines, un autre a survécu dix-huit jours, trois ont survécu de deux à huit jours, sept de vingt-quatre à quarante-huit heures, et enfin les trois derniers sont morts au bout de dix-sept, de dix-neuf et de vingt heures.

Des six lapins sur lesquels les reins ont été extirpés, cinq ont survécu de vingt-quatre à soixante heures, et un seize heures seulement.

Des dix lapins dépouillés des capsules, pas un n'a survécu aussi longtemps que celui des animaux précédents qui a survécu le moins. Six sont morts entre la septième et la dixième heure, quatre sont morts entre la dixième et la quatorzième heure après l'opération.

En moyenne la durée de la vie a été : 1° chez les lapins ayant eu le péritoine, le foie, les reins, etc. lésés, d'environ trois jours, soit soixante-douze heures; 2° chez les lapins dépouillés des reins, d'environ un jour et demi, soit trente-cinq heures; 3° chez les lapins dépouillés des capsules, d'environ neuf heures et demie.

La différence est donc extrêmement grande, et il est impossible, après ces faits, de ne pas admettre qu'il y ait une cause spéciale de mort après l'extirpation des capsules.

Il importe d'ajouter que les lapins dépouillés de leur capsules surrénales meurent trop vite pour qu'une péritonite ait le temps de se développer au point de causer la mort. De plus l'ablation des capsules est suivie de phénomènes particuliers qui n'existent pas chez les animaux soumis à des lésions du péritoine, du foie, etc. Ces phénomènes paraissent montrer que les capsules surrénales ont une influence très-singulière sur certains points des centres nerveux. Ainsi le sang des animaux dépouillés des capsules surrénales, agit, en général, comme un poison violent sur un autre animal dans les veines duquel on l'injecte. Ce sang présente aussi ce phénomène intéressant, que des cristaux différents des cristaux ordinaires d'hématoïdine, s'y forment spontanément et quelquefois en immense quantité. En outre, quand les animaux dépouillés de leurs capsules ont survécu plus de 8 ou 10 heures à l'opération, leur sang contient du pigment à l'état de granules ou sous formes de larges plaques.

L'influence des nerfs des capsules sur les centres nerveux se manifeste clairement dans quelques cas, après l'ablation ou la simple piqûre d'une seule capsule. On voit alors quelquefois les animaux pris de vertiges, quelques instants avant de mourir, rouler autour de l'axe longitudinal de leur corps comme après une piqûre du pédoncule cérébelleux moyen, ou, ainsi que je l'ai trouvé, du nerf auditif. Ce roulement ne dépend pas d'une influence particulière du sang altéré, cas s'il en était ainsi, il n'y aurait pas une relation constante entre la direction du roulement

---

Un romantique en colère a qualifié Racine de polisson; qu'aurait-il dit, grand Dieu! d'Hippocrate et de tous les auteurs, jusqu'à M. Briquet (exclusivement) qui ont traité de l'hystérie? Car tous, ou à peu près, considèrent la *confrication vulvaire* comme le moyen le plus efficace pour combattre cette affection.

Confrication, qu'est-ce à dire? voilà tout justement ce que je me suis comme vous demandé tout d'abord, car, je l'avoue, ce mot frappait mon oreille pour la première fois. Pour n'être pas induit en erreur, je cours chez les libraires consulter le dictionnaire de l'Académie; aucun ne possédait cette illustre bouquin, qu'on n'a chance de trouver, m'ont-ils tous dit, que chez les marchands de vieux papiers. Afin de ne pas recommencer un infructueux voyage à la recherche du précieux *in-folio*, je me dirige vers la Bibliothèque impériale, et, après quelques heures d'attente, je puis enfin contempler de mes yeux le chef-d'œuvre de quarante immortels de quinze ou vingt générations, c'est-à-dire de *six* à *huit cents* immortels! Quelle concentration d'immortalité! Je cherche d'abord dans les deux volumes primordiaux, le mot *confrication* y est inconnu; je consulte ensuite le *supplément* et voici ce que j'y trouve : « Confrication — *Action de réduire en poudre par le frottement.* »

Et quoi! m'écriai-je à l'aspect de cette définition, Hippocrate aurait-il proposé de réduire en poudre la vulve pour guérir l'hystérie? mais non, Hippocrate et M. Briquet sont des hommes sérieux; c'est l'Académie qui plaisante ou plutôt qui ne sait ce qu'elle dit. Allons consulter ailleurs.

Mais, hélas! l'Académie ne plaisantait pas, et, ce qui pourra contrarier bien des gens, elle savait ce qu'elle écrivait; partout, dans Boiste, dans Landais, dans Bescherelle, etc., je trouve la même définition avec cette indication de plus: *terme de chimie.* Voulant en avoir le cœur net, je prends mon *nouveau Nysten*; pas de *confrication*; je prends le *dictionnaire lexicographique des sciences médicales et vétérinaires*, un peu plus complet et un peu plus intelligent que le Nysten, et je lis : « Confrication. — *Action de pulvériser par le frottement.* »

C'est décidé, me disai-je avec un certain sentiment d'humiliation pour mes vénérables ancêtres professionnels; les Hippocrate, les Galien, les Baillou, les Rivière et autres génies ont été assez mauvais physiciens pour croire qu'on peut réduire la vulve en poudre par le frottement; quelle aberration! Après tout, il faut bien être un peu indulgent pour ces grands hommes quand on songe à la physique de quelques médecins éminents de notre temps. Je m'abandonnais à ces philosophiques réflexions, quand un trait de lumière vint éclairer soudain mes lobes antérieurs: M. Briquet, me dis-je, est un grand

et le côté où la capsule a été enlevée ou piquée. Cette relation existe et elle est toujours telle que si c'est la capsule droite qui a été enlevée ou piquée, le roulement commencera par le côté gauche et *vice versâ*. Cette constance dans la direction du roulement ne peut s'expliquer que par une influence du système nerveux capsulaire sur quelque point du centre encéphalique.

M. Philipeaux annonce qu'il a pu enlever la capsule surrénale droite sans causer la mort ; j'avais déjà montré à la Société de biologie, en octobre dernier, des animaux qui avaient survécu à l'ablation de cette capsule.

Je crois pouvoir conclure des faits que j'ai observés concernant les capsules surrénales :

1° Que si ces organes ne sont pas essentiels à la vie, ils ont au moins une très-grande importance ;

2° Que leurs fonctions semblent être au moins aussi importantes que celle des reins, car lorsqu'elles manquent, la mort a lieu en général plus vite qu'après l'ablation des reins.

Si ces conclusions sont justes, le fait constaté par M. Philipeaux, que la vie peut durer après l'ablation des deux capsules surrénales, dépend probablement de ce que les fonctions des capsules peuvent être exécutées par d'autres organes, lorsqu'elles manquent. Il y a alors pour les fonctions des capsules ce qui a lieu assez souvent pour d'autres glandes dont les sécrétions s'opèrent par des organes glandulaires qui en diffèrent beaucoup. L'état de congestion du thymus et de la thyroïde, qui s'observent chez les animaux dépouillés des capsules surrénales, semble montrer que ces glandes sanguines remplissent d'une manière supplémentaire les fonctions des capsules quand ces petits organes manquent.

Philadelphie, 11 janvier 1857.

THÉRAPEUTIQUE.

Mémoire sur l'action thérapeutique et physiologique du perchlorure de fer,

Par M. le Dr L. Pize, de Montélimart.

Le perchlorure de fer, médicament assez longtemps dédaigné ou inconnu, paraît être appelé aujourd'hui à rendre à la thérapeutique interne d'aussi grands services que ceux qu'il a d'abord procurés à la thérapeutique externe. Nous commencerons ce travail en donnant le récit détaillé d'une observation remarquable, qui, à part sa valeur particulière, expose l'action physiologique du perchlorure, qui ne nous paraît pas avoir été étudié jusqu'ici ; il s'agit d'un cas de *purpura hemorrhagica*.

Le 15 *septembre* 1856, je fus appelé à Loriol, auprès de la nommée Clutier, âgée de 12 ans, qui présentait tous les symptômes d'une fièvre typhoïde au début, tels que prostration, céphalalgie, fièvre, enduit de la langue, diarrhée, ballonnement du ventre, etc.... Je prescrivis des boissons rafraîchissantes et quelques verres d'eau de sedlitz.

Cet état dura pendant six jours, quand, à ma visite, le 21 septembre, je fus très-étonné de trouver des symptômes bien différents. La malade avait eu diverses hémorrhagies, ses gencives étaient fongueuses et saignantes ; elle crachait du sang, elle en vomissait, en rendait avec les selles et les urines, le tout en très-grande quantité. En outre, elle avait eu plusieurs épistaxis; ses membres étaient couverts de nombreuses et larges pétéchies. Je prescrivis : limonade sulfurique et une potion avec 4 grammes d'extrait de ratanhia.

Le 22, même état ; les hémorrhagies continuent. (Limonade sulfurique ; potion avec 6 grammes d'extrait de ratanhia; sinapismes aux extrémités inférieures.

Le 23, le pouls devient faible, augmente en fréquence; les hémorrhagies continuent; l'urine est couleur de sang presque pur. J'ordonne une potion avec 2 grammes de seigle ergoté.

Les 24, 25 et 26, même état. On reprend la potion avec le ratanhia ; cependant la malade perd beaucoup de sang, sa faiblesse est extrême ; le pouls est filiforme à 120 pulsations; la langue fuligineuse, la peau décolorée, de la blancheur de la cire ; les extrémités sont froides; céphalalgie intense. Un confrère est appelé en consultation et juge la malade perdue; alors, il me vient à l'idée, le 28, d'employer le perchlorure de fer, et je prescris la potion suivante : eau, 100 grammes ; solution de perchlorure à 33°, 1 gramme ; sirop de coings, à prendre dans la journée. Le soir, potion avec extrait de quinquina, 5 grammes, pour ranimer la malade, qui est à un degré extrême de prostration.

Le 29, l'hématémèse et l'hémorrhagie intestinale ont cessé comme par enchantement ; il y a encore un peu de sang dans les urines. Le pouls a pris de la force et perdu sa fréquence, il est à 80. La céphalalgie continue.

Prescription : limonade végétale; potion avec extrait de quinquina, 4 grammes.

Le 30, il n'y a plus de traces de sang ; point de selles depuis deux jours, ce qui est un très-heureux résultat.

Prescription : bouillons en lavements et par la bouche; vin de Bordeaux ; potion avec extrait de quinquina, 3 grammes.

---

observateur, mais il est esprit ingénieux et poëte avant tout; en cette qualité il doit aimer les métaphores; le mot confrication n'en serait-il pas une?

Il est un acte contre nature, qui imprime un cachet de dégradation physique et morale aux infortunés qui en sont victimes; cet acte ignoble est appelé d'un nom non moins ignoble lui-même ; comment, si on lui conserve le nom, faire entrer la chose dans la thérapeutique, dans le langage des médecins honnêtes et bien élevés, dans les habitudes de la pratique? la chose est impossible, et, pour y remédier, M. Briquet aura eu l'ingéniosité de remplacer l'horrible mot de *masturbation* par le mot doux, euphonique et séduisant, de confrication. *Confrication!* masque coquet, gracieux manteau de frais velours qui recouvre une charogne !

Une fois illuminé par cette inspiration, je poursuivis la lecture du délicat écrivain, et tout devint clair à mes yeux ; c'est bien de..... confrication qu'il s'agissait, de confrication thérapeutique bien entendu.

M. Briquet entre, à ce sujet, dans des détails palpitants d'intérêt et qui ne permettent pas le moindre doute. Cependant, il a oublié (on ne pense pas à tout) de nous dire à quelle dose les auteurs conseillent d'administrer ce médicament. Ceci est important, car on ne peut pas *confriquer* éternellement, et il serait bon de savoir où l'on doit s'arrêter, et quels sont les phénomènes physiologiques ou pathologiques que pourrait déterminer une *confrication* indéfiniment prolongée. Malheureusement, par une omission que je ne m'explique pas, les matières médicales sont toutes muettes sur ce point : elles mentionnent avec soin les effets déterminés par l'opium, la belladone, la strychnine, etc. ; mais de la *confrication*, il n'en est point question.

Cette lacune est d'autant plus regrettable, qu'on peut être tenté d'expérimenter un moyen préconisé par tant d'illustres maîtres. Or, si le moyen est bon, il faut bien reconnaître qu'il peut présenter dans son application quelques inconvénients : ainsi, il serait difficile, dans un service d'hôpital, d'écrire sur le cahier de visite : « *Tisane pectorale*; *confrication vulvaire*, bis ; *trois portions*. » — Sans compter que le chef de service serait obligé de désigner la personne chargée de *confriquer*, ce qui pourrait offrir des difficultés de plus d'un genre.

Dans la pratique civile, les inconvénients seraient d'une autre espèce : il est possible qu'on fût exposé à rencontrer des mères assez arriérées pour manifester de la répugnance à laisser traiter leurs jeunes Agnès par ce système à la portée de toutes les intelligences.

Je suppose un médecin appelé en toute hâte pour mettre fin à une attaque d'hystérie. Le voyez-vous retrousser ses manches et administrer une *confrication* à cette jeune et intéressante beauté, en présence

1er *octobre,* selles sans traces de sang; potion *ut suprà.*

Le 2, les pétéchies ont beaucoup pâli; douleur entre les deux épaules; la malade prend des forces.

Prescription : ut suprà, excepté la potion au quinquina.

Le 5, potages; la malade, quoique plus forte, se plaint d'une faiblesse considérable de la vue; il lui semble voir les objets à travers un voile.

Le 13, il n'y a plus de pétéchies; les téguments continuent à se colorer; les gencives sont roses. La malade commence à marcher.

Quinze jours après, la malade était parfaitement guérie, forte et fraîche.

Peu de jours après la guérison de cette malade, j'ai eu l'occasion d'employer le perchlorure de fer dans deux hémorrhagies intestinales graves, survenues pendant le cours de fièvres typhoïdes; l'hémorrhagie fut encore arrêtée dans l'espace de vingt-quatre heures, et le perchlorure manifesta encore son action en ralentissant le pouls et en lui donnant de la force, en diminuant la fréquence des évacuations alvines et en donnant aux selles une couleur noire-verdâtre caractéristique. Un des deux malades guérit; chez l'autre, l'hémorrhagie récidiva; le perchlorure la fit encore disparaître, quoique la lésion intestinale qui la produisait devait être grave, puisque au bout d'une dizaine de jours la malade succomba à une perforation de l'intestin.

J'ai encore eu l'occasion de donner avec succès le perchlorure dans des métrorrhagies, et dans un cas je l'ai donné à un malade atteint d'hémorrhagie cérébrale, mais comme ici j'ai employé les autres moyens en usage : émissions sanguines, sinapismes, eau glacée sur la tête, etc., je ne puis affirmer l'efficacité de ce médicament, cependant je crois que ses principales propriétés peuvent ici le rendre utile; en effet, il peut arrêter l'hémorrhagie, soit par sa propriété coagulante, soit en ralentissant les mouvements du cœur et en diminuant par conséquent l'afflux du sang au cerveau dans un temps donné.

Comment agit le perchlorure de fer? Ce médicament a deux propriétés principales : 1° il coagule ou épaissit le sang; 2° il ralentit les mouvements du cœur.

1° Il coagule le sang s'il est en quantité suffisante, ou le rend seulement plus plastique si la quantité employée est peu considérable; la coagulation du sang par le perchlorure est un fait connu de tout le monde. mais ce qui ne l'est pas, c'est la manière dont se fait cette coagulation. Je me suis demandé si le perchlorure produisait un travail de coagulation semblable à celui qui se fait spontanément soit après la mort, soit dans une masse de sang retirée par la saignée, en un mot, si le perchlorure coagule le sang en solidifiant seulement la fibrine, ou bien au contraire en agissant à la fois et sur la fibrine et sur le sérum par l'intermédiaire de l'albumine que celui-ci contient. J'ai fait à ce sujet quelques expériences dont voici le résultat :

PREMIÈRE EXPÉRIENCE.

Je prends 20 grammes de sang de coq chaud et liquide, j'y verse dessus quelques gouttes de perchlorure de fer à 30°; sur-le-champ la masse se coagule, prend une couleur noirâtre, un aspect charbonneux. J'examine six heures plus tard le coagulum, il ne s'est point dégagé sensiblement de sérum. Il faut avoir soin, dans cette expérience, de verser le perchlorure goutte à goutte, car si on en mettait d'emblée une quantité trop forte, le coagulum y nagerait, et il serait impossible alors de voir si le sang a laissé dégager du sérum. Cette expérience prouve que le perchlorure coagule le sang en masse.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE.

Je prends du blanc d'œuf frais, j'y verse dessus quelques gouttes de perchlorure, et immédiatement, à la température de 10°, j'obtiens un beau coagulum couleur orange foncée et d'une assez ferme densité; ce coagulum est insoluble dans l'eau et dans l'acide chlorhydrique. L'on voit par cette expérience que le perchlorure a la propriété de coaguler l'albumine.

TROISIÈME EXPÉRIENCE.

Je prends 10 grammes de sérum provenant de sang de coq, j'y verse dessus quelques gouttes de perchlorure de fer, et immédiatement le sérum se solidifie, et forme un coagulum jaunâtre, insoluble dans l'eau et dans l'acide chlorhydrique. Cette expérience démontre clairement que le sérum du sang est coagulé par l'action du perchlorure de fer.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE.

Je répète les deux dernières expériences en me servant, au lieu de perchlorure, tantôt d'acide chlorhydrique, tantôt d'acide azotique, et je vois que ces acides ont des propriétés coagulantes bien inférieures à celle du perchlorure.

Il résulte de tous ces faits que le perchlorure de fer solidifie ou épaissit le sang non-seulement en coagulant la fibrine, mais encore en coagulant l'albumine et bien plus, en agissant sur cette albumine, il coagule le sérum. Cette coagulation est si forte qu'elle emprisonne en un seul et même magma tous les principes du sang, tant solides que liquides.

2° La deuxième propriété du perchlorure est de ralentir les

---

de la famille éplorée, à laquelle il explique ce qu'il fait et les indications qu'il cherche à remplir. Je serais bien surpris, malgré le succès obtenu il y a quelques quinze ans par le docteur Koref, qu'on attendît la fin de l'accès pour le mettre à la porte avec toutes les marques de satisfaction de rigueur en pareil cas.

Je suppose encore un mari rentrant pendant qu'un médecin *confrique* sa femme hystérique. Je pense que, dans ce cas, les honoraires seraient également de nature à n'être escomptés par personne; et j'estimerais le confrère bien heureux, s'il n'était pas appelé à se justifier devant la correctionnelle, non pas d'exercice illégal de la pharmacie, mais de l'emploi d'agents thérapeutiques secrets, c'est-à-dire non inscrits au *Codex* de la vertu et des bonnes mœurs.

M. Briquet a bien raison de ne pas donner d'une manière trop claire son opinion sur ce traitement de l'hystérie, et son travail mérite d'autant mieux d'être connu, qu'avant son apparition il est probable qu'on n'employait pas autre chose, à moins cependant qu'il fût possible de mettre immédiatement la main sur un mari, et qu'on pût lui dire, comme Duret en semblable circonstance : « *Jussi ut rem cum uxore haberet; rem habuit et statim convoluit.* » Il paraît, dit M. Briquet, que cela produit le même effet. Cependant, Rivière, qu'il cite, n'est point de cet avis tout à fait, car il assure « que rien ne vaut mieux « pour les hystériques mariées que l'usage de Vénus, précédé toute« fois d'une excitation préalable; » *c'est-à-dire,* traduit M. Briquet, *avec addition de la confrication vulvaire.* Comme on le voit, ce gaillard de Rivière était pour les grands moyens et ne faisait pas les choses à demi; on pourrait appeler son procédé traitement complet. Mais j'aime à croire qu'on devait le réserver exclusivement pour les « *femmes pleines de* sucs » dont parle M. Briquet. Je ne voudrais en rien porter atteinte à la réputation de Rivière, mais, si M. Briquet l'interprète bien, je soupçonne qu'à son époque il chantait volontiers *la mère Godichon, inter pocula et amores.*

Nous devons cependant déplorer, avec notre honorable confrère, que ce procédé, « quoique regardé assez généralement comme très« puissant, laisse trop à dire en morale pour avoir l'assentiment gé« néral. »

J'admire ce GÉNÉRAL! ne trouvez-vous pas qu'il fait ici un superbe effet? Comment, cette méthode innocente n'a pas reçu l'approbation générale des médecins! oh!.... mais cela dépend sans doute de l'affreux nom qu'on lui a donné, et je ne doute pas qu'à l'aide de la séduisante parure dont vient de la revêtir M. Briquet, elle ne réunisse le suffrage non-seulement de la généralité, mais encore de l'universalité des médecins présents et à venir. Quel malheur pour les autres d'être morts si tôt!

mouvements du cœur, c'est ce que nous avons toujours observé dans son administration, et c'est ce que l'on voit dans l'observation qui est en tête de notre travail. Cette action sur la circulation ne doit pas être sans influence sur l'arrêt des hémorrhagies, elle ralentit les mouvements du cœur, et, par suite, diminue l'afflux sanguin vers le lieu hémorrhagique. Peut-être cette propriété du perchlorure pourra-t-elle être utilisée dans quelques maladies; c'est ce que nous recherchons. A ce sujet, nous citerons un cas intéressant :

Mlle X..., âgée de 23 ans, est atteinte de chlorose, avec divers accidents graves, fièvre et infiltration des jambes. Je donne 10 gouttes de perchlorure pendant une quinzaine ; le pouls revient à son état normal et l'infiltration disparaît. Ici, dans un cas complexe, le perchlorure a agi d'une manière complexe : 1° Il a servi à combattre la maladie principale, la chlorose, par le fer qu'il contient; 2° il a, par sa propriété sédative, abattu la fièvre; 3° enfin, il a arrêté l'infiltration par ses propriétés plastiques en épaississant la masse du sang, qui alors a laissé transsuder moins facilement sa sérosité à travers les capillaires; bien plus peut-être, comme tous les astringents énergiques, il a dû encore empêcher cette transsudation en tonifiant et en resserrant la fibre de ces capillaires.

C'est ainsi qu'en rendant le sang plus plastique, surtout en épaississant le sérum, que le perchlorure peut agir efficacement dans certaines diarrhées où il a été employé par quelques observateurs distingués aussi bien que par moi, et je ne doute pas que ce médicament ne puisse rendre, dans certains cas d'hydropisies essentielles, de grands services; comme dans le cas d'infiltration des jambes que nous avons cité plus haut.

Dans la plupart des affections que nous venons de citer, le perchlorure de fer peut encore agir heureusement sur l'économie par les propriétés toxiques qu'il possède, comme toutes les autres préparations ferrugineuses et comme beaucoup d'astringents.

Les propriétés énergiques du perchlorure en font un médicament qui peut avoir des dangers s'il n'est pas employé avec prudence et discernement, et nous ne pouvons comprendre qu'un observateur distingué ait pu récemment écrire que l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur était sans aucun danger. Ses deux propriétés principales le rendent évidemment dangereux : ainsi, si l'on pousse trop loin son action coagulante, il pourrait donner lieu à des accidents graves, tels que formation de caillots dans le système circulatoire, gangrènes, etc.; d'un autre côté, en ralentissant trop les battements du cœur, il pourrait causer un trouble dangereux dans l'économie; il faut donc surveiller attentivement l'action de ce médicament, commencer par de petites doses, à moins de danger pressant, tel que dans une hémorrhagie grave, et surtout examiner l'état du pouls, qu'il ne faudrait pas ralentir trop au-dessous des limites physiologiques.

Nous terminerons par les conclusions suivantes :

1° Le perchlorure de fer est le plus précieux des hémostatiques;
2° Il doit ses propriétés hémostatiques à son pouvoir de coaguler et la fibrine et l'albumine du sang;
3° Il coagule le sérum en solidifiant l'albumine contenue par celui-ci;
4° Cette propriété de coaguler le sérum peut le rendre utile dans certaines maladies où ce liquide s'échappe du système circulatoire;
5° Le perchlorure de fer a une action sédative sur la circulation;
6° Le perchlorure est un médicament qui ne doit être employé qu'avec prudence.

Nota. Le perchlorure de fer est, comme on le sait, une préparation très-instable et dont l'action peut varier avec la source d'où on la tire. Nous nous sommes toujours servi avec avantage du perchlorure préparé par M. Burin-Dubuisson, de Lyon, et suivant les conseils de cet habile chimiste, toujours au moment de l'emploi, quand le liquide avait laissé déposer une certaine quantité d'oxychlorure de fer, nous avons neutralisé la liqueur en agitant dans elle une petite quantité de peroxyde de fer hydraté et récent.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE COMPARÉE.

Nouveau cas de transmission de la morve du cheval à l'homme,

Par M. HORSBURGH,
Membre du College royal vétérinaire de Dalkeith.

Quoique les cas de transmission de la morve du cheval à l'homme soient assez nombreux aujourd'hui, nous croyons cependant utile de signaler les nouveaux faits qui se produisent, afin d'attirer l'attention des personnes chargées de faire exécuter les ordonnances concernant cette importante question d'hygiène.

Le fait suivant, recueilli en Angleterre, prouve que nos voi-

---

En attendant que cette heureuse révolution se soit opérée, il reste le mariage, aussi a-t-il été adopté.

Mais sur ce point l'auteur n'entend pas raison, parce que le mariage offre « *beaucoup de chances d'être nuisible à* AUTRUI. » Vous ne savez probablement pas de quel *autrui* il est question ici? eh bien! il s'agit des enfants (qui peut-être ne viendront jamais), mais, enfin, qui en raison des nécessités de la malade, peuvent un jour survenir et constituer l'*autrui*, lequel *autrui* peut apporter en naissant des dispositions à l'hystérie, laquelle hystérie peut être considérée comme chose nuisible.

Ceci est grave et engage à faire de sérieuses réflexions avant de proscrire *la confrication vulvaire*, qui paraît jusqu'ici ne pas avoir cet inconvénient.

J'aurais bien d'autres remarquables choses à signaler dans le consciencieux et sérieux travail de M. Briquet; mais comme cela m'entraînerait trop loin, il faut que je me réserve un peu de place pour protester contre une des théories de l'auteur; car encore faut-il bien qu'un critique n'admire pas tant, même dans ce qui est le plus digne d'admiration.

Il est donc un point du travail de M. Briquet contre lequel je proteste au nom de la nature, au nom de la morale et au nom de la physiologie. L'auteur prétend que « 139 *femmes hystériques ont eu entre elles* 367 *enfants!* » M. Briquet! comment diable ont-elles fait leur compte! s'il s'agissait d'huîtres, d'escargots ou de tout autre espèce androgyne, je comprendrais encore; mais il s'agit de femmes, ce qui fait que je proteste de nouveau au nom de la nature, au nom de la physiologie, au nom de la morale! Si, entre elles toutes, elles n'avaient fait qu'un seul enfant, à la rigueur on pourrait, s'il était bien petit, y croire, sans le comprendre; on n'est pas obligé de comprendre tout ce qu'on croit; mais par les dix mille vierges de Cologne, il s'agit de *trois cent soixante-sept* enfants, et franchement c'est trop pour un seul miracle. Je demande donc formellement le mot de la charade, ou le procédé de fabrication qui a été employé, si toutefois il n'y a pas de brevet. Dr JOULIN.

P. S. Je crois que je me suis trompé sur la pensée de M. Briquet, et qu'il ne s'agit pas de 367 enfants procréés sans intervention virile, mais seulement du total des enfants de 139 femmes hystériques, *réunies ensemble* uniquement pour les besoins de l'addition.

Désolé d'avoir si mal compris un savant si sérieux et si clair, j'ai fait courir immédiatement après le commissionnaire qui portait ce feuilleton à l'imprimerie; mais il a été impossible de le rattraper.

Dr J.

sins d'Outre-Manche, ordinairement préoccupés de tout ce qui concerne l'hygiène, sont fort arriérés sur ce point.

Voici la relation de ce fait, que nous empruntons à un journal anglais :

« La morve ravageait depuis nombre d'années les écuries d'un fermier du comté de Peebles ; on disait qu'il avait déjà été obligé de les renouveler trois fois. J'ai vu plusieurs de ces pauvres animaux arrivés au dernier degré de la maladie, et cherchant leur nourriture le long des routes. Les voisins de ce cultivateur ne lui permettaient pas de les mener à la forge, ou plutôt défendaient au maréchal de les y recevoir. Il ne faisait rien cependant pour remédier au fléau, qui finit par frapper deux de ses hommes. L'un d'eux, de Dalkeith, fut porté chez sa mère, où il succomba au bout de trois jours ; l'autre, qui était étranger, fut transporté à l'Infirmerie royale, où je me hâtai de me rendre dès que j'en fus instruit. Il était déjà mort lorsque j'arrivai, et avait été enterré le jour même ; il présentait, dit-on, un spectacle horrible à voir. Le lendemain, je courus à Édimbourg ; son camarade était mort aussi, et dans le même état. Les gardes me racontèrent qu'il exhalait une odeur si infecte, qu'on était obligé, avant d'entrer dans la petite chambre où il gisait, d'en laisser la porte ouverte pendant une demi-heure au moins. Au surplus, elles ne connaissaient pas la maladie à laquelle il avait succombé, et ne se doutaient pas que ce fût la morve. J'allai voir le docteur Syne, qui l'avait soigné, et qui, après notre conversation, ne douta plus un instant que ce fût bien la morve, et témoigna beaucoup de regret de ne pas l'avoir appris plus tôt. Je fus interrogé à l'enquête faite par le shériff ; le professeur Dick fut envoyé pour examiner les chevaux avec M. Ferguson, qui avait été nommé à cet effet par le shériff du Peeblesshire. Ils trouvèrent cinq chevaux morveux dans la ferme. Les docteurs de Dalkeith et d'Édimbourg furent consultés, mais ne purent pas donner de grands renseignements. Le fermier fut acquitté et conserva même ses chevaux morveux, qu'on n'eut pas le pouvoir de lui faire abattre ; il lui fut seulement défendu de les laisser sortir de son exploitation. Abandonné par tous ses domestiques, il se trouva seul au moment des travaux du printemps ; il se levait de grand matin pour semer, puis hersait lui-même dans la journée, conduisant deux attelages à lui seul ; à la fin, la nécessité lui fit abattre ses chevaux, rebâtir ses écuries et nettoyer la ferme à fond, ce qui n'avait pas été fait depuis bien des années. »

PHARMACOLOGIE.

Nouvelle pâte caustique au chlorure de zinc,

Par M. Aug. Sommé,

Interne en pharmacie à l'hôpital des Cliniques.

Le chlorure de zinc constitue un des meilleurs caustiques dont puisse disposer la chirurgie ; mais les difficultés que présente le maniement de cet agent constituent des obstacles sérieux qui ont souvent préoccupé les chirurgiens. Diverses préparations ont été proposées pour faciliter son emploi ; mais quelques points laissent encore à désirer, et des recherches récentes tendent à rendre commode et sûre l'application de ce caustique.

C'est en 1826 que Hanke, de Breslau, conseilla l'emploi du chlorure de zinc contre diverses affections : nævi materni, tumeurs fongueuses, carcinomateuses, etc.; plus tard, le docteur Canquoin le remit en vogue pour le traitement des cancers, et donna quatre formules différentes, suivant que l'on désirait une action plus ou moins énergique (1 partie de chlorure pour 2 à 5 parties de farine). Plus tard encore, M. Soubeiran conseilla d'ajouter 1 partie de chlorure d'antimoine pour 2 de chlorure de zinc, pour donner au mélange une consistance de cire molle.

Mais ces pâtes ont quelques inconvénients bien connus des chirurgiens ; il est difficile de les conserver ; il faut les employer immédiatement, ou bien elles absorbent l'humidité, se ramollissent, et fusent sur les parties qui ne doivent pas être soumises à leur action.

Plus récemment enfin M. le docteur Maunoury, de Chartres, eut l'idée d'associer cette substance caustique à la gutta-percha, et chargea M. Robiquet de confectionner les préparations dont il conseillait l'emploi. Le chirurgien que nous venons de nommer paraît avoir obtenu des résultats satisfaisants ; mais les expérimentations n'ont pas été répétées à Paris sur une assez large échelle pour qu'on puisse se prononcer à cet égard ; et cela tient en grande partie à ce que le mode de préparation n'a pas été publié ; il paraît, du reste, devoir être assez compliqué.

M. Aug. Sommé, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, vient de publier dans le *Journal de chimie médicale et de pharmacie*, une note sur une nouvelle pâte au chlorure de zinc. Il associe cette substance avec le gluten.

Voici dans quelles circonstances il fut conduit à avoir recours à cette préparation. On connaît le procédé auquel M. Nélaton a recours pour le traitement des polypes naso-pharyngiens. Après avoir incisé le voile du palais, et au besoin reséqué une partie des os de la voûte palatine, cet habile chirurgien enlève le polype à l'aide de l'instrument tranchant ; mais, pour empêcher la récidive, il faut détruire les racines du mal par des cautérisations répétées sur le point d'implantation, qui est la partie la plus élevée du pharynx, la base du crâne. La pâte de Canquoin était employée de préférence, mais à cause des inconvénients que nous avons signalés, cette pâte était d'un maniement difficile dans une région aussi profonde, et plusieurs fois M. Nélaton exprima le désir d'avoir à sa disposition une pâte active, assez ferme, et facile à porter dans le pharynx, sans danger pour les parties voisines.

« Après de nombreux essais, dit M. Sommé, en variant les formules et les procédés, et en employant des farines de différentes qualités, je crus remarquer que la pâte était d'autant plus liante et facile à conserver que la farine que j'avais employée était plus riche en gluten ; l'idée me vint alors d'extraire le gluten de la farine et d'y associer le chlorure de zinc. »

L'auteur décrit ici quelques tentatives faites dans ce but, puis il indique le mode de préparation auquel il s'arrête :

MODE DE PRÉPARATION.

« On prend de la farine de froment de première qualité, afin d'obtenir une plus grande quantité de gluten, on en fait une pâte ferme avec une quantité d'eau suffisante que l'on verse dans un mortier, on piste pendant quelque temps, on laisse le *pâton* se gonfler pendant une heure, puis on le met au fond d'un petit sac en toile à mailles peu serrées, mais résistantes et qui sert de nouet ; on ferme l'ouverture de manière que les plis s'arrêtent près du pâton, on le lie en cet endroit à l'aide d'un fil et on le place sous un filet d'eau très-mince, au-dessus d'un tamis ou malaxe ; l'eau entraîne l'amidon, et le gluten reste dans le sac ; quand l'eau cesse de couler trouble, on retire le gluten, on le met sécher à l'étuve, à + 33°, dans une assiette légèrement huilée ; quand il est parfaitement sec et cassant, on le réduit en poudre très-fine dans un mortier de fer et on le tamise (1). Comme ce travail est assez long, il sera bon d'avoir préparé à l'avance de ce gluten en poudre, lorsqu'on voudra préparer le caustique au chlorure de zinc.

« On prend donc parties égales de chlorure de zinc et de gluten en poudre, et l'on opère de la manière suivante : on met le chlorure de zinc dans une capsule de porcelaine, on le dissout dans l'acool à l'aide d'une douce chaleur, en triturant légèrement avec un petit pilon de porcelaine. On répand alors uniformément le gluten en poudre au sein de la masse liquide, et on triture de manière à l'y incorporer complétement. Quand l'opération est terminée, ce dont on s'aperçoit parce que l'alcool a disparu par l'évaporation, on enlève

(1) On peut, au lieu de faire le gluten à l'aide d'un tissu, le faire à la main. C'est lorsqu'on n'aura besoin que d'une petite quantité de gluten. — On pourra aussi employer la farine de gluten maintenant préparée en grand et livrée au commerce pour l'alimentation des diabétiques.

la pâte à l'aide d'une spatule de bois, et on la conserve dans des pots ou dans des flacons à large ouvertnre, dans lesquels on peut mettre par précaution une petite quantité d'oxyde de zinc ou de poudre de lycopode, pour empêcher l'adhérence aux parois des vases.

« Cette pâte est très-plastique et peut rester très-longtemps exposée à l'air sans se liquéfier. On peut l'employer telle quelle, ou l'étirer avec les doigts, en la plaçant entre l'œil et la lumière, de manière à obtenir partout une même épaisseur : sa consistance est telle, qu'il est inutile de l'appliquer sur un sparadrap agglutinatif, elle n'adhère pas aux doigts et conserve la forme qu'on lui donne ; on peut la manier impunément, pourvu qu'on n'ait pas d'excoriations sur la peau.

« J'en ai confectionné des petits cylindres de toutes dimensions, que j'ai fait sécher à la chaleur de l'étuve et conservés dans des flacons bouchés ; ils acquièrent la dureté du bois et peuvent ainsi être introduits dans des fistules très-profondes : plusieurs spécimens de ce genre ont été appliqués à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, et leur action énergique n'a pas laissé de doute sur le bon mode de préparation.

« On peut donc employer ce caustique sous toutes les formes, en masse, en cylindres et en plaques.

« Mais désire-t-on avoir un véritable sparadrap, qui offre une pâte caustique dont l'effet soit limité sans se répandre au delà du mal, je fais dissoudre 30 parties de chlorure de zinc dans 40 à 50 grammes de collodion élastique ; j'obtiens ainsi, après agitation dans un flacon bouché à l'émeri, une masse plastique liquide dont j'étends une couche uniforme, à l'aide d'une spatule, sur un linge de toile serrée (od ne l'applique pas sur le sparadrap chirurgical, à cause du chlorure de plomb qui se formerait par double décomposition) ; on expose cette toile à l'air chaud pendant quelques secondes, l'éther se volatilise, de manière qu'on obtient une véritable éponge, dont les cellules qui retiennent le chlorure de zinc sont formées uniquement par la xyloïdine du collodion.

L'emploi du collodion a l'avantage d'agir comme anesthésique, et de calmer jusqu'à un certain point la douleur causée par le caustiqne ; il se forme dans ce cas une petite quantité d'éther zincé ou *zincaster* des Allemends, liqueur qui est employée par gouttes comme antispasmodique.

« Je proposerais aux praticiens l'addition d'une petite quantité de laudanum dans cette pâte pour chercher à pallier les douleurs qui résultent toujours de cette application, et comme ce sparadrap peut être fait au moment même de s'en servir, ils prescriraient eux-mêmes la dose d'opium qu'ils désirent faire entrer dans ce médicament.

M. Nélaton a employé déjà fréquemment cette pâte, tant à l'hôpital que dans sa clientèle particulière, et lui a reconnu les avantages qu'il désirait. M. Ad. Richard, qui a remplacé M. Nélaton à l'hôpital des Cliniques, pendant les mois de septembre et d'octobre, a eu plusieurs fois occasion de se servir de cette préparation, et l'a mise en usage dans le traitement de plusieurs affections chirurgicales.

M. Sommé se propose, dit-il, de continuer ses recherches sur ce sujet, et d'associer également la potasse caustique au gluten. Il a déjà rendu un service important à la science, et nous avons tout lieu d'espérer que ce ne sera pas le dernier,

JULES ROUYER.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Congrès d'ophthalmologie. — La *Presse médicale belge* annonce ce congrès par la publication de la lettre suivante, qui lui a été adressée par les signataires, et à laquelle nous sommes heureux de donner de la publicité :

« Monsieur et très-honoré confrère,

« Les membres du comité de rédaction des *Annales d'oculistique* ont résolu de convoquer, à Bruxelles, un *Congrès d'ophthalmologie*, auquel seront invités tous les médecins des divers pays qui cultivent cette branche des sciences médicales ou qui s'y intéressent, et qui se réunira les 13, 14, 15 et 16 septembre prochain, c'est-à-dire immédiatement avant l'ouverture du Congrès des médecins et naturalistes allemands, qui doit se tenir à Bonn du 18 au 20 du même mois.

« Pénétré des avantages que cette réunion ne peut manquer d'offrir et de la conviction qu'ils seront compris et appréciés par vous, le Comité d'organisation du *Congrès d'ophthalmologie* ose compter sur votre présence et sur votre obligeant et précieux concours.

« Sans avoir l'intention d'arrêter jusqu'ici aucun programme, il croit pouvoir dire cependant que la question de l'ophthalmie militaire, maladie qui, depuis tant d'années, désole plusieurs armées du continent, et fait chaque jour de nouvelles victimes dans les populations auxquelles malheureusement elle s'est propagée, occuperait une place importante dans ses délibérations. Une statistique exacte de cette funeste maladie dans les divers pays, l'étude des voies par lesquelles elle s'y est introduite, l'examen des mesures propres à en arrêter les progrès, et des résultats obtenus ou à attendre de leur application, la discussion des indications curatives et des moyens d'y satisfaire, ne pourraient pas manquer d'en éclairer l'histoire, imparfaitement connue jusqu'ici, et d'exercer une influence salutaire sur sa prophylaxie et son traitement.

« L'ophthalmoscope, cet instrument si ingénieux de diagnostic, jusqu'ici trop peu répandu, a besoin d'être apprécié dans ses applications. Chacun des membres du Congrès apportant à la solution des questions qui s'y rattachent, le fruit de ses études et de son expérience, et s'aidant au besoin de démonstrations faites sur des malades, donnerait à sa propagation une impulsion bienfaisante, tout en déterminant avec précision les limites de son emploi.

« Enfin, des séances spéciales seraient réservées à l'exposition des faits particuliers, en dehors de ceux mentionnés au programme, sur lesquels les membres présents jugeraient à propos d'appeler l'attention du Congrès.

« Nous croyons inutile d'entrer dans des détails qui, nous le comprenons, seraient aujourd'hui prématurés. Aidés des bons conseils d'hommes compétents comme vous, Monsieur et honoré Confrère, nous espérons pouvoir rédiger très-prochainement un programme en harmonie avec la destination du Congrès et les besoins de la science.

« Nous comptons que vous voudrez bien nous y aider, en nous faisant connaître, *sous le plus bref délai possible*, en même temps que votre *adhésion*, les points sur lesquels vous désireriez voir se porter spécialement l'attention de la Compagnie (1).

« Veuillez recevoir, Monsieur et honoré Confrère, l'assurance de notre considération distinguée.

« Bruxelles, le 15 janvier 1857.

« *Le Comité d'organisation :* FALLOT, président de l'Académie royale de Médecine de Belgique, etc., *président.* — BOSCH, chirurgien à l'Institut ophthalmique du Brabant, etc., *membre.* — HAIRION, directeur de l'Institut ophthalmique de l'armée à Louvain, etc., *membre.* — VAN ROOSEBROUCK, directeur de l'Institut ophthalmique du Brabant, etc., *membre.* — WARLOMONT, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique, secrétaire général.* »

(1) Toutes les lettres et communications relatives au Congrès doivent être adressées à M. Warlomont, Secrétaire général du Congrès d'ophthalmologie, rue Notre-Dame-aux-Neiges, 27, à Bruxelles. Dès que les réponses seront parvenues au Comité, le programme pourra être arrêté et adressé sans retard à tous les membres adhérents, avec la liste de ces derniers.

Les *Annales d'oculistique* tiendront leurs lecteurs au courant de tout ce qui concerne le Congrès.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 19. 5e année. Jeudi 12 Février 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 11 février 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Vaccine et cowpox. — Réactif de l'acide prussique. — Maladies des ouvriers des chemins de fer. — Kystes tubo-ovariens. — Le pyrophosphate de fer. — Fœtus acéphale.**]

Le public scientifique était venu pour entendre une discussion sur la méthode sous-cutanée. Il a entendu plusieurs choses fort intéressantes sans doute, mais où il a été très-peu question de la méthode sous-cutanée. La raison pour laquelle le bureau a jugé à propos de remettre cette discussion, ou, ce qui est la même chose, de donner la parole à l'orateur à la fin de la séance, c'est qu'il est convenable d'entendre les candidats à la place vacante. Si cette raison est la vraie, elle peut être bonne longtemps; car il y a environ une douzaine de candidats inscrits, et un seul a été entendu hier. On peut donc espérer que, dans douze semaines, la discussion mise à l'ordre du jour commencera; mais à ne rien céler, nous n'avons qu'une foi modérée dans la raison invoquée par M. le président, et nous avons lieu de penser que la parole sera réellement donnée à M. Guérin, mardi prochain, à moins que l'honorable académicien n'ait l'intention d'y renoncer, ce qui, il faut l'espérer, n'est nullement dans ses intentions.

— M. Trousseau a fait preuve hier d'un notable progrès en raisonnement, et pour peu qu'il fasse encore quelques pas dans la même voie, nous ne serons pas longtemps sans nous rencontrer. Il a bien insisté de nouveau sur les insuccès de MM. Bretonneau et de Puységur, dans leurs tentatives de vaccination des enfants aux animaux, jeunes ou vieux; mais il a accepté les résultats de M. Bousquet, qui a inoculé la vaccine des enfants aux génisses; puis des génisses aux enfants; puis, de ces derniers enfants à d'autres enfants, et ainsi de suite indéfiniment. M. Trousseau n'a donc pas voulu s'inscrire en faux contre ces expériences, et la chose, en effet, paraissait assez difficile. Il a donc conclu des unes et des autres que la question n'était encore qu'à demi-éclairée. Cela n'est pas mal; mais M. Trousseau aurait fait encore mieux, s'il avait ainsi dit :

« 1° J'avais avancé que *jamais* la vaccine ne se transmettait de l'homme aux animaux; les expériences de M. Bousquet prouvent le contraire, et sur ce point la question est *complétement* éclairée.

« 2° L'inoculation réussit-elle dans tous les cas quand on opère sur des animaux jeunes? Les expériences de M. Bousquet semblent le prouver; celles de MM. Bretonneau et de Puységur tendent à le mettre en doute; sur ce point, la question a besoin d'être éclairée par de nouvelles expériences.

« 3° Au point de vue pathogénique et pratique, la première question étant de beaucoup la plus importante, on peut attendre avec patience la solution de la seconde. »

Si M. Trousseau avait ainsi raisonné, nous n'aurions eu aucune restriction à apporter à nos félicitations.

Parlant du fait qui a servi de texte à la communication de M. Leblanc, M. Trousseau a fait le raisonnement suivant : « D'après les renseignements qui m'ont été transmis, le maréchal-ferrant dont a parlé M. Leblanc porte à la main des cicatrices qui *ressemblent* à des cicatrices de vaccine; il n'a été en contact avec aucun enfant vacciné; des observateurs ont vu que les *eaux aux jambes* des chevaux peuvent donner la vaccine; j'ai donc été en droit d'*affirmer* que ledit maréchal avait contracté la vaccine en ferrant un cheval atteint de cette maladie. » — Que M. Trousseau, qui n'a rien vu par lui-même, et qui ne peut garantir l'authenticité des faits qu'il considère comme constants, remplace le mot AFFIRMER par le mot présumer, et il sera complétement dans les bons principes.

Sur la question de la transformation des maladies, M. Trousseau a fait un progrès aussi, mais beaucoup moins sensible que dans la question de la vaccine. Partant de ce fait, insuffisamment prouvé, qu'on ne parvenait pas à donner aux animaux le *sang de rate* en leur inoculant l'*ichor* de la pustule maligne de l'homme, mais qu'il fallait introduire dans leur tissu cellulaire *toute* la pustule elle-même, il a conclu qu'il avait eu raison de dire, dans la précédente séance, que les maladies transmises des animaux à l'homme n'étaient pas *toujours faciles à inoculer de nouveau de l'homme aux animaux*.

Or, cette conclusion dénote chez l'orateur :

1° Un défaut de mémoire : il n'avait nullement été question, dans son précédent discours, de facilité ou de difficulté d'inoculation, mais bien de *transformation*, ou, en

d'autres termes, de *changement de nature* des maladies par leur transmission d'une espèce animale à une autre ;

2° De fausses idées sur la pathogénie des maladies contagieuses ; car il est aussi démontré que vérité puisse l'être en médecine, que la propriété inoculable d'un principe morbide ne dépend nullement de la quantité (1) de ce principe, mais bien de sa qualité.

Donc, pour se conformer entièrement aux règles d'une logique irréprochable, M. Trousseau aurait dû ainsi parler :

« Dans la dernière séance j'avais affirmé qu'en se transmettant d'une espèce à une autre, les maladies se *transformaient* souvent ; il est évident, qu'en ce qui concerne les exemples que j'avais choisis, c'est le contraire qui est la vérité. »

— Outre la petite discussion sur la vaccine et sur le sang de rate, l'Académie a entendu plusieurs communications que nous ne pouvons guère qu'énumérer, quoiqu'elles offrent toutes un véritable intérêt.

Par ordre chronologique, nous devons mentionner d'abord un très-substantiel rapport de M. Boutron, sur un excellent moyen de déceler des traces d'acide cyanhydrique dans les cas d'empoisonnement. On trouvera au Compte rendu une longue analyse de ce rapport, où de justes éloges sont décernés aux auteurs du travail qui en fait l'objet, MM. Henry fils et Humbert, dont nos lecteurs ont déjà pu apprécier l'excellent esprit.

— M. E.-A. Duchesne a lu ensuite un mémoire, fruit de longues recherches, sur les maladies propres aux chauffeurs et aux mécaniciens des chemins de fer. Ce travail nous a paru mettre en lumière des faits d'un grand intérêt, mais qu'il nous serait impossible d'apprécier comme ils le méritent, après une simple audition.

— Nous étions plus familiarisé d'avance avec le travail de M. Adolphe Richard. Ce jeune chirurgien a apppelé l'attention de l'Académie sur une variété de kystes ovariens qu'il a décrite, il y a cinq ou six ans, à la Société de Chirurgie, sous le nom de *kystes tubo-ovariens*. Déjà à cette époque, il en connaissait cinq exemples qu'il avait rencontrés en très-peu de temps, et il était porté à croire que cette variété était assez commune. Depuis lors, en effet, il a eu l'occasion d'étudier bon nombre de pièces semblables. La description des kystes tubo-ovariens appartient incontestablement à M. Richard. D'autres observateurs en avaient vu avant lui, mais n'y avaient attaché aucune importance, et n'en avaient pas reconnu la véritable nature, car l'observation de Sponius, que M. Richard a eu la bonté d'accepter, ne méritait pas tant d'honneur. Un kyste tubo-ovarien est un kyste de l'ovaire ouvert dans la cavité de la trompe. Par suite de cette ouverture, la trompe se dilate et s'allonge pour recevoir une partie du liquide kystique. On conçoit que la trompe a dû venir préalablement s'appliquer sur la surface du kyste, et y contracter des adhérences circulaires et complètes, car sans cela le liquide, au moment de la rupture, s'épancherait dans le péritoine. Malgré les recherches de M. Richard, il reste encore plus d'un point obscur dans le mécanisme qui préside à la succession de ces phénomènes. Quoi qu'il en soit, le liquide, parvenu dans la trompe, dilate considérablement le pavillon et l'extrémité externe de cet organe, mais, chose digne de remarque, il ne s'écoule pas dans l'utérus. La trompe, à son extrémité interne, et surtout dans le trajet qu'elle parcourt dans l'épaisseur de la paroi utérine, offre un calibre tellement petit et des parois tellement peu dilatables, que, quoique pouvant admettre un très-fin sylet d'argent, elle refuse passage au liquide du kyste. Cette résistance persiste même sur le cadavre. C'est en vain qu'on comprime fortement la tumeur entre les doigts, après avoir fendu la cavité utérine, on ne peut réussir à expulser le contenu du kyste. On est peut-être disposé à croire que l'état pathologique a déterminé l'oblitération de l'orifice utérin de la trompe. Il n'en est rien cependant, et c'est ce que démontre l'expérience suivante, répétée plusieurs fois par M. Richard. On comprime la tumeur; rien ne s'écoule ; on introduit un stylet d'Anel dans l'orifice externe de la trompe, et on ne rencontre aucun obstacle, l'instrument parvenant sans difficulté jusque dans la cavité du kyste. Si alors on comprime de nouveau la tumeur, on voit le liquide filer lentement le long du stylet; mais, dès qu'on retire celui-ci, on a beau comprimer, le liquide ne s'écoule plus. Tout le monde comprendra la portée de ce fait. Déjà, dans son premier mémoire, M. Richard en avait conclu que les injections intra-utérines ne pouvaient pas pénétrer dans le péritoine ; — il ajoutait que, quand même cette pénétration serait possible sur le cadavre, on n'aurait pas le droit d'en conclure qu'elle fût possible sur le vivant. Il aurait pu, *à fortiori*, en dire autant des injections poussées simplement dans le vagin, mais il est évident qu'à cette époque, il ne pouvait pas prévoir les assertions qui ont été émises depuis lors.

Pour être juste, nous devons dire qu'il y a dans la science quelques rares et vagues observations, où l'on dit qu'un kyste de l'ovaire a pu, sans s'affaisser, laisser écouler lentement à l'extérieur une partie de son contenu. M. Richard s'est demandé si, dans ces cas, il ne s'agissait pas de kystes tubo-ovariens, dans lesquels, par exception, l'orifice interne de la trompe serait devenu perméable au liquide. Mais c'est une supposition qui n'a pas encore été soumise au contrôle de l'anatomie pathologique.

— Après M. Richard, M. Robiquet a occupé la tribune et a fait connaître à l'Académie les résultats de recherches suivies sur le pyrophosphate de fer. L'importance que le travail de M. Robiquet peut avoir en thérapeutique nous a engagé à le publier textuellement. Nos lecteurs le trouveront en entier dans le prochain numéro.

— La séance s'est terminée par la présentation, faite par M. Simonot, d'une pièce très-intéressante, et qui le deviendra sans doute davantage lorsqu'une dissection attentive en aura fait connaître les dispositions anatomiques intérieures ; c'est un fœtus de la classe des acéphaliens, qui, comme tous ceux de cette espèce (si notre mémoire n'est pas en défaut), appartient à une grossesse double. Ce qui nous a paru de plus remarquable, à première audition, c'est la disposition du cordon, qui était unique à son insertion à un seul placenta, et ne commençait à se bifurquer qu'à 3 ou 4 centimètres au-dessous ; et cette circonstance, que le fœtus a donné des signes de vie jusqu'au moment où l'on a coupé le cordon. M. Simonot ayant confié sa pièce aux habiles mains de M. Depaul, nous espérons pouvoir donner prochainement des détails anatomiques qui compléteront nos indications d'aujourd'hui.

H. de Castelnau.

---

(1) J'entends parler bien entendu de quantités matériellement ou rationnellement appréciables; car je ne suis guère disposé à croire qu'une trentième dilution de pus syphilitique puisse inoculer la vérole.

Séance de la Société de Chirurgie du 4 février.

[**Chirurgie conservatrice. — Nouvel appareil prothétique pour les pseudarthroses. — Traitement des abcès articulaires.**]

Il a été un temps où les grandes lésions des membres, celles notamment qui sont produites par les projectiles de guerre, étaient à peu près invariablement traitées par l'amputation. Les modernes ont singulièrement restreint l'application de cette cruelle ressource, et aujourd'hui la chirurgie conservatrice triomphe jusque sur les champs de bataille. Nous avons parlé, dans un de nos derniers comptes rendus, d'un officier qui avait eu l'extrémité supérieure du fémur fracassée par une balle, et qui a heureusement survécu en conservant les fonctions de son membre. M. Larrey, qui avait présenté il y a quelque temps ce blessé à la Société de chirurgie, lui en a montré aujourd'hui un autre tout aussi intéressant.

Un soldat de Crimée reçut un éclat d'obus qui lui fracassa l'épaule gauche et lui emporta la main droite. L'avant-bras droit dut être amputé immédiatement. La plaie de l'épaule était énorme et empiétait même sur la paroi antérieure de la poitrine. Une partie du grand pectoral et une partie du deltoïde avaient été emportées par le projectile. L'extrémité supérieure de l'humérus était littéralement broyée, et la longue portion du biceps était détruite ; mais les vaisseaux et les nerfs de l'aisselle paraissaient intacts, et on conçut l'espoir de conserver le membre. A travers cette vaste plaie on enleva les nombreux fragments de l'humérus, puis on régularisa avec la scie la section de l'os. Lorsque l'opération fut terminée, la perte de substance de l'humérus descendait, à partir de l'articulation scapulo humérale, jusqu'au-dessous de l'insertion des muscles grand dorsal, grand pectoral et grand rond. La suppuration, comme on pouvait s'y attendre, fut considérable. La plaie se rétrécit graduellement et ne se referma qu'au bout de plusieurs mois, laissant une cicatrice large, profondément déprimée et adhérente aux os.

Aujourd'hui, l'épaule est extrêmement déformée. Une excavation profonde, située au-dessous de la voûte acromiale, remplace le relief normal de la région. L'extrémité supérieure de l'humérus, facile à sentir à travers les téguments, est située à plusieurs travers de doigt au-dessous de la cavité glénoïde, avec laquelle elle ne paraît pas s'articuler. Le bras, privé de point d'appui supérieur, et privé d'ailleurs de l'action de plusieurs muscles importants, retombe inerte sur le côté de la poitrine, et, quoique les fonctions et la force de l'avant-bras et de la main soient bien conservées, le membre gauche, ne pouvant exécuter aucun mouvement de totalité, ne rend aucun service à ce malheureux, qui, comme nous l'avons déjà dit, a en outre subi l'amputation de l'avant-bras droit.

Il semble, d'après cela, que le bénéfice de la chirurgie conservatrice se réduise à peu de chose ; mais M. Larrey, à qui le blessé est actuellement confié, n'a pas cru devoir renoncer à tirer parti de ce membre mutilé. Il s'est demandé si quelque appareil prothétique ne pourrait pas rendre à l'articulation du bras la solidité qu'elle a perdue. Après plusieurs tentatives infructueuses, il a découvert une particularité qui lui a permis de résoudre le problème. Lorsqu'on saisit à pleine main les chairs de la région deltoïdienne, et qu'on les étreint circulairement avec une certaine force, le blessé recouvre aussitôt la faculté de mouvoir son bras en avant et en arrière, de l'écarter du tronc, de le porter sur la tête et même derrière le cou. Sur cette donnée, M. Larrey a fait construire par M. Charrière fils un appareil qui, prenant son point d'appui sur les deux épaules, vient étreindre circulairement l'extrémité supérieure du bras gauche, au niveau de la dépression profonde qui correspond à la cicatrice. Un bracelet appliqué sur la partie supérieure de l'avant-bras est relié à cet appareil par deux courroies latérales qui attirent le coude en haut, et qui par conséquent ont pour résultat de rapprocher l'humérus de l'omoplate. Lorsque cet appareil est en place, le blessé se sert librement de son membre et le meut même avec une certaine force, avantage d'autant plus précieux que l'autre membre thoracique est amputé au milieu de l'avant-bras.

Ce fait intéressant, que M. Larrey a mis sous les yeux de la Société, a fourni à M. Huguier l'occasion de citer un fait analogue qu'il a observé pendant son internat. Une femme, affectée de pseudarthrose à l'avant-bras, ne pouvait se servir de sa main, lorsqu'elle imagina un moyen fort simple qui fut tout à fait efficace : c'était l'application d'une bande roulée fortement serrée dans l'intervalle des fragments.

Il y aurait des recherches physiologiques fort intéressantes à faire sur le mode d'action de cette compression circulaire, qui a rendu des services si éminents au blessé de M. Larrey et à la femme citée par M. Huguier. Quoi qu'il en soit, ces faits importants doivent être présents à l'esprit des praticiens.

Après la lecture du procès-verbal et la nomination de la Commission du prix Duval, le président a accordé la parole à M. Reybard, qui a lu un mémoire intitulé : *Nouvelles considérations sur les tumeurs blanches et leur traitement.* Ces considérations, moins nouvelles peut-être que l'auteur n'a paru le croire, ne sont cependant pas dénuées d'intérêt. M. Reybard, attribuant au contact irritant du pus articulaire la plupart des accidents des tumeurs blanches, propose d'ouvrir de bonne heure une large issue à ce liquide. Tous les chirurgiens, reconnaissent l'utilité de l'extraction du pus, mais, craignant l'entrée de l'air dans la jointure, ils ne font ordinairement que de petites ouvertures qui n'empêchent pas la stagnation et la putréfaction du pus dans l'articulation. L'auteur pense qu'au contraire il faut pratiquer une très-grande ouverture, autant que possible dans un point déclive ; il annonce même que plusieurs fois, afin d'ouvrir un orifice plus déclive et de faciliter l'écoulement du pus, il n'a pas hésité à trépaner l'extrémité supérieure du tibia. Il procède ordinairement de la manière suivante : il fait d'abord à la peau une incision cruciale, puis il pénètre dans l'articulation en détruisant les couches sous-cutanées et la synoviale, soit au moyen de la pâte de Canquoin, soit au moyen du fer rouge. Nous avons lieu de croire que ce procédé en deux temps lui appartient, mais la méthode générale des grandes incisions est loin d'être nouvelle, et nous regrettons que l'auteur ne se soit pas étayé de l'autorité de M. Gay qui, depuis longtemps déjà, a introduit cette méthode dans la chirurgie anglaise. D. et C.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE.

Fonctions des capsules surrénales.

[Nous avons publié, dans notre dernier numéro, une note adressée tout récemment à l'Académie des Sciences, par M. Brown-Séquard, qui, du fond de son exil volontaire, continue à prendre part aux luttes de la science. — Aux faits consignés dans cette note nous croyons devoir joindre les réflexions suivantes, que nous extrayons d'une lettre écrite par M. Brown-Séquard à notre collaborateur M. Broca. — H. de C.]

Mon cher ami,

Je ne sais si votre confiance dans les preuves que j'ai données de l'importance des capsules surrénales a été ébranlée par les résultats des expériences de M. Philipeaux. Pour moi, je suis plus convaincu que jamais que les *fonctions* dévolues à cet organe sont nécessaires à l'entretien de la vie. Mais, les faits de M. Philipeaux ayant montré que les animaux décapsulés peuvent survivre plus longtemps que je ne l'ai vu, je suis conduit à croire que les fonctions des capsules sont alors remplies

par d'autres organes. Ainsi que l'a dit Legallois, les expériences ne se contredisent jamais ; si elles semblent se contredire, c'est qu'il y a entre elles un terme intermédiaire qu'on ne voit pas et qui les explique en les conciliant. Quand j'ai dit que les capsules surrénales me semblaient être essentielles à la vie, je n'ai pas voulu parler du petit amas de matières qui les constitue, mais des fonctions qu'elles remplissent. Or, mes expériences démontrent, de la manière la plus positive, que les animaux décapsulés meurent parce que ces organes manquent, et non par d'autres causes accessoires et relativement peu influentes. Si, donc, on trouve que la mort ne survient pas nécessairement et promptement dans tous les cas, après l'ablation des capsules, cela prouve bien que la vie est possible en l'absence des capsules surrénales, mais cela ne prouve pas que les animaux puissent se passer de leurs fonctions, car il pourrait se faire que ces fonctions fussent, jusqu'à un certain point, remplies par d'autres organes. Ce résultat est peut-être contraire à la lettre de ma conclusion, mais non à son esprit. J'avoue que je livre volontiers la *lettre* de la plupart des conclusions de mes travaux, si on veut bien en laisser sans altération l'*esprit*, la *signification*, la *valeur scientifique*.

Les reins ne sont pas essentiels à la vie. Il y a dans la science des cas où les reins, détruits totalement par des altérations pathologiques, ont cessé peu à peu de fonctionner, et où la sécrétion urinaire s'est faite par d'autres voies. Personne cependant n'en a conclu que les *fonctions* de ces organes ne fussent pas essentielles à la vie.

A l'égard des capsules surrénales il reste, entre autres choses, deux questions principales à résoudre : 1° combien de temps la vie peut-elle durer chez les animaux qui ne succombent pas immédiatement à la destruction des capsules, et chez lesquels, par conséquent, les fonctions de ces dernières sont exécutées par d'autres organes? 2° quelle est la glande ou quelles sont les glandes qui remplissent les fonctions des capsules lorsque la vie se prolonge quelque temps après leur extirpation? Relativement à la première de ces questions, le travail de M. Philipeaux nous laisse dans l'obscurité. Il est probable que le savant préparateur de M. Flourens donnera bientôt quelques détails à ce sujet. Il ne faudrait pas que dans l'empressement de contredire des conclusions inattendues, il se contentât d'avoir vu les animaux survivre pendant deux ou trois semaines; ses faits ne seront démonstratifs que si les animaux survivent définitivement. J'avais déjà vu que chez les jeunes sujets la vie peut se prolonger plusieurs jours après l'extirpation des capsules; il y a donc des conditions qui peuvent allonger la durée de la survie ordinaire. En outre, il importe de ne pas perdre de vue que les expériences de M. Philipeaux et les miennes ont été faites par des procédés très-différents. J'enlève les deux capsules à la fois, tandis que M. Philipeaux laisse écouler un temps assez considérable entre l'extirpation de ces deux organes. De plus, il expérimente sur des animaux d'une autre espèce, et il choisit de préférence des sujets *albinos*. Or, s'il était vrai qu'il y eût quelques relations entre les fonctions des capsules et la production du pigment, chose qui me paraît assez probable, la condition de l'albinisme serait peut-être de nature à modifier les résultats de l'expérimentation. Je sais combien il importe de varier les expériences; c'est un principe que j'approuve et que je mets en pratique autant que je le puis; mais il y a un autre principe non moins important : c'est que lorsqu'on obtient des résultats différents de ceux qu'a obtenus précédemment un autre expérimentateur, il est nécessaire, avant de le contredire, de répéter ses expériences de la même manière que lui, en se plaçant dans les mêmes conditions, et en se servant d'animaux semblables à ceux qu'il a employés.

Telles sont, mon cher ami, les remarques que je voulais vous soumettre, relativement aux capsules surrénales. Peut-être jugerez-vous bon de les publier dans le *Moniteur des Hôpitaux*.

Recevez, etc. E. BROWN-SÉQUARD.

Richmond, 12 janvier 1857.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE COMPARÉE.

Expériences d'inoculation de la pustule maligne à l'homme et aux animaux.

[*Extrait des rapports de l'Association médicale d'Eure-et-Loir*, des 29 septembre 1850 et 30 janvier 1851 (M. SALMON, rapporteur); du 27 mai 1851 (M. BOUTET, rapporteur).

La Commission spéciale instituée pour faire ces expériences était composée :

1° A CHARTRES, de MM. *Baudouin* et *Boutet*, vétérinaires, *Maunoury*, *Salmon* et *Voyet*, médecins ;

2° A CHATEAUNEUF, de MM. *Garreau*, vétérinaire, et *Poulain*, médecin ;

3° A CHATEAUDUN, de MM. *Moisant*, vétérinaire, *Raimbert* et *Anthoine*, médecins ;

4° A VOVES, de MM. *Savigny*, vétérinaire, et *Maguet*, médecin.

La dernière maladie à propos de laquelle eurent lieu nos recherches expérimentales, est la pustule maligne ou charbon de l'homme.

L'idée des inoculations avec le liquide de la pustule maligne ne date pas seulement de l'époque où commencèrent nos expériences ; émise dans la discussion à la séance de mai 1850, elle appartient pour ainsi dire à tous les membres de notre Association ; elle avait même été formulée, avant cette époque, dans un savant mémoire adressé à notre société par l'un de nous, M. Harreaux, qui dès ce moment nous conseillait de suivre cette voie nouvelle, ouverte dans la chirurgie expérimentale par M. Ricord.

Un motif sérieux nous engageait, du reste, à faire des inoculations de pustule maligne. D'après notre observation pratique de tous les jours, il était en effet évident pour nous tous qu'il y avait entre cette maladie et les diverses affections charbonneuses de nos grandes espèces domestiques, une relation de cause à effet.

M. Harreaux avait remarqué qu'une jeune fille, étant tombée sur une pierre où la veille on avait déposé des peaux de moutons morts du *sang*, fut affectée d'une pustule maligne dans le point où siégeait la plaie qu'elle s'était faite. Un homme de Clévilliers-le-Moutiers, dont nous a parlé M. Poulain, de Châteauneuf, gagna le charbon après s'être blessé à la main en faisant l'autopsie de moutons morts du *sang*, et il fallut toute l'habileté bien connue de notre collègue pour le sauver. Dans une excursion que nous fîmes à la Brequeille, commune de Clévilliers, afin de nous procurer des rates de mouton pour nos expériences, nous rencontrâmes par hasard un homme affecté de charbon à l'angle de la mâchoire du côté gauche, et cet homme exerçait la profession de berger dans la ferme de M. Chenu, des Joncs, où beaucoup de moutons succombaient alors au sang de rate. Le nommé Dauvilliers, de Chartainvilliers, que nous eûmes le malheur de perdre d'un charbon à la région parotidienne, avait quelques jours auparavant acheté et transporté chez lui des peaux de morts du *sang*. Enfin, un malade que nous observions il y a quelque temps à l'hôpital de Chartres, était portefaix et avait gagné la maladie le lendemain du jour où il avait servi d'aide pour entasser dans une voiture des peaux de moutons chez M. Rabinel, entrepreneur de roulage.

En présence de ces documents, il était nécessaire de rechercher s'il existait une identité complète entre la pustule maligne et les affections charbonneuses précédentes : c'est ce que nous avons essayé de faire dans les expériences que nous allons avoir l'honneur de rapporter :

I. EXPÉRIENCES D'INOCULATION SUR L'HOMME.

Expérience I. — Un individu affecté de pustule maligne très-grave à la face dorsale de la main, fut inoculé au moyen de trois piqûres à l'avant-bras du côté droit; les piqûres étaient cicatrisées le lendemain.

Expérience II. — Un berger de la Brequeille, visité par MM. Maunoury, Salmon et Boutet, porte à l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche, une pustule de la largeur d'une pièce de cinq centimes environ, avec gonflement œdémateux considérable et diffus de la région cervicale. Inoculation, sur l'avant-bras de cet individu, du liquide provenant des vésicules qui entourent l'eschare. Résultat nul.

Expérience III. — Un portefaix de l'Hôtel-Dieu (service de M. Salmon) porte à la tempe droite une pustule maligne. Inoculation, faite avec M. Maunoury, de la sérosité de cette pustule sur l'avant-bras. Résultat négatif.

Expérience IV. — Un enfant qui consulta M. Salmon portait à la tempe droite une pustule maligne. Nous inoculâmes la sérosité à l'avant-bras. Les piqûres ne produisirent pas d'effet.

CONCLUSION. — Les hommes affectés de pustule maligne sont impunément inoculés, dans leurs parties saines, avec le liquide séreux provenant du pourtour de cette pustule.

II. EXPÉRIENCES D'INOCULATION SUR LES ANIMAUX
(*moutons*, *vaches*, *chevaux.*)

Nous avons inoculé la pustule maligne à 22 animaux : 12 moutons, 3 vaches, 1 cheval, 2 chiens, 4 lapins.

Expériences I et II. — Au mois d'août 1850, du liquide provenant d'un individu affecté de pustule maligne, est adressé à M. Maunoury par M. Poulain, de Châteauneuf. Inoculation faite avec M. Boutet, à la région des ars, à un mouton et à un cheval. Résultat négatif.

Expérience III. — A la même époque, M. Salmon reçut de M. Girouard un liquide limpide provenant d'un individu affecté de pustule maligne, et qui mourut de cette maladie. Inoculé chez un lapin par plusieurs piqûres à la région des ars, de chaque côté, après avoir dégarni la peau des poils qui la recouvraient. Pas de résultat. (MM. *Boutet* et *Baudouin.*)

Expériences IV et V. — Inoculation à un mouton et à un chien, avec du liquide recueilli au moyen d'une lancette sur le portefaix du service de M. Salmon. Résultat nul. (*La Commission.*)

Expérience VI. — Une femme porte au cou une pustule maligne; le 26 septembre, avant de cautériser, je recueille sur deux verres à vaccin le liquide qu'elle contient; le 29, ce liquide, délayé dans une très-petite quantité d'eau, est inoculé par quatre piqûres à la face interne des oreilles, et par quatre autres piqûres au dedans des cuisses de la chienne qui a servi à l'expérience III.

Malgré de larges et nombreuses cautérisations avec le caustique Filhos et le cautère actuel, la femme a succombé; la chienne n'a pas seulement été malade. (MM. *Raimbert*, *Anthoine* et *Moisant.*)

Expérience VII. — Le 3 décembre, j'inocule à un mouton, atteint de cachexie aqueuse, le virus d'une pustule maligne recueillie, le 6 novembre, sur un verre à vaccin et resté à l'air libre. Cette expérience ne donne aucun résultat. (*Id.*)

Expérience VIII. — En 1850, un empirique fait l'ouverture de deux cadavres de moutons morts du sang; cinq heures après, petite éruption au poignet, puis tuméfaction au bras et à l'avant-bras en gagnant les ganglions lymphatiques de l'aisselle; il réclame les soins de M. Poulain. Pendant l'opération, faite le 16 août au soir, une portion de la pellicule épidermique fut enlevée de la pustule charbonneuse, avec un peu de sérosité, et placée entre deux verres. Le lendemain matin, 17 août, à neuf heures, douze heures après l'enlèvement du virus du poignet de l'empirique, nous pratiquâmes, avec la sérosité, deux inoculations à la face interne de la cuisse gauche d'une brebis venant d'un troupeau où la maladie de sang est inconnue, et deux inoculations à la cuisse droite avec la pellicule épidermique; la même opération fut pratiquée avec ce virus sur un lapin.

La brebis meurt dans mes écuries dans la nuit du 19 au 20, c'est-à-dire soixante-deux heures après l'inoculation.

Le lapin éprouve le même sort que la brebis vingt-quatre heures après, c'est-à-dire quatre-vingt-six heures après l'inoculation.

A l'autopsie, faite avec le plus grand soin, nous trouvons sur les deux cadavres toutes les lésions qui appartiennent au *sang de rate.* (MM. *Garreau* et *Poulain.*)

Expérience IX. — Une vieille jument fut inoculée au col, le lendemain, avec la sérosité et le sang d'une deuxième pustule survenue au bras de l'homme charbonneux, vingt-deux heures après la cautérisation mercurielle de la pustule principale. Cette opération fut sans résultat. (*Id.*)

Expérience X. — Le 6 octobre, un enfant de 13 ans entre dans le service de M. Salmon, à l'Hôtel-Dieu, pour une pustule maligne développée à l'angle nasal de l'œil gauche; incision cruciale d'abord pratiquée sur la pustule, dont le volume est d'ailleurs assez petit; puis excision avec des ciseaux de chacun des quatre lambeaux séparément; au fur et à mesure de son ablation, chaque lambeau est porté au plat des cuisses d'un mouton dans le tissu cellulaire sous-cutané; ce mouton meurt quarante-six heures après l'inoculation. Infiltration de sérosité sanguinolente au niveau des inoculations, surtout à la cuisse droite; çà et là, au sein de cette infiltration, de petites ecchymoses pétéchiales; à l'ouverture du péritoine, on rencontre les intestins gorgés de sang et le mésentère fortement arborisé; il existe très-peu de sérosité sanguinolente dans le péritoine et dans la cavité thoracique; pétéchies sur le poumon droit, écume sanguinolente dans les bronches, rate gonflée, diffluente, d'un rouge grenat foncé. (MM. *Boutet* et *Salmon.*)

Le mouton précédent servit à plusieurs inoculations au second degré : le premier inoculé succomba en vingt-cinq heures; un autre mouton inoculé au troisième degré succomba en trente et une heures; un autre, inoculé avec le foie du mouton inoculé au second degré, n'en fut nullement affecté. (La Commission.)

Expérience XI. — Le 9 octobre, un homme se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu de Chartres (M. *Durand*, médecin); il a fait à pied le trajet d'Amilly à Chartres, par une matinée froide; pouls presque nul; syncopes fréquentes, envies presque continuelles de vomir; il porte, au devant du cartilage thyroïde et un peu à gauche, une pustule de la largeur d'un pois et parfaitement circonscrite; cette pustule est ombiliquée à son centre, déprimée, noire, et, à son pourtour, l'épiderme est soulevée par une sérosité limpide; induration légère à la base de la pustule. Inoculation à un mouton et à un lapin, comme dans l'expérience X, sans effet.

Expérience XII. — M. le docteur Girouard mit à notre disposition une petite tumeur qu'il venait d'enlever sur un individu affecté, suivant lui, de charbon. Il n'existait pas de pustule à la surface de la peau; on voyait, au point où celle-ci devait exister, une tache irrégulière assez large et d'une apparence fortement ecchymosique; le tissu cellulaire sous-jacent à la peau était gorgé de vaisseaux volumineux et qui lui donnaient un aspect érectile : *variété rare de pustule maligne.* Un mouton inoculé mourut en cinquante et une heures. (La Commission.)

Expérience XIII. — Inoculation pratiquée aux deux cuisses d'un lapin (à dix heures du matin), avec la sérosité d'une pustule survenue chez un berger après avoir ouvert un mouton mort du sang; autre inoculation sur un mouton antenais avec une portion de la pellicule épidermique et de la sérosité. Le lapin mourut trente-huit à quarante heures après l'inoculation, et l'agneau, qui cohabitait avec deux autres brebis et un porc, soixante-deux heures après.

Les ganglions lymphatiques du bassin de ce lapin sont inoculés avec le sang de la rate du même animal aux deux cuisses d'une brebis, et la rate est donnée à un chat, qui l'avale avec avidité. La brebis meurt trente-deux heures après l'inoculation; le chat, vingt-quatre

heures après avoir mangé cette rate, refuse les aliments, paraît triste, mais ne meurt pas. (MM. *Garreau* et *Poulain*.)

Expérience XIV. — Le 17 décembre, M. Salmon enlève, par une incision circulaire, une pustule maligne de la largeur au plus d'une grosse tête d'épingle, siégeant au-dessous de la clavicule du côté gauche, chez une femme de Chartres, malade depuis deux jours seulement; un gonflement considérable occupait tout le pourtour du cou et toute la circonférence de la poitrine; la pustule était à peine visible et ne reposait sur aucune induration appréciable. Inoculation à une brebis dans le tissu cellulaire de l'aine droite : mort en cinquante heures. (MM. *Salmon*, *Boutet* et *Maunoury*.)

Expérience XV. — Le 18 décembre, nous enlevons l'eschare produite par la cautérisation du sublimé chez la femme de l'observation précédente, quelques heures avant la mort; nous séparons de l'eschare enlevée les parties non touchées par le caustique. Inoculation à une brebis : celle-ci ne mourut que quinze jours après, et ne présentait à l'autopsie qu'un léger ramollissement de la rate. (*Id.*)

Expérience XVI. — Le 18 décembre, mort de la femme dont il a été parlé tout à l'heure. Inoculation de la rate de celle-ci à un mouton : cette rate était assez volumineuse et analogue à celles que nous avons rencontrées sur des animaux morts du sang; les autres organes ne présentaient rien de particulier : mort du mouton trente-six heures après. (*Id.*)

Expérience XVII. — Le 12 juillet 1851, inoculation à la paupière supérieure gauche d'une vache phthysique d'une pustule maligne développée à la paupière d'un jeune homme : résultat nul. (La Commission.)

Expérience XVIII. — Inoculation à une vache d'un lambeau de pustule maligne : résultat nul. (*Id.*)

Expérience XIX. — Le 19 août, inoculation à une vache avec la pustule maligne d'un berger qui succomba à la maladie : résultat nul. (*Id.*)

Expérience XX. — Le 9 mars 1852, inoculation à un agneau lourd de la rate d'un enfant mort de pustule maligne le 9 mars : mort de cet agneau soixante-seize heures après. (MM. *Mauaoury*, *Boutet* et *Salmon*.)

CONCLUSION. — 1° Si l'on inocule le liquide séreux provenant des vésicules qui entourent la pustule maligne aux chiens, au lapin, aux moutons, au cheval, l'inoculation reste sans effet (2 chiens, 1 lapin, 3 moutons, 1 cheval).

2° On détermine au contraire la mort, chez le mouton et chez le lapin, quand on inocule la sérosité de la pustule elle-même, ou mieux, celle-ci en totalité ou par lambeaux :

Sur 9 moutons inoculés. . . . . . 8 morts.
Sur 3 lapins inoculés. . . . . . . 2 morts.
Résultat nul sur 3 vaches et 1 cheval.

3° L'inoculation de la pustule maligne produit, chez le mouton et le lapin, les mêmes lésions anatomiques que l'inoculation du sang de rate : la mort se produit avec la même rapidité après l'une ou après l'autre de ces inoculations.

4° La pustule maligne transmet aussi bien la matière virulente après la mort de l'individu qui l'a portée que pendant sa vie : la rate possède aussi alors les mêmes propriétés septiques et elle présente le même aspect que celui des animaux morts du sang (1 cas, 2 moutons inoculés, 2 morts).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 février 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans le département de la Vienne.

— Un rapport de M. le docteur JOBERT (de Guyonvelle), sur diverses affections qui ont régné, en 1856, dans le canton de La Ferté-sur-Amance (Haute-Marne).

— Un rapport final de M. le docteur CAREL, sur une *épidémie de dysenterie* observée dans l'arrondissement de Napoléonville (Vendée). (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Un rapport de M. SALES-GIRONS, sur les eaux minérales de Pierrefonds (Oise). (Commission des eaux minérales).

Vaccine. — Le tableau des vaccinations pratiquées à Versailles, en 1856, par M. le docteur BOUCHER. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Section mousse. — Deux lettres de M. le docteur HEURTELOUP, l'une relative à la *section mousse*, et l'autre à un *caustique au nitrate d'argent*. (MM. Begin et Poggiale, rapporteurs.)

Opération césarienne. — Une lettre de M. DELFRAYSSÉ, sur l'*opération césarienne* (à mentionner simplement au *Bulletin*).

Fièvre typhoïde. — Une note sur le *traitement de la fièvre typhoïde par le chlorate de potasse*, par M. le docteur BELLANTANI. (M. Grisolle, rapporteur.)

Vaccine. — Une note de M. le docteur VIALLET, de Rodez, sur un *nouveau mode de propagation de la vaccine.* (Commission de vaccine.)

Iodure de fer et de quinine. — Un mémoire de M. CROSNIER, pharmacien à Paris, sur la *préparation de l'iodure de fer et de quinine.* (Comm. : MM. Boudet, Bussy et Bouchardat.)

Anesthésie dentaire. — Une étude sur l'*anesthésie locale dans ses applications à l'art du dentiste*, par M. J.-B. GEORGE, dentiste à Paris. (Comm. : MM. Oudet et Malgaigne.)

Hygiène. — Un mémoire de M. DELENDA, sur la *convalescence en Grèce.* (M. Desportes, rapporteur.)

Variole. Un rapport sur une *épidémie de variole*, par M. le docteur Aug. CORLIEU, de Charly (Aisne). (Commission de vaccine.)

— Une lettre de M. BOUTET, secrétaire de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, rappelant que les expériences rapportées à M. Maunoury par M. Trousseau, ont été faites par une Commission de cette Société.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie le décès de M. le docteur THERRIN, membre associé à Bourbonne.

M. Trousseau a demandé la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. TROUSSEAU. Je m'empresse de déclarer d'abord que la réclamation adressée par M. Boutet, secrétaire de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, est parfaitement fondée. Si j'ai indiqué M. Maunoury comme seul auteur des expériences faites, c'est parce qu'il s'en était occupé plus particulièrement comme membre de la Commission.

Depuis la dernière séance, j'ai pu obtenir de M. Bretonneau des détails sur les expériences d'inoculation qu'il fit avec M. de Puységur, expériences qui ont été répétées par M. Miquel. M. Bretonneau m'a dit que du virus-vaccin, pris le cinquième et le sixième jour sur un enfant, n'a jamais produit de pustules vaccinales sur le pis de la vache ou à la face interne des oreilles. Une seule fois, M. de Puységur a pu déterminer la formation d'une espèce de pustule sur l'oreille d'un jeune veau. Il s'est empressé d'envoyer l'animal à M. Bretonneau, qui a pratiqué une inoculation avec le sang de cette petite tumeur, car il

n'y avait pas de pus, et il s'est produit de la tuméfaction avec rougeur de la peau ; je suppose qu'il s'est formé là quelque chose d'analogue à ce qu'on obtient en se servant des liquides pris sur l'echthyma; c'est quelque chose de traumatique et non de spécifique.

M. Bousquet a cependant produit des faits opposés, bien positifs; contre lesquels je n'ai nullement l'intention de m'inscrire en faux; mais d'autres médecins et vétérinaires, en répétant les expériences, ont obtenu les uns des pustules avortées, d'autres de véritables pustules, et je crois que l'on peut admettre que maintenant la question n'est pas résolue.

Quant au fait du maréchal-ferrant Brissot en particulier, je puis donner les détails suivants : cet homme porte à la main des cicatrices vaccinales; le pus pris sur sa main a déterminé des pustules vaccinales sur un jeune enfant qui a été inoculé, et avec le vaccin de cet enfant, on a déterminé, chez d'autres enfants, une vaccine légitime; en outre, Brissot n'avait été en contact avec aucun enfant vacciné, à qui on puisse rapporter l'origine du vaccin trouvé sur les mains du maréchal-ferrant.

M. Leblanc affirme positivement que l'on ne peut citer aucun fait positif d'inoculation par le liquide des eaux aux jambes qui ait produit la vaccine.

M. Moreau. Si ma mémoire me sert bien, j'ai vu dans un journal la relation d'un fait de ce genre, contraire à ce qui est avancé par M. Leblanc.

M. Bousquet. Voici dans quelles conditions j'ai fait mes expériences : chacun sait combien il est rare et difficile de trouver le cowpox sur la vache; j'ai voulu essayer si le virus-vaccin, en repassant par la vache, pouvait reprendre plus de force; j'ai fait des inoculations sur le pis des vaches, et douze fois j'ai obtenu des pustules vaccinales dont le pus a produit la vaccine véritable sur des enfants.

Le fait de Brissot paraît se présenter aussi avec des caractères d'authenticité qui lui donnent une grande valeur.

M. Leblanc a dit qu'on ne trouvait aucun cas d'inoculation des eaux aux jambes; il en existe, et je me rappelle parfaitement en avoir vu rapporter plusieurs.

M. le Président annonce que M. Larrey a été adjoint à la Commission nommée pour la *ligature de l'œsophage*, et a offert un local situé au Val-de-Grâce pour les expériences qui doivent être faites. M. le Président invite la Commission nommée à se réunir pour s'occuper de cette question.

RAPPORT.

Toxicologie. — M. Boutron, en son nom et en celui de M. Wurtz, lit un rapport sur un mémoire lu à l'Académie de Médecine, le 6 mai 1856, par MM. les docteurs O. Henry, fils, et Émile Humbert, et ayant pour titre : *Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés.*

Après avoir rappelé les divers procédés conseillés par MM. Orfila, Lassaigne, O. Henry père, Witting, Heisch, Austin, Liebig, Taylor, Fordos, Gelis, Paroué, M. le rapporteur rend compte de la méthode de MM. O. Henry fils et Humbert.

Elle est fondée sur la propriété qu'a l'iode, chauffé avec des cyanures ou des cyano-ferrures, de donner lieu à de l'iodure de cyanogène, qui se révèle sous la forme de belles aiguilles d'un blanc de neige, dont la découverte est due à Sérullas. Voici en quoi consiste ce procédé toxicologique : Quand on a obtenu le cyanure d'argent par les moyens ordinaires et qu'on l'a soigneusement desséché, on l'introduit dans un tube de verre fermé par un bout et long d'environ 15 à 20 centimètres, au fond duquel on a placé d'avance un poids d'iode représentant à peu près la moitié de celui du cyanure. Il ne reste plus qu'à chauffer bien légèrement le tube sur la flamme d'une lampe à alcool.

Bientôt on voit se déposer, sur les parties froides du tube, de belles aiguilles d'iodure de cyanogène qu'on fait voyager par l'action de la chaleur.

On peut remplacer l'iode par le brôme, il suffit, dans ce cas, de porter sur le cyanure d'argent porté au fond du tube une goutte de brôme. Presque aussitôt, sans même qu'il soit besoin de l'apparition de la chaleur, on voit apparaître le *bromure de cyanogène* sous forme d'aiguilles et de très-petits cristaux cubiques. Un point sur lequel les auteurs ont insisté dans leur mémoire, c'est la facilité avec laquelle la réaction marche en présence d'un très-grand excès de chlorure, de bromure et d'iodure d'argent. Ce fait leur a paru digne de fixer l'attention, eu égard à la quantité considérable de chlorures alcalins contenus dans l'économie, parce qu'on peut obtenir directement le cyanure d'argent par précipitation, sans avoir recours à la distillation qui peut, dans quelques cas, devenir une cause d'erreur.

Enfin, dans le cas où l'empoisonnement aurait eu lieu par un cyanure métallique, ils indiquent facilement la nature du métal au moyen des procédés électro-chimiques.

La seule précaution que l'on ait à prendre, dans le procédé de MM. Henry fils et Humbert, c'est de ne pas employer un excès d'iode dont les vapeurs violettes pourraient quelquefois masquer la netteté des résultats. Pour obvier à cet inconvénient, il suffit de recouvrir le cyanure d'argent de quelques cristaux de bicarbonate de soude bien sec, ils retiennent l'iode et laissent passer son cyanure.

Enfin, ces chimistes ont fait à leur appareil un perfectionnement qu'il est utile d'indiquer ici, il consiste à introduire les substances à essayer dans un petit tube qu'on glisse ensuite dans un tube plus grand ; de cette façon aucune matière pulvérulente ne reste adhérente aux parois et n'en trouble la transparence. Pour rendre ces tubes facilement transportables, on étrangle un peu à la lampe le tube extérieur, afin de fixer dans une position immobile le tube qu'il renferme.

Avec les soins que nous venons de prescrire, et en n'employant que des matières bien desséchées, on obtient des aiguilles cristallines très-apparentes à l'œil nu, avec moins d'un demi-milligramme de cyanure d'argent, et la loupe permet d'en découvrir un plus grand nombre.

Ces aiguilles une fois obtenues, pour démontrer qu'elles sont bien de l'iodure de cyanogène, on peut les essayer par deux moyens. Le premier consiste à les faire dissoudre dans un peu d'eau distillée, à ajouter à la dissolution une petite proportion d'oxyde ferroso-ferrique et un petit fragment de potasse pure, à évaporer à siccité, à reprendre le résidu par l'alcool qui dissout l'iodure alcalin. La partie insoluble, reprise par l'eau distillée bouillante et filtrée, donne naissance à du cyano-ferrure de potassium qui précipite en bleu par les per-sels de fer, et en brun-marron par ceux de cuivre.

On peut encore, par le procédé de M. Liébig, mettre les aiguilles au fond d'un verre de montre avec une goutte de sulfhydrate d'ammonique, évaporer à sec et toucher avec un tube imprégné de perchlorure de fer ; on voit apparaître sur-le-champ une coloration rouge de sang très-facile à distinguer.

Outre que le procédé proposé par MM. Henry fils et Humbert permet de reconnaître des quantités pour ainsi dire infinitésimales d'acide cyanhydrique, il offre encore l'avantage de pouvoir essayer par plusieurs réactions importantes l'iodure de cyanogène qui en est le résultat ; et la stabilité de ce sel donne aussi le moyen de garder plus ou moins longtemps, suivant le besoin, la preuve matérielle du crime que l'expert a pour mission de constater.

Voici les conclusions des savants rapporteurs, nous croyons devoir les citer textuellement :

« Vos commissaires, messieurs, ont répété à plusieurs reprises, en « présence des auteurs eux-mêmes, le procédé de MM. Henry fils et « Humbert ; ils ont pu se convaincre de la facilité avec laquelle on « obtenait l'iodure de cyanogène, quelque minime que fût la quantité « de cyanure d'argent sur laquelle on opérait. Ils ont aussi pu cons- « tater l'adresse et l'habileté de ces deux jeunes chimistes dont l'un, « qui porte un nom qui nous est cher à tous, s'efforce de justifier, par « d'utiles recherches, le choix que vous avez fait de lui, en l'attachant « comme adjoint aux travaux chimiques de cette Académie.

« Ils vous proposent, en conséquence, de remercier MM. Henry « fils et Humbert de leur intéressante communication, et vous pro- « posent d'insérer la description de leur procédé dans le bulletin de « l'Académie. »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

LECTURES.

Hygiène. — M. le docteur Duchesne donne lecture d'un mémoire intitulé : *Des chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs.*

Dans cette lecture, l'auteur établit que beaucoup de professions, modifiées par les perfectionnements industriels, par les procédés nouveaux de fabrication, par les matériaux récemment découverts et par les nouveaux agents de locomotion, auraient besoin d'être étudiées de nouveau.

Parmi ces professions, il choisit celle des employés du service actif des chemins de fer, et il commence par les mécaniciens et les chauffeurs, dont la profession remonte à peine à trente ans. C'est, comme on le voit, un sujet entièrement neuf, et qui a, en outre, le mérite d'être entièrement à l'ordre du jour.

C'est, dit-il, en 1804 seulement, qu'en Angleterre Trévitick et Vi-

vian appliquèrent la vapeur à une machine employée sur un chemin de fer chargé de transporter de la houille; aujourd'hui, tous les pays ont des chemins de fer, on en voit jusque dans l'Inde, incessamment on comptera les mécaniciens et les chauffeurs par milliers.

Comme membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité, M. Duchesne a pu pénétrer dans les gares, interroger les mécaniciens et les chauffeurs, les chefs de dépôt, les médecins des Compagnies, les ingénieurs, il est monté sur les locomotives, il a entrepris de longs voyages pour recueillir les matériaux pour une étude entièrement nouvelle, et c'est le fruit de ces recherches qu'il vient apporter à l'Académie.

L'auteur démontre d'abord quelle est l'origine des mécaniciens et des chauffeurs, il constate leur état de santé au moment où ils commencent à mettre le pied sur une locomotive, et il établit d'une manière incontestable l'heureuse influence qu'imprime d'abord un service aussi actif; c'est une augmentation de la faim, de la soif, des digestions excellentes, et bientôt une augmentation notable d'embonpoint.

L'auteur parle du travail des mécaniciens et des chauffeurs qui font souvent jusqu'à 350 kilomètres dans leur journée, 6,000 kilomètres par mois, et en moyenne 30,000 kilomètres par an; il le trouve trop pénible et capable de compromettre leur santé. La construction de la voie, les différents ouvrages d'art, les combustibles, la vitesse, le soleil, la pluie, le vent, le froid, la neige, la trépidation des machines, la fumée, la poussière ont de l'influence sur leur santé. M. Duchesne passe sur ces sujets intéressants, mais trop longs à traiter ici, et il ne cite qu'un exemple intéressant :

Le 8 septembre 1856, il était occupé à faire des expériences thermométriques dans le train omnibus, parti de Rouen pour Paris à 2h,10m du soir. Le convoi marchait avec une vitesse de 40 kilomètres à l'heure, le soleil était très-chaud, le vent soufflait du nord-ouest. A 4h,6m le convoi quittait Vernon, le thermomètre marquait 23° 5/10 centigrades en gare, et 19° 5/10 en marche, lorsque le convoi s'engagea à grande vitesse derrière une colline assez élevée, qui masquait complétement le soleil. Le convoi resta ainsi pendant 6 kilomètres; lorsqu'il sortit de derrière cet obstacle, le thermomètre était descendu à 15° 5/10; à 4h,15m, à Bonnières, le thermomètre était remonté à 23° 5/10, et à 4h,17m le convoi entrait sous le souterrain de Rolleboise, qui a 2,642 mètres de longueur; il le parcourait, à grande vitesse, en 3 minutes, et, à la sortie, le thermomètre était redescendu à 16° 0/0. A Mantes, il marquait 21°. Ainsi donc, dans un espace de temps de 45 minutes, le thermomètre avait donné des variations très-notables et très-brusques de température.

M. Duchesne pense que l'on doit leur attribuer certaines affections des mécaniciens et des chauffeurs.

Il passe ensuite en revue les effets produits par les chemins de fer sur l'ouïe, qui se perd ou s'altère, surtout par l'usage répété du sifflet; sur la vue, qui diminue souvent sensiblement après de longues années de service; sur l'odorat, qui se développe chez eux d'une manière remarquable.

Il recherche quels sont les effets produits sur l'innervation, la respiration, la circulation, la digestion, la génération, et il arrive aux maladies des mécaniciens et des chauffeurs.

Les affections médicales sont : la courbature, le lumbago, les fièvres intermittentes, les pneumonies, l'ictère, la diarrhée, la fièvre typhoïde, les névralgies faciales surtout à droite, les douleurs rhumatismales, remarquées surtout à droite chez les mécaniciens, à cause de la position qu'ils occupent sur la locomotive, et enfin des douleurs aussi notables à droite qu'à gauche, qui existent dans la continuité des os des membres inférieurs, dans les articulations fémoro-tibiales et tibio-tarsiennes; ces douleurs sont dues à la station debout très-prolongée, et surtout à la trépidation continuelle des machines. Comme ces douleurs sont constantes chez tous les mécaniciens et les chauffeurs, qu'elles arrivent au bout de quelques années de service sur les machines, qu'elles augmentent avec le nombre d'années de service, et qu'elles finissent par rendre tout travail impossible sur les locomotives, M. Duchesne a donné à cette affection spéciale le nom de *maladie des mécaniciens*.

Les affections chirurgicales sont : les ophthalmies, les varices, le varicocèle, les hernies, les brûlures, les contusions, les plaies, les luxations, les fractures.

M. Duchesne termine ainsi l'exposé de son travail :

1° Les chemins de fer ont sur les mécaniciens et les chauffeurs une heureuse influence constatée par un excellent état de santé et par une augmentation notable d'embonpoint.

2° Sans parler des accidents qui peuvent plus ou moins compromettre la vie des mécaniciens et des chauffeurs, les chemins de fer ont aussi, sur leur santé, une mauvaise influence, qui se fait sentir d'autant plus que le nombre d'années de service sur les locomotives augmente.

Cette mauvaise influence se signale par une diminution notable de la vue, la perte de l'ouïe, des douleurs rhumatismales principalement dans la partie droite du corps, et enfin par des douleurs sourdes, continues, persistantes, accompagnées d'un sentiment de faiblesse et d'engourdissement remarquables, rendant la marche et la station debout pénibles.

Elles paraissent avoir leur siége dans la continuité des os et dans les articulations des membres inférieurs seulement, à droite et à gauche indistinctement; on les observe chez tous les vieux mécaniciens ou chauffeurs. C'est à cette affection particulière qu'il donne le nom de *maladie des mécaniciens*.

Kystes ovariques. — M. le docteur Adolphe Richard lit une note sur les *kystes tubo-ovariens*.

Le vrai kyste de l'ovaire naît dans la vésicule de Graaf, et toutes les phases de son développement s'accomplissent d'ordinaire là où il a pris naissance. Dans les cas que j'ai fait connaître, une vésicule de Graaf, sans doute celle-là même qui va présider à la prochaine menstruation, est assaillie par l'effort morbide, qui doit faire d'elle un kyste de l'ovaire; mais un œuf arrivé à maturité y est contenu : pour le recueillir, le pavillon de la trompe s'applique à la vésicule, celle-ci se vide, et il semble qu'ici nous n'assistons qu'au merveilleux travail qui chaque mois provoque la ponte spontanée des ovules. Mais la scène change; la vésicule malade ne se referme pas; car, au lieu de former un corps jaune, elle continue à verser dans la trompe le liquide morbide qui la distend. C'est désormais un kyste de l'ovaire, et ainsi croissent ensemble, d'un côté, la tumeur ovarienne, de l'autre, la trompe, incessamment distendue par le liquide qu'elle reçoit. Tel est le mode de formation des kystes tubo-ovariens.

L'auteur rapporte ensuite l'observation de deux malades qu'il a vues, l'une avec M. Paul Dubois, et l'autre avec M. Debout.

Chez ces deux malades, on sentait dans l'abdomen une tumeur volumineuse, fluctuante, mobile; il existait en outre un écoulement intermittent de liquide par le vagin. Ce liquide, après avoir traversé l'utérus, en passant par l'orifice de la trompe resté ouvert, s'écoulait au dehors; pendant une exploration, M. P. Dubois put en recueillir 120 grammes; l'analyse, faite par M. Bouchardat, a montré qu'il était formé par de la sérosité contenant quelques sels minéraux, avec des traces d'albumine.

Une de ces malades est maintenant bien guérie; et chez l'autre l'écoulement séreux continue. (Comm. MM. P. Dubois, Moreau et Huguier.)

Pyrophosphate de fer. — M. Robiquet lit une note sur l'*emploi du pyrophosphate de fer*.

PRÉSENTATION.

Fœtus acéphale. — M. le docteur Simonot présente un *fœtus acéphale*.

[L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro le travail de M. Robiquet et la note de M. Simonot.]

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Concours du bureau central pour deux places en médecine. — Ce concours a commencé aujourd'hui, 11 février à midi.

41 candidats étaient inscrits; 38 ont répondu à l'appel. La question de la composition écrite a été ainsi posée par le jury : *De la contracture*.

Les épreuves de clinique extemporanée commenceront demain à trois heures et demie.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 20. 5e année. Samedi 14 Février 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

HOPITAL MILITAIRE DU ROULE.

De la médication arsenicale dans le traitement des fièvres intermittentes,

Par M. le Dr Ch. Frémy,

Médecin des hôpitaux civils, ex-médecin traitant à l'hôpital militaire du Roule.

(Suite et fin. Voir les nos 4, 7, 12, 15 et 17.)

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de pouvoir définir l'action de l'arsenic sur les accidents produits par les fièvres intermittentes; cette action ne peut être contro-stimulante, et il n'est pas possible de constater d'effet résolutif et encore moins de spécificité particulière, puisque ce médicament, administré chez l'homme sain, est loin de produire tous les phénomènes pathologiques dont il amène la curation sur l'homme malade.

Ce n'est pas comme excitant que ce médicament peut agir, puisque bien d'autres substances, qui n'ont d'action que de cette manière, n'ont pu guérir l'affection périodique.

Ce n'est pas non plus comme perturbateur que sa puissance se manifeste : s'il m'était possible de me prononcer sur ce mode d'action si mystérieux, je serais porté à penser, avec M. le professeur Jaumes, que l'acide arsénieux ne guérit pas autrement qu'en remplaçant la diathèse paludéenne par la diathèse arsenicale, qui disparaît peu à peu. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'acide arsénieux possède à un haut degré une action antagonistique des symptômes produits par l'intoxication des marais. Il nous importe peu, en définitive, de savoir pourquoi l'opium fait dormir, du moment que nous arrivons à la certitude d'action du médicament. Le bon sens du médecin est d'apprécier le parti qu'il pourra sagement tirer d'une propriété qu'il devra opposer à des manifestations morbides.

D'après les faits établis par ces études et par les observations faites antérieurement, il est hors de doute que l'acide arsénieux, administré à des doses parfaitement appréciées maintenant, est un remède dont l'efficacité ne peut être contestée dans le traitement de la fièvre intermittente, à quelque degré que cette fièvre se présente.

Il est une question de la plus haute importance qui a dû nous préoccuper : c'est celle de savoir si l'acide arsénieux doit égaler comme médicament, le sulfate de quinine, pour le traitement des fièvres paludéennes. L'acide arsénieux agit aussi bien que le quinquina sur les symptômes et les altérations qui constituent la fièvre intermittente; son action est des plus nettes et des plus franches sur le retour périodique des accès; il est rare qu'après la deuxième ou troisième dose de 25 milligrammes d'acide arsénieux, l'accès de fièvre ne soit pas modifié ou n'ait pas complétement disparu, comme cela arrive lorsqu'on administre le sulfate de quinine. L'intermittence est donc rompue, de même que l'apyrexie est modifiée; l'acide arsénieux opère une action également considérable sur une des manifestations de la fièvre intermittente; sur la *rate*, constamment hypertrophiée dans cette affection, et qu'il réduit en peu de temps à son volume normal. J'ai vu des rates de 25 centimètres revenir, en moins de trois semaines, sous l'influence de la solution arsenicale, à leur limite normale, qui est de 6 centimètres 1/2 à 7 centimètres. Ce fait est capital dans la cure de la fièvre intermittente, et prouve, d'une manière non douteuse, que l'acide arsénieux doit être un médicament agissant contre tous les symptômes et toutes les manifestations de la fièvre intermittente. Maintenant, cet agent thérapeutique est-il meilleur que le spécifique adopté généralement, le sulfate de quinine? C'est ce que nous allons examiner, et c'est ce que les chiffres nous ont déjà appris.

Depuis de longues années, le quinquina était regardé comme le spécifique de la fièvre intermittente, et de ce qu'il était le remède spécifique, on n'avait pas cherché et il ne devait pas y avoir d'autres moyens de guérir les fièvres paludéennes; du moins les recherches faites pour le remplacer avaient été vaines, et les succédanés si nombreux du sulfate de quinine avaient été alternativement éprouvés et complétement abandonnés. Il a fallu les études patientes et laborieuses de quelques médecins militaires, et particulièrement celles de M. Boudin, placé sur des lieux d'observation de premier choix, il a fallu la conviction intime, fondée sur l'expérience que le sulfate de quinine ne guérissait pas toujours et à coup sûr la fièvre intermittente, pour entraîner dans une nouvelle voie de recherches et donner, par une série d'expérimentations, une valeur considérable à un médicament rejeté de la matière médicale à cause de la terrible renommée qui lui est attachée.

Le sulfate de quinine est certainement un médicament héroïque, il guérit presque constamment les fièvres intermittentes, cela n'est pas douteux, mais il échoue quelquefois. On l'a évidemment trop vanté; il est peu convenable à employer à cause de son goût si fortement amer et de la quantité dont il faut user. Nous avons vu que sa sûreté d'action n'est pas toujours positive, les récidives sont assez fréquentes après son emploi. Son action est rapide, mais celle de l'arsenic ne l'est pas moins, et quant à l'énergie de ses effets, beaucoup de malades ont eu à s'en plaindre. Son usage n'est pas sans inconvénients; il agit

fortement sur le système nerveux, sur l'estomac, où il devient promptement un agent irritant, et j'ai cité l'exemple de nombre de malades qui préféraient garder la fièvre plutôt que de prendre de nouveau du sulfate de quinine. Si l'on ajoute que la falsification dont il est l'objet de la part d'une déplorable cupidité en rend l'emploi peu sûr, on comprendra qu'il sera préférable, dans un grand nombre de cas, et notamment dans la pratique des hôpitaux, de faire usage d'un produit indigène n'ayant aucune valeur, et, partant, n'étant jamais falsifié.

L'acide arsénieux est on ne peut plus facile à employer; il n'a aucune saveur, il est soluble dans l'eau aiguisée de vin blanc, et les malades n'éprouvent aucune répugnance à le prendre. Il agit tout aussi certainement et aussi rapidement que le sulfate de quinine et il guérit les cas dont le quinquina n'a pu triompher. L'acide arsénieux n'est pas plus infaillible que le quinquina, cependant il n'est pas douteux que, lorsqu'une fièvre intermittente résiste au sulfate de quinine, il ne faille se hâter d'employer de suite les préparations arsenicales. On sait que ces fièvres rebelles au quinquina ne sont pas rares, et il suffit de rappeler les épidémies de 1630, de 1781, celle de 1787, constatées par Ramazzini, par Baker et par Franck, pour ne plus croire à l'action infaillible du quinquina.

M. Dassier, professeur à Toulouse, avait posé en principe que si la première dose d'acide arsénieux n'amende pas l'accès, ou si, au contraire, celui-ci s'aggrave, il faut aussitôt recourir au quinquina ; cette remarque est des plus justes ; dans ces cas, en effet, les préparations arsenicales ont beaucoup moins de chance de réussir. Fodéré ajoute que, s'il ne réussit pas au delà de vingt jours, il est inutile d'en continuer l'usage. Ce terme est beaucoup trop éloigné; si le troisième accès n'est pas complétement modifié, il est inutile de continuer l'administration d'un médicament qui a, au contraire, une promptitude d'action remarquable.

Les récidives sont moins nombreuses après le traitement arsenical et se réduisent à un chiffre bien minime, si l'on remarque que les cas récidivés se sont manifestés sur des militaires renvoyés dans des forts et dans des casemates où ils avaient déjà contracté la fièvre intermittente. Si l'on compare, d'un autre côté, les relevés statistiques des *fièvres récidivées*, on verra que, pour celles qui ont été traitées par le sulfate de quinine, il y a 12 récidives sur 100, et 3 seulement sur 100 pour celles traitées par l'acide arsénieux.

Je ferai observer que, dans les hôpitaux militaires, il existe des règlements qui permettent de constater d'une manière certaine, et avec la plus grande facilité, cette importante question des récidives; ainsi, lorsqu'un malade, après être sorti de l'hôpital, est repris, à son corps, d'accidents nouveaux ou semblables à ceux qu'il avait éprouvés, ce malade est renvoyé par le chirurgien du régiment, non-seulement dans le même hôpital, mais dans la même division du médecin traitant où ce militaire avait été soigné. Ce mode, outre les avantages que nous ne pouvons pas avoir dans les hôpitaux civils de suivre les mêmes malades, nous a donc permis d'étudier chez ces fiévreux la question si importante des récidives, dans une affection où ce point de vue est une des choses les plus capitales à considérer. Il nous a donc été possible, dans le relevé statistique que nous avons joint à ce travail, de donner des chiffres bien positifs et dont l'importance frappera d'autant plus les médecins que, pour la plupart du temps, ils se trouvent privés d'un moyen de contrôle qui, dans cette question, a la plus haute valeur.

— Il est maintenant une particularité qui, au point de vue économique, intéresse les grandes administrations, et doit, en définitive, faire donner la préférence à l'acide arsénieux, c'est le prix de cette substance (1). L'administration de la guerre dépense chaque année, en Algérie seulement, plus de 300,000 fr. de sulfate de quinine, tout en ne payant cette substance qu'à un prix des plus réduits. Quoique le nombre des fièvres intermittentes soit évidemment moins élevé dans les hôpitaux civils de Paris, il y a cependant des saisons où ces cas se sont présentés avec une grande fréquence, et dans la province il existe des pays ravagés par les fièvres intermittentes, qui y sont endémiques, où il est de toute impossibilité de se servir du sulfate de quinine, à cause de son prix élevé. A ce point de vue, les recherches que nous avons faites, en établissant d'une manière certaine l'action fébrifuge de l'acide arsénieux, en posant des règles bien positives à son administration, permettront aux praticiens d'agir avec toute confiance et de délivrer les pays d'une maladie qui détruit ou du moins étiole des populations entières.

En présence de tant de faits et devant l'autorité d'un aussi grand nombre d'auteurs recommandables, comment se rendre compte de cette terreur panique, de cette *arsenicophobie*, comme dit Harless, qui a engagé plusieurs médecins, à différentes époques et même encore de nos jours, à redouter l'emploi de l'arsenic? Il y a quelque chose de honteux réellement à avouer que le grand secret de tout ceci se trouve dans un mot..., dans le mot poison.

Il est de par le monde médical une vieille opinion qui consiste à penser que l'acide arsénieux est de tous les poisons le plus subtil. Si l'on se demande cependant ce que c'est qu'un poison en thérapeutique, on verra qu'absolument parlant il est impossible d'en admettre sans convenir aussi que les médecins, y compris ceux qui se récrient le plus contre l'acide arsénieux, emploient tous les jours des poisons comme moyen de traitement.

Il en est de même de cette opinion qui attribue à l'acide arsénieux des effets délétères inévitables, mais qui peuvent être très-éloignés, elle est encore plus inadmissible. C'est d'ailleurs ce que l'on a dit de tous les agents thérapeutiques un peu actifs, de l'émétique, etc., et de la plupart des narcotiques. Pour moi, je ne comprends pas l'action de ce poison lent, qui permet de se porter tout aussi bien, et souvent même encore mieux, qu'avant d'en avoir pris, et dont la généreuse tolérance peut se prolonger indéfiniment; je regarde donc cet argument comme impitoyablement détruit par une étude tant soit peu attentive des faits.

On a réuni enfin, sous le nom d'*operative effects*, des phénomènes auxquels peut donner lieu l'arsenic; en définitive, on n'a jamais pu citer un seul cas d'empoisonnement parmi tous les malades qui ont été soumis à l'usage de cette substance. Cette préparation, ainsi que l'ont prouvé M. Orfila et M. Chevalier, prise à petite dose, est éliminée chaque jour par le foie et les urines. Cet empoisonnement lent n'est pas possible et n'est pas admis, même en médecine légale. L'acide arsénieux est retrouvé dans le foie et dans la rate, et c'est probablement parce qu'il agit sur ce dernier organe qu'il guérit la fièvre intermittente. Les accidents de gastro-entérite n'ont jamais été observés par moi, et j'ai employé la liqueur arsenicale par la bouche et en lavements à la dose de 80 milligrammes, à plusieurs reprises, sans qu'il en soit jamais résulté un seul accident.

Administré à des individus irritables et sans faire attention que ce sont encore des cas exceptionnels, on est parti de ce point pour en blâmer l'usage. Mais, que l'arsenic soit un agent énergique dont il faille surveiller l'action, dont l'ingestion ne convienne pas à toutes les constitutions, qui, administré d'une manière inopportune, à des doses mal appréciées, puisse déterminer des symptômes de phlegmasie gastro-intestinale, c'est ce que personne ne révoque en doute : mais cela ne dit pas que, donné avec prudence, comme d'ailleurs doivent l'être tous les médicaments actifs, il ne soit un agent thérapeutique des plus utiles. Ce qu'il y a de plus étrange, c'est qu'après avoir décrié l'action de cette substance, on l'ait conseillée dans certains cas, et on ait admis son emploi dans telle ou telle maladie. Cependant, ou l'arsenic est un médicament réellement, absolument dangereux, et alors il faut le rejeter, ou bien c'est un agent énergique et des plus efficaces, dont l'administration, soumise à de certaines règles, n'offre dans son emploi aucun inconvé-

(1) L'acide arsénieux coûte 1 fr. 50 c. le kilog.

nient, et alors il faut l'accepter. Or, la question ne saurait être maintenant douteuse; l'expérience a prononcé : l'arsenic doit prendre rang parmi les agents les plus précieux de la thérapeutique.

Les résumés statistiques suivants permettront de constater combien a été heureuse l'influence du traitement arsenical, et le corollaire qu'il sera permis de tirer de ces faits justifiera les propositions qui seront la conséquence de ce travail :

STATISTIQUE.

Nombre des malades affectés de fièvres intermittentes, 316.

Fièvres vierges de tout traitement, guéries par l'arsenic. . . . 106
Fièvres rebelles au sulfate de quinine, guéries par l'arsenic. 158
Récidives après le traitement arsenical : deuxième fois, 32; troisième fois, 3,35.
Fièvres guéries sans aucun traitement spécifique. 29
Fièvres rebelles au quinquina et à la liqueur. 2
Fièvres rebelles à l'arsenic, guéries par le quinquina. . . . 2
155 fièvres ont revêtu le type quotidien.
110 fièvres ont revêtu le type tierce.
24 fièvres ont revêtu le type quarte.
27 fièvres ont revêtu le type irrégulier, rémittent.
17 fièvres ont été compliquées d'accidents scorbutiques ou typhiques.

Le séjour à l'hôpital :

Pour les fièvres quotidiennes et tierces qui n'avaient eu qu'un accès avant leur entrée, a été de 1 à 10 jours.
Pour les fièvres quotidiennes et tierces qui avaient eu plusieurs accès avant leur entrée, le séjour a été de 10 à 20 jours.
Pour les fièvres tierces, quartes et récidivées, le séjour a été de 20 à 30 jours.

Sous le rapport de l'ancienneté de la fièvre, n'ayant eu qu'un accès avant l'entrée à l'hôpital :

42 fièvres quotidiennes et 31 fièvres tierces ont guéri après le premier accès survenu après l'entrée.
64 fièvres quotidiennes et 50 fièvres tierces ont guéri après le deuxième accès (il y avait eu plusieurs accès avant l'entrée).
40 fièvres quotidiennes et 19 fièvres tierces, 8 fièvres quartes et 3 fièvres récidivées, dont l'invasion remontait à une époque déjà éloignée, ont guéri après le troisième accès.

Les doses ont été en moyenne les suivantes :

Malades ayant eu un accès avant l'entrée à l'hôpital.

	Minimum.	Maximum.	Moyenne.
Quotidienne.	1 décigr.	1,25	1,15
Tierce.	1,10	1,45	1,27

Malades ayant eu plusieurs accès avant l'entrée à l'hôpital.

Quotidienne.	2,15	2,85	2,50
Tierce.	2,25	3,05	2,65

Malades ayant eu de nombreux accès avant leur entrée à l'hôpital.

Quotidienne.	2,40	3,60	3,00
Tierce.	2,60	3,80	3,70

Conclusions. — 1° L'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement de la fièvre intermittente remonte aux temps les plus reculés. Son rang dans la thérapeutique date de plusieurs siècles. Mais c'est surtout au XVIIe siècle que son usage devint pour ainsi dire populaire en Allemagne, en Angleterre et dans l'Inde. Maintenant encore, son usage est habituel pour entretenir la santé chez les habitants du Tyrol et dans les provinces du sud de la Chine, où le tabac est toujours mélangé de cette substance. On sait, en outre, que la plupart des eaux minérales les plus actives et les plus fréquentées, notamment les eaux de Vichy, du Mont-d'Or, Néris, Plombières, etc., etc., contiennent des quantités très-notables d'acide arsénieux. A ce point de vue, il ne doit pas être considéré comme un médicament nuisible, comme un poison, quand il est administré sagement et selon des règles que des travaux bien précis ont établies.

2° L'acide arsénieux guérit les fièvres intermittentes. Son action porte aussi bien sur le retour régulier et périodique des accès que sur l'hypertrophie de la rate, qu'il réduit rapidement et sûrement à son volume normal. Son action est également avantageuse dans le traitement de la cachexie paludéenne et dans celui des accidents produits par cette espèce d'intoxication.

3° L'acide arsénieux doit être employé, selon les règles prescrites, à la dose de 25 milligrammes dissous dans l'eau distillée étendue de vin blanc. La tolérance des malades doit guider le médecin, qui peut administrer également la liqueur arsenicale fébrifuge, au moyen de lavements à la dose de 40 à 80 milligrammes. La liqueur de Fowler m'a paru avoir la même action que l'acide arsénieux employé en solution.

4° Je n'ai jamais constaté le moindre accident d'intoxication; plusieurs malades ont pu supporter, sans inconvénients, la dose de 55 milligrammes par la bouche, et celle de 250 milligrammes en lavement.

5° Les résultats statistiques cités ont été déduits des faits observés sur les malades des services de la première division de l'hôpital militaire du Roule, durant les mois de juin, juillet, août, septembre et octobre 1855, et viennent corroborer les études antérieures faites sur ce sujet.

6° On aurait tort de prétendre que l'acide arsénieux doit être préféré au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. L'acide arsénieux guérit parfaitement des fièvres intermittentes rebelles au quinquina; il ne peut être préféré à cet agent thérapeutique que par son extrême bon marché. Cet avantage, futile en apparence, devient bien précieux pour le médecin et dans la médecine des campagnes, où l'homme de l'art se trouve désarmé par la misère de ses clients. Il est bon néanmoins de noter que le sulfate de quinine n'est pas sans produire de fâcheux accidents, et que nombre de malades en sont arrivés à préférer conserver leur fièvre que de prendre de nouvelles doses de sulfate de quinine.

7° Les fièvres intermittentes traitées étaient toutes anciennes et avaient pour la plupart récidivé. Un certain nombre était vierge de tout traitement.

8° Les malades qui prennent de la liqueur arsenicale ne tardent pas à engraisser et à avoir un appétit considérable. Ils deviennent plus agiles, et leur peau prend une coloration rosée et une fraîcheur toute particulière.

9° L'acide arsénieux paraît avoir, sur le sulfate de quinine, l'avantage de rendre les récidives moins fréquentes et plus tardives.

THÉRAPEUTIQUE.

Note sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer,

Par M. E. Robiquet.

Le nombre des préparations ferrugineuses employées en médecine est déjà considérable, et leur action bienfaisante sur l'économie n'est plus à démontrer. Il m'a cependant semblé qu'il y avait encore quelques progrès à réaliser à cet égard, et je viens entretenir aujourd'hui l'Académie des efforts que j'ai tentés.

Mes expériences ont porté sur le pyrophosphate de fer. Depuis que M. Graham a fait connaître les transformations singulières que la chaleur fait subir à l'acide phosphorique, les chimistes ont étudié avec soin les combinaisons salines dans lesquelles l'acide, moléculairement modifié, est susceptible de

s'engager. Les plus curieux de ces sels sont ceux qui sont formés par simple fusion ignée et qu'on a appelés, pour cette raison, pyrophosphates. Par cela même que l'acide pyrophosphorique est à deux équivalents d'eau, il forme des sels à deux équivalents de base. L'industrie a déjà tiré un grand parti de la propriété que possède l'acide pyrophosphorique de s'unir à la soude, et à l'or ou l'argent. En médecine on a essayé, à plusieurs reprises, d'employer le pyrophosphate de fer, et cela se conçoit, car l'oxyde ferrique réagit, à n'en pas douter, sur les fonctions du sang, et les éléments de l'acide pyrophosphorique se retrouvent dans les os; mais on y a bientôt renoncé à cause de sa facile altérabilité et de la quantité de pyrophosphate de soude qui est nécessaire pour le maintenir en dissolution dans l'eau. Il m'a semblé que ces inconvénients pouvaient être facilement évités sans enlever au sel ferrique aucune de ses propriétés essentielles.

Pour le médecin, le type d'une bonne préparation ferrugineuse c'est celle qui peut se dissoudre avec facilité dans les liquides de l'estomac, sans modifier en rien leurs fonctions digestives, qui est complétement assimilée par l'économie et n'agit en aucune façon à la manière des astringents. Le pyrophosphate de fer possède précisément toutes ces propriétés; sa résistance aux dissolvants est la seule difficulté qui reste à vaincre pour le faire admettre au premier rang parmi les ferrugineux.

En étudiant la constitution moléculaire de ce sel remarquable, il est aisé de voir qu'il appartient à la classe des corps doués de polymorphisme. Semblable au soufre, au phosphore, à l'acide arsénieux et à bien d'autres substances polymorphes, le pyrophosphate de fer présentera donc de grandes différences dans ses propriétés chimiques, suivant le procédé qui aura été adopté pour sa préparation et la température à laquelle il aura été obtenu. En précipitant l'une par l'autre des solutions de persulfate de fer et de pyrophosphate de soude, et en ayant soin d'opérer au-dessous de 15°, on obtient un précipité gélatineux, qui n'est autre chose que du pyrophosphate de fer $Fe^2O^3, 3PhO^5$, qui se dissout avec la plus grande facilité dans une solution de pyrophosphate de soude. Si le sel ferrique était obtenu au-dessus de 15°, et, à plus forte raison, dans des liqueurs en pleine ébullition, il faudrait des quantités considérables de pyrophosphate de soude, et encore n'obtiendrait-on qu'une dissolution éphémère se colorant en noir, et prenant une saveur insupportable. En effet, quelque précaution qu'on prenne, il ne faut pas moins de 4 gr. de pyrophosphate de soude pour dissoudre 16 gr. de précipité ferrique gélatineux représentant 3 gr. de sel desséché à 100°. Lorsque la dissolution est préparée à froid, elle se maintient quelque temps sans altération, et pourrait être convertie en sirop qui se conserverait assez bien pendant un ou deux mois. Toutefois, un pareil mélange contient une trop forte proportion de pyrophosphate de soude qui lui donne une saveur salée fort peu agréable et ne l'empêche pas, après un temps plus ou moins long, de noircir à l'air en prenant un goût métallique de plus en plus prononcé. Il fallait donc chercher un autre dissolvant. Celui qui m'a le mieux réussi, c'est le citrate d'ammoniaque, sel qui a le double avantage de pouvoir être employé en très-petite quantité, et de dissimuler chimiquement le fer aux réactifs.

La dissolution de pyrophosphate de fer dans une liqueur citro-ammoniacale se conserve des mois entiers sans altération aucune, et donne un sirop n'ayant nullement la saveur insupportable des composés ferrugineux. La potasse, l'ammoniaque, les carbonates alcalins ne donnent pas, avec le pyrophosphate de fer ainsi dissous, les réactions particulières aux sels ferriques.

MM. Dumas, Laurent, Gerhardt, dans leurs belles recherches se rattachant à la théorie des substitutions, ont fait voir qu'on pouvait, dans une foule de composés organiques, substituer l'iode, le brome et le chlore à l'hydrogène, sans que l'équilibre moléculaire ni les réactions chimiques du composé fondamental fussent en rien changés. C'est ainsi que, dans l'alcool chloré ou chloral, le nitrate d'argent ne produit aucun trouble, parce que le chlore du chloral ne se comporte pas comme le chlore de l'acide chlorhydrique ou d'un chlorure métallique, mais comme l'hydrogène dont il a pris la place. Détruisez maintenant le chloral, soit par combustion, soit par l'acide nitrique ou tout autre oxydant énergique, et vous retrouverez le chlore avec toutes ses réactions caractéristiques. De même, dans le sel qui nous occupe, le fer est chimiquement dissimulé, sa présence n'est plus accusée par les réactifs les plus sensibles, la potasse et l'ammoniaque ne le précipitent plus à l'état d'oxyde, et ses propriétés sont tellement masquées qu'il faut détruire complétement sa molécule pour pouvoir y doser le fer ou pour en retrouver les réactions.

Si j'insiste un peu sur ces détails, c'est que je suis persuadé que la médecine tirera un jour le plus heureux parti des médicaments dont l'élément actif serait chimiquement dissimulé. De pareils composés sont, en effet, très-lentement désagrégés par le travail de la digestion, et l'économie, les absorbant molécule à molécule, doit se les assimiler intégralement.

Le procédé de dissolution une fois trouvé, rien n'est plus facile que de transformer le pyrophosphate de fer en dragées, sirop ou tablettes, l'état latent dans lequel il existe dans ce nouveau sel permet même de le mêler au vin de quinquina, et d'en faire un puissant tonique sans avoir à craindre cette coloration noirâtre et ce goût d'encre qui se produisent toujours, lorsqu'on met en contact un sel ferrique avec des liqueurs plus ou moins chargées de tannin.

Quelle que soit la manière dont on administre le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal, sa saveur est complétement nulle, et les malades non-seulement le supportent avec facilité, mais encore en ressentent les plus heureux effets. Je l'ai vu particulièrement réussir dans les cas d'anémie, de chlorose et d'uréthrite chronique bien caractérisés.

Je ne veux cependant pas me laisser entraîner à donner le détail des observations que j'ai eu l'occasion de faire, de crainte d'être soupçonné de partialité, mais il me sera bien permis de dire que j'attends, avec confiance, le résultat des épreuves auxquelles l'Académie jugera à propos de soumettre le composé ferrique dont je viens d'avoir l'honneur de l'entretenir.

En résumé, le pyrophosphate de fer, considéré chimiquement, est un sel polymorphe dans lequel la molécule métallique est dissimulée aux réactifs; il contient, en poids, 21 gr., 46 pour 100 de fer. Au point de vue thérapeutique, la facilité avec laquelle l'économie se l'assimile, l'absence de toute saveur styptique, sa parfaite solubilité dans l'eau, l'influence enfin qu'il exerce sur la composition des os et les fonctions du sang, autorisent à le ranger au premier rang parmi les composés ferrugineux.

FORMULES.

SIROP FERRUGINEUX.

Pyrophosphate de fer. . . .	10	grammes.
Sirop simple.	900	—
Sirop de fleurs d'oranger. . .	100	—

F. S. A. un sirop par simple solution, et colorez avec Q. S. de teinture de cochenille ou d'arcanette. Chaque gramme de sirop, 1 centigramme de sel de fer, et chaque cuillerée à bouche environ, 20 centigrammes.

DRAGÉES FERRUGINEUSES.

Pyrophosphate de fer. . . . 50 grammes.

Divisez en 500 dragées qui contiendront chacune 10 centigrammes de sel de fer.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX.

Pyrophosphate de fer. . . .	10	grammes.
Extrait de quinquina gris. . .	5	—
Vin blanc.	1	kilo.

F. S. A.

TÉRATOLOGIE.

Grossesse double. — Accouchement à sept mois. — Fœtus acéphale.

Présentation à l'Académie, dans sa séance du 10 février 1857,

Par M. le Dr Simonot.

Mme X...., jeune femme de 24 ans, maigre, brune, d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une bonne conformation, d'un tempérament nerveux, mariée depuis huit mois, enceinte de sept mois, a eu une grossesse heureuse.

Le 1er février 1857, à dix heures du soir, elle a été surprise par les douleurs de l'enfantement, sans pouvoir rattacher son accouchement prématuré à une cause appréciable.

Appelé auprès d'elle à minuit, je la trouvai en proie à des douleurs se succédant avec énergie et rapidité ; quelques gouttes des eaux s'étaient écoulées. Le toucher me fit reconnaître le sommet de la tête de l'enfant, déjà engagé à la vulve ; malgré cet abaissement considérable du fœtus, le ventre avait conservé une rondeur et une élévation qui me frappèrent immédiatement.

Une demi-heure après mon arrivée, Mme X.... mit au monde un enfant, vivant, du sexe féminin. Avant que j'aie eu le temps de pratiquer la ligature et la section du cordon, il survint une énorme quantité d'eau mêlée de sang, telle, que je n'ai eu que le temps d'enlever l'enfant pour éviter sa submersion.

Débarrassé de ce premier fœtus, j'examinai de nouveau la surface extérieure de l'abdomen ; quoique plus souple, sa forme et son volume se maintenaient comme si l'accouchement n'avait pas eu lieu.

Avant de songer à la délivrance, je jugeai prudent de procéder à une exploration de la cavité utérine. L'introduction du doigt indicateur me fit reconnaître la présence d'un autre fœtus, mais il me fallut introduire la main en entier pour arriver à le saisir. J'atteignis ainsi le pied droit, je l'attirai au dehors sans difficultés, j'obtins aussi facilement le pied gauche, et je pus amener en dehors de la vulve les membres inférieurs dans leur entier.

Arrivé au pli de l'aine, le fœtus se plaça de lui-même, et par un mouvement brusque analogue à celui d'un ressort qui se détend, de façon à avoir les pieds dirigés vers la tête de la mère. Pour terminer l'accouchement et opérer une traction dans la direction normale, je fus alors obligé de passer mon doigt en avant du pli de l'aine, ramenant ainsi le fœtus vers moi, dans une position perpendiculaire à l'axe du corps de la mère.

Le cordon lié et coupé, j'opérai la délivrance sans difficultés.

Premier fœtus. — Sexe féminin, très-maigre, très-grêle, justifiant à peine sept mois, bien conformé cependant, et vivant. Son existence, malgré des soins minutieux, n'a pu dépasser le septième jour après sa naissance ; mort sans secousse appréciable.

Deuxième fœtus. — Plus fort que le précédent, complétement acéphale, absence de bras ; rien n'indique un commencement de développement de la tête et des bras ; toute la partie supérieure de son corps, à partir de l'ombilic, ne présente qu'une boule de consistance graisseuse, ne permettant pas de sentir les saillies osseuses à travers son épaisseur.

Immédiatement au-dessus de l'ombilic se trouve placée une très-petite touffe de poils noirs.

Le ventre, au-dessous de l'ombilic, les fesses, les organes de la génération du sexe féminin, les cuisses et les jambes sont bien conformés. Les pieds sont très-petits, fortement renversés en dedans ; au-dessous de chaque malléole interne existe une solution de continuité de la peau ; très-légère à gauche, elle laisse, du côté droit, apercevoir la capsule articulaire.

Avant la section du cordon, les membres inférieurs eurent des mouvements de flexion et d'écartement qui se répétèrent jusqu'à ce que cette section fût opérée.

Organes de connexion. — Le placenta est mince, très-mou, très-friable, parsemé de plaques noires sur plusieurs points, le moindre contact le déchire, surtout au niveau des plaques.

De sa surface fœtale part un seul cordon, très-volumineux, double au moins du volume normal ; à 4 centimètres de ses attaches, ce même cordon se bifurque en deux branches, l'une, très-courte, conserve le volume du tronc et appartient au premier fœtus, l'autre, plus grêle, beaucoup plus longue, aboutit au fœtus acéphale.

On ne saurait mieux comparer cette division du cordon qu'à ce qui se passe dans les divisions artérielles lorsqu'une branche semble continuer le tronc par son volume, aux dépens de sa congénère, bien moins développée.

L'état de la mère n'a rien offert de particulier à noter, et aujourd'hui sa santé est complétement rétablie.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Sur la folie pellagreuse et la pellagre,

Par M. le Dr Edouard Cazenave,

Médecin-adjoint de l'asile des Aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

Obs. I. — Jean Darré, né dans le pays basque, âgé de 24 ans, entre, le 11 octobre 185., à l'Asile des aliénés de Pau. Constitution robuste, tempérament lymphatique nerveux. Cet aliéné appartient à des parents dans l'aisance, et dont il surveillait les propriétés. Il n'y a jamais eu de pellagreux dans sa famille. *Son grand-père est mort aliéné.* Avant son entrée à l'Asile, il se nourrissait de pain de froment, de légumes, de viande et de vin pur. Ce n'était qu'exceptionnellement que le maïs faisait partie de sa nourriture. Ses nombreuses tentatives de suicide (hydromanie) ont nécessité son placement à l'Asile.

Conformation normale du crâne. — Ses traits sont empreints d'une sombre mélancolie. Regards fixés à terre. Il se tient à l'écart, plongé dans un silence obstiné. Un murmure inintelligible et quelques mouvements convulsifs des bras viennent seuls rompre son immobilité. Pouls petit, serré. Cet aliéné nous paraît résumer tous les caractères de cet état de *stupidité* que M. Baillarger considère comme une variété du délire mélancolique, et non comme l'expression d'une dégradation ou d'une suspension des facultés intellectuelles. Le premier jour, il a tenté de se briser le crâne contre les dalles de sa loge : plaies contuses du crâne, ecchymose du front, agitation, insomnie. Cet aliéné déchire ses vêtements.

Une surveillance des plus active, jointe à un traitement débilitant (évacuations sanguines, dérivatifs sur le tube digestif, bains prolongés), amena, au bout de quelques semaines, une rémission dans l'acuité du délire. Les mois de janvier, février, mars s'écoulèrent dans un calme très-appréciable. Cet aliéné semblait marcher à grands pas vers la guérison, lorsque, dans les premiers jours d'avril, je vis, non sans étonnement, se manifester sur le dos des mains, au niveau des métacarpiens, des plaques érythématheuses d'un rouge vif. Ces plaques envahirent successivement en quelques jours les parties les plus saillantes de la face, la région antérieure du cou et du sternum. Le pourtour des malléoles, la région dorsale des pieds devinrent aussi le siége de l'éruption érythématheuse ; la langue revêtit une couleur rouge lie de vin ; les lèvres se fendillèrent en petites écailles sèches ; le pouls était serré et fréquent. Toute espèce d'aliment est refusé ; la diarrhée se déclare.

Aux symptômes *cutanés* et *gastriques* vinrent se joindre les désordres cérébraux observés déjà : tentatives de suicide. Cet aliéné cherche à se précipiter, la tête la première, sur les dalles de sa loge, imitant exactement le mouvement que fait le plongeur qui se jette à l'eau.

Il n'y avait plus à en douter, j'avais sous mes yeux un pellagreux. Symptômes *cutanés, gastriques, nerveux,* tout, jusqu'à la nature du délire, cette hydromanie dont parle Gaëtano Strambio, comme propre aux pellagreux, m'enlevaient toute hésitation.

La maladie suivit toutes les phases morbides que MM. Brierre de Boismont, Th. Roussel, Cazenave, etc., ont si exactement décrites, et que je crois inutile de relater ici. A la fin de juillet, avec les désordres intestinaux, diminua le délire lypémaniaque. La couleur phlogosée de la peau pâlit, s'effaça insensiblement; l'épiderme, froncé, fendillé, se recouvrit de petites squammes analogues à celles du psoriasis, qui tombèrent, ne laissant après elles qu'une cicatrice analogue à celle des brûlures.

Jean Darré passa tout l'hiver en proie à une torpeur d'où rien ne put l'arracher.

Au mois de mars 1851, nous vîmes reparaître les mêmes phénomènes morbides qui avaient signalé, l'an dernier, l'invasion de la pellagre, mais cette fois avec une nouvelle intensité (évacuations sanguines, bains, antispasmodiques). Pas d'amélioration. Le malade ne prend plus d'aliments; une diarrhée colliquative survient, accompagnée de fièvre hectique. Il meurt dans le marasme le 27 mai 1851.

Les résultats anatomo-pathologiques révélés par l'autopsie se rapportent principalement à l'appareil digestif et à l'axe cérébro-spinal. Leur intensité ne m'a pas paru répondre à la gravité des symptômes observés pendant la vie.

Membrane muqueuse, pharyngienne, œsophagienne, gastrique et intestinale, injectée en rouge-brun dans toute son étendue. A l'estomac, cette coloration se présente par plaques isolées; la muqueuse est ramollie; glandes Peyer conservant les traces d'ulcérations mal cicatrisées; tissu cellulaire sous-muqueux hypertrophié.

Les membranes qui enveloppent le cerveau ont perdu leur transparence; l'arachnoïde et la pie-mère principalement sont injectées. Substance grise gorgée de sang, ramollie; substance blanche plus ferme; ventricules abreuvés d'une sérosité sanguinolente. La moelle ne nous a point présenté de lésions caractéristiques.

Obs. II. — Capdebos, âgé de 42 ans, pâtre, tempérament lymphatique, constitution appauvrie, entre, le 31 juillet 1856, à l'Asile des aliénés, présentant tous les signes d'une monomanie à type intermittent, avec tendance au suicide, compliquée de pellagre. — *Cet homme compte des aliénés dans sa famille, pas un pellagreux.*

La face dorsale des mains, la partie externe des avant-bras, la face dorsale des pieds, la partie inférieure antérieure des jambes, le front et les parties latérales des joues, présentent la teinte rouge-brun caractéristique; l'épiderme est fendillé, racorni. Cet aliéné a une faim infatigable (boulimie) qui s'accompagne de diarrhée; la langue présente des plaques rouges et quelques excoriations; la face a une teinte livide, et la peau est généralement terreuse.

Malgré un régime tonique, une alimentation exclusivement azotée, associée à des analeptiques, des préparations amères, les évacuations alvines persistent avec la même intensité. Elles deviennent de plus en plus aqueuses, verdâtres. Le malade tombe dans un amaigrissement extrême; le marasme survient, et Capdebos succombe.

L'autopsie nous donne les résultats suivants :

Axe cérébro-spinal : infiltration des méninges avec épaississement partiel; épanchement séreux des ventricules. La substance grise cérébrale offre une coloration très-foncée; la substance blanche est injectée et ramollie; mais ce ramollissement est plus marqué dans toute l'étendue de la moelle épinière.

Voies digestives : coloration rouge lie de vin par plaques isolées de l'estomac; ramollissement de sa surface interne. Cette coloration s'étend d'une manière uniforme sur toute la surface interne de l'intestin grêle; le gros intestin n'offre pas de trace de cette injection, sauf quelques ulcérations; le péritoine est le siége d'un épanchement séreux assez considérable et a perdu sa transparence; épiploons rétractés; légère hypertrophie du foie.

Obs. III. — Jean Dubertrand, âgé de 25 ans, entre, le 9 mai 1844, à l'Asile. Constitution étiolée, tempérament lymphatique. Il présente tous les caractères de la stupidité. Un coup de pied de cheval porté sur le front a déterminé un enfoncement considérable de cette région. Les désordres sembleraient se rattacher à cet accident, si cet aliéné n'offrait pas des antécédents d'hérédité : *père, grand-père et un frère sont morts aliénés.* Immobilité complète; la manifestation de la pensée est nulle; le délire paraît être intérieur et de nature triste; répugnance marquée pour le travail; absence de tentatives de suicide.

Six mois s'écoulent dans cette apathie physique et morale. Au mois d'octobre, il semble sortir d'un rêve; il se déclare même une certaine agitation; il crie, il rit, court dans le préau; incohérence dans les idées; il entretient ses camarades des tortures que lui font éprouver des sorciers (hallucinations viscérales).

Cet état se maintient jusqu'en février 1851. A cette époque, la pellagre se déclare pour la *première fois* chez cet aliéné avec un développement d'intensité bien supérieure à celle observée dans les deux cas précédents. La marche de cette affection fut effrayante de rapidité, car le malade succomba le 16 août 1851. Six mois suffirent à la maladie pour parcourir toutes ses périodes.

L'autopsie me révéla les désordres suivants :

Axe cérébro-spinal : injection prononcée des méninges et de la substance cérébrale grise; pointillé rouge de la substance blanche; injection identique des membranes de la moelle épinière, avec ramollissement en bouillie de la substance blanche.

Voies digestives : langue rouge, tuméfiée, excoriée, et conservant l'impression des dents; œsophage rouge; une large plaque d'un rouge violacé autour du pylore; intestins grêles injectés et ramollis à leur surface interne; le gros intestin ne présente pas d'altérations; le foie est hypertrophié.

Obs. IV. — Bernard Garraux, marchand de blé, né à Peyrehorade (Landes), entra à l'Asile le 21 juillet 1847. Constitution robuste, tempérament sanguin.

Cet homme, dont les idées sont complétement atrophiées, reste isolé, accroupi, balbutiant quelques monosyllabes, qu'il accompagne de mouvements de tête et de contraction des muscles de la face, souvent fort bizarres. La sensibilité générale est profondément altérée. Il passe son temps à parcourir un sillon dont il ne dévie pas d'une ligne. Chaque fois qu'il arrive à l'extrémité de ce sentier, il frotte, avec la face palmaire des deux premiers doigts de la main droite, l'indicateur de la main gauche, et, après un double frottement, il baisse brusquement la tête et reprend sa marche. Peut-être, en souvenir de son premier métier, croit-il choisir du blé, et en constater la qualité.

Garraux se trouve sur la limite qui sépare *l'imbécillité* de *l'idiotie*. Cet aliéné reste plongé dans cet état durant *sept années !* Ce ne fut qu'en mars 1854 que ce malheureux, placé depuis deux ans dans la section des *gâteux*, présenta tout à coup les symptômes de la pellagre. Le front, le nez, la partie antéro-supérieure du thorax, le dos des mains et des pieds devinrent simultanément le siége de plaques érythémateuses; la langue se colora en rouge lie de vin; la diarrhée se déclara, et le malade succomba le 18 juillet dans un état de marasme profond.

L'autopsie, si l'on excepte l'injection caractéristique des voies digestives, ne me donna, du côté de l'axe cérébro-spinal, que des résultats à peu près identiques à ceux notés dans les observations précédentes. Depuis sept ans, Garraux n'avait pas mangé de maïs; depuis sept ans, il était soumis à un régime alimentaire des plus toniques, et vivait dans la plus belle position désirable.

Obs. V. — Sahubiète, âgé de 70 ans, entre, le 29 décembre 1850, à l'Asile avec tous les signes d'un délire général, mais calme. Cet aliéné appartient à une famille qui est dans l'aisance, et où il a fait fort peu d'usage de maïs; il habitait une des plus belles contrées du département. Il ressort des commémoratifs, que Sahubiète *n'a jamais été atteint de pellagre*, et qu'il *ne compte pas d'aliénés dans sa famille.* L'examen le plus attentif des parties qui sont habituellement le siége de cette affection n'en révèle pas de trace.

Au mois de février, c'est-à-dire deux mois après son entrée à l'Asile, Sahubiète est pris tout à coup de l'éruption pellagreuse. Il devient agité, la tête est chaude, le pouls fort, fréquent. Tentatives de suicide. (Bains prolongés.) Le printemps et l'été se passent mal. Depuis quinze à vingt jours seulement l'excitation diminue, et cette amélioration dans l'état vésanique coïncide avec une disparition graduelle des symptômes cutanés de la pellagre.

Les cinq observations que je viens d'ébaucher me paraissent soulever une double question de pathogénie sur laquelle je crois devoir appeler un instant l'attention.

Presque tous les auteurs qui ont observé la folie pellagreuse, ont constamment remarqué que la pellagre précédait la folie. Ainsi, dans les quatorze observations cliniques que renferme le Mémoire de M. Brière de Boismont, l'éruption érythémateuse précède les accidents vésaniques. Rien de semblable dans les faits que je viens de relater. Dans les cinq cas, la pellagre a été consécutive à la manifestation du délire; en outre, sur les cinq pellagreux, quatre comptaient des aliénés dans leurs ascendants. — Si nous rapprochons ces deux faits, ne sommes-nous pas portés à admettre entre la folie et le pellagre une sorte de solidarité pathologique, un rapport de dépendance intime? Pour moi, je suis si profondément convaincu de l'existence d'une connexité pathogénique entre ces deux affections, que je n'hésite pas à regarder la pellagre comme une transformation accidentelle de la folie par voie d'hérédité. Il existe dans les environs de Pau (Basses-Pyrénées) des familles entières dont les membres sont alternativement pellagreux ou aliénés. Et d'ailleurs, MM. Calmeil et Baillarger n'ont-ils pas constaté, dans leur longue pratique, que « beaucoup de pellagreux naissaient de parents aliénés, et beaucoup d'aliénés de parents pellagreux? »

A quelle cause doit-on rattacher l'évolution de la pellagre? Les belles recherches de M. Th. Roussel, faites en France, en Italie, en Espagne, les travaux de MM. Hameau, Roussilhes et Calès sur la pellagre endémique des Landes, semblaient avoir résolu le problème étiologique. — En effet, on se rappelle que quelques-uns de ces auteurs, et le docteur Balardini avec eux, pensent que la pellagre est un empoisonnement lent dû à une maladie particulière au maïs, à la *verderam,* qui consisterait dans une altération du germe de la graine dans lequel se développe un *fongus* parasite (*sporisorum maïdis*). C'est ainsi que M. Roussel, dans le chapitre consacré aux causes de la pellagre, s'exprime en ces termes :

« C'est pourquoi je puis formuler, dès à présent, cette proposition que je vais développer, à savoir, qu'au milieu des conditions si diverses dans lesquelles on rencontre les pellagreux, il n'y a que deux faits constants et communs à tous les individus sans exception : 1° l'alimentation à peu près exclusive avec le maïs, surtout pendant la saison froide; 2° la misère qui condamne à cette alimentation et au genre de vie affaiblissant qui donne à celui-ci toute son efficacité morbifique (p. 171). »

Or, les observations que nous venons de lire sont-elles de nature à confirmer ces assertions étiologiques? Évidemment non; car les aliénés qui font le sujet des première, troisième, quatrième et cinquième, n'avaient non-seulement pas fait usage de maïs avant la manifestation des symptômes pellagreux, mais jouissaient, soit chez eux, soit à l'Asile, d'un bien-être qui les plaçait dans d'excellentes conditions d'hygiène. Toutefois, sans dénier absolument toute part d'influence dans la production de la pellagre, j'imiterai la réserve de Gaëtano Strambio, dont l'intéressant ouvrage (*de Pellagrâ observationes,* an I, II, III medical 1790), prouve que la pellagre est indépendante de l'usage du maïs, et que cette maladie peut se manifester chez des personnes aisées et qui se nourrissent très-bien. Il existe d'ailleurs plusieurs contrées, soit en France, soit en Italie, où la pellagre est complétement inconnue, malgré l'usage quotidien du maïs; et, chose digne de remarque, c'est à peine si on trouve quelques rares pellagreux dans le royaume de Naples, où la *verderame* est pourtant très-répandue.

En outre, si nous consultons la *Statistique agricole de France,* nous trouvons que le département des Basses-Pyrénées, où l'on cultive 71,238 hectares de maïs en moyenne par an, et où le chiffre de consommation s'élève à peu près à 1,410,166 hectolitres, nous trouvons, dis-je, que ce département offre un nombre de pellagreux bien moins élevé que d'autres départements, où le chiffre de consommation est moindre, notamment le département des Landes, où l'on consomme en moyenne, par an, 724,766 hectolitres de maïs. (*Union méd. de la Gironde.*)

CORRESPONDANCE.

De l'emploi thérapeutique du perchlorure de fer.

Monsieur le Rédacteur,

Je remercie d'avance M. le docteur Pize, de Montélimart, d'avoir eu l'heureuse idée d'utiliser le perchlorure de fer dans le *purpura hemorrhagica* et la chlorose, maladies souvent désespérantes pour les praticiens. Mais qu'il me soit permis de faire quelques observations sur le mémoire que vous avez eu la bonté de recevoir dans les colonnes de votre journal. Le perchlorure de fer, dédaigné ou inconnu, a été repris avec ardeur dans la prison de la Roquette, où se trouve renfermée une population nombreuse et flottante, portant avec elle toutes les maladies propres à l'espèce humaine.

Je suis loin de réclamer des épithètes louangeuses, j'aime mieux la vérité des faits et la précision thérapeutique d'un médicament soumis à l'expérimentation.

L'expérimentation externe du perchlorure de fer s'était bornée au traitement des affections anévrysmales. Les expériences de Monteggia et Pravaz sont d'une grande valeur dans la pratique chirurgicale. J'ai eu le bonheur d'aggrandir son application dans les maladies externes et internes.

En récompense de mon assiduité et de ma persistance dans l'emploi thérapeutique du perchlorure, je devais m'attendre, par convenance scientifique, à voir rendre justice à mes travaux, en signalant mon nom à l'attention du monde médical, sans encourir le blâme d'un axiome que j'ai émis comme vérité pratique. Je le déclare encore aujourd'hui, le perchlorure de fer est d'une grande innocuité toutes les fois qu'il est mis en usage avec prudence et discernement. Le médicament le plus inoffensif devient nuisible dans une mauvaise application. M. le docteur Pize, tout en critiquant ce que j'ai écrit sur l'innocuité du perchlorure, n'a pas eu à s'en plaindre, puisque par son usage il est parvenu à donner la santé et sauver même la vie, par le médicament dont il proclame les dangers. Quels sont-ils auprès de ceux qui se développent par l'emploi, imprudemment et négligemment mis en usage, de l'iode et du mercure?

Lorsque mon honorable confrère aura manié le perchlorure de fer sur une grande échelle pendant deux années, comme j'ai pu le faire, ses craintes finiront par se dissiper pour se rendre à l'évidence : que le perchlorure de fer à 30° au lieu de 33° suivant ses ordonnances, ou à 20° suivant les prescriptions du docteur Broca, en se conformant à l'idée primitive de Pravaz, dont j'ai suivi les fidèles prescriptions, peuvent être considérées sans danger dans l'application sur les systèmes sanguin et nerveux, avec d'autant plus de vérité que ma conduite médicale, étant soumise au contrôle de l'administration ministérielle et préfectorale, serait facilement blâmée si le perchlorure de fer avait eu le malheur d'offrir, même au milieu d'hommes condamnés et ingrats, le moindre danger dans son application. Les prisonniers, au contraire, sans juger de l'opportunité de l'emploi du perchlorure, le réclament avec instance toutes les fois que leurs maladies exigent l'usage de sirop ou de vin de quinquina, à la vue des succès obtenus sur leurs camarades d'infortunes.

Je suis attentif, dans le cours public fait à l'Ecole pratique, de démontrer aux élèves que le perchlorure de fer est un modificateur général des tissus vivants, liquides et solides, aussi bien que peuvent l'être l'iode et le mercure utilisés jusqu'à ce jour dans le plus grand nombre des maladies, mais sans me livrer à des théories vraies ou fausses. Je ne présente que des faits qui peuvent être vérifiés par tous les médecins. Une vérité a de la peine à se faire jour, le temps seul vient fortifier sa bienvenue dans le monde intellectuel.

Les expériences physiologiques de M. le docteur Pize sur le système sanguin par le perchlorure, doivent être rendues à leurs véritables auteurs, Monteggia et Pravaz; quant à moi, je revendique à bon droit d'avoir le premier utilisé le perchlorure de fer en le soumettant à l'action des voies digestives; d'avoir étendu son usage, soit à l'extérieur ou à l'intérieur, dans les hémorrhagies en général, dans la leucorrhée, les blennorrhagies, et d'avoir, le premier aussi, signalé la puissance antisyphilitique et antiscrofuleuse du perchlorure de fer.

Mais, pour rentrer dans la vérité du médicament, il faut signaler

une erreur pharmaceutique commise par M. le docteur Pize, en associant le perchlorure de fer au sirop de coing, qui est astringent, mucilagineux, deux propriétés neutralisantes du perchlorure, et de plus, dans la chlorose guérie par mon honorable confrère, en supposant la solution à 33°, le perchlorure a été employé avec une dose plus forte que celle du sirop que j'ai l'habitude d'ordonnancer dans ma pratique. Je m'arrête, ne voulant pas faire de la polémique sur des appréciations thérapeutiques et physiologiques qui nous sont encore inconnues.

Recevez, etc. DELEAU,
Médecin de la Roquette.

Maladies de la peau.

Monsieur le Rédacteur,

Dans mes lettres à l'adresse de M. Picard que vous avez bien voulu insérer dans votre estimable journal, je m'étais proposé, surtout, de réclamer en faveur de M. Bazin, la priorité pour la découverte et la description des divers phénomènes qui suivent la germination du trichophyton sur l'homme, laissant à d'autres, plus habiles que moi, le soin de relever les erreurs que M. Picard a publiées dans la *Gazette hebdomadaire* du 25 avril et du 2 mai 1856; mais M. Picard me tance d'une telle façon, que je me vois forcé de lui donner satisfaction, et de faire enfin les citations qu'il demande et que je suis incapable, selon son dire, de lui donner. Je compte sur votre impartialité habituelle et vous prie d'accorder une place, dans les colonnes de votre journal, à ma courte réponse, qui ne contiendra que les citations tant désirées par M. Picard.

1° « Ils arrivent (les cryptogames de l'herpès) dans le bulbe, s'in« sinuent dans le cheveu qu'ils détruisent, et l'inflammation du bulbe « amène la sécrétion d'une goutte de pus. Le cheveu détruit est « expulsé.... » (*Gaz. hebd.*, 25 avril 1856, p. 294, ligne 40.)

Non, le cheveu n'est pas expulsé; il n'est que brisé à une petite distance de la peau. L'expulsion du cheveu est le fait du microsporon Audouini (*teigne achromateuse*), et non le fait du *trichophyton tonsusurans* (*herpès, teigne tonsurante*).

2° « L'épilation recommandée par M. Bazin n'est pas indispen« sable dans l'herpès; ELLE SE FAIT D'ELLE-MÊME.... » (*Gaz. hebd.*, 2 mai 1856, p. 310, ligne 47.)

Encore une fois, non, l'épilation ne se fait pas d'elle-même.

3° « La couche de la peau dans laquelle ces divers cryptogames « (*de la teigne faveuse*) se développent varie aussi, suivant leur na« ture. Dans la teigne, c'est à l'intérieur du bulbe pileux, près de « l'ouverture des glandes sébacées, qu'ils prennent naissance..... » (*Gaz. hebd.*, 25 avril 1856, p. 294, ligne 15.)

Eh bien! c'est une erreur; la germination de l'achorion, Schœnleinii (*teigne faveuse*), de même que celle du *trichophyton tonsurans* (*herpès, teigne tonsurante*), débutent toujours sous l'épiderme, même là où il n'y a pas de poils. Je l'ai démontré par de nombreuses inoculations. (Bazin, *Cours de séméiotique cutanée*, 1855, p. 103 et 104, extrait de la *Gaz. des Hôp.*)

4° « M. de Baerensprung n'a jamais rencontré cette sorte de cryp« togames (*achorion*) dans le cheveu comme Wedl l'a affirmé.... » (*Gaz. hebd.*, 25 avril 1856, p. 294, ligne 21.)

C'est encore une erreur. Toute la substance du poil en est plus ou moins imprégnée, selon l'âge de la maladie; chose facile à constater au moyen du microscope. M. Ch. Robin en a donné un beau dessin dans son *Histoire naturelle des végétaux parasites* (*Atlas*, pl. XIII, fig. 1); ainsi que M. Bazin, dans ses *Recherches sur la nature et le traitement des teignes* (pl. II, fig. 1).

5° « M. de Baerensprung, jeune et savant syphiliographe, eut l'oc« casion, d'abord à la Halle, ensuite à l'hospice de la Charité de « Berlin, dont il est le médecin en chef, d'observer de nombreux cas « d'herpès (*serpigo*), et ses résultats diffèrent, sur des points très« importants, des données jusqu'ici connues...... » (*Gaz. hebd.*, 25 avril 1856, p. 293, ligne 46.)

Il est évident, d'après ce qui précède, que M. Picard ignore ou feint d'ignorer les travaux de M. Bazin sur le *trichophyton tonsurans* et sur les lésions variées que ce cryptogame occasionne sur la peau. Si M. Picard veut bien s'en donner la peine, il verra que les résultats obtenus par M. de Baerensprung, et *qui diffèrent sur des points très-importants, des données jusqu'ici connues*, ont été très-bien appréciés et parfaitement décrits par M. Bazin dans les ouvrages déjà cités, avant l'apparition des planches de M. de Baerensprung. Cette question est de la plus haute importance, selon moi. M. Bazin a éclairé, le premier, par ses recherches, l'étiologie de certaines affections de la peau; et je suis de cet avis : qu'il faut rendre à César ce qui appartient à César.

Les vœux que fait M. Picard pour que le microscope soit introduit, comme moyen d'investigation, à l'hôpital Saint-Louis, sont des vœux superflus; il y a pris droit de domicile depuis longtemps, et ce n'a pas été sans quelques avantages pour la science et pour la thérapeutique.

Dans sa réponse, insérée dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 7 février, M. Picard s'exprime ainsi : « Je n'ai pas dit ni dans les deux articles « de la *Gazette, etc., etc.*, que l'épilation se faisait d'elle-même dans « la teigne tonsurante; j'ai dit qu'elle pouvait se faire d'elle-même « dans l'herpès tonsurant, etc., etc., etc. »

Ici, M. Picard joue sur les mots; il sait bien qu'herpès tonsurant ou teigne tonsurante, c'est une seule et même chose, c'est-à-dire le *trichophyton tonsurans*; il a donc tort de vouloir établir, pour le besoin de sa cause, une différence entre deux expressions qui ont le même sens, la même signification.

« M. de Baerensprung, dit-il encore, distingue d'une manière toute « spéciale, le cryptogame de l'herpès de celui de la teigne. »

Par le mot *teigne*, M. Picard entend sans doute désigner l'*achorion Schœnleinii* (*teigne faveuse*). Mais cette distinction a été établie par tous les micrographes qui se sont occupés de cette question. M. Ch. Robin les distingue, *d'une manière toute spéciale*, dans son excellent ouvrage sur les parasites végétaux, ainsi que M. Bazin qui en a donné les dessins (pl. II, fig. 1 et 2, *Recherches sur la nature et le traitement des teignes*).

A l'encontre de M. Picard, je crois que *cette correction périodique d'erreurs* peut avoir quelque avantage, et pour la science, et pour le public, si elle peut prémunir ce dernier contre les erreurs publiées sérieusement par M. Picard comme des vérités.

J'espère que M. Paul Picard me rendra justice, et qu'il ne dira plus que je l'ai cité inexactement et à rebours.

Recevez, etc. DEFFIS.

10 février 1857.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 21. 5e année. Mardi 17 Février 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 16 février 1857.

Séance de la Société de Chirurgie du 11 février 1857.

[**Rétrécissement, déplacement et ectopie de l'anus. — Écrasement linéaire.**]

La Société a ouvert la séance par une consultation provoquée par M. Boinet, à propos d'un cas insolite et assez embarrassant au point de vue pratique :

Une petite fille est née avec une atrésie incomplète de l'ouverture anale. L'anus n'est pas seulement rétréci, il est de plus déplacé en avant, et n'est séparé de la vulve que par une très-mince cloison membraneuse. La trame charnue du périnée paraît manquer entièrement. Est-elle réellement absente, ou se trouve-t-elle confondue, en arrière de l'anus, avec les muscles de la région coccygienne. Les faits connus jusqu'ici permettent de considérer cette dernière hypothèse comme la plus vraisemblable. Quoi qu'il en soit, la grande étroitesse de l'anus oppose un obstacle fort gênant au passage des matières fécales, qui est très-difficile ; l'enfant est habituellement constipée : elle ne rend que des matières d'un très-petit calibre, et elle éprouve, outre le ballonnement du ventre, divers accidents qui doivent faire craindre pour sa vie.

On sait que les vices de conformation de ce genre se compliquent quelquefois d'une communication anormale entre le rectum et le cul-de-sac postérieur du vagin. Cette disposition fâcheuse et incurable n'existe pas dans le cas actuel, car l'enfant n'a jamais rendu de matières par les voies génitales.

M. Boinet pense que la chirurgie doit intervenir dans ce cas ; mais il se demande s'il doit se contenter de dilater l'ouverture anale, ou s'il doit l'élargir par une incision dirigée en arrière, vers le coccyx. C'est sur ce point qu'il demande l'avis de ses collègues.

A ce propos, deux opinions se sont manifestées dans le sein de la Société : tout le monde a paru admettre que la dilatation simple ne pouvait donner des résultats durables ; mais les uns se sont prononcés pour l'expectation, les autres pour l'opération sanglante.

MM. Michon et Gosselin conseillent l'expectation. Ce dernier a cité à l'appui de son opinion un cas curieux, assez semblable à celui de M. Boinet, observé sur une jeune fille, aujourd'hui mariée et mère de deux enfants. Chez elle, le rectum venait

DÉLASSEMENTS.

Moi et ma muse. — Éloges historiques des vivants. — Le vieux fou. — La clientèle en omnibus. — Aurore.

O muse, de tes vers il te faut aujourd'hui
Prêter au feuilleton le fraternel appui !
Il doit te souvenir que pour être agréable
A cet ophidien qui voulait une fable,
Tu lui contas un jour, sous forme de leçon,
La fin qu'en son orgueil fit un colimaçon.
Le public applaudit et prit si bien la chose,
Qu'à côté de ta fable il oublia ma prose.
A moi donc qui n'ai pas, pour frapper nos travers,
La flèche de Joulin, allons ! vite ton vers ;
Oh ! vite, si tu veux que bientôt dans la lice,
Mon trait ne se dévie ou mon pied ne faiblisse.

— Maître, je suis à vous. Prenez garde pourtant
Que vous n'exagériez le succès qui m'attend.
Le public connaît trop quel est vôtre courage,
L'esprit qui vous anime....

— Assez ; muse, à l'ouvrage,
Le prote est déjà là qui vient pour nous presser ;
Prépare ton travail, moi je vais commencer.

Autrefois, tout académicien était un véritable saint.... dans l'éloge historique prononcé après sa mort. Les secrétaires perpétuels de nos jours ont mis un peu de vinaigre dans leur miel, et, dans les notices d'à-présent, les académiciens ressemblent davantage à des hommes, mais toutefois à des hommes comme Socrate ou peu s'en faut. Afin de mesurer le chemin que les honorables panégyristes ont à faire pour arriver à la vérité, il faut écouter les académiciens un jour de goguette. — Y a-t-il de ces jours-là dans les Académies, me direz-vous peut-être ? — Oui il y en a, même à l'Académie des Sciences, et qui plus est (*horribile dictu !*), dans la section de géométrie ! — Est-ce possible ? — C'est même certain ; écoutez plutôt :

également s'ouvrir au bord postérieur de la vulve, et le périnée manquait. L'anus, d'abord très-étroit, avait longtemps rendu la défécation très-difficile, mais il s'était peu à peu et spontanément dilaté aux dépens de l'ouverture vulvaire, qui s'était rétrécie en proportion. Il en résulta que lorsque cette jeune personne se maria, son mari, pendant quelque temps, s'égara dans le rectum; il ne tarda pas à reconnaître son erreur, et ce ne fut qu'avec beaucoup de difficulté qu'il réussit à entrer dans le vagin. Dès lors, la femme devint grosse et accoucha à terme avec d'autant plus de facilité, qu'il n'y avait pas de périnée et que la cloison recto-vaginale se laissa distendre sans résistance.

Ce fait prouve que le vice de conformation dont M. Boinet a entretenu la Société de chirurgie peut s'améliorer graduellement sans opération; mais il est douteux qu'il en soit toujours ainsi, et il est douteux également que la femme citée par M. Gosselin eut, au moment de sa naissance, un rétrécissement aussi prononcé que la petite fille présentée à la Société par M. Boinet. Aussi MM. A. Richard, Verneuil et Jarjavay ont-ils pensé qu'il convenait, dans le cas actuel, de pratiquer une opération. Mais quelle opération?

Dans un cas pareil, M. Jarjavay pratiqua une incision en arrière vers le coccyx; la défécation se fit bien d'abord; mais la mère ayant négligé d'introduire des mèches dans l'ouverture, celle-ci se rétrécit de nouveau, et au bout d'un mois, M. Jarjavay fut obligé de faire une nouvelle incision; mais la mère craignant toujours de faire souffrir son enfant, négligea encore l'usage des mèches; il fallut recommencer encore, et ce ne fut qu'à la quatrième opération que les pansements ayant été faits régulièrement, on obtint un résultat satisfaisant. Ce résultat s'est maintenu.

Le procédé suivi par M. Jarjavay n'est pas celui que M. Verneuil conseillerait, à cause de l'éventualité de la récidive, rendue très-probable par la rétractilité du tissu de cicatrice. Il pense qu'après avoir débridé l'ouverture anale en arrière, il faut attirer en bas la paroi rectale et coudre la muqueuse avec la peau; c'est une sorte d'autoplastie qui a été pratiquée plusieurs fois dans des cas analogues, et qui a donné de très-beaux résultats. Nous tiendrons nos lecteurs au courant du parti qu'on aura pris et du résultat obtenu.

Après cette intéressante présentation, M. Lenoir est monté à la tribune pour lire un discours sur l'écrasement linéaire. L'honorable et savant chirurgien n'ayant pas assisté aux séances précédentes, a commis une petite confusion qui a fait dévier une partie de son argumentation: il a cru que les faits du dernier mémoire de M. Chassaignac étaient les mêmes que ceux du traité de l'écrasement linéaire, tandis que M. Chassaignac n'a entretenu la Société que de 47 faits recueillis depuis la publication de son livre. Par suite de ce malentendu, M. Lenoir a trouvé des contradictions entre le mémoire et le livre de M. Chassaignac; il dut s'étonner, par exemple, que son honorable collègue qui, en 1855, avait perdu 1 opéré sur 21, eût pu dire, en 1857, qu'il n'en avait pas perdu un seul sur 47. M. Chassaignac a interrompu l'orateur pour lui signaler cette confusion; M. Lenoir, avec la bonne foi que tout le monde lui connaît, s'est empressé de reconnaître son erreur; mais pensant que cette rectification ne pouvait atténuer la seconde partie de son argumentation, il a continué sa lecture.

M. Lenoir, on le sait, appartient à cette prudente école chirurgicale qui n'accepte les opérations que lorsqu'elles sont rigoureusement indispensables; or, les hémorrhoïdes ne menaçant presque jamais directement la vie, il pense qu'on ne doit les opérer que très-exceptionnellement, et il est surpris que M. Chassaignac ait pu, en si peu de temps, trouver l'occasion d'opérer un si grand nombre de malades; il en conclut naturellement que son collègue a dû enlever beaucoup de tumeurs qu'il eût mieux valu respecter. Il pense, d'ailleurs, qu'on ne peut pas supprimer sans inconvénients le flux hémorrhoïdal; enfin, se basant sur les mauvais résultats de la ligature en masse, qui est, suivant lui, un écrasement plus linéaire que la méthode de M. Chassaignac, il pense que cette méthode est peu utile, soit dans sa généralité, soit dans son application spéciale au traitement des hémorrhoïdes.

A l'appui de l'opinion classique sur les inconvénients de la suppression du flux hémorrhoïdal, M. Deguise fils a cité l'observation très-curieuse d'une dame qui fut atteinte d'une ophthalmie ayant longtemps résisté à tous les moyens, M. Deguise rappela le flux hémorrhoïdal, et peu de temps après la maladie marcha avec rapidité vers la guérison. La longue période qui s'est écoulée dans ce cas, avant que la malade n'ait éprouvé les effets fâcheux de la suppression du flux hémorrhoïdal, fait craindre à M. Deguise que les opérés de M. Chassaignac, quoique exempts jusqu'ici de tout accident de ce genre, n'y soient exposés plus tard.

Avant de résumer la réponse de M. Chassaignac, qu'il nous soit permis de dire un mot sur la suppression de ce flux hémorrhoïdal, qui joue un si grand rôle dans la classique chirurgie de Boyer, avec quelques autres flux ou principes morbides.

Avouons d'abord que la science possède quelques faits analogues à celui qu'a cité M. Deguise. Mais des faits ainsi isolés, quelque concluants qu'ils paraissent, le sont-ils réellement et ne pourrait-on les expliquer par de simples coïncidences? La réponse est pour le moins douteuse. Mais ce qui n'est point

---

Donc la section de géométrie discutait (discutait est bien le mot parlementaire, mais non peut-être le mot propre et technique) la théorie des forces vives! Si vous comprenez, vous êtes bien.... Cauchy; pour moi, je ne comprends guère; mais ce que j'ai fort bien compris, c'est que ledit M. Cauchy, excité par des formules de A plus B (où diable la propriété excitatrice va-t-elle se nicher!), a jugé utile d'associer à sa dissertation géométrique une petite esquisse biographique de ses contradicteurs. Les croquis n'étaient pas trop mal pour un homme qui n'en fait pas son métier, et mon collègue Joulin y aurait trouvé quelque chose à prendre. M. Poncelet en parut être satisfait, car aussitôt la tirade de M. Cauchy finie: — Si, à propos d'une discussion, dit-il, chaque académicien se croyait autorisé à tracer la biographie de ses confrères, « l'*Académie en entendrait de belles!!* » Mais puisque M. Cauchy veut introduire parmi nous cette innovation, je vais à mon tour esquisser M. Cauchy. Monsieur, vous avez toujours été malveillant....

— *De toutes parts :* Non, non; assez, assez!

Les secrétaires perpétuels font décider que les biographies écrites par M. Cauchy ne paraîtront pas au *Compte rendu*, et que moyennant cette concession, M. Poncelet renoncera à la parole.

Un académicien, après ce vote, disait : Que les secrétaires perpétuels comprennent mal leurs intérêts: s'ils avaient donné carrière aux géomètres, ils auraient trouvé au moins quatre ou cinq éloges tout faits à la fin de la discussion, et le public aurait eu ses académiciens *peints par eux-mêmes!*

Es-tu prêt?
— Oui; voilà ma première copie.
C'est l'histoire d'un fou, professeur d'utopie,
L'un de nos Adonis qui, depuis longtemps nés,
Contre la faulx du temps vont se casser le nez.

Ne point vouloir vieillir n'est pas le fait d'un sage.
Tout le pouvoir des charlatans,
Pommades, élixirs, de nos jours en usage,
Ne peuvent arrêter les ravages du temps.
Hélas! quand l'heure vient, la feuille des bois tombe,
L'homme s'incline vers la tombe,
La pierre se détruit, enfin tout disparaît!
Ainsi le veut du sort l'impitoyable arrêt.

Cependant un vieux fou de ceux qui pensent vivre
Cent cinquante ans au moins, comme l'annonce un livre,

douteux, c'est que jamais on n'a suivi, pour démontrer les dangers de la suppression du flux, une méthode qui put conduire à une démonstration, et qu'on a singulièrement exagéré ces dangers. D'ailleurs, si ces dangers, comme dans le cas de M. Deguise, cédaient sous l'influence d'un simple suppositoire, on comprend qu'ils ne seraient guère de nature à contre-indiquer une opération avantageuse sous d'autres rapports. Or, il ne nous paraît pas possible de contester qu'il n'y ait avantage à enlever des hémorrhoïdes quand ces tumeurs sont volumineuses, gênantes, douloureuses, qu'elles apportent, comme cela s'observe toujours alors, un trouble sérieux dans une fonction importante, qui constituent une des infirmités les plus dégoûtantes, et qui, enfin, peuvent altérer gravement la santé et même menacer la vie par l'abondance des hémorrhagies qu'elles occasionnent. Entre les éventualités lointaines et fort incertaines d'une répercussion problématique et les avantages immédiats d'une opération qui supprime de tels accidents, nous ne pensons pas qu'il y ait à hésiter.

Dans sa réponse, M. Chassaignac a dû nécessairement reproduire quelques-uns des arguments qu'il a déjà fait valoir, et nous ne le suivrons pas dans tous les détails de son discours. Il a de nouveau protesté contre toute assimilation entre la ligature en masse, qui produit le sphacèle, et l'écrasement linéaire, qui n'est qu'un procédé de section ; il a accepté toutes les objections dont la ligature en masse est passible, mais il n'a pas eu de peine à démontrer qu'aucune de ces objections n'est applicable à l'écrasement linéaire. Quant aux accidents qui auraient pu résulter de la suppression du flux hémorrhoïdal, M. Chassaignac les a recherchés avec le plus grand soin, et une seule fois il a constaté une céphalalgie accompagnée de tintements d'oreilles, qui aurait pu être rapportée à cette cause ; cette céphalalgie a cédé à l'application de quelques ventouses à la nuque. Il ne répond pas cependant de ce qui pourra arriver plus tard ; mais il est disposé à concevoir peu de craintes pour l'avenir quand il considère que quelques-uns des malades qu'il a opérés et qui rendaient chaque jour une quantité considérable de sang, ont pu voir cet écoulement être supprimé tout à coup sans qu'aucun inconvénient immédiat en soit résulté. Nous pensons, avec M. Chassaignac, que cette circonstance est en effet très-propre à rassurer le chirurgien. M. Chassaignac a d'ailleurs fait observer avec raison que certaines maladies, considérées comme l'effet de la suppression d'un flux, en étaient, au contraire, beaucoup plus probablement la cause, ce que les auteurs n'ont jamais bien déterminé, faute d'avoir appliqué une saine méthode d'observation d'abord et de déduction ensuite.

En résumé, nous n'hésitons pas à déclarer, pour notre compte, que M. Chassaignac nous paraît avoir répondu victorieusement aux objections qui lui ont été adressées dans cette dernière séance. Nous prendrons seulement la liberté, en terminant, de lui signaler un *desideratum* qui nous paraît survivre à ses communications : les chirurgiens sont maintenant habitués à traiter par la cautérisation les tumeurs hémorrhoïdales, et cette méthode leur donne de bons résultats. Ils ne se décideront probablement pas à l'abandonner pour une méthode nouvelle, évidemment plus compliquée, quoique fort simple encore, jusqu'à ce que la supériorité de celle-ci leur soit en quelque sorte surabondamment démontrée. Or, quoique M. Chassaignac ait déjà beaucoup fait dans ce but, peut-être lui reste-t-il encore quelque chose à faire. — C. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL NECKER (SERVICE DES CALCULEUX). — M. CIVIALE.

Siége des rétrécissements de l'urèthre.

Les altérations que les parois de l'urèthre subissent sous l'influence des causes réputées propres à produire les rétrécissements, présentent de nombreuses variétés qui ont déjà fixé l'attention des observateurs, et cependant les dissidences qui existent à cet égard, parmi les praticiens, loin de diminuer à mesure que les faits se multiplient, semblent augmenter tous les jours. Plusieurs causes concourent à produire ce regrettable résultat. Je me bornerai à en signaler une qui me paraît exercer une grande influence. La plupart des observateurs, en faisant connaître leurs propres recherches, ne tiennent compte de ce qui a été fait ni avant eux, ni à côté d'eux. Ils présentent leurs faits soit comme entièrement nouveaux, soit comme plus importants que ceux déjà connus, et ils insistent sur des particularités souvent insignifiantes. Cette manière de procéder, dans laquelle l'amour-propre est plus en jeu que la science, et que l'on suit encore aujourd'hui, a pour effet de répandre la confusion et d'arrêter les progrès de l'art. Espérons que la jeune chirurgie, grâce à l'ardeur dont elle est pénétrée et aux nouveaux moyens d'exploration dont l'art dispose, parviendra, dans un temps peu éloigné, à combler les lacunes qui se trouvent encore dans l'histoire des maladies de l'urèthre.

Nous venons de voir qu'à la Société de chirurgie de Paris, les questions relatives aux rétrécissements de l'urèthre sont à l'ordre

---

Ecoutait impatiemment
Les arguments d'un sien confrère,
Qui s'imaginait sagement
Que l'on vieillit vite, au contraire.
— Flourens a beau l'écrire, il ne changera pas,
Tout immortel qu'il est, les lois de la nature,
Soupirait celui-ci; je le sens à mes pas;
Mon chef va grisonnant et ma haute stature
Des ans envahisseurs succombe sous le poids;
Esprit et corps chez moi faiblissent à la fois.
Quoi qu'on dise, il nous faut reconnaître qu'en somme
Soixante-deux bons ans vous changent bien un homme.
— Que vous soyez changé, c'est vrai; donc sur ce point,
Répond notre vieux fou, je ne discute point;
Mais votre erreur serait profonde
De croire qu'avec vous ait changé tout le monde.
Inspectons, s'il vous plaît, tout mon individu;
Voyez ces cheveux noirs. — Oui, plus noirs que nature,
Fit l'autre en souriant; vous voilà confondu.
— Eh bien, soit! Maintenant passons à la denture,
Allons, comment la trouvez-vous?
Est-elle d'un jeune homme ou d'un sexagénaire?
— Oh! oh! mon cher maître, tout doux!
Je ne suis pas vétérinaire.

Il ne suffit pas d'être médecin, professeur, voire même académicien, encore faut-il avoir une clientèle qui vous permette de faire briller votre mérite et de mettre du foin dans vos bottes. Or, depuis le modeste in-96 se glissant furtivement sur l'établi du portier et la séduisante affiche qui se dissimule sous les lambris d'une vespasienne, il n'est pas, que je sache, un mode de publicité plus ingénieux que celui-ci, dont un de nos confrères de haute volée est à la fois l'inventeur et le propagateur. J'ignore si le procédé est breveté, en tout cas il mérite de l'être, comme vous allez le voir :

L'honorable confrère X.... courait modestement la poste en omnibus pour se rendre hors barrière. Il fut passablement étonné de voir un de nos praticiens les plus distingués, qui a voiture et chevaux, se hisser et venir prendre bourgeoisement place dans le même véhicule. Sur ces entrefaites, une voyageuse éternue, — par ce temps-ci il n'y a rien d'étonnant à la chose. — X.... se contenta donc de la saluer par un *Dieu vous bénisse!* Le dernier venu, lui, au contraire, trouva dans cette simple irritation des voies nasales le prétexte d'une thèse qu'il développa tant et si bien que la dame ne crut pas pouvoir

du jour, et qu'on s'en occupe avec activité. Dans les pays voisins, la même impulsion est donnée vers cet ordre de recherches, et le Collége des chirurgiens de Londres, en couronnant le mémoire de M. Henri Thompson, a suffisamment prouvé le prix qu'il y attachait.

La question du siége des rétrécissements uréthraux, dont je vous ai entretenus et qu'on vient de discuter à la Société de chirurgie, a plus d'importance qu'on ne paraît le penser. Aussi je n'hésite pas à y revenir, au sujet des malades qui sont dans le service, notamment celui que j'ai opéré ce matin.

Suivant l'opinion la plus généralement admise, le siége le plus ordinaire des rétrécissements est au-dessous de l'arcade pubienne, à la réunion des parties bulbeuses et membraneuses. On a reconnu en même temps que les portions pénienne et glandulaire n'en étaient pas exemptes non plus, et l'on a constaté que dans ces régions du canal, les coarctations présentaient des caractères spéciaux, et réclamaient des moyens particuliers de traitement. C'est par les autopsies, par l'observation clinique et des explorations spéciales, qu'on est arrivé à acquérir sur ce point les notions exactes que réclame l'application des moyens thérapeutiques.

En énonçant ces résultats dans mon ouvrage sur les maladies des voies urinaires, j'ai indiqué les précautions qu'il faut prendre pour assurer leur exactitude, et j'ai fait remarquer que divers chirurgiens n'ont pas réussi, par la raison seule qu'ils se sont écartés de la route tracée.

Quand on veut s'assurer de l'existence d'une coarctation, on introduit dans l'urèthre une sonde ordinaire, une sonde exploratrice ou une bougie. Mais soit qu'on veuille traverser le point rétréci, soit qu'on ait seulement l'intention d'en obtenir l'empreinte, on exerce sur lui une pression d'avant en arrière qui, en raison de la flaccidité et de l'élasticité des tissus, refoule presque toujours le rétrécissement, et le déplacement est d'autant plus considérable, que les tissus conservent encore davantage de souplesse, et que la partie rétrécie est plus circonscrite.

Dans la partie pénienne, il est facile de le reconnaître ; il suffit d'introduire une bougie dont le volume remplisse la lumière de la coarctation ; on pose le doigt sur la saillie du rétrécissement, on pousse et l'on retire la bougie, qui entraîne le point rétréci, et le toucher fait connaître de combien il se déplace, soit en arrière quand on pousse la bougie, soit en avant quand on la retire. J'ai reconnu, dans un grand nombre de cas, que le déplacement, sur lequel les observateurs ont glissé, est devenu une source de méprises dans la détermination du siége des rétrécissements et dans l'application des moyens curatifs.

Il y a plusieurs procédés pour prendre l'empreinte des rétrécissements uréthraux à l'aide des sondes exploratrices et des bougies de cire molle ; chaque chirurgien ayant adopté une manière spéciale, il en est résulté des différences dans les résultats obtenus. Les opinions discordantes qu'on a émises reposent sur d'autres motifs encore.

Pour introduire un instrument dans le canal, on exerce une certaine traction sur la verge, afin d'effacer les plis de la membrane muqueuse ; cette traction, toujours indéterminée, produit un allongement proportionnel à l'élasticité de l'organe, qui varie elle-même beaucoup, et au degré de force qu'on emploie.

La plupart de ceux qui éprouvent de la difficulté à uriner, exercent sur la verge des tiraillements répétés dont le résultat est de lui faire prendre une longueur anormale, ainsi qu'on le voit tous les jours chez les enfants calculeux. D'ailleurs, le membre est parfois d'une extensibilité et d'une mollesse qui lui permettent de prendre un allongement incroyable. J'ai traité, entre autres malades, un homme qui avait un rétrécissement considérable à la courbure de l'urèthre, et dont la verge était si élastique, qu'une bougie ordinaire se trouvait enfoncée de toute sa longueur, bien qu'elle se fût à peine engagée dans le point rétréci, tandis qu'elle dépassait le gland de plus de 4 pouces dès qu'on cessait les tractions sur la verge.

Enfin, il n'est pas rare, chez les sujets atteints de rétrécissements anciens, que l'extrémité du pénis devienne le siége d'une phlegmasie lente, par suite de laquelle la verge se tuméfie et s'allonge. Dans ces diverses circonstances, le rétrécissement peut paraître beaucoup plus profond qu'il ne l'est en réalité, et les chirurgiens qui ont cherché à en déterminer le siége sans tenir compte de ces circonstances, sont nécessairement tombés dans l'erreur.

D'un autre côté, on a fréquemment considéré comme rétrécissement ce qui n'est en réalité qu'une déviation ou une déformation de l'urèthre, produite par divers états morbides de la région profonde de ce canal et des organes voisins ; par là aussi on a été conduit à assigner un siége fictif aux coarctations uréthrales.

Peu satisfaits des résultats obtenus sur l'homme vivant, quelques chirurgiens modernes ont porté exclusivement leurs recherches sur le cadavre. C'est là assurément une très-bonne source, mais ici encore on n'a point pris toutes les mesures pour éviter les méprises, et l'on ne s'est pas accordé sur les résultats obtenus.

Je noterai quelques-uns des plus récents et qui ne manquent pas d'intérêt. M. Thompson a fait un relevé des principales pièces qui se trouvent dans les musées de Londres :

---

refuser une carte de visite portant l'indication des heures de consultation, que son savant cicerone lui remettait dans la main avec sa gracieuseté ordinaire. Durant ce petit manége, une autre carte tombe — sans doute involontairement — de la poche de son propriétaire. X.... la ramasse et la lui rend avec cette piquante leçon :

— Pardon ! cher confrère, je crois que vous perdez la carte.

A toi de finir.
— Oui ; mais le fait que ta muse
Pour t'obéir va raconter,
Maître, n'est pas d'hier.
— Qu'importe s'il amuse
Et si l'on daigne t'écouter.

Un confrère inconnu cultivait en province
(Sans encombre entr'eux deux sachant se partager)
Une clientèle assez mince
Avec un tout petit verger;
Et de nos villageois l'ingratitude est telle,
Que le verger donnait plus que la clientèle.
Le hasard qui se plaît — ce sont là de ses jeux ! —
A redresser parfois les torts de la fortune
Que l'homme trop souvent de ses vœux importune,
Le destin, disons-nous, conduisit en ces lieux
La nièce d'un ministre à qui, par aventure,
Les plus forts de la Faculté
Avaient ordonnancé la villégiature,
Espérant en sept mois la revoir en santé.

On bavarde partout, et surtout au village
Où la veillée est longue, où les gens de tout âge
S'assemblent chaque soir, les femmes pour filer,
Les hommes pour se voir et chacun pour parler.
En pareil assemblage on disait mainte chose;
Les vieux s'occupaient de leurs champs,
Les jeunes gens d'amour, dans le coin, des méchants
Sur Jeannette et sur Paul on médisait sans cause.
Pourtant sur l'Agnès bien des fois
Le cercle tout entier glosait tout à la fois.
Quelques-uns prétendaient qu'elle était poitrinaire ;
D'autres, plus clairvoyants, malade imaginaire ;
Chacun prêtait son mot, mais tous étaient d'accord
Que sa taille un peu large élargissait encor.

Sur 270 préparations, il a trouvé 320 rétrécissements distincts.

215 siégeaient sous l'arcade pubienne;

51 dans la partie pénienne de l'urètre;

et 54 vers la fosse naviculaire.

En rapprochant ces chiffres des faits relatés dans la thèse de M. Jose Prô, dont M. Verneuil a présenté le résumé à la Société de Chirurgie (1), on trouve, dans ces deux documents, puisés à la même source, de notables différences relativement au siége assigné aux coarctations uréthrales. Il y a évidemment, dans la thèse de M. Prô, des méprises qu'il aurait facilement évitées, s'il avait tenu compte d'une circonstance que j'ai fait connaître en 1843, après avoir étudié moi-même les collections des musées de Londres. J'avais été frappé de ce que la partie membraneuse de l'urèthre était presque toujours indiquée sur les bocaux et dans les catalogues comme le siége principal de la coarctation, tandis que, en examinant les pièces elles-mêmes, je trouvais la coarctation un peu plus avant, sous l'arcade pubienne, à la réunion des parties bulbeuses et membraneuses. C'est à cette fausse indication qu'il faut attribuer spécialement les opinions divergentes admises par quelques praticiens sur un sujet à l'égard duquel il est facile de s'entendre, toutefois en voyant les pièces plutôt qu'en discutant.

Les faits qu'on vient de publier, ceux qn'on trouve dans des ouvrages estimés, ainsi que les *Bulletins* de la Société anatomique, dont M. Verneuil a présenté le tableau, réunis à ceux que l'expérience de chaque jour nous apprend, conduisent aux distinctions que j'ai établies, dès 1837, dans la première édition de mon *Traité pratique* (p. 124), et constatent que le siége principal des coarctations uréthrales est à l'orifice extérieur du canal, aux deux extrémités de la fosse naviculaire, à la portion spongieuse ou pénienne et le plus souvent sous l'arcade pubienne, à la réunion des parties bulbeuses et membraneuses.

(1) Je reproduirai ici le tableau de M. Verneuil :

Au commencement de la portion spongieuse.	20 cas.	80
Partie moyenne de la même région.	17	
Dans le tiers postérieur.	31	
Au niveau du bulbe.	12	
A l'union des portions spongieuse et membraneuse. . .	10	10
Au commencement de la région membraneuse.	15 cas.	34
A sa terminaison postérieure.	1	
Occupant toute la région membraneuse.	18	

Quant aux états morbides de la partie profonde de l'urèthre, désignés sous le nom de rétrecissement, ils forment une catégorie de cas à part, dont je m'occuperai un autre jour.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

Implantation du placenta sur le col de l'utérus, suivie d'hémorrhagie grave. — Inutilité d'emploi du seigle ergoté et du forceps. — Rupture des membranes. — Version podalique,

Par M. le Dr Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

La métrorrhagie, dépendant de l'implantation du placenta sur le col de la matrice, est un des plus graves accidents qui surviennent pendant la grossesse. Lorsque l'hémorrhagie, légère ou grave, existe avant ou après l'accouchement, il est, pour la combattre, des règles précises, nettement posées et connues de tous les médecins. Mais si cette fâcheuse complication, ayant précédé le travail, persiste après que les douleurs utérines ont commencé, les règles formulées dans tous les traités d'obstétrique ne sont pas aussi facilement applicables, ni aussi absolues, parce que, dans ce cas, elles tiennent à plusieurs circonstances, telles que la durée et la gravité de l'hémorrhagie, le degré de dilatation du col et la faiblesse de la malade.

L'art doit nécessairement intervenir, dans le double but de conserver et la mère et l'enfant. Ce n'est pas le procédé opératoire, subordonné à certaines circonstauces, qui embarrasse l'accoucheur, mais bien le moment d'agir, l'instant qu'il doit choisir pour terminer le travail. Après avoir mis en usage les moyens ordinaires, position horizontale, réfrigérants, seigle ergoté, il devra opérer la rupture des membranes. Si cette rupture est impuissante à arrêter la perte, il devra faire suivre cette manœuvre de l'application du forceps. Si, enfin, cette application est impossible, le médecin devra, après avoir décollé une partie du placenta, terminer l'accouchement par la version podalique.

L'observation suivante, en prouvant l'heureuse intervention de l'art, montre ces divers procédés successivement employés :

Mme de B.... (Zélia), d'origine espagnole, âgée de 32 ans, d'une bonne constitution, accouchée déjà trois fois heureusement, est enceinte pour la quatrième fois et arrivée au terme de sa grossesse. Cette dame, accompagnée d'une sage-femme, se rendait en Espagne, lorsqu'elle fut prise, lors de son passage à Aire, le samedi 22 novembre dernier, d'une légère métrorrhagie; cette perte, peu abondante, ne

Cependant on apprit — grande fut la surprise, —
Que tout à coup d'amour pour le docteur éprise,
La riche châtelaine à l'autel de l'hymen
Offrait à celui-ci ses écus et sa main.

Le mariage fait, en quittant la mairie,
Dire pourquoi, dire comment,
Malgré certain indice en son ajustement,
La malade parut guérie?
La chose importe peu. Ce qu'il vous faut savoir,
C'est que dès lors vinrent pleuvoir
Honneurs, titres et croix sur le front du bonhomme;
Et lui, qui de sa vie en public ne parla,
Voilà qu'un beau jour on le nomme
Professeur par ici, puis, professeur par-là.
Enfin, ce grand hymen lui devint si prospère,
Qu'à peine après six mois, de plus, il le fit père.
Six mois c'était bien tôt! Grâce à Dieu, son tourment
En un semblable avénement
Ne fut pas de longue durée,
Car l'enfant se trouva parfaitement créée.
La fille était jolie, elle était trait pour trait
Tout son père — du moins la mère l'assurait.
On lui donna le nom d'Aurore.

Le lendemain, l'esprit encore
Tout ému de bonheur, notre homme à son doyen,
Professeur d'obstétrique et bon praticien,
Court raconter le fait, espérant le confondre.
Voyons, que peut-il me répondre,
Se disait-il en route? évidemment qu'il faut
Refaire une science ainsi prise en défaut.
Ce disant, il arrive, et l'autre de l'entendre,
Puis, d'ajouter : — La fille est grande et faite au tour!
Le fait alors n'a rien qui puisse nous surprendre;
La chose est simple : Aurore a devancé le jour.

Dr A.-L. Roux.

cessa cependant que le lendemain dimanche, vers dix heures du matin. Un officier de santé donna les premiers soins à la malade; il se borna à quelques applications froides sur l'abdomen. Quatre jours après, l'hémorrhagie apparaît de nouveau; on ne lui opposa que des applications froides et une potion dont l'ergotine formait la base. Cependant, l'hémorrhagie devient plus abondante, et le samedi matin l'état de Mme B.... inspire les plus vives inquiétudes.

Je suis appelé pour la première fois auprès de cette dame le samedi 29 novembre, vers deux heures de relevée. Voici l'état dans lequel je la trouve :

La faiblesse et la pâleur de la malade sont extrêmes; sa figure exprime la souffrance. Extrémités froides, horripilations. Le pouls petit, filiforme, bat 110 à la minute. La malade, couchée sur le côté droit, ne peut, sans tomber en syncope, occuper une autre position. L'hémorrhagie est toujours abondante. Je pratique le toucher pour m'assurer de l'état du col; il m'est impossible d'arriver jusqu'à l'utérus, le vagin étant rempli de caillots assez volumineux.

Avant de pratiquer l'accouchement forcé, j'ai fait diviser 2 grammes d'ergot de seigle en six paquets; j'en ai administré quatre, un toutes les vingt minutes. L'administration du seigle ergoté a été impuissante, soit à diminuer et arrêter l'hémorrhagie, soit à réveiller les contractions utérines.

En présence d'un accident aussi grave, et voyant l'inutilité des moyens employés, je crus que l'accouchement, en arrêtant l'hémorrhagie, pouvait seule sauver la malade. D'ailleurs, les mouvements de l'enfant n'étaient plus sentis, et l'hémorrhagie, qui devenait de plus en plus abondante, nous commandait une prompte intervention.

Retenue dans les bras de la sage-femme, Mme de B.... fut placée sur le bord du lit, son bassin un peu relevé. Je débarrassai d'abord le vagin des caillots volumineux qu'il contenait. Les douleurs, qui le matin s'étaient fait sentir pendant une heure, avaient cessé; la matrice était tombée en inertie. Cependant, depuis cette époque, à l'aide de quelques légères douleurs, le travail avait un peu marché, car mon index toucha la poche des eaux. J'opérai avec mon doigt la rupture des membranes, et à l'instant les eaux s'écoulèrent en quantité. L'hémorrhagie s'arrêta immédiatement. Je pratiquai rapidement le toucher, et il me fut possible enfin de constater une dilatation incomplète du col, puis un corps mollasse, qui n'était rien autre chose que le placenta, et enfin la tête, à l'orifice interne.

Une application de forceps fut vainement tentée; à cause de la présentation occipito-iliaque droite, j'espérais un instant que les branches du forceps, saisissant la tête, amèneraient au dehors le fœtus. Cette application étant impossible à cause des difficultés qu'elle présentait au détroit supérieur, je résolus de terminer l'accouchement par la version podalique.

Je décollai, autant que faire se pût, le placenta, en introduisant peu à peu les doigts de la main droite entre le placenta, que je détachai en partie, et la paroi gauche de l'utérus; j'arrivai ainsi jusqu'aux pieds, que j'amenai au dehors. Les choses marchaient assez bien, lorsque la matrice se réveilla, agit sur le col de l'enfant, et retint la tête. Cependant, l'utérus ne tarda pas à retomber en inertie, ce qui permit à la tête de se dégager, dernier temps de ce pénible et laborieux accouchement.

L'enfant, du sexe masculin, était bien conformé, mais exsangue. On chercha par tous les moyens ordinaires à rappeler en lui la vie, mais ce fut en vain. La délivrance se fit quelques minutes après sans présenter rien de particulier.

Un froid général, intense, saisit la mère après sa délivrance. On la place dans un lit bien chaud. (Frictions et potion tonique.)

30 *novembre*. Brisement général des forces; céphalalgie très-vive, inséparable, comme on le sait, de toute métrorrhagie abondante. En outre, douleurs aiguës dans les lombes; pouls plein, à 100 pulsations.

1er *décembre*. L'état général est plus satisfaisant, mais une toux assez fréquente fatigue la malade; céphalalgie toujours très-vive; les douleurs abdominales sont modérées, ainsi que les lochies. (Looch antimonié, sirop de gomme, bouillon.)

Le 2, la malade a passé une assez bonne nuit; la toux a diminué de fréquence et d'intensité; état général excellent; le pouls se rapproche du type normal.

Le 3, pouls à 85; céphalalgie vive; la toux apparaît de nouveau. Cependant, son état est rassurant.

Dix jours après ses couches, la malade rejoint sa famille, qui se trouvait dans ce moment dans une petite ville des environs d'Auch (Gers).

Cette observation donne lieu à des réflexions très-importantes sous le point de vue pratique. L'insertion du placenta sur le col déterminant une hémorrhagie rebelle aux hémostatiques ordinaires, et se compliquant d'inertie de la matrice, est un accident qui peut avoir pour l'enfant, pendant sa vie intra-utérine, les conséquences les plus funestes, et mettre en danger, pendant l'accouchement, la vie de la mère. C'est une complication d'autant plus grave que l'hémorrhagie, qui en est pour ainsi dire la conséquence obligée, a résisté à tous les moyens ordinaires, et qu'une opération obstétricale est devenue indispensable. Quand l'accouchement reste le seul moyen hémostatique, le médecin doit se hâter de le terminer. Dans ce cas, toute temporisation serait funeste pour la mère et pour l'enfant. Les moyens ordinaires étant insuffisants, et l'application du forceps étant impossible, le médecin devra avoir recours à l'opération, qui seule peut mettre un terme à tous les accidents, à la version podalique.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Traitement de la hernie ombilicale par l'application d'une petite pelote en caoutchouc de forme particulière,

Par M. Demarquay, *chirurgien des hôpitaux.*

Il n'est pas de chirurgiens ou de médecins-accoucheurs qui ne soient souvent consultés pour des enfants à la mamelle, affectés de hernies ombilicales. Le plus souvent, il est facile de remédier à ce léger accident. Les moyens le plus généralement conseillés réussissent à merveille; cependant, des difficultés peuvent survenir, et le chirurgien est obligé de recourir à d'autres moyens que ceux qui sont généralement mis en usage. En effet, l'année dernière et cette année, il m'a été donné de voir plusieurs enfants qui avaient été soignés *sans succès* par des praticiens très-éclairés : les appareils destinés à soutenir la petite hernie se dérangeaient facilement, les enfants pleuraient, s'agitaient, et les familles se tourmentaient beaucoup.

Dans les cas auxquels je fais allusion, il s'agissait d'enfants fort bien constitués et ayant de toutes petites hernies, facilement contenues par la pulpe de l'indicateur. Aussi, quand ces malheureux enfants poussaient des cris, les nourrices les calmaient facilement en enlevant le bandage et en faisant rentrer la petite hernie ombilicale. Les bandages ombilicaux qui leur avaient été appliqués étaient bien conçus et avaient été faits par des bandagistes habiles. J'appliquai à mon tour, sur les enfants, la houlette en cire, préconisée par M. Moreau, ou les petites pelotes en caoutchouc artificiel, si souvent employées par M. Guersant. Le collodion, dont je m'étais servi dans un cas, ne fut pas plus avantageux. Je finissais par partager l'inquiétude des familles, un jour surtout où je fus appelé près d'un de ces enfants, que je trouvai vomissant et en proie à une agitation extrême. Ces moyens, en effet, avaient un grand défaut : ils ne pénétraient point dans le canal ombilical et ne s'opposaient point à la sortie de la hernie.

C'est alors que j'eus l'idée de demander à M. Gariel un petit appareil en caoutchouc vulcanisé, très-finement construit et rempli d'air; il a la forme d'un mamelon avec l'aréole; il est très-souple, très-doux et s'applique avec une grande facilité. On le maintient en place avec une bandelette de diachylon de deux

travers de doigt de large, et assez longue pour faire le tour du corps de l'enfant. Son application se fait par la nourrice ou par la mère. Cette petite pelote est d'abord collée par sa grande surface à la bandelette de diachylon. L'enfant, étendu sur les genoux de sa nourrice, on procède à la réduction de la hernie, et l'extrémité mousse de la petite pelote remplace la pulpe du doigt. On fixe immédiatement le diachylon autour du corps de l'enfant, et tout est fini.

Il suffit d'avoir plusieurs de ces petites pelotes pour prévenir tout accident. Lorsque l'enfant est baigné le matin ou le soir, la nourrice, au sortir du bain, enlève le petit appareil et le remplace par un autre. Ce moyen bien simple m'a permis de guérir trois enfants de petites hernies ombilicales qui m'inquiétaient. Plusieurs médecins ont suivi mon exemple et s'en sont bien trouvés. Je n'attache point à ce mode de traitement plus d'importance qu'il n'en a ; mais, en fait de pratique chirurgicale, rien ne doit être négligé. J'ai fait construire de ces petites pelotes de grandeur variable ; dans certains cas où j'avais, en même temps qu'une hernie ombilicale, un écartement de la ligne blanche, j'employais une bandelette de diachylon plus large. Les premières fois que je fis l'application de ce petit appareil, je craignais que la peau ne fût irritée par le diachylon : aucune inflammation n'est survenue. Je dois dire, en terminant, que l'eau du bain dans lequel les enfants sont plongés n'altère point le petit appareil ; on le fait sécher et on le réapplique ensuite.

(*Bull. de thérap.*)

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur une nouvelle fièvre intermittente pernicieuse,

désignée sous le nom de GLOSSANGIOÏDE,

et sur l'efficacité de l'écorce du Pérou et de ses préparations (1),

Par le Dr GREGORIO RICCARDI,

Premier médecin honoraire de l'hôpital de Saint-Jean-de-Latran, médecin adjudant-major de la gendarmerie pontificale, doyen des médecins régionnaires de Rome, etc., etc.

Le docteur Ricardi, qui est un homme très-savant et de beaucoup d'esprit, ne se contente pas, comme on serait tenté de le supposer d'après l'intitulé de son mémoire, de relater dans tous ses détails un fait des plus intéressants recueilli dans sa pratique, il l'accompagne de réflexions très-judicieuses, et il met à profit cette heureuse circonstance pour exprimer franchement ses idées sur *la condition morbide essentielle* des fièvres intermittentes. Les intermittences sont encore un mystère qui n'a pas été éclairci, et le siége de ces maladies, si variées dans leurs formes, n'est pas moins obscur aujourd'hui qu'il ne l'était au commencement du siècle, c'est pourquoi il n'est pas sans importance de faire connaître l'opinion d'un homme aussi haut placé dans la science que l'est le docteur Ricardi, dans une question qui intéresse l'universalité des médecins. A ce point de vue surtout, son travail est des plus intéressants. Voici d'abord l'observation qu'il rapporte :

« Jean Dorgoto, Milanais, établi à Rome depuis plusieurs années, *via della Quatro Fontane*, n° 23, fut surpris, le 11 septembre dernier, par la fièvre après quelques frissons accompagnés d'une soif intense, et obligé de se mettre au lit. Appelé près de lui de bon matin, je lui trouvai une chaleur brûlante, une soif très-fatigante, le pouls dur et vibrant, le visage allumé, les yeux brillants, la peau sèche, une douleur vive à la langue, une certaine difficulté à articuler les sons, difficulté qui se montra aussitôt que les frissons. Sa langue de couleur rouge foncé était plus grosse de moitié que dans l'état naturel, tuméfiée, sèche, se prêtant avec peine à la parole, tellement qu'on comprenait difficilement ce que disait le malade. — Ces symptômes me firent penser que la maladie était une *glossitide*, et eu égard à la jeunesse, au tempérament sanguin du malade, ainsi qu'à l'abus qu'il faisait continuellement de liqueurs enivrantes, j'ordonnai une forte saignée (1) et des boissons rafraîchissantes qu'il avalait avec peine.

« Le sang extrait ne présente aucune trace de couenne, et les urines qui, au commencement de la fièvre, étaient aqueuses, furent, au plus fort de la fièvre, rouges et presque *jumenteuses*.

« Certain qu'une seule saignée n'était pas suffisante pour mettre un frein à la phlogose, je retournai chez le malade à midi ; je le trouvai presque dans le même état que le matin, mais cependant avec une certaine disposition à transpirer ; la langue n'avait pas changé d'état, mais elle n'était plus sèche, elle s'était couverte d'une liqueur visqueuse qui coulait abondamment de la bouche. Je prescrivis une seconde saignée, parce que j'avais l'idée arrêtée que c'était une inflammation ; elle fut exécutée promptement.

« Vers cinq heures du soir, le même jour, après une sueur abondante, la fièvre cessa complétement. Deux heures après que la soif eut disparu, la langue avait commencé à diminuer de volume, à reprendre sa forme naturelle, et, devenue obéissante à la volonté, elle se prêtait à la parole.

« Quoique surpris d'un changement aussi subit, je me persuadai sans grande difficulté que la méthode anti-phlogistique, mise énergiquement et sans retard en œuvre, avait suffi pour arrêter le mouvement inflammatoire, et que la phlogose avait été résolue ou plutôt détruite à sa naissance même. Je me retirai dans cette persuasion, conseillant au malade une stricte diète et l'usage des boissons rafraîchissantes. Il passa tranquillement la nuit, et le matin il était disposé à sortir de chez lui sans même attendre ma visite.

« Je le vis dans un calme complet ; mais une heure après, il fut saisi de quelques frissons comme la veille, puis d'un froid intense et douloureux. A l'instant il perdit l'usage de la parole et fit connaître en balbutiant combien il était inquiet d'un tel accident. Ses parents, effrayés, coururent m'appeler et me conduisirent précipitamment chez lui. Je reconnus alors que leur agitation n'était pas sans motifs, et j'appris d'eux qu'avant le développement de la fièvre, le malade avait ressenti la même sensation désagréable à la langue qu'il avait éprouvée le jour précédent, accompagnée de torpeur, à la suite de laquelle cette langue s'était rapetissée.

« Au moment de mon arrivée, une chaleur vraiment terrible et fatigante avait succédé au froid intense. La physionomie était complétement changée ; le visage livide, un certain enfoncement des yeux, la langue entre les dents, à cause de son gonflement, défiguraient tellement le malade, qu'il était complétement méconnaissable. L'aspect de ce malheureux était horrible. La parole était tout à fait empêchée, et la langue se présentait, au toucher, turgescente, âpre et presque piquante par les papilles, sa forme était celle d'un cône.

« J'étais porté à revenir avec plus d'énergie à la saignée et à la méthode antiphlogistique par l'idée que l'inflammation était revenue ; et, d'un côté, le soupçon d'un accès de fièvre pernicieuse se fortifiait dans mon esprit par la cessation complète de la fièvre du jour précédent, et par les circonstances qui l'avaient accompagnée : le froid suivi de chaleur, terminée par la transpiration, et les urines couleur de brique. Ensuite, nous étions dans la saison où ces sortes de maladies sont presque épidémiques à Rome. Tout cela ébranlait ma résolution et m'invitait à recourir à l'écorce du Pérou.

« Heureusement pour le malade qu'après quelques moments de réflexion, l'idée d'une fièvre intermittente prévalut sur moi, malgré la nouveauté des phénomènes locaux. J'abandonnai momentanément la méthode antiphlogistique, afin de vérifier si le mal était intermittent ou non, remettant la décision après le temps de la durée ordinaire du paroxisme fébrile. Néanmoins, je prescrivis un large vésicatoire à la nuque, dans l'idée d'établir une contre-irritation.

« Après dix heures d'une si pénible incertitude et douze heures du commencement de la fièvre, une légère moiteur se manifesta ; la langue perdit sa sécheresse gênante, la salivation reprit et bientôt devint très-abondante, ainsi que la transpiration. Le gonflement suffocant

(1) *Sopra una nuova febre perniciosa glossitica con induzione sulla incognita morbosa condizione delle febri periodiche, sul fenomeno della loro intermittenza, e sal modo di agire della peruviana cortecia e dei suoi preparati.*

(1) Il faut dire que la saignée ordinaire à Rome est de 250 à 300 grammes, et qu'une forte saignée ne va pas au delà de 360 grammes.

de la langue diminua sensiblement, et le malade sentit qu'elle pouvait remuer. Enfin, après un accès de seize heures, elle rentra dans la bouche et obéit à la volonté; les urines finirent par être *jumenteuses*.

« Mes soupçons étant ainsi réalisés, je prescrivis quatre grains de sulfate de quinine à prendre d'heure en heure. Du moment de l'intermittence jusque deux heures après midi, le malade en avala un gros. Comme la fièvre n'avait pas reparu à l'heure de l'accès précédent, je fis continuer ce remède à la dose d'un grain, toutes les deux heures. Vers huit heures du soir, le troisième jour de la maladie, de petits frissons annoncèrent un faible accès qui se termina à minuit. Il faut remarquer que les symptômes du jour précédent ne reparurent pas, à l'exception d'un léger sentiment de torpeur à la langue, lequel empêchait le malade de prononcer facilement.

Après cet accès, je fis reprendre l'usage de la quinine, qui fut continuée jusqu'au surlendemain que la fièvre ne reparut pas. Le malade s'observa pendant dix jours après sa guérison, et aujourd'hui sa prononciation n'est pas aussi facile qu'avant sa maladie; il est même obligé de bredouiller en parlant, du moins de temps en temps. »

D'après cette observation, qui a rendu pour ainsi dire visible la cause d'une fièvre intermittente, le savant docteur pense que deux choses sont nécessaires pour le développement de ces fièvres. La première est la présence des miasmes dans le corps; la seconde, l'aptitude du corps à ressentir l'irritation produite par les miasmes, car la présence d'un objet étranger dans le corps humain, tel qu'un calcul par exemple, ne produit pas une douleur continue, parce que la susceptibilité irritative de la fibre organique n'existe pas toujours.

La condition morbide des fièvres intermittentes se réduirait à une simple *émormèse* ou *angioïde* intermittente, produite par l'irritation que causent les miasmes dans le corps. Ce ne serait pas une inflammation, puisque le caractère essentiel de l'inflammation est la continuité, ce serait un simple gonflement intermittent des petits vaisseaux d'une partie du corps.

La susceptibilité irritative aurait des périodes comme notre sensibilité organique. Chacun sait combien cette dernière varie dans l'espace de peu d'heures. Elle est différente du matin au soir, avant et après le repas, le jour et la nuit.

Dans l'exemple actuel, où la maladie est visible, la langue se rapetisse d'abord, c'est l'action des miasmes qui abat les forces des fibres organiques, d'où naissent les premiers phénomènes décrits, le froid, etc., etc.

Ensuite, la réaction irritative de ce système vasculaire arrive, afin de chasser les miasmes, et la fièvre commence avec le gonflement et tous les phénomènes qui l'accompagnent.

La fièvre consume la condition irritative des vaisseaux, le calme renaît, jusqu'au moment où la condition irritative reparaît, et avec elle les circonstances nécessaires pour déterminer l'action des miasmes. C'est ainsi qu'on rendrait compte de la périodicité.

Les fièvres intermittentes ne diffèrent des fièvres pernicieuses qu'en ce qu'elles causent plus souvent la mort. D'après cette théorie, les fièvres pernicieuses sont celles qui attaquent les parties nobles du corps, et nous expliquerons ainsi comment ces fièvres sont *apoplectiques*, *dysentériques*, *pleurétiques*. Ces caractères pernicieux proviennent du gonflement des vaisseaux du cerveau, des entrailles, de la poitrine, etc., etc.

Les obstructions abdominales, conséquences des fièvres intermittentes, sont donc le gonflement continuel des vaisseaux des entrailles, ou, en d'autres termes, une *émormèse* ou angioïde relative, mais d'une nature continue provenant de ce que les miasmes, en se portant sur les entrailles, y établissent une irritation dont l'intermittence se perd par l'habitude d'être gonflés.

Quant à l'action du sulfate de quinine, le célèbre docteur pense qu'il change la condition irritative des vaisseaux ou la sensibilité organique.

Comme les médecins italiens considèrent le mot fièvre comme synonyme d'irritation, notre savant confrère voudrait que les fièvres intermittentes ne portassent plus le nom de fièvres, mais fussent appelées *émormèse* ou *angioïde quotidienne-double-pernicieuse*, etc., etc., et il appellerait *pneumo-angioïde* celle qui se déclare avec les symptômes de la *pneumonie*, *encéphalo-angioïde* celle qui est accompagnée de l'*apoplexie;* et la fièvre qui fait l'objet de ce mémoire porterait le nom de *glossangioïde*.

En résumé, pour le docteur Riccardi, deux conditions sont indispensables pour donner naissance aux fièvres intermittentes :

1° La présence des miasmes dans le corps;

2° L'aptitude spéciale du corps à ressentir l'irritation par les effluves marécageux.

Et tandis qu'en France la plupart des pyrétologistes assimilent la fièvre intermittente à un véritable empoisonnement, et voient dans l'infection des fluides le véritable siége de cette maladie, notre confrère italien pense que la condition morbide essentielle se réduit à un simple gonflement des petits vaisseaux d'une partie du corps, selon la nature de la fièvre, et que ce gonflement est en raison du plus ou moins d'irritation que causent les miasmes absorbés. De l'avis de M. Nepple, et à l'encontre du professeur Piorry, qui place le siége de la fièvre intermittente dans l'engorgement de la rate et attribue l'accès périodique à cette hypertrophie, le docteur Riccardi n'hésite pas à proclamer que les obstructions abdominales sont toujours la conséquence des fièvres intermittentes rebelles. Enfin, d'après l'auteur, l'action du quinquina serait tout à la fois dynamique et contre-stimulante, il n'agirait qu'en modifiant la condition irritative des vaisseaux, produite par l'infection miasmatique.

Cette théorie de la fièvre intermittente sera-t-elle acceptée par tous? Nous n'oserions pas l'affirmer. Nous avons cru utile de l'exposer; nous ne la discuterons pas. Espérons que notre illustre confrère, moins absorbé par les soins de sa clientèle, voudra bien un jour mettre à profit ses nombreuses observations pour éclairer davantage ce point de pathologie. Placé comme il l'est dans un pays où les fièvres intermittentes sont endémiques et bien souvent pernicieuses, riche de renseignements précieux, il poursuivra l'œuvre qu'il a si bien commencée, car nous pouvons compter sur tout son zèle et son dévouement à la science. Dr Joret.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Un concours s'ouvrira le 1er avril prochain, devant la Faculté de Médecine, pour la place de chef des travaux anatomiques. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 15 mars.

— Le concours pour l'agrégation suivait sa marche accoutumée, quand une maladie dont M. le professeur Dupré a été affecté soudainement en a déterminé l'interruption pour quelques jours. Les membres du jury se sont réunis, le 9 février, à quatre heures de l'après-midi, chez M. Dupré, où ils ont procédé à la rédaction des sujets de thèses, dont les bulletins ont été mis ensuite sous enveloppe cachetée. Ces sujets de thèses ont été livrés aux candidats après la dernière épreuve clinique, le 10 février, à six heures du soir. Le sort les a distribués de la manière suivante :

M. Espagne : Comparer l'état de la médecine clinique à la fin du siècle dernier et pendant l'époque actuelle; M. Pécholier : De la révulsion et de la dérivation au point de vue historique et clinique; M. Guinier : Du degré d'importance des études météorologiques pour la connaissance et le traitement des maladies; M. Ronzier-Joly : Des théories physiologiques et cliniques dont le diabète a été l'objet, et de leur degré d'importance par rapport à l'étiologie et à la thérapeutique de cette maladie; M. Barbaste : De l'état des forces dans les maladies et des indications qui s'y rapportent; M. Ricard-Farrat : De l'analyse des maladies et des éléments morbides au point de vue historique et clinique; M. Cavalier : Poser les bases d'une pyrétologie conforme à l'état actuel de la médecine clinique; M. Saurel : De l'influence des travaux micrographiques sur la connaissance et le traitement des maladies chirurgicales; M. Estor : Des causes, des symptômes et du traitement des déviations de l'utérus; M. Gailleton : Quelles sont les conditions qui assurent le mieux le succès des grandes opérations chirurgicales?

Les thèses doivent être déposées lundi 23 février. à quatre heures. (*Ann. clin. de Montpellier.*)

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 22. 5e année. Jeudi 19 Février 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS.... { 3 mois..... 7 fr. 6 mois..... 12 fr. 1 an...... 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

MALADIES DES YEUX. — M. Tavignot.

Kératite plastique aiguë. — Ponction de la cornée. — Guérison rapide.

Vers le milieu de janvier, notre honorable confrère le docteur Ledeschault nous adressa, au dispensaire Saint-Côme, la nommée Jenny Mello, âgée de 9 ans 1/2, assez grande, assez forte, et d'une constitution relativement bonne pour un enfant de Paris.

Depuis huit jours l'œil gauche est malade ; au début, il existait un gonflement assez considérable des paupières, du larmoiement et de la photophobie.

La cornée, dans les trois quarts de son étendue, est infiltrée de lymphe plastique ; bien que cette infiltration soit plutôt profonde que superficielle, il y a lieu de craindre un ramollissement de la cornée et ultérieurement la saillie anormale de sa partie centrale.

26 *décembre*. Je traverse de part en part, avec le fer de lance de mon aiguille bicuspidée, la partie inférieure de la cornée, dans un point où l'épanchement plastique m'a paru avoir son maximum de développement. L'humeur s'est écoulée avec une teinte rosée due au mélange d'une certaine quantité de sang provenant des vaisseaux superficiels et interstitiels de la cornée, vaisseaux qui se développent seulement dans l'état pathologique de cette membrane.

2 *février*. Les médecins et les élèves ont pu constater avec moi une amélioration très-grande de la kératite ; la résorption avait fait disparaître la plus grande partie du produit épanché. Au niveau de la ponction, dont il ne restait aucune trace, l'opacité avait presque entièrement disparu.

Pour achever la guérison, il nous suffira de continuer l'emploi des moyens déjà prescrits, tels que : emplâtre de Janin derrière l'oreille, poudre révulsive à priser cinq à six fois par jour, afin d'irriter la muqueuse nasale, selon ma méthode ; purgatifs au calomel et au jalap. — Plus tard, cette jeune fille sera soumise à l'usage de l'huile de foie de morue et ensuite de l'iodure de fer.

J'ai déjà plusieurs fois appelé l'attention des praticiens sur les avantages que j'ai retirés, dans la kératite plastique, des scarifications et des ponctions de la cornée. Ce fait nouveau n'est pas moins probant que ceux que j'ai déjà publiés.

Diplopie produite par l'usage de lunettes mal appropriées. — Guérison.

Une dame de 79 ans consulte un praticien en réputation et lui expose son état actuel, qui était surtout caractérisé par quelques douleurs de tête et un trouble de la vision offrant cela de particulier : par instants, les objets étaient vus plus gros que nature, et, dans d'autres instants, ils paraissaient dédoublés. — La santé générale était d'ailleurs excellente.

Dans l'idée qu'il s'agissait d'un état congestif des centres nerveux, on prescrivit à notre malade des sangsues au siége tous les dix jours, quelques purgatifs, un vésicatoire derrière le cou, etc., en un mot, une médication très-bien appropriée à l'état morbide que l'on supposait avoir à traiter.

Voici maintenant l'état de cette dame, qui est venue prendre mon avis avant de commencer son traitement : elle louchait légèrement en dedans, de l'œil droit, depuis son enfance, et elle a fait usage, depuis un certain temps, de lunettes à verres convexes n° 14. Or, en examinant la forme de ces besicles appliquées sur le nez, il ne me fut pas difficile de reconnaître que, vu la longueur exagérée du pont, l'axe antéro-postérieur des yeux était loin de correspondre, ainsi que cela doit toujours être, au centre de l'un et de l'autre verre ; il résulte de là que, pendant l'exercice de la vision, l'œil qui fait effort pour tomber juste sur la partie centrale du verre se dévie un peu en dehors. Les deux yeux sont alors parfaitement droits ; le strabisme a cessé, mais la dyplopie commence. Elle s'annonce d'abord par une augmentation de volume des objets, due à la confusion des deux images, et bientôt par l'écartement de ces images, leur séparation devient distincte.

J'ai adopté le mode de traitement le plus simple possible : j'ai fait changer la monture des lunettes, indiqué un pont plus court pour l'état des yeux. Le strabisme interne persiste et la diplopie a disparu.

Certes, ce fait aurait pu donner naissance à plus d'une erreur, car si l'on s'attend à constater la diplopie quand survient un strabisme, on ne songe pas toujours à deviner l'existence antérieure d'un léger strabisme quand les yeux sont devenus droits.

Il y avait intérêt, dans l'espèce, à faire reprendre aux yeux leur direction, parce que : 1° le strabisme interne était peu prononcé ; 2° la malade avait près de 70 ans ; 3° sa diplopie la tourmentait beaucoup et lui donnait comme des vertiges ; 4° l'un

des yeux aurait pu se dévier en dehors, sous l'influence de la même cause qui l'avait redressé.

J'ai eu l'occasion de revoir la malade plusieurs mois après notre traitement si simple, et j'ai pu constater une guérison complète.

Tumeur lacrymale traitée sans succès par la méthode de Nannoni. — Excision des conduits. — Guérison.

M. Baradelle, âgé de 22 ans, 46, rue du Fer-à-Moulin. (*OEil gauche.*) Début il y a huit ans; opéré il y a huit mois, par M. Coursserant. Trente à trente-cinq cautérisations du sac ont été pratiquées, d'après le malade, avec l'acide sulfurique. — La partie supérieure du sac persiste encore et donne accès à une certaine quantité de larmes et de pus. Larmoiement.

15 *décembre.* Excision de l'un et de l'autre conduits.

Le 22, la cicatrisation est à peu près complète: le larmoiement persiste néanmoins.

2 *février.* Nous constatons et faisons constater par nos élèves l'occlusion définitive de la partie antérieure des deux conduits. La tumeur lacrymale rudimentaire n'existe plus; il n'y a plus, par conséquent, sécrétion du muco-pus dans la portion persistante du sac, et dans tous les cas, si cette sécrétion avait encore lieu, elle ne pourrait plus refluer par les conduits lacrymaux ni par le canal nasal; elle resterait là comme emprisonnée, et probablement, la résorption en ferait justice; mais nous n'avons pas à discuter sur une éventualité qui n'existe pas.

Notons, toutefois, que ce malade s'est présenté plusieurs fois depuis à nos consultations du dispensaire Saint-Côme, parfaitement guéri; il existait seulement de temps en temps un léger larmoiement, que nous avons fait cesser en arrachant un cil de la paupière inférieure, lequel était dévié en dedans et irritait le globe de l'œil. — J'ai déjà noté, à différentes reprises, ce petit incident consécutif à l'excision des conduits lacrymaux; il est bon de ne pas l'oublier.

Ainsi, voilà encore un cas pour lequel l'intervention de notre méthode de traitement des tumeurs lacrymales a été utile, en complétant les succès ou plutôt les demi-succès d'une autre méthode (1).

Tumeur lacrymale (2e *espèce*), c'est-à-dire reflux seulement par les points lacrymaux. — Excision des conduits. — Guérison.

Mme X...., âgée de 59 ans, de Veimart (Seine-et-Oise), m'est adressée par le docteur Valloix. La tumeur est comme un gros pois aplati. Il n'y a pas de rougeur de la peau, et le larmoiement est médiocre. Opérée le 1er décembre, par excision très étendue de l'un et de l'autre conduits, il ne survient pas d'accidents particuliers, si ce n'est une tuméfaction du grand angle, qui paraît siéger en partie dans le tissu cellulaire, en partie dans le sac lui-même. Tampon imbibé de teinture d'iode, que la malade ne peut supporter que deux heures et demie.

Quoi qu'il en soit, la tuméfaction a été en diminuant; les conduits paraissent imperméables, et la malade s'en retourne chez elle, le 8 décembre, dans le meilleur état possible, et sans larmoiement appréciable.

7 *février.* La malade m'écrit qu'elle est guérie, que la tumeur n'a plus reparu, que le larmoiement est peu prononcé.

Trichiasis ayant déterminé une kératite ulcéreuse. — Cautérisation. — Guérison.

Il y a bien dix ans que Mme X...., âgée actuellement de 30 ans, et qui nous est adressée par notre excellent confrère le docteur Clairi, a des cils déviés; elle les arrachait elle-même ou elle les faisait arracher de temps en temps; il y a eu cependant quelque irrégularité dans l'emploi de ce moyen, plutôt prophylactique que curatif, car la malade se présente à nous avec un blépharophimosis des plus évidents, lequel accuse évidemment un état de contraction ancien et spasmodique du muscle orbiculaire, ainsi qu'il arrive dans les inflammations prolongées des yeux.

De plus, la cornée, du côté droit, est le siége, vers sa partie externe, d'une ulcération transparente, assez large et intéressant plus de la moitié de l'épaisseur de la cornée. — Il y avait, en même temps, larmoiement et photophobie.

Il fallait aviser au plus pressé: dès lors, nous avons pratiqué l'avulsion de quatre ou cinq cils développés dans l'épaisseur du bord libre de la paupière supérieure droite, et de deux cils rudimentaires qui siégeaient vers le même point de la paupière supérieure du côté gauche. En même temps, nous prescrivions à la malade notre médication véritablement spécifique dans la kératite ulcéreuse, laquelle se compose tout simplement du collyre marin, d'après la formule suivante:

℞ Eau distillée.	125	grammes.
Chlorure de sodium. . . .	15	—

30 *janvier.* Les cils de la paupière gauche supérieure étant suffisamment repoussés pour servir de point de repère, je me décide à pratiquer la cautérisation de chacun des bulbes pilifères, d'autant plus que l'ulcération cornéale est en bonne voie de réparation; qu'il n'existe plus ou presque plus de photophobie, et qu'il importe de prévenir le retour, toujours imminent, de pareilles complications.

Voici ma manière de procéder en pareil cas:

La tête de la malade étant convenablement fixée par mon aide, je glisse sous la paupière l'*anneau de la pince imaginée pour l'ablation des tumeurs des paupières,* position inverse de celle qu'on lui donne ordinairement, puisqu'alors c'est la plaque qui est placée sous la paupière et l'anneau dessus. Cela fait, je ramène le manche de l'instrument vers le front, quand il s'agit de la paupière supérieure, ou je l'incline sur la joue, lorsqu'on opère sur la paupière inférieure, de manière à renverser en dehors le bord libre de la paupière qu'il s'agit de cautériser.

La paupière ainsi solidement fixée, et la portion du bord libre qui supporte les cils déviés encadrée en quelque sorte par l'anneau de la pince, j'introduis rapidement dans le goulot de chaque follicule pilifère l'extrémité du cautère actuel, dit aiguille à boule, qui a été chauffé à blanc.

Ainsi traitée, notre malade paraît aujourd'hui complétement guérie; il ne nous reste plus qu'à pratiquer sur ses paupières quelques cautérisations au sulfate de cuivre, pour la débarrasser d'une blépharite chronique concomitante.

(1) Voir *Gaz. des Hôp.*, 1856, nos 95, 99, 127 et 134: *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales.*

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

TÉRATOLOGIE.

Note sur un cas d'amputation spontanée incomplète du tronc et du cou, par enroulement et striction du cordon ombilical chez un fœtus de trois mois,

Par M. J.-B. Hillairet,

Médecin de l'hospice des Incurables (hommes), ancien chef de clinique de la Faculté, etc.

(*Lue à la Société de Biologie.*)

L'histoire des mutilations spontanées chez le fœtus, durant la gestation, est encore loin d'être bien connue. M. le docteur Hillairet vient de publier un fait qui éclaircit un peu cette question.

Un grand nombre d'auteurs se sont occupés de ce genre de lésions, et on en doit des observations à Chaussier, Dugès, Bé-

clard, Lallemand (de Montpellier), Paul Dubois, Grimaux (de Caux), Martin Saint-Ange, Coste, Broca, Alexis Moreau.

Chaussier attribue ces mutilations à une gangrène spontanée intra-utérine, mais il ne dit rien des causes de cette gangrène.

La plupart des auteurs pensent que le point de départ de la lésion se trouve dans le développement de brides fibreuses à la surface interne des membranes, ou dans une extrême longueur du cordon ombilical, permettant son enroulement autour des membres.

Montgomery a observé un cas dans lequel ce dernier mode de production était évident; il cite, dans son travail, des faits analogues empruntés à Labat, Tyson-West, etc., et un autre observé par Béclard, dans lequel le mécanisme n'était pourtant pas le même, des brides fibreuses ayant déterminé l'étranglement.

Vrolig, le premier, rapporte les mutilations spontanées à un arrêt de développement, bien qu'il aperçoive et décrive à la surface de ces sortes de moignons des rudiments de cicatrice. Vrolig fait remarquer aussi que ces moignons peuvent donner naissance à des rudiments de doigts.

Dans certains cas, les mutilations sont si nombreuses, qu'on doit hésiter à les rattacher à la constriction du cordon ou de brides fibreuses accidentelles. Ces faits ont besoin d'être étudiés de nouveau.

Enfin, une dernière explication a été proposée par Hecker, de Berlin, mais on ne peut l'admettre sans preuve, et Hecker n'en fournit pas. D'après lui, les mutilations spontanées seraient dues, dans certains cas, à des fractures intra-utérines. Dans l'observation qu'il publie, il n'y avait pas de brides placentaires, mais n'y avait-il pas eu enroulement du cordon autour de la partie gangrénée?

En somme, M. Hillairet rattache à trois chefs principaux le mode de production des amputations spontanées :

1° La striction du cordon ombilical ;
2° La striction de brides fibreuses, placentaires ou aures ;
3° Par l'arrêt de développement.

Voici le fait observé par M. Hillairet :

Mme X...., dont le mari est à la tête d'un commerce important, habite depuis un an un village des environs de Paris ; avant cette époque, elle n'avait jamais quitté la capitale, où elle est née.

Mme X.... est âgée de 30 ans, d'une bonne constitution et d'assez d'embonpoint, surtout depuis trois ans ; les cheveux sont noirs et le teint un peu bistré.

Bien réglée depuis l'âge de 15 ans, elle s'est mariée à 20 ans et demi, et cinq ou six mois après elle fit une fausse couche, à la suite de laquelle elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde (forme bilieuse), et puis d'une pneumonie six mois après la guérison de la fièvre typhoïde. Deux années s'écoulèrent ensuite, et elle devint enceinte. A cela près de quelques vomissements qu'elle eut durant le temps de la gestation, sa santé n'eut pas à souffrir, et elle accoucha à terme, après seize heures d'un travail qui se ralentissait à chaque instant, d'une fille bien constituée, assez forte, mais qui, ayant deux tours de cordon serrés autour du cou, resta huit ou dix minutes sans donner signe de vie.

Mme X.... se décida à nourrir. Son rétablissement fut très-prompt et ses règles reparurent au bout de six semaines, comme si elle n'eut pas allaité. Elle devint enceinte de nouveau six mois après la naissance de sa fille, et fit une fausse couche à trois mois de gestation, se rétablit assez bien et continua son allaitement jusquà un an.

Peu de temps après, Mme X.... devint enceinte pour la quatrième fois; elle eut une très-bonne santé pendant le cours de la gestation, et, arrivée à terme, elle mit au monde une petite fille parfaitement constituée, qui avait un tour de cordon autour du cou, mais qui n'en fut pas momentanément asphyxiée comme la première. Cette fois, Mme X... ne put nourrir que jusqu'à huit mois, époque à laquelle vint une cinquième grossesse (elle fut réglée six semaines après l'accouchement), pendant laquelle sa santé fut très-bonne, et accoucha à terme d'un garçon assez fort, très-bien constitué, qui, lui aussi, avait le cou serré par un tour de cordon, et qu'elle nourrit pendant une année. Les règles parurent encore comme précédemment, six semaines après l'accouchement.

Pendant les trois années qui s'écoulèrent depuis ce dernier accouchement, cette dame jouit d'une très-bonne santé et prit de l'embonpoint ; cependant, dans le cours de la dernière année (1855-56), les règles venaient moins régulières et abondantes ; le sang était beaucoup plus pâle et elle devint sujette à quelques flueurs blanches, en même temps qu'elle éprouvait fréquemment des douleurs lombaires souvent insupportables. Un examen attentif m'avait permis de constater un léger engorgement du col, avec quelques érosions au pourtour de son orifice externe, qui furent guéries par deux légères cautérisations, des injections émollientes et le repos. Peu de temps après la cessation de ces accidents, Mme X.... éprouva, vers le mois d'octobre 1855, un retard de six semaines dans ses règles, qui reparurent pour cesser de nouveau au mois de février 1856; le 8 janvier 1856, elle les avait encore eues très-abondantes. Depuis, elle resta sujette à des douleurs lombaires et à la partie antérieure et inférieure du côté droit de l'abdomen ; elle avait toujours un peu de courbature, de la lassitude dans les membres inférieurs et s'amaigrit un peu. D'ailleurs, pas de nausées ni de vomissements; en somme, elle n'était pas beaucoup plus souffrante qu'à quelques-unes de ses époques. Elle eut, après un retard de deux mois, la pensée que, n'étant pas enceinte, elle serait soulagée par une application de sangsues ; elle en mit une dizaine au siége; il n'en résulta rien de particulier, si ce n'est que peu de jours après, elle s'aperçut qu'elle rendait par la vulve quelques glaires ; mais cet écoulement cessa et ne se renouvela plus.

Enfin, dans la soirée du 25 avril 1856, Mme X.... éprouva, après avoir pris un bain, des douleurs lombaires très-fortes, avec *sensation d'expulsion*, qui durèrent jusqu'à quatre heures du matin. (Déjà, en sortant de son bain, elle s'était aperçue qu'elle tachait son linge de glaires de sang). A ce moment, les douleurs devinrent plus vives, donnant lieu d'abord à un écoulement de sanie, puis à une assez bonne quantité de sang.

Deux heures après, un médecin vint et trouva au milieu d'une masse de caillots un fœtus dont nous allons donner la description. Mais pour en terminer avec l'observation, disons que les suites de cette fausse couche se passèrent bien, et que Mme X.... se rétablit promptement.

Ainsi donc, pour résumer cette observation, Mme X.... devint enceinte six fois, fit trois fausses couches à trois semaines et trois mois, eut trois enfants à terme, qui avaient un et deux tours de cordon autour du cou, et le dernier fœtus que nous allons décrire, venu dans une fausse couche, avait le cou presque amputé par le cordon.

Description du fœtus. — Son aspect est celui d'un fœtus de deux mois et demi à trois mois ; il est du sexe masculin, présente une longueur totale, du vertex aux pieds, de 9 centimètres. La tête, mesurée dans son diamètre vertical, offre une étendue de 3 centimètres ; le tronc, une longueur de 3 centimètres et demi.

Au premier abord, on n'aperçoit pas le cordon ombilical à son insertion habituelle ; mais après un examen attentif on s'assura que l'ombilic n'occupe pas la ligne médiane ; il est déjeté en dehors, sur la partie latérale droite du fœtus, comme s'il eût été tiraillé par le cordon qui lui fait suite. L'origine de ce cordon est cachée dans des plis transversaux qui occupent la partie inférieure et latérale de l'abdomen. De ce point, il se porte immédiatement à droite, en dehors et en arrière, et contourne le plan latéral droit du fœtus, en creusant, entre les côtes inférieures et la hanche, une gouttière profonde. Parvenu sur le plan postérieur, il s'aplatit d'avant en arrière, et le ruban qu'il forme trace sur le dos du fœtus un profond sillon dont la direction est la suivante : né au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, il se porte en arrière, en haut et à gauche, pour contourner le sommet de l'épaule du côté gauche, et représente ainsi une véritable diagonale qui divise le plan dorsal en deux moitiés égales, une supérieure droite, une inférieure gauche.

Arrivé au sommet du scapulum gauche, le cordon qui occupe le fond de la gouttière fœtale croise successivement la face antérieure du cou, la partie latérale droite, la face postérieure, et revient à l'épaule gauche après avoir décrit une circulaire complète. Il continue

à s'enrouler autour du cou, et décrit de cette façon trois tours complets, après lesquels il s'épuise.

L'action constrictive exercée par le cordon, par suite du développement à la fois excentrique et concentrique du cou et du cordon ombilical, a produit une amputation presque complète de la tête; le cou, débarrassé du cordon, est allongé et représente un cône dont la base serait dirigée en haut et le sommet en bas. Dans ce dernier point, qui correspond à la ligature formée par les tours de spire du cordon, la tête n'est unie au tronc que par un simple pédicule présentant au plus 1 millimètre et demi d'étendue transversale.

La face antérieure du tronc présente aussi une disposition remarquable. Au niveau de l'hypocondre droit, on constate une coloration rougeâtre, qui pourrait simuler une ecchymose des téguments. Cette coloration rouge offre une étendue transversale de 7 millimètres; le diamètre vertical atteint une longueur de 4 à 5 millimètres seulement. Tout autour existe un bord légèrement saillant, qui établit la limite entre cette surface rouge et les téguments du fœtus, en sorte qu'il existe en ce point une solution de continuité, et que la coloration rouge foncé ne peut appartenir qu'à la face supérieure du foie qui fait légèrement hernie. Indépendamment de cette mutilation si remarquable, constituée par l'étranglement du fœtus et la section presque complète de la tête par le cordon ombilical, il existe donc là une disposition qui mérite d'être signalée et qui paraît tenir à un arrêt de développement ou à un défaut de soudure de la paroi abdominale, ayant amené une sorte d'ectopie du foie. Cette solution de continuité me paraît être le résultat de la traction constante exercée par le cordon sur la paroi abdominale antérieure.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 *février* 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Deux lettres par lesquelles M. le Ministre invite l'Académie à lui transmettre les rapports de la Commission des épidémies et de celle des eaux minérales. M. le Ministre se propose de faire imprimer ces mémoires pour les envoyer aux médecins des épidémies et aux médecins-inspecteurs des Eaux minérales, qui ont reçu des médailles de l'Académie.

Épidémies. — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de l'Allier, de l'Aube, des Vosges, et dans les arrondissements de Lorient et de Brignolles.

— Un rapport de M. le docteur JAPIOT, médecin des épidémies du canton d'Ils-sur-Tille (Côte-d'Or), sur une épidémie de *fièvre typhoïde* qui a régné, en 1855 et 1856, dans la commune de Saulx-le-Duc.

— Un rapport de M. le docteur CHALETTE, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châlons-sur-Marne, sur une *épidémie de laryngite,* qui a régné dans cette ville à la fin de l'année 1856.

— Un rapport final de M. le docteur MASSON, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaune, sur une *épidémie de fièvre typhoïde* qui a régné dans la colonie agricole et pénitentiaire de Cîteaux. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Une note de M. DIÈCHE (du Tarn), intitulée : *Quelques mots sur l'analogie de la vaccine avec la variole.* (Commission de vaccine.)

— Une lettre de M. BERTHERAND, de Lille, sur l'*inoculation de la vaccine à la vache* et la *production de la vaccine par les eaux aux jambes.*

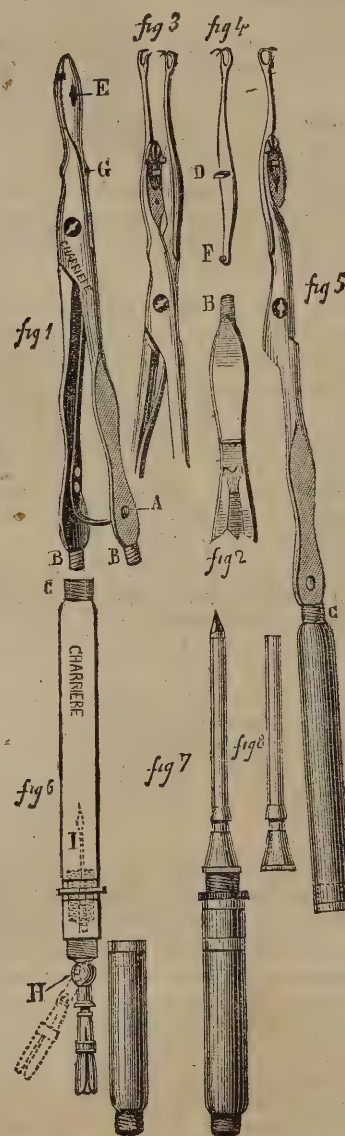
— Une lettre de M. MORDRET, du Mans, dans laquelle il rappelle quelques passages d'un ouvrage qu'il a publié et qui a pour titre : *Etat actuel de la vaccine.* (Commission de vaccine.)

Pince à pansements. — M. Jules CHARRIÈRE présente à l'Académie un nouveau modèle de pince à pansements, disposée de manière à remplir un grand nombre d'indications :

1° Pour les pansements, on saisit et on relâche un morceau d'éponge ou un pinceau de charpie par un mouvement aussi rapide que la pensée, car la simple pression du doigt sur la tête du ressort situé près de l'extrémité du manche, suffit pour fixer la pince ou la faire abandonner l'objet;

2° A l'aide du porte-pierre assemblé à une des branches de la pince, cet instrument se trouve avoir une longueur plus que suffisante pour tous les pansements et pour la cautérisation;

3° Cette pièce a une grande puissance de levier, aussi est-elle avantageuse pour l'extinction des polypes, pour saisir des artères ou faire momentanément la compression de ces vaisseaux, car ses mors sont coniques et larges comme l'ancien valet à patin;



4° Elle fixe solidement les épingles et les aiguilles pour les sutures profondes;

5° Les fenêtres des mors permettent d'appliquer des griffes de pinces de Museux et autres à volonté, qui servent en même temps d'érignes à manche;

6° Grâce au petit volume du modèle de trocart de M. Charrière, on peut le placer dans l'étui du porte-pierre;

7° Enfin, on peut mettre dans sa tige creuse une aiguille à vaccine ou à cataracte, pour extraire les corps étrangers de la cornée.

Explication des figures dessinées demi-grandeur.

Figure 1. — Pince de trousse prête à servir pour l'usage du pansement ordinaire. A, tête du ressort qui maintient la pince fermée, son autre extrémité sert à tenir les branches écartées dans la main de l'opérateur. BB, vis destinée à assembler la pince dans le trou C de l'étui du porte-pierre.

Figure 2. — Portion d'une pince à ressort ou à verrou, avec la vis B, pour les assembler comme la précédente.

Figure 3. — Portion de la pince (*fig.* 1) sur laquelle sont montées deux griffes de pince de Museux.

Figure 4. — Une branche des deux érignes précédentes démontées. Pour les assembler, on engage le tenon D dans l'ouverture E de la *fig.* 1, puis on engage en tournant la pointe F qui est au bout du ressort dans le trou G (*fig.* 1).

Figure 5. — Erigne à manche, composée d'une branche de la pince d'une érigne et d'une partie de l'étui monté à vis.

Figure 6. — Etui et porte-pierre articulés à la partie HI, aiguille à cataracte ou à vaccine, montée à vis dans la tige du trocart, et que l'on revisse par l'autre bout sur l'étui qui lui sert de manche.

Figure 7. — Modèle du trocart monté sur l'étui du porte-pierre.

Figure 8. — Canule du trocart.

— M. Lachaise se porte candidat à l'Académie.

M. Bouillaud présente, au nom de M. le docteur F.-H. Biundi, de Naples, un ouvrage sur les *maladies chroniques du foie*.

M. le Président annonce à l'Académie que M. le docteur Dantz, de Carlsbad, membre correspondant, est présent à la séance.

LECTURE.

Méthode sous-cutanée. — M. Guérin donne lecture d'un mémoire contenant l'exposition de la méthode sous-cutanée.

EXPOSÉ DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Un des grands philosophes du XVIIe siècle écrivait ce qui suit : « Ceux qui ont l'esprit de discernement savent combien il y a de « différence entre deux mots semblables selon les lieux et les diffé- « rences qui les accompagnent.... Tel dira une chose de soi-même « sans en comprendre l'excellence, où un autre comprendra une suite « merveilleuse de conséquences, qui nous font dire hardiment que ce « n'est plus le même mot, et qu'il ne le doit non plus à celui d'où il « l'a appris, qu'un arbre admirable n'appartiendra à celui qui en au- « rait jeté la semence sans y penser, et sans la connaître, dans une « terre abondante, qui en aurait profité de la sorte pour sa propre « fertilité. » Ces paroles, que j'emprunte à Pascal, l'Académie ne l'a peut-être pas oublié, je les citais naguère, en 1842, à la suite d'une mémorable discussion, dans laquelle ses membres les plus éminents avaient apporté le tribut de leurs lumières pour éclairer les origines de la théorie des difformités et de la généralisation de la ténotomie. Je les rappelais alors pour mettre les esprits en garde contre certains artifices de la critique qui, mue sans doute par un sentiment louable, mais exagéré de justice, s'efforce d'attribuer aux morts la pensée des vivants. Grâce à l'admirable et profonde justesse de la pensée de Pascal, elle est vraie aujourd'hui comme alors, et l'Académie me permettra de la reproduire au commencement de la discussion qui va s'ouvrir, parce qu'elle me paraît propre à épargner aux uns des tentatives inutiles, et aux autres des méprises regrettables. De quoi s'agit-il, en effet? De faire connaître, dans ce qu'elle a de caractéristique et de véritablement original, une méthode chirurgicale nouvelle; de la prendre à son point de départ, de la suivre dans ses développements, de la dégager des obscurités qui la couvrent encore aux yeux de certaines personnes, de distinguer avec impartialité et sincérité la part qui, comme dans toutes les découvertes, appartient aux pressentiments des devanciers, de celle qui revient à celui qui l'a révélée et constituée; de faire, en un mot, cette embryogénie de la pensée qui part des premiers linéaments de l'idée pour arriver à l'établissement complet d'une vérité viable et définitive. Une telle entreprise prêtera, vous le savez déjà, au genre de contradiction qu'avait prévu Pascal. Mais en appelant à mon aide la parole du philosophe, j'ai moins compté sur elle encore que sur votre bienveillance et votre sagacité.

§ I. **Origine et définition de la méthode sous-cutanée.**

Pour que l'Académie puisse apprécier le véritable caractère et la signification ultime de la méthode sous-cutanée, arrivée au degré de perfection qu'elle a atteint, il est indispensable de dérouler devant elle la série des développements par lesquels a passé cette méthode, en considérant, parallèlement pour chaque époque, l'idée qu'on avait en vue de réaliser et le procédé opératoire à l'aide duquel on l'a réalisée.

Le point de départ de la méthode sous-cutanée, c'est la section des tendons. Les premiers opérateurs avaient divisé le tendon et la peau au moyen d'une même incision transversale : il en résultait une plaie ouverte. L'idée vint qu'on pouvait, en soulevant le tendon, sur une sonde, à travers une plaie longitudinale des téguments, ménager la peau et réduire d'autant l'étendue de la plaie, les accidents et la cicatrice. Tel est le premier pas vers la méthode sous-cutanée. Delpech en a fait faire un second. Il a proposé et exécuté le premier la section du tendon d'Achille sous la peau, le tendon restant en place, à travers une double incision cutanée parallèle à sa direction. Le but de Delpech, son idée étaient de prévenir l'exfoliation du tendon, en ne le mettant pas à découvert, et de prévenir la suppuration des plaies cutanées en les réunissant par première intention. Mais les plaies cutanées avaient un pouce de longueur : elles ne se réunirent pas, elles suppurèrent, et le tendon s'exfolia. Plus tard, en 1822, Dupuytren, sans se préoccuper explicitement de l'idée de Delpech, divisa sous la peau une partie du sterno-mastoïdien, préférant, dit-il, cette manière d'opérer, chez une jeune fille, comme propre à diminuer l'étendue de la cicatrice : il fit à la peau une incision plus petite que Delpech n'avait fait la sienne, et la plaie paraît s'être cicatrisée immédiatement. De sorte que jusque-là Delpech s'était préoccupé d'une idée qu'il n'avait pu réaliser; et Dupuytren, sans se préoccuper de l'idée de Delpech, avait imaginé le procédé qui pouvait la réaliser. Le progrès que Delpech et Dupuytren avaient ainsi préparé séparément, chacun pour moitié, M. Strohmeyer l'acheva, en prenant explicitement pour but la pensée de Delpech, et pour moyen le procédé de Dupuytren. En effet, cet habile chirurgien fit, en 1831, la section du tendon d'Achille, à l'aide d'un bistouri très-étroit passé sous le tendon, et il obtint la cicatrisation immédiate des deux petites plaies cutanées, qui n'avaient, dit-il, que la largeur de la lame. Voilà donc un second pas vers la méthode sous-cutanée, préparé par Delpech et Dupuytren, et accompli par M. Strohmeyer. Que l'Académie veuille bien fixer son attention sur ce point, car c'est ici le nœud de la question. J'ai dit que le progrès accompli par M. Strohmeyer était un second pas *vers* la méthode sous-cutanée. C'est qu'en effet, en réalisant l'idée de Delpech à l'aide du procédé de Dupuytren, cet auteur ne touchait encore ni à l'idée, ni au procédé de la méthode sous-cutanée : il ne faisait que perfectionner, que constituer un manuel opératoire empirique, dont le succès n'était garanti, de l'opinion même des esprits les plus compétents de l'époque, par aucune donnée rationnelle, et dont la portée n'allait pas au delà de l'opération spéciale pour laquelle il avait été imaginé : la section des tendons. Les développements historiques qui vont suivre mettront cette vérité hors de doute.

De 1835 à 1839, un certain nombre de chirurgiens, parmi lesquels nous croyons pouvoir compter, répétèrent l'opération de M. Strohmeyer, en lui imprimant de nouveaux perfectionnements. On rétrécit encore la largeur de l'instrument, et on supprima une des deux ouvertures de la peau. Mais tous ces perfectionnements n'avaient d'autre but que d'assurer la plus parfaite exécution du résultat pratique auquel ils concouraient. Ce but, c'était d'abord de redresser le pied-bot, en divisant la corde qui le tenait bridé; puis de conserver le mouvement du tendon divisé, maintenu libre sous la peau et exempt d'adhérences avec les cicatrices cutanées. Rien, dans les auteurs originaux ni dans les écrivains didactiques du temps, ne permet de soupçonner que l'observation allât au delà de ce but, et que l'art se préoccupât d'un autre résultat : on ne craint à cet égard aucune contradiction.

Cependant un fait d'un ordre bien plus élevé, fourni par les circonstances physiologiques de l'opération, passait inaperçu. La guérison rapide et sans suppuration avait été le cas le plus ordinaire et le plus général. Les premiers accidents observés furent considérés comme des exceptions sans importance. Ils se multiplièrent. Bientôt tous les chirurgiens virent se développer des érysipèles, des phlegmons, des abcès, la gangrène, enfin tout l'appareil de l'inflammation suppurative, contrastant avec la bénignité habituelle des suites de l'opération. Que voulaient dire ces accidents et à quoi tenaient-ils? Pour répondre à ces deux questions, il faut se reporter à l'indication posée par Delpech et adoptée par M. Strohmeyer, à savoir : qu'après la section du tendon, les deux bouts divisés doivent être remis en contact pour favoriser leur réunion, de même que les lèvres des plaies cutanées doivent être maintenues rapprochées pour empêcher qu'elles ne suppurent. Qu'est-ce que cela? si ce n'est la théorie et la pratique de la *réunion par première intention*, si ce n'est la cicatrisation immédiate des plaies tendineuse et cutanée par l'inflammation adhésive de Hunter. Ce ne sont pas seulement les faits qui le disent, mais les doctrines du temps. L'immunité des sections tendineuses n'avait pas d'autre signification : tout le monde le pensait, le professait, et les hommes les plus experts de la pratique le déclaraient explicitement dans leurs écrits. La conséquence de cette manière de voir avait été de compren-

dre, dans une seule et même plaie aboutissant à la peau sans solution de continuité, la plaie cutanée et la plaie tendineuse; n'assujettissant le manuel opératoire à d'autre règle que de réduire autant que possible la dimension et le nombre des ouvertures extérieures, afin de réaliser les conditions les plus favorables de la réunion immédiate. Voilà pour les faits de cicatrisation d'emblée.

Mais s'il survenait de l'érysipèle, des phlegmons, des abcès, de la gangrène (de l'aveu de tous les chirurgiens, ces accidents n'étaient pas rares), au lieu d'y voir un avertissement salutaire, au lieu d'y soupçonner une contradiction à la théorie et un enseignement à une réforme de la pratique, on se complaisait dans les séductions de la théorie huntérienne; on y cherchait des analogies trompeuses avec les insuccès ordinaires de la réunion immédiate des grandes plaies: c'était la conversion de l'inflammation adhésive en inflammation suppurative, c'est-à-dire le développement, dans tous les cas, du même processus pathologique, ne différant que pour le degré. Et lorsque l'on était conduit à rechercher la cause ou les causes en vertu desquelles l'inflammation s'arrêtait à la forme adhésive dans les cas bénins, et allait jusqu'à la forme suppurative dans les cas graves, on s'expliquait les premiers par l'exiguïté des plaies par ponction, et la nature peu réactive du tissu tendineux; et les seconds par toutes les circonstances de localité, de température, d'âge, de tempérament, de constitution, d'instrument, que sais-je? de toutes les circonstances, en un mot, à l'aide desquelles on se rend habituellement compte des insuccès de la réunion immédiate.

Telle était la phase huntérienne de la ténotomie sous-cutanée. Pour la résumer en deux mots, dans son idée et dans son manuel opératoire, je dirai que:

Relativement à l'idée, on recherchait la cicatrisation immédiate des plaies tendineuse et cutanée par le rapprochement de leurs surfaces et à la faveur de l'inflammation adhésive;

Relativement au procédé opératoire, on ne faisait de la section tendineuse et de la plaie cutanée qu'une seule et même plaie, qu'une plaie directe et continue, à l'aide de la plus petite ouverture possible de la peau.

Mais un examen attentif des faits ne me parut pas pouvoir se concilier avec cette doctrine. Conduit d'abord par instinct, et plus tard par d'autres idées, à opérer d'une manière différente, j'avais aussi des résultats différents. Jamais, sur un nombre considérable de sections de tendons, je n'avais vu survenir d'inflammation suppurative; et pourtant j'avais opéré à tous les âges, dans toutes les conditions, à l'hôpital, en ville, sur des pauvres, sur des riches, sur des sujets pléthoriques, nerveux, lymphatiques, scrofuleux; j'avais même opéré des enfants qui, dès le lendemain, avaient été pris de rougeole, de variole, et pourtant n'avaient vu survenir aucune complication du côté de la plaie sous-cutanée. Je crus donc devoir chercher ailleurs que dans les doctrines régnantes, la cause de cette différence entre la pratique des autres et la mienne, et je fus conduit, aussi bien par la comparaison des procédés opératoires que par l'observation directe des faits, à une doctrine qui m'a permis d'établir la ténotomie sous-cutanée sur une base ou idée nouvelle, et de servir cette idée à l'aide d'un procédé opératoire nouveau, idée et procédé qui ont été la première évolution de la vraie méthode sous-cutanée, ainsi que l'Académie va pouvoir s'en convaincre.

Tous ceux qui ont vu pratiquer la ténotomie suivant les procédés de MM. Strohmeyer et Dieffenbach, et tous les ouvrages didactiques en font foi, savent que l'opération consiste à faire sur le côté du tendon une incision ou une ponction avec une lancette ou un bistouri, et à faire par cette ouverture la section du tendon. Il résulte de cette manière de procéder, deux circonstances principales qui la caractérisent: 1° la plaie cutanée et la plaie tendineuse se correspondent et se regardent; 2° il se forme au sein de la plaie tendineuse un espace vide, formé par l'écartement des deux bouts du tendon divisé, qui est infailliblement comblé par les liquides épanchés ou par l'air extérieur, dont l'introduction est favorisée par la correspondance directe ou parallèle des plaies superficielle et profonde, qui n'en font qu'une. En présence de ce double fait de la communication facile de l'air et de son appel incessant au fond de la plaie tendineuse, j'ai cru pouvoir attribuer à son action les ténotomies suppurées. Ce premier chef de conclusion a été fortifié par un second.

Contrairement aux prescriptions de Delpech, de M. Strohmeyer et de l'école huntérienne, j'avais et j'ai toujours l'habitude, après la section des tendons, d'opérer immédiatement l'écartement des deux bouts, dans l'étendue d'un à plusieurs centimètres. Le résultat de cette pratique, commandée par la nécessité d'un allongement suffisant du tendon, est de provoquer un épanchement intermédiaire, qui trouble et empêche l'accomplissement de l'adhérence huntérienne. Cependant, à la faveur d'un procédé qui ferme hermétiquement la plaie à l'air, cette matière, qui n'est pas, je le répète, le ciment de l'inflammation adhésive, mais une masse intermédiaire qui peut s'étendre à plusieurs centimètres, ne suppure pas; elle continue, au contraire, et sans aucun temps d'arrêt, à partir du moment de l'épanchement, à présenter toutes les phases de l'organisation régulière d'un tissu nouveau; j'en ai conclu qu'à la place d'une réunion par première intention, matériellement impossible, il existe un travail d'un autre ordre, auquel j'ai donné le nom d'*organisation immédiate*, pour exprimer que les tissus qui en sont le siége enjambent d'emblée le processus des plaies qui suppurent, et deviennent immédiatement le siége du travail dont ces derniers ne sont le théâtre qu'après l'occlusion de leur surface par la membrane pyogénique. Voilà donc l'idée ou plutôt le fait qui sert de base à la théorie nouvelle de la plaie sous-cutanée. Voici maintenant le procédé opératoire qui correspond à la réforme de la théorie.

On a vu précédemment que le procédé huntérien ou de M. Strohmeyer réunit en une seule et même plaie l'ouverture cutanée et la section tendineuse. Le manuel opératoire de la méthode sous-cutanée vise, au contraire, à faire de ces deux sections deux plaies distinctes, non pas continues, mais séparées par un espace qui les rend indépendantes l'une de l'autre; non pas directes, mais placées l'une et l'autre à l'extrémité d'un conduit sinueux, qui rend entre elles toute communication difficile, si ce n'est impossible, de manière que si l'une suppure, l'autre puisse ne pas suppurer. Il suffit, en effet, d'observer attentivement toutes les particularités matérielles du véritable procédé sous-cutané pour se convaincre qu'il répond en tout et pour tout à l'idée et aux conditions de la méthode.

Soit un tendon à diviser: on fait à la peau qui avoisine le tendon un large pli qui la détache de celui-ci et soulève, en les distendant, les couches de tissu cellulaire comprises dans ce pli. A la base de ce pli, on pratique, avec un instrument à lame étroite, dit *ponctionneur*, une ponction qui pénètre jusqu'au tendon; par cette ouverture, le pouce et l'index maintenant toujours le pli, on introduit le ténotome à pointe et à talon mousses; on abandonne ensuite le pli cutané, on rabat la peau sur le talon de l'instrument et l'on divise le tendon; on retire ensuite l'instrument en prenant la précaution de ne pas agrandir ni son trajet, ni l'ouverture cutanée. Après l'opération, on expulse l'air qui a pu s'introduire dans la plaie, et on recouvre immédiatement cette dernière d'un morceau de diachilon gommé.

Il résulte de cette manœuvre trois circonstances principales qui constituent les caractères essentiels du procédé de la méthode sous-cutanée, en opposition avec le procédé huntérien, qui ne les présente pas:

1° La plaie cutanée est séparée de la plaie tendineuse par un espace celluleux, dont la longueur varie de 5 à 10 centimètres, suivant l'extensibilité de la peau et du tissu cellulaire;

2° Le trajet celluleux qui sépare les deux plaies est très-étroit; il n'est pas direct, mais sinueux, concave, par suite du retour à leur situation primitive des couches celluleuses soulevées dans le pli cutané et traversées dans cette situation par le ponctionneur;

3° Toute communication entre la plaie cutanée et la plaie tendineuse est empêchée par la pression atmosphérique et par suite du tassement élastique des lamelles celluleuses distendues par le pli: d'où l'on peut dire, suivant l'heureuse expression d'un de nos collègues, que la plaie tendineuse est *lutée*, absolument fermée à l'air.

Mais une circonstance plus générale et d'une signification plus élevée résulte de l'ensemble de ces vues et de ces particularités opératoires, c'est que, comme je l'ai dit plus haut, il n'y a pas seulement deux plaies distinctes et séparées, la plaie de la peau et la plaie tendineuse, mais il y a surtout ceci, que la plaie tendineuse, la plaie profonde, est la seule qui soit véritablement sous-cutanée et pour laquelle doive être réservée cette dénomination. L'Académie verra, par la suite de ce travail, que cette distinction n'est pas purement nominale; elle est, au contraire, fondamentale; elle exprime un ordre de faits à part, soit pour leurs caractères physiques, soit pour leurs caractères physiologiques, et elle est destinée à représenter une doctrine et des résultats complétement différents de ceux qu'on avait, sous la même dénomination, enseignés jusqu'alors.

Jusqu'ici je n'ai fait que raconter les préliminaires de la méthode sous-cutanée, que la dégager des obscurités, des méprises qui couvrent encore son berceau. Je n'ai fait que la dénommer, qu'en montrer l'application à la ténotomie; je vais maintenant la faire voir se constituant, la suivre dans ses développements, la théoriser, la prouver et la généraliser. C'est dire que je n'ai eu, par ce qui précède, d'autre prétention que d'établir entre l'Académie et moi une communauté de

langage; j'espère, par ce qui va suivre, établir une communauté de conviction.

§ II. **Constitution physiologique de la méthode.**

Reprenons les faits.

J'ai dit que, pendant plusieurs années, de 1835 à 1839, j'avais pratiqué un très-grand nombre, un nombre prodigieux de sections tendineuses. J'ai dit que, dans aucun cas, je n'avais jamais vu survenir d'inflammation suppurative. Ce fait, attesté par des centaines de témoins, par tous ceux qui ont suivi mes Conférences et mes opérations à l'hôpital des Enfants, transporté en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Amérique, vérifié depuis par des hommes qu'on avait mis en éveil contre cette prétendue exagération, a aujourd'hui le caractère et l'autorité d'un fait bien établi. A une pareille constance et à une pareille uniformité de résultats, il fallait une égale constance et une égale uniformité de cause. Quelle était cette cause? Je l'ai déjà dit et on le savait de reste, elle réside uniquement, à mes yeux, dans l'absence de l'action nuisible de l'air. Partant de cette idée, qui me venait de nos pères, j'avais réglé toutes choses en vue d'éviter le contact de ce fluide pendant et après l'opération. Mes instruments, mes procédés opératoires, tout, jusqu'à mon mode de pansement, était inspiré par cette vue étiologique, je ne dis pas le premier jour et en un jour, mais à mesure que l'expérience et mes convictions furent d'accord pour ne me laisser aucun doute à cet égard. Jusqu'où cette vue, cette théorie était-elle fondée? A ne considérer que les faits pratiques que je viens de rappeler, il y avait de quoi être encouragé à marcher en avant: la théorie avait inspiré la méthode, la méthode avait prouvé la théorie.

Sur ces entrefaites, que faisait la ténotomie huntérienne?

Ce qu'elle faisait? Elle répétait à l'envi, dans toutes les parties de l'Europe, la section empyrique du tendon d'Achille, du sterno-mastoïdien, de quelques autres tendons que le hasard lui suggérait comme des obstacles contre lesquels elle trébuchait dans sa marche claudicante et incertaine, à travers les obscurités de son diagnostic. Elle se faisait traîner à la remorque de la ténotomie étiologique, ralentissant la marche de cette dernière de toutes ses incertitudes, de toutes ses appréhensions; je dirai plus, de toutes ses oppositions: si bien qu'arrivées l'une et l'autre aux confins du domaine de la ténotomie pure, de la section tendineuse proprement dite, elles durent se séparer comme deux personnes antipathiques, comme deux ennemies irréconciliables. Mais de cette lutte, que l'Académie n'a oubliée ni dans sa violence, ni dans ses excès, je ne veux rappeler que ce qu'il faut pour marquer le point de départ d'un ordre de choses nouvelles, et en rechercher le caractère dans les idées et non dans les passions. La science, comme la politique, comme la religion, a ses moments de crise violente; mais, pour celui qui sait se placer assez haut et s'imposer assez de calme pour apercevoir la cause philosophique de la tourmente, il y a presque toujours une grande part à faire aux convictions de l'esprit. C'est à ces convictions seules que je veux faire allusion aujourd'hui, en me reportant à une époque qui a marqué le plus grand progrès de la méthode sous-cutanée, sa généralisation.

Pour que l'Académie aperçoive mieux le point de départ de la vraie méthode sous-cutanée, non pas de celle qui n'avait servi jusque-là que d'expédient à la ténotomie huntérienne, mais de la méthode sous-cutanée constituée par elle-même et pour elle-même, je lui demande la permission de lui rappeler les circonstances où elle est née, où elle a eu besoin de naître; car, on le sait, la plupart des découvertes sont le résultat d'un besoin, et la méthode sous-cutanée n'a pas échappé à cette loi.

Conduit par l'induction étiologique dont je parlais tout à l'heure, à considérer certaines déviations de l'épine comme le résultat de la rétraction des muscles du dos, j'avais résolu de leur appliquer l'opétion qui avait si bien réussi contre le pied-bot, et contre le torticolis, qui n'est lui-même qu'une variété, qu'un cas particulier des déviations de l'épine par rétraction musculaire. Mais j'étais retenu dans mon entreprise et par les appréhensions suggérées par la ténotomie huntérienne et par les complications graves que j'avais à affronter. Comment, en effet, n'être pas arrêté par la considération des parties nombreuses et délicates à traverser et à diviser, en voulant atteindre la totalité des muscles, des gouttières vertébrales. Il ne s'agissait plus d'un seul tendon et d'un tendon isolé, mais de vaisseaux et de nerfs en quantité assez considérable; d'une série de tendons glissant dans des gaînes; de masses musculaires renfermées dans des aponévroses; d'aponévroses larges et épaisses; le tout au voisinage des cavités thoraciques et abdominales et du canal rachidien, dont les émanations vasculaires et nerveuses préparaient à la communication des accidents des voies en apparence presque certaines. Il y avait au point de vue des notions acquises sur les plaies et leurs complications de quoi faire appréhender les dangers les plus réels. Ajoutons qu'il n'y avait pas à mettre à profit les ressources de la ténotomie huntérienne de la réunion immédiate, de l'adhésion entre les parties divisées pour éviter l'inflammation suppurative, puisque le but de l'opération était de substituer un allongement immédiat à la trop grande brièveté des parties à diviser; et cet allongement ne pouvait être obtenu qu'à la faveur d'un certain degré d'écartement des masses musculaires divisées, produit d'emblée. Il fallait donc, pour atteindre ce résultat à travers les difficultés et les périls dont il paraissait environné, des conditions d'exécution, des ressources et des garanties nouvelles. Ces conditions, ces ressources et ces garanties étaient là où les enseignements de la doctrine avaient placé les apparences d'un écueil presque certain. Cependant l'indication de couper les muscles du dos me paraissait trop évidente pour que je renonçasse à l'idée de cette opération.

C'est alors que, voulant me renfermer dans les limites de l'induction la plus rigoureuse, je crus ne pouvoir pas me contenter de la démonstration clinique de ma théorie de l'action de l'air appliquée à la ténotomie sous-cutanée, j'eus recours à l'expérimentation directe sur les animaux dans les conditions même que j'avais à reproduire chez l'homme. Ici, deux remarques préalables sont de toute nécessité. La première, c'est que la théorie huntérienne n'avait jamais songé à aller au delà de la ténotomie proprement dite; la seconde, c'est que, par ses échecs et par la doctrine qu'on lui a prêtée, il lui était interdit de sortir du cercle où elle s'était renfermée. Tout ce qui va suivre, soit en fait, soit en théorie, n'a donc plus rien de commun avec la ténotomie huntérienne.

J'instituai, non pas deux expériences, comme on vous l'a dit, en vertu de je ne sais quelle préoccupation, mais quatre séries d'expériences: deux séries chez les animaux et deux séries chez l'homme.

Mes premières expériences sur les animaux (j'extrais ces détails d'un ouvrage imprimé en 1841) furent tentées dans l'unique but de savoir quels accidents pourraient entraîner la section et l'excision des muscles de l'épine. Dans les uns, j'avais employé l'incision directe de la peau, que j'avais recousue ensuite; dans les autres, une simple ponction cutanée. Dans les deux cas, un épanchement plus ou moins considérable s'était formé sous la peau; il s'était en partie résorbé et avait donné lieu à l'organisation immédiate. Je pouvais croire que ces premiers et si rapides résultats tenaient à l'organisation particulière du chien, dont le sang jouit d'une placidité si remarquable. Je tâchai d'arriver aux applications de ces données, chez l'homme, par des tâtonnements gradués, et avec toute la prudence que commandait une pareille tentative; 25 cas de sections des muscles du cou, observés dans ce but, me conduisirent pas à pas au résultat que j'avais d'abord constaté chez les animaux. En effet, des plaies véritables, de 8 à 10 centimètres, intéressant des vaisseaux et des nerfs, provoquant et la douleur et un épanchement considérable de sang, avaient été suivies de cicatrisation et d'organisation immédiates. Il y avait eu séparation des parties divisées, et dans leur intervalle un épanchement, fluide d'abord, gélatiniforme ensuite, puis une consistance analogue à celle des parties environnantes.

Encouragé par ces deux ordres de résultats, je fis des tentatives plus hardies et plus décisives, destinées à marquer les limites extrêmes où l'on pouvait atteindre.

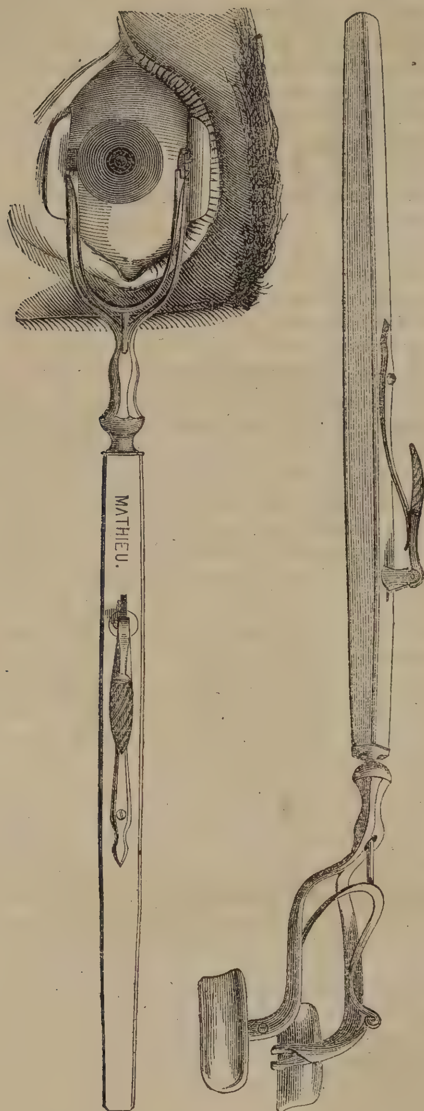
(*La fin au prochain numéro.*)

Addition à la séance du 3 février 1857.

Nouvel ophthalmostat. — M. le docteur A. DE SOUZA présente à l'Académie un nouvel *ophthalmostat*, avec une note dont nous extrayons le passage suivant:

« . . . . J'imaginai un ophthalmostat ayant le double avantage de fixer, par son propre ressort, les deux paupières à la fois, ainsi que l'œil. Les deux figures le représentent: l'une, l'instrument appliqué, l'autre, l'instrument vu en demi-profil. Il se compose de deux parties, à l'extrémité desquelles sont fixées deux petites plaques recourbées qui servent à fixer les paupières à 1 millimètre de distance; à la partie interne sont disposées deux petites pinces qui obéissent à un levier placé sur le manche; ces pinces sont destinées à fixer le globe de l'œil, l'élasticité des branches de l'instrument en permet l'application, même chez les individus dont l'ouverture palpébrale est très-étroite, l'application en est très-simple, et l'on peut, avec cet instrument,

pratiquer toutes les opérations qui réclament l'immobilité de l'œil, avec le secours d'un seul aide qui maintient la tête du malade.



« Cet ophthalmostat, exécuté d'après mes idées par l'habile fabricant de chirurgie, M. Mathieu, a déjà été employé avec succès par plusieurs chirurgiens. »

CORRESPONDANCE.

Maladies de la peau.

Nous insérons la lettre suivante, tout en regrettant que l'auteur n'ait pas tenu l'engagement qu'il avait pris en nous adressant la dernière. Nous croyons donc utile d'avertir nos honorables correspondants que ce serait abuser de la patience des lecteurs, que de prolonger une polémique sur laquelle tout le monde doit être suffisamment éclairé. — H. DE C.

Monsieur le Rédacteur,

Dans sa lettre du 14 février, M. Deffis revient sur une objection à laquelle je croyais avoir suffisamment répondu.

Il déclare positivement, à deux reprises différentes, que, dans la teigne tonsurante, l'épilation ne se fait pas d'elle-même.

M. Deffis est élève de M. Bazin; qu'il écoute son maître :

Séméiotique cutanée, par M. BAZIN.
(Paris, 1856, chez Plon.)

Page 94 : « Pourquoi ai-je rapproché des affections que vous trouvez si disparates? Parce que.... *toutes* ont pour but d'altérer et de détruire les cheveux, de *provoquer la chute des poils.* »

Un peu plus loin, *loco citato,* page 95, art. *Symptomatologie,* je lis :

« *Deuxième période : altération plus profonde des poils.* Enfin, la troisième commence avec la *chute des cheveux,* etc. »

Voilà pour les généralités de *toutes* les teignes.

Voyons la *teigne tonsurante.*

Toujours *loco citato* l'ouvrage de M. Bazin, page 98 : « Les poils se brisent spontanément...... *beaucoup d'entre eux sont déracinés et tombent.* »

Ainsi donc, M. Bazin et M. de Baerensprung sont bien d'accord.

Dans la teigne ou l'herpès tonsurant (puisque M. Deffis déclare que ces deux mots sont équivalents pour lui), l'épilation se fait d'elle-même.

Et l'assertion de M. Deffis?

Mon Dieu, une faute, une erreur de plus ou de moins, que lui importe. Il va plus loin, il trouve que la science peut en retirer des avantages.

Je le plains, s'il le comprend ainsi. Concluons donc :

1° Dans sa première lettre du 3 janvier, M. Deffis nous a mal cités et compris, M. de Baerensprung et moi;

2° Dans sa deuxième lettre, du 3 février, il s'est mal cité lui-même. Nous ne sommes pas sûr qu'il se soit bien compris;

3° Dans sa troisième lettre, du 14 février (comme nous aurions dû nous en douter dès le principe), il attaque son maître en voulant le défendre, et démontre qu'il ne l'a ni lu, ni compris. M. Deffis n'est donc pas un homme sérieux.

M. Deffis croit m'avoir enfin cité dans sa dernière lettre; il s'est donné assez de peine pour cela. Mais voyez un peu la force de l'habitude : il fait aller M. de Baerensprung à « la Halle », au lieu de la ville de Halle. Il n'y a vraiment pas moyen de garder son sérieux.

Veuillez agréer, etc. PAUL PICARD.

14 février 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro la fin de la lecture de M. GUÉRIN, ainsi que l'appréciation de ce travail.

— M. GARIN, dans un article très-bien pensé d'un des derniers numéros de la *Gazette médicale de Lyon,* exprime à juste titre le regret que, dans le dernier concours pour deux places de médecin à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il ne se soit présenté que deux candidats. Il est assez disposé à attribuer cette circonstance à l'insuffisance de la rémunération des médecins des hôpitaux de Lyon. Quoi qu'il en soit, le même inconvénient ne paraît pas devoir se présenter si tôt à Paris, où, pour deux places de médecin, nous avons vu (*Moniteur* du 12 février) que 41 candidats s'étaient fait inscrire, dont 38 ont répondu à l'appel.

— Un de nos honorables et spirituels abonnés de province et même de village nous donne des renseignements assez piquants sur le sans-façon de certains examens. Malheureusement, par le temps qui se promène, il ne serait pas prudent d'imprimer ces détails; nous les réservons donc dans nos archives, tout en engageant notre aimable correspondant à nous adresser le résultat de ses observations dont nous ferons notre profit, dans la mesure du possible.

— Le docteur DURAND-FARDEL reprendra, demain vendredi, à l'heure ordinaire, son Cours, qu'une indisposition l'avait forcé de suspendre.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 23. 5e année. Samedi 21 Février 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 20 février 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'éloge prononcé dans la séance annuelle de l'Académie n'ayant pas encore paru, nous nous voyons obligé de renoncer à en faire l'appréciation et à reprendre sans transition le cours des travaux ordinaires de l'Académie; la séance dont nous rendons compte aujourd'hui a été peu féconde en communications relatives aux sciences médicales.

La première de ces communications est de M. Giraud-Teulon, qui paraît avoir eu surtout, sinon exclusivement, pour but de démontrer que l'*intérieur* des cavités séreuses offre « *une légère infériorité de pression* relativement aux espaces cellulaires les plus voisins. » M. Giraud-Teulon annonce même que des expériences lui ont démontré l'exactitude de ces résultats théoriques. L'auteur n'ayant pas fait connaître ces expériences, nous aurons la réserve de ne pas les juger sans les connaître; mais nous exprimerons au moins la présomption qu'elles ne doivent pas être plus concluantes que celles (qui le sont fort peu) auxquelles M. Giraud les compare. Nous ajouterons, non comme présomption mais comme certitude, que l'extrait publié par l'auteur dans les *Comptes rendus,* serait jugé fort sévèrement si on lui appliquait la règle du poëte : ce qui se conçoit bien s'énonce clairement.

— La seconde communication, d'un caractère moins transcendant, est d'un honorable et habile praticien, qui a déjà doté la thérapeutique de plusieurs appareils utiles pour appliquer l'électricité; la nouvelle pince électrique ou *adénotribe* n'est qu'une modification, destinée à des cas spéciaux, de celle dont nous avons déjà eu l'occasion de signaler les avantages dans le traitement des engorgements ganglionaires.

— Des autres communications, celle sur laquelle nous devrions insister spécialement est la note de l'infatigable physiologiste, M. Brown-Séquard, qui, de l'exil qu'il a dû volontairement s'imposer et au milieu de soucis de la pratique à laquelle il a dû se livrer quand toutes ses aspirations tendaient à le retenir dans la science, continue avec le zèle le plus rare, des travaux commencés avec plus de gloire que de profit. Nos lecteurs ayant eu les prémisses de la nouvelle communication de M. Brown-Séquard, nous devons nous borner à la mentionner ici et à témoigner à l'auteur les vœux ardents que nous faisons pour que le nouveau monde récompense mieux que l'ancien tant de mérite et de dévouement.

H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Emphysème général du tissu cellulaire sous-cutané, chez un vieillard de 78 ans. — Guérison. — Réflexions,

Par M. le Dr H. Texier (de Villefagnan).

La direction que semble prendre, à l'Académie de Médecine, la discussion sur les kystes de l'ovaire, donne un intérêt d'actualité à l'observation suivante, qui démontre que le contact de l'air avec nos tissus sous-cutanés n'a pas toujours les fâcheux effets que quelques auteurs veulent bien lui attribuer.

Le nommé Bouchier (Jacques), dit *Belair,* âgé de 78 ans, demeurant au village de Marie, commune de Saint-Fraigne, d'une stature élevée, d'une constitution très-sèche, est atteint d'un emphysème vésiculaire remontant à plusieurs années; de plus, il est sujet à de fréquentes attaques d'épilepsie qui ne le font généralement pas tomber; elles sont constituées par des mouvements convulsifs des bras et des mâchoires, des mouvements particuliers des globes oculaires qui tournent dans leurs orbites; alors le malade perd le sentiment de ce qui se passe autour de lui pendant quelques secondes et tout est fini ; c'est une variété de ce que l'on a appelé les petites attaques.

Le 19 décembre 1852, dans la soirée, ce vieillard sortant de sa cuisine pour entrer dans un chambre voisine dont le plancher n'était pas encore posé, se laissa tomber la poitrine sur une solive. Quand on le releva, il ne put donner aucun renseignement sur les circonstances qui avaient accompagné sa chute, et il ne se plaignit de rien. On le mit cependant au lit, et quelques heures après on s'aperçut qu'il avait la joue droite un peu gonflée; en le découvrant on trouva une tumeur assez volumineuse au-dessous du sein du même côté. Je fus appelé aussitôt.

A mon arrivée, je constatai l'état suivant : la joue droite est considérablement tuméfiée, le gonflement descend au-dessous de la mâ-

choire inférieure, le cou y participe également; il est peut-être encore plus gonflé en proportion. La fossette sus-claviculaire a disparu et est remplacée par une saillie très-prononcée; mais la saillie la plus considérable est située un peu au-dessous du sein; elle a à peu près le volume des deux poings, seulement elle est aplatie. Son plus grand diamètre est d'avant en arrière; elle n'arrive pas aussi en avant que le mamelon; elle est donc surtout située vers la partie externe et postérieure du tronc; son bord supérieur s'élève un peu plus haut que le sein. Elle offre une crépitation très-manifeste au toucher, et on peut suivre cette crépitation depuis la tumeur jusqu'au cou et à la joue qui sont aussi très-crépitants. Entre cette tumeur et la clavicule, on constate cependant à peine de la tuméfaction.

La poitrine, explorée avec le plus grand soin, ne permet pas de constater le moindre signe de fracture.

A la percussion, on trouve un peu de sonorité vers la partie inférieure et surtout en avant.

A l'auscultation, on constate que le murmure vésiculaire s'étend un peu moins que de coutume, surtout à la base du poumon, où il est à peu près complétement nul; en revanche, on perçoit un bruit de crépitation sèche produit par le déplacement de l'air épanché dans le tissu cellulaire. J'ai perçu en outre, à plusieurs fois différentes, un petit *claquement sec*, une espèce de bruit de soupape que je n'entendais qu'une ou deux fois pendant dix ou quinze mouvements respiratoires.

Le pouls, un peu plein, bat 72 fois à la minute.

Au moyen de tous les signes que je viens d'énumérer, il n'était pas difficile de reconnaître un épanchement d'air dans le tissu cellulaire sous-cutané; ce qui m'étonnait, c'était l'absence de fracture.

Je me bornai à prescrire le repos absolu, des frictions sèches souvent répétées, sur les parties tuméfiées, et une potion opiacée à prendre par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure.

Le lendemain matin, je fus réappelé de très-bonne heure, la situation avait considérablement empiré: le malade n'avait plus forme humaine, l'emphysème était général, la tête extraordinairement volumineuse, l'air infiltré partout; mais il avait surtout dilaté les parties les plus riches en tissu cellulaire; c'est ainsi que chaque paupière était grosse comme une moitié d'œuf, le globe oculaire complétement recouvert (et la cécité ainsi produite n'effrayait pas peu le malade), les lèvres grosses comme des boudins, les joues bouffies en proportion; il n'y avait plus de ligne de démarcation entre le cou et la tête; le tronc n'avait pas été plus respecté par l'épanchement gazeux. Partout la peau était fortement soulevée par l'air et en plusieurs endroits distante de plus de 2 pouces des muscles sous-jacents. Là, comme à la face, les parties les plus riches en tissu cellulaire avaient été le plus infiltrées, ainsi le scrotum, ainsi le pénis. Les seules parties du corps où l'on ne put pas percevoir de crépitation étaient la plante des pieds et la paume des mains; mais elle existait encore à la face dorsale des doigts et des orteils. Il n'y aurait donc aucune exagération à dire qu'il y avait insufflation depuis le sinciput jusqu'à l'extrémité des pieds.

Dans cette situation, la respiration était extrêmement pénible, le malade étouffait, il ne pouvait garder de couvertures sur la poitrine; il attribuait à leur présence la gêne qu'il éprouvait de ce côté, la voix était éteinte; la peau du visage, des lèvres surtout, offrait une teinte violacée très-manifeste; la suffocation était imminente.

Le pouls n'avait point changé; il était seulement plus petit.

La position était difficile. J'avoue que je ne pensai point alors à porter mon attention du côté des phénomènes de l'auscultation. Saisissant aussitôt un trocart, je le plongeai dans la partie la plus saillante de la poitrine: il s'en échappa avec bruit une petite quantité d'air. Je promenai l'extrémité de la canule sous la peau pour déchirer le tissu cellulaire, mais l'air n'en sortait pas plus vite pour cela. Je malaxai avec les mains le voisinage de la canule, et j'obtins ainsi le résultat que je désirais: expulsion de l'air avec sifflement. Ce fut alors un véritable massage général: je pressais la peau sur un point, j'en chassais l'air; je le suivais de retraite en retraite, toujours en le dirigeant du côté de la canule, et lorsqu'il était arrivé auprès d'elle, je le chassais par une pression méthodique.

Quand j'eus ainsi débarrassé le tronc, ce fut le tour de la tête; j'allai d'abord presser sur les paupières, je fis cheminer vers les joues l'air qu'elles contenaient; des joues, je le chassai vers le cou, du cou vers le thorax et de là vers la canule. Après les paupières, je m'occupai des lèvres, puis des joues, etc.

Ces soins furent excessivement longs, et je ne pus arriver à mon but qu'en changeant la canule de place trois ou quatre fois, sans toutefois la plonger ailleurs que sur le thorax. Mais ce qui compliquait l'opération, c'est qu'à mesure que je chassais l'air, il en revenait d'autre; heureusement, je prenais des avances!

Au fur et à mesure que l'évacuation se faisait, la respiratian devenait plus facile.

Si j'abandonnais le malade seulement un quart d'heure, je le trouvais de nouveau tout soufflé; il lui fallait donc des soins de tous les moments.

Toute la journée se passa ainsi en massages continuels. Le soir, l'air parut revenir un peu moins vite, ce qui n'empêcha pas que deux personnes restassent toute la nuit à surveiller son arrivée et à le chasser constamment.

Le lendemain matin, je revis le malade; son état s'était beaucoup amélioré; il y avait bien encore un peu d'air épanché dans *tout le tissu cellulaire sous-cutané;* mais il y avait déjà deux heures qu'on n'en avait pas retiré. Je chassai encore ce que je pus, et l'on ne fut obligé de recommencer que deux fois dans la journée.

Examinant alors la poitrine, *à la percussion,* je trouvai un peu de matité en haut; *à l'auscultation,* un peu de faiblesse dans la respiration, une dilatation moins facile des vésicules pulmonaires, encore quelquefois le *bruit de claquement valvulaire* que j'ai déjà noté; mais aucun signe d'inflammation. Le pouls était à 78; le malade allait donc parfaitement.

Une fois que j'eus paré aux premiers accidents, je pensai qu'il fallait non-seulement chasser l'air, mais encore l'empêcher de revenir. Pour cela, je continuai toujours à faire prendre à mon malade, de demi-heure en demi-heure, une cuillerée à bouche de la potion suivante:

℞ Eau distillée de tilleul.	125	grammes.
— de fleurs d'oranger. .	5	—
Sirop diacode.	45	centigr.

M. A.

Je jugeai prudent de m'abstenir de l'éther et du chloroforme qui auraient pu provoquer la toux, et des préparations antimoniales qui auraient pu amener des évacuations abondantes ou des soulèvements d'estomac, toutes circonstances qui auraient retardé, sinon empêché la guérison. Je n'avais qu'un but, modérer la respiration et empêcher la toux; je l'atteignis avec cette potion, et je facilitai ainsi la cicatrisation du poumon en diminuant les chances du passage de l'air.

Restait encore une indication, celle d'empêcher le développement d'une inflammation ultérieure. J'y satisfis en prescrivant la diète légère, des boissons émollientes, en promenant souvent des sinapismes sur les extrémités, et en plaçant quinze sangsues sur la poitrine.

Après quarante-huit heures, l'épanchement d'air ne se reproduisait plus; six jours plus tard, on n'en retrouvait plus de traces, et mon malade aurait repris son genre de vie, encore assez actif pour son âge, si, par précaution, on ne l'en eût empêché. Il a vécu encore dix mois, et a fini subitement, sans que j'aie pu avoir de renseignements bien précis sur les causes présumées de sa mort; mais jusqu'à ses derniers moments, il n'avait jamais rien ressenti de son emphysème sous-cutané.

Réflexions. — Les réflexions que l'on pourrait faire au sujet de cette maladie sont très-nombreuses; je vais me borner aux principales, me réservant, du reste, de revenir plus tard sur ce sujet.

Peu de praticiens ont eu, je crois, l'occasion de rencontrer un pareil emphysème. Ce n'est pas, en effet, chez les adultes que d'habitude on rencontre cette maladie, du moins dans les conditions où elle s'est présentée à mon observation. Il n'est pas impossible pourtant de rencontrer l'emphysème du tissu cellulaire sous-cutané chez l'homme, et pour mon compte, je l'ai déjà observé deux autres fois depuis; mais dans les deux cas, il y

avait eu des violences extérieures très-fortes exercées sur le thorax, et c'était par suite de fractures de côte que les vésicules pulmonaires s'étaient déchirées. Dans un cas, le malade succomba quelques heures après l'accident; dans le second, il survécut; mais dans l'un comme dans l'autre, l'emphysème était borné à un seul côté du corps et avait son siége dans les mêmes parties que j'avais trouvées affectées, à ma première visite chez le malade dont je rapporte ici l'observation.

L'emphysème général du tissu cellulaire sous-cutané n'a jamais guère été observé que chez l'enfant. La rupture du poumon se produit le plus ordinairement à la suite des accès de toux, comme dans la coqueluche, ou par suite des violents efforts que font les petits malades en criant. Le mécanisme en est alors assez facile à comprendre; laissons parler M. Ozanam, qui s'est occupé spécialement de cette question : « Au milieu d'un violent « délire, pendant les accès d'une toux spasmodique très-forte, « ou sous l'influence de toute autre cause, l'enfant resserre la « glotte avec force, abaisse l'épiglotte sur l'ouverture du larynx, « et empêche ainsi la sortie de l'air, qui ne s'échappe que par « saccades, dans la toux, et par un jet très-délié, pendant les « cris aigus.

« Or, tandis que la glotte est ainsi presque fermée, l'enfant « presse avec ses côtes, et surtout avec le diaphragme, pour « diminuer la capacité de la poitrine, comprimer le poumon, et « chasser l'air par l'étroite ouverture du larynx.

« Il en résulte que le poumon, comprimé de dehors en de- « dans par le diaphragme et les côtes, de dedans en dehors par « l'air qui remplit les vésicules, finit par céder sur quelques « points, et les cellules dilatées se brisent en nombre plus ou « moins considérable (1). »

Il est probable que quelque chose d'analogue s'est passé chez mon malade; il est sans doute tombé pendant une de ses attaques d'épilepsie, la glotte se sera trouvée spasmodiquement resserrée pendant que l'épiglotte fermait plus ou moins exactement le larynx; de là obstacle à la sortie de l'air; d'un autre côté, les vésicules pulmonaires, déjà dilatées et amincies par l'emphysème préexistant, étaient faciles à déchirer. La chute a probablement refoulé les côtes à l'intérieur, sans dépasser toutefois les limites de leur élasticité naturelle; la capacité thoracique s'est dès lors trouvée rétrécie. La compression déterminée par les phénomènes ordinaires de l'expiration, a agi dans le même sens, et toutes ces causes réunies comprimant l'air retenu dans le poumon, ont fini par produire la rupture de quelques vésicules, résultat d'autant plus facile à obtenir que celles-ci y étaient prédisposées par l'amincissement de leurs parois.

La porte une fois ouverte, l'air s'y est précipité, a décollé la plèvre, a formé une vaste ampoule qui aurait eu de la tendance à s'accroître indéfiniment, s'il ne se fût frayé un passage par ailleurs. Pour sortir de la poitrine, il aura suivi les gaînes des vaisseaux pulmonaires, et « comme le tissu cellulaire qui en- « toure ces vaisseaux est beaucoup moins ferme, moins résis- « tant que le tissu du poumon, l'épanchement aérien s'y ouvre « un facile passage.... En suivant les gaînes cellulaires, l'air « arrive peu à peu derrière les bronches, s'infiltre derrière la « trachée, et sort ainsi de la poitrine, comme les vaisseaux, « sans avoir rompu la plèvre. Par la même voix, le fluide re- « monte derrière le larynx et le pharynx, puis il vient appa- « raître sur les côtés du cou et dans les cavités maxillo-zygo- « matiques; il décolle la graisse qui tapisse et remplit cette « cavité, la refoule de toutes parts, et soulève la peau des joues « sous forme d'une tumeur lisse, arrondie, oscillante. » (Ozanam, *loco citato*.) De la joue, l'épanchement d'air a gagné successivement le cou, la poitrine et tout le reste du corps.

Une particularité très-intéressante de cette observation, c'est le ***bruit de claquement sec*** que j'ai perçu plusieurs fois, et qui n'a, que je sache, été signalé encore par personne. Il est très-facile de s'en rendre théoriquement compte : par suite de la dilatation de la cavité thoracique, au moment de l'inspiration, l'air se précipite dans les poumons et arrive jusque dans leurs dernières vésicules. Si l'une de celles-ci est déchirée, il refoule les lèvres de la solution de continuité, surtout s'il se trouve un peu comprimé, et il sort par l'ouverture accidentelle qu'il rencontre; c'est un mécanisme de soupape s'ouvrant de dedans en dehors et se fermant en sens contraire. — Au moment de l'expiration, l'air est chassé du poumon à l'extérieur. Celui qui est épanché en dehors des vésicules a de la tendance à sortir comme l'autre; mais en se refoulant vers l'ouverture, il entraîne les lèvres de la déchirure, qui viennent lui fermer ainsi le passage. C'est le choc de celles-ci sur la vésicule plus profonde qui détermine le bruit particulier de claquement que j'ai perçu.

Mais si l'air épanché à la première inspiration qui a suivi la déchirure, ne peut pas sortir à l'expiration, comme la capacité thoracique est alors diminuée, il se trouve comprimé, son volume doit devenir moindre, sa tension plus grande, à moins toutefois qu'il ne trouve à côté de quoi élargir l'espace qui le retient. C'est ce qui a lieu, en effet. Par suite de son surcroît de tension, il décolle une petite étendue de la plèvre.

A l'inspiration suivante, au moment où la capacité du thorax se trouvera augmentée, la tension de l'air épanché sera moindre, puisque l'espace qui le renfermait à l'inspiration précédente est plus grand. Une nouvelle quantité d'air pourra donc s'ajouter à la première.

A l'exposition suivante, cet air étant de nouveau comprimé sans pouvoir sortir, augmentera de tension et élargira le champ qui le retient; de là un nouveau décollement, et ainsi de suite à chaque inspiration et à chaque expiration.

Avec cette théorie se trouve expliqué le mécanisme du décollement de la plèvre, de la déchirure du tissu cellulaire qui entr'ouvre les vaisseaux du poumon, de l'épanchement d'air dans tout le tissu cellulaire sous-cutané, et enfin la raison d'être de ce bruit de soupape que j'avais entendu plusieurs fois et que j'ai retrouvé encore chez un autre de mes malades atteint de la même affection. L'intermittence de ce bruit tient uniquement à ce qu'il n'y a pas sortie de l'air à toutes les inspirations.

Au point de vue du pronostic, cette observation est encore excessivement curieuse. Ordinairement, les malades succombent avant que l'emphysème soit général. En présence des symptômes que j'ai observés, on aurait pu croire à une mort prochaine, tant il devait y avoir de désordres partout. Il n'en a rien été fort heureusement, et la guérison n'a pas été retardée par le plus léger symptôme inflammatoire.

Et cet épanchement d'air si généralisé, ne devait-il pas amener des accidents redoutables? *A priori*, beaucoup de praticiens en auraient conçu des inquiétudes sérieuses. La résorption en a été pourtant très-rapide! Le contact de l'air avec nos tissus n'est donc pas aussi à redouter qu'on pourrait le croire tout d'abord.

Par quel mécanisme s'est opérée la guérison? Ici nous ne pouvons avoir que des présomptions. Le traitement que j'ai fait suivre avait pour but d'empêcher la toux et de modérer la respiration. Le malade étant très-calme, la respiration peu profonde, il est croyable qu'un léger épanchement de lymphe plastique se sera fait dans les vésicules déchirées, aura réuni leurs bords, empêché le passage de l'air, qui n'avait pas une très-grande tendance à sortir, parce que le foyer était déjà rempli par l'air épanché et peut-être aussi par un peu de lymphe. L'organisation de ces produits plastiques a maintenu le rapprochement, et la guérison s'est trouvée complète.

(1) *De la rupture pulmonaire chez les enfants, et de l'emphysème général qui lui succède*, in *Moniteur des Hôpitaux*, t. II, p. 191.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Fracture de l'occipital. — Contusion et commotion du cerveau. — Phlegmon consécutif du cuir chevelu. — Suppuration du cerveau. — Mort,

Par M. le Dr Joly, de Bruxelles.

H. W...., âgé de 59 ans, adonné à l'ivrognerie, après une copieuse libation de genièvre, se prit de querelle avec un de ses compagnons de table. Celui-ci, obsédé par les paroles et les gestes menaçants de W...., le repoussa, et W.... alla tomber à la renverse, la tête heurtant assez violemment le sol carrelé. Au moment même de sa chute, il fut étourdi, et un peu de sang s'échappa par les narines. Peu à peu, il se remit de son premier étourdissement, se releva, et enfin fut conduit, au bras d'un voisin, jusqu'à son domicile. Chemin faisant, W.... causa constamment avec toute la lucidité que comportait son état d'ébriété.

Le lendemain, il fut obligé de garder le lit. Voici les symptômes que reconnurent plusieurs médecins appelés sur-le-champ : comme lésion locale, il n'y a qu'une légère excoriation à l'occiput ; comme symptômes généraux, on remarque un coma des plus prononcés ; les pupilles sont fixes et largement dilatées ; il existe des mouvements automatiques dans tous les membres ; le malade ne peut proférer une parole ; la déglutition des boissons est facile quand on introduit une cuillerée de liquide entre les dents ; il y a expulsion involontaire des excréments et des urines. On institua immédiatement un traitement antiphlogistique des plus énergiques; aux évacuations sanguines, on ajouta une révulsion énergique sur le tube intestinal, et quinze jours après l'accident, le blessé se trouvait dans un état satisfaisant. En effet, il put se lever, s'habiller, et alla s'asseoir au foyer d'une chambre voisine, où il s'amusa à tisonner le feu en causant avec les personnes qui s'y trouvaient. Rien dans son attitude ni dans sa manière de parler ne décélait ses souffrances passées et encore moins ses souffrances présentes. W.... causait avec facilité, lucidité, et faisait preuve d'une excellente mémoire. Dès ce moment, une alimentation légère fut permise au malade ; tout allait pour le mieux ; on espérait un prompt rétablissement, quand, tout à coup, il succomba pour ainsi dire subitement le dix-neuvième jour de l'accident.

Autopsie pratiquée le surlendemain de la mort. — En disséquant le cuir chevelu, on découvre sur la partie postérieure de la tête un phlegmon diffus qui s'étend dans toute la région occipitale et cervicale postérieure ; il existe dans cette région deux ulcérations d'une étendue d'environ 2 centimètres carrés. L'incision des téguments crâniens laisse suinter une quantité considérable de pus qui se trouve comme infiltré dans l'épaisseur des tissus. Le crâne, entièrement dénudé, ne présente rien d'anormal. La calotte osseuse, enlevée par un trait de scie, fait reconnaître un engorgement prononcé de tout le système veineux méningien. Vers l'apophyse crista-galli, le sinus longitudinal est considérablement dilaté et forme une poche remplie d'un sang noir en décomposition et mêlé à des gouttelettes de pus bien caractérisé. Les extrémités antérieures des hémisphères cérébraux sont réduits à l'état de putrilage ; cette profonde désorganisation de la substance cérébrale s'étend, à la profondeur de 3 à 4 centimètres, dans les lobes, et doit être considérée comme résultant de l'inflammation consécutive à la contusion du centre nerveux. Une sérosité abondante remplit les différents ventricules et le canal rachidien. Aussi longtemps que les os du crâne restèrent ouverts, d'un côté, par le péricrâne, de l'autre, par la dure-mère, il fut impossible de découvrir la moindre lésion osseuse ; mais après avoir raclé ces membranes et mis ainsi les os à nu, on découvrit une fêlure de l'occipital, s'étendant depuis la tubérosité externe de cet os jusque dans le grand trou. A ce dernier endroit, il existait un épanchement de sang qui se continuait dans le ligament occipito-altoïdien.

Cette observation prouve une fois de plus que l'on ne saurait mettre assez de réserve dans le pronostic des lésions traumatiques de la voûte crânienne. En effet, alors qu etous les accidents résultant de la commotion cérébrale sont dissipés, alors que l'état du blessé permet de concevoir les plus belles espérances d'un prompt rétablissement, il peut exister dans la profondeur de la boîte crânienne des désordres très-graves. Ces lésions, qui ne se dénoncent par aucun trouble fonctionnel de l'organe important où ils siégent, échappent à tous nos moyens d'investigation et viennent, tôt ou tard, se révéler par la mort subite du patient. (*Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 février 1857.

Présidence de M. Geoffroy St.-Hilaire.

Physique physiologique. — M. Giraud-Teulon adresse un mémoire intitulé : *De la pression atmosphérique avec l'organisme vivant.* La citation suivante donnera une idée de son caractère et de son but :

« La nécessité où sont les feuillets séreux opposés de ne point se séparer, mais seulement de ne point glisser l'un sur l'autre, pendant le mouvement des viscères, devait amener *pour conséquence une légère* infériorité de pression à *l'intérieur* de ces cavités, relativement aux espaces cellulaires les plus voisins. »

L'auteur parle d'expériences qui *confirment ces résultats théoriques,* mais il ne les rapporte pas dans l'extrait de son travail, imprimé par les *Comptes rendus.*

Anesthésie de la vessie. — M. R. Philipeaux adresse la note suivante :

L'anesthésie de la vessie, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, n'a été jusqu'à ce jour le sujet d'aucun travail : confondue par les auteurs avec la paralysie proprement dite du réservoir urinaire, elle a passé inaperçue à ceux qui ont fait une étude spéciale des maladies de la vessie. On ne trouve, en effet, dans la science, qu'une observation ayant pour titre *Anesthésie de la vessie.* Cette observation, recueillie par M. le docteur Duchenne, de Boulogne, est consignée dans son *Traité sur l'électrisation localisée* (p. 761). Le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie est destiné à combler cette lacune.

Après avoir indiqué les signes de l'anesthésie vésicale, j'insiste surtout sur son véritable symptôme pathognomonique, l'absence de la douleur sous l'influence de l'électricité localisée dans la vessie, et je cherche à prouver ensuite que la méthode d'investigation qui a servi à la reconnaître procure les résultats les plus favorables lorsqu'elle est appliquée au traitement de cette affection.

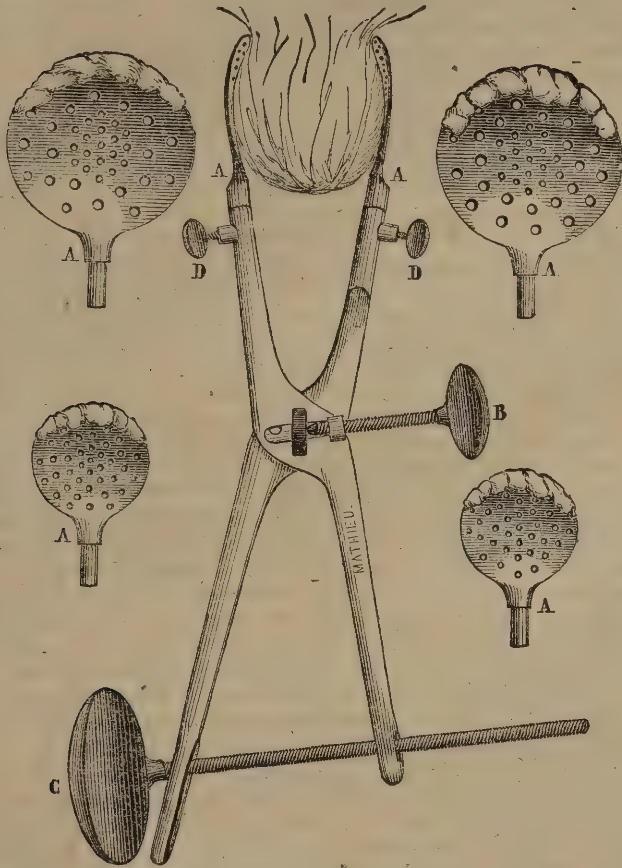
Je saisis en même temps cette occasion pour vous prier de remercier en mon nom l'Académie de l'encouragement qu'elle vient de m'accorder pour mes études sur les caustiques.

Électricité médicale. — M. Boulu adresse la description suivante d'un *nouvel appareil à électrisation médicale :*

Parmi les divers instruments destinés à l'application médicale de l'électricité que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, se trouvait une *pince électrique* qui a pour objet de saisir et de presser les tumeurs lymphatiques à travers lesquelles on veut faire passer un courant électrique. Mais pour que ce courant produise les effets résolutifs que j'en ai souvent obtenus, il est nécessaire non-seulement qu'il agisse sur une surface aussi grande que possible relativement à la tumeur, mais encore que la tumeur elle-même ne soit pas trop dure; lorsque la dureté est considérable, il est nécessaire de la malaxer, de la broyer presque avec la pince électrique avant d'y faire passer les courants résolutifs.

La pince que j'ai déjà présentée à l'Académie était insuffisante pour obtenir ce broiement lorsqu'il s'agissait de tumeurs trop volumineuses. C'est pour les cas de ce genre que j'ai fait construire le broyeur électrique, sur lequel j'ai l'honneur d'appeler la bienveillante attention de l'Académie.

A l'aide de cet appareil auquel j'ai donné le nom d'*adénotribe électrique*, j'ai pu, en quelques séances, obtenir un commencement de résolution d'une tumeur lymphatique très-volumineuse et très-dure, datant de quinze ans, et qu'on avait déjà traitée inutilement par différents moyens. Le malade qui porte cette tumeur a été présenté à la Société médicale du Ier arrondissement; l'amélioration déjà obtenue a été constatée, et tout permet d'espérer qu'il arrivera à une guérison complète.



L'*adénotribe* est d'ailleurs un instrument de la plus grande simplicité. La simple vue de la figure ci-jointe en donne déjà une idée presque suffisante. Il se compose d'une sorte d'entérotome présentant les modifications suivantes :

1° Les mors plats ou palettes A sont mobiles en D, de façon à ce qu'on puisse en adapter aux branches de plus ou moins larges, suivant le volume des tumeurs qu'on veut broyer et électriser;

2° Ces mors ou palettes sont percés de trous pour éviter qu'ils ne glissent sur la tumeur;

3° Sur un pivot à coulisse presse à volonté une vis B, qui se visse dans un anneau de la branche femelle de l'adénotribe, qui permet de donner, à la force interne des branches et par conséquent des mors de l'instrument, une direction parallèle ou oblique. De cette façon, la tumeur peut être pressée plus ou moins sur certains points, suivant qu'on le juge nécessaire; on peut, même quand elle n'est point pédiculée, la presser énergiquement à la base, ce qui n'est pas possible avec une pince ordinaire. Les branches et les mors de l'adénotribe sont assez résistants pour obtenir un véritable broiement, quoique la résolution n'exige jamais que l'on pousse à ce degré la pression des tumeurs.

Je suis redevable de la parfaite réalisation du but que je me suis proposé en imaginant cet appareil, à l'habileté bien connue de M. Mathieu, à qui je me plais à rapporter la part qui lui revient.

Anatomie. — M. Ch. MARTINS adresse une note sur la *torsion de l'humérus*, tendant à démontrer que cette torsion a pour but de changer le sens de la flexion du membre supérieur, comparée à la flexion du membre inférieur.

Physiologie des capsules surrénales. — M. BROWN SÉQUARD adresse une note que nous avons déjà publiée. (Voir *Monit. des Hôp.*, n° 18, 10 fév.)

Anatomie des reins. — M. MARTONE adresse une observation de fusion des deux reins, que les *Comptes rendus* ne font que mentionner.

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
du 17 *février* 1857.

DISCUSSION SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

(Suite du discours de M. GUÉRIN.) (1)

Je fis dans ce but deux nouvelles séries d'expériences chez les animaux et chez l'homme.

Chez les animaux, je divisai le même jour, à la même heure, toutes les masses musculaires de l'épine en différents endroits, toutes les aponévroses, tous les muscles, vaisseaux, nerfs de la cuisse, depuis la peau jusqu'au fémur. Il en est résulté des épanchements énormes et la paralysie. Ces opérations, répétées un grand nombre de fois, et notamment en présence de MM. Roux, Savart et Flourens, ont presque toujours réussi; c'est-à-dire que, dans l'intervalle des parties divisées, il s'est fait un épanchement des plus considérables, lequel, après s'être en partie résorbé, s'est organisé sans la moindre trace de suppuration.

Ces expériences, en quelque façon collectives, ont été reprises ensuite en détail. Les tendons, les muscles, les ligaments, les vaisseaux, les nerfs, ont fait l'objet d'autant d'expériences spéciales, dans le double but de confirmer le fait général de l'organisation immédiate, commun à tous les tissus, et d'étudier ensuite toutes les particularités de cette organisation par rapport à chaque tissu en particulier. Mais jusqu'ici il ne doit être question que du fait général de l'absence de suppuration dans les sections sous-cutanées des masses musculaires chez l'homme. C'est, en effet, ce que j'ai constaté directement.

Il n'est plus nécessaire aujourd'hui d'énumérer les cas particuliers J'ai fait tant de fois la section des muscles du cou, de l'épine, de la poitrine, des fesses, des membres, que je puis me borner à en rappeler le résultat physiologique général. A l'exception de deux fois sur des milliers de cas, une fois au début de mes opérations de myotomie (qu'il ne faut pas confondre avec mes opérations de ténotomie, dont aucune n'a suppuré), une seconde fois, beaucoup plus tard, mes opérations n'ont jamais produit le moindre accident de suppuration. Ce fait a incontestablement la portée d'une vaste et large expérience; aussi m'a-t-il servi de point de départ assuré à la généralisation physiologique de la méthode, généralisation que j'ai exprimée comme il suit :

« *Toutes les plaies pratiquées sous la peau, quels que soient leur* « *siége, leur étendue et la nature des tissus divisés, participent à la* « *propriété des plaies sous-cutanées des tendons, c'est-à-dire qu'elles* « *ne s'enflamment ni ne suppurent, et s'organisent immédiatement.* »

Ce fait général de l'innocuité des plaies sous-cutanées, ou si vous voulez, cette loi, ne comprenait encore que les tissus. Je l'ai bientôt étendue aux cavités closes de l'économie. Avant la méthode sous-cutanée, tout le monde sait de quels dangers étaient entourées les plaies pénétrantes du thorax, de l'abdomen, des cavités articulaires. Ces dangers sont réels, en effet, quand les plaies sont pénétrantes sans être sous-cutanées. Or l'expérimentation physiologique sur les animaux et l'expérimentation clinique chez l'homme m'ont permis d'étendre la loi de l'immunité des tissus aux cavités, de telle façon que les plaies pénétrantes crâniennes, thoraciques, abdominales, articulaires, quelle que soit leur étendue, sont tout aussi inoffensives que les plaies tendineuses et musculaires, pourvu qu'elles réunissent les conditions de l'innocuité de ces dernières, et qu'aucune complication étrangère ne vienne troubler la loi de leur immunité constante et générale.

Ai-je besoin de rappeler toutes les expériences que j'ai faites et répétées dans ce but? Ai-je besoin de dire que j'ai lu, le 4 mai 1840, à l'Académie des Sciences, un mémoire sur cette question spéciale, dans lequel sont consignées les expériences que j'ai pratiquées pour établir ce point délicat et assurer à la méthode sous-cutanée cette partie si importante de son domaine? Qu'ajouterai-je de plus? Qu'un nombre considérable d'opérations cliniques sont venues joindre leur témoignage à celui de l'expérimentation physiologiques. Mais déjà la plupart de ces faits sont entrés dans la pratique usuelle, en perdant presque la trace de leur origine, et comme s'ils avaient existé de tout temps. Je n'insiste donc point davantage sur ce point.

---

(1) Le discours de M. Guérin se trouvant beaucoup plus long que nous ne l'avions présumé, nous sommes encore obligé d'en remettre au prochain numéro la fin et l'appréciation. (*Note du Rédacteur*)

Arrivé à cette partie de ma tâche, j'éprouve le besoin de la résumer, de la caractériser dans ce qu'elle a de plus significatif.

Jusqu'ici je n'ai fait que rapporter et réunir des faits, des expériences, des observations et des résultats. Il n'a été question des théories que comme indications et motifs des faits. Je n'ai discuté ni voulu démontrer l'action nuisible de l'air sur les plaies; je n'ai fait que l'indiquer et la réserver.

En procédant de la sorte, en dégageant le fait de la théorie, j'ai voulu montrer le premier dans ce qu'il a d'original et de positif, et n'en pas subordonner la certitude à ce que la seconde peut avoir encore aux yeux de quelques personnes d'hypothétique, de discutable et d'incertain : non pas que, dans mon esprit comme dans la réalité, l'une puisse exister sans l'autre; non pas que l'une, comme principe, n'ait inspiré l'autre comme moyen ; non pas que l'application puisse être parfaite autrement qu'à la condition d'observer incessamment et d'incarner, en quelque façon, le principe dans le moyen ; mais en dégageant, pour la discussion, le fait de la théorie, j'ai voulu mettre l'Académie à même de mieux apprécier le degré de nouveauté et d'originalité de l'un et de l'autre : car s'il est vrai, comme l'a établi la loi sur les inventions, que l'on doive considérer séparément dans les découvertes et les inventions, l'idée, le moyen et le résultat, l'Académie pourra, comme la loi, apprécier les moyens et le résultat qui caractérisent la méthode sous-cutanée, à part de la théorie qui les a suggérés, sauf à les relier plus tard pour lui représenter la conception véritable et complète de la méthode. A ce point de vue tout positif, il me paraît que la première partie de ce travail peut se résumer comme il suit :

1° Avant l'établissement de la méthode sous-cutanée, divers auteurs, depuis Delpech jusqu'à M. Strohmeyer, avaient eu recours, pour la section des tendons, à un procédé opératoire incomplétement sous-cutané, sans autre but que d'assurer à cette opération spéciale le bénéfice d'une cicatrisation la plus favorable possible au libre exercice du mouvement de la partie redressée ; le caractère physiologique de cette opération est une application à la section des tendons du principe de la réunion immédiate au moyen de l'inflammation adhésive, et son résultat une alternative empirique de cicatrisation immédiate et de suppuration : d'où il est rigoureusement permis de conclure que le but, le moyen et le résultat, caractérisant cette première évolution du procédé sous-cutané, employé comme expédient de la ténotomie, ne pouvaient être considérés comme une émanation ou application d'une méthode qui n'existait pas, et ne permettaient pas de songer à l'étendre au delà de cette opération.

2° La méthode sous-cutanée, constituée par elle-même et pour elle-même, est servie par un manuel opératoire, dans lequel tout est calculé pour produire une plaie sous-cutanée parfaitement distincte et séparée de la plaie tégumentaire, et pour affranchir la plaie sous-cutanée de toute communication avec l'air extérieur. Cette combinaison du but et du moyen de la méthode a pour résultat immédiat d'affranchir sûrement la plaie sous-cutanée de toute inflammation suppurative et de donner lieu à un genre de travail de réparation différant matériellement de la réunion adhésive de Hunter.

3° A la faveur de son manuel opératoire, de l'immunité certaine de ses applications et du fait physiologique de l'organisation immédiate, la méthode sous-cutanée a pu constituer d'emblée une méthode chirurgicale nouvelle applicable à toutes les opérations qu'il a été possible d'exécuter sous la peau, quelles que fussent leur profondeur, leur étendue et la nature des tissus divisés.

4° Finalement, la méthode sous-cutanée, munie d'instruments appropriés, a pu s'étendre avec la même immunité à l'ouverture de toutes les cavités naturelles et accidentelles de l'économie, soit pour en extraire, soit pour y introduire des liquides étrangers à l'organisme.

En un mot, la méthode sous-cutanée, ramenée à sa dernière expression comme fait, a établi que les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, et elle a fourni le moyen d'atteindre sûrement ce résultat.

Ces quatre propositions n'expriment que des faits vrais, positifs, et vrais seulement par l'expérience qui les constate. Que sont-ils par rapport à la méthode sous-cutanée? si ce n'est un fait physiologique, constitué, prouvé et généralisé dans son caractère purement expérimental : c'est-à-dire la constitution et la généralisation physiologique de la méthode.

§ III. Théorie de la méthode sous-cutanée.

La théorie de la méthode sous-cutanée, c'est sa raison d'être, sa cause, ce par quoi elle a été inspirée, réglée, assurée et généralisée. Cette cause, on la connaît; elle a été nommée vingt fois dans le cours de ce travail ; elle en ressort comme une conséquence. Aussi importe-t-il moins de la démontrer d'une manière générale que de préciser son mode d'action et de l'étudier dans ses applications diverses. Posons néanmoins les termes de la discussion.

Les plaies sous-cutanées ne suppurent pas; elles doivent ce privilége à l'*absence du contact de l'air*. J'ai dit que le travail de réparation immédiate dont elles sont le siége est le résultat d'un ordre de phénomènes à part, de l'*organisation immédiate :* voilà les deux propositions fondamentales de la théorie, c'est-à-dire deux termes représentés, l'un par une cause mécanique, le *contact de l'air*, l'autre par une cause physiologique, l'*organisation immédiate*.

Examinons ce que l'on disait, ce que l'on savait et ce que l'on dit et ce que l'on sait aujourd'hui à ce double égard.

Si je m'étais tenu à ces deux énoncés comme vues spéculatives, on aurait pu les contester, et elles auraient eu le sort de toutes les opinions qui s'entrechoquent et se contredisent dans la science. L'idée de faire jouer un rôle à l'air dans le développement de phénomènes inflammatoires n'est pas nouvelle ; mais, on l'a vu, l'opinion contraire est aussi ancienne. A une affirmation très-peu nouvelle, on aurait donc répondu par une négation qui ne l'est pas davantage; et c'est ce qui est arrivé. Si la question de priorité ne se doublait pas de l'intérêt de la question historique, il y aurait à peine lieu de s'en occuper; car qu'est-ce que cela fait pour le mérite de la méthode sous-cutanée qu'on se soit occupé ou non du principe dont elle émane, si ce principe avait été contredit et abandonné pour défaut de preuves, et si cette méthode, en tant que conséquence de ce principe, ne pouvait pas être nouvelle, originale, malgré l'ancienneté de ce principe? Mes contradicteurs ne le remarquent peut-être pas assez : la méthode sous-cutanée, quoique émanant de l'idée que le contact de l'air est un agent de la suppuration, n'était pas nécessairement contenue dans cette idée, ou, si elle s'y trouvait implicitement, il fallait la trouver, l'en dégager. Comme la plupart des découvertes, elle se rattache nécessairement à quelque chose qui existait et qu'on savait; mais c'est un anneau de plus ajouté à la chaîne. Quoi qu'il en soit du rapport de la méthode sous-cutanée avec ce que l'on affirmait ou niait de l'action pathologique de l'air, ce qu'il importe d'établir, c'est le caractère véritable de cette action.

S'agit-il de l'action momentanée, prolongée ou permanente de l'air? En ce qui concerne la méthode sous-cutanée, aucune équivoque ni méprise ne sauraient exister. La critique a déjà voulu, à plusieurs reprises, la mettre en contradiction avec elle-même; mais on a montré jusqu'à l'évidence, par tout ce qu'elle a fait, dit et écrit depuis bientôt vingt ans, qu'elle n'a jamais varié dans son opinion : pour la méthode sous-cutanée, il ne s'agit pas du contact passager ou plus ou moins prolongé de l'air, mais de la communication non interrompue des plaies avec l'atmosphère. Là est la condition absolue du résultat absolu. Ainsi posée, la question est presque résolue, ou elle est si près de l'être que, de l'aveu même de mes contradicteurs, toute plaie en contact permanent avec l'air doit nécessairement suppurer, et il n'y aurait aucun mérite à prouver une telle vérité : arrêtons-nous-y cependant.

Hunter, que l'on peut considérer comme le grand arbitre de cette difficulté, n'hésite pas à déclarer que l'air n'est pour rien dans la différence des phénomènes propres aux plaies *exposées* et aux plaies *non exposées*. Il ne faut donc pas confondre ces deux choses connexes, mais essentiellement différentes : le fait de la suppuration constante des plaies exposées, et le fait de la suppuration comme résultat de l'action de l'air sur les plaies. Si mes contradicteurs admettent sans conteste l'opinion opposée à celle de Hunter, il n'y a plus rien à ajouter pour en démontrer l'évidence ; mais si, comme c'est le fond de leur pensée, la suppuration ne résulte pas de l'action de l'air, il convient d'insister, car tel est bien le fait initial à établir dans la discussion qui nous occupe. La suite de ce débat prouvera, du reste, que cette distinction est aussi indispensable qu'elle est essentielle.

Or, que savait-on de l'action de l'air comme cause de la suppuration des plaies? Il n'y avait à cet égard que des assertions, que des opinions, que des contradictions. Les citations produites par la critique dispensent d'insister à cet égard. Il n'y avait donc que des opinions contradictoires. Que fallait-il pour établir d'une manière irréfragable que le contact permanent de l'air est l'agent direct de la suppuration? Il fallait deux choses : une démonstration expérimentale du fait et une démonstration rationnelle. Quelques mots d'explication sur ces deux points montreront clairement à tous où l'on en était et où l'on en est encore aujourd'hui.

Quand on disait naguère que le contact de l'air était l'agent de la

suppuration, comment le prouvait-on? En montrant que toutes les plaies exposées suppurent. La coïncidence constante de ces deux faits et leur invariable succession avaient permis de conclure que l'un est le résultat de l'autre. Mais, ai-je besoin de le faire remarquer, le caractère de cette démonstration, c'était l'empirisme, le *post hoc, ergo propter hoc*. C'est ce qui a permis à la contradiction de s'exercer, depuis Hippocrate jusqu'à Hunter, et de soutenir que la coïncidence et la succession de ces deux faits ne voulaient pas dire nécessairement que l'un fût contenu dans l'autre, que l'un fût la cause de l'autre. Or, que fallait-il pour changer cette présomption empirique en certitude rationnelle? Il fallait reproduire expérimentalement ces deux faits, les enchaîner à l'aide de caractères étiologiques, montrer qu'outre leur coïncidence mieux établie, il existe entre eux des faits intermédiaires qui en dévoilent la liaison, la subordination. Ce n'est qu'à ce prix qu'on a pu maintenir à l'air son influence comme cause, et à la suppuration son caractère comme effet. Or, c'est la méthode sous-cutanée elle-même qui a produit l'élément de ce progrès.

En effet, lorsqu'à l'aide d'un procédé plus parfait, on est parvenu à affranchir constamment les plaies de toute inflammation suppurative, on a doté la théorie d'une véritable démonstration directe, reproduisant à volonté par l'expérience le résultat de l'observation. On a refait artificiellement ce qu'on avait induit. Mais on a été plus loin. Les suppurations observées à la suite des sections de tendons irrégulières, c'est-à-dire avec un procédé direct, laissant dans beaucoup de cas l'air pénétrer librement et constamment, ces suppurations ont été la contre-épreuve du résultat produit par la méthode régulière. Voilà un second ordre de faits.

Une seconde contre-épreuve est produite par les accidents qui surviennent parfois à la suite d'un contact passager de l'air. Ici la difficulté augmente de toute l'opposition qui semblerait résulter de quelques expériences communiquées dans une des dernières séances de l'Académie. Mais commençons par dire ce que nous avons vu et ce qui est.

D'après l'expérience, nous le répétons, la suppuration n'est produite qu'en vertu du contact permanent ou au moins très-prolongé de l'air. Un contact passager reste souvent sans influence : voilà qui est conforme à l'observation, et voilà ce que nous admettons très-explicitement, afin d'éviter toute méprise et toute opposition sans objet. Mais si l'on voit ordinairement le contact passager de l'air sans effet, si l'entrée de quelques bulles d'air pendant l'opération n'empêche pas ordinairement les plaies de se cicatriser immédiatement, il ne s'ensuit pas et nous n'admettons pas qu'il en soit toujours ainsi. Nous avons constaté, au contraire, une série de faits des plus curieux et des plus significatifs à cet égard. Dans plusieurs circonstances, l'entrée d'une certaine quantité d'air dans les plaies sous-cutanées, pendant l'opération, a suffi pour provoquer l'imminence d'un phlegmon. Une ponction sous-cutanée, en évacuant quelques bulles d'air mêlé à du sang veineux altéré, a arrêté comme par enchantement le travail phlegmoneux. J'ai publié ces faits il y a une quinzaine d'années, dans un mémoire intitulé : DU TRAITEMENT ABORTIF DU PHLEGMON PAR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. Le caractère exceptionnel de ces faits, leur mode de développement et de terminaison ajoutent donc un nouvel élément à la démonstration de l'action pyogénique de l'air.

Mais j'ai à m'expliquer intercurremment sur la portée d'expériences négatives, dont j'ai parlé tout à l'heure. Ces expériences, pour être appréciées convenablement, auraient eu besoin de plus de détails et de détails plus précis; mais nous les jugerons telles qu'on les a relatées.

Et d'abord, je n'ai pas besoin d'insister pour montrer le peu de valeur et d'autorité qu'ont en général les expériences négatives. L'Académie en a vu récemment encore un très-remarquable exemple dans l'inconstance de l'inoculation vaccinale chez les vaches, et la constance de cette inoculation pratiquée par des personnes différentes, et pourtant également compétentes.

Mais, dans l'espèce, il y a bien d'autres motifs de doute et de défiance. Et d'abord, on paraît méconnaître l'énorme différence qu'il y a entre la susceptibilité de l'animal, chien ou lapin, et la susceptibilité de l'homme à l'endroit de l'action nuisible de l'air. On sait cependant que la plasticité du sang chez le chien est extraordinaire; que cette propriété doit déposséder l'action passagère de l'air de tout ou partie de son influence; et cependant on a raisonné et conclu comme s'il se fût agi de l'homme. Il y a, dans ces expériences, des choses bien plus difficiles encore à comprendre et à admettre. On a parlé d'air insufflé à pleins poumons. Est-ce que par hasard cet air renfermait les mêmes proportions d'oxygène que l'air atmosphérique? On sait pourtant que l'oxygène est un des agents indispensables de la putréfaction, et on verra plus loin qu'il n'est pas moins indispensable au développement de la suppuration. On a ajouté qu'en deux jours la réunion était parfaite. L'auteur paraît avoir confondu deux choses : la plaie extérieure et la plaie sous-cutanée. Pour la cicatrisation de la plaie cutanée, deux jours peuvent suffire; mais pour la plaie intérieure, nous ne connaissons pas de résultat aussi rapide. D'après ce que nous avons vu maintes fois, dans nos expériences et chez l'homme, il arrive que la plaie cutanée se ferme et la plaie sous-cutanée suppure : mais cette suppuration n'arrive que huit à dix jours après l'occlusion de la plaie tégumentaire. Cependant l'auteur des expériences n'a pas semblé préoccupé de ces faits : deux ou trois jours lui ont suffi pour conclure que l'air insufflé n'avait exercé aucune influence. Les remarques qui précèdent et qu'il serait facile de multiplier, suffisent peut-être pour enlever à ses expériences tout le crédit et l'autorité avec lesquels il les a présentées. Je reprends le cours de la discussion.

La démonstration expérimentale du fait de l'influence de l'air comme agent de la suppuration s'est donc accrue et fortifiée des résultats absolus et relatifs de la méthode sous-cutanée : absolus, quant à la constance de la cicatrisation immédiate, en rapport avec l'emploi régulier de la méthode; relatifs, quant à l'inconstance de cette cicatrisation, sous l'influence des mauvais procédés sous-cutanés, et sous l'influence d'un contact passager d'une certaine quantité d'air. A cette démonstration expérimentale, qu'a-t-on objecté de sérieux jusqu'ici? Deux choses principales : une théorie différente et des faits contradictoires. La théorie émane de Hunter. Déclinant l'action de l'air, cet illustre maître la remplace par je ne sais quelle explication ontologique, de cause finale, du besoin qu'a l'économie de se créer un organe de protection contre les agents extérieurs; c'est dans ce but qu'elle forme la croûte, selon d'autres, la membrane pyogénique. Mais qui ne voit que cette explication est de celles qui expliquent la chose par la chose, c'est-à-dire qui n'expliquent rien? Quant aux faits contradictoires, on l'a déjà dit, ils n'ont souvent d'autre valeur que celle que leur prêtent l'erreur ou la méprise. Quand un résultat paraît infirmer un autre résultat, on ne se préoccupe pas assez de savoir si, au lieu d'êtres contradictoires, les faits ne sont pas différents. Dans les démonstrations purement expérimentales, l'opposition apparente des faits n'a presque jamais d'autre motif ou raison d'être; c'est ce qu'on appelle vulgairement des exceptions. Mais l'incertitude que la démonstration expérimentale laisse, la démonstration rationnelle la lève.

Un des procédés de la démonstration rationnelle, c'est l'analyse. A l'action collective de l'air sur les plaies en général, substituons donc l'action de l'air sur chacun des éléments dont se compose la plaie, et l'action de chacun des éléments dont se compose l'air sur chacun des éléments de la plaie.

La plaie offre à considérer, sous ce rapport, la surface du contenant et le contenu.

La surface du contenant ou des plaies renferme des filets nerveux coupés, des vaisseaux ouverts et des tissus divisés. Le contenu, c'est le sang artériel, c'est la sérosité, ce sont toutes les humeurs susceptibles de se rencontrer au fond des plaies physiologiques. Or, qu'enseignent l'observation et l'expérience à l'égard de chacun de ces points?

Il est d'observation vulgaire que le contact de l'air exerce sur les extrémités nerveuses avivées une impression nuisible. Cette impression se trahit par la douleur, depuis le nerf de la dent cariée jusqu'à la surface dénudée du vésicatoire; les preuves abondent, et je m'en rapporte à vous pour vous les remémorer.

Relativement aux vaisseaux, on peut, sans hypothèse, affirmer que la pression directe et sans intermédiaire de la colonne d'air extérieur change et altère les conditions de la circulation capillaire et de l'absorption. J'ai dit quelque part que, quand les plaies sont fermées, les extrémités des vaisseaux divisés résorbent une partie des liquides épanchés, et que, quand l'air pénètre dans ces plaies, cette résorption est empêchée. Cette explication paraît avoir choqué certaine orthodoxie physiologique; je la maintiens cependant, et j'ajoute qu'il n'est pas nécessaire pour cela de supposer que j'attribue aux extrémités artérielles la propriété qui est évidemment dévolue aux radicules veineuses.

Je n'ai rien à dire de l'action de l'air sur les surfaces avivées des plaies, si ce n'est que l'analogie permet de considérer cette action comme analogue à celle qui résulte de l'action la plus générale de l'air sur les éléments organiques de la chair : la fibrine, la gélatine, l'albumine. Or, tous les chimistes savent que la soustraction de ces éléments à l'air permet de les conserver longtemps, *et vice versâ*,

une libre exposition à ce fluide est la condition certaine de leur altération.

L'action de l'air sur le contenu des plaies n'est pas moins évidente. Il y a des choses qu'il ne serait plus permis de prouver, parce qu'il ne serait plus permis de les nier. Mais lorsque la critique revient à la négation, elle rappelle par cela même la démonstration. N'a-t-on pas dit, n'a-t-on pas affirmé, en effet, qu'à l'exception du pus, l'air n'exerçait aucune influence sur les fluides de l'économie? Quelque étrange que semble une pareille doctrine, on peut lui savoir gré néanmoins de l'exception qu'elle a faite en faveur du pus; car on a vu des esprits de notre temps, qui comptent au nombre des esprits sérieux, soutenir que la putréfaction du pus ne tient aucunement à l'action de l'air. Il y aurait donc à rappeler les faits déjà connus, qui établissent que le sang, que la sérosité, que tous les liquides normaux de l'économie sont altérables à l'air.

Ai-je besoin de dire que cette action varie suivant que l'air est chaud, froid, pur, corrompu, sec ou humide, mais qu'elle finit toujours par s'exercer; que son essence c'est la putréfaction à tous les degrés? Voulant pousser la démonstration au delà de sa notion vulgaire, j'ai pu m'assurer, par des expériences variées, dont j'ai déjà indiqué quelques résultats, que l'altération du liquide est d'autant plus rapide qu'il est plus organisé. Le sang artériel, le sang veineux, la sérosité floconneuse, albumineuse, la sérosité aqueuse, marquent très-bien les différents degrés de cette altérabilité. Et puisque c'est le lieu de l'indiquer, j'ajouterai que des différents gaz dont se compose l'air, l'oxygène est celui qui m'a paru exercer l'action altérante la plus marquée; les autres gaz n'y jouent qu'un rôle secondaire. On a la preuve de toutes ces actions en enfermant dans des cylindres clos hermétiquement une certaine quantité de ces gaz en contact avec les liquides que l'on veut éprouver. Après quelque temps de ce contact, on aperçoit dans les couches supérieures des zones d'altération qui marquent le caractère et le degré d'action des gaz. J'ai pu m'assurer, en outre, de nouveau, que la présence des émanations animales dans l'air entre pour beaucoup dans la rapidité de la putréfaction; cette opinion est d'accord avec des expériences plus récentes sur le tamisage de l'air et sur l'action de l'air tamisé sur les plaies.

Cette action différentielle des gaz de l'air sur les liquides, je l'ai aussi étudiée sur les différents éléments organiques des plaies. Pour me renfermer dans le fait le plus notoire et aussi le plus incontestable, j'ai constaté que l'oxygène est celui de tous les gaz dont l'impression est la plus douloureuse; après lui l'acide carbonique, l'hydrogène et l'azote.

S'il n'était question que des plaies faites par l'instrument tranchant et de l'action de l'air sur les liquides séparés de l'économie, la discussion pourrait s'arrêter là. Mais il est des cas où les solides et les liquides reçoivent ensemble et à la fois l'impression de l'air, et ces cas sont précisément ceux que la méthode sous-cutanée a le plus intérêt à considérer, puisqu'ils forment une bonne moitié de son domaine; je veux parler des cavités closes de l'économie à l'état physiologique et pathologique et des liquides normaux et anormaux qu'elles renferment. Or, que sait-on de l'action de l'air dans les plaies pénétrantes de ces cavités?

Posons d'abord comme loi générale et absolue que toutes les cavités closes de l'économie, saines ou malades, maintenues en contact avec l'air, s'enflamment et suppurent. Si des expériences multipliées en disaient plus à cet égard que l'observation universelle, je citerais ces expériences avec détail. Mais à quoi bon prouver l'évidence? Ceci est l'analogue des plaies exposées : on ne contestera pas le fait, mais on contestera la théorie; on allèguera, comme pour les plaies sous-cutanées, l'innocuité d'une certaine quantité d'air injecté dans les plèvres, le péritoine, les articulations; mais la valeur de l'objection est la même : l'action de l'air sur le contenant des cavités est relative comme sur le contenant des plaies; la quantité, le degré, la durée de la cause mesurent ici comme là des effets relatifs. Ajoutons, quoique cela puisse paraître superflu, que l'état de santé ou de maladie des surfaces et des liquides modifie singulièrement encore le résultat. A l'état sain, l'œil est ami de l'air et de la lumière; en pourrait-on conclure qu'atteint d'ophthalmie, il conserve ses sympathies? N'en est-il pas de même, au degré près, de tous les organes, depuis l'œil malade jusqu'à la peau érysipélateuse ou pustuleuse, dont on modifie si rapidement et si évidemment l'état en les soustrayant à l'action de l'atmosphère? Mais j'éprouve quelque scrupule à pousser plus loin cette démonstration; je me borne à en tracer le cadre, je laisse volontiers à chacun de vous le soin de le remplir. Je terminerai par quelques remarques relatives à l'action de l'air dans certains cas plus complexes, où son influence s'exerce simultanément sur le contenant et le contenu des cavités, et où cette action collective réalise à son tour une réaction du contenu sur le contenant et du contenant sur le contenu. Je veux parler de ce qui se passe, par exemple, dans les épanchements pleurétiques qui communiquent avec l'air. Voici ce que j'ai cru observer à cet égard :

Un contact passager d'une certaine quantité d'air sur les plèvres et la sérosité épanchée est presque toujours innocent; un contact prolongé, et à plus forte raison permanent, change le caractère de la sécrétion et altère le fluide sécrété. Dans quelle proportion le contenant et le contenu participent-ils à ce résultat? Je ne voudrais rien aventurer à cet égard; mais voici la succession des faits tels que je les ai observés. La sérosité commence par se troubler; elle devient lactescente, puis opaque, puis purulente : c'est la filiation de sa transformation. Le pus étant le dernier terme de cette transformation, en est aussi le premier de son altérabilité. C'est par cette voie que l'air arrive à exercer son action putréfiante sur la matière des épanchements séreux. Pour avoir une idée, mais une idée seulement de la part collective qu'ont à ce résultat l'organe sécrétant et le produit sécrété, il suffit de se rappeler les différents degrés d'altération et de transformations par lesquelles passent les plèvres enflammées, depuis la simple injection vasculaire jusqu'à son induration cartilagineuse et même osseuse, dont il m'a été donné de rencontrer des exemples.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Traitement de la tumeur lacrymale.

Monsieur le Rédacteur,

Mon nom se trouvant cité dans l'observation de tumeur lacrymale relatée dans le n° 22 du *Moniteur des Hôpitaux*, veuillez, je vous prie, donner place, dans les colonnes de votre journal, aux quelques lignes suivantes :

1° Dans les cas exceptionnels, où j'ai cru devoir provoquer l'oblitération du sac, *jamais* je n'ai employé l'*acide sulfurique*;

2° Le sac ayant été ouvert, chez le nommé Baradelle, la surface interne de ce sac fut badigeonnée avec une éponge trempée dans de l'acide nitrique concentré;

3° Cette opération, pour des motifs tenant à l'état de la muqueuse et des os, fut répétée *peut-être* deux, trois ou quatre fois pendant la durée du traitement;

4° Pour maintenir ouvert le trajet qui aboutissait de la peau à l'intérieur du sac, ce trajet fut parcouru plusieurs fois avec un morceau de bois d'allumette préalablement plongé dans l'acide nitrique. En cette occurrence, la potasse caustique déliquescente fut substituée quelquefois à l'acide nitrique.

5° Ces petites opérations, dont je ne pourrais, à juste titre, indiquer le nombre, amenèrent l'oblitération complète du sac;

6° Cette oblitération complète persista plusieurs mois;

7° A la dernière visite que me fit le malade, je constatai une récidive dans les limites mentionnées par M. le docteur Taviguot.

Veuillez agréer, etc.

Votre ex-élève et toujours ami,

Dr Coursserant.

Errata. — Une erreur typographique a été faite dans la citation de Pascal qui commence le travail de M. J. Guérin (*voir* le dernier numéro). La première phrase doit être ainsi rétablie : « Ceux qui ont l'esprit de discernement savent « combien il y a de différence entre deux mots semblables, selon les lieux et les « circonstances [au lieu de *différences*] qui les accompagnent. »

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'arthrite dite blennorrhagique. *Recherches sur l'existence de cette affection*, leçon clinique faite à l'hôpital Saint-Pierre, à Bruxelles, par M. Thiry, professeur à la Faculté de médecine, et recueillie par M. Léopold Buys. — Broch. in-8° de 48 pages. — Bruxelles, 1856, imp. de Ch. Lelong, rue Royale, 138.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 24. 5e année. Mardi 24 Février 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS... { 3 mois..... 7 fr. 6 mois..... 12 fr. 1 an...... 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 23 février 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Discussion sur la méthode sous-cutanée.**]

Nos lecteurs n'ont sans doute pas oublié qu'il y a quelques semaines, pendant la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire, M. Jules Guérin prononça à l'Académie un discours assez long, accompagné d'expériences de physique et portant à un haut degré l'empreinte de cette doctrine que M. Malgaigne désigne spirituellement sous le nom d'*aérophobie*. L'orateur, dans le feu de l'improvisation, se laissa aller à émettre certaines assertions qui parurent fort singulières. M. Velpeau osa les déclarer hérétiques et les réfuta le plus sérieusement qu'il put. Après avoir démontré l'impossibilité physique, anatomique, physiologique des accidents attribués aux injections de gaz dans le vagin, et à l'irruption de ces gaz dans le péritoine, le professeur de la Charité crut devoir porter le débat sur un terrain plus vaste, et, laissant de côté l'infime question des injections vaginales, il demanda que la discussion sur les kystes de l'ovaire, évidemment épuisée, fît place à une discussion nouvelle sur la doctrine générale de l'aérophobie. Cet appel fut entendu par M. Malgaigne, qui, avec sa verve habituelle, avec son érudition impitoyable et sa dialectique serrée, attaqua vigoureusement la théorie, déjà ancienne, dont M. Guérin se sert aujourd'hui pour expliquer l'innocuité, depuis longtemps connue, des sections sous-cutanées. M. Guérin, attaqué dans ses convictions et ses prétentions les plus chères, demanda quinze jours pour préparer sa réponse; mais les exigences de l'ordre du jour ont prolongé ce délai, et c'est hier seulement que la Méthode sous-cutanée, en chair et en os, a comparu à la tribune, avec un discours écrit que nous reproduisons textuellement.

Ce n'est pas nous qui avons pris la liberté d'identifier la personne de M. J. Guérin avec la Méthode sous-cutanée. « En ce « qui concerne la méthode sous-cutanée, a dit l'orateur, aucune « équivoque ni méprise ne saurait exister. La critique a déjà « voulu, à plusieurs reprises, la mettre en contradiction avec « elle-même, mais on a montré jusqu'à l'évidence, par tout ce « qu'*elle* a fait, dit et écrit depuis bientôt vingt ans, qu'elle n'a « jamais varié dans son opinion. » Or, cette méthode qui agit, qui parle, qui écrit, et qui a des opinions invariables, ressemble fort à la personne de M. Guérin. Ajoutons que l'orateur, aussi généreux pour les autres que pour lui-même, a bien voulu faire subir à M. Malgaigne une incarnation analogue, en le désignant sous le nom de *la critique,* et grâce à cet artifice oratoire, il a réussi à ne pas écrire une seule fois le nom de son adversaire.

La Critique donc, puisque ce mot est maintenant un nom

LES FLÈCHES MÉDICALES.

L'oculiste d'Azor. — Il s'est désabonné!

Les petites causes produisent souvent de grands effets, et l'avenir d'un homme tient parfois à une circonstance futile en apparence. Un oculiste, qui maintenant mène la clientèle à grandes guides, a dû sa fortune médicale à un modeste roquet. C'était, du reste, un chien de bonne maison, ce qui diminue de beaucoup l'humiliation qu'une notabilité spécialiste doit éprouver à avouer un pareil client.

Le docteur X.... fut appelé un jour par une femme de chambre de la rue de l'Université. Il s'agissait de sécher ses beaux yeux pleins de larmes, qui n'avaient point leur source dans des peines de cœur, mais dans une simple conjonctivite. Inutile de dire que la guérison ne se fit pas attendre.

Marton reconnaissante introduisit le docteur X.... près de sa noble maîtresse, qui lui accorda sa confiance, — non pour son propre compte, — un jeune praticien n'est point fait pour toucher à des yeux portant quatre martels de sable sur champ de gueule, au chef casqué avec couronne fermée pour cimier, — mais bien pour son vieux chien, aussi infirme que malpropre. — Ce roquet blasonné avait, dit-on, brûlé la vie par les deux bouts; il avait eu tous les vices d'un chien du grand monde; mais cette existence, bouleversée par l'orage des passions, était devenue singulièrement monotone, par suite d'une double cataracte accompagnée d'une ophthalmie chronique. Cette cécité faisait le désespoir de sa noble maîtresse, qui s'était constituée l'Antigone de ce nouvel OEdipe.

Le docteur X.... fut donc attaché à la noble personne de Zozore, et quand il eut donné des preuves suffisantes de dévouement pour son malade, on lui permit de tenter l'opération de la cataracte, qui fut pratiquée avec succès. O bonheur! Zozore pourra désormais, sans lunettes, sauter exclusivement aux mollets des intimes de la maison, au lieu de prodiguer, comme il le faisait avant, cette faveur à tous les pantalons indistinctement.

Mais, hélas! un jour Zozore mourut! Si jamais chien mérita de parvenir à la vieillesse la plus *Flourenesque*, c'est bien certainement celui-là, car il rendit un service réel à la science, — il nourrit pendant trois ans un futur savant. — Notre oculiste pleura sincèrement son client, qui lui avait rapporté plus de 4,000 fr. en trois années. Il s'était tellement habitué à son malade, qu'il proposa de continuer à soigner, — pour le même prix, — les yeux de verre de Zozore em-

propre, avait fait intervenir dans son exorde Bacon et Descartes, ces deux grands philosophes qui ont affranchi les sciences du joug de l'autorité, et dont l'influence, avouée ou non, plane encore sur la chirurgie moderne. M. J. Guérin n'a pas voulu rester en arrière, et a débuté par une citation empruntée à Blaise Pascal, qu'il appelle un grand philosophe du XVIIe siècle. Grand, oui, et très-grand même. Mais il est probable que l'illustre et éloquent janséniste, s'il renaissait de ses cendres, ne serait que médiocrement flatté de s'entendre classer parmi les philosophes, car, de son vivant, il ne les mettait guère au-dessus des molinistes. En tout cas, il semble malaisé de donner un certificat de philosophie à un homme capable d'écrire la phrase suivante : « Toutes les fois qu'une proposition est inconcevable, « il ne faut pas la nier à cette marque, mais examiner le con- « traire : et si on le trouve manifestement faux, on peut affir- « mer le contraire, tout incompréhensible qu'il est. » Si la vérité n'avait pas d'autre critérium, on courrait risque de dire et de croire bien des sottises. Quant au passage invoqué par M. J. Guérin, ce n'est pas une de ces propositions générales et doctrinales qui peuvent servir de devise à une méthode d'investigation scientifique ; non, c'est un tout petit aphorisme, applicable simplement aux questions de priorité ; c'est en quelque sorte le préambule de la loi qui régit en France la question des brevets d'invention, loi qui a également servi de texte aux commentaires de M. J. Guérin. Nous le suivrons sur ce terrain, et, comme lui, comme la loi, nous distinguerons *l'idée, le moyen,* et *le résultat* des sections sous-cutanées.

1° Occupons-nous d'abord de l'*idée.* — Quelle est-elle, ou plutôt quelles sont-elles ? car il y en a plusieurs. S'agit-il du *but* de l'opération considérée en elle-même, ou de l'*indication générale* qui consiste à conjurer les accidents traumatiques en soustrayant les plaies au contact de l'air ? On va voir que, sous ce double point de vue, la chirurgie contemporaine n'a pas grand'chose à revendiquer.

Le *but* de l'opération est très-variable. Tantôt, on se propose de vider un abcès ou toute autre collection de liquide, tantôt d'extraire un corps étranger articulaire, de débrider un anneau herniaire, de couper un nerf douloureux, de lier une veine variqueuse, etc. Tout cela est ancien, tout cela a été fait depuis plusieurs siècles. Quant aux opérations de prédilection de la méthode sous-cutanée, aux sections de tendons, de muscles ou de ligaments, elles sont également fort loin d'être nouvelles. Il y a plus de deux cents ans qu'Isacius Minius, cité par Tulpius (1641), coupa le sterno-mastoïdien pour redresser un torticolis. Son exemple fut suivi par Job à Meekren, Blasius, Roonhuysen, Ten Haaf ; Richter, au XVIIIe siècle, décrivit avec soin cette opération, et le traitement consécutif destiné à en assurer la réussite. En 1789, Thilenius annonça qu'il avait coupé avec succès le tendon d'Achille pour redresser le pied-bot ; Michaelis guérit ou améliora huit malades par le même procédé ; les faits de ce chirurgien ont été publiés en 1811. Citons encore le nom de Sartorius. Les chirurgiens vétérinaires, à leur tour, adoptèrent et perfectionnèrent l'opération de la ténotomie ; il suffira de nommer parmi eux MM. Lafosse, Bruché, Miguel et Debaux, Bouissy, Delafond, Chopin, Lorton, Casten, dont les travaux ont été analysés en 1837 par M. Ammon, de Dresde. Ces faits nombreux, joints aux faits beaucoup plus nombreux encore de Delpech, de Dupuytren, de Strohmeyer, de Dieffenbach, etc., que M. Malgaigne à cités à l'Académie, prouvent que l'idée de diviser les tendons et les muscles, pour corriger les difformités, était devenue banale et avait été appliquée avec succès plusieurs centaines de fois avant l'intervention de M. Jules Guérin. Ajoutons que depuis B. Bell, et même avant lui, la section des ligaments des tendons et des muscles avait été souvent exécutée pour faciliter la réduction des luxations. Voilà pour le but des opérations.

L'indication de soustraire les plaies au contact de l'air est plus ancienne encore. De tout temps les chirurgiens ont cherché à diminuer les dangers des opérations de diérèse, à éviter les inconvénients d'une suppuration abondante et prolongée, à obtenir des cicatrisations promptes et régulières. Les uns avaient recours à la réunion immédiate des plaies, pour favoriser ce qu'ils appelaient la *première intention de la nature,* c'est-à-dire la guérison sans suppuration. D'autres, pour empêcher l'action irritante de l'air sur les solutions de continuité, appliquaient des pansements propres à recouvrir hermétiquement les plaies, et ne les renouvelaient que le plus rarement possible. Ces *pansements rares,* abandonnés, repris, modifiés à diverses époques, et désignés aujourd'hui sous le nom de *pansements par occlusion,* furent l'objet des longues méditations de Cæsar Magati, qui publia à Venise, en 1616, un gros in-folio intitulé : *De rarâ vulnerum medicatione, seu nova methodus quâ felicissimè ac citiùs quâm alio quovis modo sanantur vulnera.* Au XVIIIe siècle, Monro étudia à son tour l'action de l'air sur les plaies ; il écrivit sur ce sujet un mémoire célèbre dont M. Malgaigne a publiquement fait l'autopsie à la tribune de l'Académie, et les procédés sous-cutanés imaginés à la même époque pour extraire les corps étrangers articulaires sans exposer la jointure au contact de l'air, prouvent que depuis longtemps les chirurgiens ont saisi l'indication générale sur laquelle repose aujourd'hui la théorie de la méthode sous-cutanée.

2° Voyons maintenant si le *moyen* est plus nouveau. Personne

---

paillé. Sa proposition ne fut pas acceptée, mais pour calmer son désespoir, on lui ouvrit quelques maisons du faubourg Saint-Germain ; notre confrère fit fortune, et plus d'une fois il répéta, avec un philosophe moderne : ce qu'il y a de meilleur dans l'homme, c'est le chien.

Le docteur X.... porte au doigt une bague en cheveux d'une couleur douteuse. C'est un gage de reconnaissance. Ces cheveux ont été empruntés à la queue de Zozore.

Cette histoire de chien m'en rappelle une autre, dans laquelle le rôle le plus lucratif ne fut pas joué par un confrère :

Une bonne dame avait un chien malade, elle fit appeler un vétérinaire qui habite les environs de l'Académie de Médecine. Ce praticien venait chaque matin, et se faisait payer cinq francs par visite. Quelques jours après, la bonne dame tomba malade à son tour, peut-être par suite des nuits passées sans sommeil au chevet de son cher Love. Elle fit appeler un médecin, auquel elle signifia tout d'abord qu'elle ne pouvait pas donner plus de deux francs par visite. Le docteur, qui n'était pas fort avancé, accepta sans mot dire ; mais quand il voyait le matin son confrère le vétérinaire si favorablement partagé, il eut volontiers changé de client avec lui pour changer en même temps d'honoraires.

Si le feuilleton ne craignait pas de plonger ses lecteurs dans la tristesse, il se ferait imprimer sur un crêpe. Hélas ! qui pourrait consoler le feuilleton ! il a perdu le plus assidu de ses admirateurs : **** s'est désabonné ! ! (ô toi, qui lis cet article, qui que tu sois, si tu n'as pas à la place du cœur un pavé de Fontainebleau, tu le liras d'une voix lamentable et entrecoupée de sanglots). Il s'est désabonné ! lui qui aimait tant notre prose, lui qui se faisait éveiller à cinq heures du matin, les jours de feuilleton, pour en jouir le premier, grand Dieu ! il est donc vrai que tout vous craque sur cette misérable terre et que l'amitié est un vain mot !

Hélas ! il trouvait que nous ne nous occupions pas assez de sa personne ; sa jalouse affection n'aurait point voulu nous voir partager le feuilleton avec d'autres que lui. Mais le feuilletoniste a des devoirs sacrés à remplir, ô grand homme ! Il ne peut pas servir à ses lecteurs toujours du bouilli et jamais de rôti ; il faut avoir toute votre grandeur d'âme, ô illustre désabonné, pour trouver tous les jours une nouvelle saveur à la soupe aux choux quotidienne.

Je le disais bien, que l'éclipse de lune de l'an passé annonçait quelque horrible événement, quelque tragique catastrophe : la voilà la catastrophe !

J'avais cependant consulté une somnambule ; mais la malheureuse, quoique lucide, m'avait assuré que le feuilleton était totalement

n'ignore que pour empêcher l'air de pénétrer dans le foyer de l'opération, on fait à la peau une ouverture aussi petite que possible, et qu'on introduit l'instrument obliquement jusque dans la cavité qu'on veut vider, ou jusque sur l'organe qu'on veut diviser. Dans ce dernier cas, M. Guérin fait remarquer qu'il y a deux plaies, l'une très-petite et *cutanée*, c'est l'ouverture extérieure; l'autre profonde, *sous-cutanée*, et d'étendue variable, intéressant le tendon, le muscle, le ligament, etc., qu'on a coupé. Les deux plaies communiquent au moyen d'un trajet oblique placé sous la peau, et cette obliquité oppose un obstacle permanent à l'introduction de l'air. Tel est le manuel opératoire qui constitue le *moyen* de la méthode sous-cutanée.

Or, ici encore, le XVIIIe siècle peut réclamer une bonne part de l'invention. Pressé par le défaut d'espace, nous nous bornerons à citer le texte suivant, relatif à l'extraction des corps étrangers du genou. « Cette opération, dit l'un des rédacteurs « du *Journal de chirurgie de Desault* (t. II, p. 345, Paris, « 1791, in-8°), cette opération a été pratiquée un grand nombre « de fois depuis M. Simson. Ceux qui l'ont faite ont regardé « comme essentiel d'empêcher la pénétration de l'air dans la « cavité qu'ils ouvraient. Tous, en conséquence, ont réuni et « couvert soigneusement la plaie aussitôt après la sortie du « corps étranger. MM. Bromfield, Bell et Desault ont fait l'in« cision de manière qu'immédiatement après l'opération, *l'ou« verture de la peau cessât de correspondre à celle de la « capsule.* C'est pour cela que M. Bromfield faisait retirer for« tement la peau en bas, vers la jambe, avant de faire l'incision; « que M. Bell la retire en haut vers la cuisse, que M. Desault « la ramène vers le genou. » On lit à la page suivante que « Cruikshank conseillait « *de faire l'ouverture la plus petite « possible.* » Ce procédé sous-cutané fut ensuite employé par Boyer pour extraire le pus des abcès par congestion. On sait que la crainte des effets nuisibles de l'air empêchait alors le chirurgien d'ouvrir une issue au pus de ces abcès. Boyer, convaincu de l'utilité de cette évacuation, conseilla au contraire de pratiquer de bonne heure une ouverture. « Mais en la pra« tiquant, dit-il, on doit prendre toutes les précautions pour em« pêcher que l'air atmosphérique ne porte son impression dan« gereuse sur les parois du foyer et sur le pus qui y croupit « toujours. » (*Maladies chirurgicales*, 1re édit., t. I, p. 95, Paris, 1814, in-8°.) Il ajoute un peu plus loin : « La ponction « que nous avons décrite en parlant des abcès froids, est, sans « contredit, la meilleure méthode qu'on puisse employer pour « l'ouverture des abcès par congestion; mais comme l'accès de « l'air est encore plus nuisible ici que dans toute autre espèce « d'abcès, on doit faire cette ponction avec un bistouri *très« étroit;* plonger cet instrument *très-obliquement, en ten« dant fortement la peau,* afin de pouvoir suspendre plus ai« sément le cours du pus lorsqu'on viendra à lâcher la peau, « *l'ouverture de celle-ci se trouvant alors éloignée de celle « du sac purulent* (p. 96) » Mais l'obliquité et l'étroitesse du trajet rendaient quelquefois l'extraction du pus fort difficile. C'est pourquoi d'autres substituèrent un trocart au bistouri étroit de Boyer. Pelletan adapta même à ce trocart un appareil propre à aspirer le pus en faisant le vide. L'entrée de l'air était ainsi rendue tout à fait impossible. Déjà du reste, en 1798, Marc-Antoine Petit avait rempli la même indication au moyen d'une ventouse appliquée sur l'étroit pertuis qu'il obtenait en introduisant dans l'abcès une aiguille rougie au feu. Quoi encore? M. Reybard et M. Récamier n'ont-ils pas adapté à l'extrémité externe du trocart un manchon de fine baudruche, sorte de soupape extérieure qui permettait la sortie du pus en opposant à l'introduction de l'air un obstacle insurmontable? Tous ces procédés de ponction sous-cutanée sont antérieurs à l'instrument qu'emploie M. J. Guérin, et cet instrument lui-même, cette seringue à double effet, ressemble fort à une seringue qui existe depuis près de trente ans chez M. Charrière, et dont M. Robert s'est servi, en 1830, pour évacuer les liquides de l'estomac dans un cas d'empoisonnement. (*Journal universel des sciences médicales*, 1830, t. LIX, p. 93.)

Pour ce qui concerne les sections tendineuses et musculaires et la ténotomie en général, les procédés sous-cutanés ne sont pas non plus de première jeunesse. Laissons de côté, si on veut, le procédé de Delpech, qui, suivant l'expression de M. J. Guérin, était incomplétement sous-cutané. On n'en peut dire autant du procédé de Dupuytren. Ce célèbre chirurgien, en 1822, coupa le sterno-cléido-mastoïdien de la manière suivante : il fit en dedans de l'attache inférieure de ce muscle une petite ponction à la peau; il y introduisit un bistouri *boutonné* qu'il fit glisser à plat derrière le muscle jusqu'au delà du bord externe du faisceau claviculaire, puis tournant le tranchant vers le muscle, il le coupa d'arrière en avant sans couper la peau. M. Guérin a dit que Dupuytren avait fait à la peau deux ponctions, l'une en dedans, l'autre en dehors du muscle; c'est un détail d'assez minime importance; il est certain, toutefois, que tous les chirurgiens allemands qui ont répété ensuite cette opération, n'ont fait qu'une seule ponction à la peau, en attribuant à Dupuytren l'invention du procédé. Quoi qu'il en soit, M. Ammon, témoin du fait précédent, et émerveillé du résultat, publia en 1823 l'observation et le procédé de Dupuytren. En Angleterre, M. Averill, en Allemagne, Froriep et Michaelis, s'empressèrent de faire connaître cette précieuse conquête. Bientôt Dieffenbach adopta

---

étranger aux conséquences de cette éclipse. Je le vois maintenant, cela signifiait : il y aura, en 1857, éclipse d'un abonné; pourquoi le destin a-t-il justement choisi celui-là!

A la prochaine éclipse je consulterai un homœopathe, ou, mieux encore, je me ferai tirer les cartes; ce n'est pas plus bête, et je ne dépenserai que trente sous au lieu de cinq francs, encore j'aurai le grand jeu; cela me fera trois francs cinquante centimes d'économie, que je pourrai employer à acheter sur le quai la *Nomenclature*, si la fantaisie m'en prenait. Notez que je ne contracte pas ici un engagement formel et sans conditions, car si, par hasard, je n'éprouvais pas cette fantaisie, je ne voudrais pas qu'on m'obligeât à la satisfaire.

La veille, j'avais rêvé *spléno-mégalie*, ce qui est un bien mauvais signe (pour celui qui en est atteint). Mon portier avait éternué deux fois en me saluant de la main gauche, ce qui est classé par Hahnemann parmi les signes pronostiques les plus funestes. Je lui avais dit : Dieu vous bénisse! mais je n'étais pas tranquille.

L'atmosphère était remplie de bruits menaçants; des lettres anonymes nous disaient que le célèbre Archiatre suspendait cet affreux malheur sur notre tête; mais nous espérions qu'il n'aurait jamais le courage de couper le fil de cette épée de Damoclès; de percuter notre cœur d'un coup si cruel. Lui-même, en présence du *Spartacus* de Foyatier, dont nous invoquerions au besoin le témoignage, avait dit à un de nos collaborateurs qu'il rencontra aux Tuileries : Eh bien! non, je ne me désabonnerai pas; je veux savoir ce que le feuilleton dit de moi, et surtout comment il parle des autres.

Qui donc a pu monter contre nous cette noble tête de vieillard?

A-t-il perdu son grec?

A-t-il embrassé dans l'ombre M. Bousquet, par une erreur déplorable de sexe et de personne?

A-t-il rencontré un cheveu de M. Bouillaud dans sa soupe aux choux?

A-t-il acheté des Mouzaïas au pair?

A-t-il éprouvé des peines de cœur?

Lui a-t-on arraché un cheveu blanc?

Non, non, oh! pour cela, non; je déclare solennellement qu'il n'en a pas un seul, et que sa belle chevelure est noire comme l'aile brillante du corbeau qui fend la nue.

Comme homme, je le respecte; mais comme abonné, j'ose dire que sa conduite est légère; on ne quitte pas ainsi les gens sans motif; un abonné est la propriété d'un journal; se désabonner, c'est porter préjudice à cette propriété, et je soutiens que personne n'a le droit de porter préjudice à autrui, surtout sans lui en demander permission; donc IL n'avait pas le droit de se désabonner. Il faudra que je consulte notre avocat sur les moyens de l'obliger à se réabonner; car,

le procédé sous-cutané de Dupuytren (avec une seule ponction). Il l'avait déjà appliqué bon nombre de fois en 1830, sans préjudice des *très-nombreuses* opérations du même genre qu'il a pratiquées depuis (1). Bientôt Strohmeyer, Ammon, Syme, et une foule d'autres chirurgiens étrangers appliquèrent, perfectionnèrent les procédés de section sous-cutanée et en étendirent l'application à un grand nombre de muscles et de tendons. Enfin le 15 septembre 1836, M. Bouvier, le premier en France depuis Dupuytren, pratiqua sous la peau la ténotomie du chef sternal du sterno-mastoïdien, et son exemple fut suivi le 2 décembre 1837 par M. Jules Guérin.

Le procédé général dont nous venons d'ébaucher l'histoire, a été modifié un grand nombre de fois ; on a fait varier la forme des instruments, la situation de la piqûre, la direction du ténotome, l'obliquité du trajet sous-cutané, le traitement consécutif, etc. ; il en est résulté une multitude de sous-procédés, d'arrière-procédés et de procéduncules ; parmi ces innovations d'un ordre secondaire, il en est quelques-unes qui ne sont pas sans valeur ; mais malgré ces petits perfectionnements, le procédé de Dupuytren a conservé sa physionomie primitive, son caractère, son identité ; de telle sorte que les *moyens* qu'on emploie aujourd'hui pour pratiquer les incisions, les ponctions évacuatrices et en général toutes les opérations de la chirurgie sous-cutanée, sont assez anciens pour qu'aucun chirurgien vivant n'en puisse réclamer l'invention.

3° Ceci dit sur l'*idée* et sur le *moyen*, nous n'aurons pas besoin d'insister longuement sur le *résultat*. Le résultat des ténotomies est à peu près le même aujourd'hui qu'il y a vingt ans. Aujourd'hui, comme alors, la suppuration est très-exceptionnelle, la cicatrisation très-rapide, la gravité presque entièrement nulle : c'est le résultat qu'on voulait obtenir ; on y était parvenu avant M. J. Guérin. Que reste-t-il donc à ce dernier? Au point de vue de l'invention, de la création de la méthode sous-cutanée, rien, absolument rien ; mais au point de vue du manuel opératoire, on lui doit le précepte utile d'avoir modifié la manière de faire le pli cutané indiqué par Strohmeyer. Ce pli permet de donner plus d'obliquité et plus de longueur au trajet sous-cutané. C'est quelque chose, mais cela ne suffit pas pour justifier les prétentions de M. J. Guérin. Est-ce lui du moins qui a généralisé la méthode, et érigé en procédé général une opération restreinte jusqu'à lui à un cas particulier? Nullement, car cette méthode avait été appliquée dans des circonstances très-variables. Bromfield, Cruikshank, Bell, Desault, avaient extrait les corps étrangers articulaires par un procédé *sous-cutané* ; Boyer avait vidé les abcès par congestion par un procédé *sous-cutané* ; A. Cooper avait tranché le nerf sous-orbitaire, Brodie avait coupé des veines variqueuses par un procédé *sous-cutané* ; Dupuytren, Dieffenbach, Ammon, Strohmeyer avaient divisé soit des muscles, soit des tendons, par un procédé *sous-cutané*. Tous ces *procédés*, semblables entre eux, appliqués dans des cas si disparates, dans des buts si différents, suffisaient bien pour constituer une *méthode*, et dès lors nous ne comprenons pas que M. J. Guérin, en parlant des faits de ses prédécesseurs, ait pu écrire la phrase suivante : « Il est rigoureusement permis de conclure que l'idée, le moyen et le résultat caractérisant cette première évolution du procédé sous-cutané, employé comme expédient de la ténotomie, ne pouvaient être considérés comme une émanation ou application d'une méthode qui n'existait pas, et ne permettaient pas de songer à l'étendre au delà de cette opération. »

(1) On trouvera de plus amples détails historiques, avec des citations textuelles aussi nombreuses que précises, dans deux *notes* de Dezeimeris, publiées en 1838. (L'*Expérience*, t. I, p. 539 et p. 573.)

Quel a donc été en tout ceci le rôle de M. J. Guérin? Il a certainement contribué à vulgariser en France la méthode sous-cutanée. Il en a étendu l'application à quelques cas de plus ; c'est lui qui a inventé la myotomie rachidienne et le débridement sous-cutané de la hernie étranglée ; personne assurément n'a envie de lui en contester le mérite ; il est vrai que personne non plus n'a envie d'adopter ces opérations. C'est lui enfin qui a, non pas inventé, mais complété, et même exagéré une théorie destinée à expliquer l'innocuité habituelle des sections sous-cutanées. L'aérophobie, on l'a vu, n'est pas une doctrine moderne ; mais grâce à ses études physiologiques, physiques et chimiques, M. Guérin a pu la faire reposer sur de nouvelles bases, et ajouter aux preuves expérimentales invoquées par ses devanciers, une *démonstration rationnelle*, tant soit peu cartésienne, que nous devons examiner.

« Là, commence, dit-il, la démonstration rationnelle, c'est-à-dire celle qui relie l'effet à la cause, qui trouve dans les caractères de l'un le stigmate de l'action de l'autre. Mais cette notion du rapport étéologique, qu'il serait possible de porter plus loin encore, s'arrête cependant. Pour la compléter, il faudrait que l'on connût la liaison physique et chimique qui peut exister entre l'action de l'air et les modifications de la plaie. Or, quelle est cette liaison? L'air qui pénètre dans la plèvre par une ouverture permanente, empêche l'expansion pulmonaire. *Exerce-t-il une action analogue dans toutes les plaies ? On l'ignore, mais il est permis de le supposer :* ce problème est déféré à la mécanique animale transcendante. »

Nous avons dû citer textuellement ce passage pour être bien

---

enfin, il doit y en avoir ; dans le cas où il n'y en aurait pas, nous lui demanderons vingt mille francs de dommages et intérêts pour réparation du préjudice causé ; c'est le chiffre fixé par le célèbre et ingénieux *Coccigruus* en circonstance analogue.

Et quel moment a-t-il choisi? Il nous quitte juste à l'instant où nous allions le combler de joie, à l'instant où nous allions lui apprendre que son nom retentit non-seulement en France, mais encore qu'il n'y a plus de Pyrénées pour sa gloire, et qu'on parle de lui à Madrid, exactement comme si cette capitale était un faubourg du quartier latin.

Je veux vous confier un extrait de *el Siglo medico,* qui vous prouvera que je suis incapable de mettre une crinoline à la vérité ; mais c'est à la condition expresse que vous ne lui montrerez pas cet extrait ; ce sera sa punition ; car au fond, il nous aime encore, et s'il s'est désabonné officiellement, il nous lit en cachette ; on prétend même que le jour de notre dernier feuilleton, on l'a vu se glisser, passage du Commerce, déguisé en page moyen âge ; il voulait acheter un de nos numéros ; mais comme il n'y en a jamais de reste, il en a été pour ses frais de...... diplomatie. Depuis ce moment, nous avons défendu sous peine de mort, aux marchands de journaux, de vendre un seul numéro, même au poids de l'or, aux pages moyen âge, quel que soit leur âge.

Voici l'article du Journal espagnol :

« Le docteur ***, fâché par quelques lignes d'un feuilleton publié dans le *Moniteur des Hôpitaux*, a envoyé à ce journal, pour être publiée, une communication dans laquelle il se permettait de traiter peu charitablement le Rédacteur en chef et le feuilletoniste, et voulait leur faire la leçon d'une manière un peu vive. — M. de Castelnau a répondu comme il devait le faire *poniendo al estravagante *** hecho una lastima*, et a châtié comme il le méritait l'orgueil des notabilités médicales qui ne veulent point accepter la critique convenable, quoique légère, de ce journal. »

J'en demande pardon à mes lecteurs, mais il est certains mots que je n'ai pu traduire et que j'ai dû laisser en espagnol. Je ne sais pas du tout ce qu'ils peuvent signifier. Je suppose cependant qu'ils expriment quelque chose de gracieux à l'adresse de l'illustre désabonné. Cependant, comme je n'en suis pas absolument sûr, je me propose d'aller en Espagne aussitôt qu'il n'y aura plus de brigands, et je demanderai à Miguel Cervantes ou à Calderon la traduction littérale que je m'empresserai de vous transmettre.

Dr Joulin.

certain de ne pas défigurer les opinions de l'auteur. En le transcrivant nous éprouvons une surprise qui approche de la stupeur. Lorsqu'on ouvre la plèvre d'un animal mort ou vivant, l'air y pénètre et le poumon s'affaise en vertu de sa rétractilité. Un poumon en caoutchouc se comporterait de la même manière. Ce phénomène, purement mécanique, est connu de tout le monde, et nous ne ferons pas au lecteur l'injure de lui en donner l'explication. M. Guérin se demande maintenant si l'air exerce une action analogue dans toutes les plaies, et pense qu'il est permis de le supposer. Que veut dire ce mot : *une action analogue ?* Analogue à quoi ? Quelle est dans une plaie de la cuisse, l'organe capable de se comporter comme se comporte le poumon lorsque la plèvre est ouverte? Quelque transcendante que puisse devenir la mécanique animale, il est douteux qu'elle s'occupe jamais de résoudre un pareil problème. En tout cas, nous croyons faire preuve de modération en nous contentant de dire que cette physique laisse quelque chose à désirer.

Passons à la chimie. L'auteur pense avec raison que le pus, le sang, la sérosité, et les autres liquides secrétés ou extravasés dans les plaies, se putrifient au contact de l'air. Pour le prouver, il a cru devoir faire des expériences dans des vases. Cela n'était point nécessaire. Tout le monde sait que les substances organiques sous l'influence combinée de l'oxygène, de l'eau, et de la chaleur, entrent en putréfaction. Mais M. Guérin paraît croire que les gaz autres que l'oxygène exercent une action analogue, quoique moins prononcée. Ici nous regrettons d'être en desaccord avec lui, car c'est une des notions les plus vulgaires de la chimie que les corps putrescibles, privés d'oxygène, se conservent aussi bien dans l'acide carbonique, dans l'azote ou dans l'hydrogène, que dans le vide. Cette petite rectification ne détruit pas le raisonnement de M. J. Guérin, et nous admettons volontiers avec lui que les liquides renfermés dans une plaie creuse, et maintenus en contact permanent avec l'air, entrent bientôt en putréfaction. Cette putréfaction nous semble de nature à exercer une action irritante sur les tissus divisés, et peut-être est-ce là la cause de l'innocuité des plaies sous cutanées. Mais l'auteur va beaucoup plus loin que cela. « L'analogie, dit-il, permet de considérer l'action de l'air « sur les surfaces avivées des plaies, comme analogue à celle « qui résulte de l'action la plus générale de l'air sur les éléments « organiques de la chair : la fibrine, la gélatine, l'albumine. Or, « tous les chimistes savent que la soustraction de ces élémenfs à « l'air, permet de les conserver longtemps, *et vice versà,* une « libre exposition à ce fluide est la condition certaine de leur al- « tération » Oui, tous les chimistes savent que la chair morte se putrifie à l'air, les cuisinières, au besoin, le leur apprendraient ; mais la chair *vivante* se comporte tout autrement, et les personnes les moins versées dans l'étude de la physiologie, n'ignorent pas que la résistance à la putréfaction est le phénomène le plus essentiel et le plus universel de la vie. Ce qui n'empêche pas M. Guérin de faire le raisonnement suivant :

La fibrine, la gélatine et l'albumine se conservent en vase clos et s'altèrent chimiquement au contact de l'air ;

Or, les tissus qui forment les parois d'une plaie se composent de fibrine, de gélatine et d'albumine;

Donc ils s'altèrent chimiquement au contact de l'air, et ne s'altèrent pas lorsqu'ils sont préservés de ce contact.

Voilà où conduisent l'analogie, l'induction, l'analyse et les autres procédés cartésiens destinés à fournir la *démonstration rationnelle* des phénomènes pathologiques. Après cet exemple on peut tirer l'échelle.

L'argumentation de M. Guérin a donné beau jeu aux adversaires de l'aérophobie. Nous le regrettons pour notre part, car nous devons dire que nous sommes aérophobe, au moins dans une certaine mesure. Le défaut d'espace ne nous permet pas d'exposer aujourd'hui notre opinion sur ce point. Mais nous aurons sans doute l'occasion de le faire dans le cours de la discussion.

PAUL BROCA.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Des corps étrangers enkystés dans l'humeur vitrée de l'homme,

Par M. le Dr E. JÆGER fils.

(*Traduit de l'allemand par le docteur* EDM. BELIN.)

Dans les blessures de l'œil, il arrive fréquemment que le corps étranger traverse les parties antérieures et va se loger dans le fond de cet organe. Jusqu'à présent, il fut impossible, dans la majorité des cas de ce genre, de savoir si le corps étranger s'était arrêté dans les parties profondes de l'œil ou avait été au delà.

La prompte cicatrisation de la plaie extérieure, le peu d'intensité ou même le manque de signes pathologiques dans les parties externes du globe oculaire ou dans ses fonctions, tels sont les motifs pour lesquels nos connaissances sont encore si arriérées au sujet de cette affection, et pour lesquels nous trouvons à peine quelques remarques sur les altérations pathologiques du corps vitré consécutives à une lésion assez fréquente.

Mais la découverte de l'ophthalmoscope ayant agrandi notre champ d'exploration, j'ai pu faire sur les altérations inflammatoires du corps vitré d'importantes observations que je me propose de retracer ici.

Ce sont, en général, de petites paillettes de métal ou des copeaux à bords très-tranchants, qui traversent facilement les membranes extérieures, la sclérotique ou plus souvent la cornée, sans laisser de traces visibles ; de sorte que le malade, prêtant peu d'attention à la blessure qu'il vient de recevoir, peut conserver ce corps étranger des jours, des semaines, voire même toute sa vie, sans se douter du danger qui menace son œil.

Très-souvent, peu d'heures après le passage de cette paillette à travers la conjonctive et la sclérotique, il est presque impossible de retrouver le point par lequel elle a pénétré, à moins que par hasard une légère ecchymose, l'entrebâillement de la plaie ou une inflammation consécutive ne nous le décèlent.

Il est plus facile de retrouver la blessure cornéale. Quand même les lèvres de la plaie se remettent parfaitement en contact, qu'il n'y a pas eu d'écoulement de l'humeur aqueuse ou que celle-ci s'est immédiatement reproduite, on peut pourtant, même plusieurs jours après l'accident, reconnaître la plaie extérieure à l'aide de l'éclairage oblique. Mais on distingue surtout bien les cicatrices de la cornée, qui peuvent persister des mois et des années, quand on fait usage de l'ophthalmoscope, car les rayons lumineux qui viennent du fond de l'œil rencontrent un obstacle, s'éparpillent et laissent voir un léger trouble.

Si le corps étranger a blessé l'iris, on remarque une inégalité au pourtour de la pupille, ou bien une légère perte de substance à sa face antérieure, qu'on ne prend que trop fréquemment pour un dépôt de pigment : l'erreur de diagnostic n'est plus possible quand on la regarde avec l'ophthalmoscope. Lorsque ce fragment métallique a, sans léser l'iris, été se loger dans le cristallin ou au delà, il importe beaucoup de le rechercher, car la cataracte consécutive ne se manifeste pas toujours dans les premiers temps. En général, les petits corps qui traversent rapidement le cristallin déchirent fort peu sa capsule antérieure, et, au contraire, fortement sa capsule postérieure ; de sorte que le trouble qui se forme est moindre en avant qu'en arrière, ce qui permet de suivre facilement son trajet.

Peu de temps après l'accident, les couches corticales qui avoisinent la plaie de la capsule et les portions antérieures du cristallin, s'obscurcissent d'une manière notable avant les couches profondes, à moins que l'humeur aqueuse, l'humeur vitrée ou le corps étranger ne les aient modifiées par un contact prolongé. Mais lorsque la plaie extérieure s'est promptement cicatrisée,

la cataracte se développe d'arrière en avant, et seulement après des mois ou des années. S'il arrive que les deux plaies extérieure et postérieure se cicatrisent vite, l'opacité peut assez fréquemment rester bornée aux portions ambiantes sans que les fonctions visuelles en soient altérées : la cicatrice peut souvent être réduite à son minimum, comme dans d'autres altérations de la capsule (la *cataracte centrale*, par exemple) ; dans ce cas, les couches corticales, placées immédiatement auprès, sont seules opaciées.

Le corps étranger qui est allé se loger dans l'humeur vitrée, après avoir traversé la cornée et l'iris, n'a pas toujours lésé le cristallin ; car, ainsi que le prouvent la direction de son trajet, la position de la plaie de l'iris et l'absence de lésions dans les parties postérieures, il a pu s'engager à travers le canal de Petit. Lorsqu'il est arrivé dans l'humeur vitrée et qu'il n'a plus assez de force pour aller plus loin, il tombe au fond de l'œil et va se fixer sur la membrane hyaloïde, juste sur l'axe de l'organe. Si alors on projette dans le fond de l'œil un rayon lumineux dirigé de haut en bas et faisant un angle très-aigu avec le bord de l'iris, et si, en se mettant à côté du miroir, on regarde la portion éclairée, on ne tardera pas à apercevoir le corps étranger avec des proportions plus fortes, même sans se servir de verre grossissant. Dans les premiers jours, on le voit très-nettement à travers l'humeur vitrée translucide, couché sur le fond rouge-jaunâtre de l'œil ; ses contours sont très-nets, sa couleur variable, et peu de temps après l'accident il se développe une rétinite et une choroïdite qui causent un trouble susceptible d'augmenter, et qui se fait surtout de la périphérie vers le centre, dans le voisinage des procès ciliaires ou du canal godronné. Le corps étranger est alors brillant, bleu-jaunâtre, ses contours sont moins nets, paraissent entourés d'un large liséré obscur qui fait ressortir davantage son éclat métallique. Peu à peu le trouble augmente de la circonférence vers le centre, le recouvre de plus en plus et finit par l'enlever complétement à notre regard.

Quand l'inflammation reste locale, une, deux semaines déjà après l'accident, on voit diminuer les symptômes pathologiques ; l'exsudat qui s'était produit disparaît petit à petit, et l'on voit le corps étranger enveloppé d'une membrane épaisse ; de sorte qu'au lieu d'un corps foncé on distingue alors un *kyste* blanc-jaunâtre, tranchant sur un fond obscur et paraissant augmenté de volume.

Dans ces cas, d'autres phénomènes pathologiques se manifestent durant la période inflammatoire : sensation de picottement dans l'œil, léger trouble de la vue, limites de l'accommodation, tels sont ordinairement les seuls symptômes observés par le malade, et dépendant tous de cette entité morbide qu'il ne sait apprécier et que le médecin ne reconnaît que par l'examen interne de l'œil.

Quand même ces phénomènes s'étendent et s'aggravent, ils finissent par disparaître après l'enkystement du corps étranger, et il peut se faire que la forme et les fonctions de l'œil recouvrent leur intégrité normale.

De semblables lésions n'ont pas toujours une terminaison aussi favorable. La choroïdo-rétinite, localisée d'abord, s'étend peu à peu, et finit par altérer non-seulement les fonctions de l'œil, mais même la forme. Il peut également se développer dans l'humeur vitrée un abcès qui, en se faisant jour au dehors, favorise la sortie du corps étranger, ou peut à son tour aussi s'envelopper d'un kyste ou produire la purulence et l'atrophie du globe oculaire.

Le plus grand nombre des accidents de cette espèce arrivent soit par des copeaux de fonte ou d'acier, soit par des débris de capsule qu'on s'amuse à faire éclater à l'aide d'un marteau ou d'une pierre. Six fois nous avons eu l'occasion de suivre l'enkystement de ce corpss étrangers dans l'humeur vitrée, dans des cas où sa pénétration au fond de l'œil n'aurait été reconnue que d'une manière indirecte, et après que toute inflammation eut disparu.

Nous reproduisons ici les observations :

Obs. I. — Un copeau de fonte pénétra au fond de l'œil droit, parallèlement à son axe, à travers la cornée, le segment supérieur de la pupille et le cristallin, et alla se loger à la partie déclive de l'œil. Trois jours après l'accident, trouble de la cornée au niveau de la plaie, dont les bords sont déjà recollés, opacité légère à la capsule antérieure du cristallin, plus prononcée à la postérieure ; la lésion du cristallin est indiquée par un brouillard excessivement faible.

L'inflammation fut locale, les autres parties de l'œil restèrent intactes, aussi le malade n'accusa-t-il qu'un léger trouble de la vision. Pendant l'enkystement du fragment de métal, les phénomènes suivants se passèrent dans l'appareil cristallinien : le nuage qui entourait la plaie de la capsule postérieure augmenta, tandis que celui de la capsule antérieure diminua d'une manière notable et celui du cristallin disparut complétement ; l'œil conserva sa forme et l'intégrité de ses fonctions, de sorte que depuis trois ans le malade se sert de cet œil aussi bien qu'auparavant.

Obs. II. — Un éclat d'acier pénétra au fond de l'œil gauche, parallèlement à son axe, en traversant la cornée à sa partie interne et supérieure, l'iris et le cristallin.

Le malade se présenta à moi huit jours après son accident, à cause d'un léger obscurcissement de sa vue et de la sensation qu'il éprouvait d'un corps étranger dans l'œil.

La plaie de la cornée était imperceptible, celle de l'iris avait l'air d'une tache noire triangulaire de $0^{m},001$ de grandeur, plus facilement reconnaissable à l'aide de l'ophthalmoscope. La plaie de la capsule antérieure paraissait cicatrisée, enveloppée d'un très-faible nuage ; il ne restait presque pas de trace du passage du corps étranger à travers les couches cristalliniennes : la plaie de la capsule postérieure, au contraire, était triangulaire comme celle de l'iris. L'enkystement de ce corps étranger, placé sur la membrane hyaloïde dans la direction de l'axe de l'œil, se fit après une inflammation qui augmenta encore, mais resta locale, et ne troubla les parties voisines qu'à son summum d'intensité. Il fut complet au bout de trois mois, sans que le trouble du cristallin eût augmenté et sans altération de la forme et des fonctions de l'œil.

Depuis un an le malade a, sans interruption, vaqué à ses affaires ; mais depuis quelque temps l'opacité de la capsule postérieure augmente et commence à gêner les fonctions visuelles.

Obs. III. — Un serrurier reçut un éclat d'acier qui pénétra dans l'œil gauche, à la partie externe du plan horizontal de la cornée, et lésa le bord pupillaire de l'iris et le cristallin.

La plaie de l'iris était tailladée et les deux lambeaux pénétraient dans le cristallin à travers la plaie de la capsule antérieure, de sorte qu'il semblait y avoir synéchie postérieure. Les symptômes inflammatoires, dans la portion antérieure de l'œil, étaient sans importance. L'opacité du cristallin s'élargit d'abord peu à peu, puis disparut presque complétement au bout de trois mois ; la pupille laissa passer assez de rayons lumineux pour qu'on pût s'assurer de l'enkystement du corps étranger au fond de l'œil, et le malade recouvra la vue comme un opéré de cataracte.

Obs. IV. — Un ouvrier ébéniste reçut, à la distance de dix pas, un éclat de capsule qui le frappa à l'angle externe de l'œil gauche, pénétra jusque dans l'humeur vitrée à travers la sclérotique, à 5 millimètres environ du bas de la cornée, et tomba au fond de l'œil jusqu'au milieu.

Le malade ne s'étant pas soigné, il ne tarda pas à se développer une *scléro-choroïdite* avec décollement de la portion externe de la rétine, ce qui gêna beaucoup la vue, mais n'empêcha pas le corps étranger de s'enkyster promptement. Un traitement approprié calma l'inflammation, qui disparut en totalité au bout de quatre mois, sans que l'œil fût altéré dans sa forme.

Obs. V. — J'observai un fait semblable chez un enfant de 5 ans, à la suite de l'explosion d'une capsule. Dans les premiers moments, l'enfant ni les parents ne prirent garde à cet accident ; mais au bout de

huit jours, l'apparition des symptômes d'une *choroïdo-rétinite* nécessita l'intervention de l'art.

Un petit fragment du métal avait pénétré à travers le centre de la cornée, la pupille et le canal de Petit, et s'était logé à la partie déclive de l'œil, sur la membrane hyaloïde.

Le traitement mitigea les phénomènes inflammatoires et favorisa l'enkystement assez rapide de ce corps étranger; mais de nouveaux accidents d'inflammation causèrent une choroïdite progressive, et au bout de quelques mois l'on eut à déplorer l'atrophie de l'œil.

Obs. VI.—Le dernier exemple de ce genre que j'observai jusqu'à présent, fut le suivant : en ciselant un morceau d'acier, un ouvrier fut frappé par un copeau qui pénétra également à travers le centre de la cornée, l'iris et le canal godronné et alla se loger dans l'humeur vitrée.

Sans se douter de la gravité de sa blessure, cet ouvrier vint me consulter au bout de dix jours pour un léger trouble de la vue.

Rien de particulier aux parties antérieures du globe de l'œil, si ce n'est la trace de la blessure de la cornée et une plaie de l'iris d'un millimètre de grandeur. En regardant à travers les milieux transparents dans le sens de l'axe de l'œil, on apercevait facilement une exsudation plastique assez forte en bas et au côté externe du corps étranger.

Par suite d'une *choroïdo-rétinite* localisée, le fragment d'acier s'enkysta au bout d'une semaine, et peu à peu l'humeur vitrée ambiante recouvra sa transparence; cependant les fonctions visuelles diminuèrent progressivement, et cinq semaines après l'accident, on pouvait reconnaître un décollement de la rétine dans le voisinage du kyste. Ce décollement s'étendit de plus en plus, et occupa bientôt le tiers de la portion inférieure et externe de la rétine. En même temps, on remarquait que le corps enkysté s'était déplacé de sa position primitive et tendait à tomber vers le milieu de l'œil.

Ce déplacement se fit insensiblement, sans autre phénomène qu'un léger picotement dans les parties externes de l'œil; il se forma alors un dépôt plastique qui souleva la rétine et l'hyaloïde sous forme d'un cône, au sommet duquel se trouvait placé le corps enkysté. Au bout de trois mois, ce petit corps était arrivé jusqu'au centre du globe oculaire; il est à remarquer encore qu'il abandonna sa position horizontale primitive et se plaça verticalement, position qu'il garda désormais.

Les symptômes inflammatoires cédèrent au traitement qu'on opposa; le bulbe conserva sa forme, le cristallin et les autres milieux paraissent transparents, et le malade, en regardant de côté, distingue encore facilement les grands objets, tels que les doigts, etc.

(*OEsterr. Zeitsch. f. pract. Helik.*)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

du 17 *février* 1857.

DISCUSSION SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

(Suite et fin du discours de M. Guérin. Voir les nos 122 et 123.)

Mais il est un fait des plus simples que nous avons tous les jours sous les yeux, qui peut à lui seul résumer et compléter cette discussion. Que voyons-nous lorsqu'un vésicatoire a produit son ampoule? Un amas de sérosité aqueuse, limpide d'abord, renfermé dans une simple pellicule épidermique. Tant que cette collection protége le derme dénudé, tant qu'elle est à son tour protégée par son enveloppe épidermique, nulle douleur n'existe, et le liquide reste généralement aqueux et limpide. Que la pellicule soit enlevée, tout change : une douleur vive succède à l'état indolent, et la sérosité, de limpide et aqueuse qu'elle était, passe successivement et graduellement à l'état de sérosité lactescente, purulente, et bientôt à l'état de pus véritable. Parallèlement la surface dermique suit tous les degrés de l'inflammation des plaies exposées, que ces plaies soient la plèvre ou une solution de continuité pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant. Avons-nous besoin d'ajouter que l'altération consécutive des liquides suit, dans l'un et l'autre cas, dans le vésicatoire comme dans la pleurésie, comme dans toute plaie exposée, les lois ordinaires de la putréfaction, lorsque les conditions accessoires de ce phénomène s'ajoutent à celles de la suppuration?

Ici j'aurais à m'étayer du résultat d'expériences auxquelles on a fait allusion dans des termes et sur un ton qui ne sont peut-être pas en rapport avec la gravité du sujet et l'importance avouée du but. Je veux parler des essais que j'ai tentés, il y a plusieurs années, sur le *pansement des plaies par occlusion*. J'ai cru et je crois toujours à la possibilité de ramener artificiellement les plaies qui suppurent à la condition des plaies sous-cutanées qui ne suppurent pas. Les premiers résultats obtenus par cette méthode ont suffi pour me démontrer la justesse du principe, bien qu'ils n'aient pas suffi pour en rendre l'application usuelle. La critique, quoi qu'elle en dise, toujours un peu pressée de conclure, s'est égayée au détriment de la méthode et de son auteur. Mais avec un sentiment de justice qui lui fait honneur, elle a proclamé néanmoins que celui qui atteindrait le but recherché ferait faire à la science et à l'art un de ses plus mémorables progrès. On verra bien si le progrès réalisé conservera la valeur du progrès à faire. Quoi qu'il en soit, les premiers résultats obtenus du pansement des plaies par occlusion sont de nature à ajouter quelque chose de plus à la démonstration rationnelle, de l'action pyogénique de l'air. Au besoin, on appellerait en témoignage d'autres essais qui se renouvellent en ce moment sur une assez vaste échelle dans un des hôpitaux de Paris, et qui permettent au moins de maintenir la méthode par occlusion au rang des choses sérieuses.

Voilà ce que peuvent, pour la démonstration de l'action pathogénique de l'air sur les plaies, l'expérience et l'analyse. C'est une théorie de fait : quelque évidente, quelque universellement acceptée qu'elle soit à certains points de vue, elle cesse de l'être à d'autres. Or, n'est-ce pas ajouter à la certitude de la démonstration que de la renfermer dans ses limites, de dire jusqu'où elle va et où elle ne peut atteindre. Or, en prétendant que tout est connu, expliqué sur l'action pathologique de l'air, on s'expose à perdre l'autorité de ce qu'on sait par la prétention de savoir ce qu'on ne sait pas. Résumons donc les données du problème et précisons le caractère de la démonstration qui peut achever de le résoudre.

Quand nous affirmons que l'air est l'agent de la suppuration des plaies, nous établissons que cela est par deux ordres de preuves : nous montrons que toujours la suppuration a lieu au contact de l'air, et qu'elle n'a jamais lieu en l'absence de ce contact. Ceci est l'expérience pure. Nous ajoutons que l'étendue et la fréquence de la suppuration sont en rapport avec la somme et la durée d'action de l'air; que les éléments dont se compose l'air, eu égard aux éléments des plaies, agissent chacun en particulier, dans un rapport constant avec l'action totale de l'air; là commence la démonstration rationnelle, c'est-à-dire celle qui relie l'effet à la cause, qui trouve dans les caractères de l'un le stigmate de l'action de l'autre. Mais cette notion du rapport étiologique, qu'il serait possible de porter plus loin encore, s'arrête cependant. Pour le compléter, il faudrait que l'on connût la liaison physique et chimique qui peut exister entre l'action de l'air et les modifications de la plaie. Or, quelle est cette liaison?

L'air qui pénètre dans la plèvre par une ouverture permanente empêche l'expansion pulmonaire. Exerce-t-il une action analogue dans toutes les plaies? On l'ignore, mais il est permis de le supposer : ce problème est déféré à la mécanique animale transcendante. La douleur qui résulte de la mise en rapport des extrémités nerveuses dénudées est évidente, mais elle n'est pas mieux connue dans son mécanisme; il en est de même du travail chimique suivant lequel s'effectuent les altérations à l'air des liquides de l'économie. Ce n'est pas trop de la réunion de toutes les lumières de la physique dynamique et de la chimie organique pour donner satisfaction à ces inconnues : contentons-nous de les signaler comme des problèmes plutôt que comme des solutions; ces réserves empêcheront de les confondre avec ce que l'on sait mieux, et conserveront à ce qu'on sait véritablement le caractère et le degré de certitude qui lui appartiennent.

L'air exerce donc une action évidente dans l'acte de la suppuration des plaies, et cette action empêche ou laisse s'effectuer la cicatrisation immédiate, suivant qu'elle est favorisée ou empêchée par une mauvaise ou une bonne application de la méthode sous-cutanée.

Il me reste à démontrer que le travail de réparation qui se fait au sein des plaies sous-cutanées, à l'abri du contact de l'air, est bien un travail à part, un travail d'organisation immédiate, et non le résultat de l'inflammation adhésive. Je l'ai déjà dit, cette distinction n'est pas purement nominale; physiologiquement, elle touche à l'essence même des phénomènes; pratiquement, elle est la base et la raison des grandes applications chirurgicales de la méthode, de sa généralisation pratique. Elle mérite donc d'être discutée.

Dans la première partie de ce travail, j'ai fait ressortir, comme ca-

ractère fondamental de la méthode sous-cutanée, le fait de l'écartement des parties divisées, tendons, muscles, vaisseaux; et l'occupation graduée et successive par le sang et les fluides épanchés de l'espace laissé libre par le retrait de ces parties. Le seul énoncé de ce fait dit ce qu'il est et ce qu'il n'est pas. Quelque effort d'imagination que l'on fasse, il est impossible d'admettre une réunion par première intention de deux parties séparées, et maintenues pendant un assez long temps séparées. On ne peut donc pas dire ni même prétexter que dans ces cas il y a réunion : il y a, au contraire, interruption. Or l'organe, ou la portion d'organe de nouvelle formation qui doit relier ces parties quelque temps séparées, est-il un produit de l'inflammation ou le résultat de l'organisation immédiate. Que mes contradicteurs me permettent de leur dire : s'ils consentaient, pour une fois seulement, à faire usage de la méthode philosophique qu'ils célèbrent avec tant de raison, la discussion ne serait pas longue. Que disent-ils, en effet, et que leur opposé-je? Ils prétendent que le travail de réparation sous-cutanée est un travail d'inflammation adhésive : on a vu matériellement qu'il n'y a point d'adhésion; reste l'hypothèse de l'inflammation. Quelles preuves en donnent-ils? Aucune. Dans toute plaie enflammée non réunie, il y a suspension du travail d'organisation et de réparation normales, et ces deux modes d'activité physiologique ne reparaissent qu'alors que le travail inflammatoire cesse et à mesure qu'il cesse. L'aspect de la plus petite plaie externe le démontre. Ajoutons que toute inflammation, quelque ténue, quelque circonscrite qu'elle soit, est toujours accompagnée d'un mouvement de réaction, tantôt locale, tantôt générale, en proportion de son étendue, de la nature des tissus divisés et des complications qui interviennent. Ainsi la suspension du travail physiologique, et un certain degré de réaction locale et générale, tels sont les caractères essentiels de toute plaie enflammée. Or rien de semblable ne s'observe dans les plaies sous-cutanées. A partir du moment où la piqûre de la peau est fermée, il s'établit au sein de la plaie un travail de réparation et d'organisation dont on peut suivre les phases sans interruption, depuis le premier jour, la première heure, jusqu'à son entier accomplissement. A l'extérieur nul mouvement fébrile, nulle agitation, nulle trace de réaction locale ou générale : c'est à peine s'il reste quelque douleur résultant de la division des parties sensibles. A l'intérieur, c'est une suite de transformations qui commencent ordinairement par la résorption d'une partie des liquides épanchés, se continuent par un accroissement gradué et non interrompu de consistance de la substance intermédiaire, d'abord gélatiniforme et se montant sur les gaînes des tendons et des muscles quand celles-ci n'ont pas été complétement divisées, puis se vascularisant, se solidifiant, avec des caractères qui varient suivant la nature et la quantité des liquides épanchés, les tissus qui les fournissent, l'époque où on les observe, et une foule d'autres circonstances que nous n'avons pas à apprécier ici. Voilà pour les caractères locaux ou directs de l'organisation immédiate. Son caractère indirect, c'est l'absence de toute réaction fébrile, locale ou générale. Il n'existe pas d'instrument capable de faire apprécier rigoureusement si une seule plaie sous-cutanée offre un certain degré de réaction inflammatoire; mais ce que ne donne pas un fait isolé, la réunion de plusieurs faits le donne. Depuis que je sais à quoi m'en tenir à cet égard, je n'ai pas craint de multiplier les plaies sur le même individu et sur les mêmes parties; sans parler des cas exceptionnels où j'ai porté les plaies à un nombre effrayant (pour ceux qui n'avaient pas les mêmes motifs de sécurité que moi), il m'arrive journellement de faire, sur le même membre, dix à douze sections de tendons et muscles, sans avoir plus d'apparence de réaction que dans les cas de simple section du tendon d'Achille. Les grandes plaies que nécessite la cure radicale de la hernie en disent plus encore. On divise, en plusieurs sens, toute l'épaisseur de la paroi abdominale : l'opération donne souvent lieu à une grande effusion de sang; le lendemain il n'y paraît plus.

On peut donc conclure de ces deux ordres de caractères, à savoir : le travail de réparation immédiate et l'absence de toute réaction locale ou générale, que les plaies sous-cutanées ne s'enflamment ni ne suppurent et s'organisent immédiatement.

Ainsi donc, l'opposition de la théorie huntérienne se résout dans la négation ou la non-observation d'un fait capital : l'écartement des parties divisées et l'interposition d'une partie de nouvelle formation; et dans l'allégation d'une hypothèse gratuite, l'inflammation adhésive comme agent de cette formation.

La méthode sous-cutanée, au contraire, se borne à maintenir le fait de l'écartement des parties divisées et à suivre pas à pas le travail de réparation qui s'y fait, sans trouble local ou général, et sans interruption aucune depuis le commencement jusqu'à la fin.

Si je ne me trompe, il y a entre ces deux théories toute la différence qui existe entre une hypothèse et un fait. L'Académie en jugera.

Me voici arrivé à la fin de ma tâche, du moins de celle que j'ai voulu remplir aujourd'hui : cette tâche était double. On avait demandé ce que c'est que la méthode sous-cutanée; j'ai défini cette méthode; on avait annoncé qu'on allait la saper en sapant son principe; ce principe, si je ne me trompe, est resté debout, et il est peut-être plus sûr et mieux établi qu'on ne le supposait.

Toutefois, l'Académie a pu le remarquer, je ne me suis pas arrêté à discuter sérieusement des choses qui ne sont pas sérieuses. Il en est quelques-unes que je me bornerai à signaler dans leur caractère général, plutôt pour en prévenir le retour que pour en montrer l'inanité.

Il est d'habitude, lorsque l'on discute l'importance et le degré d'originalité d'une nouvelle invention, d'en attribuer le mérite aux devanciers et de la retrouver tout entière dans leurs écrits. Dans l'espèce, on n'a pas failli à cette loi : personne n'a le droit de s'en plaindre. Mais, dans le seul intérêt de la vérité, n'est-il pas permis de le faire remarquer : la critique qui s'impose le pieux devoir de réclamer, au profit des morts contre les vivants, ne pourrait-elle pas s'empêcher d'avoir deux poids et deux mesures? Si elle a le droit d'exiger des vivants des démonstrations régulières, complètes, définitives, pourquoi se montre-t-elle si convaincue par les moindres assertions des morts? la vérité est la même pour tous. Mais on va plus loin. Dans le récit qu'on fait des vicissitudes d'une idée, on se complaît à citer les conflits d'affirmations et de négations qui lui ont imprimé tout à la fois, comme le sceau d'un double sexe, le cachet de l'erreur et de la vérité; et lorsqu'il s'agit d'apprécier le travail de celui qui est parvenu à sortir la vérité de sa chrysalide, on ne lui laisse d'autre alternative que d'avoir ressuscité une vieille erreur, ou de s'être emparé d'une vérité méconnue. En bonne logique, cependant, comme en bon droit, la négation, qui est le privilége de la critique, devrait-elle être plus exemptée de fournir ses preuves, que l'affirmation à qui elle les impose toutes. Je me borne à cette remarque générale.

Tels sont le fait et la théorie de la méthode sous-cutanée. En limitant ma tâche à la question de principe, je n'ai pas renoncé à continuer l'exposé de la méthode dans ses applications. Je pourvoirai aux besoins de la discussion et surtout aux moindre désirs de l'Académie. Pour aujourd'hui, je m'en tiens à la question de principe.

Erratum. — M. le docteur Félix A. de Souza nous prie de rectifier ainsi ce qui a été dit de son *appareil fixateur des paupières* dans notre numéro du 5 février : au lieu de : *cet appareil se compose de deux parties qui servent à fixer les paupières à un millimètre de distance,* lisez : *qui servent à fixer les paupières* contre les arcades orbitaires.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 25. 5e année. Jeudi 26 Février 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 25 février 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[Discussion sur la méthode sous-cutanée.]

Pendant que les bons Parisiens célébraient très-peu philosophiquement la fête païenne du vieux Saturne, et que le bœuf gras, victime obéissante, parcourait la ville des idées sur son char triomphal, ignorant, l'infortuné, que son Capitole était bien près de la roche Tarpéienne, le docte aréopage qui siége dans la rue des Saints-Pères, continuait gravement ses paisibles travaux. Nous devons avouer pourtant, avec une humilité professionnelle profondément sentie, que l'auditoire était moins nombreux et l'enceinte officielle moins bien garnie que d'habitude. Il y avait, ô honte! il y avait des vides jusque dans les bancs des journalistes. Vous tous, mortels et immortels, qui avez déserté aujourd'hui le temple d'Esculape, puisse le remords vous visiter, et puisse une autre fois le sage Minerve vous inspirer le mépris de cette vanité des vanités qu'on appelle le carnaval!

Les poëtes ont dit que la vie était un flambeau, et cette fois du moins ils ont dit la vérité, car les physiologistes ont prouvé que la vie est une combustion. Les chimistes, à leur tour, ont démontré que la putréfaction est une combustion aussi. Or, l'agent de la combustion c'est l'oxygène, et c'est à l'oxygène exclusivement que M. Bouley attribue l'action nuisible de l'air sur les plaies. Dans les considérations de chimie et de physiologie générale qui ont rempli la première partie de son discours, il a très-sagement redressé une erreur de M. Jules Guérin qui, tout en faisant jouer à l'oxygène le principal rôle, considère les autres gaz comme capables de jouer un rôle secondaire dans le phénomène de la décomposition organique. Cette question, comme on va le voir, se rattache directement à l'étude de la méthode sous-cutanée. C'est ce qui, du moins, résulte jusqu'à nouvel ordre des recherches expérimentales de M. Bouley.

On se souvient sans doute de cet argument qui paraissait tout à fait victorieux, et que M. Malgaigne avait tiré des résultats fournis par les insufflations d'air dans le tissu cellulaire des animaux. Ces insufflations ne produisent jamais la suppuration; c'est en vain qu'après les avoir faites, on laboure les chairs avec un ténotome; les plaies sous-cutanées les plus étendues, les plus variées, quoique baignées d'une énorme quantité d'air, n'entrent jamais en suppuration; les gaz se résorbent sans accident, et quelquefois même le désordre traumatique paraît réparé avant la complète disparition de l'emphysème. M. J. Guérin, il est vrai, a répondu dans son mémoire, qu'on ne pouvait conclure des animaux à l'homme; mais l'homme, quoique plus orgueilleux que les autres, n'en est pas moins un animal, et M. Velpeau d'ailleurs avait cité des faits nombreux d'emphysème traumatique recueillis dans l'espèce humaine. L'objection de M. Malgaigne conservait donc toute sa valeur. M. Bouley qui, ainsi qu'il l'a dit lui-même, est aérophobe, — et tout le monde ne l'est-il pas un peu? — M. Bouley, disons-nous, a voulu répéter et compléter l'expérience de M. Malgaigne. Il a fait analyser les gaz retirés des tissus quelques heures après l'insufflation, et il s'est trouvé, sur trois expériences, que la proportion d'oxygène était réduite à 5 pour 100, ou à peu près, qu'il y avait environ 8 pour 100 d'acide carbonique, et que le reste de la masse gazeuse était constitué par de l'azote. Il se passe donc, dans les tissus insufflés, un phénomène analogue à celui qui se passe dans le poumon pendant l'acte de la respiration. L'oxygène est absorbé, et une notable quantité d'acide carbonique est exhalée; quant à l'azote, il reste à peu près stationnaire, au moins pendant les premiers temps, et il ne commence à se résorber que plus tard. Or, s'il est vrai, comme le pense M. Bouley et comme cela nous paraît très-probable, que l'action irritante de l'air, quelle qu'elle soit, dépende uniquement de l'oxygène, on comprend que dans les expériences d'insufflation, cette action doive décroître rapidement, à mesure que la proportion relative de l'oxygène va en diminuant. On s'explique ainsi, *jusqu'à un certain point,* la différence qui existe entre les plaies qui reçoivent directement l'air extérieur sans cesse renouvelé, et celles qui sont seulement en contact avec une certaine quantité d'air confiné. Nous engageons M. Bouley à continuer ces expériences intéressantes. Nous voudrions, par exemple, qu'il étudiât d'une manière rigoureuse les phénomènes qui surviendraient à la surface des plaies plongées dans des ballons pleins d'azote ou d'hydrogène, ou d'acide carbonique, sans

mélange d'oxygène. Des notions précises sur ce sujet pourraient rendre de grands services à la science.

Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par M. Bouley nous paraissent avoir porté le dernier coup à la doctrine de l'aérophobie sous-cutanée. M. Bouley a expliqué les expériences de M. Malgaigne, mais, loin d'en détruire la portée, il n'a fait qu'en augmenter l'importance. Puisque une énorme quantité d'air, insufflée violemment dans les tissus, perd si promptement ses qualités irritantes, quelle crainte pourra inspirer une petite bulle d'air introduite furtivement dans une plaie sous-cutanée, et que doit-on penser du précepte donné par M. Jules Guérin, qui, pour faire avorter les phlegmons consécutifs à la ténotomie — je me trompe — à la myotomie, conseille d'évacuer, par une ponction tardive, ces gaz, peut-être imaginaires, et à coup sûr depuis longtemps inoffensifs?

Mais les faits de M. Bouley ont une portée bien plus grande encore. Pourquoi les plaies d'amputation, à Paris, sinon partout, suppurent-elles infailliblement? C'est, répond l'Aérophobie, parce qu'elles ont respiré, parce qu'elles ont subi le contact de l'air. Fort bien; mais si je réunis exactement la plaie par la suture entortillée, si j'ai soin, avant de faire le dernier tour de fil, d'expulser complétement les gaz, si par-dessus la suture j'applique la baudruche gommée de M. Laugier, ou une couche de collodion, ou tout autre pansement par occlusion, la plaie va se trouver dans les conditions d'une plaie sous-cutanée. Elle a subi, il est vrai, le contact de l'air pendant quelques instants; mais cette action passagère ne suffit pas pour provoquer la sécrétion du pus, témoins les expériences d'insufflation. S'il est resté, malgré les précautions prises, quelques bulles d'air dans le moignon, elles vont bientôt perdre leur oxygène, avant que les liquides extravasés aient pu commencer à se putréfier, et l'azote qui restera dans le foyer, l'acide carbonique qui viendra s'y joindre sont des gaz tout à fait inoffensifs. Il faut donc compter sur une organisation immédiate, sans inflammation, sans suppuration, sans accident d'aucune sorte, comme dans les myotomies sous-cutanées. Malheureusement, ces prévisions théoriques aboutissent à des déceptions incessantes. La peau, qui reçoit habituellement l'impression de l'air, se réunit presque toujours, mais cette molle cicatrice se rouvre bientôt infailliblement pour livrer passage au pus formé, loin de l'oxygène, dans la partie profonde du moignon. Ce n'est donc pas l'oxygène qui est ici l'agent de la suppuration. Direz-vous que c'est l'oxygène du sang? Je veux bien l'admettre, mais alors comme il n'y a plus de plaie sans oxygène, il n'y a plus de méthode sous-cutanée.

L'aérophobie sous-cutanée, impitoyablement pourfendue par M. Malgaigne, souffrait cruellement de ses blessures. M. Bouley lui a charitablement donné le coup de grâce, et M. Velpeau, dès lors, a pu prononcer son oraison funèbre. Il l'a fait avec toute la gravité qu'exigeaient le lieu et les circonstances. Qu'est-ce qu'une oraison funèbre? c'est l'histoire de la naissance, de la vie et de la mort du défunt, c'est aussi l'histoire de sa généalogie lorsqu'il en a une, et Dieu merci, l'aérophobie sous-cutanée peut se flatter d'avoir une longue suite d'aïeux. M. Velpeau n'a pas cru devoir remonter jusqu'à l'origine des temps historiques; mais sans aller plus loin que le XVIIIe siècle, il a prouvé que l'aérophobie sous-cutanée, fille naturelle du dogme antique de l'aérophobie, et de la méthode un peu plus jeune, quoique assez vieille déjà, des sections sous-cutanées, s'était montrée bien ingrate envers ses parents en les dépouillant d'abord, en les reniant ensuite. Il a passé en revue les prétendus titres de propriété sur lesquels elle a voulu faire reposer ses droits, et il a établi, avec une précision désolante, que tous ces titres étaient usurpés, à l'exception d'un petit pli destiné à remplacer le glissement de la peau. Peut-être même a-t-il été trop généreux sous ce dernier rapport; mais si les vivants ont droit à la vérité, les morts ont droit à l'indulgence, et il est bien permis, dans une oraison funèbre, de faire quelques concessions.

PAUL BROCA.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

Sur les corps étrangers introduits dans l'urèthre,

Par M. le Dr DEMARQUAY,
Chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de Chirurgie, etc.,
et M. le Dr PARMENTIER,
Ex-interne des hôpitaux de Paris, etc.

Les corps étrangers introduits dans l'urèthre ne sont que mentionnés dans les traités de chirurgie; les auteurs parlent surtout des calculs uréthraux et des moyens employés pour les extraire : ils n'insistent pas sur les divers procédés opératoires imaginés pour retirer les corps si variés qui ont été introduits dans l'urèthre.

Frappés de cette lacune à l'occasion d'un fait recueilli par l'un de nous, nous avons entrepris de rassembler les observations relatives à ce sujet, et d'exposer les divers modes opératoires mis en usage par les chirurgiens qui ont eu à extraire des corps étrangers de l'urèthre.

Il y a quelques mois, un malade, âgé de 48 ans, se présenta chez M. Demarquay, et lui dit que, pour des motifs sur lesquels il est inutile d'insister, il s'était introduit un porte-plume métallique long de 19 centimètres, composé, ainsi que le dessin l'indique, d'un manche légèrement rugueux et du porte-plume proprement dit. Ce corps étranger, introduit par le manche, avait lâché au moment où l'érection était à son comble; et ce malheureux ne put le retirer lorsque le pénis fut revenu sur lui-même. Il resta ainsi deux jours, faisant des tentatives d'extraction infructueuses et tendant à enfoncer de plus en plus dans le canal le corps étranger. En effet, il cherchait, en refoulant le pénis en arrière, à faire sortir par le méat urinaire le porte-plume, qui finit par arriver dans le col de la vessie; de sorte que le malade perdait continuellement de son urine, sans pouvoir vider complétement sa vessie, à cause du volume du corps étranger et de l'inflammation du canal qui était survenue. L'état de ce malheureux était devenu intolérable; aussi demanda-t-il à M. Demarquay à être débarrassé à tout prix.



L'extraction de ce corps présentait des difficultés tenant à plusieurs causes :

1° La profondeur à laquelle le corps étranger était arrêté;

2° La contractilité de l'urèthre, qui s'était fortement appliqué sur le porte-plume.

M. Demarquay introduisit une longue pince analogue à celle de Hunter, saisit l'extrémité du porte-plume, et amena au dehors cette partie de l'instrument. L'extraction du manche fut plus difficile à cause de la profondeur à laquelle il était placé, et, de plus, l'urèthre s'était tellement appliqué sur lui, qu'il fallut une traction considérable pour l'amener au dehors. Le malade guérit parfaitement bien.

Les corps étrangers introduits dans l'urèthre sont très-variés sous le rapport de leur nature, de leur forme et de leur volume. En parcourant les diverses observations publiées, on y trouve des épingles simples ou doubles, des aiguilles longues de 6 pouces et demi, une branche de pied-de-roi en cuivre longue de 6 pouces (*Journ. de méd. continué*, t. XVI, p. 35), une fourchette de 4 pouces 6 lignes de longueur, et dont les branches présentaient un écartement de 6 lignes (*id.*, t. LXVI, p. 79, an 1786). D'autres fois ce sont, comme dans l'observation précédente, des porte-plumes métalliques, un cure-oreille (*Arch. de Méd.*, t. III, p. 393, 1823), une branche de sapin (*Gaz. des Hôp.*, 1852, p. 80), un cylindre d'albâtre (*id.*, 1847, p. 426), une pointe de fer de 6 centimètres (*id.*, 1849, p. 407), un cordon de cuir (*id.*, 1839, p. 266), qui ont été introduits dans le canal; enfin, il est arrivé plusieurs fois que des instruments de chirurgie se sont brisés dans l'urèthre et qu'une portion y est restée. Ainsi, on a été obligé d'extraire des sondes d'étain, la cuvette du porte-caustique de Lallemand.

Si l'on examine l'âge des individus chez lesquels on a rencontré ces corps étrangers, on voit que le plus jeune avait huit ans, le plus âgé soixante-seize ans, et que le plus grand nombre avait de vingt à trente ans. Si l'on s'enquiert du motif qui a déterminé leur action, on apprend que ces individus n'ont eu que rarement des rapports sexuels, mais qu'ils étaient depuis longtemps adonnés à la masturbation, et que celle-ci étant devenue insuffisante, ils ont pris le parti d'introduire un corps étranger d'abord à l'entrée du canal jusqu'à la fosse naviculaire; mais bientôt la sensibilité de cette région s'étant émoussée, force a été de pousser plus avant le corps étranger, afin de se procurer une éjaculation plus ou moins abondante; enfin, d'autres se sont introduit ces corps par gageure, dans un état d'ivresse.

Au moment où l'érection est arrivée à son comble, si le malade lâche le corps étranger, l'urèthre, irrité par sa présence, s'applique fortement sur lui et l'entraîne en arrière à mesure que l'érection cesse. Le malade ne peut le retirer, et ses efforts ne servent qu'à le faire pénétrer plus profondément, quelquefois jusque dans la vessie; et, quand le corps a une pointe un peu aiguë, il s'enfonce dans l'épaisseur des parois de l'urèthre. Bientôt la verge se tuméfie, est comme infiltrée, triple de volume, devient rouge, et un suintement sanguinolent a lieu par le méat urinaire. Il y a dysurie : le malade rend seulement de temps en temps quelques gouttes d'urine; d'autres fois il y a rétention complète, impossibilité d'aller à la garde-robe; une douleur très-vive se propageant jusque dans la vessie, le long du pénis; l'abdomen est tendu; enfin le malade est dans un état d'angoisse inexprimable : il cherche, par tous les moyens possibles, à se débarrasser. Retenant le corps étranger en arrière, il tâche de refouler le canal de manière à faire sortir par le méat urinaire la cause de ses souffrances; mais si le corps étranger est peu volumineux, que l'excrétion de l'urine puisse avoir lieu, les malades tâchent de se retenir le plus longtemps possible, et prennent en même temps des boissons abondantes, espérant chasser le corps étranger par la force du jet de l'urine. Ordinairement les ressources de l'art sont réclamées promptement; cependant, il y a des observations où le corps étranger n'a été extrait que huit jours, un an, deux ans même après son introduction : dans ces cas, il était entouré de matière lithique.

En pressant doucement le long du canal, on peut quelquefois sentir le corps étranger; mais s'il était peu volumineux, il faudrait constater sa présence par le cathétérisme, en ayant soin d'introduire préalablement un doigt dans le rectum pour s'opposer à son passage dans la vessie. On verra s'il est possible de le faire changer de place; enfin, on devra s'enquérir de sa nature, de sa grosseur.

Avant d'exposer les divers procédés employés pour retirer les corps étrangers de l'urèthre, nous devons dire que l'introduction de ces corps n'entraîne pas un pronostic grave : nous n'avons pas trouvé une seule opération où il y ait eu mort du malade, quel que fût le corps étranger introduit, quel qu'ait été le procédé mis en usage.

Lorsque cela est possible, il faut tâcher d'extraire le corps étranger par l'orifice de l'urèthre, en l'y amenant au moyen d'une pince, comme M. Demarquay l'a fait chez son malade.

L'énumération des objets qui ont été introduits dans l'urèthre indique seule que ce procédé est loin de pouvoir être mis en usage dans tous les cas, et que les chirurgiens ont dû imaginer des procédés particuliers pour surmonter les difficultés qu'ils rencontraient. Nous allons en présenter le tableau aussi complet que possible, en donnant un résumé très-court du fait qui a suggéré l'idée de chaque mode opératoire, et nous dirons quel est, selon nous, celui qui doit mériter la préférence.

Les corps étrangers introduits le plus fréquemment dans l'urèthre sont les épingles et les aiguilles, et ce sont les plus difficiles à extraire; car leur peu de volume empêche souvent de les saisir avec une pince, et lorsqu'on y est arrivé, leur pointe s'engage dans les parois du canal.

Amussat, en tirant fortement sur le pénis, parvint à dégager la pointe d'une épingle introduite dans le canal de l'urèthre, puis, l'engageant dans la canule d'un instrument lithotriteur, il en fit l'extraction. (*Arch. de Méd.*, t. XXV, 1831, p. 576.)

Dans un cas où il ne put dégager la pointe d'une épingle, Desault s'avisa d'un expédient qui lui réussit. Il appuya un doigt sur la partie inférieure de l'urèthre, où répondait la pointe de l'épingle, qu'il fixa par ce moyen; puis, ayant poussé les branches de la pince plus avant, il saisit l'épingle à environ un pouce de la pointe, la recourba en forme d'anse en la tirant à lui, et en fit sur-le-champ l'extraction. (*Dict. des sciences méd.*, t. LVI, p. 298.)

Cette manière de faire n'est pas celle que nous préférerions en pareil cas : nous lui trouvons d'abord quelque chose de brutal; d'un autre côté, on n'est pas sûr de pouvoir ainsi recourber en forme d'anse l'extrémité d'une épingle. Il est un mode opératoire beaucoup plus ingénieux et qui doit être employé toutes les fois qu'on le peut; il a été imaginé par Samuel Cooper. (*Dict. de chir.* de Samuel Cooper, t. II, p. 583, édit. 1826.)

On fait pincer la verge près de sa racine par un aide, immédiatement au-dessous du corps étranger, de manière à empêcher sa progression dans le canal; puis, coudant fortement la verge, on fait traverser la paroi inférieure de l'urèthre, on saisit et on tire au dehors l'épingle, puis on tourne sa tête vers le gland, par l'orifice duquel on la fait sortir. Ce dernier procédé a été employé par M. Boinet pour extraire une épingle d'or longue de 6 centimètres environ. (*Gaz. méd.*, 1841, p. 284.) Dans le cas où l'épingle serait parvenue dans la portion membraneuse, on devrait introduire dans le rectum l'indicateur préalablement huilé.

Si nous avions à extraire une double épingle à cheveux, après avoir fait traverser les deux pointes, nous tournerions vers le gland l'anse formée par les deux branches de l'épingle, et nous la ferions sortir par le méat urinaire. Cette manœuvre est beaucoup plus simple que celle qui consiste à redresser la courbure de l'épingle et à sectionner ras de la peau une des branches pour faire sortir l'autre par la piqûre de l'urèthre.

S'il s'agissait d'une aiguille, on conçoit qu'il ne serait pas nécessaire de la retourner : on peut l'extraire directement par la piqûre de l'urèthre, comme l'a fait Dieffenbach. (*Casper's Wochenschrift*, 1842, n° 2.)

Bien que, dans plusieurs observations, on appelle ce procédé « procédé de Dieffenbach, » ce chirurgien ne doit pas être regardé comme son inventeur. Il fut imaginé par Süe, maître en chirurgie à Orléans, pour extraire une épingle à cheveux qu'un garçon tonnelier s'était introduite huit jours auparavant dans le canal de l'urètre. Malheureusement, l'épingle n'était pas assez aiguë et assez résistante : il fut impossible de la faire traverser au dehors, et l'on prit le parti d'inciser l'urèthre pour la faire sortir. (*Journ. de méd.*, t. LXXV, p. 279, an 1788.)

Avant d'en venir à cette extrémité, on doit essayer successivement les deux procédés suivants, qui ont réussi plusieurs fois :

On enduit de poix ou de cire molle un stylet de trousse; puis,

après avoir fixé le corps étranger, pour qu'il ne s'enfonce pas trop avant, on insère le stylet dans le canal; pressant ensuite avec l'autre main l'épingle contre la poix, on tâche de l'y fixer, et l'on retire le corps étranger avec l'instrument. (*Id.*, t. XLIV, p. 557, an 1775.)

On peut encore avoir recours au procédé suivant : après avoir fait introduire préalablement le doigt d'un aide dans l'anus, afin d'empêcher le corps étranger de pénétrer dans la vessie, on pratique le cathétérisme avec une sonde d'argent assez volumineuse, et l'on tâche de passer entre le corps étranger et la paroi supérieure de l'urèthre, qui se contracte violemment sur la sonde; alors, au moyen du doigt introduit dans l'anus d'abord, puis à travers le périnée, on exerce une forte compression sur la sonde, que l'on retire peu à peu et lentement, en la laissant chasser pour ainsi dire par les contractions uréthrales. Le corps étranger suit la sonde et est enlevé en même temps qu'elle; d'autres fois il est seulement assez rapproché du méat urinaire pour pouvoir être saisi avec une pince. (*Journ. de chir.*, année 1846, p. 214.)

L'extraction des corps étrangers par les divers procédés dont nous venons de parler n'est ordinairement suivie d'aucun accident. Ainsi, bien que la pointe des épingles, des aiguilles ait traversé le canal de l'urèthre et la peau, la miction est à peine douloureuse, l'urine reprend facilement son cours, les piqûres ne nécessitent aucun pansement; deux jours après, c'est à peine si l'on remarque un point ecchymotique correspondant à la piqûre.

Il peut se présenter des cas où aucun des procédés exposés ne puisse être employé, même lorsqu'il s'agit d'épingles ou d'aiguilles introduites dans l'urèthre.

Dans un cas, M. Gosselin était parvenu à faire traverser la paroi uréthrale par la pointe d'une épingle, et avait opéré le changement de direction. L'épingle fut arrêté dans la portion spongieuse déchirée par des manœuvres antérieures, et cet habile chirurgien fut obligé d'avoir recours à la boutonnière. (*Gaz. des Hôp.*, 1847, p. 426.)

Ce fait nous amène tout naturellement au procédé qui est la dernière ressource du chirurgien pour extraire un corps étranger de l'urèthre : nous voulons parler de l'incision.

Il existe un grand nombre d'observations de corps étrangers de l'urèthre où ce procédé a été employé. Il en est où il a été mis en usage d'emblée, sans que l'on ait cherché à faire l'extraction du corps étranger par un autre procédé : ce sont les observations les plus anciennes; mais, dans plusieurs cas, l'incision n'a été qu'un ultimatum.

On est obligé d'avoir recours à l'incision, lorsque le corps étranger ne peut changer de place, lorsque, par sa forme, par son volume, il met obstacle à l'emploi d'aucun autre procédé, comme dans une observation où il s'agit d'une petite fourchette introduite dans l'urèthre par un paysan. (*Journal de méd.*, 1786, t. LXVI, p. 79.)

Pour pratiquer l'incision du canal de l'urèthre, le malade est placé comme pour l'opération de la taille, et un aide relève les bourses lorsque le corps étranger a pénétré très-profondément. S'il est volumineux et qu'il fasse saillie sous les téguments, on pratique sur son trajet une incision, et avec les pinces, on en fait l'extraction. Mais lorsque le corps étranger a peu de volume et que l'on craint qu'il ne pénètre dans la vessie, en introduisant un doigt dans le rectum et en pressant sur le col de la vessie, on s'oppose à son passage; enfin, on introduit un cathéter pour servir de guide au bistouri.

S'il s'agissait d'une épingle à enlever, et que l'on fût forcé d'en venir à l'incision, on devrait d'abord n'intéresser que la peau et ne pas pénétrer dans le canal. Ceci fait, on ferait correspondre avec l'incision la pointe de l'épingle, et celle-ci étant saisie, on pourrait tourner sa tête du côté du méat urinaire et en achever l'extraction.

Après l'incision de l'urèthre, on place une sonde à demeure dans le canal, pour éviter que l'urine ne souille la plaie. Aucun accident n'est survenu dans les cas publiés. La guérison a eu lieu dans un espace de temps qui a varié de *six* à trente jours.

Disons, en terminant, qu'il est des circonstances où la position du corps étranger indique au chirurgien la conduite qu'il doit tenir pour en faire l'extraction. Nous citerons, comme exemple, le fait suivant, emprunté à Dieffenbach :

Un homme fort, d'environ 40 ans, s'était introduit dans le canal de l'urèthre un fil de fer non recuit, de la grosseur d'une forte aiguille à tricoter et plié en deux. L'une des branches, moins longue, se trouvait entièrement cachée dans le canal; l'autre paraissait au dehors du méat, à une demi-ligne. En tirant sur cette dernière avec des pinces, la courte branche, faisant crochet, s'était enfoncée dans les chairs et était venue faire saillie sous la peau. Il n'y avait pas moyen de glisser sur le fil une canule qui l'aurait recouvert et embrassé le crochet; il ne restait donc qu'à faire traverser les chairs à celui-ci, à agrandir l'ouverture et à retirer le fer par la portion repliée. La verge fut entourée de bandelettes agglutinatives, et la plaie guérit au bout de trois jours. (*Gaz. méd.*, année 1843, p. 242.)

(*Gazette hebdomadaire.*)

MÉDECINE CLINIQUE.

Observation pour servir à l'histoire du *charbon* en Belgique. — Tumeur charbonneuse de l'aine et de la partie interne et postérieure de la cuisse. — Guérison spontanée. — Étiologie,

Par M. le Dr Sovet, de Beauraing,

Membre correspondant de l'Académie royale de Médecine de Belgique.

J. Bronze (de Maisoncelle), homme robuste, âgé de 57 ans, se nourrissant habituellement d'aliments assez abondants mais peu substantiels, habite une maison malpropre, bâtie sur le bord d'un ruisseau coulant dans des prairies marécageuses; il voyage fréquemment de village en village pour acheter des peaux d'animaux divers et surtout des peaux de moutons; il accumule ces peaux chez lui, les entasse dans une espèce de magasin, il les étend, les retourne, les replie, en fait des paquets assortis et les conserve ainsi jusqu'à ce qu'il en ait acquis de quoi remplir une charrette, puis il les livre aux corroyeurs, devant lesquels il les manipule encore une à une pour les estimer et les vendre. En mars 1856, il était très-bien portant; il est certain, dit-il, qu'il ne portait ni piqûre, ni écorchure sur aucune partie de son corps; il se peut que dans les peaux qu'il avait alors en magasin, quelques-unes provenaient d'animaux abattus pour cause de maladie, mais il n'a pas ouï dire qu'aucune affection charbonneuse ait régné dans le bétail des villages où il fait habituellement ses achats. Les vétérinaires du pays m'assurent qu'ils n'ont pas observé d'affection charbonneuse depuis plusieurs années.

Bronze n'avait fait aucune chute, aucun excès, il se couche bien portant le 25 mars. Pendant la nuit, il fut pris d'un violent frisson, puis d'une douleur très-vive à l'aine droite; une tumeur dure, à bords luisants, au centre violacé, ne tarda pas à y apparaître; il crut qu'il allait avoir un gros furoncle, il le couvrit d'un emplâtre de poix; mais les douleurs devinrent horribles, me dit-il; il arracha l'emplâtre, et déjà une rougeur livide s'étendait sur toute la région interne de la cuisse jusque près du genou; le lendemain, toute cette région était occupée par une tumeur dure qui devint le siége de douleurs de plus en plus cuisantes, se couvrit de phlyctènes laissant échapper une sérosité citrine; la tumeur devint entièrement noire, les douleurs abandonnèrent le centre pour se faire sentir plus fortement au pourtour. Le malade était tombé dans un profond abattement dès le début, bientôt il eut du délire, une soif inextinguible, son ventre était rétracté, ses urines rares, ses selles nulles.

Ce malheureux passa neuf jours dans cet état, n'opposant à son mal que des feuilles de Saint-Quirin et les prières de ses voisines, quand enfin, sur les instances réitérées du vicaire de

la paroisse, on vint me prier de visiter le malade. Je le vis le 5 avril, présentant encore tous les symptômes précités : le pouls était petit, très-accéléré; la peau sèche; la langue brunâtre et fendillée; le ventre rétracté; il était plongé tantôt dans la somnolence, tantôt dans des rêvasseries bruyantes; il accusait de la céphalalgie et une soif très-vive. Une eschare noire, épaisse, mollasse et facile à déchirer, s'étendait depuis l'aine droite jusqu'à deux travers de doigt du genou, et depuis le milieu antérieur de la cuisse jusqu'au pli de la fesse. Un ichor fétide, brunâtre et sanguinolent, et du gaz d'une odeur caractéristique s'échappaient lorsqu'on comprimait cette vaste eschare. Un cercle inflammatoire bien prononcé la séparait de toutes parts des parties saines. Les artères battaient sous les téguments gangrenés, le pied et la jambe avaient conservé leur chaleur. Le pain qui servait à la nourriture n'offrait aucune trace d'ergot. Le patient disait que sa cuisse ne lui causait plus aucun mal, mais que l'odeur l'incommodait beaucoup, que sans elle il pourrait manger et qu'il aurait bientôt récupéré ses forces.

Je pratiquai quelques scarifications dans les parties déclives de l'eschare, j'en fis recouvrir les bords de plumasseaux enduits de cérat et de styrax chloruré. Des aspersions d'oxyde de sodium furent répétées fréquemment ; je donnai à l'intérieur le kina et du bouillon.

Le 7, toute la partie supérieure et antérieure de l'eschare est détachée et laisse à nu une vaste plaie où l'on distingue les faisceaux musculaires comme disséqués et des bouts de vaisseaux veineux laissant échapper des petits caillots de sang noir. (Même pansement : laxatif, tisane au houblon, décoction de cortex, bouillon.)

Le 10, l'eschare, qui postérieurement tenait encore à quelques fibres aponévrotiques, tombe entièrement par la section de ces dernières. La plaie a un aspect très-favorable. L'appétit est très-prononcé, les symptômes typho-adynamiques se dissipent rapidement. (Pansement au cérat : bouillons, limonade vineuse, côtelettes.)

Le 15, la plaie reste très-vaste, mais couverte de bourgeons charnus de très-bon aspect. J'établis un bandage roulé, je recommande de ne panser que tous les trois jours. La cicatrisation marcha d'abord très-rapidement, puis se ralentit et ne fut complète qu'en août.

Les symptômes si bien relatés par le patient et par les personnes intelligentes qui l'avaient visité dans les premiers jours de la maladie, cette tumeur d'un rouge livide apparaissant à l'aine, envahissant rapidement toute la partie interne de la cuisse, devenant immédiatement noire, déterminant des douleurs atroces et s'accompagnant de symptômes adynamiques très-prononcés, cette invasion brusque au milieu d'une santé florissante, chez un homme qui n'avait ingéré ni ergot, ni aucune substance virulente, et dont la circulation artérielle n'avait subi aucune entrave, me paraissent bien propres à ne laisser aucun doute sur la nature charbonneuse de l'affection.

On connaît le pronostic grave que portent sur cette maladie ceux qui l'ont observée; ici la nature a fait tous les frais de la guérison ; lorsque je fus appelé, mon malade n'offrait plus guère d'autres dangers que ceux qui allaient résulter de la vaste plaie qui succéderait à l'eschare. Les toniques ont rapidement amélioré son état général, et les pansements rares faits au moyen du bandage roulé, et légèrement compressifs, m'ont paru avoir la plus heureuse influence sur la cicatrisation.

En 1853 et en 1855, M. le docteur Ancelon de Dieuze a présenté à l'Académie royale de médecine de Belgique, deux notes dans lesquelles, d'accord avec Pline, Thomassin, Leroux, Chaussier, Boyer, Bayle, etc., il a cherché à établir que le charbon, chez l'homme, n'est pas ordinairement le résultat de la contagion, mais qu'il est souvent produit par les miasmes paludéens, agissant surtout sous l'influence des chaleurs caniculaires.

L'honorable rapporteur de la Commission académique chargée d'examiner ces notes (1), M. Verheyen, a, par des recherches très-nombreuses et très-savantes, démontré que cette assertion ne repose que sur des fondements très-incertains. Nulle discussion n'est encore venue éclairer cette question intéressante au sein de la docte compagnie. *Adhuc sub judice lis est.*

Dans le cas que nous venons de rapporter, le malade était soumis à la malpropreté, à une nourriture peu substantielle, et habitait une vallée humide et marécageuse. Toutes ces circonstances sont bien celles que M. Ancelon cite comme les plus propres à développer le charbon ; mais notre malade était marchand de peaux; il assure bien qu'il ne portait aucune solution de continuité de l'épiderme, mais il manipulait fréquemment ces peaux, sans enduire préalablement ses mains d'aucun corps gras ; il passait souvent plusieurs heures dans l'atmosphère malsaine du magasin où il les accumulait, et s'il n'y a pas eu chez lui absorption du virus charbonneux par la peau, cette absorption a pu avoir lieu par l'appareil respiratoire, de sorte que ce fait ne prouve rien en faveur des assertions de M. Ancelon. Une observation suivie pendant vingt-quatre ans de pratique dans des cantons dont un tiers des villages sont situés dans des vallées marécageuses, n'est pas plus favorable à l'étiologie spontanée du charbon chez l'homme. Si j'en excepte le cas que je viens de décrire, je n'ai rencontré d'affections gangréneuses que sous l'influence de l'ergot, si ce n'est un seul cas de pustule maligne observée il y a dix ans chez une bouchère de Pondrome, village situé sur un plateau sec et élevé. La pustule présentait les caractères pathognomoniques tracés par tous les auteurs; elle siégeait sur la main droite. Une cautérisation pratiquée immédiatement avec une couche épaisse de caustique de Vienne arrêta les accidents; mais, là encore, il s'agissait d'une bouchère qui faisait le commerce des peaux de veau et de mouton, qui en achetait partout où elle les rencontrait, sans s'inquiéter des conditions dans lesquelles se trouvaient les animaux au moment de leur abattage, et qui manipulait les peaux sans user de la moindre précaution ; elle aussi les accumulait dans un grenier où elle les retournait et les étendait chaque jour, et si, comme elle me l'a assuré, elle n'avait, au moment de son accident, ni écorchure, ni piqûre, elle a pu contracter la pustule maligne par infection, par voie d'absorption, sinon cutanée, du moins pulmonaire. (*Presse méd. belge.*)

OBSTÉTRIQUE.

Éclampsie au neuvième mois de la grossesse. — Hystérotomie vaginale,

Par M. le Dr Lenier.

Appelé dans le courant de mars 1856 dans la commune d'Hautmont, arrondissement d'Avizon (Nord), par M. Mathieu, officier de santé, à propos d'un cas d'éclampsie qu'il avait reconnu chez la femme d'Hippolyte G...., je remarquai moi-même une série d'accès d'éclampsie, presque sans intermittences, pendant une demi-heure d'observation : muscles de la face grimaçant et se contractant convulsivement; le globe de l'œil roulant dans son orbite, puis se fixant immobile; bras tournés en pronation et agités de secousses ; respiration bruyante et irrégulière ; face et cou congestionnés ; écume sanguinolente à la bouche ; facultés intellectuelles et sensoriales abolies, pouls plein, dur, à 80.

Nous employâmes d'abord les moyens usités : saignées, grands bains, affusions froides sur la tête, révulsifs aux extrémités antispasmodiques.

La femme ne reprenait jamais connaissance. Nous résolûmes alors d'avoir recours aux incisions pratiquées sur le col, de préférence aux douches utérines, qui comptent cependant bon nombre de succès, et cela, parce que les accès se répétaient presque sans interruption, qu'ils devenaient de plus en plus vio-

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, année 1856, p. 152 et 230.

lents, et que, par conséquent, il n'y avait pas de temps à perdre. Nous n'avons pas adopté non plus la dilatation forcée, vu l'état du col, qui était effacé et admettait à peine l'extrémité du doigt.

Voici le procédé que nous avons suivi :

La femme étant placée sur une table, les quatre doigts de la main gauche furent introduits dans le vagin pour servir de guide à l'instrument tranchant, puis un bistouri droit, boutonné, dont la lame était couverte en partie par une bandelette agglutinative, fut glissé jusque dans la légère ouverture qui existait au col. Une première incision fut tentée sur le côté gauche de l'orifice et de droite à gauche de la femme; mais ce ne fut qu'avec beaucoup de difficultés qu'on y parvint, à cause de la mobilité et de la mollesse des parties. Les eaux s'écoulèrent aussitôt. Cette première incision permettant l'entrée du doigt entier dans l'orifice utérin, on en pratiqua quatre autres, qui furent faites dans des directions opposées; alors il fut possible, la tête se présentant au détroit supérieur, de terminer l'accouchement par une application du forceps.

Le fœtus, qui était mort, paraissait celui d'un enfant à terme. La délivrance s'opéra naturellement au bout de dix minutes.

Les accès ne se reproduisirent plus; mais la femme resta plongée dans une somnolence profonde jusqu'au lendemain matin, où elle se réveilla complétement sans conserver aucun souvenir de ce qui s'était passé.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 février 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

M. BOULEY prononce un discours que nous publierons entièrement dans le prochain numéro.

M. VELPEAU. Dans la dernière discussion sur les kystes de l'ovaire, en entendant un de nos collègues qui faisait rentrer dans la méthode sous-cutanée une opération aussi banale que la ponction, j'ai demandé, dans un petit mouvement d'impatience, ce que c'était donc que la méthode sous-cutanée. Cette question a surpris quelques personnes; mais, en vérité, on a fait un tel abus du mot *méthode sous-cutanée*, qu'il m'était bien permis de demander qu'on en précisât le sens.

Aujourd'hui, je commence à m'y reconnaître un peu; mais malgré les explications qui nous ont été présentées, je trouve que la question est encore tant soit peu obscure. J'ai compris toutefois qu'au lieu d'une méthode sous-cutanée, nous en avons deux maintenant, l'ancienne et la moderne. On nous assure qu'elles diffèrent en ce que l'ancienne avait pour but d'obtenir la réunion primitive, c'est-à-dire, par première intention, des tissus divisés, tandis que la seconde tient les deux bords de la section écartés l'un de l'autre, de manière à empêcher la réunion primitive et à n'obtenir qu'une réunion secondaire. J'aurai à voir tout à l'heure si cette distinction est fondée. Mais, me proposant d'établir un parallèle entre les deux méthodes sous-cutanées, je dois commencer par leur donner des noms distinctifs; je désignerai donc l'ancienne sous le nom de *méthode sous-cutanée primitive*, et la moderne sous le nom de *méthode sous-cutanée secondaire*.

Mais, au moment d'entrer en matière, je me trouve en présence d'une situation qui rend l'improvisation assez difficile. Il y a une habitude qui paraît depuis quelque temps s'établir à l'Académie : dans le but louable d'éviter les personnalités, ou dans tout autre but, on s'efforce réciproquement de ne pas se nommer; au lieu de s'adresser directement à son adversaire, on le désigne par une périphrase ou par une allusion plus ou moins transparente. Cela rend peut-être le discours un peu plus difficile, mais cela est fort commode à un autre point de vue; cela permet de rester dans le vague, de laisser de côté les citations précises, de se donner beau jeu en prêtant à un adversaire innominé des opinions qu'il n'a point émises, sans que celui qui se croit désigné soit en droit de se plaindre.

J'aimerais mieux, pour ma part, des attaques plus ouvertes, mais puisqu'On a donné l'exemple, je le suivrai; il y a un certain nom que je ne prononcerai pas; je tâcherai toutefois de m'exprimer assez clairement pour qu'on ne puisse pas se méprendre sur le sens de mes paroles.

On m'a reproché de suivre une méthode scientifique qui, dit-on, rétrécit tous les horizons, en restreignant nos connaissances au cercle étroit de l'observation.

On préfère suivre une autre méthode, la méthode inductive ou analogique, qui s'élève pour voir plus loin, et qui monte si haut qu'elle se perd dans les nuages, de telle sorte qu'On est bientôt placé entre le ciel et la terre, et que ni les hommes ni Dieu ne vous comprennent plus. Il est vrai qu'avant de partir pour ces régions élevées, On nous a cité une phrase de Pascal qui prouve qu'on ne néglige pas les intérêts de ce bas monde. Cette phrase fournit un moyen commode de trancher comme on veut les questions de priorité. D'après cet aphorisme, une idée appartiendrait non à celui qui l'émet, mais à celui qui l'utilise. On peut s'en emparer sans remords, en donnant pour prétexte que celui à qui on la prend ne saurait pas s'en servir. Avec cette doctrine, on aurait le droit de prendre une pièce d'or dans la main d'un enfant, sous prétexte qu'il n'en saurait rien faire, et qu'on en fera meilleur usage que lui. N'en déplaise au disciple de Pascal, j'envisage tout autrement les choses : une idée appartient à celui qui la crée, et personne n'a le droit de l'en dépouiller. Vous avez entendu le même orateur, dans la péroraison du discours qu'il vous a lu, se plaindre solennellement de l'injustice qu'on lui fait en lui arrachant ses découvertes, pour en faire honneur à des absents ou à des morts. Mais ceux-ci n'auraient-ils pas bien plutôt le droit de se plaindre de celui qui leur prend leur dépouille et qui se drape dans leur manteau? C'est pourquoi je me fais toujours un devoir de prendre la défense de ceux qui ne sont plus et de ceux qui sont trop loin pour répondre, lorsqu'il est bien démontré pour moi qu'on méconnaît leurs droits et qu'on s'empare de leurs idées.

Je vais maintenant comparer entre elles les deux méthodes sous-cutanées, l'ancienne et la moderne, la *primitive* et la *secondaire*, celle de tout le monde, et celle d'un *Autre* que je ne nommerai pas.

Je voudrais bien savoir d'abord quel est l'âge de la méthode sous-cutanée secondaire. J'ai lu dans la *Gazette médicale* qu'elle est née en 1840. J'ai lu ailleurs que c'est en 1839. Acceptons cette dernière date. La méthode sous-cutanée primitive a été suivie jusqu'en 1834. De 1834 à 1839 il s'est produit des faits très-nombreux et très variés; mais, à ce qu'il paraît, point de méthode. Au bout de ces cinq ans, la méthode sous-cutanée secondaire a été enfantée. Voyons en quoi elle diffère de l'ancienne. Elle prétend en différer par quatre points nouveaux. Je parlerai d'abord du plus important :

1° Lorsque la Méthode sous-cutanée secondaire a divisé un tendon ou un muscle, elle en tient les bouts écartés afin d'obtenir une réunion secondaire. Elle affirme qu'avant elle on ne les écartait pas, qu'on les tenait au contraire rapprochés pour les faire réunir par première intention.

Ainsi, la Sous-cutanée secondaire a la prétention d'avoir imaginé le précepte de tenir les deux bouts écartés, pour faire organiser entre eux un cordon fibreux d'une certaine longueur, et pour obtenir l'allongement de l'organe divisé. Cette prétention est très-singulière, car la Sous-cutanée primitive ne procédait pas autrement. Oui, il est vrai que Delpech, Dupuytren, Stromeyer, ont pu essayer de tenir les deux bouts écartés pour les faire ressouder par première intention; mais ils n'ont pas réussi, et ils ne pouvaient pas réussir. Lorsqu'un tendon est divisé, coupé ou rompu, le muscle se rétracte et les deux bouts s'écartent sans qu'aucune position, sans qu'aucun bandage puisse les ramener au contact. Que n'a-t-on pas essayé pour réunir les deux bouts après la rupture si célèbre du tendon d'Achille? Les machines les plus puissantes n'ont pu réussir à empêcher l'écartement. Les conditions sont bien plus défavorables encore à la réunion lorsqu'on coupe la corde, déjà tendue outre mesure, qui entretient une difformité. Aussi a-t-on bientôt reconnu que le but un moment poursuivi par Delpech, Dupuytren et Stromeyer, était tout à fait illusoire. Ceux qui les ont suivis, comme ceux qui les ont précédés, ont reconnu que la ténotomie est toujours suivie de l'organisation d'une substance intermédiaire, qui s'étend entre les deux bouts du tendon coupé, et qui procure un allongement permanent. A partir de 1834, les ténotomistes ont adopté le précepte général de tenir les deux bouts écartés pendant le traitement consécutif. Ce précepte est formulé dans le travail de Günther, vétérinaire allemand, travail qui a paru en 1834; on le retrouve dans le mémoire d'Ammon, dans celui que M. Held a publié à Strasbourg en 1835, dans la première communication que M. Bouvier a faite, en 1838, à l'Académie, etc., etc. A peu près à la même époque, j'ai écrit un *Traité de médecine opéra-*

toire, et c'est encore ce précepte que j'ai donné. La Sous-cutanée secondaire est venue au monde après tout cela, et si c'est sur ce précepte qu'elle fait reposer ses prétentions à la nouveauté, elle court grand risque d'être confondue avec la sous-cutanée primitive.

2° Voyons si elle sera plus heureuse sur le second point. Elle prétend qu'avant elle on attribuait à l'inflammation adhésive le travail de réparation qui succède à la section, et que c'est elle qui a découvert que l'inflammation est étrangère à ce travail. Puis, comme l'inflammation adhésive en général a été décrite par John Hunter, elle trouve commode de désigner, sous le nom de ténotomie huntérienne, la ténotomie qu'on pratiquait en 1840. C'est un peu hardi, puisque Hunter ne s'est jamais occupé de ténotomie. Mais, ce qui est plus hardi encore, c'est l'opinion attribuée par la Sous-cutanée secondaire aux partisans de la sous-cutanée primitive. Personne, depuis 1835, et presque personne avant cette époque, n'a parlé de l'inflammation adhésive des tendons divisés sous la peau. Lisez le mémoire d'Ammon. Ne sait-on pas, au contraire, que beaucoup d'auteurs ont nié jusqu'à la possibilité de l'inflammation des tendons? Voilà une seconde nouveauté qui ne peut servir de titre à la Sous-cutanée secondaire.

3° Mais voici son plus beau titre de gloire. Avant moi, dit-elle, il y avait des accidents nombreux, des érysipèles, des phlegmons, des abcès, des gangrènes. Tout cela a maintenant disparu ou à peu près. Depuis que je règne il n'y a plus d'accident. J'en ai eu un au début, un autre beaucoup plus tard, et c'est tout.

En cela, je suis encore obligé de dire que la Secondaire commet une inexactitude. Ces accidents dont elle parle tant n'existent pas plus sans elle qu'avec elle. Les auteurs qui avant 1840 ont écrit sur les sections sous-cutanées, ne les ont pas mentionnées plus que ne l'ont fait les auteurs modernes. Y avait-il des accidents alors? c'est possible, c'est probable même, puisqu'il y en a encore aujourd'hui; mais, comme aujourd'hui, ils devaient être fort exceptionnels.

Mais, dirai-je à la Sous-cutanée secondaire, vous-même n'avez-vous pas eu d'accidents? D'abord, de votre propre aveu, vous en avez eu deux fois. Puis lorsque, dans un autre but, pour établir un nouveau traitement du phlegmon, vous avez eu besoin de faits, vous en avez aisément trouvé. Vous avez cité dans la *Gazette médicale* les observations de trois demoiselles qui ont eu chacune un phlegmon consécutivement à des sections sous-cutanées de la variété Secondaire. Si on cherchait bien, on trouverait peut-être encore quelque autre petit fait analogue. Ces trois observations diffèrent-elles des deux premiers faits dont je parlais tout à l'heure? S'il en était ainsi, cela ferait cinq cas suivis d'accidents. En tous cas, il y en a au moins trois, et il est permis d'en conclure que les choses ne vont pas mieux sous la Sous-cutanée secondaire que sous la sous-cutanée primitive.

4° Mais qu'a donc inventé, qu'a donc innové la Sous-cutanée secondaire? Ah! j'y suis enfin. — Elle a voulu empêcher l'entrée de l'air dans les plaies sous-cutanées. Mais Delpech aussi, mais Dupuytren aussi, cité par M. Bégin dans le *Dictionnaire en quinze volumes*, mais Boyer aussi, mais Desault, Bell, Monro et Bromfield aussi, et d'autres encore avant eux, et tout le monde depuis eux. J'en dirais plus long là-dessus, si M. Broca, dans un article que le *Moniteur des Hôpitaux* a publié ce matin, ne s'était chargé d'abréger ma besogne. Sous ce rapport encore, il n'y a rien de nouveau, rien absolument, dans la méthode Sous-cutanée secondaire.

Ce n'est pas la première fois qu'on lui présente ces objections; mais ella répond : Qu'importe! tout cela était en désordre, je l'ai arrangé, systématisé, généralisé. Généralisé? Non. On avait coupé d'abord un premier tendon, puis un second; il n'était pas difficile de songer aux autres. Quand même On aurait trouvé cela, il n'y aurait pas de quoi se vanter beaucoup; mais On ne l'a pas trouvé, parce que cela était tout trouvé déjà. M. Held, en 1835, avait dit qu'on pouvait couper tous les tendons rétractés par la méthode sous-cutanée; M. Ammon, en 1837, avait conseillé de couper ainsi non-seulement les tendons et les muscles, mais les fascias et les aponévroses. Lorsque j'ai répété cela dans mon *Traité de médecine opératoire*, je ne me doutais pas qu'On allait bientôt le réinventer. Et d'ailleurs, n'avait-on pas déjà étendu l'application de la méthode sous-cutanée à un grand nombre d'opérations autres que les diverses ténotomies? Vous voyez donc bien que s'il vous reste quelque chose, ce n'est pas le mérite de la généralisation.

Un mot maintenant sur l'action de l'air. Pour mieux me réfuter, On m'a fait dire ce que je n'ai pas dit. On a prétendu que j'avais nié l'action irritante de l'air. Non, j'ai dit seulement que l'air est beaucoup moins dangereux qu'On ne le prétend. J'ai demandé s'il était vrai qu'en donnant une grande longueur au trajet sous-cutané, c'est-à-dire en faisant une plaie très-oblique au lieu d'une plaie oblique, on diminuât les chances d'accident. J'ai dit que je ne le pensais pas, et je le répète encore. Grâce à l'étroitesse de la ponction, les lèvres de la petite plaie cutanée se recollent promptement. Au bout de deux ou trois heures, l'entrée de l'air serait tout à fait impossible, eût-on même négligé d'appliquer une mouche de diachylon. Ce serait donc au moment de l'opération qu'on pourrait craindre d'introduire une bulle d'air dans le foyer. Evite-t-on cet inconvénient, si c'en est un, avec votre ponction très-oblique? Non, puisque vous conseillez vous-même, après la section, de comprimer les tissus pour expulser les gaz qui auraient pu y pénétrer. La méthode sous-cutanée primitive pourrait en faire autant. Et d'ailleurs, que pourriez-vous craindre de la présence d'une bulle de gaz? Vous avez entendu la communication intéressante que vient de nous faire M. Bouley. C'est l'oxygène seul qui est irritant, et l'oxygène disparaît bien vite, de telle sorte que la petite bulle d'air, laissée par mégarde dans la plaie profonde, perd presque aussitôt ses propriétés irritantes, et c'est ce qu'On reconnaissait déjà, lorsque, pour répondre à l'objection tirée des emphysèmes traumatiques, On disait que l'air, pour produire la suppuration, devait se renouveler. De tout cela, je conclus que le précepte de remplacer la ponction oblique par une ponction plus oblique ne repose sur aucun fondement.

Comment s'y prend-On pour rendre la ponction plus oblique? Autrefois, on faisait glisser la peau au moyen d'une forte traction. Ainsi faisaient Bromfield, Bell, Desault, Boyer, Dupuytren (cité par M. Bégin), etc. Aujourd'hui, au lieu de faire glisser la peau par une traction directe, On la soulève au moyen d'un pli. Soyons juste, et reconnaissons que ce pli est nouveau. Voilà enfin une différence entre la Sous-cutanée secondaire et la sous-cutanée primitive. Cette différence tient à un pli. Je ne chercherai pas à l'effacer, mais je le demande, ce tout petit détail suffit-il pour constituer une méthode? Non, mais à peine une infime procédé de la méthode sous-cutanée primitive, ou plutôt de la méthode sous-cutanée, car il n'y en a qu'une maintenant, je crois l'avoir démontré.

Surtout, je le répète en terminant, ce n'est pas en innovant si peu qu'on peut être autorisé à confisquer à son profit les découvertes de ses prédécesseurs, et à s'emparer tout à coup de l'œuvre qu'ils ont lentement et sagement élaborée. On ne doit pas le faire, sous peine de ressembler à ce joueur qui, ayant ramassé tous les enjeux pour les mettre dans son sac, répondit pour se justifier que le sac était bien à lui.

M. J. Guérin. Je n'ai pas l'intention de répondre, à cette heure avancée, aux arguments de M. Velpeau, mais je dois dès maintenant détruire l'impression défavorable qui pourrait résulter de quelques-unes de ses paroles. Il a insinué que je m'étais mis en contradiction avec moi-même, à propos des accidents que j'ai observés après la ténotomie. Cette contradiction n'existe que dans son esprit. J'ai déclaré et je déclare encore, sans craindre d'être démenti, que je n'ai pas eu un seul cas de *ténotomie* suivie de suppuration. Mais il ne faut pas confondre la *ténotomie* avec la *myotomie* : ma première myotomie a effectivement suppuré. C'est alors que, cherchant les causes de cet accident, j'ai découvert de nouveaux principes qui m'ont conduit à édifier une méthode nouvelle. Depuis lors, suivant cette méthode nouvelle, j'ai pratiqué un grand nombre de myotomies, et l'une d'elles seulement a suppuré. Voilà pour les cas de suppuration. J'en ai eu deux en tout, et on ne m'en citera pas un troisième. Il est vrai que trois fois j'ai pu craindre une terminaison analogue; il y avait une inflammation phlegmoneuse que je crus devoir attribuer à la présence de quelques bulles d'air. Je traitai ces phlegmons par la méthode sous-cutanée; j'évacuai l'air au moyen de ponctions et l'accident fut conjuré. Voilà les faits tels qu'ils se sont passés, et on peut voir, d'après cela, si je me suis mis en contradiction avec moi-même.

M. Velpeau. Je ne vois pas en quoi M. Guérin, que je puis maintenant appeler par son nom, a répondu à mon objection. J'avais dit que, comme tout le monde, il avait eu des accidents. Je ne savais si cela lui était arrivé trois fois ou cinq fois. Il vient de nous dire lui-même que cela lui est arrivé cinq fois. Je me déclare satisfait de ce renseignement. Il n'a eu que deux fois de la suppuration, dit-il. Que m'importe, si dans les trois autres cas, il a eu des phlegmons! Quant au traitement qu'il a mis en usage dans ces trois cas, je me permettrai d'en contester l'opportunité. Quoi, malgré toutes ses précautions, malgré son pli, il a laissé passer de l'air dans le foyer de la plaie profonde, et il n'a pas expulsé cet air au moment de l'opération! Mais son procédé, alors, n'est donc pas supérieur à celui de tout le monde? puisqu'il ne remplit même pas l'indication d'empêcher l'entrée de l'air. Et c'est au bout de trois ou quatre jours, plus tard peut-être, lorsque cet air prétendu n'était plus de l'air, comme M. Bouley nous

l'a prouvé, c'est alors qu'il croit avoir conjuré les accidents, en ouvrant une issue à des gaz inoffensifs! Tout cela, je l'avoue, ne me satisfait guère et ne me donne nulle envie de traiter les phlegmons par la méthode sous-cutanée.

CORRESPONDANCE.

Moyen de prévenir les cicatrices produites par les pustules de la variole.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens vous demander de me donner quelques lignes dans votre estimable journal, relativement à la variole, qui défigure si souvent et en si peu de temps ceux qui en sont atteints. J'ai toujours pensé qu'il ne devait pas être impossible de dérober les sujets aux stigmates affligeants que cette terrible maladie laisse toujours après elle. J'ai donc cherché, interrogé, comparé, et je suis heureux aujourd'hui, après plusieurs expériences, de pouvoir dire que j'ai complètement réussi.

En deux mots, voici le *modus faciendi* du traitement que j'emploie : il s'agit, soit au début de la maladie, soit vers le troisième ou quatrième jour de l'éruption, de prendre de l'ammoniaque ordinaire, c'est-à-dire à 25° centigrades, et d'y tremper un masque en toile de lin ou de coton. Ce masque, bien entendu, présente des ouvertures pour les yeux, le nez et la bouche; de chaque côté, des cordons correspondants aux angles externes des cavités orbitaires et aux commissures externes de la cavité buccale, sont cousus derrière la tête. Après avoir trempé ce masque dans l'ammoniaque, je le mets sur la figure du patient et le laisse quatre minutes, en avertissant, comme on le pense, mon malade de tenir les yeux fermés et de porter à sa bouche et à son nez un mouchoir, ce qui lui permettra de respirer librement. Les quatre minutes écoulées, j'enlève le masque qui a produit une rubéfaction assez forte pour faire avorter, au bout d'un certain temps, ou les élevures papuleuses, ou les boutons varioleux, lesquels entrent en suppuration avant d'avoir commencé leur travail d'ulcération. Je remplace immédiatement le masque ammoniacal par un autre que je trempe dans un liniment oléo-calcaire. Ce dernier masque doit être changé au moins cinq fois par jour pendant quatre jours. On voit alors la période de dessiccation commencer et s'achever sans que les pustules laissent jamais de cicatrices.

Je dois ajouter que mes malades n'ont point eu d'érysipèles de la face ni de fortes démangeaisons.

Le collodion, l'amidon, les mercuriaux, etc., sont-ils, et pour le malade, et pour le médecin, aussi sûrs que mon traitement? Voilà la question posée et que je ne crains pas de résoudre par la négative.

Quant à la cautérisation partielle des pustules, prônée par M. Velpeau, je m'abtiens d'en parler, cette pratique étant abandonnée.

Je conclus donc, Monsieur le Rédacteur, en pensant que le praticien qui peut lui-même faire l'application d'un traitement aussi simple, ne voudra plus laisser volontairement son malade exposé à une défiguration complète.

Agréez, etc. Em. DUVAL,
Directeur de la Maison de santé hydrothérapique de Chaillot.

Paris, ce 10 février 1857.

Errata. — Dans notre numéro du 21 février, il s'est glissé quelques erreurs qui doivent être ainsi corrigées : article *Emphysème général du tissu cellulaire sous-cutané*, page 178, 1re colonne, ligne 17, s'étend, lisez *s'entend*.
page 179, 1re colonne, ligne 56, voix, lisez *voie*.
page 179, 2e colonne, ligne 27, exposition, lisez *expiration*.
page 179, 2e colonne, ligne 83, entr'ouvre, lisez *entoure*.

La **Monographie pharmacologique et thérapeutique de l'iodure de fer**, par F. GILLE, pharmacien à Paris, est en distribution au bureau du Journal. Elle est remise *gratuitement* à tout abonné. — MM. les abonnés de province qui voudraient la recevoir *franco* par la poste n'auront qu'à en faire la demande par lettre affranchie, accompagnée d'un bon de 1 fr. ou de timbres-poste pour la même somme.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Médecine préventive, ou *Organisation du service sanitaire*, par M. le docteur J. PANET. — Un vol. in-12 de 305 pages (Paris, 1857). Chez CHAMEROT, éditeur, 13, rue du Jardinet.

Des Anévrysmes et de leur traitement, par le docteur Paul BROCA, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. — Ouvrage accompagné de figures intercalées dans le texte. — Un vol. in-8° de 931 pages. Prix : 10 fr. Chez LABÉ, libraire, place de l'École-de-Médecine.

MÉMOIRES ET COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Septième année 1855. — Deuxième volume de la deuxième série.

Grand in-8°, avec planches. — Prix : 7 fr.

Paris, chez J. HAMEL, libraire, rue Racine, n° 10, et chez J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, n° 19.

Outre les *comptes rendus* des séances, qui occupent 160 pages, ce volume renferme les Mémoires originaux suivants :

1. Mémoire sur l'induration pulmonaire nommée carnification congestive, par *MM. Isambert* et *Charles Robin*.
2. Rapport sur les expériences de M. E. Brown-Séquard, relatives aux propriétés et aux fonctions de la moelle épinière, par *M. P. Broca*.
3. Recherches sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, par *M. E. Brown-Séquard*.
4. Recherches expérimentales sur la distribution des fibres des racines postérieures dans la moelle épinière, et sur la voie de transmission des impressions sensitives dans cet organe, par *M. E. Brown-Séquard*.
5. Mémoire sur la production accidentelle d'un tissu ayant la structure glandulaire dans les parties dépourvues de glandes, par *M. Charles Robin*.
6. Mémoire sur l'hématoïdine et sur sa production dans l'économie animale, par *MM. Charles Robin* et *Mercier*.
7. Note sur des filaments floconneux de couleur orange, qui se produisent dans certaines plaies récentes, par *M. le professeur Zeis* (de Dresde).
8. Hémorrhagie siégeant dans la protubérance annulaire; paralysie sans convulsions; résolution des membres; mort deux heures après l'accident, par *M. A. Laboulbène*.
9. Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le cœnure, et sur leur développement, par *M. C. Davaine*.
10. Recherches sur l'action des poisons sur le cœur, par *M. Ad. Moreau*.
11. Note sur l'application de la glycérine à la thérapeutique externe, par *M. Luton*.
12. Quelques propositions sur les fibrômes, ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire, avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs, par *M. Verneuil*.
13. Gangrène du pied et de la jambe gauche; dépôts fibrineux multiples dans les reins, la rate, le foie; engorgements hémoptoïques dans les deux poumons, par *M. Charcot*.
14. Note sur la composition des gaz qui infiltraient le tissu cellulaire dans un cas d'affection charbonneuse chez l'homme, et sur leur analogie avec le gaz des marais, par *M. Adolphe Gubler*.
15. Recherches sur la structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la langue, par *M. C. Sappey*.
16. Paralysie des membres supérieurs seuls; conservation de la sensibilité; induration de la moelle épinière; ramollissement dans l'espace compris entre les 3e et 6e vertèbres dorsales, par *M. A. Laboulbène*.
17. Description anatomique d'un veau monstrueux du genre pygomèle (famille des pygoméliens), par *M. Armand Goubaux*.
18. Mémoire sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes, par *M. Adolphe Gubler*.
19. De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques, par *MM. Armand Goubaux* et *Follin*.
20. Recherches expérimentales sur les voies de transmission des impressions sensitives et sur des phénomènes singuliers qui succèdent à la section des racines des nerfs spinaux, par *M. E. Brown-Séquard*.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 26. 5e année. Samedi 28 Février 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 27 février 1857.

Quelques mots sur les devoirs et les droits de la presse en matière de libre discussion.

Dans son numéro de samedi dernier (21 février), M. le rédacteur en chef de l'*Union médicale* adresse à ses collègues, à propos des devoirs et des droits de la presse, une interpellation à laquelle nous répondons très-volontiers, quoique nous ayons, à diverses reprises, formulé et publié notre programme sur cette matière, et que, destinée bien rare pour un programme, nous l'ayons toujours observé. Voici d'abord comment l'*Union médicale* expose les faits qui ont été l'occasion de son interpellation :

« Lorsque M. Bertillon nous fit l'honneur de nous communiquer ses premiers travaux, nous annonçâmes que les adversaires de la vaccine auraient leur tour, que nous ferions connaître les objections qu'ils auraient à opposer aux doctrines et aux calculs de M. Bertillon, mais que nous réservions à M. Bertillon et qu'il se réservait lui-même le droit d'examiner la valeur de ces objections. Cependant, M. Bertillon avait à peine commencé son exposition, que nous fûmes assailli de lettres, de réclamations et de prétendues réfutations. Nous dûmes dire à ces réclamants si pressés : Attendez donc, Messieurs! entre gens de bonne compagnie, chacun parle à son tour; il n'est pas d'assemblée délibérante où il soit permis d'interrompre l'orateur qui occupe la tribune; un journal est une tribune; M. Bertillon tient la parole en ce moment, elle vous sera donnée quand il aura fini son discours.

« Nous éprouvons le regret d'être obligé de rappeler que les adversaires de la vaccine ne voulurent pas se soumettre à ce procédé régulier de discussion. Ils élevèrent la prétention d'intervenir à tout propos dans le débat, quand bon leur semblerait, et avec les formes qui leur conviendraient. Nous dûmes résister à ces exigences, et alors un des réclamants, qui ne s'était montré ni le moins fécond, ni le moins accentué dans ses réponses, força violemment les portes de l'*Union médicale,* et nous obligea, de par la loi, à publier une lettre dont nos lecteurs purent apprécier le calme, la modération et l'excellent ton de discussion.

« Evidemment, devant de telles façons d'agir, nous dûmes revenir, M. Bertillon et nous, sur nos premières résolutions. Nous espérions une discussion sérieuse et libre, on nous répondait par de la passion, par une grande violence de langage et par la verge de M. Loyal. Notre porte fut dès lors fermée aux adversaires de la vaccine, et nous le demandons à nos honorables collègues de la presse médicale, en est-il un seul qui n'eût agi comme nous?

« S'ensuit-il que nous devions aujourd'hui, quand les adversaires de la vaccine ont enfreint à notre égard les plus simples procédés d'une polémique loyale, priver nos lecteurs des travaux qui se produisent contre leur doctrine? Sommes-nous obligés, par les préceptes d'impartialité, de reproduire aussi les nombreuses communications de ces infatigables adversaires? Assurément, il serait difficile d'appuyer sur une apparence de raison ce prétendu devoir qu'on semble nous reprocher de négliger. *Nous ne savons dans quel Code des droits et des devoirs de la presse on pourrait trouver l'obligation pour nous de donner notre publicité à ce que, dans notre âme et conscience, nous considérons comme une erreur grave et dangereuse;* de nous abstenir de publier les réfutations de cette erreur, qui trouve ailleurs, pour se produire, toutes les facilités possibles. Les journaux qui ont une tendance à nous jeter un blâme, ont-ils eux-mêmes reproduit tous les travaux de M. Bertillon? Les ont-ils mis en regard de ces fréquentes lettres qu'ils publient avec tant de libéralité?

« Dirons-nous toute notre pensée? Peut-être qu'en écoutant autour d'eux et en consultant le sentiment public, les journaux qui nous incriminent de notre abstention apprendraient que ce n'est pas nous précisément que ce sentiment public incrimine. La question soulevée par les adversaires de la vaccine est si considérable, que l'opinion publique ne peut comprendre qu'on cherche à la résoudre par des bouts de lettres, par quelques chiffres alignés, se terminant invariablement par une proposition aphoristique et solennelle. C'est manquer d'égards à la science et à l'humanité de les traiter de cette façon cavalière. On n'aperçoit pas, dans ces bribes épistolaires, le caractère et le cachet d'une œuvre longtemps et sérieusement méditée; on y voit bien un dessein prémédité d'attaquer la vaccine, mais rien ne garantit que la valeur des preuves indiquées ait été soumise à une appréciation rigoureuse. Notre défiance à cet égard est légitime, car aussitôt qu'un statisticien exercé a voulu fouiller dans tous ces aphorismes chiffrés, il y a rencontré des erreurs graves et des déductions en opposition flagrante avec les faits. »

Il y a dans l'interpellation de l'*Union médicale* une question de fait et une question de principes; il nous paraît utile de les examiner séparément, d'autant plus que celle qui est la plus importante est celle qui a reçu le moins de développement dans l'article de notre collègue; commençons donc par celle-là, c'est-à-dire par la question de principes.

« Nous ne savons, dit l'*Union médicale,* dans quel Code des droits et des devoirs de la presse on pourrait trouver l'obligation pour nous de donner notre publicité à ce que, dans notre âme et conscience, nous considérons comme une erreur grave et dangereuse. »

Cette obligation, fort heureusement, ne se trouve, en effet, écrite nulle part, quoique la sévérité ne soit pas assurément ce qui manque au Code de la presse. Toutefois, si l'*Union mé-*

dicale entendait se prévaloir, ce que nous ne pensons pas, de l'absence de cette obligation pour repousser de ses colonnes tout ce qui lui paraîtrait une erreur grave et dangereuse, nous serions obligés d'avouer que ses principes et les nôtres diffèrent sensiblement. Nous nous sommes si souvent expliqués sur ce point, que nous croyons inutile de nous expliquer encore; nous rappellerons seulement, une fois de plus, que les seules communications auxquelles nous soyons résolus à refuser à tout jamais notre publicité, sont celles qui portent un cachet évident d'absurdité ou de mauvaise foi. Or, il peut y avoir des erreurs graves et dangereuses qui ne soient pas dans ce cas.

En rappelant les principes qui nous dirigent, nous n'entendons en aucune façon incriminer les journaux qui en auraient adopté d'autres. Nous comprendrions très-bien qu'un journal qui aurait pour but la propagation d'une doctrine que l'on croit la seule vraie et utile, se refusât à servir de tribune à des doctrines opposées, par conséquent nuisibles et fausses. Mais tout en comprenant cette règle de conduite, nous croyons devoir en adopter une autre, voilà tout : nous sommes confiants dans la force de la raison, et nous croyons que lorsqu'on sait la défendre, on finit toujours par la faire triompher. Tel est le fondement de notre libéralisme en matière d'impartialité.

Pour appliquer rigoureusement nos principes aux écrits des vaccinophobes, aurait-on dû accueillir ou repousser ces écrits? D'une manière générale, on aurait dû, selon nous, les accueillir, car la bonne foi des vaccinophobes ne nous paraît pas douteuse, et, si leur doctrine est une erreur grave et dangereuse, ce dont nous sommes profondément convaincus, cette erreur ne porte cependant point avec elle le stigmate de l'absurdité; on comprend que les motifs sur lesquels elle se fonde puissent abuser certains esprits.

Néanmoins, nous n'avons jamais voulu ouvrir nos colonnes aux vaccinophobes, et, par conséquent, nous ne pouvons trouver mauvais que l'*Union médicale* ait usé de la même sévérité. Pourquoi? Précisément par les motifs qu'énumère l'*Union médicale :* parce que des vaccinophobes :

Les uns ne nous ont jamais communiqué que des « *bouts de lettres, quelques chiffres alignés, quelques propositions aphoristiques, solennelles,* » et, nous ajoutons, souvent grotesques;

Les autres nous ont envoyé des plaidoyers pour nous prouver que la société ferait une affaire avantageuse en laissant mourir les enfants jeunes, pendant qu'ils lui sont à charge, afin de ne pas les perdre adultes, quand ils sont devenus *productifs*.

Que des arguments de cette nature puissent trouver des approbateurs parmi les économistes, nous le comprendrions sans l'approuver; mais nous nous plaisons à espérer, pour l'honneur de la profession, qu'aucun médecin n'oubliera ses devoirs au point de se faire l'instrument et le propagateur d'une doctrine qui serait la honte de notre civilisation comme elle est restée la honte de Lacédémone.

De ce que nous repoussons et avons repoussé les écrits des vaccinophobes, en conclura-t-on que nous manquons à nos principes d'impartialité? Personne, nous aimons à le croire, ne poussera la sévérité jusque là. On nous accordera sans doute qu'un rédacteur en chef, même très-consciencieusement impartial, ne peut pas être le simple exécuteur des caprices du premier venu à qui il prend fantaisie de se servir d'une plume. Le gouvernement des choses humaines est malheureusement quelquefois, en dépit des meilleures comme des plus fortes volontés, une transaction entre les principes et les faits, et le petit gouvernement de la presse ne peut pas plus que les autres se soustraire à cette triste nécessité. Un rédacteur en chef se trouve donc obligé quelquefois de décider dans quelles limites ses propres principes doivent être appliqués, ou plutôt d'opter entre les principes et les faits. Or, dans la question de la vaccinophobie, les faits l'ont emporté de beaucoup jusqu'ici sur les principes : en publiant les doctrines malthusiennes des vaccinophobes mathématiciens, nous croirions manquer à notre mission de journal médical; en publiant les lambeaux de mémoires des vaccinophobes médecins, nous ne pourrions que susciter une discussion interminable et nécessairement stérile, aucun de ces lambeaux n'ayant eu jusqu'à présent le caractère d'une œuvre sérieusement mûrie, complète, ayant un commencement et une fin, pouvant par conséquent servir de texte à une discussion scientifique.

De cela, il est vrai, nous ne pouvons offrir à nos lecteurs d'autre garantie que notre propre jugement; nous espérons cependant qu'elle leur suffira; nous ne leur demandons pas assez souvent une pareille confiance pour qu'ils nous la refusent cette fois. Lorsqu'un vaccinophobe nous apportera un travail digne d'être mis sous leurs yeux, nous ne manquerons pas à ce que nous considérons comme notre premier devoir; jusque là, nous croirons bien faire en restant dans la réserve que nous avons gardée jusqu'à ce jour, et nous ne pouvons qu'approuver ceux qui ont agi de même.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

De la médication hydrothérapique au point de vue de son mode d'action et de sa durée,

Par M. L. FLEURY, *agrégé libre de la Faculté.*

(Suite. Voir les nos 145, 148 et 153 du tome IV; 9 et 11 du tome V.)

Les exemples de *guérison rapide* que nous venons de produire témoignent de la puissance de l'hydrothérapie scientifique, méthodique, rationnelle; ils montrent que dans un grand nombre de cas, cette médication n'a point d'équivalent dans la thérapeutique, et qu'elle l'emporte souvent, en efficacité, sur les agents médicamenteux considérés comme les *spécifiques* les plus sûrs. Dire qu'il en est ainsi à l'égard du fer, comme spécifique de la chlorose et de l'anémie, et à l'égard du sulfate de quinine, comme spécifique de la fièvre intermittente, c'est émettre une assertion que des faits nombreux et péremptoires ne permettent plus de contester. Et l'hydrothérapie a encore cet avantage, non moins grand, quoi qu'on en dise, pour la pratique que pour la théorie, que son action curative est *rationnelle,* c'est-à-dire expliquée par les lois les mieux établies de la physiologie et de la pathogénie, au lieu d'être *empirique,* c'est-à-dire constatée, mais inexpliquée, comme l'action curative du sulfate de quinine, par exemple.

Les faits qui vont suivre sont des exemples de *guérison lente;* mais ils n'en paraîtront pas moins remarquables et dignes d'attention, si l'on veut bien considérer qu'il s'agit de malades ayant épuisé toutes les ressources de la thérapeutique, de malades placés dans les fâcheuses conditions que nous avons énumérées plus haut, de malades atteints d'asthénie générale et de cette anémie dont M. Monneret a pu dire avec raison, du point de vue où il s'est placé :

« Une fois développée, elle devient en quelque sorte une diathèse qui fait partie de la constitution, qui a de la peine à s'en « séparer, et qui influence toutes les maladies qui surviennent « pendant qu'elle règne. Le praticien est obligé de la combattre « sans cesse, parce qu'elle reparaît avec ses symptômes au moment où il la croyait guérie, et ce n'est qu'après plusieurs « années, par l'effet des modifications que l'âge, les conditions « sociales apportent, plutôt que par la thérapeutique, que le « sujet finit par se débarrasser du mal. Les hommes dont la « raison n'est obscurcie par aucun préjugé, reconnaîtront avec « nous que les anémies spontanées cèdent plus à l'hygiène qu'à « l'action des ferrugineux et des corroborants (1). »

Après avoir émis ces assertions si justes, si pratiques, M. Monneret ajoute (p. 603) :

« L'indication à remplir pour mettre fin à l'anémie idiopathi-

(1) Monneret, *Traité de pathologie générale,* t. I, p. 592-593. Paris, 1857.

« que *est de rendre au sang sa constitution propre,* à l'aide « d'agents qui *paraissent jouir de cette propriété.* Les ferrugineux ont une réputation justement acquise, mais à laquelle « il ne faut se confier qu'à la condition d'en soutenir les effets « *par une excellente alimentation, par l'exercice musculaire* et la *stimulation du système nerveux*, opérée à « l'aide soit des toniques, soit des bains froids, *de l'hydrothérapie*, et de toutes les influences qui agissent favorablement « sur les facultés morales et affectives. »

Ici, quelques observations deviennent nécessaires.

Rendre au sang sa constitution propre, au moyen des agents qui paraissent jouir de cette propriété est, en effet, une indication importante; mais elle n'est pas toujours facile à remplir et elle n'est pas la seule qui se présente, car la déglobulisation du liquide sanguin n'est pas la seule cause organique des états morbides qui ont été réunis sous le nom d'anémie.

Il est une autre indication non moins importante : c'est de combattre l'*asthénie générale* qui est la compagne, et souvent la cause, de l'anémie ; l'asthénie qui, en entravant, en affaiblissant la circulation capillaire générale, met obstacle à la parfaite élaboration du sang ; l'asthénie qui, en privant le malade de la faculté de digérer et d'assimiler, ne lui permet point de tirer profit de son alimentation, quelle qu'*excellente* que soit celle-ci; l'asthénie qui, en enlevant et en comprimant les forces, fait de l'exercice musculaire, non un stimulant utile, mais une cause de fatigue et de déperdition organique.

C'est en combattant *d'abord* l'asthénie générale, en rendant à la circulation capillaire son activité et son énergie, en rétablissant les fonctions de digestion et de nutrition, que l'hydrothérapie *finit* par *rendre au sang sa constitution propre;* c'est en raison de l'action si énergique qu'elle exerce sur les *puissances vitales*, sur le système nerveux, sur les phénomènes physiologiques de l'organisme, qu'elle se place fort au-dessus des agents médicamenteux, ou hygiéniques, qui *paraissent* jouir de la propriété de reconstituer le sang.

En plusieurs endroits de son livre, M. Monneret a rendu à l'hydrothérapie une justice dont nous le félicitons; mais nous eussions désiré que dans les conditions morbides où la puissance et l'efficacité de cette médication se révèlent précisément avec le plus vif éclat, M. Monneret y eût aperçu autre chose qu'un *adjuvant des ferrugineux*.

M. Monneret a indiqué comme variété de l'anémie idiopathique la *chlorose* et l'*anémie par asthénie du système nerveux* (p. 582), mais ils n'a pas assez insisté, suivant nous, sur les différences fondamentales qui séparent ces deux variétés; qui les séparent dans leurs causes, dans leurs symptômes, leur marche, leurs complications, leurs influences pathogéniques ; qui les séparent, en un mot, dans toutes les parties de leur histoire nosographique. Si M. Monneret avait tenu compte de ces différences au point de vue de la curation, s'il n'avait pas formulé en quelques lignes des indications thérapeutiques communes à deux états morbides qui, à nos yeux, sont autre chose que deux variétés de l'anémie idiopathique, M. Monneret n'aurait pas accordé aux ferrugineux une place qui leur appartient, peut-être, quant à la chlorose, mais à laquelle ils n'ont certainement aucun droit quant à l'anémie asthénique, et il aurait placé l'hydrothérapie au rang hors ligne qu'elle mérite à tous égards.

Nous ne saurions trop le répéter : la plupart des sujets qui sont atteints, depuis plusieurs années, d'une affection chronique grave, sont frappés, en même temps, d'une anémo-asthénie ou d'une asthéno-anémie, primitive ou secondaire, dont M. Monneret, sous le titre de : *Symptômes de l'asthénie générale,* a résumé les caractères dans un tableau (p. 342), qui ne saurait être assez médité par les praticiens, et que nous voulons placer sous les yeux du lecteur :

« Les traits du visage expriment la tristesse, le découragement ; le regard est fatigué, inquiet, sans expression, languissant ; la peau naturelle ou sèche ; la température normale « ou abaissée; la résistance au froid moindre; l'intelligence « présente affaiblie; la mémoire diminuée; les réponses sont « lentes ; assoupissement; malaise indéfinissable, pénible, portant à l'indifférence ; les sensations presque toujours troublées « et diminuées ; céphalalgie ; vertiges ; dilatation des pupilles; « vue brouillée; bourdonnements d'oreille; dureté de l'ouïe ; « sensibilité moindre de la peau ; faiblesse musculaire se traduisant par la lenteur, la difficulté des mouvements, et portée « jusqu'à la paralysie ; marche vacillante, incertaine ; tremblement de la langue ; décubitus dorsal, circulation non moins « altérée que les autres fonctions : palpitations, lipothymie, « syncope, anxiété précordiale ; bruits du cœur sourds, lointains, affaiblis ; pouls lent, faible, dépressible, parfois fréquent, irrégulier ; stase du sang dans les capillaires, produisant des rougeurs partielles et des congestions ; plénitude du « système veineux ; respiration lente, irrégulière, souvent pénible, suspirieuse, profonde ; langue sale, naturelle ou pâle ; « bouche mauvaise, amère ; inappétence ; soif nulle ; nausées ; « anorexie ; digestion pénible, accompagnée de production de « gaz, de phénomènes de dyspepsie ; météorisme ; ventre tendu, « un peu sensible; selles variables, ordinairement rares, dures ; « urine abondante, décolorée, peu dense, neutre, alcaline, laissant déposer des carbonates de chaux ; atonie des fonctions « génératrices ; spermatorrhée ; leucorrhée ; diminution, irrégularité des menstrues ; hémorrhagies par diverses voies ; « épanchements séreux dans le tissu cellulaire général ; présence de l'albumine dans l'urine. »

C'est cet état morbide si grave qui enferme les sujets atteints d'affections chroniques dans un *cercle vicieux*, que nous avons signalé bien des fois, et dont il n'est possible de les faire sortir que par la tangente de l'hydrothérapie.

M. Monneret est un praticien trop expérimenté pour ne pas apprécier à sa juste valeur, dans des circonstances semblables, l'efficacité « des toniques et des corroborants ; » il sait ce que valent « les vins, l'alcool, le quinquina et les ferrugineux, » voire même « *les crucifères et les aromatiques !* (p. 346.) »

Il serait utile et opportun de renoncer, enfin, à des banalités classiques, sur la foi desquelles les jeunes praticiens se préparent tant et de si amères déceptions ! Il serait utile et opportun de proclamer, enfin, nettement l'efficacité, nous allions dire la spécificité, d'une médication dont nous nous glorifions d'avoir établi et démontré, dans les conditions morbides dont il s'agit, la suprématie sur tous les agents connus de la matière médicale et de l'hygiène !

Obs. VII. — *Asthénie générale et anémie. — Névropathie générale. — Mélancolie, nosomanie, nécrophobie, affection mentale grave. — Troubles divers de la digestion, de la circulation, de la motilité. — Accidents périodiques. — Insuccès des purgatifs, des ferrugineux, des antispasmodiques, des sels de quinine, de l'apiol, des bains de mer, etc. — Traitement hydrothérapique. — Guérison complète.*

M. L...., l'un de nos peintres d'histoire les plus distingués, est âgé de 35 ans, d'une taille très-élevée, d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux.

Le père de M. L...., actuellement âgé de 73 ans, a toujours été bien portant jusqu'à l'âge de 70 ans; depuis cette époque, il est devenu sujet à des accidents qui ont été considérés comme des congestions cérébrales, et pour lesquels on a fréquemment employé la saignée. A l'âge de 71 ans, paralysie subite de toute une moitié du corps avec perte de connaissance ; par la suite, fréquentes attaques apoplectiformes.

La mère de M. L.... est âgée de 68 ans ; elle est d'un tempérament très-nerveux, a toujours été sujette à des migraines, et souffre, depuis l'âge de 30 ans, d'une affection de l'estomac spécialement caractérisée par des douleurs à la région épigastrique après les repas et des digestions difficiles. M. L.... a eu deux sœurs ; l'une est morte dans le cours d'une affection nerveuse générale avec mélancolie extrême, et un état de profond affaissement moral et intellectuel (*lypémanie monomaniaque*). L'autre, encore vivante, a été sujette à des troubles digestifs,

à des accidents nerveux multiples, à des convulsions hystériques, etc. Elle a été traitée et guérie à Bellevue, et son observation est rapportée à la page 279 du *Traité d'hydrothérapie* de M. Fleury (2e édit., Paris, 1856).

M. L.... a été nourri par sa mère. Dès sa première enfance il a toujours été plus grand que ne le comportait son âge, mais frêle et délicat ; néanmoins, jusqu'à l'âge de quatre ou cinq ans, il s'est très-bien porté. A partir de cette époque, il sait que sa santé a été altérée, mais il ne peut donner aucun détail à ce sujet. De six ans à douze, il a eu la rougeole et la scarlatine. Par la suite, et jusqu'à ce jour, M. L.... a été sujet à des embarras gastro-intestinaux, à des affections de la gorge avec gonflement des amygdales, et à des douleurs vagues générales qui ont été considérées comme rhumatismales, mais qui ne s'accompagnaient ni de fièvre, ni d'aucune manifestation du côté des articulations. — Pas d'autres maladies ou indispositions habituelles jusqu'à l'époque actuelle.

M. L.... ne s'est jamais livré ni à des abus vénériens, ni à des excès de table ; jamais d'affections syphilitiques, jamais de pertes séminales.

Les conditions hygiéniques de M. L.... ont été généralement bonnes jusque vers l'âge de 28 ans ; il n'a fréquenté les ateliers que de 17 à 21 ans, et il a toujours travaillé chez lui, dans un local spacieux et sans être astreint à des habitudes trop sédentaires.

De tout temps, M. L.... a été très-impressionnable, doué d'une imagination vive et portée à l'exaltation. En 1848, il se trouva à la fois soumis à de fortes préoccupations morales, sous l'influence des événements politiques et de circonstances difficiles relatives à son avenir, et à des fatigues physiques fréquentes auxquelles il n'était pas habitué. Bientôt, à chaque nouvelle émotion, il éprouva des palpitations légères et une sensation d'étranglement accompagnée de nausées et d'efforts de vomissements. Ces accidents, très-passagers, n'influèrent pas d'abord sur la santé générale. Cependant, l'appétit diminua un peu.

A la fin de 1848, M. L...., chargé d'un enseignement très-fatiguant dans l'un des grands établissements publics de Paris, fut astreint par les nécessités de sa position à des fatigues physiques et intellectuelles encore plus considérables; en outre, la nature de ses occupations dérangea la régularité de ses repas ; fréquemment obligé d'endurer la faim, il éprouvait des tiraillements d'estomac très-pénibles, un état de lassitude générale avec affaissement moral tel, qu'il lui devenait difficile de continuer à fixer son attention. Ce malaise disparaissait dès que M. L.... avait mangé. Néanmoins, il conservait toujours à la fin de la journée un accablement inusité et une plus grande impressionnabilité ; le bruit surtout lui était très-désagréable. Obligé d'aller assez souvent dans le monde, il ne surmontait cet état d'abattement qu'avec effort et éprouvait de l'éloignement pour la société.

M. L.... a presque constamment vécu au milieu de ces conditions hygiéniques depuis 1848 jusqu'à son arrivée à Bellevue. Il ne tarda pas à s'affaiblir, à pâlir et à maigrir beaucoup ; les phénomènes légers précédemment indiqués prirent peu à peu une intensité plus grande, et se compliquèrent de nouveaux accidents. Chaque année, en été, il allait passer un ou deux mois aux bains de mer et à la campagne ; sa santé se rétablissait alors un peu, il reprenait des couleurs, de l'embonpoint et de la force, les symptômes nerveux s'amendaient et disparaissaient même ; mais dès que, de retour à Paris, il se trouvait de nouveau livré à ses préoccupations et aux fatigues de sa profession, à ses mauvaises conditions hygiéniques, tout reparaissait bientôt et s'aggravait d'année en année, ainsi qu'on va le voir.

En 1850, sans cause appréciable, M. L.... s'aperçut d'un peu de tuméfaction sous le jarret gauche, ce qui ne l'empêcha pas de marcher beaucoup à la chasse. Mais le genou tout entier se tuméfia, et l'existence d'une hydarthrose fut constatée. Néanmoins, M. L...., forcé par ses occupations, continua à se fatiguer sans se soigner ; enfin, il fut obligé de prendre le lit : des vésicatoires volants furent successivement appliqués sur la partie malade, et au bout de quinze jours M. L.... put recommencer à marcher, tout en conservant de la faiblesse dans le genou.

A cette époque, malgré cette nouvelle cause de souffrance, et quoiqu'il restât pâle, faible et soumis aux mêmes influences physiques et morales qu'auparavant, M. L.... engraissa et prit un embonpoint qu'il n'avait jamais eu. Mais au bout de six ou huit mois, à la suite de fatigues excessives, cet embonpoint disparut rapidement.

En mars 1851, le genou droit fut à son tour atteint d'une hydarthrose, qui fut traitée également par des vésicatoires volants, et guérie au bout de quinze jours.

En juin de la même année, au milieu d'un état de fatigue considérable, M. L.... éprouva une violente impression morale, qui détermina immédiatement des palpitations, de l'étranglement et des nausées. Dès lors, les palpitations devinrent fréquentes ; souvent, le matin surtout, en se levant, le malade était pris de nausées avec grands efforts de vomissement, amenant enfin le rejet de matières aqueuses et parfois amères et jaunâtres. Au réveil, les yeux étaient cernés, et M. L.... se sentait brisé et plus fatigué qu'en se couchant. L'appétit était perdu et il y avait même du dégoût pour la nourriture ; M. L.... mangeait à peine. L'amaigrissement et la pâleur augmentèrent; l'impressionnabilité nerveuse devint extrême ; les palpitations allaient quelquefois jusqu'à la syncope ; la marche déterminait une fatigue considérable dans les membres inférieurs et de la courbature à la région lombo-sacrée. Ce sentiment de lassitude des membres et d'endolorissement lombaire était même continu.

M. le docteur Homolle combattit d'abord les accidents gastro-intestinaux par l'usage répété de purgatifs doux ; il opposa ensuite aux troubles cardiaques des granules de digitaline (1 à 3 milligr. par jour), mais cette médication resta sans effet.

Après une amélioration passagère amenée par une saison de bains de mer et un voyage de quelques semaines, tous les accidents acquirent une nouvelle intensité, et il s'y joignit des douleurs vagues dans les diverses parties du corps.

Pendant l'été de 1852, une absence de deux mois de Paris et les bains de mer amenèrent encore une amélioration marquée, mais également passagère. Tous les phénomènes pénibles qui tourmentaient M. L.... persistèrent et s'accrurent. Faiblesse, maigreur et pâleur de plus en plus considérable, état nerveux extrême, difficulté d'appliquer l'intelligence, dégoût du travail et impossibilité de travailler sans éprouver, au bout de peu de temps, une sensation d'évanouissement, de syncope ; palpitations excessives, sensations fréquentes de strangulation à la moindre impression morale, nausées et vomissements le matin, etc. En général, l'alimentation calmait ces symptômes; mais l'appétit était presque nul ; M. L.... mangeait à peine et faisait un usage abusif de thé. D'ailleurs, il n'y a jamais eu ni douleurs épigastriques, ni renvois, ni vomissements après les repas, et, loin de souffrir pendant la digestion, le malade se trouvait toujours mieux quand il avait mangé.

Tel a été l'état de M. L.... jusqu'en juin 1854.

A cette date, après une journée de marche fatigante, M. L.... crut voir tout à coup le pavé trembler et onduler devant lui ; un instant après il se trouva pris d'une oppression considérable et il lui sembla que tout tournait autour de lui ; puis, sentiment de syncope, pâleur du visage ; pas de sensation d'étranglement. Ces accidents ne durèrent que quelques minutes. La nuit se passa bien, et le lendemain, malgré un peu d'accablement, M. L.... se livra à ses occupations. Mais le soir, à peu près à la même heure que la veille, il éprouva les mêmes symptômes, qui se dissipèrent encore promptement. Le jour suivant, il y eut un peu d'accablement et de lourdeur de tête. A l'heure du dîner, M. L.... n'eut pas faim, se sentit même du dégoût pour la nourriture et se plaignit de se sentir comme étranglé. Quelques moments après, palpitations très-fortes, oppression extrême, défaillance complète. Au bout d'un quart d'heure, tout avait disparu, et la nuit fut très-bonne. Pourtant, M. L.... se réveilla brisé et souffrant d'une lourdeur très-pénible de la partie postérieure de la tête ; les mouvements des yeux étaient douloureux; impressionnabilité nerveuse extrême; le moindre bruit, le moindre mouvement provoquait de l'impatience. Ces *accès* affectant une certaine périodicité, du sulfate de quinine fut prescrit. Le soir, mêmes phénomènes, mais moins intenses. Le sulfate de quinine fut continué, et M. L.... prit aussi deux purgatifs à un jour d'intervalle. Pendant huit jours il y eut encore chaque soir un accès, seulement toujours moins marqué ; au bout de ce temps, les accès cessèrent tout à fait.

Après leur disparition, M. L.... resta dans un état nerveux consistant en une inquiétude profonde et continuelle au sujet de sa santé, s'exagérant au moindre symptôme, et devenant surtout très-vive lorsqu'il entendait parler de quelque maladie grave : il croyait aussitôt en éprouver tous les signes, s'examinait et s'interrogeait avec anxiété. Cette hypochondrie a toujours persisté depuis et s'est encore accrue. En outre, pendant six semaines environ, M. L.... conserva une fatigue générale excessive, de la difficulté à marcher, car dès qu'il l'essayait, il se trouvait pris d'oppression avec sentiment de syncope, qui l'obligeait à s'arrêter. En même temps, il croyait voir toujours devant ses yeux des papillons noirs, des ronds, des serpenteaux, etc.

Au bout d'un mois, aux phénomènes qui fatiguaient déjà M. L...., s'ajoutèrent des accès de terreurs nocturnes, sans aucune cause déterminante; l'éther réussissait toujours à ramener le calme, mais le sulfate et le valérianate de quinine, non plus que l'apiol, ne parvinrent à les faire disparaître.

Défaut complet d'énergie physique et morale; M. L.... gardait fréquemment la chambre ou même le lit, se laissant dominer par la moindre souffrance ou par de légères préoccupations. Cet état était, d'ailleurs, sujet à de grandes variations. Souvent, à des journées d'extrême abattement succédaient, sous l'empire de circonstances parfois futiles, ou même sans causes, du bien-être, de la force, de la gaieté, en un mot, les apparences de la santé. Puis, tout à coup, sans transition comme sans motif appréciable, M. L.... était repris d'oppressions, de palpitations, d'étranglement, etc., et tout le cortége de ses maux revenait aussitôt. Il mangeait cependant assez bien et même quelquefois avec appétit; mais à la moindre impression morale pénible, aux heures des repas, il éprouvait comme un resserrement de la gorge, et tout appétit disparaissait.

Le malade est envoyé encore une fois aux bains de mer. Dès qu'il eut quitté Paris, et avant même d'avoir pris les bains de mer, il ressentit subitement une de ces améliorations dont il a été question. Seulement celle-ci persista et les bains de mer semblèrent la consolider. L'appétit devint très-vif, les forces, les couleurs, l'embonpoint reparurent, et M. L.... pouvait croire à un retour complet et durable de la santé, lorsque, après un séjour d'un mois au bord de la mer, tout changea, et les anciens accidents se montrèrent plus intenses encore qu'auparavant. En outre survinrent des phénomènes nouveaux : à la vue d'un instrument dangereux, comme un couteau, un rasoir, un fusil, M. L.... devenait inquiet, cherchait à détourner son attention ou s'éloignait vivement, craignant de faire usage de ces armes contre lui-même ou contre ses enfants, sa femme, etc. Plus tard, M. L.... fut tourmenté par la crainte de devenir fou, et cette pensée devenait très-pénible lorsqu'il entendait parler d'aliénation ou d'aliénés. — Préoccupé de plus en plus de sa santé, M. L.... *s'écoutait vivre*, dit-il, s'arrêtait à toutes ses sensations, les analysait, les commentait, s'en inquiétait, puis se laissait aller aux suppositions de son imagination, et ne tardait pas à être pris d'un de ces accès d'oppression, de palpitations, de strangulation qui ont été indiqués. La peur de la mort le poursuivait sans cesse sans qu'il pût parvenir à s'en affranchir. — L'idée du suicide ne lui est jamais venue que pour être repoussée avec terreur.

C'est au milieu de cet état de maladie que M. le docteur Homolle, redoutant le développement d'une affection mentale grave, et d'ailleurs à bout de ressources, conduisit le malade à Bellevue, le 4 novembre 1854.

État actuel. — M. L.... est d'une taille élevée ($1^m,85$), mais très-mince et maigre; il pèse 60 kilogrammes. Le système musculaire est peu développé. La barbe et les cheveux sont châtains, les yeux bruns, les contours de la figure arrondis, malgré la maigreur. Pas d'engorgements ganglionnaires ni de cicatrices scrofuleuses en aucun point du corps. Teint pâle, muqueuses peu colorées, chairs molles. Facies souffrant et abattu, mais s'animant parfois beaucoup, surtout quand le malade parle de sa santé. Comme il a été dit, M. L.... a été toute sa vie très-impressionnable, mais cette disposition est aujourd'hui fort exagérée.

Pouls ordinairement petit, lent et dépressible, s'accélérant et prenant de l'ampleur à la moindre émotion, et en particulier quand on se livre sur M. L.... à des explorations médicales. Bruits du cœur sans impulsion, petits, claqués et presque métalliques; bruits carotidiens analogues. Pas de bruit de souffle. — Les dimensions de l'organe ne sont pas augmentées. — Palpitations fréquentes et souvent très-pénibles.

L'appétit est extrêmement irrégulier, généralement médiocre, souvent nul et rarement normal; les digestions sont faciles et ne provoquent ni douleur épigastrique, ni gonflement, ni renvois gazeux ou autres; elles ne s'accompagnent d'aucun symptôme éloigné, et l'état du malade est même presque toujours meilleur après les repas qu'avant. Constipation habituelle. Les dimensions du foie et de la rate sont normales.

M. L.... est constamment dominé par une préoccupation excessive au sujet de sa santé, et par la crainte de la mort.

Entend-il parler d'une maladie, il croit en éprouver les symptômes; s'il est question devant lui de fous ou de folie, l'épouvante le prend, car il est poursuivi par la crainte de perdre la raison. L'idée de la mort, et tout ce qui peut la lui rappeler, l'émeuvent non moins profondément.

Si rien ne vient distraire M. L.... de ces préoccupations, ses idées se troublent; il est pris d'une oppression très-pénible, de palpitations, parfois assez fortes pour déterminer un état presque syncopal; puis il éprouve comme une constriction violente de la gorge et un sentiment de strangulation. Pendant ces accès, il se fait un grand développement de gaz intestinaux; quand ils ont cessé, le malade rend en abondance des urines tout à fait incolores.

M. L...., homme très-intelligent, se rend parfaitement compte de son état moral, il s'en afflige, le combat, mais sans succès; il se trouve d'autant plus à plaindre qu'il n'ose avouer certains des détails précédents, et, en particulier, l'inquiétude que lui inspire sa santé, la crainte de la mort, etc.

M. L.... accuse, en outre, diverses sensations pénibles; ainsi, il éprouve fréquemment, dans les différentes parties du corps, des douleurs sourdes, très-variables quant à leur siége, et très-fugitives. *Mais c'est surtout à la tête et à la région vertébrale que se rapportent la plupart des plaintes du malade :* tantôt il lui semble que le crâne se resserre, comprimant le cerveau; ou bien encore que le crâne, trop plein, tend à se dilater et les os à se disjoindre; tantôt c'est une lourdeur sur le sommet de la tête, comme si elle avait été longtemps comprimée sous un fardeau très-pesant; d'autres fois, ce sont des douleurs aiguës et rapides. Quand M. L.... lit, il arrive un moment où des sortes de contractions se font sentir dans les orbites et sur la racine du nez; alors les lettres se brouillent, et, s'il continue, il est bientôt pris d'un des accès décrits plus haut. M. L.... ne peut ni remplir ses fonctions de professeur, ni se livrer à la peinture.

Pendant la marche, dès qu'il survient un peu de fatigue, M. L.... *ressent tout le long de la colonne vertébrale des tiraillements, comme si, dit-il, des cordes attachées à la partie supérieure du tronc se trouvaient tendues avec force.* Il lui semble aussi qu'un poids immense ramène sans cesse tout son corps vers la terre, et que les membres s'alourdissent. *La marche devient alors difficile ou même impossible.*

Ces diverses sensations sont réveillées et exagérées par les impressions morales. M. L.... les attribue à une maladie du cerveau ou de la moelle et s'en affecte beaucoup.

Parfois des tintements d'oreilles; assez souvent, en plein jour ou la nuit, les yeux étant ouverts ou fermés, M. L.... croit voir s'agiter devant lui des cercles noirs, des serpenteaux, des mouches noires; ou bien il aperçoit un point extrêmement lumineux, mais très-petit, qui s'évanouit aussitôt. Les membranes et les milieux de l'œil ne présentent rien d'anormal. Il n'existe pas d'autres troubles des sens.

Malgré une faiblesse musculaire considérable et générale, la motilité n'est nullement altérée, et quand le malade est un peu calme, il peut se livrer à d'assez longues promenades sans trop de fatigue.

Toutes les facultés intellectuelles sont parfaitement intactes, mais M. L.... ne les applique qu'avec répugnance. L'énergie lui fait défaut au moral comme au physique.

Au reste, tous ces phénomènes sont intermittents. Un jour ils assiégent le malade, qui n'a pas un instant de calme; le lendemain, tout va mieux, il est gai, il est fort, il a de l'appétit, il se croit guéri; puis

tout revient de nouveau pour se dissiper de même. Ces changements ont même lieu de moment en moment, plusieurs fois dans une même journée. Les variations atmosphériques, quelque modification dans les habitudes, un événement de minime importance en sont souvent les causes ; mais ils se manifestent aussi spontanément, sans motif appréciable.

En général, le sommeil est bon ; parfois, cependant, il est troublé par des réveils en sursaut accompagnés de terreurs sans cause. Le matin, M. L.... s'éveille accablé, brisé, découragé ; il s'ennuie au lit, et pourtant ne peut s'en arracher. Il se lève avec peine. Toutefois, quand il est parvenu à dominer cette sorte de paresse, il se livre à ses occupations avec un certain entrain.

En dehors des sensations irrégulières qui ont été signalées plus haut, il n'y a pas de céphalalgie réelle, pas de douleur spontanée ou développée par la pression le long de la colonne vertébrale. Aucune altération de forme du crâne ou du rachis, pas de tumeurs osseuses. Rien, en un mot, n'attire spécialement l'attention du côté des centres nerveux ; les sens et la sensibilité tactile ne présentent que des troubles très-légers ; la parole est bien nette, il n'existe aucune trace de paralysie en aucun point du corps. L'émission des urines et la défécation sont normales.

Pas de pertes séminales actuelles ni à aucune époque de la maladie ; fonctions génésiques conservées.

L'état morbide qui vient d'être décrit est pour M. L.... une cause de ruine et de désespoir ; il ne lui permet ni de se livrer à l'exercice de son art ni de remplir ses devoirs de professeur ; il plonge dans l'affliction et l'inquiétude la femme, la famille et les amis de M. L....

L'hydrothérapie est invoquée comme une ressource ultime, mais l'espoir qu'on fonde sur elle n'est que bien médiocre.

Le traitement est commencé le 6 *novembre* 1854.

(Observation recueillie par M. le Dr Landry.)

Les applications froides excitantes (*douches en pluie, en jet, en poussière*) sont mal supportées ; elles augmentent l'*état nerveux* et produisent de l'agitation, comme chez les femmes hystériques ou très-nerveuses ; l'on est obligé d'avoir recours aux applications sédatives : *douches en nappe, immersion dans la piscine* d'une durée de 2 à 6 minutes.

Ces moyens, continués pendant trois mois, ont fini par amener une amélioration notable. M. L.... est plus calme, moins préoccupé de sa santé ; les nuits sont meilleures ; les terreurs nocturnes, la nécrophobie, les craintes de suicide ou d'homicide ont notablement diminué.

On revient aux douches excitantes qui, maintenant, n'ont plus que d'excellents effets.

15 *mai* 1855. L'appétit est devenu plus vif et plus régulier, dès lors l'alimentation a pu être ramenée à ses conditions voulues de quantité, de qualité et de distribution ; le teint est plus coloré, le poids du corps a augmenté de 3 kilos ; la marche est plus assurée ; M. L.... commence à faire d'assez longues promenades et il s'est remis à la peinture.

15 *août*. L'amélioration continue à faire des progrès ; le poids du corps a encore augmenté de 3 kilos (66 kil.) ; parfois, pendant plusieurs jours de suite, les troubles nerveux disparaissent et l'état mental ne laisse rien à désirer ; mais il suffit d'une émotion, d'une contrariété, d'une fatigue, d'une application trop soutenue au travail, de la vue d'un malade, d'une conversation, etc., pour ramener la nosomanie, l'inquiétude, les palpitations, etc. Dans ces cas là, l'on en revient aux applications froides sédatives, lesquelles, d'ailleurs, dans tout le cours du traitement, ont toujours alterné dans diverses proportions avec les applications excitantes. De temps à autre le malade a aussi été soumis à des sudations en étuve sèche suivies d'immersion.

M. L.... est appelé par des affaires à Dieppe et il doit y rester deux mois. Je l'autorise à y prendre des bains de mer, *mais en les réduisant à de simples immersions d'une durée de 1 à 2 minutes*.

15 *octobre*. M. L.... a beaucoup travaillé pendant son séjour à Dieppe ; malgré les bains de mer, qui ont eu de bons effets, il en revient fatigué, *ébranlé*, et il se décide à passer l'hiver à Bellevue, afin de suivre régulièrement un traitement hydrothérapique, dont il a pu apprécier l'efficacité et qu'il considère comme étant seul capable de le guérir.

M. le docteur Homolle qui, à plusieurs reprises, a constaté les résultats obtenus, pense également que la médication par l'eau froide doit être appliquée avec persévérance jusqu'à une parfaite guérison, dont on ne peut plus douter aujourd'hui.

15 *avril* 1856. Malgré quelques mauvais jours, quelques alternatives de bien et de moins bien, l'amélioration s'est prononcée de plus en plus ; ses progrès ont été lents, mais continus et réguliers. M. L.... a pu remplir ses devoirs de professeur et il a beaucoup travaillé dans son atelier. La nosomanie, la nécrophobie ont entièrement disparu, et M. L.... encourage aujourd'hui, par son exemple et par ses conseils, les hypochondriaques de l'établissement de Bellevue, ses camarades de traitement. L'appétit a toujours été vif, la digestion excellente. Les excès de marche ou de travail intellectuel ramènent quelques palpitations, une sensation de constriction, de pesanteur vers l'occiput ; mais deux ou trois douches suffisent pour dissiper ces vestiges des phénomènes morbides primitifs.

15 *août*. La guérison est complète. Le teint est coloré, plus de palpitations, le poids du corps est de 71 kilogr. 1/2, les forces musculaires sont plus vigoureuses que jamais, l'état mental est excellent ; M. L.... a repris toute la gaieté naturelle de son caractère et part pour l'Angleterre.

8 *février* 1857. M. L.... a passé deux mois en Angleterre ; il y a beaucoup travaillé et beaucoup chassé ; à son retour, et bien que l'état de sa santé ne lui laissât rien à désirer, il a profité d'un dernier mois de séjour à Bellevue pour suivre encore le traitement hydrothérapique.

Depuis deux mois et demi, M. L.... habite Paris ; il y a repris ses anciennes habitudes, son travail, ses relations sociales, et il y jouit d'une santé qui n'a jamais été meilleure qu'aujourd'hui.

Il a fallu dix-huit mois pour obtenir une guérison complète, et, selon toute probabilité, durable. Ils ne trouveront pas cet espace de temps trop long, les médecins qui prendront en considération l'état général si grave dans lequel était plongé M. L...., les inquiétudes que devaient faire naître les circonstances de constitution, de tempérament et de famille que nous avons indiqués.

Les agents de la matière médicale et de l'hygiène, mis en œuvre par un habile praticien, avaient dit leur dernier mot : Que faire en dehors de l'hydrothérapie ? De l'expectation ! attendre tout, désormais, du temps, des forces médicatrices de la nature ! Que serait devenu un pareil état morbide abandonné à lui-même ?

M. L.... n'avait plus que la ressource de l'homœopathie, de la médecine chimique, de l'électro-faradisation, de la médication électro-biologico-bio-dynamique, etc., etc.

Cette observation montre combien, chez les malades atteints d'asthénie générale et d'anémie, il faut être réservé et prudent quant au diagnostic, au pronostic et au traitement. Les accidents morbides sont si nombreux, si variés, ils peuvent être rattachés à tant de lésions différentes, ils se prêtent à tant d'hypothèses !

Un médecin moins expérimenté, ou moins attentif, que M. Homolle, n'eut pas manqué de diagnostiquer une lésion des centres nerveux et de faire passer le malade par la filière des vésicatoires, des cautères, des sétons, etc. M. le docteur Homolle a reconnu qu'il s'agissait ici d'une maladie justiciable, au premier chef, de l'hydrothérapie ; il a compris la nécessité d'un traitement de longue durée, suivi d'une manière continue et méthodique, et il nous a ainsi donné, à tous deux, la satisfaction de guérir un malade qui est devenu un ami, et dont la situation commandait le plus vif intérêt.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ADDITION A LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
du 24 *février* 1857.

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

M. BOULEY. Messieurs, je déclare tout d'abord que je suis de la secte des aérophobes. J'aurais peut-être dû, en cette qualité, ne pas prendre la parole immédiatement après un autre aérophobe, mais il m'a semblé qu'il ne serait pas inutile d'introduire de suite, dans cette discussion, les éléments que peut lui fournir la pathologie vétérinaire.

J'aborde donc immédiatement mon sujet. Ce n'est pas sans un grand étonnement, je l'avouerai, que j'ai entendu MM. Velpeau et Malgaigne contester que l'action de l'air pût avoir une influence sur la marche des plaies vers la cicatrisation.

M. VELPEAU. Je n'ai pas dit cela.

M. MALGAIGNE. Moi non plus.

M. BOULEY. Il me semblait bien, cependant, que telle était la pensée de ces messieurs. M. Malgaigne a dit tout au moins que l'intervention de l'air ne suffisait pas à expliquer pourquoi les plaies suppuraient, puisqu'il a offert une sorte de prime d'honneur à celui qui découvrirait la cause de cette suppuration.

M. MALGAIGNE fait un signe d'assentiment.

M. BOULEY. Nous voici donc d'accord sur la question posée. Je vais essayer de la résoudre, mais je dois avouer que ce n'est pas sans une grande hésitation que j'ose me faire le contradicteur d'hommes aussi considérables par leur position et par leur savoir, que MM. Velpeau et Malgaigne. J'ai lieu de redouter M. Malgaigne surtout, qui, à l'imitation d'un maître qu'il ne reniera pas, aime souvent à *pousser jusqu'à l'excès la mordante hyperbole*. Je me rappelle encore un très-*gros mot* qu'il m'a dit lors de la discussion sur la révulsion. Ne m'a-t-il pas traité d'*homme de génie*, parce que j'avais essayé de donner l'interprétation du mode d'action des sétons. A quoi ne m'exposé-je pas, aujourd'hui que je vais essayer de résoudre une question qu'il déclare insoluble. Je n'ai pas pu répondre dans le temps à M. Malgaigne, parce que la discussion a été close immédiatement après lui, mais je saisis l'occasion d'aujourd'hui pour protester contre une imputation que, je le déclare très-sincèrement, je n'ai rien fait pour mériter, et j'entre immédiatement en matière.

On a fait deux sortes d'objections contre l'influence attribuée à l'air sur la cicatrisation des plaies : on a opposé à cette action des raisonnements *à priori* et des expériences. En quoi donc l'air peut-il être nuisible? a dit M. Velpeau. L'air nous baigne de partout, il entretient notre vie; pourquoi son influence sur les plaies serait-elle donc si dangereuse? Ne voit-on pas les cicatrices marcher régulièrement et sans aucune entrave au milieu des emphysèmes qui sont quelquefois consécutifs aux fractures des côtes? M. Malgaigne vous a cité des expériences qui lui sont personnelles, desquelles il résulte que les plaies faites sous la peau se cicatrisent au milieu d'un emphysème artificiel, absolument de la même manière que lorsque le tissu cellulaire n'est pas insufflé. Je vais rechercher quelle est la valeur de ces raisonnements et de ces expériences.

On invoque la bénignité de l'air, en se fondant sur ce qu'il est la condition de l'entretien de la vie.

Sans doute l'air nous est salutaire. Mais pour interpréter son action sur nos tissus, il ne faut pas se contenter d'exprimer ce fait général qu'il est la condition de notre existence; ce serait se placer à un point de vue trop superficiel. Il faut voir quel est son mode d'action sur l'organisme. L'air entretient la vie, comme il entretient la flamme, en détruisant la matière qui sert de support à l'une et à l'autre. Introduit dans le corps vivant par les voies respiratoires, il tend incessamment à réduire les combinaisons organiques à des combinaisons plus simples : témoin les produits des actions organiques; ce sont l'eau, l'acide carbonique et les combinaisons azotées que renferme l'urine. Je n'examine pas si ces produits sont le résultat d'une combustion simple, comme l'admettent les disciples de Lavoisier, ou de phénomènes catalytiques plus complexes ; pour les besoins de la cause actuelle, ceci importe peu. Ce qui importe, c'est que l'air tend sans cesse à réduire l'agrégat organique à des combinaisons plus simples que celles qui le caractérisent. Voilà le grand fait que démontre la physiologie. Remarquons maintenant que cette action de l'air est très-rapide. Ces gras animaux de boucherie, comme ceux qu'on promène aujourd'hui dans les rues de Paris, perdent en quelques heures, par l'action de l'air, une partie très-notable de leur poids, si on les force à marcher. Mettez un animal à la diète, et il diminuera de poids, d'une manière très-notable et dans un temps très-rapide. J'ai vu, l'année dernière, dans les hôpitaux d'Alfort, un cheval qu'une fracture de la mâchoire inférieure empêchait de se nourrir, et qui, en moins de trois semaines, avait diminué de 100 kilogr. Cette action inoffensive de l'air n'est donc qu'apparente. L'air n'est inoffensif pour l'agrégat organique qu'autant que l'appareil digestif fournit incessamment des matériaux nouveaux qui remplacent ceux qui sont consumés. Que l'équilibre vienne à être détruit entre les actions inverses des appareils respiratoire et digestif, et l'air devient nuisible : témoin les ulcérations que l'on rencontre souvent sur toute l'étendue de la muqueuse digestive, dans les animaux que l'on fait mourir de faim. Les animaux hibernants ne se conservent sans manger pendant tout le temps de leur sommeil léthargique que parce que l'action de l'air sur leur organisme est singulièrement ralentie par l'extrême lenteur de leur respiration.

Cette action de l'air sur l'agrégat organique vivant se continue après la mort, mais alors elle devient toute-puissante, parce que rien ne peut plus la contre-balancer, et en peu de temps la masse entière du corps est ramenée, par l'influence de l'air, à des combinaisons plus simples : eau, acide carbonique, ammoniaque, hydrogène sulfuré, phosphoré, etc.

Quel est, dans l'air atmosphérique, l'agent puissant qui produit ces phénomènes sur le vivant et sur le mort? C'est l'oxygène dont les affinités, toujours actives pour les éléments composant la matière organique, se caractérise d'une manière indiscontinue par les effets que je viens de rappeler.

Telle est l'action générale de l'air atmosphérique sur l'organisme pendant la vie et après la mort.

Voyons maintenant si l'influence qu'il exerce sur les plaies ne peut s'interpréter par ces affinités puissantes dont nous venons de voir les effets.

Que se passe-t-il lorsqu'une solution de continuité est faite sur une partie vivante? Sous l'influence des actions nutritives exagérées, une matière liquide est exsudée entre les parties divisées. C'est le baume réparateur des anciens, ce que nous appelons aujourd'hui la lymphe plastique. Cette matière est apte à s'organiser, mais elle ne peut s'organiser qu'à l'abri du contact de l'air. Si elle subit ce contact d'une manière continue, qu'arrive-t-il? ou bien elle se dessèche, et alors elle ne peut plus éprouver les modifications intimes qui la transforment en tissu vivant ; ou bien, si elle est en trop grande abondance, comme dans l'intérieur d'un kyste rempli de fausses membranes, elle se putréfie, et là se trouve, *à fortiori*, l'obstacle à son organisation. Cette matière putréfiée est, pour les tissus, un irritant de la pire espèce. La preuve est donnée par l'expérimentation journalière. Introduisez dans le tissu cellulaire d'un animal vivant une matière putréfiée, et vous verrez tout d'abord se manifester une tumeur inflammatoire excessivement chaude et douloureuse. Cette tumeur ne tardera pas à changer de caractères souvent et à revêtir ceux qui appartiennent à la gangrène; mais le premier fait qui résulte du contact de la matière putride, c'est l'extrême irritation des parties qu'elle touche. D'un autre côté l'air exerce, sur les tissus exposés à son contact, une action excitatrice qui y exalte l'inflammation ; que cette action résulte du contact seul ou simultanément, comme je le crois, de l'absorption de l'oxygène par les capillaires dénudés de la plaie, peu importe; cette excitation spéciale de l'air ne saurait être niée. Dans ces conditions, il me semble qu'il est facile de comprendre comment la cicatrisation adhésive ne saurait se produire. La matière organisable qui doit servir à cette cicatrisation est rendue incapable de revêtir la forme organique, parce que, d'une part, sous le contact de l'air, elle est ou desséchée ou putréfiée ; et que, d'autre part, les tissus sont trop irrités soit par le contact d'une matière irritante, soit par l'action directe de l'air, pour que l'inflammation y reste dans les limites où elle peut être adhésive. Qu'arrive-t-il alors? C'est que la force réparatrice redouble d'efforts ; les tissus irrités s'injectent, se vascularisent, se recouvrent d'une membrane, la membrane pyogénique, qui, dans les vues de la nature, est destinée à servir de revêtement provisoire aux parties dénudées. A l'abri de ce revêtement et par son concours, le travail de la réparation s'achève sans que l'air puisse avoir d'action sur les tissus ainsi protégés.

Mais si l'air est sans action sur la pseudo-muqueuse qui revêt les parties, il exerce son influence d'une manière incontestable sur les produits de la sécrétion de cette pseudo-muqueuse; la preuve en est donnée par l'odeur qu'ils répandent et par la couleur noire des instruments d'argent que l'on met en contact avec eux.

Du reste, les faits abondent dans la pathologie chirurgicale qui démontrent d'une manière incontestable cette action de l'air sur les liquides organiques. Ouvrez un abcès; au moment où le pus en sort, il ne répand que l'odeur fade qui lui est particulière; le lendemain il est fétide. Ouvrez un kyste; aucune odeur du liquide ou des produits qui s'en épanchent; le lendemain tout a changé. De même pour les tumeurs sanguines, la synovie des articulations, etc. Au moment de la ponction, ces liquides, enfermés à l'abri de l'air, n'ont subi aucune altération. Dès que le contact de l'air s'est effectué pendant quelque temps, ils donnent tous les signes de la fermentation putride. Qui ne connaît l'odeur repoussante que répand la synovie qui s'écoule d'une articulation ouverte depuis quelque temps, tandis que quelle que soit l'intensité de l'inflammation cette synovie reste sans odeur si l'articulation demeure close. En voilà assez, ce me semble, pour mettre en évidence la puissante influence de l'air sur les liquides exhalés ou sécrétés à la surface des parties *exposées*, et pour donner l'interprétation de la marche différente que suit le travail de cicatrisation dans ces parties, par le fait même des altérations que ces liquides ont éprouvées.

J'arrive maintenant aux faits pratiques et aux expériences que MM. Velpeau et Malgaigne ont invoqués pour prouver que le contact de l'air n'exerçait pas, sur la marche de la cicatrice, une influence aussi marquée que quelques-uns l'admettent. Il résulte de ces faits et de ces expériences que la cicatrice, par première intention, s'opère au milieu d'un emphysème comme si de rien n'était. J'avouerai, Messieurs, que ces faits ont un moment ébranlé ma conviction. J'ai éprouvé tout d'abord une grande difficulté à faire concorder ces faits contradictoires avec la théorie que je viens d'exposer et que je crois vraie. Mais partant de ce principe, que dans les sciences exactes, lorsqu'une théorie est reconnue absolument vraie, un fait contradictoire ne prouve rien contre elle, et ne paraît contradictoire que parce qu'il n'est pas suffisamment interprété, je me suis demandé si le fait opposé par MM. Velpeau et Malgaigne à la théorie que je crois absolument vraie, de l'influence de l'air sur les lésions traumatiques, n'était pas de cette nature; s'il n'était pas contradictoire, seulement parce que l'interprétation lui manquait; et j'ai cherché cette interprétation. Je me suis dit : le sang contient des gaz en dissolution ou prêts à se dégager, dès que se fait sentir l'influence de l'air atmosphérique. Physiologiquement, cet échange s'opère dans le poumon par voie d'endosmose et d'exosmose; mais les poumons n'ont d'autre particularité d'organisation, pour que ces phénomènes s'y produisent, que la multiplicité de leurs vaisseaux et la finesse des parois de ces vaisseaux. Ils ne sont pas organisés comme une glande, pour fournir un produit spécial; en un mot, l'action pulmonaire n'est pas une sécrétion. Cela étant, est-ce que partout où l'air atmosphérique est mis directement en contact avec un appareil capillaire, les phénomènes d'endosmose et d'exosmose ne s'effectueraient pas, et les échanges des gaz, à la manière de ce qui se passe dans les poumons? Cette hypothèse une fois conçue, j'ai cherché à vérifier ce qu'elle avait de fondé, avec le concours de mon collègue, M. Clément, chef du service de chimie à Alfort. Des emphysèmes artificiels ont été faits, à l'aide d'un soufflet, sur trois chiens d'expérience, et au bout de vingt-quatre et de quarante-huit heures, nous avons examiné l'air resté enfermé dans le tissu cellulaire. Dès que cet air a été mis en contact avec une solution de chaux, cette eau s'est troublée comme sous l'influence de l'air expiré par le poumon, et voici sous vos yeux une des fioles qui a servi à cet examen. Elle contient, comme vous le voyez, un précipité notable de carbonate de chaux qui témoigne de la modification profonde que l'air a éprouvée.

Voici maintenant les résultats de l'analyse eudiométrique qu'a faite M. Clément de l'air qui avait donné ce premier résultat :

1re EXPÉRIENCE (24 *heures de séjour dans le tissu cellulaire*).

Oxygène.	5,76
Azote.	87,61
Acide carbonique.	6,63
	100,00

2e EXPÉRIENCE (24 *heures de séjour dans le tissu cellulaire*).

Oxygène.	4,76
Azote.	87,15
Acide carbonique.	8,09
	100,00

3e EXPÉRIENCE (24 *heures de séjour dans le tissu cellulaire*).

Oxygène.	4,39
Azote.	87,32
Acide carbonique.	8,29
	100,00

Les procédés d'analyse ont consisté, l'air une fois recueilli dans des flacons pleins de mercure, à l'aide d'un tube en caoutchouc, à absorber l'acide carbonique par la potasse, et l'oxygène par le phosphore à froid; le résidu gazeux, après ces absorptions, a présenté tous les caractères de l'azote pur.

Vous le voyez, Messieurs, l'air de l'emphysème n'est plus de l'air : c'est un mélange d'azote et d'acide carbonique avec une très-faible proportion d'oxygène. Il doit conséquemment être bien moins actif pour exercer sur les liquides organisables une action décomposante, car l'air ne doit sa puissance d'action sur les parties organiques qu'à l'oxygène qui entre dans sa composition. Ni l'azote, ni l'acide carbonique ne sauraient agir dans ce sens. La preuve vous en est donnée par cette grande industrie des conserves alimentaires. Lorsque les aliments que l'on veut conserver ont été enfermés dans une boîte hermétiquement close, on les soumet à l'action d'une température de 100 degrés dans le bain-marie. Sous l'influence de cette température, ce qui restait d'air dans le flacon se transforme en acide carbonique, et désormais les matières contenues dans ces boîtes sont à l'abri de la putréfaction. Ainsi en est-il des plaies sous-cutanées pratiquées au milieu d'un emphysème artificiel. J'ajoute que le gaz de cet emphysème est chaud, qu'il est chargé de vapeurs aqueuses, et que cette double circonstance doit modifier notablement son action sur les tissus et sur les liquides qu'ils exhalent.

Les faits de MM. Malgaigne et Velpeau ne sont donc plus contradictoires à la théorie que je soutiens.

Maintenant, un mot d'objection à M. Guérin. M. Guérin considère comme des phénomènes d'un ordre essentiellement différent la *cicatrisation adhésive* et l'*organisation immédiate*. J'avoue ne pas comprendre cette distinction. Il me semble qu'entre ces deux phénomènes il n'y a qu'une différence du plus au moins. Quand les lèvres d'une solution de continuité sont exactement affrontées, il ne s'épanche entre elles qu'une petite quantité de la matière organisable; quand elles sont très-écartées, comme à la suite de la section des tendons, cette matière est plus abondante, mais elle ne diffère pas de nature, ce me semble, et les phases de son organisation sont identiquement les mêmes. Pourquoi donc vouloir faire de ces deux choses si semblables des choses si distinctes.

Je termine, Messieurs; mais avant, qu'il me soit permis de toucher à une des hautes questions que M. Malgaigne a traitées dans son discours. Que l'Académie se rassure, je n'élève pas mes prétentions jusqu'à vouloir discuter devant elle une question de philosophie; je n'aurais pas pour cela la compétence suffisante; je me bornerai à adresser à M. Malgaigne une simple demande pour m'éclairer. M. Malgaigne a lancé les foudres de son éloquence contre Descartes; dans sa bouche, le nom de cartésien est devenu synonyme, je ne dirai pas d'une injure, mais de quelque chose qui implique une critique dédaigneuse. Pourquoi cela? J'avais toujours cru, jusqu'à présent, que Descartes était l'un des plus grands penseurs dont l'humanité s'honore, et j'avoue avoir été d'autant plus étonné de l'appréciation qu'en a faite M. Malgaigne à cette tribune, que M. Malgaigne m'avait toujours paru être un cartésien. Cela ne tiendrait-il pas à cette tendance particulière de l'esprit de M. Malgaigne, qui le porte souvent à ne regarder les gens que par leur mauvais côté? Ainsi a-t-il fait avec Descartes, le jour où il en a parlé à cette tribune; il n'a voulu voir en lui que l'auteur de conceptions chimériques sur le système du monde, et il ne s'est pas rappelé de ce fameux *Discours sur la méthode*, dont l'idée principale est « de ne recevoir jamais aucune « chose pour vraie, qu'on ne la connaisse évidemment être telle. » Est-ce que ce n'est pas là l'idée qui inspire M. Malgaigne dans ses écrits et dans ses discours? est-ce que lui aussi ne conseille pas le doute, non pas ce doute stérile qui n'aboutit qu'au scepticisme, par la négation absolue, mais ce doute sévère et fécond, qui ne suspend un instant le jugement qu'afin de le rendre plus sûr par l'examen? Descartes ne conseille pas autre chose. Vous voyez donc bien, Messieurs, que M. Malgaigne est cartésien, quoi qu'il dise. M. Malgaigne peut renier Descartes, mais si Descartes revivait, et c'est là le plus bel éloge que je puisse faire de M. Malgaigne, Descartes ne renierait pas M. Malgaigne.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5.— N° 27. 5e année. Mardi 3 Mars 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à *Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 2 mars 1857.

Séances de la Société de Chirurgie des 18 et 25 février 1857.

[**Luxation du gros orteil. — Luxation de l'épaule. — Fracture du maxillaire supérieur. — Kyste du nez.**]

La séance du 18 février, déjà abrégée par les exigences d'un Comité secret, a été remplie en grande partie par un incident relatif à la discussion de l'écrasement linéaire. Quoique cet incident ait encore empiété sur la séance du 25 février, nous ne croyons pas devoir en rendre compte, parce qu'il nous a paru plus personnel que scientifique. Les savants ne sont pas à l'abri des passions humaines, et nos deux honorables confrères, MM. Lenoir et Chassaignac, ne sauraient avoir la prétention d'échapper à la loi commune. Nous sommes de ceux que la vivacité des discussions scientifiques ne scandalise pas, mais, n'ayant trouvé, dans les nouvelles explications auxquelles nous avons assisté, aucun nouveau fait qui fût propre à éclairer la question de l'écrasement linéaire, nous jugeons inutile de revenir aujourd'hui sur cette question. Nous nous bornerons donc à parler des autres points de chirurgie qui ont attiré l'attention de la Société.

On sait combien est difficile, dans certains cas, la réduction des luxations du pouce et du gros orteil. Les tractions les plus énergiques, le refoulement direct des os, la section des tendons, des ligaments et des muscles, ne réussissent pas toujours à obtenir cette réduction, et les chirurgiens les plus habiles sont quelquefois obligés d'y renoncer. M. Larrey s'est trouvé en présence d'un cas de ce genre. Un soldat, renversé par un cheval, a eu le pied soumis à une action si violente, que le gros orteil s'est luxé, et que la tête du premier métatarsien a fait issue à travers la peau. Malgré la présence de cette plaie, qui permettait d'agir directement sur les os, plusieurs chirurgiens, et M. Larrey lui-même, ont fait d'inutiles tentatives de réduction. M. Larrey s'est alors décidé à réséquer la tête du premier métatarsien, après quoi il a été facile de ramener le gros orteil à sa direction normale. Le pied a été soumis à l'irrigation froide pendant quelque temps. Plusieurs abcès se sont formés, mais aujourd'hui la guérison est complète. Il n'y a d'autre déforma-

DÉLASSEMENTS.

Faut d'la vertu, pas trop n'en faut! mais de l'esprit?... — Un bossu, fable. — Un malade à moitié cuit.

Un confrère qui paraît avoir fait une étude particulière de Salomon et qui me semble même avoir l'intention d'accommoder à sa façon et pour son usage les proverbes de ce grand roi-philosophe, me disait l'autre jour en hochant la tête, à propos des *Flèches médicales* : — Heu! heu! faut de l'esprit, pas trop n'en faut. — Voilà, mon cher confrère, un aphorisme qui vous fera bien des partisans; moi-même je devrais me faire votre premier apôtre, si je ne consultais que mon intérêt; mais comme l'amour de la vérité est pardessus tout ce qui caractérise le feuilleton, je vous dirai tout franchement que, s'il en est de l'esprit comme de la vertu, ce que je serais assez disposé à vous accorder, je ne saurais croire qu'on puisse pécher davantage par excès de l'un que par excès de l'autre; je ne serais même pas éloigné de formuler ainsi une pensée sur ces deux trésors : en fait de vertu comme en fait d'esprit, mais en fait d'esprit surtout, le superflu constitue à peine le nécessaire, et quand on craint d'en avoir trop, on est bien près de n'en avoir pas assez. J'ai justement à ce propos une petite anecdote dans mon carton; permettez-moi de vous la dire :

Un bossu qui cherchait aventure eut l'idée
Un jour de se faire écrivain;
Comme, à défaut d'esprit, il était assez vain,
Notre homme alors se crut grandi d'une coudée.
Ce n'est pas tout que d'être auteur,
Encor, pour le succès d'une œuvre,
Faut-il complaire à maint lecteur.
L'avorton le savait; voilà donc qu'il manœuvre
De toutes les façons pour arriver à bien.
Inutiles efforts! Le public n'entend rien
A son superbe gribouillage,
Et l'œuvre reste à l'étalage.
Enfin, auteur ne fit jamais fiasco pareil.
En un si triste cas, décidément que faire?
Soupirait-il. Aller raconter son affaire
A quelques bons parents et prendre d'eux conseil.
Le hasard, en ce point, le servit : car à peine
Est-il au seuil de sa maison,
Qu'un vieil oncle survient : — Je savais la raison,
Lui dit le bon vieillard qui fait ici ta peine,
Et je venais (allons, calme un peu ton émoi!)
Je venais t'inviter à dîner avec moi.

tion qu'un raccourcissement du gros orteil, raccourcissement de 2 centimètres environ, et, grâce à un petit coussinet placé dans sa chaussure au niveau de la cicatrice, le malade marche fort bien.

Un autre cas de luxation a été mis sous les yeux de la Société par M. Chassaignac. Il s'agit d'un enfant de 10 mois, chez lequel, depuis environ trois mois, on a reconnu l'existence d'une déformation de l'épaule. Ce qui frappe au premier abord, c'est une dépression profonde, transversale, en forme de sillon, située à peu près au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde. Le bras, très-roide, est écarté du tronc et ne peut en être rapproché. On reconnaît à travers les chairs que la tête de l'humérus est située sur le bord postéro-externe de la cavité glénoïde, entre cette cavité et la fosse sous-épineuse. M. Chassaignac diagnostique une luxation incomplète de l'humérus en arrière, et quoique la lésion date de trois mois, il espère que des tractions convenablement dirigées lui permettront de remettre les os en place.

M. Richet a ensuite présenté à la Société un cas fort curieux de fracture du maxillaire supérieur, produite par une chute du haut d'une échelle. Un trait de fracture antéro-postérieur passant entre la canine et la seconde incisive latérale, se prolongeait en arrière sur la voûte palatine jusqu'au niveau de l'os palatin; l'apophyse montante était fracturée transversalement en haut, ou au moins détachée des os propres du nez. Enfin, une troisième fracture, ou une diastase, avait séparé le maxillaire supérieur de l'os malaire, de telle sorte que le premier de ces deux os, circonscrit par trois fractures, formait un gros fragment dont la mobilité était excessive. Il y avait eu, au moment de l'accident, une hémorrhagie nasale très-abondante. On pouvait réduire aisément la fracture, mais il était très-difficile de maintenir la réduction. M. Richet appliqua d'abord entre les arcades dentaires une lame de gutta-percha; le lendemain, il trouva que cette lame avait glissé. Il la remplaça par une autre lame de même substance, munie de deux ailes qui s'enfonçaient dans le sillon labio-dentaire. Une fronde tenait la mâchoire fermée, et immobilisait le fragment. Grâce à cet appareil, la consolidation a pu se faire, mais il reste une déformation assez prononcée. L'arcade dentaire, qui correspond à l'os fracturé, est notablement abaissée et en même temps déviée en dehors, ce qui gêne beaucoup la mastication. M. Richet croit ce fait fort rare; il n'en a trouvé dans la science que deux exemples appartenant l'un à M. Simonin, l'autre à M. Prestat; on peut y joindre un autre fait publié par M. J. Cloquet et rappelé par M. Larrey.

Une discussion s'est engagée entre MM. Huguier, Larrey et Richet, sur le degré de fréquence des fractures du maxillaire supérieur. M. Richet considère ces fractures comme extrêmement rares; tandis que M. Huguier pense qu'elles sont assez communes. Cette divergence ne vient peut-être que d'un malentendu. Tout le monde a vu des fêlures du maxillaire supérieur; sous ce rapport, M. Huguier a raison. Mais s'il s'agit de ces fractures multiples avec déplacement et mobilité de l'os, séparé de toutes ses connexions, M. Richet est autorisé à dire que les faits de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

Disons quelques mots maintenant d'un malade présenté par M. Huguier. Cet homme était atteint d'une tumeur globuleuse, développée au niveau de l'ouverture de la narine gauche, et ayant acquis un volume assez considérable pour gêner beaucoup la respiration. Cette tumeur, quoique assez ferme, paraissait fluctuante, et M. Huguier se demanda s'il s'agissait d'un kyste ou d'une tumeur encéphaloïde. Une ponction exploratrice prouva que c'était un kyste séreux, renfermant un liquide jaunâtre. Un séton filiforme fut passé et laissé en place pendant vingt jours. Aujourd'hui il reste encore un peu de tuméfaction, mais les petites plaies sont refermées et la cavité du kyste semble entièrement oblitérée.

Enfin, M. Verneuil a mis sous les yeux de la Société une pièce qui complète l'observation intéressante d'un des malades que M. Nélaton a soumis à l'amputation sous-astragalienne. Cette opération avait été pratiquée en 1852 pour une carie du calcanéum et du cuboïde. Il ne survint aucun accident sérieux; mais on reconnut, pendant le traitement consécutif, que l'astragale était carié aussi; il resta plusieurs ouvertures fistuleuses, qui n'empêchèrent pas l'opéré de reprendre ses occupations et de marcher avec facilité. Cependant, à la fin de 1855, quelques accidents survinrent; le malade rentra à l'hôpital des Cliniques, et M. Nélaton fut obligé de faire une nouvelle amputation au niveau même des malléoles. Cette fois encore, l'opéré se rétablit, en conservant plusieurs ouvertures fistuleuses. Sa santé générale était gravement altérée; il était atteint de plusieurs autre caries, et finalement, il succomba en décembre 1856, à l'hôpital Necker. M. Verneuil, d'une manière générale, est peu partisan de l'amputation sous-astragalienne, mais il reconnaît que vu l'état général du malade, et les caries multiples qui existaient chez lui, ce fait ne prouve rien contre la valeur de l'opération. Entre les chairs du moignon et la surface de section des os de la jambe,

---

Un homme de mon âge aime à causer à table;
Quand les frimas des ans nous font de longs loisirs,
C'est le dernier de nos plaisirs.
Et puis après dîner tout homme est plus traitable.
On arrive et bientôt le dîner est servi.
De dix plats différents le potage est suivi;
Mais dès que le neveu de ses lèvres y touche,
Monsieur fait la petite bouche,
Disant: — Ta cuisinière a donc perdu le goût,
Que même un grain de sel manque à chaque ragoût?
Je ne puis en manger; leur fadeur m'indispose.
Sur ce, le vieil oncle reprit:
Un ragoût sans épice, un auteur sans esprit,
Vois-tu, c'est tout la même chose.

Je crois, mon cher confrère, que le vieil oncle avait raison: je ne crains pas qu'on trouve trop de sel dans mes ragoûts, mais j'ai souvent peur qu'on n'y en trouve pas assez; si vous m'en croyez, n'ayez point d'autre crainte quand vous assaisonnez votre petite cuisine médicale.

On se plaint généralement que nos campagnes manquent de médecins, et afin de pourvoir à cette pénurie des secours de l'art, des philantropes ont inventé le médecin cantonnal. Il nous semble qu'on eût dû auparavant démontrer l'utilité de celui-ci, dans les contrées où la superstition domine encore tant d'esprits faibles au point de vue de la science. La confiance, a dit un homme d'esprit, n'est pas comme l'argent, *elle ne se prête pas, elle se donne;* or, jamais vérité ne reçut une plus juste application que dans le fait que nous allons raconter:

Dans une petite localité, à deux pas de Tours, il existe un vieillard octogénaire qui a acquis dans toute la contrée la réputation d'un savant, que dis-je? d'un sorcier, et partant qui s'est attiré la confiance entière du pays. Les esprits forts, les lettrés du pays le consultent. M. le maire lui-même l'a appelé pour sa fille. Une femme, dont le mari *était abandonné par tous les plus célèbres médecins,* est allée le trouver. Le médicastre, de par son titre de sorcier, ne s'est point informé de la nature des souffrances du moribond; il s'est contenté de demander son nom et le jour de sa naissance, et, après ces remarquables indications, d'ajouter: Savez-vous faire en guise de perdrix un canard aux choux? eh bien, vous allez cuisiner à peu près de la même manière, seulement il ne faut pas faire cuire votre mari d'avance, et ce disant, il ordonna à la croyante d'aller cueillir, au lever du jour, quatre *gironnées* de lierre de chêne, de les mettre une demi-heure dans un four bien chaud, puis d'envelopper le malade avec ces feuilles.

De retour chez elle, la femme s'est conformée scrupuleusement aux ordres du Nostradamus. Le lierre a été retiré brûlant du four, et im-

on trouve une cavité purulente qui communique avec l'extérieur par plusieurs trajets fistuleux. Le tibia baigne dans le pus; mais il n'est nullement ramolli; loin de là, son tissu présente une augmentation de consistance évidente. M. Verneuil pense que cette lésion de l'os rentre dans la catégorie des *caries dures* décrites par Gerdy. M. Cloquet trouve au contraire sur cet os les caractères de la nécrose; il n'y a, il est vrai, malgré l'ancienneté évidente de la maladie, aucune trace de travail éliminatoire; mais l'éminent professeur fait remarquer à ce propos qu'il y a des nécroses sans limites, qui peuvent rester stationnaires pendant fort longtemps, sans provoquer aucun travail de réaction locale. L'existence de cette variété de nécrose expliquerait assez bien la marche que présente trop souvent la nécrose syphilitique des os du crâne; mais c'est un sujet qui est encore fort peu connu et qui réclame de nouvelles recherches.

C. D.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

Nouvelles considérations sur le traitement des tumeurs blanches avec épanchement purulent dans la cavité synoviale,

Par M. le Dr Reybard, de Lyon.

(*Extrait d'un mémoire lu à la Société de Chirurgie.*)

La question des tumeurs blanches, si bien étudiée de nos jours sous le rapport de l'anatomie pathologique, est restée au point de vue du traitement dans une immobilité regrettable. Il en eût été autrement, si les chirurgiens eussent étudié et mis à profit le procédé que la nature emploie pour guérir ces graves affections.

Il est bien reconnu aujourd'hui que toutes les lésions des tumeurs blanches sont le résultat d'une inflammation de l'articulation, et que les épanchements purulents de la synoviale ne sont autre chose que des abcès articulaires. Aussi la nature trace-t-elle au pus des trajets par où il peut librement s'écouler, faisant ainsi ressortir une indication pressante et sûre: l'ouverture de l'abcès articulaire, car c'est au pus qu'il faut attribuer la plupart des accidents qui aggravent les tumeurs blanches.

Il peut se présenter deux cas: ou bien l'abcès articulaire ne s'est pas ouvert au dehors, ou bien le pus s'écoule déjà par quelques trajets fistuleux.

Dans le premier cas, les chirurgiens hésitent à pratiquer une ouverture dont ils redoutent les effets, et qui, trop large, donne accès à l'air, trop étroite, ne favorise pas assez l'écoulement du pus.

Si des trajets fistuleux existent déjà, bien qu'ils soient généralement trop étroits, sinueux, on les laisse tels que la nature les a faits, et on ne compte plus que sur la triste ressource de l'amputation.

Je propose aux chirurgiens de suivre une voie complétement différente.

Dès que le gonflement et la fluctuation ont révélé la présence du pus, j'ouvre largement l'articulation d'après un procédé que je décrirai plus loin, sans me préoccuper de l'entrée de l'air, qui ne peut nuire ni à la synoviale, ni aux autres tissus de l'articulation recouverts de fausses membranes épaisses, et complétement modifiées dans leur manière d'être par l'inflammation chronique. Mais supposons, ce qui n'est pas, la possibilité d'une inflammation des tissus articulaires par le contact de l'air; cette inflammation aiguë, surajoutée à l'affection chronique, lui imprimerait une modification analogue à celle que produisent les injections irritantes, et loin d'être nuisible, serait d'une incontestable efficacité.

Mais le contact de l'air et du pus ne peut-il du moins produire la décomposition de ce liquide, et exposer le malade aux dangers de l'infection putride? Je ne le pense pas, car le pus s'écoule librement au dehors par les ouvertures que je lui ai ménagées, et ne forme jamais de collection sur laquelle puisse agir la décomposition putride. Mais je ne saurais trop le répéter, il faut, pour obtenir d'heureux effets des larges ouvertures, qu'elles soient bien faites, car si les ouvertures spontanées sont plus nuisibles qu'utiles, cela tient à leur étroitesse et à leur direction sinueuse, qui entraînent avec elles le défaut de parallélisme de l'ouverture articulaire et de l'ouvertute de la peau.

Convaincu, par tous les motifs énumérés plus haut, que c'est la présence du pus qui détermine la plupart des accidents des tumeurs blanches, j'attache une grande importance à la largeur et à la déclivité de l'ouverture, et je crois qu'il ne sera pas sans intérêt d'indiquer l'endroit où je la pratique habituellement pour les diverses articulations.

J'ai l'habitude de faire à la peau une incision cruciale, et de mettre au fond de la plaie qui en résulte une pâte escharotique,

---

médiatement on en a entouré le patient qui, au bout de quelques minutes, paraissait à moitié cuit et asphyxié. Cet événement inattendu a empêché l'entière exécution de l'ordonnance, car le malade devait encore avaler trois chopines de vin bouillant.

Traduit pour ces faits en police correctionnelle, le vieillard a été condamné à un an de prison. On assure que depuis ce jugement toute la contrée est dans la plus profonde consternation, et que M. le maire porte un crêpe à sa ceinture en signe de deuil.

O tempora! o mores!

NÉCROLOGIE.

Encore un de nos plus honorables confrères qui vient de succomber, victime du sentiment du devoir professionnel! Le docteur Nicolas, affecté depuis quelques années de graves accidents nerveux, s'est affaissé sur lui-même, en sortant de donner ses soins à un malade, et est mort, pour ainsi dire, comme le soldat, sur la brèche.

Né le 24 août 1797, à Louhans, département de Saône-et-Loire, Nicolas (Jean-Pierre) vint, en 1813, à Paris, pour faire ses études médicales.

Trois mois après son inscription à l'école, pendant les désastreuses années de 1813 et 1814, il fut attaché à l'Hôtel-Dieu, où le zèle qu'il déploya pour secourir nos malheureux blessés que décimait le typhus, lui valut de la part de l'administration des hospices le titre d'élève externe. Ignorant la faveur dont il était l'objet, le jeune étudiant, qui avait échappé comme par miracle aux atteintes du fléau, concourut pour cette place et mérita d'être nommé un des premiers.

Aux événements de 1815, il partage le noble élan qui fit courir tant de Français à la frontière, s'équipe à ses frais et s'enrôle simple volontaire dans le corps de l'artillerie. Après notre glorieuse défaite de Mont-Saint-Jean, il fit partie de l'armée de la Loire et fut licencié avec elle.

De retour à Paris, M. Nicolas reprit le cours de ses études sous Dupuytren. Nommé élève interne vers la fin de 1815, il parcourut à ce titre les différents hôpitaux de la capitale. M. Lherminier, médecin de la Charité, l'ayant bientôt distingué parmi ses condisciples, se l'adjoignit comme élève particulier et collaborateur.

On sait les obstacles qui, de tous temps, ont retardé la propagation des découvertes, même les plus utiles, la prévention qui accueille presque toujours les choses nouvelles. L'introduction du stéthoscope dans la pratique médicale ne put échapper à la contestation et au doute. M. Nicolas aida M. Lherminier à constater, par de nombreux essais, l'utilité réelle du nouvel instrument proposé par M. Laënnec comme moyen d'investigation des affections de poitrine. Vivement passionné pour tout ce qui peut servir aux progrès de l'art, on le vit, en mainte occasion, avec cette opiniâtreté qui vient de la conscience, s'élever contre les détracteurs de cette nouvelle découverte; chaque

telle que celle au chlorure de zinc, d'autres fois j'éteins plusieurs fois dans la plaie un cautère actuel, jusqu'à ce que j'aie pénétré dans l'articulation. Ce dernier procédé donne lieu, dans quelques circonstances, à une nécrose superficielle qui est sans aucune gravité. Quelquefois, j'ouvre l'articulation en perforant les os voisins. J'ai pénétré deux fois dans l'articulation du genou en perforant la tubérosité externe, une fois avec un trépan, une autre fois avec un foret de petite dimension. Dans ce dernier cas, j'ai agrandi l'ouverture à l'aide d'un petit cautère actuel, qui a produit un petit séquestre en forme de tube.

Au genou, je pénètre dans l'articulation soit par la face externe, derrière le ligament latéral externe, en avant du tendon du biceps, soit par la face interne, en arrière du ligament latéral interne, en avant du tendon du couturier.

Au pied, je fais l'ouverture au niveau de l'extrémité inférieure des malléoles, en avant de la poulie articulaire, immédiatement en arrière des ligaments latéraux internes ou externes.

A la hanche, je pénètre au niveau et en avant du grand trochanter. Je coupe en travers le *fascia lata*, j'atteins la capsule derrière le droit antérieur, et j'ouvre la capsule avec le cautère actuel.

Au coude, incision à la face postérieure ou au côté externe de l'articulation. J'ai fait l'ouverture une fois sur le côté externe de l'article, dans sa partie radio-humérale. On pourrait encore faire la trépanation de l'olécrâne.

A l'épaule, ouverture en haut et en dehors, à 4 centimètre de l'acromion ; section transversale du deltoïde.

Quand l'ouverture a été pratiquée avec les précautions indiquées, on comprime doucement l'articulation si la douleur n'est pas trop forte, ou bien on fait exécuter quelques mouvements ; on favorise ainsi la sortie du pus. Rarement il est nécessaire de tenir l'ouverture béante, soit à l'aide d'une tente de charpie, soit au moyen même d'une canule.

Ce traitement peut amener l'un des deux résultats suivants :

1° Si l'affection est récente, et que l'ouverture ait promptement été pratiquée, l'article peut recouvrer ses mouvements.

2° Si, au contraire, la tumeur blanche est ancienne, l'ankylose est inévitable, et il faut chercher à la favoriser, car l'articulation est complétement détruite.

Il me reste à parler de l'épaississement des tissus péri-articulaires : j'ai l'habitude de pratiquer, pour en venir à bout, des cautérisations avec le fer rouge, mais respectant la peau si elle est saine, je me contente de cautériser le tissu cellulaire sous-cutané. J'ai employé à cet usage des petits cautères pointus, rougis à blanc, dont j'ai retiré les meilleurs effets.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Note sur la résection du coude,

Par M. le Dr Michaux,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Louvain.

La résection du coude est une opération dont les avantages sont incontestables, mais il convient d'en bien fixer les indications. Cette opération se pratique assez rarement, il importe donc, non de la réhabiliter, mais d'engager tous les chirurgiens à y revenir le plus possible, car il n'est pas indifférent de conserver un avant-bras, et trop souvent l'on est porté à recourir à l'amputation lorsque l'on pourrait fort bien se contenter de la résection. C'est dans le but, que nous oserons qualifier de conservateur, que nous reproduisons la note suivante, que le professeur Michaux a dernièrement communiquée à l'Académie de médecine de Belgique.

Ayant pratiqué, dit M. Michaux, cette opération, et en ayant obtenu des résultats satisfaisants, j'ai cru que je ferais chose utile de communiquer ce cas, qui est un exemple remarquable de résection de l'articulation huméro-cubitale, qui pourra engager les chirurgiens à substituer aussi souvent que possible la résection du coude à l'amputation du bras.

Voici d'abord l'observation :

Jean-Baptiste Vandenberghe, né et demeurant à Tervueren, âgé de 23 ans, journalier, célibataire, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution physique assez bonne, se présenta dans mon service le 15 septembre 1854. Les renseignements sur sa famille ne présentent rien de particulier. Quant à la santé du sujet, elle a été généralement bonne. Il n'a été, jusqu'à ce jour, sujet à aucune affection scrofuleuse ni tuberculeuse. En 1850, il a été atteint d'une fièvre typhoïde dont il fut complétement guéri au bout de six semaines.

En 1846, le malade fit une chute qui lui occasionna une plaie à la partie interne du coude droit. Cette plaie, dit-il, mettait à nu une petite portion de la surface de l'os et fut néanmoins cicatrisée au bout de quinze jours. Un médecin consulté à cette époque aurait, toujours d'après les rapports du malade, constaté une luxation du coude, et après avoir institué pendant quinze jours un traitement anti phlogis-

---

jour, il en montrait aux élèves les avantages immenses. Sous ce rapport, M. Nicolas a donc bien mérité de la science.

A l'époque où M. Nicolas passa son cinquième examen, M. Moreau de la Sarthe, l'un de ses examinateurs, fut tellement frappé de l'érudition du candidat, qu'il se complut à prolonger l'épreuve et à lui donner de ces éloges dont le cœur doit garder un long souvenir. Dès lors s'établirent, entre le professeur et l'élève, ces rapports qui, plus tard, prirent le caractère d'une intime amitié, et ne devaient cesser qu'à la mort du protecteur. En effet, M. Moreau de la Sarthe s'attacha M. Nicolas, moins comme un élève que comme un fils, auquel il ne cessait de prodiguer les preuves de la plus sincère affection. Il faut ajouter que M. Nicolas payait ces sentiments paternels d'une filiale gratitude.

Un fait tout à son honneur le fera connaître ; qu'il nous pardonne de le révéler ici ; si c'est un éloge à sa vertu modeste, c'est bien certainement une leçon à certains égoïsmes de nos jours. M. Nicolas, ayant remplacé M. Moreau dans une des plus riches familles de la haute aristocratie, fut invité à suivre à la campagne le chef de la maison, qui était indisposé. Il y avait là grand profit pour le jeune docteur ; mais M. Moreau se trouva, ce même jour, plus souffrant que d'ordinaire, et, devant les craintes que pouvait inspirer son état, M. Nicolas n'hésita point à sacrifier son intérêt pour ne pas abandonner, dans une circonstance pareille, celui auquel il se croyait attaché par les liens de la reconnaissance. Ce trait, tout en augmentant l'amitié de M. Moreau pour son élève, ne fit que grandir M. Nicolas dans l'estime du personnage auprès duquel il s'était si noblement excusé.

Enfin, reçu docteur en médecine en 1822, il partagea son temps entre la pratique de la médecine et la rédaction du *Dictionnaire de médecine de l'Encyclopédie méthodique*, dans lequel il publia quatre-vingt-deux articles monographiques.

M. Nicolas était membre correspondant de plusieurs sociétés savantes, membre fondateur de l'association de prévoyance des médecins de la Seine et de la Société gratuite d'accouchement en faveur des pauvres mères de famille ; médecin depuis trente ans du bureau de charité, chirurgien de la garde nationale, médecin du ministère des affaires étrangères et chevalier de la Légion d'honneur.

Un grand concours de confrères, d'amis et de clients ont suivi son convoi de l'église de la Madeleine au cimetière du Nord, où le docteur Labarraque, président de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, a adressé à son prédécesseur les plus nobles et les plus touchants adieux au nom de ses confrères.

Dr A.-L. Roux.

tique, en aurait fait la réduction incomplétement. Quoi qu'il en soit, l'avant-bras resta continuellement dans la pronation et dans une légère flexion sur le bras. Une flexion plus complète était possible, tandis que l'extension ne l'était pas. Ces mouvements incomplets n'empêchèrent pas le malade de vaquer à ses occupations habituelles jusqu'en juillet 1855.

Ce fut à cette dernière date que Vandenberghe commença à ressentir des douleurs à la région olécrânienne. Cette région se gonfla et le gonflement gagna peu à peu le reste de l'articulation et l'avant-bras, qui devinrent aussi douloureux.

Après six semaines de souffrance, c'est-à-dire vers la fin du mois d'août 1854, il eut recours à son médecin, qui lui fit faire quelques applications de sangsues suivies de cataplasmes émollients. Après quelques jours de ce traitement, le malade voyant peu d'amélioration dans son état, vint se présenter à l'hôpital Saint-Pierre de Louvain, où il entra le 13 septembre 1854.

A son entrée, je trouve toute l'articulation du coude droit considérablement gonflée; elle a à peu près le double du volume de l'articulation normale.

La tuméfaction totale est uniforme; le pli du coude est effacé et le tendon du muscle biceps tendu. Sur les côtés de l'olécrâne, on constate l'existence d'un tissu élastique fongueux. Les extrémités osseuses, pour autant que le gonflement permette de les reconnaître, paraissent notablement augmentées de volume; l'olécrâne occupe sa situation normale; quant à la tête du radius, il est impossible de dire si elle est déplacée. Il y a en même temps beaucoup de douleur et d'inflammation. L'avant-bras est dans la pronation et dans une légère flexion sur le bras. Le malade souffre beaucoup quand on essaie de faire des mouvements dans l'articulation; à la partie interne, au niveau de l'épitrochlée, on remarque deux cicatrices déprimées.

L'état général du malade est bon : on trouve seulement au cou quelques ganglions lymphatiques très-peu engorgés.

Je diagnostiquai une tumeur blanche du coude dans laquelle l'élément inflammatoire prédominait. En conséquence, je prescrivis des sangsues en grand nombre, des cataplasmes émollients, des bains *loco dolenti* et le repos absolu du membre.

Sous l'influence de ce traitement, le gonflement et les douleurs diminuèrent beaucoup et les mouvements devinrent moins douloureux.

A la fin d'octobre, je fis la compression du coude au moyen de bandelettes agglutinatives, et j'immobilisai l'articulation par un appareil inamovible plâtré. Après quinze jours de traitement compressif, il se déclara un phlegmon sous-cutané qui se termina par suppuration, et le 14 novembre j'ouvris l'abcès, qui contenait du pus de bonne nature. Depuis cette date jusqu'au 20, on appliqua des cataplasmes émollients; quoique la cause première de la tumeur blanche fût tout à fait locale, j'estimais cependant que le tempérament lymphatique du sujet pouvait avoir de l'influence sur la marche de la maladie. En conséquence, je prescrivis à l'intérieur l'huile de foie de morue; le malade ne put la supporter. Je la remplaçai par l'iodure de potassium et les ferrugineux, et j'ordonnai un régime fortifiant.

20 *novembre*. On constate du décollement de la peau dans les points occupés par l'abcès. Le pus est sanieux, rougeâtre. — Compression méthodique sur le trajet fistuleux; application d'un appareil inamovible.

Le 22, le décollement a diminué en bas, mais s'est étendu en haut et sur les côtés. (Même traitement).

La compression, avec la précaution de porter de plus en plus l'avant-bras dans la flexion, est continuée jusqu'en janvier 1855. A cette époque, on reconnaît que sous l'influence de ce traitement, l'articulation a diminué de volume et que la flexion du membre a beaucoup augmenté.

En *janvier* 1855, plusieurs collections purulentes se formèrent autour de l'articulation malade. Une de ces collections, située vis-à-vis de l'épitrochlée, donna constamment issue à du pus liquide, séreux.

Dans les mois suivants jusqu'en juin 1855, on continua le traitement compressif à l'aide des bandelettes agglutinatives et d'un bandage plâtré, en ayant soin de tenir toujours le membre dans la flexion. On continua aussi le traitement médicamenteux et hygiénique. Ces moyens produisirent de bons effets : la peau décollée reprit des adhérences avec les parties profondes; la douleur disparut. Il me semblait donc que le mal marchait vers une franche guérison, lorsque tout à coup, le 16 juin, le malade ressentit dans l'articulation une douleur qui devint tellement vive au bout de quelques heures, qu'il tomba en syncope. Des onctions laudanisées la calmèrent bientôt. Elles reparurent le lendemain; l'articulation avait augmenté de volume; la peau était chaude et rouge; la fièvre se déclara. (Application de quinze sangsues, cataplasmes émollients.) — La douleur diminue.

21 *juin*. Il reste un peu de douleur. (Nouvelle application de sangsues.)

Le malade transpire beaucoup pendant la nuit, il a perdu de son embonpoint, l'appétit est peu prononcé; la fièvre a diminué. Cependant le pouls reste petit et fréquent.

Quant à l'état local, le gonflement inflammatoire de l'articulation a diminué. Un stylet introduit par le petit pertuis situé sur le côté interne de l'olécrâne, pénètre jusqu'à l'os malade, sur lequel on croit sentir un petit séquestre mobile. Au niveau de l'épicondyle existe un second trajet fistuleux suppurant abondamment et communiquant avec le précédent. L'articulation est encore douloureuse à la pression et les os paraissent toujours gonflés.

Le 22 et jours suivants, la fièvre a diminué, mais le malade transpire encore abondamment pendant la nuit; sa constitution s'est sensiblement altérée; il maigrit, l'appétit diminue; le pouls est fréquent et dépressible.

Le 26, on incise le trajet fistuleux interne pour faciliter l'extraction d'un petit séquestre.

L'état général du malade empirant toujours, la suppuration demeurant très-abondante, les os étant profondément altérés, je jugeai que le moment de prendre un parti décisif était arrivé, que l'amputation du bras ou la résection du coude devenait indispensable pour conserver les jours du malade, car la première règle de la chirurgie conservatrice, que l'on invoque souvent aujourd'hui, c'est d'empêcher de mourir.

Malgré la grande quantité de tissu fongueux qui environnait l'articulation, je penchais pour la résection, en me proposant toutefois de faire, après ma première incision, un dernier examen des parties malades, et de me borner à enlever les séquestres, si cette seule extraction était suffisante.

3 *juillet*. Je pratiquai une incision longitudinale sur le côté externe de l'articulation, dans laquelle j'introduisis le doigt; je ne trouvai plus de séquestre, mais je reconnus une altération profonde de toutes les extrémités articulaires des os. J'estimai, après cette exploration, que la résection des trois os du coude était l'opération indiquée chez mon malade.

Dans ce but, je prolongeai suffisamment l'incision en haut; j'essayai la résection avec cette seule incision; mais je constatai bientôt que le mal était trop étendu pour pouvoir l'extirper totalement par cette voie. J'ajoutai donc alors une seconde incision qui venait tomber sur le milieu de la première, en traversant la face postérieure de l'olécrâne. J'isolai les os des parties molles en conservant le périoste et en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter la lésion du nerf cubital. En effet, je parvins à nettoyer, à désosser toute la gouttière huméro-olécrânienne sans blesser le nerf ni même le dénuder. La désarticulation fut assez facile, vu que la plupart des ligaments étaient détruits. Je sciai alors successivement sur la sonde articulée de Bladdin, l'humérus, le radius et le cubitus au point où le périoste leur était adhérent. J'excisai le plus possible du tissu fongueux; quatre petites artères furent liées, et la plaie réunie en partie par la suture entrecoupée. Après avoir introduit une mèche dans le centre de la division, je la recouvris d'un linge fenêtré enduit de cérat et de charpie. Je cherchai à rapprocher de l'humérus les os de l'avant-bras; pour atteindre ce but, je fus obligé de mettre le membre dans l'extension, car dans la flexion, que j'essayai à plusieurs reprises, les parties molles venaient s'interposer entre les os et les écartaient, ce qui dépendait de ce que ceux-ci avaient été enlevés dans une grande étendue. Le membre fut ensuite entouré d'un bandage plâtré. Le ma-

lade avait très-bien supporté l'opération, qui ne dura que 30 à 36 minutes. Je constatai que tous les mouvements des doigts étaient conservés.

Potion calmante, limonade. La réaction commence dans l'après-dîner. Pouls plus large, à 75 pulsations ; le malade se plaint de douleurs au siége de l'opération.

Le 4, le malade a dormi un peu pendant la nuit ; douleurs moindres ; pouls à 85. (On lui donne un peu de lait.) — Le soir, céphalalgie, soif, 115 pulsations.

Le 5, nuit très-bonne ; le malade a bien dormi. Etat très-satisfaisant ; fièvre moindre, pas de douleur, pouls à 100. (Bouillon de veau, limonade.)

Le 6, la nuit a été très-bonne ; pas de soif ni de céphalalgie ; pouls à 105, une selle copieuse pendant le jour. (Bouillon de veau, lait.)

Le 7, premier pansement ; plaie en bon état et réunie en grande partie superficiellement. La suppuration est de bonne nature ; gonflement inflammatoire peu prononcé. On enlève les points de suture. Etat général excellent ; peu de fièvre. (Bouillon.)

Le 8, nuit bonne ; l'appétit se prononce ; une selle. Suppuration plus abondante ; on en favorise l'écoulement par une légère compression sur la face antéro-interne du membre. Chute de deux ligatures. (Bouillon, quelques pommes de terre avec un peu de viande.)

Le 9, rien de particulier. Etat général et local très-bon.

Le 10, l'amélioration continue ; les deux autres ligatures sont tombées. Cautérisation de la plaie superficielle avec le crayon d'azotate d'argent.

Le 11, pansement de la plaie superficielle avec du styrax. La suppuration est plus abondante et de bonne nature. Deux selles par jour. (Régime nourrissant.)

Le 15, le malade continue à aller bien ; il se lève. — On rapproche légèrement les extrémités osseuses. (Nouveau bandage plâtré.)

Le 17, le malade a eu beaucoup de douleur. On fait une incision pour donner issue à du pus qui stagne. (Iodure de potassium, fer, régime tonique.)

Depuis lors, la suppuration a diminué progressivement, la plaie s'est réunie de plus en plus, le malade a repris de l'embonpoint. Toutefois il reste, à sa sortie de l'hôpital, le 28 novembre 1855, deux petits trajets fistuleux qui fournissent du pus séreux.

Depuis sa sortie, l'opéré se présenta plusieurs fois à ma consultation gratuite où je constatai la persistance de ces deux trajets fistuleux, ce qui me faisait craindre une altération du bout des os réséqués. A différentes reprises, je fis faire des injections à la teinture d'iode, je cautérisai avec le crayon d'azotate d'argent et j'excisai les chairs exubérantes. Enfin, vers la fin d'octobre dernier, ces trajets s'oblitérèrent, et aujourd'hui le sujet, complétement guéri de son affection locale, jouit d'une très-bonne santé générale. On remarqua qu'il ne sortit jamais de séquestre par ces deux trajets qui persistèrent si longtemps.

Examen de la pièce anatomique. — La portion de l'humérus est de 7 centimètres ; celle du cubitus, mesurée du sommet de l'olécrâne au point de section, est également de 7 centimètres ; mesurée de la surface articulaire de l'apophyse coronoïde à la même surface de section, elle est de 2 1/2 centimètres environ. La portion du radius mesure 7 1/2 centimètres. Le radius a été scié à 4 1/2 centimètres environ plus bas que le cubitus, ce qui fut fait parce que le périoste était décollé jusqu'à ce point. On remarquera donc que l'apophyse coronoïde du cubitus et la tubérosité bicipitale du radius ont été emportées, et que par là les insertions inférieures du muscle brachial antérieur et du biceps ont été détruites.

Les cartilages d'incrustation avaient complétement disparu ; les surfaces articulaires, y compris la petite cavité sigmoïde du cubitus, étaient cariées dans toute leur étendue. La trochlée et la petite tête de l'humérus n'existent plus ; l'épicondyle, en partie détruit, est carié et nécrosé. On voit à sa partie supérieure, de même que sur l'épitrochlée, quelques aiguilles osseuses de nouvelle formation. La carie s'étend jusque dans la cavité olécrânienne. La carie, assez bien limitée à l'extrémité articulaire du radius, a détruit presque entièrement celle-ci ; mais comme je l'ai déjà dit, la dénudation s'étendait jusqu'à 6 à 7 centimètres. Le sommet, la surface externe de l'olécrâne et l'apophyse coronoïde sont aussi détruits par la carie. L'humérus et le cubitus sont, au point de section, plus spongieux qu'à l'état normal.

Etat de l'opéré. — On remarque autour du coude et surtout en arrière, plusieurs cicatrices déprimées, dont les unes proviennent des trajets fistuleux qui ont existé pendant la maladie, et les autres des incisions que j'ai pratiquées. En palpant la région du coude, on ne trouve plus que des parties molles, parmi lesquelles il n'existe plus de tissu fongueux. On constate que du tissu fibreux lie les os entre eux ; l'espace qui les sépare est de 1 à 2 centimètres lorsque le membre pend le long du tronc, abandonné à son propre poids. Le membre est atrophié. La circonférence est, au milieu du bras, de 19 centimètres, et à la partie la plus musculeuse de l'avant-bras, de 23 centimètres ; tandis que la circonférence du membre sain est, au bras, de 26 centimètres, et à l'avant-bras de 27. La longueur du membre opéré, mesurée du sommet de l'acromion à l'apophyse styloïde du cubitus, est de 51 centimètres environ, tandis que celle du membre sain, mesurée de la même manière, est de 57 centimètres.

On peut mouvoir l'avant-bras dans tous les sens, mais les mouvements volontaires de cette région sont nuls, ce qui s'explique par la destruction des insertions inférieures des muscles extenseurs et fléchisseurs de l'avant-bras. Le membre est retenu par son propre poids dans l'extension, et les mouvements que le malade imprime à l'avant-bras sont primitivement produits dans l'épaule. Cependant, malgré l'abolition des mouvements volontaires de cette partie du membre, ce jeune homme en retire de grands services. En effet, il parvient assez facilement à s'habiller et à se déshabiller ; il s'occupe de divers travaux : il ramasse du fumier, des feuilles, fait des ouvrages de ménage, pèle les pommes de terre, prépare le manger. Il peut porter à la main des poids assez considérables, tels que seaux remplis d'eau, paniers, etc. Il peut conduire une brouette fortement chargée : il transporte chaque semaine, à l'aide de ce véhicule, 500 livres de Tervueren à Bruxelles.

Dans le but d'augmenter l'utilité de ce membre, j'ai fait confectionner, d'après mes indications, par M. Bonneels, un appareil qui permet à l'opéré de fléchir et d'étendre l'avant-bras à volonté.

C'est un appareil à cliquet, composé d'un bracelet en cuir très-résistant, qui embrasse le bras et l'avant-bras et offre une articulation vis-à-vis du coude. Quand l'opéré veut fléchir l'avant-bras, il saisit le poignet avec la main gauche et il place l'avant-bras dans le degré de flexion qui lui convient. Pour remettre le membre dans l'extension, il tire le cliquet au moyen d'une corde et l'avant-bras tombe dans l'extension par son propre poids.

On fait la résection du coude pour remplacer l'amputation du bras. Il est inutile de dire combien la première opération l'emporte sur la seconde, quant à ses résultats définitifs. Mais quels sont les cas qui permettent de substituer la résection à l'amputation ? Ces deux opérations sont faites pour des lésions traumatiques récentes (fractures, luxations compliquées) ou pour des lésions organiques anciennes (tumeurs blanches avec carie).

Je ferai d'abord remarquer que l'on ne doit pas se décider trop légèrement à ces opérations, vu que, dans les maladies que je viens de citer, on obtient souvent des guérisons inespérées sans en venir à des opérations sanglantes.

Voici entre autres un fait qui prouve que l'on ne doit pas se hâter d'opérer pour des lésions traumatiques du coude. Il a été emprunté à ma pratique et a déjà été publié, en 1839, par M. le docteur Van Meerbeck, mon ancien élève interne :

Pierre Mewissen, garde forestier, âgé de 42 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin et d'une bonne conformation physique, tomba d'un wagon au chemin de fer, le 8 juillet 1838.

Une roue lui passa sur le coude droit ; le blessé perdit connaissance ; cependant, revenu à lui, il eut assez de force pour venir à pied à l'hôpital Saint-Pierre de Louvain, d'une distance de deux lieues. Il présentait les symptômes suivants :

A la partie externe de l'avant-bras droit, un peu au-dessous de l'articulation huméro-cubitale, se trouve une plaie assez grande pour

permettre l'introduction du doigt, qu'on peut promener facilement dans différentes directions entre la peau et les muscles;

A la partie interne et moyenne du même membre est une autre division des parties molles, de la longueur de 5 à 6 pouces, plus profonde au niveau de l'articulation; celle-ci est divisée et mise à nu; le doigt peut être introduit entre les surfaces articulaires séparées l'une de l'autre; on sent alors plusieurs fragments osseux mobiles, d'un volume variable; la tête du radius, mise à découvert, est lisse et égale, le nerf cubital est visible, et l'on voit battre l'artère brachiale; les parties ont conservé de la sensibilité; l'avant-bras est augmenté de volume et est froid, il est à demi fléchi sur le bras et immobile; les doigts peuvent pourtant exécuter de légers mouvements; le pouls bat légèrement;

A la partie supérieure du pariétal gauche existe une plaie qui n'intéresse que les parties molles; et entre l'apophyse mastoïde gauche et la protubérance occipitale, une autre plaie large et profonde, au fond de laquelle on voit l'os à nu; le doigt y sent une dépression et une surface étroite et inégale.

Le patient éprouve de la tendance au sommeil et une faiblesse générale.

Le lendemain, je réunis en consultation mes collègues, MM. Baud et Craninx, pour discuter la question de l'amputation; nous décidâmes que, vu que les vaisseaux et les nerfs n'étaient pas lésés, il fallait essayer de conserver le membre; en conséquence, les esquilles mobiles furent extraites, les plaies égalisées et pansées; et comme il était survenu de la chaleur, de la douleur et du gonflement dans le membre, celui-ci fut soumis aux irrigations d'eau froide.

Le 18, ces symptômes étant diminués, les irrigations d'eau froide furent remplacées par des fomentations avec le même liquide, et, le 20, par l'application de cataplasmes émollients.

Le 25, la suppuration s'étant établie, on fit l'application d'un appareil permanent; du pus abondant, sanieux, quelquefois fétide, s'écoula par les ouvertures pendant les premiers jours; plus tard, son abondance diminua et il devint de bonne nature.

Les plaies de la tête avaient été pansées avec des plumasseaux enduits de cérat; l'une se cicatrisa promptement, l'autre continua à donner issue à de la matière purulente.

On renouvela l'appareil trois fois pendant le courant des mois d'août et de septembre, et, le 10 octobre, on l'enleva. L'articulation huméro-cubitale était ankylosée, la plaie extérieure n'était pas entièrement cicatrisée, et, à l'aide d'un stylet, on pouvait encore pénétrer dans l'articulation. On appliqua des bandelettes agglutinatives, qui firent diminuer insensiblement l'étendue de la plaie.

2 *novembre*. On ne reconnaît plus aucune communication avec l'articulation.

La plaie occipitale se ferma après avoir donné issue à une esquille osseuse.

20 *décembre*. La plaie du membre supérieur droit était cicatrisée, et le sujet, sorti de l'hôpital, avait conservé le membre demi-fléchi; le jeu des doigts était libre, il pouvait écrire aussi bien qu'auparavant.

Je pourrai aussi citer plusieurs cas de tumeurs blanches, accompagnés de carie des surfaces articulaires, dont j'ai obtenu la guérison sans amputation et sans résection; aussi ai-je insisté longtemps, chez l'opéré Vandenberghe, sur l'emploi des moyens dont on peut disposer, pour la cure des arthropathies, avant d'en venir à la résection. Ce n'est que lorsque je m'aperçus que le mal empirait et que le malade dépérissait, que je me suis décidé à pratiquer cette grave et difficile opération.

Si l'on veut obtenir du succès dans les résections articulaires, il ne faut pas attendre, pour opérer, jusqu'à ce que les forces soient trop épuisées, attendu que ces opérations sont généralement longues et douloureuses, que la suppuration qui en est la suite est, le plus souvent, très-abondante, et que la guérison complète se fait presque toujours longtemps attendre.

Ainsi Vandenberghe n'a été tout à fait guéri que quinze mois après l'opération, ce qui doit être attribué à l'existence du tissu fibro-plastique qui, quoique excisé autant que possible, persistait encore en assez grande quantité pour fournir de la suppuration pendant longtemps.

On admet aussi que dans les lésions organiques (carie, nécrose), la résection ne doit être préférée à l'amputation que lorsque les parties molles sont encore assez saines, qu'elles ne sont pas dégénérées ou transformées en tissu fongueux, lardacé, fibro-plastique. Le fait qui précède prouve évidemment le contraire; car les parties qui environnaient l'articulation étaient très-altérées. Le tissu fibro-plastique, caractère essentiel des tumeurs blanches, était très-abondant et enveloppait en quelque sorte tous les organes de la région du coude.

En résumé, je pense : 1° que dans les lésions traumatiques du coude (fractures comminutives, compliquées; luxations compliquées de plaie, d'issue des os, de fracture, etc.,) on doit chercher à conserver le membre, chaque fois que les vaisseaux, les nerfs et les muscles principaux ne sont pas lésés; en un mot, lorsque les parties molles qui entourent l'articulation, ne sont pas compromises au point de faire craindre leur mortification; 2° que dans la plupart des cas d'arthropathie du coude, on peut guérir sans amputation et sans résection; et que lorsque le dépérissement du malade, occasionné par les douleurs et une longue et abondante suppuration, oblige d'agir pour sauver la vie, la résection des os du coude pourra presque toujours remplacer l'amputation du bras, quelle que soit l'altération des parties molles, pourvu que les forces ne soient pas trop épuisées.

(*Presse méd. Belge.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 24 février 1857.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Pas-de-Calais et de la Creuse pendant l'année 1856.

— Divers rapports sur une épidémie de *dysenterie* qui a régné dans la même année à la colonie de Petit-Bourg.

— Un rapport de M. CHALETTE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Châlons, sur une épidémie de *fièvre typhoïde* qui a régné dans les communes d'Athis et de Cherville, en 1856 et 1857. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Candidatures. — M. A. PETIT prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

— M. DELENDA demande à être porté sur la liste des candidats aux places vacantes de correspondant. (Renvoyé à la future Commission.)

Choléra. — M. Paul DE METSCH, médecin en chef de l'hôpital militaire de Smolensk (Russie), adresse un mémoire sur le traitement du *choléra asiatique*, des *fièvres typhoïdes* et de quelques autres maladies aiguës par l'*inoculation de la matière variolique.* (Commission du choléra de 1854.)

Falsification du lait. — M. DESCHAMPS (d'Avallon) adresse une note sur une nouvelle falsification du lait par l'addition d'eau, de cire et de gélatine. (M. Chevalier, rapporteur.)

Résine de thapsia. — M. le docteur REBOULLEAU, de Constantine (Algérie), fait hommage à l'Académie d'une notice sur la résine de *thapsia garganica*, et sur son emploi en médecine comme agent révulsif.

— M. le docteur TAMPIER, à Chapareillan (Isère), adresse un paquet cacheté dont le dépôt est accepté.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. le docteur Huet, membre correspondant au Havre.

RAPPORT OFFICIEL.

Quinium. — M. Robinet, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'un rapport sur une nouvelle préparation de quinquina, désignée sous le nom de *quinium*. Un travail sur ce sujet a été adressé à l'Académie par les représentants au Havre de la maison Delondre. Cette préparation est faite avec les écorces de quinquina qui ne peuvent être employées à la fabrication du sulfate de quinine.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Composition du lait. — M. Vernois lit, en son nom et au nom de M. Becquerel, un travail sur l'*Analyse du lait des principaux types de vaches, chèvres, brebis, bufflesses*, présentés au concours universel de 1856. Voici un extrait de ce mémoire :

Il résulte de ces nouvelles analyses, chez la vache surtout, où leur nombre est assez grand pour que les chiffres obtenus aient une importance réelle :

1° Que la composition du lait varie notablement, selon les pays où on l'étudie ;

2° Que pour être dans la vérité, et pour donner des résultats précis, il faudrait indiquer le pays où l'on a observé ;

3° Que les quantités de beurre, de caséine et d'albumine sont bien plus considérables dans nos dernières analyses que dans les premières (tandis que les vaches de Paris et des environs donnent 36 à 37 de beurre sur 1000, les vaches du Tyrol, de la Suisse, hollandaises, de la race d'Agen, donnent de 70 à 98 ; les proportions augmentent également pour les autres éléments) ; et *qu'il* y a évidemment un antagonisme bien déterminé entre la richesse du lait en beurre et en albumine, et la richesse du lait en caséine et en sucre ;

4° Que ces quantités, si différentes selon les pays, confirment les faits déjà observés en France, et qui sont à la connaissance de beaucoup d'agriculteurs : c'est-à-dire la distinction des vaches en vaches à fromage et en vaches à beurre. Nous avons déjà signalé le même fait chez la femme, et nous l'avons retrouvé chez la brebis ;

5° Que, selon ce que nous avions déjà observé, c'est sur l'élément beurre que les plus fréquentes et les plus énormes ont eu lieu. D'où il suit que tous les instruments destinés à interroger la valeur du lait, sans préciser quel élément on recherche, et basés sur la constatation des quantités de beurre ou autres matières solides en suspension, exposent à commettre de graves erreurs ;

6° Que l'étude des quantités d'eau et de sucre, ainsi que M. Chevallier vient de le demander dans son dernier mémoire sur le commerce du lait, et selon les règles que nous avons posées peut-être les premiers à ce sujet, est encore le meilleur moyen de juger la pureté du lait ;

7° Que l'on ne peut, ainsi qu'on l'a fait pendant longtemps, indiquer d'une manière absolue que tel lait est supérieur à tel autre lait ; mais que l'on doit donner le tableau de l'importance de chacun de ses éléments constitutifs, de manière à établir ainsi pour chaque race la supériorité qu'elle peut avoir, d'après les quantités de beurre, de caséine, de sucre, etc., etc., etc. ;

8° Que de tels renseignements sont bien plus positifs, et éclairent le médecin et l'agriculteur d'une manière bien plus rapide et bien plus certaine ;

9° Que, pour ne tenir compte chez la vache que des deux éléments capitaux du lait, le *beurre* et la *caséine*, c'est, d'après nos recherches, la race d'Angers qui tient le premier rang pour le beurre, et la race normande pour la caséine ;

10° Que, comme rendement moyen du lait, c'est la race hollandaise qui occupe la première place, et la race bretonne ainsi que quelques sous-races d'Autriche qui occupent la dernière ;

11° Que la quantité de la nourriture semble influer d'une manière bien notable sur la quantité du lait et surtout sur la production exagérée du sucre et de la caséine : une alimentation modérée paraissant au contraire favoriser le développement du beurre et de l'albumine ;

12° Que la quantité notable d'albumine (13 sur 1000), contenue dans le lait de chèvre, doit fixer l'attention des médecins, ainsi que la composition générale du lait de la *bufflesse*, riche en parties solides (84 beurre ; 13 albumine), et que l'acclimatation de cette espèce devrait être spécialement recherchée ;

13° Qu'en dernier lieu, il serait à désirer que des études comparatives sur le lait, soit chez la femme, soit dans les diverses espèces d'animaux, fussent faites au pays même d'origine ; et que si, pour la femme également, on pouvait réaliser un congrès de nourrices, il est probable qu'on trouverait dans leur lait des différences en rapport avec le sol et les aliments : différences qui, au point de vue physiologique, serviraient à expliquer les variétés que nous remarquons entre les constitutions et le caractère des divers peuples.

CORRESPONDANCE.

Un mot sur le traitement du sycosis.

Monsieur le Rédacteur,

Mon intention n'est pas de rallumer la discussion un peu prolongée qui a eu lieu entre les honorables représentants de MM. Cazenave, Bazin et de Baerensprung. Je ne veux pas davantage discuter jusqu'à quel point on peut admettre les opinions de ces dermatologues sur la véritable nature du sycosis, ce que je me réserve de faire plus tard. Je vous demande seulement aujourd'hui la permission de dire un seul mot sur une question qui intéresse plus directement les praticiens, c'est celle du traitement.

Les doctrines pathogéniques des observateurs que je viens de citer les ont conduits à appliquer au sycosis deux médications dont l'une, celle qui consiste dans l'application des bains de vapeur et des cataplasmes de fécule, est tout à fait insuffisante, et dont l'autre, l'épilation, est insuffisante aussi, au moins dans les cas graves, et toujours douloureuse et inutile.

La médication antiphlogistique, qui se fonde, à tort je crois, sur ce que le sycosis serait une inflammation, tandis qu'elle est primitivement, suivant moi, une altération de sécrétion, la médication antiphlogistique peut guérir dans les formes légères de la maladie ; mais elle n'est qu'un palliatif dans les formes rebelles ; elle est tout à fait insuffisante pour modifier radicalement la sécrétion anormale.

Quant à l'épilation, elle est toujours douloureuse et quelquefois insuffisante aussi, ainsi que le prouvent de nombreuses observations ; j'ajoute qu'elle est parfaitement inutile.

En effet, conduit par une série de déductions, que je ne crois pas opportun d'exposer aujourd'hui, à appliquer au sycosis la médication dépurative qui m'avait procuré de si remarquables succès dans le traitement de la couperose et de quelques autres affections rebelles ou incurables de la peau, je me suis convaincu que, dans les cas où l'altération de sécrétion est considérable et a profondément modifié le poil, celui-ci est entraîné avec la sécrétion de la *poussée* que provoque l'iodure de chlorure mercureux, et qu'il est par conséquent inutile de l'arracher. Dans les cas, au contraire, où l'affection est légère, on en obtient la guérison sans entraîner la chute de la plupart des poils, et dont alors on conçoit que l'épilation aurait été bien plus inutile encore.

On voit que je me garde, et à dessein, d'agiter ici la question du microsporon et du trichophyton. C'est qu'en effet, cette question, que je suis loin de considérer comme résolue, fort curieuse en pathogénie, devient superflue en thérapeutique, dès qu'on possède un moyen à peu près infaillible de curation. Si le parasite existe réellement *comme cause* de la maladie, il faudra en conclure que l'iodure chloro-mercureux est aussi bon *parasiticide* que bon dépuratif ; mais il n'en résultera nullement qu'il suffise d'arracher les poils, ni même de tuer le parasite pour guérir la maladie, parce que lorsque le parasite se développe, il y a sans doute des conditions qui favorisent ou provoquent son développement, et que la question serait toujours en définitive de changer ces conditions.

Je borne là ma communication, Monsieur le Rédacteur, me réservant de démontrer plus tard par des faits ce que je ne puis exposer aujourd'hui que sous forme de propositions.

Veuillez agréer, etc. F. Rochard.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 28. 5e année. Jeudi 5 Mars 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 4 mars 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Discussion sur la méthode sous-cutanée.**]

Il était aisé de prévoir, d'après la marche naturelle de la discussion sur la méthode sous-cutanée, que M. Malgaigne monterait aujourd'hui à la tribune, et le desir d'entendre cet orateur, si aimé du public, avait attiré dans l'enceinte de l'Académie un auditoire plus nombreux que de coutume. Un certain sentiment d'impatience s'est manifesté sur les bancs lorsque M. le président a annoncé que la parole serait d'abord accordée à M. Henry, pour la communication d'un rapport officiel sur les eaux minérales, et à M. Baumès, pour la lecture d'un travail sur les diathèses. Ce dernier travail méritait, à plus d'un titre, d'être écouté avec attention; mais aucune diversion n'était capable de captiver des esprits qui attendaient des émotions d'un autre genre, et l'auteur, impitoyablement interrompu au bout de quinze minutes par M. le président, n'a même pas pu achever sa lecture.

Le discours de M. Malgaigne a rempli le reste de la séance, et nous avons pu admirer, pendant cinq quarts d'heure, ce talent flexible, cette verve inépuisable, cette parole tantôt grave et tantôt railleuse, souvent sévère, quelquefois passionnée, toujours précise et correcte. Les brillantes qualités de l'élocution couvrent, chez certains rhéteurs, la pénurie des idées et la faiblesse du raisonnement; mais chez M. Malgaigne, elles s'allient à une érudition profonde, à une pensée élevée et à une logique rigoureuse. Nous voudrions pouvoir suivre l'orateur dans tous les détails de sa longue improvisation, dont le compte rendu officiel ne pourra donner qu'une faible idée. Mais quelques-uns des arguments qui y sont exposés ont déjà été présentés sommairement dans un de nos précédents articles, et l'espace nous manque pour y revenir. A son tour, et conformément au vœu émis par son adversaire, M. Malgaigne, étudiant les opérations sous-cutanées au point de vue de la loi qui régit les brevets d'invention, a démontré avec surabondance de preuves, que l'*idée*, le *moyen* et le *résultat* de la méthode appartiennent, sans contestation possible, aux devanciers de M. J. Guérin. Il a été inexorable surtout dans l'analyse du moyen, c'est-à-dire du *procédé*. Il a passé en revue tous les éléments, même les plus insignifiants, de la manœuvre opératoire, les instruments et le manuel, et la ponction, et la section, et le traitement consécutif, tout, jusqu'au pli préalable, que M. Velpeau avait généreusement laissé à M. Jules Guérin, mais dont celui-ci attribuait, il y a quinze ans, l'invention à M. Stromeyer; tout, jusqu'au petit carré de diachylon qui n'a été que l'humble successeur du taffetas d'Angleterre; — et par des exemples nombreux, par des citations irrécusables, il a prouvé que tout cela avait été imaginé, exécuté, combiné, perfectionné et parachevé avant l'intervention de M. J. Guérin. Passant ensuite à l'examen des résultats, il a manifesté un profond étonnement à la nouvelle de ces érysipèles, de ces phlegmons, de ces abcès, de ces gangrènes qui, suivant M. J. Guérin, ne sont pas rares lorsqu'on ne suit pas ses préceptes. M. Malgaigne a ouvert sur ce point une véritable enquête; il a lu les observations, cherché dans ses propres souvenirs, interrogé ceux de ses collègues. — L'érysipèle? un seul cas tiré de la pratique de M. Duval.... L'abcès? M. Malgaigne n'en a jamais vu. La gangrène? jamais personne ne l'a observée. Le phlegmon? M. Guérin en a eu trois cas, et M. Malgaigne, qui n'en connaît pas d'autre exemple, affirme qu'en fait de phlegmons, d'abcès ou de complications de tout autre genre, la seule pratique de M. J. Guérin a fourni plus d'accidents que celle de tous les autres chirurgiens ensemble. Voilà pour les résultats, et l'orateur demande s'il y a lieu de les faire sonner si haut.

Disons quelques mots maintenant d'une question que M. Malgaigne n'a fait qu'effleurer, parce qu'elle est très-secondaire dans le débat. Il s'agit de savoir si la guérison des plaies sous-cutanées est le résultat de cette inflammation qu'on désigne depuis Hunter sous le nom d'inflammation adhésive, ou bien si elle est le résultat d'un simple travail d'organisation. M. Malgaigne paraît adopter la première théorie; M. Guérin est partisan de la seconde, et ici nous sommes heureux de pouvoir enfin nous ranger de son côté. M. Malgaigne s'est borné à réfuter la doctrine de la guérison par organisation directe du sang qui s'épanche dans la plaie; il est possible que M. Guérin ait autrefois soutenu cette théorie, absolument inacceptable; mais dans son dernier travail, seul en discussion aujourd'hui, il s'est borné à parler d'une *organisation immédiate,* sans dire si cette organisation se faisait aux dépens du sang extravasé ou d'une exsudation plastique non inflammatoire. Or, si M. Malgaigne a victorieusement combattu l'idée de l'organisation du sang, il n'a nullement démontré l'existence habituelle d'un travail inflammatoire dans les plaies sous-cutanées. Quant à nous, nous pensons qu'on abuse beaucoup du mot inflammation en pathologie et en physiologie pathologique; la présence isolée d'une exsudation plastique ne suffit pas pour prouver l'existence du travail inflammatoire, celui-ci n'étant pas constitué par un seul élément, mais par la réunion et l'enchaînement de plusieurs éléments anatomiques et physiologiques, qui tous, à l'exception de l'exsudation, font défaut, dans l'immense majorité des sections sous-cutanées. Nous avons eu l'honneur de soumettre sur ce point, et sur plusieurs autres questions de même ordre, quelques réflexions à l'Académie; nous nous sommes efforcé de réduire le rôle exa-

géré qu'on fait généralement jouer à l'inflammation dans une foule d'actes pathologiques où elle intervient seulement comme une complication, souvent même comme un obstacle. Sous ce rapport, comme on voit, nous sommes de l'avis de M. Guérin, pourvu toutefois qu'il veuille bien renoncer à l'organisation du sang extravasé.

Mais nous devons avouer que nous ne comprenons pas en quoi cette explication de la cicatrisation sous-cutanée peut lui donner des droits à l'invention d'une méthode dont il a simplement observé les effets. Celui qui a le premier décrit la cicatrisation des veines a-t-il donc pour cela inventé la saignée? D'ailleurs, si on veut faire intervenir un pareil élément dans une question de priorité, on devra reconnaître que sur ce point encore M. Guérin a été devancé, comme sur tous les autres. Il a adopté, non une opinion ancienne et oubliée, qu'il y aurait eu quelque mérite à faire revivre, mais une opinion récemment soutenue par ses prédécesseurs immédiats, et basée sur des expériences qui avaient obtenu beaucoup de publicité. Il nous suffira de dire qu'on ne trouve ni le mot, ni l'idée d'inflammation dans le célèbre mémoire de M. Ammon, imprimé en Allemagne en 1837, et traduit textuellement dans le journal français l'*Expérience*, en 1838, quelques mois seulement avant l'apparition des premières prétentions de M. Guérin en matière de chirurgie sous-cutanée.

Il y a un autre point sur lequel nous prendrons la liberté de soumettre quelques observations à M. Malgaigne. Il conteste que la méthode sous-cutanée soit une méthode, dans l'acception qu'on attribue généralement à ce mot en médecine opératoire. Il se base sur cette proposition que le propre d'une méthode est d'engendrer des procédés, et sur ce fait que les procédés sous-cutanés et les applications de ces procédés ont été créés avant l'an 1839, date que M. Guérin assigne à la naissance de la méthode sous-cutanée. A ce propos, M. Malgaigne rappelle les opérations sous-cutanées dont nous avons parlé dans notre premier article, et qui ont été faites, depuis longtemps, sur les tendons, sur les muscles, sur les ligaments, sur les aponévroses, sur les articulations, sur les abcès, sur les nerfs, sur les veines; il y joint la section sous-cutanée des ganglions, exécutée par Ashton Key, et l'opération césarienne sous-cutanée, conception désopilante émanée d'Alexandre Monro, le patron des aérophobes. Après cette énumération des procédés sous-cutanés, tous antérieurs à M. J. Guérin, M. Malgaigne s'écrie joyeusement :

O méthode féconde
Qui fit tous ces enfants bien avant d'être au monde!

Or, qu'il nous permette de le lui faire observer, cela prouve bien que la méthode sous-cutanée n'appartient pas à M. Guérin, mais cela ne prouve pas qu'elle ne soit pas une méthode. Tout moyen général, applicable de diverses manières à divers cas particuliers, constitue une méthode. Ainsi on dit la méthode de l'incision, la méthode de l'extirpation, de la cautérisation, de l'écrasement linéaire, de la ligature en masse, parce que chacune d'elles repose sur une idée particulière; on doit dire de la même manière la méthode sous-cutanée, parce qu'elle repose aussi sur une idée particulière et parce qu'elle peut, du reste, s'appliquer à des opérations très-diverses.

Et puisque nous en sommes sur les méthodes, parlons un peu de celle de Descartes. On n'a pas oublié que M. Malgaigne, dans son précédent discours, avait rattaché à l'école cartésienne les personnes qui, dans les sciences d'observation comme la médecine et la chirurgie, placent le raisonnement au-dessus des faits. Il avait dénoncé les tendances fatales de cette école qui a égaré les plus beaux génies du XVIIIe siècle, et qui a exercé sur la marche de notre science l'influence la plus fâcheuse. M. Bouley crut voir, dans cette appréciation, un témoignage d'ingratitude à l'égard d'un des hommes qui ont le plus contribué à la gloire de la France, et termina son discours par une protestation à laquelle M. Malgaigne a répondu aujourd'hui dans un magnifique langage. Nous nous associons pleinement aux paroles qu'il a prononcés. Eh! qui a mis en doute le génie de Descartes? qui a méconnu la puissance de son esprit et la grandeur de son œuvre? N'est-ce pas lui qui a brisé le joug de l'autorité, qui a affranchi la pensée de l'homme, qui a engendré le doute philosophique, et qui, avec ce levier puissant, a retourné l'ancien monde? N'est-ce pas lui qui a inventé la notation des Exposants, découvert le Théorème des variations et des permanences sur lequel repose toute la théorie des équations, et centuplé par là la puissance de l'algèbre? N'est-ce pas lui qui a créé, créé de toutes pièces, puis fécondé, élargi et presque achevé, cette grande et admirable science qu'on appelle aujourd'hui la Géométrie analytique? N'est-ce pas lui enfin, qui, dans le célèbre *Traité de dioptrique*, dont le *Discours sur la méthode* n'est que la préface, a pour la première fois appliqué à la physique les démonstrations géométriques? Qui donc a découvert ou plutôt prouvé (car le raisonnement ici a précédé l'observation), que les images dans l'œil sont renversées? Descartes. Qui a reconnu que les comètes ne sont pas des météores, et qu'elles obéissent aux mêmes lois que les planètes? Descartes. Qui a donné la théorie actuelle de l'arc-en-ciel et la théorie actuelle de la pluie? Encore Descartes. Qui enfin a le premier, avant Pascal, régularisé, dompté et émondé, la langue touffue et vagabonde des Gaulois, pour en faire cette langue précise, positive, logique, dont nos littérateurs sont fiers et qui donne tant de force à nos savants? Encore et toujours Descartes. Cet homme est un colosse, un prodige! Certes, à celui qui, par la seule force du raisonnement, avait soulevé tant de montagnes, il était bien permis de croire que le raisonnement pur était tout-puissant et qu'aucune science ne pouvait échapper à son empire.

Ce fut l'erreur de Descartes, adoptée malheureusement par ses successeurs. Après avoir créé une méthode qui devait ouvrir toutes les portes au progrès, il inventa des systèmes qui furent la pierre d'achoppement du progrès. Il faillit noyer l'astronomie dans la théorie des Tourbillons, et il emprisonna la physiologie et la pathologie dans un réseau de coctions, de fermentations, d'effervescences, d'explosions, de pores arrondis, carrés ou polygonaux, d'actions chimiques, physiques ou mécaniques, sans compter la glande pinéale, cette soupape sublime où il plaçait l'âme; sans compter les esprits animaux qu'il n'avait pas inventés, mais qu'il faisait circuler *selon les règles des mécaniques;* sans compter les acides, les alcalis, les sels âcres ou terreux que ses successeurs devaient imaginer bientôt pour compléter son œuvre; sans compter enfin cette profession de foi, émise dans le discours de la méthode, à propos des mouvements du cœur, à la suite d'un long passage où il est prouvé, par un raisonnement infaillible, que le cœur est passif dans la circulation, et que le sang s'en échappe au moment de la diastole :

« Au reste, afin que ceux qui ne connaissent pas la force des
« démonstrations mathématiques, et ne sont pas accoutumés à
« distinguer les vraies raisons des vraisemblables, ne se hasar-
« dent pas de nier ceci sans l'examiner, je les veux avertir que
« ce mouvement que je viens d'expliquer résulte aussi néces-
« sairement de la seule disposition des organes qu'on peut voir
« à l'œil dans le cœur, et de la chaleur qu'on y peut sentir avec
« les doigts, et de la nature du sang qu'on peut connaître par
« expérience, — que le fait le mouvement d'une horloge, de la
« force, de la situation, et de la figure de ses contrepoids et de
« ses roues. »

Les vitalistes peuvent se voiler la face. Le corps n'est plus qu'une machine d'horlogerie, fonctionnant *suivant les règles des mécaniques qui sont les mêmes que celles de la nature.* Les maladies sont des grains de sable qui entravent le mouvement des rouages, obstruent les pores, encombrent les tuyaux. On va bien le voir. Voici Boerhaave, qui va imaginer la théorie de l'*erreur de lieu;* chaque globule sanguin se composera de six globules jaunes, chaque globule jaune de six globules séreux, total trente-six globules séreux dans un globule sanguin. Puis chaque artère capillaire se continuera à la fois avec une veine, et avec une artère lymphatique, celle-ci avec un vaisseau séreux, celui-ci enfin avec un vaisseau spiritueux. Telle est la

machine, et il est évident que si un globule de grand format s'engage dans un vaisseau de petit calibre, il y aura obstruction, encombrement, inflammation en un mot. C'est là la clef de la pathologie. Un rêve, dites-vous? Oui, un rêve cartésien, qui a vécu plus d'un siècle, et que Boyer, en 1814, a cru devoir réfuter avec beaucoup de ménagement. Quoi encore? Voici Verduc qui va appliquer le système de Descartes à la chirurgie. Voici le grand J.-L. Petit qui va, au nom de la mécanique, écrire l'histoire, ou plutôt le roman des maladies des os. Puis Quesnay donnera son étrange *Mémoire sur les vices des humeurs*, Dufouart et Paget prouveront que la malignité des tumeurs est due au croupissement de la lymphe, Garengeot comparera la cicatrisation à un travail de maçonnerie, et toute l'Académie de Chirurgie sera emportée dans le tourbillon cartésien. Combien n'a-t-il pas fallu de persévérance et de travail, d'expériences et de recherches en tout genre pour redresser toutes ces erreurs, pour enlever toutes ces taches, et pour ramener notre science dans la voie de l'observation qu'elle n'aurait jamais dû quitter! Qu'on juge, d'après cela, si M. Malgaigne était autorisé ou non à repousser la méthode suivie *en médecine* par Descartes et par son école. Rejeter des procédés trompeurs lors même qu'ils portent le nom de Descartes, ce n'est pas manquer de respect à ce grand homme, car c'est lui qui a écrit, presque en tête du discours de la méthode : « Je ne « propose cet écrit que comme une histoire, en laquelle, parmi « quelques exemples qu'on peut imiter, on en trouvera peut-« être aussi quelques autres qu'on aura raison de ne pas « suivre. »

PAUL BROCA.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Anévrysme de l'artère brachiale, guéri par l'injection de perchlorure de fer,

Par M. LAGRANGE,

Chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de la ville de St.-Mihiel (Meuse).

(*Extrait d'une lettre adressée à M. PÉTREQUIN.*)

Les innovations les plus utiles n'ont pas toujours été exemptes de critique, et souvent des détracteurs tenaces, que l'évidence ne peut désarmer, ont cherché à les combattre. Il en est ainsi du traitement des anévrysmes par le procédé Pravaz, qui, dans le monde médical, a produit une certaine sensation, et que ses succès ne sont pas parvenus à convaincre entièrement. Chose surprenante, beaucoup de chirurgiens, s'appuyant sur quelques faits isolés et malheureux, le considèrent comme un agent dangereux dans son application, et sont disposés à le proscrire de la pratique, sans attendre qu'une plus longue expérimentation les ait plus amplement éclairés à ce sujet.

Appelé dernièrement à faire usage de ce puissant hémostatique dans un cas d'anévrysme, j'ai pu en apprécier toute l'action, toute la valeur; et il est assurément de mon devoir de joindre en sa faveur une observation authentique à celles qui déjà ont été publiées :

Dans le mois d'avril 1856, le brigadier Lacan (Pierre), âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution vigoureuse, et appartenant au 5e régiment de dragons en garnison à Saint-Mihiel, reçut en duel un coup de pointe de sabre qui traversa horizontalement l'épaisseur du muscle brachial antérieur droit, d'avant en arrière, légèrement de dehors en dedans (ce militaire étant en garde et ayant le bras tendu). La division d'une petite branche artérielle donna lieu à une hémorrhagie peu abondante, qui eut pour conséquence une ecchymose, due au sang épanché dans le tissu cellulaire de la peau.

La petite plaie que cette arme occasionna paraissant insignifiante sous le rapport de son diamètre, de sa profondeur et des parties intéressées, un pansement simple fut prescrit, c'est-à-dire que des lotions d'eau végéto-minérale et un bandage contentif amenèrent, en moins de huit jours, une guérison qui devait sembler radicale. Cinq mois plus tard, le médecin-major du régiment, sur l'invitation de ce brigadier, dont le service n'avait pas été interrompu plus d'une semaine dans le principe, visita son bras, où une petite tumeur indolente s'était progressivement développée. Il constata un anévrysme qui le décida aussitôt à envoyer le blessé à l'hôpital.

A son arrivée, le 16 septembre, la tumeur, placée sur le trajet de l'artère brachiale droite, au tiers supérieur du bras, à 7 centimètres de la cicatrice provenant de ladite blessure, et ayant la forme d'un petit œuf, constituait un anévrysme faux consécutif. — Les renseignements fournis sur sa marche, sur la nature de la solution de continuité du muscle brachial, et l'examen du membre et du sabre en firent trouver la véritable cause dans la lésion de la tunique externe ou celluleuse de l'artère, superficiellement atteinte par l'instrument vulnérant, et dans la rupture graduelle des deux autres tuniques abandonnées à leur propre force et naturellement friables.

Cédant aux pressantes sollicitations de ce militaire, qui désirait être promptement délivré d'une affection dont la gravité ne lui échappait pas, je résolus de le satisfaire au plus vite, tout en n'étant pas fixé sur le choix du moyen à adopter.

La ligature de l'artère brachiale, à son tiers supérieur, m'inspirait des craintes réelles sur les conséquences de cette opération.

L'injection de perchlorure de fer compte des insuccès assez frappants pour rendre circonspect et même craintifs de très-habiles chirurgiens. Il fallait néanmoins se décider pour l'une ou l'autre de ces deux méthodes, car la compression indirecte assez généralement employée aujourd'hui en Angleterre, et que M. le docteur Broca préconise dans son *Traité des anévrysmes*, n'était pas praticable dans ce cas; et j'avoue qu'ayant été quelquefois témoin de terminaisons funestes à la suite de la ligature, mes préférences m'entraînaient vers l'injection de perchlorure de fer, dont la facile exécution me séduisait. J'étais curieux de juger par moi-même de ses véritables effets; et d'ailleurs, me disais-je, si des accidents inflammatoires constatés comme résultats de cette opération peuvent ébranler ma détermination, des faits heureux proclamés par d'autres doivent m'encourager. Je consultai deux de mes confrères qui, comme moi, furent d'avis de mettre en usage le perchlorure de fer.

La préparation qui nous fut livrée par la maison Peghaire et Perret de Paris, marquait 30° à l'aréomètre de Baumé.

Le 18 septembre, le malade, assis sur une chaise, ayant le bras dans l'extension, et la compression étant confiée à un aide, je plongeai un petit trocart au centre de la tumeur, de laquelle un sang rutilant s'échappa avec force. Mon intention était de m'en débarrasser complétement avant de faire l'injection, mais au moment où la solution pénétrait, la compression n'étant plus exercée convenablement, le sang qui remplit de nouveau le sac se coagula instantanément, et malgré l'introduction de plus de 30 gouttes de perchlorure de fer, l'artère qui continua à battre ne fut pas touchée. L'anévrysme disparut en laissant à sa place une tumeur dure et insensible, de la grosseur d'une noix. Il n'y eut pas plus de douleur que d'inflammation, et huit jours après, Lacan, exposé sans doute à une récidive, sortait de l'hôpital dans d'excellentes conditions.

Le 14 octobre, cet homme, qui avait repris ses occupations, me fut renvoyé. Nos prévisions s'étaient réalisées : l'anévrysme, rapidement reproduit à la partie supérieure du premier sac, qui conservait beaucoup de consistance, avait acquis autant de développement qu'avant. Cette fois, nous prîmes de minutieuses précautions pour arriver avec plus de sûreté à notre but.

L'opération se pratiqua le 19, en présence de MM. Laurens, professeur à l'Ecole de Médecine de Nancy; Erard, médecin en chef de l'hôpital; et Pongy, médecin-major du régiment; nous nous servîmes encore de la solution indiquée plus haut. La compression établie avec soin au-dessus et au-dessous de la tumeur, le même trocart y pénétra, et on laissa le sang s'échap-

per en totalité. L'injection se fit alors successivement par 10 à 12 gouttes à la fois, jusqu'à concurrence de 40 à 45 (2 grammes et demi), sans que le blessé ressentît la moindre impression. Arrivé à cette dose, il jeta tout à coup des cris déchirants, se plaignit de douleurs atroces de la région axillaire à l'extrémité du petit doigt, causées par l'action irritante de la solution sur le nerf médian. Le bras rougit, se tuméfia avec augmentation de chaleur et rétraction de l'avant-bras. A 3 centimètres au-dessus du sac et au-dessous, les battements de la brachiale cessèrent dans toute son étendue, marquée par un cordon dur, sensible et très-appréciable au toucher. La radiale et la cubitale ne se sentirent plus. La violence de la douleur persista pendant quinze heures, le lendemain au soir elle était bien vive encore. Le membre, toujours engourdi, conserva sa chaleur. A partir de ce moment, les phénomènes inflammatoires s'éteignirent par une gradation lente sous l'influence des applications émollientes, et la rétraction de l'avant-bras ne disparut pas avant l'expiration d'une douzaine de jours.

Le 25 octobre, de faibles battements se remontrèrent à la cubitale et devinrent de plus en plus prononcés, ceux de l'artère récurrente cubitale antérieure n'avaient pas discontinué, mais rien de palpable ne reparut à la brachiale et à sa bifurcation.

Le 17 novembre seulement, les pulsations de la radiale recommencèrent à être perçues sur le doigt. Pendant dix jours elles furent très-obscures, ce n'était sous le doigt qu'un léger frémissement. Petit à petit elles augmentèrent de force, sans cependant revenir à l'état normal.

Un mois de repos fut accordé à ce militaire qui, parfaitement guéri, continue depuis cette époque à jouir de la meilleure santé. Il a repris son travail : les mouvements du membre s'exécutent avec la liberté ordinaire, sans aucune gêne, et l'élimination du sang coagulé dans l'artère et le premier kyste en a déjà sensiblement réduit la dureté et le volume.

Cette observation, dont la véracité ne saurait être mise en doute, vient corroborer l'opinion des expérimentateurs sur l'efficacité du perchlorure de fer.

Certainement, les succès constatés depuis plusieurs années ne manqueront pas d'être suivis de beaucoup d'autres qui, en définitive, assureront à l'injection une supériorité incontestable sur les divers moyens connus et employés jusqu'alors dans la cure des anévrysmes. Je suis entré dans des détails qui paraîtront peut-être superflus. En agissant ainsi, ma pensée a été de ne rien négliger pour démontrer la réalité et la gravité de l'affection que portait le brigadier Lacan, afin de mieux justifier la propriété du médicament. J'ai surtout désiré jeter un peu plus de confiance dans l'esprit des médecins qui n'ont pas encore eu l'occasion de s'occuper du perchlorure de fer, en faisant connaître que cet hémostatique peut être introduit avec assez de hardiesse dans les artères, sans toujours provoquer les accidents redoutables qui ont été signalés par quelques-uns de nos honorables confrères. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 mars 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de la Vendée, de la Dordogne, des Hautes-Alpes, de la Drôme et des Landes.

— Deux rapports de M. le docteur DAUVIN, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Pol, sur une épidémie de variole qui a régné, en 1856, dans les communes de Frévillère et de la Comté.

— Un rapport de M. le docteur BOCAMY, médecin-adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Perpignan, sur une épidémie de *fièvre intermittente* qui a régné dans la commune de Salses, à la fin de l'année 1856. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Anesthésie. — Un mémoire de M. le professeur TOURDES, de Strasbourg, ayant pour titre : *Recherches sur les effets anesthésiques de l'amylène.* (Comm. : MM. Bégin, Velpeau et Jobert, rapporteur.)

Eaux minérales. — M. O. HENRY donne lecture, au nom de la Commission, d'un rapport sur une eau minérale ferrugineuse, découverte à Pierrefonds (Oise). L'eau ferrugineuse dont il est question est fournie par une source située à très-peu de distance de l'eau sulfureuse destinée à la buvette. Elle offre une grande analogie avec les eaux du même genre de Forges, de la source Bourdeilh à Plombières, et de Saint-Denis-lès-Blois, dans lesquelles on trouve à la fois les carbonates de chaux et de magnésie, à côté du crénate ferreux dissous surtout à la faveur d'un léger excès d'acide carbonique, puis quelques sulfates de chaux, de soude, de magnésie, de chlorures alcalins et terreux, et quelques principes siliceux, etc., peu importants.

La Commission propose de répondre au Ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter, au point de vue médical, l'eau de la nouvelle source ferrugineuse de Pierrefonds. (Adopté.)

— Un rapport sur un produit ocracé naturel fourni par les sources de Vitel. C'est un composé naturel qu'on peut désigner par la dénomination de *produit ferro-crénaté-manganésien*, dont la nature n'a été modifiée par aucune autre préparation qu'un séchage à une douce chaleur et un tamisage approprié.

En l'absence d'un nombre suffisant de faits authentiques, qui puissent démontrer l'efficacité réelle de ce produit ocracé, la Commission propose de répondre qu'il n'y a pas lieu d'accorder quant à présent l'autorisation demandée. (Adopté.)

Diathèses. — M. le docteur BAUMÈS donne lecture d'un *travail sur les diathèses.* (Comm. : MM. Joly, Gibert et Trousseau.)

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

M. MALGAIGNE. La dernière fois que je parus à cette tribune, je disais que la méthode sous-cutanée n'était pas d'invention tout à fait moderne, et je m'étais confirmé dans cette pensée par l'aveu échappé à notre adversaire, que ses idées avaient été bien remuées avant lui. Je fis alors un long historique, d'où je tirai quelques objections aux prétentions de notre antagoniste. Mon historique a été sans profit, car il n'y a pas fait attention ; mes objections, il n'en a pas tenu compte.

Je vais commencer par le commencement. On a livré à l'interprétation de l'Académie ce passage de Pascal :

« Tel dira une chose de soi-même sans en comprendre l'excellence, « où un autre comprendra une suite merveilleuse de conséquences, « qui nous font dire hardiment que ce n'est plus le même mot et « qu'il ne le doit non plus à celui d'où il l'a appris, qu'un arbre ad- « mirable n'appartiendra à celui qui en aurait jeté la semence sans y « penser et sans le connaître, dans une terre abondante, qui en au- « rait profité de la sorte par sa propre fertilité. »

Ce passage signifie, dans la circonstance, que le XVIIe et le XVIIIe siècles, pauvres laboureurs, avaient jeté leur semence dans la terre de M. Guérin, qui a fait une abondante récolte.

En acceptant ce sens, on arrive à cette conséquence : que M. Guérin a récolté ce qu'il n'avait pas semé.

Comment Pascal a-t-il pu dire quelque chose de si exorbitant?

C'est qu'il voulait, lui aussi, prôner une petite méthode, et s'approprier les découvertes faites par lui à la faveur des travaux des scolastiques, qui avaient semé dans son propre terrain?

Cependant Pascal ajoutait presqu'au même endroit : « Mais, il « arrive bien plus souvent qu'un bon esprit fait produire lui-même, « à ses propres pensées, tout le fruit dont elles sont capables, et « qu'ensuite quelques autres les ayant ouï estimer, les empruntent « et s'en parent. » (*De l'esprit géométrique.*)

Je ne livre ce passage à l'interprétation de personne. J'ai seulement voulu compléter la citation.

On a dit que nous n'avions peut-être pas bien compris la méthode sous-cutanée ; ce serait chose fâcheuse, car depuis quinze ans, nous avons eu le loisir de l'étudier. Prenons-la donc telle qu'elle a été

et telle qu'elle est actuellement, en tenant compte des progrès qu'elle a pu faire depuis son origine.

Cette méthode, en quoi consiste-t-elle? Etudions-la dans son *principe*, ses *procédés*, ses *résultats*.

Son principe, le voici :

« Les plaies sous-cutanées ne suppurent pas; elles doivent ce privilége à l'absence de l'air. Il ne s'agit pas du contact passager ou plus ou moins prolongé de l'air, mais de la communication non interrompue des plaies avec l'atmosphère. Là est la condition absolue des résultats absolus. »

Quant au procédé, il se réduit à faire à la peau qui recouvre le tendon un large pli qui la détache de celui-ci et soulève, en les distendant, les couches du tissu cellulaire comprises dans ce pli. A la base de ce pli, on pratique, avec un instrument à lame étroite, une ponction qui pénètre jusqu'au tendon; par cette ouverture, le pouce et l'index maintenant toujours le pli, on introduit le ténotome à pointe et à talon mousses; on abandonne ensuite le pli cutané, ou on rabat la peau sur le talon de l'instrument, et l'on divise le tendon. Après l'opération, on expulse l'air qui a pu s'introduire dans la plaie, et l'on recouvre immédiatement cette dernière d'un morceau de diachylon gommé. »

Enfin, on cherche, par des manœuvres faites sur le membre, à assurer l'écartement des deux bouts.

Que faisait-on avant M. Guérin? Je résume ainsi la chose :

Relativement à l'idée, on comptait sur l'inflammation adhésive; relativement au procédé, on coupait du même coup la peau et le tendon. Comme on voit, rien de plus différent.

Aussi, quelle différence dans les résultats!

Avec le procédé ancien, on s'exposait au phlegmon, à l'érysipèle, aux abcès, à la gangrène, et l'expérience des chirurgiens est là pour le témoigner. Avec la méthode sous-cutanée, rien de tout cela, il y a organisation immédiate sans inflammation adhésive.

Eh bien, s'il en est ainsi, nous ne connaissons ni la méthode, ni les résultats, et l'Institut a été injuste en ne la récompensant pas plus dignement.

Examinons les principes. Ils consistent à prévenir la suppuration. Mais ce but, n'était-ce pas celui de J.-L. Petit, Monro, Brodie, Delpech, Stromeyer, Held, Alliot, etc., qui tous ont reconnu la nécessité d'empêcher l'accès de l'air? Comment donc se fait-il que M. Guérin, lui le dernier venu, soit l'inventeur?

Il y a une méthode commode de se faire l'auteur d'une théorie : c'est de supprimer tout ce qui a été fait avant, d'oublier J.-L. Petit, Morand, Louis, etc., et de se retrouver avec Dieu seul et Mahomet son prophète.

Mais revenons au procédé. Ici, je demande toute l'indulgence de l'Académie, car je parle après M. Velpeau, qui m'a laissé bien peu de choses à dire. Le procédé au moins est-il de M. Guérin? Je tombe là sur une invention que M. Velpeau lui a abandonnée.

Eh bien, Hammon, en 1823, dit que Dupuytren fit une ponction à la peau et introduisit par cette ponction un bistouri mousse.

Dieffenbach, en 1830, reproduit ce procédé et publie trente-sept observations.

Stromeyer, cité par M. Guérin, qui ne relit pas assez ses anciens travaux, fait un pli à la peau et introduit un bistouri à la base.

Held, en 1836, emploie le procédé de Hœn : après une ponction, il introduit sous la peau un bistouri boutonné.

M. Bouvier, en 1837, emploie successivement deux procédés avec piqûre et introduction d'un ténotome mousse.

Et c'est quelques années plus tard que M. Guérin vient imaginer ce procédé !

Je prie donc M. Velpeau de rendre à Stromeyer ce qui lui appartient.

2° Après l'opération, expulser l'air qui s'est introduit par la plaie. Chose curieuse! M. Guérin réclame cela pour lui; il dit :

« Un phénomène assez fréquent, et propre au procédé que j'em-
« ploie, a été l'introduction bruyante d'une certaine quantité d'air
« dans la plaie. »

Ainsi M. Guérin fait entrer l'air et est obligé de le faire sortir; les autres l'empêchent d'entrer, ce qui vaut mieux.

Stromeyer, dès 1832, remplit l'indication de faire les plaies extérieures aussi petites que possible pour éviter l'entrée de l'air.

Held, en 1836 : « Aussitôt après la section (Hœn), fermer les plaies par le doigt pour empêcher l'entrée de l'air dans le vide laissé par la rétraction des deux bouts. »

M. Alliot, en 1834, fait une incision à la distance de 2 pouces 1/2 pour éviter l'entrée de l'air. « Je vis alors, dit-il, qu'il dépend du médecin d'empêcher l'introduction de l'air. » Le même M. Alliot m'écrit pour me dire que M. Guérin lui a pris cela.

L'expulsion de l'air est donc un recul sur ce qui se faisait auparavant.

Quant à la petite plaque de diachylon gommé, Stromeyer lui préférait une mouche de taffetas d'Angleterre.

Mais au moins l'idée d'opérer l'écartement des deux bouts divisés est-elle de M. Guérin?

Ici encore, avant M. Guérin, nous trouverons Dupuytren, A. Cooper, qui écartait les brides après les avoir coupées, Dieffenbach, qui le fit tellement qu'il eut deux abcès sur 37 cas, M. Syme, M. Duval, après eux tous, M. Guérin pratique cet écartement.

Est-il possible de dire qu'il y ait du neuf dans la méthode sous-cutanée?

Mais le neuf ce sont les résultats? déjà M. Velpeau en a dit un mot.

Avec les procédés anciens on avait à redouter les érysipèles, les phlegmons, les abcès, les gangrènes, et tous les chirurgiens le savent bien.

Je le déclare, je n'ai jamais été plus embarrassé. Je n'ai jamais vu ces fâcheux résultats. M. Duval a vu un érysipèle, et encore s'efforce-t-il de l'expliquer par des raisons particulières. Dire que tous les chirurgiens savent cela ! Mais je n'ai pas voulu m'en rapporter à moi, j'ai demandé à M. Velpeau, à M. Nélaton, s'ils avaient observé ces fâcheux résultats, chacun m'a répondu sans hésiter : non.

Quels sont tous les chirurgiens dont parle M. Guérin?

Pour moi, j'affirme qu'il n'y a pas, dans l'histoire de la ténotomie, autant d'accidents que dans la pratique de M. Guérin, et en cela je ne crains pas la négation.

Il y a un dernier résultat : c'est l'organisation immédiate et sans inflammation adhésive.

Je viens de vous montrer que tout le monde avait recherché comment se cicatrisent les tendons, et on les avait vu se cicatriser à distance. L'auteur de la méthode sous-cutanée a dit : Il n'y a pas inflammation adhésive, la cicatrisation se fait par organisation immédiate. M. Bouley a dit que l'inflammation adhésive précède la cicatrisation. Hunter a cité des cas où il croyait à l'absence de l'inflammation adhésive; mais, dans l'immense majorité des cas, cette inflammation se traduit par un peu de tuméfaction, un peu de douleur sans rougeur, ce qui arrive au voisinage des abcès.

M. Guérin croit que cette idée d'organisation immédiate est une découverte. Cartésianisme pur! car M. Guérin n'a pas une seule expérience, tandis que M. Vincent Duval en a beaucoup, M. Bouvier beaucoup, et toutes ces expériences prouvent que ce n'est pas par organisation immédiate que se fait la réunion.

L'idée nouvelle est donc en contradiction avec l'expérience, c'est une simple vue théorique, une vue de l'esprit.

Ainsi, nous maintenons que nos résultats sont meilleurs et que l'organisation immédiate est en contradiction avec tout.

Mais je veux m'élever à des considérations plus hautes. M. Guérin a dit : De quoi se mêle la critique? Il se plaint du pieux devoir qu'elle s'impose de réclamer au profit des morts contre les vivants. D'abord, il n'y a pas que des morts; puis, est-ce que les droits des morts ne sont pas sacrés? Il y a là un défaut de sens moral. Qu'est-ce que signifie ce langage : qu'on dépouille des vivants au profit des morts? Les voleurs de tombeaux n'oseraient pas tenir un pareil langage. Je ne voudrais pas que les chirurgiens viennent invoquer ce que n'invoquent pas les voleurs des rues.

D'ailleurs, Messieurs, il arrive souvent qu'un grand homme est méconnu de son vivant, mais il en appelle au jugement de la postérité. C'est cette confiance en la postérité désintéressée qui fait les grands hommes. Laissons-leur donc cette noble confiance.

La critique! une phrase résume ses droits et ses devoirs : Ne pas faire à autrui ce qu'on ne voudrait pas qu'il fût fait à soi-même. Cet axiome s'applique aux morts comme aux vivants.

Les vrais novateurs ont-ils à redouter quelque chose de cette juste répartition des mérites de chacun?

Le petit livre de M. Flourens sur la circulation du sang n'a-t-il pas fait ressortir la gloire de Harvey, tout en indiquant la petite part qui revient, dans sa découverte, à Galien, Vésale, Servet, Colombo, Césalpin, Fabrice?

Cela m'amène à une autre question : A quel titre reconnaître une invention en médecine?

Il y a des découvertes primitives vraies, par exemple, celle du réservoir du chyle par *Pecquet*.

Il est plus difficile de reconnaître une découverte secondaire.

En effet, on peut trouver :

1° Ce qui est dans le domaine public; c'est ainsi qu'on a dit de

M. Alexandre Dumas qu'il avait inventé la Méditerranée. Je n'ai garde d'appliquer cela à la méthode sous-cutanée;

2° On peut trouver ce qu'un autre a perdu;

3° Ce qu'un autre n'a pas perdu.

Le Code prescrit par trois ans; mais la morale universelle n'admet pas de prescription. Qu'un second inventeur se présente à vous, troisième inventeur, vous devez lui rendre ce qui lui appartient, comme lui, second, doit rendre au premier s'il en trouve un; et chacun de nous a passé par là. Quand j'étais jeune, j'avais inventé un procédé pour la réduction des luxations qui, comme on me le fit voir, se trouve dans Mothe, lequel l'avait emprunté à un auteur du XIIe siècle; j'étais le sixième ou le septième; je n'ai pas insisté sur ma découverte.

A quel titre reconnaîtrons-nous donc une invention?

M. Guérin nous apprend qu'il y a une loi sur les inventeurs, et qu'elle regarde le but ou l'idée, le moyen, le résultat.

Prenons un exemple célèbre: l'idée de la lithotritie n'appartient pas à notre siècle, elle est restée longtemps à l'état de chimère, le moyen appartient à Greathesen, le résultat à M. Civiale. L'Institut ne s'y est pas trompé, aussi a-t-il récompensé qui vous savez; parce que par lui seul le moyen était entré dans la science. L'Institut a donc récompensé le véritable inventeur.

Le moyen de la méthode sous-cutanée n'appartient pas à son auteur. Que reste-t-il donc? le mot méthode et du bruit.

La méthode sous-cutanée a-t-elle le droit de s'appeler méthode?

En médecine, il y a la méthode thérapeutique et la méthode opératoire.

Le propre de la méthode, c'est d'engendrer des procédés.

La méthode, c'est la taille ou la lithotritie. Les procédés sont, pour la taille, les variétés périnéale, sous-pubienne, etc.

Aussi n'a-t-on pas manqué de vous dire que la méthode sous-cutanée a engendré beaucoup de procédés, mais examinons ces procédés:

La section des ligaments. . . .	Bell.
— tendons.	Stromeyer.
— muscles.	Dupuytren.
— aponévroses. . .	A. Cooper.
— nerfs.	A. Cooper.
— veines.	Brodie.
— ganglions. . . .	Rey.
— corps étrangers. .	Alliot.
— abcès.	M. A. Petit.

Tout cela antérieur à M. Jules Guérin. Mais, dira-t-on que M. Guérin a généralisé la méthode sous-cutanée? Mais, Messieurs, est-ce à dire que je suis l'inventeur de l'autoplastie dont le nom m'appartient, parce que j'ai rallié tous les procédés d'autoplastie? On ne doit pas croire qu'on a inventé des méthodes quand on n'a fait que mettre un fil autour du faisceau qu'elles forment.

Mais a-t-on fait tant de bruit pour rien?

En consultant l'histoire de l'art, nous verrons des méthodes qui ont fait plus de bruit que celle-ci.

L'histoire de Lapeyronie, de Lecât, en fournissent des exemples. Et cette Académie elle-même n'a-t-elle pas fait justice de semblables prétentions élevées par Dupuytren à l'apogée de sa puissance, — lorsque ce grand chirurgien paraissait s'attribuer la découverte de la taille bilatérale?

Etudions la valeur de l'idée de la méthode sous-cutanée. Que veut prouver cette méthode? que la soustraction du contact de l'air empêche la suppuration des plaies; mais « il ne s'agit pas du contact passager ou plus ou moins prolongé de l'air, mais de la communication non interrompue des plaies avec l'atmosphère.... La suppuration n'est produite qu'en vertu du contact permanent ou du moins très-prolongé de l'air. »

Ici point de doute, mais là n'était pas la question. « De l'aveu même de nos contradicteurs, toute plaie en contact permanent avec l'air doit nécessairement suppurer, et il n'y aurait aucun mérite à prouver une telle vérité. »

Ajoutons que jamais une section sous-cutanée n'a été mise en communication non interrompue avec l'atmosphère.

Restent donc les plaies avec petite piqûre, et entrée de quelques bulles d'air.

Qu'en dit la théorie? Elle est incertaine.

« Il fallait, pour que l'organisation immédiate de la plaie s'effectuât à coup sûr, que la plaie fut évacuée de l'air qui avait pu s'y introduire pendant l'opération. »

Il y a quinze ans, un peu d'air ne faisait rien, et c'est mon avis. Aujourd'hui, tantôt il est insignifiant, tantôt nuisible, mais ordinairement insignifiant. Mais si l'action non interrompue du contact de l'air n'avait pas besoin d'être prouvée, qu'est-ce donc qui avait besoin d'être prouvé? Probablement l'action limitée. Et en effet, que prétend la théorie? Expliquer la suppuration dans les plaies sous-cutanées par la présence de l'air. Or, il se trouve qu'ordinairement l'air n'amène pas la suppuration; ainsi la théorie ne s'applique qu'aux exceptions, j'ajoute aux exceptions les plus rares.

Voyons pourtant, il y a deux choses: une démonstration expérimentale du fait et une démonstration rationnelle.

1° Démonstration expérimentale: A l'aide d'un procédé plus parfait, on a affranchi constamment les plaies de toute inflammation suppurative, c'est une véritable démonstration directe.

2° Les sections irrégulières laissant à l'air un accès facile, sont suivies de suppuration; voilà la contre-épreuve.

Mais, c'est incroyable! Pour y faire pénétrer l'air constamment, il faudrait y mettre un tuyau.

J'avais cité des expériences contraires. M. Guérin ne veut pas les admettre. Est-ce parce qu'elles étaient négatives? Mais pourvu qu'une expérience négative soit bien faite, elle a autant de valeur que les positives, et dès lors M. Guérin, rejetant les miennes négatives, pourquoi admet-il les siennes?

J'aurais bien voulu fonder une théorie, si je l'avais pu, mais n'ayant pu le faire, j'ai voulu en renverser une qui me paraît fausse.

J'ai insufflé de l'air à pleins poumons sous la peau de plusieurs animaux, et j'ai ajouté que cet air n'empêchait pas la prompte guérison des plaies, mais que l'emphysème était si considérable, qu'il persistait encore plusieurs jours après la guérison des plaies. M. Bouley a du reste fait une expérience par laquelle il démontre que l'air atmosphérique poussé dans les tissus perd bientôt son oxygène. M. Guérin s'est étonné que mes lapins aient guéri en deux jours, mais dans l'histoire de la méthode sous-cutanée, il y a des exemples de cure aussi rapide.

(*Mémoire*, p. 51). Section des muscles du dos: « Deux jours après il n'existait plus d'autre trace de la division des muscles qu'un peu d'empâtement insensible.... Aucun accident local ou général n'avait précédé ni suivi cette guérison rapide. » Du reste, en fait de cures plus rapides, en voici qui sont tirées du discours même de M. Guérin: « Dans les grandes plaies que nécessite la cure radicale des hernies, on divise en plusieurs sens toute l'épaisseur de la paroi abdominale. L'opération donne souvent lieu à une grande effusion de sang; le lendemain il n'y paraît plus. »

Du reste, M. Guérin abandonne les preuves tirées des expériences sur les animaux; il reste les observations sur l'homme.

Mais ces observations, à qui sont-elles? Pas à M. Guérin, puisqu'il a eu deux cas de suppuration et trois cas de menace de suppuration.

Mais, dit-il, il y a une différence entre la myotomie et la ténotomie, qu'importe? si c'est l'air qui fait suppurer.

Les plaies sous-cutanées ne suppurent pas!

Mais l'air pénètre-t-il dans l'œil pendant l'opération de la cataracte par abaissement? et qui pourrait nier la fréquence de la suppuration dans ce cas?

On cite les vésicatoires, et on dit que pour les faire suppurer on est obligé d'enlever la couche d'épiderme qui les revêt. Mais n'est-ce pas un fait connu de tous que les vésicatoires suppurent sous l'épiderme, et qu'il suffit d'enlever cet épiderme pour les faire dessécher?

Dans les ophthalmies, l'œil enflammé n'est-il pas en contact avec l'air? et pourtant cet air ne détermine pas la suppuration; vienne une cause spécifique et l'œil suppure, est-ce l'air qui en est la cause?

Ne sait-on pas, d'ailleurs, qu'il y a souvent suppuration dans les foyers de fracture, entre les deux bouts d'un muscle divisé par une rupture?

Mais les piqûres? Chez tel sujet elles ne produisent rien, chez tel autre des suppurations formidables.

Toute la chirurgie se soulève donc contre cette loi, que les incisions sous-cutanées ne suppurent pas.

Je sais bien que M. Guérin trouve, dans des expériences de M. Bouley, un appui de sa théorie; mais qu'est-ce donc qu'une doctrine qui bat des mains quand on lui apporte des preuves dont elle manque?

Je ne dis rien de la démonstration rationnelle, car c'est irrationnelle qu'on devrait l'appeler.

Que dire par exemple de ces assertions?

« La pression directe et sans intermédiaire de la colonne d'air extérieur change et altère les conditions de la circulation capillaire et de l'absorption.

« Les extrémités des vaisseaux divisés résorbent une partie des liquides épanchés, et quand l'air pénètre dans ces plaies, cette résorption est empêchée.

« Les éléments dont se compose l'air, eu égard aux éléments des

plaies, agissent chacun en particulier dans un rapport constant avec l'action totale de l'air.

« L'air qui pénètre dans la plèvre empêche l'expansion pulmonaire. Exerce-t-il une action analogue sur toutes les plaies? On l'ignore, mais il est permis de le supposer. »

Voilà des choses avec lesquelles on couvre le papier et que le vulgaire, qui ne comprend pas, trouve fort belles. Mais nous n'en ferons pas autant.

Que dire encore de ces expériences sur l'action diversement altérante des gaz contenus dans l'air, et dont on a la preuve « en enfermant, dans des cylindres clos hermétiquement, une certaine quantité de ces gaz en contact avec les liquides qu'on veut éprouver? » Oh! voilà les expériences qu'on nous annonçait naguère. On peut les mettre à côté des expériences de Dufouart sur sa fameuse tumeur, et en vertu desquelles, soumettant des morceaux de la tumeur à l'action de divers réactifs, il concluait que sur le vivant les mêmes réactifs auraient eu le pouvoir de la résoudre.

C'est du cartésianisme tout pur, cela date de plus d'un siècle, cela ne vaut pas la peine d'être discuté. Et à propos de cartésianisme, je réponds à M. Bouley, qui m'a reproché de faire trop bon marché de Descartes :

Il faut bien distinguer en Descartes ce qu'il y a de vrai et ce qu'il y a de faux. On ne peut nier qu'en faisant abstraction du monde extérieur et se renfermant en lui-même, ce philosophe, arrivant à la notion de son existence et à celle de Dieu, n'ait fait une grande chose. Tout ce qu'il a fait en métaphysique, en mathématiques pures, tout cela est inattaquable. Là, l'esprit, l'esprit seul peut suffire. Mais appliquée aux sciences physiques, la méthode de Descartes leur nuit, et ne peut que leur nuire. Aussi, comme physicien, Descartes est-il au-dessous de tout. Et je déplore qu'un article de l'*Union médicale,* signé d'un nom respectable, du nom de M. Pidoux, ait dit : « La raison des faits « est dans l'esprit. » Notre entendement renferme essentiellement en lui la raison des choses.

M. LE PRÉSIDENT. M. Pidoux n'est pas là pour se défendre, l'orateur ne doit donc pas parler de lui.

M. MALGAIGNE. Cela me ramène à une question plus haute :

M. Guérin ayant demandé qu'on le suivît sur son terrain, et ayant revendiqué les droits des yeux de l'esprit contre les yeux du corps, je me suis emparé de cet aveu, et je lui ai dit, chose qu'il ne semblait pas connaître, le nom de sa philosophie et de son drapeau, et j'ai déployé le mien. Cela ne lui a pas convenu.

Non à cette tribune, mais à une autre (car il y a certaines choses qu'on ne hasarderait pas devant l'Académie), il a réclamé contre ces qualifications de drapeau, il a traité la philosophie de Descartes de surannée, puis il s'est estimé heureux qu'on le mît à côté de Descartes, puis il a prétendu que ses idées lui appartenaient en propre, et que Descartes n'y était pour rien. C'est encore une question de priorité et de découverte à résoudre, mais je ne m'en occuperai point, et, enfin, voici la conclusion de ce bel article :

« Nous ne pensons peut-être pas qu'il faille, pour faire une découverte, tout cet attirail prétentieux et stérile du procédé baconien, ni pour la démontrer, cette redondance de prétendues preuves qui ne sont utiles ni à ceux qui sont capables de comprendre, ni à ceux qui n'y sont pas aptes. Le charlatan scientifique nous est aussi antipatique que le charlatan professionnel. — J. Guérin. »

Le charlatanisme! Quel mot! Messieurs, je le ramasse parce qu'on me l'adresse, mais l'Académie me sera témoin que je n'avais point cherché à l'introduire dans cette discussion. Je sais qu'il y a des mots qui brûlent, j'aurais craint de faire crier la chair et les os, j'aurais craint que la cautérisation ne pénétrât jusqu'à la moelle; mais je n'irai pas plus loin : si la patiente investigation de l'histoire, si l'étude approfondie de la science, si le désir scrupuleux de rendre à chacun ce qui lui revient, même à Descartes, si tout cela s'appelle quelque part du charlatanisme, eh bien! Pascal tant cité nous a appris que les mêmes mots ne signifient pas partout les mêmes choses. Cette sorte de profession de foi n'a rien, d'ailleurs, dont je me sente blessé; bien plus, je m'y associe de toutes mes forces, et si j'avais un désir à exprimer, ce serait qu'elle figurât désormais comme une devise immuable au frontispice de la *Gazette médicale.*

CORRESPONDANCE.

Sur le siége des rétrécissements de l'urèthre.

Monsieur le Rédacteur,

Celui qui ne se ferait une idée de l'état de la science relativement aux rétrécissements de l'urèthre, que d'après les discussions de la Société de Chirurgie, croirait que tout ce que nous savons ne date que d'hier et de tel et tel des membres de cette Société, tandis qu'en réalité ils n'ont pas émis une seule idée qui n'ait été publiée depuis longtemps par d'autres ou par moi. Les remarques de M. Civiale au sujet de ce mutisme sont donc fondées.

Mais lui-même n'est-il pas tombé dans le même défaut, en ne faisant également dater la science que de ses propres travaux? Ainsi, il réclame, pour son ouvrage de 1837, cette découverte que les rétrécissements organiques de l'urèthre ne dépassent pas la jonction du bulbe avec la portion membraneuse; et cependant voici ce que j'ai écrit, en 1845, dans mes *Recherches* sur cette maladie (p. 42) :

« A en croire quelques auteurs, et à en croire surtout leurs mesures, les rétrécissements de la région prostatique et même du col de la vessie ne seraient pas rares... Boyer regarde la portion membraneuse comme le siége de prédilection de cette maladie (*Malad. chir.*, t. IX.) D'un autre côté, Desault a dit que la partie la plus susceptible de rétrécissement est celle qui avoisine le bulbe; il a ajouté qu'on en trouve cependant quelquefois au-devant du bulbe et *très-rarement au delà* (*OEuv. chir.*, t. III, p. 263). J. Hunter a émis une opinion tout à fait semblable (*OEuv.*, t. II, p. 298). M. Shaw, sur plus de cent autopsies de maladies de l'urèthre, n'a jamais rencontré de rétrécissement *postérieur au ligament du bulbe,* et il n'en a pas trouvé un seul exemple dans le musée du Collége des chirurgiens (*Méd. chir. trans.*, t. XII, p. 162; 1823). Sœmmering nie formellement la possibilité de rétrécissements dans la région prostatique (*Mal. de vessie,* p. 165). M. Amussat est encore allé plus loin, en disant que les rétrécissements organiques *n'existent jamais au delà du bulbe* (*Leçons sur les rétentions d'urine*, p. 22; 1832). A mon avis, l'opinion de Desault est la plus conforme à la vérité... »

Recevez, etc. D^r AUG. MERCIER.

De l'emploi thérapeutique du perchlorure de fer.

Monsieur le Rédacteur,

Je regrette vivement de n'avoir pas cité, dans mon *Mémoire sur le perchlorure de fer,* le nom de M. Deleau, puisqu'il s'en plaint amèrement; mais ce que je regrette plus encore, c'est la polémique engagée à ce sujet par cet honorable confrère. Si je n'ai pas *signalé son nom à l'attention du public médical,* comme il le désirait si vivement, c'est parce que mon travail était restreint dans certaines limites, et que mon intention principale était d'exposer quelques faits nouveaux, et non de faire toute l'histoire du perchlorure. Que M. Deleau me pardonne donc de n'avoir pas signalé son nom; que ceux qui ont fait quelque chose pour le perchlorure me pardonnent aussi!

L'honorable confrère se plaint encore parce que j'ai dit, contrairement à ses assertions, que le perchlorure pouvait être un médicament quelquefois dangereux, qu'il fallait en surveiller l'action, et que j'ai recommandé la prudence dans son emploi. Comment, un médicament qui se donne à la dose de quelques gouttes, qui coagule le sang, qui ralentit les mouvements du cœur, doit être recommandé sans qu'on avertisse le praticien des dangers qui pourraient résulter de doses trop considérables, et sans qu'on puisse leur dire : voilà un médicament excellent dans certains cas et dans certaines limites, mais dangereux au delà! Vraiment cela est incroyable! Et s'il en est ainsi, tous les avertissements de prudence qui se trouvent dans les traités de thérapeutique doivent être rayés et effacés, et à ce compte, il n'y aura plus de médicaments qui puissent être dangereux. Je sais bien qu'entre les mains habiles de M. Deleau le perchlorure est sans danger; aussi je ne puis comprendre qu'il ait invoqué la surveillance ministérielle et préfectorale sur sa conduite médicale, voire même l'e-

pinion des prisonniers de la Roquette, pour prouver l'innocence du perchlorure dans son service. Mais ce que je sais aussi, c'est que tout le monde n'est pas aussi habile que M. Deleau ; que tout le monde n'est pas surveillé par un ministre et un préfet, quoiqu'on ait vu cependant de tout petits accidents arriver dans des établissements dépendants de ces autorités, et que, par conséquent, il y a de la prudence à recommander à ceux qui ne se trouvent pas dans ces heureuses circonstances ; aussi ne peut-on leur dire avec M. Deleau : « *Le perchlorure de fer est sans aucun danger, qu'il soit employé à « l'intérieur ou à l'extérieur.* »

M. Deleau s'attaque ensuite à mes expériences physiologiques sur le mode d'action du perchlorure ; il dit qu'elles avaient déjà été faites par Pravaz et Monteggia, et cependant il écrit plus haut : « L'expéri- « mentation externe du perchlorure de fer s'était bornée au traite- « ment des affections anévrysmales, les expériences de Monteggia et « Pravaz sont d'une grande valeur dans la pratique chirurgicale. » Je ne puis donc comprendre que M. Deleau ait voulu attribuer à Pravaz et à Monteggia qui, d'après lui, ne se sont occupés de l'action du perchlorure que pour les anévrysmes et la pratique chirurgicale, des expériences que j'ai entreprises pour prouver l'action du perchlorure dans la thérapeutique interne. Mais je suis ici de bonne foi, je ne connais que le résultat des expériences de ces auteurs, et ce que je sais, c'est qu'ils ont démontré le fait simple de la propriété coagulante du perchlorure sur le sang, et son efficacité dans le traitement des anévrysmes; je ne sache point qu'ils aient démontré les propositions suivantes qui se trouvent dans mon travail : 1° que le perchlorure de fer coagule le sang d'une manière toute particulière, qu'il coagule non-seulement la fibrine, mais encore l'albumine et le sérum ; 2° que, par suite de cette propriété de coaguler le sérum, le perchlorure peut être employé dans certaines affections où ce principe s'échappe du torrent circulatoire; 3° que le perchlorure ralentit les mouvements du cœur; 4° qu'il produit des selles caractéristiques et qu'il constipe. — Que M. Deleau me prouve que ces vérités sont contenues dans les expériences de Pravaz et Monteggia : en attendant, je suis prêt à revendiquer tout ce qui me revient, et que M. Deleau voudrait restreindre à l'emploi du perchlorure dans le *purpura hemorrhagica* et dans la chlorose.

L'honorable confrère ne se contente pas de diminuer ma part dans l'histoire du perchlorure, il veut augmenter la sienne ; il dit qu'il est le premier qui ait utilisé le perchlorure de fer en le soumettant à l'action des voies digestives ; mais, d'après ce que j'ai lu, M. Deleau n'a publié qu'au mois de juillet et août 1856 le résultat de ses expériences, tandis que d'autres observateurs avaient déjà publié leurs résultats; je citerai plus particulièrement parmi eux M. le docteur Vicente, qui a publié dans les numéros 36 et 43 du *Moniteur des Hôpitaux*, tome IV, un excellent article. Quant aux propriétés cicatrisantes du perchlorure, elles ont été aussi signalées dans cet article par M. Vicente, et dans d'autres numéros par M. A. Thierry, auquel il revient une juste part dans l'emploi chirurgical du perchlorure.

M. Deleau dit, soit dans sa lettre, soit dans son travail paru dans les journaux, avoir trouvé au perchlorure de fer des *propriétés antisyphilitiques, hygiéniques et préservatrices très-utiles à la toilette des femmes*, malheureusement, je trouve dans un compte rendu du service chirurgical de l'Antiquaille, à Lyon, du 1er janvier 1849 au 31 décembre 1854, par M. le chirurgien en chef A. Rodet, page 74 et suivantes : 1° que le perchlorure est un moyen prophylactique; 2° qu'il modifie les chancres simples avec une rapidité vraiment remarquable, et leur fait perdre quelquefois en vingt-quatre heures la propriété de sécréter du pus virulent. S'il s'agit de la toilette particulière des dames, à laquelle s'intéresse notre honorable confrère, on lit dans le *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux (édition de 1831, p. 32 et 34), que le perchlorure a cette utilité annoncée en 1856 par M. Deleau.

M. Deleau, dans son travail exposé dans le *Moniteur* du 10 janvier 1857 (seule époque à laquelle nous en ayons eu connaissance, car nous ne recevons point *la France médicale*), préconise le perchlorure contre la blennorrhagie, quoiqu'il soit conseillé dans le *Traité de thérapeutique*, page 32. Pour lui, la blennorrhagie simple serait guérie par l'injection au perchlorure, tandis que celle qui est de nature syphilitique et sous la dépendance, par exemple, d'un chancre du canal, résisterait à ce mode de traitement; de là moyen de diagnostiquer la nature du mal suivant le résultat du traitement; mais alors que devient la vertu antisyphilitique du perchlorure, qui guérit, dans les observations de M. Deleau, des ulcérations spécifiques à la gorge et sur le prépuce, et qui ne les guérit pas dans le canal de l'urèthre? Ces faits sont flagramment contradictoires ; c'est comme si on disait que le mercure, qui guérit des chancres sur le gland ou ailleurs, ne les guérit pas dans le canal, et qu'au contraire il guérit une blennorrhagie non virulente.

L'honorable médecin de la Roquette critique, dans la potion que j'ai formulée, l'association du perchlorure et du sirop de coings; il prétend que ce sirop exerce sur le perchlorure des propriétés neutralisantes; heureusement, les résultats que j'ai obtenus et dont mon estimable confrère M. le docteur Chalamet, de Loriol, a été témoin dans plusieurs cas d'hémorrhagies foudroyantes, détruisent de la manière la plus formelle l'assertion de M. Deleau.

M. Deleau finit en disant : « Je m'arrête, ne voulant pas faire de la « polémique sur des appréciations thérapeutiques et physiologiques « qui nous sont encore inconnues. » Sur quoi reposent donc ses assertions et sa polémique, s'il parle de choses qu'il avoue lui être encore inconnues, et pourquoi vouloir détruire la valeur des expériences que j'ai faites pour éclairer précisément cette action thérapeutique et physiologique du perchlorure, expériences simples et faciles et que tout le monde peut répéter? Vraiment on dirait que le perchlorure est la propriété de M. Deleau; c'est ce qu'il a l'air de dire dans toute sa lettre, qu'il commence par ces mots : « Je remercie à l'avance M. le « docteur Pize, de Montélimart, d'avoir eu l'heureuse idée d'utiliser « le perchlorure dans le *purpura hemorrhagica* et la chlorose, ma- « ladies souvent désespérantes pour les praticiens. » Mais je dois avouer que j'ai eu l'intention de rendre service à la science et non à notre honorable confrère, dont la propriété est, comme on le voit, bien contestable, sans avoir besoin de recourir à l'axiome de M. Proudhon.

Veuillez agréer, etc. L. PIZE, D. M. P.

La **Monographie pharmacologique et thérapeutique de l'iodure de fer**, par F. GILLE, pharmacien à Paris, est en distribution au bureau du Journal. Elle est remise *gratuitement* à tout abonné. — MM. les abonnés de province qui voudraient la recevoir *franco* par la poste n'auront qu'à en faire la demande par lettre affranchie, accompagnée d'un bon de 1 fr. ou de timbres-poste pour la même somme.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'albuminurie puerpérale *et de ses rapports avec l'éclampsie*, par A. IMBERT-GOURBEYRE, professeur-suppléant de clinique interne à l'Ecole préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand ; lauréat de l'Académie impériale de médecine; lauréat et membre correspondant de la Société de médecine de Bordeaux; membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Naples. — Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine, dans sa séance publique annuelle du 12 décembre 1854. — Seconde édition, revue et augmentée. — Paris, 1856.

Le **Journal de chirurgie** et la **Revue médico-chirurgicale**, rédigés par M. le professeur MALGAIGNE, viennent d'être mis en vente. Les deux journaux réunis forment une collection complète de 22 volumes, qui contiennent un grand nombre de mémoires originaux très-importants.

Chez DELAHAYE et CHATEL, libr., place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Prix des 22 volumes : 30 francs.

Médecine préventive, ou *Organisation du service sanitaire*, par M. le docteur J. PANET. — Un vol. in-12 de 305 pages (Paris, 1857). Chez CHAMEROT, éditeur, 13, rue du Jardinet.

DU LAIT, *thèse de concours pour l'agrégation*, par M. O. RÉVEIL, agrégé à l'Ecole de pharmacie et à l'Ecole de médecine, pharmacien de l'hôpital des Cliniques, etc. — Un vol. in-8° de 140 pages. (Paris, 1857.) — Chez Victor MASSON, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 3 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 29. 5e année. Samedi 7 Mars 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 6 mars 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

[**Mécanique de l'œil. — Ulcère de Mozambique. — Maladies des chauffeurs. — Capsules surrénales. — Fustigateur électrique.**]

L'admirable propriété que possèdent les lentilles organiques de l'œil d'adapter leurs foyers à des distances différentes, a le privilége, depuis plusieurs mois, d'attirer d'une manière spéciale l'attention des physiologistes. M. Stoltz est venu apporter à son tour deux expériences qu'il suppose propres à résoudre définitivement la question, mais qui, suivant nous, sont propres seulement à l'éclairer. En effet, il ne résulte pas nécessairement, des expériences de M. Stoltz, que les changements du foyer visuel qu'il produit pour de petites distances auraient lieu pour des distances considérables à l'aide des mêmes modifications imprimées au globe oculaire. Il ne résulte pas non plus de ces expériences que les modifications dont il s'agit consistent uniquement dans des changements de courbure de la cornée ; les rapports des milieux de l'œil peuvent être suffisamment modifiés par les pressions exercées sur une partie du globe pour concourir puissamment aux adaptations physiologiques que M. Stoltz attribue exclusivement à la forme de la cornée. En un mot, le problème est beaucoup plus compliqué que ne semble le croire le savant expérimentateur.

— Un médecin de nos colonies a adressé des documents nouveaux sur une maladie encore mal connue dans nos contrées, où on ne la voit guère, et qui ne paraît pas beaucoup mieux appréciée dans les climats où on l'observe assez fréquemment. Peut-être les observations recueillies par M. Vinson seraient-elles de nature à nous éclairer sur ce point de pathologie; mais il faudrait qu'elles fussent connues *in extenso.* L'extrait que les *Comptes rendus* donnent de son travail ne peuvent rien nous apprendre, et comme la section de médecine ne fait guère de rapports, il est probable que le travail de M. Vinson produira peu de fruits, si l'auteur ne lui donne pas une autre publicité. C'est là le sort de presque tous les travaux médicaux envoyés à l'Académie ; il est étonnant qu'un fait aussi notoire soit encore ignoré de tant de communicateurs.

— M. de Martinet donne de bons conseils aux administrations des chemins de fer, en faveur des chauffeurs et mécaniciens qui dirigent les locomotives. Il est à regretter qu'il n'ait pas démontré l'utilité de ces conseils par des faits plus concluants que ceux que nous font connaître ou plutôt que nous laissent désirer les *Comptes rendus.*

— M. Philipeaux a annoncé que les rats peuvent vivre non-seulement sans capsules surrénales, mais encore sans rate et sans corps thyroïde. Si le fait est bien constaté, comme nous nous plaisons à le croire, félicitons-nous qu'il soit définitivement acquis à la science, mais exprimons l'ardent désir que les expérimentateurs ne se croient pas obligés désormais de nous faire assister à toutes les péripéties de leurs recherches, et qu'ils attendent d'avoir quelque chose d'un peu complet, tout au moins de quelque importance, avant de prendre le monde à témoin de tous les mouvements qu'ils feront en faveur ou à l'occasion du progrès scientifique.

— Plusieurs autres communications ont été faites, qui eussent pu sans doute nous intéresser, par MM. Leriche, Valat, Bouniceau, Bureau et Boulu. Mais le peu de détails publiés sur ces communications par les *Comptes rendus* ne nous permettent aucune appréciation. Nous pouvons seulement, grâce à une communication particulière de M. Boulu, appeler l'attention sur le nouvel et ingénieux appareil électrique qu'a exécuté sur ses indications l'habile constructeur, M. Breton. H. DE CASTELNAU.

De la publication de certains documents statistiques à propos de l'accroissement de la population en Australie et de la longévité des nègres.

On sait notre opinion en matière de statistique, et ceux qui ont lu les deux remarquables articles publiés récemment par notre ami M. Broca (voir *Monit. des Hôp.*, nos 5 et 6; 10 et 13 janvier 1857), savent sur quels motifs cette opinion est fondée. Mais, par cela même que nous considérons les documents statistiques comme étant d'une im-

mense utilité, nous devons exiger que ces documents soient scrupuleusement épurés avant d'être acceptés comme matériaux scientifiques. Pour notre compte, nous tâchons de ne rien publier dans ce genre avant d'avoir procédé à l'épuration dont il s'agit. Mais nous devons reconnaître avec regret que nos honorables confrères qui apprécient cependant comme nous la statistique, n'usent pas de la même sévérité. Nous croyons utile d'en citer aujourd'hui deux exemples. Le premier est emprunté à notre savant confrère le *Medical Times and Gazette*. Voici ce qu'on lit dans son dernier numéro :

« Le nombre des naissances enregistrées dans la colonie pendant les dix dernières années — de 1846 à 1855 inclusivement — a été de 80022, dont 40590 du sexe masculin, et 39432 du sexe féminin.

« Le nombre des décès, pendant la même période, a été de 30797, dont 18429 appartenaient au sexe masculin et 12368 au sexe féminin.

« L'augmentation de la population de la colonie par excès des naissances sur les décès, a été de :

	1846-1850.	1851-1855.	Total.
Naissances.	35614	44408	80022
Décès.	11883	18914	30797
Excédant des naissances.	23731	25494	49225

Il est peu de questions, à l'époque où nous sommes, qui intéressent à un plus haut degré l'hygiène publique et la science sociale que celles qui sont relatives aux mouvements des populations. Pour ne citer qu'une preuve de leur importance, on conçoit sans peine que la solution de ces questions est subordonnée à la grande question de la colonisation. Cette dernière question, si obscure en ce qui concerne notre Algérie, serait magnifiquement tranchée pour l'Australie, si le document qu'on vient de lire pouvait être accepté tel qu'on nous le présente. Mais ce serait, suivant nous, se faire une grande illusion que de l'accepter ainsi. En voici les raisons :

C'est un fait bien connu que, dans les contrées où la population immigrée a une certaine importance relativement à la population indigène, le sexe masculin prédomine dans une proportion plus ou moins considérable. L'Australie ne paraît pas, sous ce rapport, faire exception à la règle générale, puisque, d'après le relevé qu'on vient de lire, le nombre des décès a été de 18429 dans le sexe masculin, tandis qu'il n'a été que de 12368, sensiblement les deux tiers, dans le sexe féminin. La conséquence de ce fait, c'est qu'un tiers de la population, qui ne peut concourir utilement à la reproduction, n'en fournit pas moins un aliment à la mort. En sorte qu'une population qui serait composée de deux tiers de femmes et d'un tiers d'hommes, et dont les naissances *égaleraient* seulement le nombre des décès, serait une population en grande voie d'accroissement. Or, le document que nous venons de reproduire fait ressortir non pas une égalité entre les naissances et les décès, mais une supériorité de près des DEUX TIERS au profit des naissances. Nous ne voulons condamner personne sans l'entendre, mais nous ne pouvons dissimuler qu'un tel excédant de naissances nous paraît donner, au document dont il s'agit, toutes les apparences de l'inexactitude. Nous n'en dirons pas plus long aujourd'hui sur ce sujet, nous proposant de revenir prochainement sur cette grande question du mouvement des populations, et nous passons au second document. Celui-ci a été recueilli par un de nos savants confrères qui est plus qu'un statisticien, qui est un mathématicien éminent; c'est M. l'abbé Moigno. Voici ce qu'il a imprimé dans son dernier numéro du *Cosmos* :

« De l'analyse faite par M. le docteur Tuiker des recensements américains, on tire ce résultat vraiment étrange : que les chances d'atteindre l'âge de cent ans sont 13 fois plus grandes pour les nègres esclaves et 40 fois plus grandes pour les nègres affranchis que pour les populations blanches. »

Le savant rédacteur en chef a bien fait de qualifier d'étrange le résultat qu'il a tiré des recensements *américains* ; nous croyons qu'il aurait mieux fait encore s'il avait qualifié ce résultat de fabuleux ; c'est là, suivant nous, sa véritable épithète.

Pour conclure, nous exprimerons le désir que des organes aussi sérieux que le *Cosmos* et le *Medical Times* n'accueillent plus, sans faire les réserves nécessaires, des documents qui ne peuvent qu'induire en erreur les esprits irréfléchis, ou discréditer la statistique dans l'esprit des hommes prévenus. — H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Histoire de la chirurgie.

Étude sur Fabrice de Hilden.

A Monsieur H. DE CASTELNAU, *rédacteur en chef du* Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

A l'exception de quelques médecins qui font des ouvrages de nos devanciers une étude toute spéciale, on s'occupe assez peu de littérature médicale. C'est à peine si l'on sait balbutier les noms de Celse, de Paul d'Egine, d'Avicenne, de Rhazès, d'Albucasis, de Lanfranc, de Fallope, de Vigo, et de tant d'autres vénérables maîtres. Quant à leurs doctrines et à leurs préceptes, la grande majorité des médecins les ignorent complétement. J'ai pensé que vous verriez avec plaisir les quelques pages que je vous adresse et qui sont tirées d'un des plus grands chirurgiens de l'Allemagne, de Fabrice de Hilden, et que vous donneriez volontiers une place à ce vieux maître dans les colonnes de votre journal. Ce n'est point cependant une traduction littérale que je vous adresse; j'ai voulu seulement exposer ses doctrines et sa manière de faire, et j'ai négligé quelques passages sans intérêt, ainsi que toute la pharmacopée, qui était si fort en honneur à cette époque.

Agréez, etc. Dr PERRET,

Ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Société de Chirurgie.

LA PRATIQUE DES GRANDES AMPUTATIONS DE FABRICE DE HILDEN.

En parcourant les écrits des anciens chirurgiens sur les amputations, je suis resté sous le coup d'une impression très-pénible. L'amputation des grands membres qui, de nos jours, est une opération si grave, devait être pour eux une terrible ressource, ignorants qu'ils étaient des moyens actuels de prévenir et d'arrêter l'hémorrhagie. Pendant cette longue période d'ignorance qu'on appelle le moyen âge, les chirurgiens avaient oublié ou à peu près la ligature dont Celse les avait dotés. Je dis à peu près, car cependant il est juste de reconnaître que quelques-uns

ont consigné dans leurs ouvrages les préceptes de Celse; mais ils n'allèrent pas plus loin, et la cautérisation seule fut en honneur, jusqu'à ce que la voix éloquente d'Ambroise Paré se fût élevée contre la pratique journalière. Ecoutons les regrets de notre grand chirurgien et les conseils qu'il donne aux jeunes gens (liv. x, chap. xxvi, édit. Malgaigne) :

« Je confesse ici librement et avec grand regret, que j'ai par ci-devant pratiqué tout autrement que j'écris à cette heure. après que l'amputation des bras et jambes était faite. Mais quoi, j'avais vu faire ainsi à ceux qu'on appelait pour telles pratiques esquelles incontinent après le membre extirpé, usaient de plusieurs cautères, tant actuels que potentiels pour arrêter le flux de sang; chose très-horrible et cruelle seulement à raconter, car cela causait une extrême douleur au patient........ On ne vit oncques de six ainsi cruellement traités échapper deux; encore étaient-ils longtemps malades, et malaisément étaient les plaies ainsi brûlées menées à consolidation.......... Par ce, je conseille au jeune chirurgien de laisser telle cruauté et inhumanité pour plutôt suivre cette mienne façon de pratiquer, de laquelle il a plu à Dieu de m'aviser, sans que jamais je l'eusse vu faire à aucnn, ouï dire, ni lu, sinon en Galien, au livre v de sa méthode, où il écrit qu'il faut lier les vaisseaux vers leurs racines, qui sont le foie et le cœur, pour étancher le grand flux de sang. Or, ayant plusieurs fois usé de cette manière de coudre les veines et artères aux plaies récentes, esquelles se faisait une hémorrhagie, j'ai pensé qu'il s'en pouvait bien autrement faire en l'extirpation d'un membre...... Ce que j'ai pratiqué à l'endroit de plusieurs avec très-bonne issue.

« Portant, je conseille au jeune chirurgien de laisser cette misérable manière de brûler et carcérer (si quelque relique de gangrène ne le contraignait de le faire) l'admonestant de ne plus dire : « Je l'ai lu au livre des anciens praticiens. Je l'ai vu faire à mes vieux pères et maîtres, suivant la pratique desquels je ne puis aucunement faillir. » Ce que je t'accorde, si tu veux entendre ton bon maître Galien au livre ci-dessus allégué; mais si tu te veux arrêter à ton père et à tes maîtres pour avoir prescription de temps et licence de mal faire, y voulant toujours persévérer, ainsi même que l'on fait quasi ordinairement en toutes choses, tu en rendras compte devant Dieu et non devant ton père et tes bons maîtres praticiens, qui traitent les hommes de si cruelle façon. »

Paré avait grandement raison de se récrier contre le préjugé des anciennes habitudes; sa belle découverte n'obtint pas de suite droit de cité en chirurgie, longtemps encore le cautère conserva sa suprématie sur la ligature, puisqu'on voit Dionis être obligé de plaider la cause de celle-ci. Ce dut être une source de grands chagrins pour lui de voir que, parmi ses contemporains, les uns se posaient en ennemis de la ligature, les autres restaient indifférents à sa pratique et croupissaient dans l'ornière où l'on se débattait depuis si longtemps. Chacun connaît les attaques dont il fut l'objet de la part de Gourmeler, et il n'est pas jusqu'à Guillemeau, son élève et plus tard son émule, qui n'ait douté de l'efficacité de la ligature. Guillemeau, au lieu de soutenir le maître, essaya de ménager les deux partis et resta partisan du cautère dans les cas d'amputation à la suite de gangrène, et cela pour de piètres raisons : « Partout, dit-il, le chirurgien ayant soupçon qu'il reste quelque virulence ou malignité qui s'est glissée aux parties voisines après l'amputation du membre, pour étancher le sang le plus sûrement, aura trois ou quatre boutons de fer propres tout rouges et embrasés, le bout desquels il appuiera sur l'orifice du vaisseau pour arrêter ledit flux de sang........ Au contraire, quand nous sommes contraints de trancher un membre qui est du tout fracassé et brisé, sans qu'il soit atteint de corruption ou gangrène, il est plus expédient d'arrêter ledit flux de sang en pinçant l'orifice des veines et artères avec le bec de corbin, prenant quelque portion de chair ensemble, puis avec un fil bien fort, les lier par-dessus assez étroitement à double nœud....... Ce qui peut accorder facilement deux grands personnages de notre temps, l'un médecin et l'autre chirurgien, pour une discussion qu'ils ont touchant ce fait, ayant agité cette dispute assez invectivement l'un contre l'autre, pour ne s'entendre tous deux l'un l'autre. »

A l'étranger, les deux plus grands chirurgiens du temps, Fabrice d'Aquapendente, en Italie, Fabrice de Hilden, en Allemagne, se montrèrent hostiles à la ligature. Ce dernier, comme nous le verrons plus tard, n'en parle que par manière d'acquit. Quant à Fabrice, d'Aquapendente, qui devait cependant connaître la découverte du chirurgien français, sa détestable pratique ne lui permit pas de jamais employer la ligature.

Les procédés d'Ambroise Paré furent donc peu prisés de son temps, et on n'en continua pas moins à opérer comme par le passé. Les doctrines du moyen âge, résumées par Fabrice, de Hilden, restèrent encore longtemps en vigueur, sauvegardées qu'elles furent par l'autorité de ce grand chirurgien; son livre sur le sphacèle et la gangrène les renferme toutes; on peut dire que c'est le traité classique de l'époque, que là se trouvent les préceptes à l'ordre du jour. Reportons-nous donc en arrière, vers la fin du xvie siècle et le commencement du xviie, et laissons maître Fabrice nous faire la leçon :

« . . . . . Si le sphacèle occupe la main, le pied, la jambe, le bras ou tout un membre, il ne reste plus qu'un remède extrême, il faut non-seulement extirper les chairs mortifiées, mais encore faire la section de l'os. Toutefois, avant d'exposer le mode opératoire, nous parlerons du lieu d'élection de l'amputation : que le sphacèle occupe le pied, qu'il occupe la jambe, on doit amputer à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous du genou, car bien que le chirurgien doive, autant que possible, conserver le corps, l'opération ne devra pas être faite dans un autre endroit, afin que le malade puisse se servir d'une jambe de bois et marcher plus sûrement. Autrement, le reste de la jambe embarrasse, comme on peut le voir dans le cas rapporté par Ambroise Paré : « Le capitaine François Le Clerc étant sur un navire, eut un coup de canon qui lui emporta le pied un peu au-dessus de la cheville, de laquelle plaie fut guéri. Mais, quelque temps après, voyant que sa jambe lui nuisait, la fit couper jusques à cinq doigts près du genou, et maintenant se trouve mieux à marcher qu'il ne faisait auparavant. »

« Mais si le mal remonte au-dessus du genou, il faut faire l'amputation le plus bas possible, parce que l'opération devient d'autant plus grave qu'on se rapproche plus du tronc, à cause du volume des vaisseaux et parce qu'il devient alors difficile d'adapter une jambe de bois. Quand, au contraire, la maladie siége à la main, il faut opérer dans le carpe, car plus on conserve du bras, plus il devient facile de placer une main artificielle. Que les chirurgiens sachent donc bien qu'on ne doit amputer la main ou les doigts que dans les cas de nécessité absolue.

« Il est des chirurgiens qui, après avoir posé le membre sur un banc, appliquent le tranchant d'un couteau ou d'une hache au lieu qu'ils ont choisi pour amputer, et qui tranchent le membre en frappant à coups de maillet. Cette manière de faire est cruelle, barbare et indigne d'un chirurgien. De graves symptômes et souvent la mort du malade en sont la conséquence, car non-seulement les parties nerveuses et les muscles sont contus et lacérés, mais très-souvent aussi l'os s'éclate jusque dans l'article, et bien qu'ils soient insensibles, la déchirure du périoste fait qu'il survient de la douleur, de l'agitation, de l'inflammation, des convulsions, et que la gangrène reparaît et enlève le malade. Dans le cas où ce cortége d'accidents ne se montre pas, il reste un ulcère dont la cicatrisation est très-difficile, parce que l'os est contus et esquilleux, parce que ces débris osseux restent au milieu des chairs et adhèrent longtemps au périoste. Peu à peu cependant, ils finissent par se détacher, et le malade peut guérir. »

En voici du reste un exemple :

« En 1578, un jeune homme de Novise, dans l'épiscopat de Cologne, eut la main gauche brisée d'un coup de feu. Le maître

barbier de l'endroit fut appelé pour lui donner des soins. A l'exemple de Léonard Botal, il fit placer la main sur un banc et mit le tranchant d'une hache, dont les paysans se servent à fendre le bois, sur l'endroit choisi pour l'amputation ; il ordonna alors à l'un des assistants de frapper de toutes ses forces sur le dos de la hache avec un gros maillet de bois servant aux mêmes usages que la cognée. L'aide comprit parfaitement, et du premier coup l'amputation fut faite. Il y eut d'abord de l'insomnie, de la douleur et les autres symptômes dont j'ai parlé. Enfin, longtemps après, la douleur cessa et le malade alla mieux. Mais la cicatrisation ne se fit que difficilement, en raison des nombreuses esquilles qui furent cause d'accidents continuels. »

Il ressort de là que cette manière de couper les membres, proposée par Jean Schenkius, d'après Léonard Botal, est mauvaise et met le malade en péril ; « On doit, dit-il, choisir pour les grands membres un mode d'amputation plus énergique que pour les doigts. On les ampute facilement de la manière suivante : on place le membre sur un coussin appliqué sur un banc ; puis on met perpendiculairement au point de la section, le tranchant d'un fort couteau ou d'un large scalpel, et l'on tranche d'un seul coup, comme quand on enfonce un coin dans du bois. »

« On a encore inventé une autre méthode pour les grands membres : on a deux couteaux ; l'un est fortement fixé à un madrier, entre deux colonnes de bois, et présente le tranchant en haut ; l'autre, placé plus haut entre les mêmes colonnes, descend carrément sur le premier, de façon que les deux tranchants se rencontrent à frottement ; ce couteau supérieur est reçu dans des coulisses pratiquées sur les colonnes, afin de pouvoir monter et descendre sans éprouver de mouvements latéraux ; il est très-pesant, et par son poids, il coupe le membre d'un seul coup ; ou bien encore on le charge de bois et de plomb, ou bien l'opérateur, muni d'un fort maillet de bois, frappe assez fort pour trancher le membre en une fois. Toutefois, le premier mode est préférable. Cette manière est plus sûre, plus facile et plus expéditive que la scie, et même elle n'est pas douloureuse ; à ce point qu'un chirurgien consommé dans son art, maître Jacques, rapporte que plusieurs malades ainsi amputés, ont ressenti la sensation d'une étincelle de feu qui leur serait tombée sur le pied pendant l'opération. Certes, cela ne serait pas arrivé si l'action de l'instrument n'eût pas été aussi rapide... D'habitude, ceux qui meurent pendant l'amputation, meurent d'hémorrhagie ; car, pendant que la scie fait la section de l'os et lacère les parties nerveuses, le sang coule toujours et les esprits s'en vont avec lui. Aussi, je ne saurais trop m'élever contre l'usage de la scie, et recommander au contraire les couteaux. Il est des chirurgiens timides et ignorants qui opposent à cette méthode l'éclatement des os, la contusion des chairs, la cruauté de l'opération. Mais ces objections tombent d'elles-mêmes, si l'on compare notre mode opératoire à l'action de la scie, et la contusion est nulle quand le couteau est convenablement dirigé. La rupture de l'os est l'affaire d'un moment, et les fragments, s'il y en a, seront facilement extraits par le chirurgien ou rejetés par la nature. Quant on pratique l'opération, on tient prêts des cautères rougis, on comprime l'aine ou l'aisselle, on bouche les oreilles et on bande les yeux du malade ; enfin le membre sera lié comme il a été dit. On le placera ensuite de façon que si la section doit avoir lieu en deçà du coude ou du genou, les deux os soient carrément sur le tranchant inférieur. C'est une précaution inutile dans l'amputation du bras ou de la cuisse qui n'ont qu'un seul os. Après l'opération, on cautérise les artères et les veines en commençant par l'artère ; on cautérise ensuite légèrement où besoin en est. On enlève alors les ligatures et on applique sur l'ulcère et les parties voisines, un onguent d'huile de roses, d'œuf et de bol arménien qu'on laisse deux jours. »

Voilà, mon cher lecteur, la pratique de Botal ; je ne vous dirai pas que j'en suis partisan comme les ignorants qui la préfèrent, je vous avertis, au contraire, de bien vous en garder. L'exemple que je vous ai rapporté de ce jeune homme auquel maître Clout le barbier coupa la main, doit vous suffire. Je n'assistais pas à l'opération, mais je tiens le fait de personnes recommandables ; j'ai vu seulement le malade alors qu'il était encore dans une triste position.

Revenons à notre sujet.

D'autres chirurgiens ont voulu amputer les membres, et les doigts en particulier, avec des tenailles coupantes ; mais cette opération est mauvaise à cause des contusions, des déchirures des parties nerveuses et du broiement des os, car l'instrument se rompra plutôt que de couper les nerfs et les parties nerveuses, comme on peut le voir par des expériences sur les animaux. Tout le mode sait que, pour extraire un fœtus mort, il faut couper le bras dans sa continuité ; je voulus faire usage un jour d'une tenaille coupante pour amputer, je n'y pus parvenir, et force me fut de recourir à d'autres instruments. Que dire de plus ? l'expérience démontre que les plaies contuses sont plus graves que les autres. Je pense donc que le chirurgien devra s'abstenir de ces opérations, je ne dirai pas cruelles, mais mauvaises et périlleuses. C'est pourquoi on doit amputer comme je vais le dire tout à l'heure.

Il y a des chirurgiens qui veulent couper dans le mort, et qui laissent quelque chose du sphacèle pour éviter l'hémorrhagie, la douleur, les convulsions, puis ils détruisent ce qui reste du mort avec le cautère actuel.

On a dit que c'était là la méthode d'André Vésale et de Jean de Vigo, il n'en est rien, comme on peut le voir par leurs écrits. Vigo est partisan de la doctrine de Celse, comme Galien, Paul d'Egine et Maggius. La section doit être faite dans le vif.

Voyons si ce mode opératoire réunit les préceptes qu'indique Galien dans son livre de *La Méthode,* liv. IV, chap. 13, où il commande de faire l'opération, *citò*, *tutò* et *jucundè*.

Je me demande comment l'opération en chair morte peut remplir le premier précepte. Il faut couper la chair jusqu'à l'os, cautériser jusqu'au vif, scier l'os, ce qui demande du temps. Pendant ces manœuvres, l'état moral du malade est déplorable et il tombe dans la prostration par la longueur de l'opération ; tandis qu'au contraire la section en chair vive, si le chirurgien est habile, est l'affaire d'un instant, car d'un seul coup il coupe jusqu'à l'os. Et si, comme je le dirai tout à l'heure, le chirurgien se sert d'un couteau rougi, il empêche en même temps l'hémorrhagie. S'il se sert du rasoir, il lie les vaisseaux ou les cautérise, ce qui demande peu de temps.

Ces préceptes que j'émets ici ne sont pas le fruit d'idées spéculatives, mais bien le résultat d'une longue expérience. Ainsi l'amputation dans la gangrène n'est point dans les conditions du premier précepte (*citò*). Voyons si elle remplit le second. Si le mal envahit aussi les os, il ne suffit pas d'en fixer les limites sur la peau, mais il faut tout enlever, autrement l'opération est inutile, car la corruption ayant envahi les os envahira de nouveau les parties saines. Il faut, en outre, se rappeler que là où les tissus sont mous et humides, la putréfaction se produit rapidement, et par la raison que les muscles et les vaisseaux sont plus chauds et plus humides que la peau qui est extérieure, il est évident qu'ils sont plus exposés à la corruption. Il suit de là que la putréfaction est plus grande vers les parties profondes qu'elle ne le paraît à l'extérieur ; par contre, si l'on pratique l'opération à l'endroit où la maladie s'arrête à la peau, on pratique une opération grave et on laisse beaucoup de chairs mortes dans les parties profondes, comme on peut s'en convaincre par les observations suivantes :

En 1586, je fus mandé en Savoie avec Jean Griffon, habile chirurgien de Genève, près d'un jeune homme robuste, atteint de gangrène à la jambe ; le mal montait très-haut. Pour conserver le genou, nous coupâmes la jambe à la racine du mal. La plaie fut cautérisée autant que possible pour détruire ce qui pouvait rester de tissus malades. Mais c'est en vain que le pauvre jeune homme subit cette opération, la gangrène avait remonté bien plus haut qu'il ne le paraissait à la peau.

En voici un second exemple bien remarquable encore :

Un enfant de 12 ans, à la suite d'une dysenterie, fut atteint de gangrène au pied droit qui, dégénérant en sphacèle, envahit tout le membre. Le mal s'arrêta au genou, et il se montra un ulcère fétide, qui ne tarda pas à éroder les ligaments et à détruire la jointure. Je fus appelé le dernier janvier 1614, et je coupai la cuisse en chair vive au-dessus du genou, à deux travers de doigt au delà du mort. En le pansant un jour, je trouvai l'os proéminent et les muscles bien plus rétractés qu'on aurait pu le croire en voyant la peau ; leurs adhérences à l'os étaient détruites. Quoique le sphacèle, par un grand bienfait de la nature, eût été limité au genou, comme je l'ai dit, le mal avait remonté bien plus haut et avait glissé autour de l'os qui était carié. J'ai rapporté ce fait dans la quatrième centurie de mes observations.

Les fruits nous montrent quelque chose d'analogue, on voit seulement une tache noire sur la pellicule, et cependant ils sont pourris jusqu'au cœur.

Arrivons à l'hémorrhagie. Si le malade est débile comme l'enfant dont je viens de parler et dont j'ai rapporté l'observation, on doit s'opposer, autant que possible, à l'écoulement du sang ; dans ce cas, la section des chairs avec un cautère actuel en forme de couteau remplit parfaitement l'intention. On empêche encore l'hémorrhagie par une constriction violente du membre, près du point où l'on doit porter la scie ; quand les veines et les artères sont ainsi comprimées, on perd tout au plus de 3 à 4 onces de sang. Mais si le malade est jeune, robuste, vigoureux, l'hémorrhagie n'est plus à craindre. Les maîtres de l'art enseignent même de laisser couler une certaine quantité de sang ; car ce liquide, qui est en contact avec la chair morte, a des qualités pernicieuses, il peut nuire s'il n'est évacué, et reproduire des accidents. Toutefois, on devra toujours consulter les forces du malade.

Enfin, le troisième précepte de Galien trouve-t-il son application quand on ampute dans le mort ? l'amputation peut-elle être faite *jucundè*, c'est-à-dire sans douleur, comme le prétendent les partisans de cette méthode ? Dans l'amputation, la douleur existe à cause des nerfs, des aponévroses, du périoste ; l'évite-t-on en coupant dans le mort ? Mais les nerfs et les parties nerveuses meurent bien plus tard que les chairs ; pour éviter la douleur, il faut donc laisser beaucoup de mort, autrement l'opération sera douloureuse, car bien que la peau et les chairs ne sentent plus, les grands nerfs et le périoste conservent de leur sensibilité. Aussi, quand on scie l'os, voit-on se montrer de violentes douleurs, non à cause de l'os lui-même, mais à cause du périoste. Pour que l'amputation fût sans douleur, il serait nécessaire que tout fût corrompu.

Ceux qui prétendent, de cette façon, éviter la douleur, me paraissent, au contraire, l'augmenter doublement. Tout le mort doit être consumé. Pour cela, deux ou trois cautères suffisent à peine ; quelquefois il faut en employer cinq ou six, jusqu'à ce que le malade sente la douleur, autrement, tout ce qu'on vient de faire est inutile. Les humeurs, la graisse échauffées et liquéfiées par la chaleur des cautères, entrent bientôt en ébullition ; les nerfs et les tendons s'échauffent, de là de la fièvre, des douleurs, des convulsions, etc. « Le chirurgien, dit Avicenne, doit prendre garde que la cautérisation n'arrive jusqu'aux nerfs, aux tendons et aux ligaments ; si on la pratique pour réfréner l'hémorrhagie, elle devra seulement faire eschare. Un autre grand inconvénient d'une cautérisation aussi forte, c'est que la présence d'une eschare dense et épaisse empêche l'exhalation des vapeurs putrides, qui alors sont résorbées et portées dans le tissu des organes essentiels. Les chirurgiens qui agissent comme je le disais tout à l'heure, ne peuvent tellement dessécher avec le cautère qu'il ne revienne quelque ferment de corruption pendant que l'eschare se détache. En outre, quand les tissus morts sont ainsi brûlés et que la peau s'est rétractée sous l'influence du cautère, l'os devient tellement proéminent qu'on doit de nouveau recourir à la scie. Et encore, si l'on établit qu'il faut couper en chair morte, qu'arrivera-t-il dans le sphacèle du pied ? Devra-t-on laisser une grande portion de la jambe ou faudra-t-il attendre que la maladie ait gagné plus haut, ce qui expose le malade à un grand péril ? Une opération faite ainsi ne peut remplir les préceptes *citò, tutò* et *jucundè*, c'est-à-dire sans douleur. L'art du médecin est sublime, son but l'est plus encore ; dans toute opération on doit rechercher l'élégance et le brillant, et dans l'amputation en particulier ; tandis que dans l'amputation dans le mort, il faut, après la section des chairs et de l'os, recourir aux cautères, qui, d'après l'énergique expression de Fallope, remplissent la maison et tous les environs d'une odeur infecte. (Fallope, chap. XXVI : *De tum. præter naturam.*) Les malades endurent de fortes douleurs, et je ne vois rien de brillant dans une telle pratique ; l'amputation en chair vive, au contraire, est très-sûre, c'est l'affaire d'un moment et il n'y a pas de douleur excessive.

Les convulsions sont-elles plus à craindre dans l'amputation dans le vif que dans le mort ? Hippocrate et Galien disent que la convulsion naît de la réplétion ou de la débilité ; on a bien, de nos jours, invoqué une foule de causes, mais on peut les ramener aux deux des auteurs cités.

Dans l'amputation, quand la convulsion paraît, cela tient à l'hémorrhagie, à la douleur, ou enfin à quelque matière maligne qui monte de la partie malade au cerveau. Si elle arrive après une hémorrhagie légère et si elle vient par excès de sécheresse, elle est grave, comme l'affirme Hippocrate, et le chirurgien doit être assez diligent pour arrêter le sang, surtout chez les sujets délicats et débiles, tandis que, chez les individus robustes, il faut le laisser s'écouler dans de certaines limites. L'opérateur arrêtera facilement l'hémorrhagie, si, au lieu d'un rasoir, il se sert d'un couteau fortement rougi. J'ai fait ainsi, en l'an 1600, une amputation en présence de Jean Mérula, ministre du Verbe divin, et de Pierre Frédéric : il s'écoula à peine 2 onces de sang. J'ai de même, en 1614, amputé la cuisse : il sortit à peine 3 onces de sang.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 février 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Vision. — M. STOLTZ adresse l'exposé de deux expériences tendant à éclairer la question de *l'accommodation de l'œil à toutes les distances.*

Première expérience. — On dispose le petit appareil, aussi simple qu'exact, décrit par Muller, pour constater le phénomène de l'accommodation, et qui consiste en deux épingles implantées à quelque distance (comme 20 centimètres) l'une de l'autre, sur une feuille de papier ou de carton, et de manière que leurs extrémités soient alignées. Après avoir constaté que l'œil ne peut les voir toutes deux distinctement en même temps, on procède à l'accommodation que je nomme *artificielle*, de la manière suivante : on vise l'épingle la plus rapprochée, qui apparaît nette, tandis que l'autre est nébuleuse. Alors, renversant un peu la tête en arrière, la paupière supérieure abaissée sur le globe de l'œil jusqu'à recouvrir environ la moitié de la cornée, on pose un doigt sur le rebord orbitaire au niveau de la commissure externe, sans toucher le globe oculaire, et on tire très-légèrement en dehors la paupière supérieure, de manière à la tendre comme un voile qui comprime et aplatit modérément la cornée. Cette simple manœuvre, qui n'a rien de pénible pour l'œil, quand elle est faite avec un peu d'habitude, amène un singulier changement dans l'accommodation : la première épingle, qu'on voyait distinctement, devient nébuleuse, et la seconde devient distincte. L'accommodation s'est transportée, artificiellement et malgré la volonté, de la première épingle à la seconde.

Ce qu'il y a surtout de surprenant dans cette expérience, c'est que le doigt est entièrement le maître de l'accommodation. Quelque effort intérieur qu'on fasse pour ramener la vue distincte à la première épingle, on ne peut y parvenir tant que le doigt reste en place ; dès qu'il cesse de tirer la paupière, de comprimer l'œil et d'aplatir la

cornée, sur-le-champ et sans transition l'accommodation se retrouve à la première épingle, où les efforts de la volonté tendaient à la maintenir.

Deuxième expérience. — C'est l'inverse de la précédente. L'œil vise et aperçoit distinctement la seconde épingle, c'est-à-dire la plus éloignée. Placez alors un doigt à l'angle externe, un autre à l'angle interne de l'œil, et comprimez transversalement et très-modérément le globe oculaire, de manière à augmenter un peu la convexité de la cornée. Vous changez par cette manœuvre, qui n'est guère plus difficile que la précédente, l'accommodation, et vous ramenez la vue distincte à la première épingle ou la plus rapprochée, tandis que l'autre devient nébuleuse. Ici, comme dans l'autre expérience, vous serez surpris de ne pouvoir, à volonté et par un effort intérieur même énergique, ramener la vue nette à l'épingle la plus éloignée. Les doigts restent incontestablement les maîtres de l'accommodation....

A côté de ces expériences, il est utile de placer certains faits qui ont avec elles une intime relation. C'est ainsi qu'il ne faut voir dans le clignement d'yeux bien connu des myopes qu'un moyen d'aplatir un peu la cornée et d'accommoder la vue aux objets éloignés.

Les myopes savent aussi qu'une sécrétion de larmes un peu abondante, au moment où le liquide parcourt la rigole formée par la cornée et le bord de la paupière inférieure, produit un allongement extraordinaire de la vue, ce qui ne peut s'expliquer que par un redressement de courbure que le liquide produit sur la cornée.

De ces expériences et de ces faits il nous semble logique de conclure :

1° Qu'un changement physique dans la disposition de l'œil est la cause de l'accommodation ;

2° Que ce changement est la cause unique et indispensable de l'accommodation ;

3° Le changement survenu dans la disposition physique de l'œil nous paraît porter presque exclusivement sur la courbure de la cornée.

Il resterait à rechercher sous l'influence de quelle force s'accomplit le changement de courbure de la cornée. Nous pensons, avec plusieurs physiologistes, qu'il est dû à l'action des muscles oculaires, et, chez certains oiseaux, à l'action du muscle de Crampton. Ces muscles peuvent augmenter évidemment la convexité de la cornée. Quant à son redressement, il tient à l'élasticité naturelle des parties, et surtout, selon nous, à l'action de la pression atmosphérique, qui agit en sens inverse de l'action musculaire.

Ulcère de Mozambique. — M. Ph.-A. Vinson adresse un mémoire intitulé : *Mémoire sur l'ulcère contagieux de Mozambique* (*ulcère pianiforme*). Voici l'extrait qu'en publient les comptes rendus :

Le pian étant une affection qui ne se développe que dans les contrées africaines, échappe par cela même, dit l'auteur, à l'observation des médecins européens; aussi voyons-nous dans des ouvrages d'ailleurs estimables confondre sous ce nom plusieurs maladies bien réellement différentes. Une de celles auxquelles on a improprement attribué ce nom de *pian* m'a paru mériter d'être mieux connue, et je me suis proposé de la décrire dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie.

Cette maladie, qui ne se voyait plus dans notre île depuis la suppression de la traite des noirs, est reparue depuis peu, en même temps que les hommes de la côte africaine amenés comme travailleurs libres. Elle est caractérisée par un ulcère de grandeur variable, mais disposé à s'étendre et à acquérir des dimensions considérables, toujours situé aux membres inférieurs, éminemment contagieux, à bords relevés et légèrement fongueux, à centre déprimé ou plat, et sécrétant une matière sérosanieuse, fétide, abondante, qui pénètre en quelques heures les bandages les mieux faits.

Je donne dans mon mémoire des observations que j'ai recueillies récemment dans deux circonstances où j'ai pu constater ses caractères et sa nature contagieuse : dans un cas, il s'agissait d'ulcères communiqués par une femme de Madagascar à des naturels de l'Inde (pays où cette affection n'est pas connue); dans l'autre circonstance, l'affection a été observée sur quatorze noirs venus de Mozambique à l'île de la Réunion.

Le traitement indiqué pour le pian et la syphilis est aussi celui qui réussit le mieux pour l'ulcère contagieux de Mozambique : à l'extérieur, les cautérisations répétées à l'aide d'un agent énergique (nitrate acide de mercure), liqueur de Plenck, etc.; à l'intérieur, la liqueur de Van-Swieten ; enfin le pansement avec l'onguent égyptial. Cet onguent a de plus l'avantage d'écarter les mouches, insectes que je regarde comme un des moyens de propagation de la maladie quand, après avoir demeuré plus ou moins longtemps sur un ulcère contagieux, ils se transportent immédiatement sur une écorchure ou ulcère simple.

Hygiène publique. — M. H. de Martinet adresse une note sur une *affection spéciale aux mécaniciens et aux chauffeurs attachés aux chemins de fer*, qu'il résume ainsi :

L'exposition sans abri, sur les locomotives, expose les mécaniciens :

1° A un inconvénient professionnel dont on peut se rendre compte en passant la tête hors des wagons, c'est-à-dire à une trombe d'air froid qui paralyse la respiration, congestionne la face ;

2° A une maladie professionnelle développée par l'inspiration des gaz oxyde de carbone, acide carbonique qui s'échappent du foyer.

Le système nerveux est lésé, les sujets maigrissent, la faculté génératrice s'éteint, le corps est agité de soubresauts, de convulsions; l'intelligence faiblit. Des affusions froides sur le rachis me paraissent être, sous le rapport médical et hygiénique, le moyen principal à employer. Comme prophylaxie, je voudrais demander aux administrations de réduire le travail des ouvriers en doublant leur nombre ; d'adapter aux machines une galerie protectrice dans le genre de celle qui existe à la machine Crampton, soit mieux une galerie vitrée ou un treillage métallique. Non-seulement il s'agit de la santé de plusieurs milliers d'ouvriers, mais aussi de la sécurité des voyageurs ; car la fatigue produite par un long travail et l'exposition à l'air froid paralysent les forces des conducteurs et ne leur laissent pas assez de présence d'esprit pour la conduite de leur machine.

M. Leriche adresse un mémoire sur l'emploi du séton filiforme pour ouvrir les tumeurs, et demande que ce nouveau travail soit soumis à l'examen de la Commission déjà saisie de sa première communication et de celle de M. Bonnafont sur le même sujet. (Renvoi à la Commission déjà nommée.)

M. Valat envoie une suite à son mémoire sur les logements insalubres, et sur les moyens à prendre pour en diminuer progressivement le nombre jusqu'à complète suppression. (Commission précédemment nommée.)

M. Bureau, qui avait précédemment adressé au concours pour les prix de médecine et de chirurgie un travail sur *la famille des loganiacées et sur les plantes qu'elle fournit à la médecine*, envoie aujourd'hui, conformément à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

M. Bouniceau envoie un résumé de ses communications successives sur la sangsue officinale. (Renvoi à la Commission précédemment nommée.)

Physiologie des capsules surrénales. — M. Philipeaux adresse une lettre sur l'*ablation successive des capsules surrénales, de la rate et des corps thyroïdes sur des animaux qui survivent à l'opération.*

J'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie des Sciences, le 10 novembre dernier, une note prouvant que les animaux peuvent vivre sans capsules surrénales, et le 20 décembre, une autre note indiquant la cause présumée de la mort de trois animaux sur lesquels j'avais pratiqué l'extirpation de ces organes. Aujourd'hui, je viens annoncer à l'Académie que j'ai pu, sur les mêmes animaux (rats) enlever, non-seulement les capsules surrénales, mais encore la rate et les corps thyroïdes sur deux jeunes rats albinos (*Mus rattus*), âgés de 1 mois. Par le procédé opératoire que j'ai indiqué dans ma première note, j'ai enlevé les capsules surrénales, la droite d'abord; puis, dix jours après, la gauche. Ces animaux étant au bout d'un mois parfaitement rétablis, je leur ai extirpé la rate, en faisant à la région latérale gauche de l'abdomen une petite ouverture dont j'ai réuni ensuite les bords par un point de suture. La guérison complète ne se fit pas attendre longtemps, et je pus alors enlever, sur ces mêmes animaux, les corps thyroïdes, en pratiquant une section longitudinale sur la région antérieure du cou, au niveau de la trachée-artère. En ce moment, ces animaux, âgés de 3 mois, sont tout à fait bien portants, quoique privés des capsules surrénales depuis soixante-sept jours, de la rate depuis vingt-six jours, et des corps thyroïdes depuis sept jours.

Je saisis cette occasion pour annoncer à l'Académie que je possède

maintenant un rat mâle vivant depuis quatre mois sans capsules surrénales, et un rat femelle depuis quarante-trois jours, sans aucune modification apparente dans leurs fonctions. La femelle, après l'opération, a été mise avec un mâle et a produit une portée de huits petits qu'elle a élevés.

M. Brown-Séquard, dans trois communications faites à l'Académie des Sciences le 25 août, le 8 septembre 1856 et le 9 février 1857, a cherché à prouver :

1° Que les animaux ne peuvent point vivre privés de deux capsules surrénales.

J'ai démontré le contraire, car plusieurs animaux ont survécu à l'extirpation des deux capsules surrénales et ne présentent aucun trouble fonctionnel. J'ai enlevé ces organes sur neuf rats, et aujourd'hui, quatre d'entre eux sont dans un état de santé aussi parfait que possible.

2° Que l'extirpation des capsules surrénales détermine des vertiges et des convulsions.

J'ai opéré des chiens, des chats, des lapins, des cochons d'Inde et des rats, et je n'ai vu des convulsions survenir que sur un chat : la douleur m'a paru un phénomène tout à fait exceptionnel.

3° Que les fonctions de ces petits organes semblent être au moins aussi importantes que celles des reins, car, lorsqu'elles manquent, la mort a lieu en général plus vite qu'après l'ablation des reins.

Mes expériences renversent complétement cette assertion : des animaux ont vécu et vivent sans capsules surrénales, tandis que la mort est le résultat inévitable de l'ablation des reins.

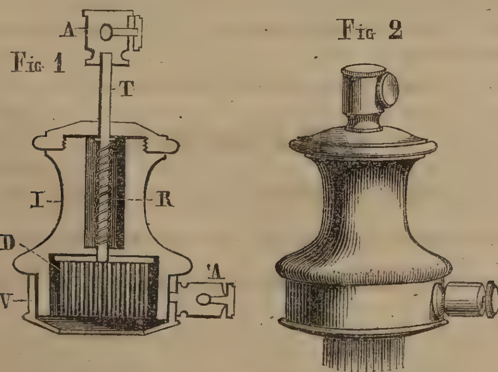
4° Enfin, que si la vie dure après l'ablation des capsules surrénales, cela doit dépendre probablement de ce que leurs fonctions peuvent être exécutées par d'autres organes, comme par exemple les corps thyroïdes ou le thymus.

Cette supposition tombe encore, au moins en partie, devant l'expérience. J'enlève les capsules surrénales sur deux rats : les fonctions de ces organes vont-elles être exécutées par les corps thyroïdes ? J'extirpe ces corps; la santé des animaux n'en paraît pas ressentir aucune atteinte. Est-ce la rate qui suppléera les capsules surrénales? mais je l'ai enlevée vingt jours avant d'extirper les capsules. Est-ce enfin le thymus? mais c'est là un organe qui n'a qu'une existence transitoire, et qui ne peut, par conséquent, remplir des fonctions permanentes, telles que doivent être les fonctions des capsules surrénales. Ce n'est donc ni par la rate, ni par les corps thyroïdes, ni par le thymus que les fonctions des capsules surrénales sont exécutées après l'ablation de ces derniers organes.

Je crois donc pouvoir, plus que jamais, maintenir mes premières conclusions. J'ajouterai à ces conclusions que les animaux peuvent vivre privés à la fois des capsules surrénales, de la rate et des corps thyroïdes, que, par conséquent, aucun de ces organes n'est essentiel à la vie, et qu'enfin ils ne sont pas chargés de se suppléer réciproquement.

Électricité médicale. — M. Boulu adresse la note suivante, relative à un nouvel appareil électrique qu'il appelle *fustigateur électrique*. Voici la description qu'il en donne :

Le *fustigateur électrique* se compose : d'un disque mobile D armé de 42 aiguilles d'un centimètre de longueur; il est monté sur une



tige métallique T, portant à son extrémité supérieure A, destinée à recevoir l'un des réophores de l'appareil électro-médical. Le disque est contenu dans un isoloir en bois de palissandre ou autre I par un ressort intérieur à boudin R, qui maintient les pointes élevées et rentrées dans l'isoloir, quand l'instrument est au repos. Il suffit d'une légère pression sur l'armature pour mettre en contact avec la peau les pointes adaptées au disque mobile, lesquelles forment le courant positif.

La partie destinée à former le courant négatif consiste en une virole en cuivre ou disque ouvert V, fixée sur l'isoloir I, ayant 35 millimètres de diamètre et 20 millimètres d'ouverture; c'est par cette ouverture que sortent les aiguilles par lesquelles passe le courant positif mobile, quand on presse sur l'armature supérieure.

Sur un des points de la face externe de la virole se trouve une autre armature à vis de pression A', pour recevoir le deuxième réophore de l'appareil électrique.

Je dois rapporter à l'habile constructeur, M. Breton, tout le mérite d'exécution de ce petit appareil.

Usages. — A l'aide du *fustigateur*, on pourra produire sur toutes les parties du corps indistinctement une véritable *fustigation électrique*, même sur la paume des mains et la plante des pieds, où l'on sait que les excitateurs métalliques pleins ont peu d'action, quelle que soit l'intensité du courant. Aussi obtiendra-t-on avec cet instrument des effets plus ou moins prompts et plus ou moins grands, suivant le degré de sensibilité de chaque partie du corps.

On sait aujourd'hui combien l'électrisation de la peau, bien pratiquée, peut rendre de services à la thérapeutique, puisqu'elle peut, sans désorganiser les tissus, produire une excitation des plus intenses, en passant par tous les degrés; mais il manquait un instrument commode, avec lequel on pût stimuler instantanément et avec la plus grande rapidité, toutes les parties du corps.

C'est dans ce but que j'ai imaginé le *fustigateur* qui porte avec lui ses deux courants, positif et négatif, et dont l'application est d'autant plus facile qu'on peut, en raison de son petit volume, le promener d'une seule main sur toutes les parties du corps, et doser à volonté la force électrique fustigante, en appuyant plus ou moins fortement le pouce sur le bouton du pôle positif.

Aussi ne doutons-nous pas des bons effets thérapeutiques de la faradisation cutanée, pratiquée avec le *fustigateur* dans les anesthésies et les hyperesthésies de la peau, les rhumatismes musculaires, les contractures rhumatismales, les névralgies en général, les angines de poitrine, l'asthme nerveux. Dans tous les cas où il est si important de s'assurer si la mort est réelle ou seulement apparente, comme cela arrive fréquemment dans les décès après les asphyxies en général, le *fustigateur* est appelé à rendre les plus grands services. Appliqué sur le mamelon avec un courant au maximum d'intensité, il doit réveiller la vie si elle n'est pas éteinte complétement, et tout au moins exciter les mouvements du cœur.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

NÉCROLOGIE.

Notre excellent ami, M. Caffe, a reçu plusieurs fois nos félicitations pour le soin pieux qu'il prend de consacrer quelques lignes d'adieu à chaque médecin que la mort nous enlève. Entraîné par les nécessités de notre publicité rapide, nous ne pouvons pas toujours, comme ce serait notre desir, donner asile aux intéressantes, indépendantes notices de M. Caffe; mais celle qu'il publie dans le dernier numéro de son journal est consacrée à un homme qui a trop honoré la profession, pour que nous ne nous fassions pas un devoir de reproduire textuellement l'article de notre ami :

Sigaud (Joseph-François-Xavier), reçu docteur en médecine en 1818, membre de la Société impériale de médecine de Marseille, de l'Athénée de médecine de Montpellier, des Sociétés de médecine de Genève, de la Loire-Inférieure, de la Société médicale d'émulation de Paris, fondateur, en 1830, et président de l'Académie impériale de Rio-Janeiro; fondateur, en 1839, et président de l'Institut historique et géographique du Brésil; fondateur et directeur de l'Institut des jeunes aveugles de Rio-Janeiro, médecin de l'empereur Dom Pedro II depuis 1833, etc., chevalier de la Légion d'honneur et de l'Ordre de Crusério (croix du Sud), etc.

Sigaud, né à Marseille, en 1796, vient de mourir à Rio-Janeiro, où il s'était fixé avec sa femme, depuis le 7 septembre 1825, jour de son débarquement, après avoir déjà exercé pendant sept ans la médecine dans sa ville natale. Sigaud a rendu au Brésil des services signa-

lés, qui lui ont acquis une très-grande et très-méritée réputation. Il créa le journalisme dans ce pays. *L'Echo du Brésil*, publié en français, fut le premier qui parut. Vint ensuite *l'Aurore*, journal politique brésilien. En 1830, il fonda le *Propagateur des sciences médicales*; en 1835, la *Revue sanitaire*, et enfin, *l'Annuaire de la santé publique*. Il s'inspira toujours de principes généreux, et ne transigeait jamais avec ce qu'il croyait être la vérité. Son jugement était très-sûr, et son esprit très-prompt, qualités indispensables au journaliste, qui ne peut ajourner, et auquel le rôle de Fabius Cunctator est impossible. C'est à Sigaud que la ville de Rio-Janeiro dut l'établissement des cimetières hors de son périmètre. Ses publications nombreuses sur l'hygiène publique firent cesser les inhumations pratiquées dans l'intérieur des églises et dans des niches spéciales ménagées dans l'épaisseur des murs, et que l'on scellait ensuite avec une couche de chaux.

Sigaud dut sa position de médecin de l'empereur à une circonstance fortuite. Sa réputation comme médecin était très-étendue, lorsqu'en 1833, une maladie grave mit en danger les jours du jeune empereur, encore mineur. La voix publique appela Sigaud auprès du malade, et il eut le bonheur de le sauver. La récompense naturelle fut la nomination de notre confrère comme médecin de l'empereur. Il conserva dès lors cette position, et l'amitié de Don Pedro II ne lui fit jamais défaut — ce souverain, le plus instruit et le plus lettré parmi tous ceux qui sont aujourd'hui assis sur le trône; aussi est-il le seul monarque qu'il y ait en Amérique, et, sous son règne éminemment constitutionnel, les citoyens jouissent de toutes les garanties désirables. Un Sénat et une Chambre de représentants discutent les lois et protégent les intérêts d'un pays beaucoup plus étendu que la France.

Rien ne manquait aux succès de Sigaud, tout concourait à son bonheur, lorsqu'un chagrin cruel vint le frapper comme père. Sa fille aînée était menacée d'une amaurose double. Il entreprit aussitôt un voyage en Europe, et arrivait à Paris, en août 1843, pour demander des conseils à la science et conjurer le malheur qu'il redoutait: mais ce fut en vain; je constatai avec douleur une amaurose complète et l'atrophie du globe oculaire, c'est-à-dire l'incurabilité la plus absolue. Ce diagnostic, aussi triste pour moi qui le portait le premier, qu'accablant pour la tendresse d'un père, fut de tout point malheureusement confirmée par les nombreux médecins consultés. Cependant, Sigaud prolongea son séjour à Paris pendant une année, il en profita pour faire imprimer le fruit de ses longues recherches faites au Brésil et les résultats de son expérience. Il publia son remarquable ouvrage du *Climat et des Maladies du Brésil, Statistique médicale de cet empire*; un fort volume in-8° (Paris, 1844). Il ne se borna pas à relater tout ce qui était le sujet de ses études personnelles, il sut avec raison relever de l'oubli les travaux de ses devanciers et ceux de ses contemporains. Il fit entre autres connaître la maladie que j'ai désignée sous le nom d'*urine laiteuse* ou *chyleuse*. Il reproduisit *in extenso* (p. 403) l'observation que j'avais publiée d'un cas de ce genre, recueillie sur un jeune Brésilien confié à mes soins, et pour lequel j'avais consulté, à Londres, sir Astley Cooper, Marshall Hall, Carswell et Clark; et à Paris, MM. Rayer et Orfila. Déjà il m'avait été donné l'occasion de constater, avec Orfila, la même maladie chez l'ex-empereur Don Pedro Ier, lors de son passage à Paris.

Le beau *Traité du climat et des maladies du Brésil* valut à Sigaud une lettre autographe très-flatteuse du roi Lous-Philippe, qui lui fit présent d'une bague enrichie de diamants. La presse scientifique lui paya aussi un juste tribut d'éloges. Sigaud, profondément blessé dans ses affections paternelles, retourna à Rio-Janeiro en 1844, avec le projet de renoncer à la médecine militante, et de se borner à la direction de l'Institut ophthalmique qu'il voulait y fonder, et ce double but a été accompli; il fit en cela une fois de plus preuve d'une haute intelligence; les spécialités médicales, en effet, ne doivent être abordées qu'à la fin de la carrière, lorsque le médecin, soucieux d'un repos honorablement acquis, a eu le temps de s'instruire sur toutes les branches de la science.

Les loisirs de Sigaud avaient encore un autre prix. Il les consacrait à la rédaction d'une *Flore médicale complète du Brésil*. Malheureusement pour sa santé, il apportait à ce travail une trop vive préoccupation; il y passait souvent des nuits entières: c'était son rêve à l'état de veille. A la date du 12 février 1856, il m'écrivait:

« Je suis aujourd'hui dans ma retraite à faire une œuvre pénible, « celle de diriger des jeunes aveugles, et, dans mes loisirs, je cherche « à compléter mon *Dictionnaire des plantes du Brésil*; si j'amène « ce travail à bonne fin, je crois qu'en 1857 il faudra encore passer « la mer, aller vous rendre visite pour soigner l'impression de ce « *Dictionnaire* et tenter une deuxième édition du *Climat et des Ma-« ladies du Brésil*. Les épidémies de fièvre jaune et de choléra y « tiendront une nouvelle place, ainsi qu'une foule de faits puisés à « de nouvelles sources jusqu'alors inconnues. »

Cette *Flore du Brésil*, qui devait être un monument scientifique, restée inachevée par la mort de son auteur, ne sera pas perdue. Le souverain qui gouverne si sagement ce riche et vaste pays, a bien voulu en accepter l'offrande.

Sigaud, doué d'une gaieté intarissable, fournissait sa large part à la conversation la plus riche et la plus variée; on était heureux de l'entendre avec ses anciens camarades de collége, ses compatriotes, les phocéens Méry, Gozlan, Reynard, Ferdinand Denis, Lasserre, Marie Aycard, etc. Ces diamants de l'esprit, Sigaud les enchâssait dans la bonté de son cœur. Je possède une centaine de lettres qui toutes le témoignent, en demandant des services pour d'autres que pour lui-même; elles se terminent par sa forme habituelle: « *Adieu, fortune et santé.* » Je me laisse aller à citer une de ses dernières lettres: elle plaît aussi à ma piété filiale:

« Le souvenir de votre excellent père va revivre en recevant ma « lettre des mains de M. de C.... qui retourne à Paris, sur la frégate « *la Forte*, qui vient de terminer la campagne du Kamtchaka. « M. de C.... s'était retiré au Brésil, auprès d'une fille unique, éta-« blie à Pétropolis, colonie allemande située dans les Cordillières qui « environnent la baie de Rio-Janeiro; mais la santé chancelante de « sa femme l'a obligé à quitter sa retraite et à revenir en France. « L'ex-gouverneur de Bougie a été, je crois, un ancien compagnon « d'armes et un subordonné de votre père; je vous le recommande; « il a pris sa retraite, il y a plus de vingt ans, après avoir été aide-« de-camp de Lameth et du maréchal Soult. M. de C.... s'approche, « sain de corps et d'esprit, de la période octogénaire. Aujourd'hui « sans fortune, il a besoin d'un asile. »

Hélas! mon crédit était dépassé, l'Hôtel-des-Invalides étant exclusivement réservé à des hommes. Je ne pus que favoriser l'admission du vieil officier supérieur et de sa femme à l'hospice de Sainte-Périne; là ils se consolent en se rappelant que le même hospice a abrité les derniers jours de l'auteur de la *Marseillaise* et aussi ceux d'un ancien ministre des finances sous Louis XVI.

Le concours pour la place de chef des travaux anatomiques, vacante à la Faculté de Médecine de Montpellier, s'ouvrira décidément le 1er avril prochain. Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 15 mars. (*Rev. thérap. du Midi.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'Insolation et de ses dangers, et de la nécessité, en Afrique, d'adopter l'usage d'un couvre-nuque, pour garantir complétement le soldat contre l'ardeur du soleil, par L. Scoutetten. — Broch. in-8° de 31 pages. Metz, 1857. Imp. F. Blanc.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Adde-Margras. — Un vol. format Charpentier. — Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 30. 5e Année. Mardi 10 Mars 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

De l'application de l'hydrothérapie au traitement des fièvres intermittentes,

Par Paul BASSET, *interne des hôpitaux.*

Mon cher de Castelnau,

Je vous adresse, ci-joint, un travail qui m'a été remis, à destination du *Moniteur des Hôpitaux*, par mon collègue, M. le docteur Alfred Becquerel.

Il s'agit encore des douches froides appliquées au traitement des fièvres intermittentes, mais la question est assez importante pour que je ne craigne pas d'abuser de la patience de vos lecteurs.

Les difficultés que l'on rencontre inévitablement dans les services nosocomiaux n'ont pas permis à MM. Becquerel et Paul Basset de remplir toutes les conditions auxquelles je me suis astreint dans mes divers travaux sur le même sujet. Les dimensions de la rate n'ont pas été rigoureusement déterminées par la mensuration ; les effets *immédiats et directs* de la douche sur le volume de cet organe n'ont pas été étudiés et signalés; livrée aux mains des infirmiers, la médication n'a pas toujours été régulièrement et méthodiquement appliquée; les malades n'ont pas voulu consentir à prolonger suffisamment leur séjour à l'hôpital, etc. Mais les résultats obtenus par M. Becquerel n'en ont pas moins une valeur que les esprits les plus prévenus ou les plus incrédules ne pourront pas contester.

Le succès a été *constant* sur onze malades atteints de fièvres intermittentes de diverses provenances, pour la plupart anciennes et rebelles au sulfate de quinine; l'action exercée par les douches froides a justifié, *en tous points*, les assertions que j'ai émises en 1848 (1), et que j'ai reproduites tant de fois depuis cette époque.

Espérons que M. Becquerel aura des imitateurs, et que l'opinion publique ne tardera pas à ratifier le jugement porté par le maréchal de Saint-Arnaud, et à proclamer qu'il y a « *progrès thérapeutique réel et économie sensible* » à substituer les douches froides au quinquina et aux sels de quinine, à l'arsenic et — voire même — au sel marin,

(1) *Mémoire sur les douches froides appliquées au traitement de la fièvre intermittente*, in *Archives générales de médecine*, numéro de mars 1848.

LES FLÈCHES MÉDICALES.

La fille à mon hôte. — Les candidats académiques.

En creusant un tunnel dans le mont Hymette, la pioche d'un descendant d'Epaminondas brisa un tombeau qui contenait peut-être un de ses aïeux. De ce tumulus s'échappèrent quelques rouleaux de papyrus, que l'Athénien moderne échangea avec bonheur contre une once de tabac de caporal, que lui offrit un membre de l'Institut (section des inscriptions), qui par hasard contemplait ce jour-là le beau ciel de l'Attique.

Nous publions aujourd'hui la savante traduction d'un de ces petits rouleaux que nous devons à cet heureux coup de pioche :

—

Heup ! heup ! heup ! mon cœur bondit comme un coursier fougueux qui sent une ardente cavale.

Un cœur amoureux n'a pas d'âge.

Au bord desséché de l'Ilisus, qui vit enlever Orithie, non loin du stade, est la maison de mon hôte. Depuis quatre lustres, son foyer est le mien. — Quatre lustres, c'est le quart de mon âge. — Il possède une fille. Oh ! qu'elle est belle la fille à mon hôte ! Sa taille est droite et souple comme les roseaux de l'Eurotas ; sa prunelle est noire comme un pruneau de Tours. Vénus n'est pas digne de dénouer sa ceinture.

Heup ! heup ! heup ! mon cœur bondit comme un coursier fougueux qui sent une ardente cavale.

Un cœur amoureux n'a pas d'âge.

Un beau capitaine de la flotte d'Alcibiade voulut obtenir son amour. Il était jeune, aimable, et sa voix, harmonieuse comme la lyre d'Orphée, s'insinuait comme un trait de feu dans le cœur des jeunes beautés.

La fille à mon hôte pansa d'une main pudique les blessures qu'il avait reçues en combattant contre Lysander, mais elle ne mit aucun baume sur la plaie de son cœur.

Heup ! heup ! etc.

Un riche marchand de raisins de Corinthe, retiré du négoce, aima la fille à mon hôte. Il était vieux et laid, mais généreux. Il lui donnait des robes en pourpre de Tyr, et des bijoux précieux ciselés par la main habile de Clytias. Il lui fit même accepter deux talents d'or, mais il n'eut pas celui de se faire aimer par la fille à mon hôte.

Heup ! heup ! etc.

J'arrive à mon tour, sans détour (1). Je suis le fils le plus chéri

(1) Je prie le compositeur de ne pas imprimer : *de Tours.*

à l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, à l'apiol et autres succédanés *ejusdem farinæ*.

Permettez-moi, mon cher de Castelnau, d'emprunter la voix de votre journal pour remercier M. Becquerel de l'honorable franchise avec laquelle il me rapporte le mérite des succès dont il est redevable à la médication hydrothérapique. L'exemple a droit d'être cité, à une époque où le *suum cuique* est plus que jamais dépossédé au profit du *sic vos non vobis*.

Agréez, etc. L. Fleury.

Placé en 1855 à l'hôpital Lariboisière, et en 1856 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Becquerel, j'ai pu être témoin des applications nombreuses de l'hydrothérapie, faites par ce médecin, et basées, la plupart du temps, sur les indications données par M. Fleury, dans son *Traité d'hydrothérapie*.

C'est ainsi que le traitement par l'eau froide a été appliqué à un certain nombre d'états morbides différents, et en particulier aux suivants :

La plupart des variétés de l'hystérie, un certain nombre de névroses convulsives, des névralgies de tous genres, rhumatisme articulaire aigu, les formes diverses et nombreuses du rhumatisme chronique, les paraplégies et en particulier les paraplégies essentielles, les maladies de l'utérus, la maladie de Bright, la fièvre intermittente, et bien d'autres.

Aujourd'hui, et en raison de l'actualité de la question, je parlerai seulement des applications de l'eau froide au traitement des fièvres intermittentes ; plus tard, j'aurai occasion, dans un second mémoire, de parler de toutes les autres, à l'exception toutefois de la maladie de Bright et des affections de l'utérus, dont M. Becquerel s'est chargé lui-même.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Currie employait les affusions froides pendant le stade de chaleur des fièvres intermittentes, et il signale la cessation immédiate de l'accès sous leur influence. Il déclare que si l'on n'administre aucun médicament pendant l'apyrexie, l'accès reparaît à son heure ordinaire.

Il ajoute toutefois les lignes suivantes : « Cependant, les accès suivants ont été quelquefois prévenus par des affusions « pratiquées une heure avant l'époque présumée du retour, et « la maladie a été complétement guérie après quatre ou cinq « affusions de ce genre. »

Les expériences de Currie ont été le point de départ des recherches de M. Fleury sur l'application des douches froides au traitement des fièvres intermittentes (1).

En 1805, Giannini étudie l'action de l'eau froide dans le traitement des fièvres intermittentes, il trouve que la méthode de Wright et de Currie, c'est-à-dire celle des affusions, présente des difficultés d'applications dans un hôpital ; il préfère celle des immersions et fait plonger le malade dans un bain d'eau froide à la température extérieure ; la durée de l'immersion étant de cinq à quinze minutes, il rapporte quinze observations de fièvre intermittente qui l'ont conduit aux conclusions suivantes, que nous rapportons ici d'après M. Fleury :

1° L'immersion froide, pratiquée pendant le stade de chaleur, met immédiatement fin à l'accès.

2° La rémission a lieu non-seulement dans les accès de fièvre intermittente, mais encore dans ceux de fièvre pernicieuse accompagnée d'accidents graves, tels que délire furieux, vomissements violents, convulsions, etc.

3° L'immersion froide établit la périodicité dans les fièvres intermittentes irrégulières pseudo-continues, larvées, et permet aussi d'administrer le quinquina.

4° L'immersion froide favorise, augmente l'action curative du quinquina ; des fièvres qui avaient résisté à ce médicament ont guéri dès que le bain lui eut été associé.

5° Lorsque l'état des voies digestives ne permet point d'administrer des doses suffisantes de quinquina, lorsque le médicament est obstinément rejeté par les vomissements, l'immersion froide apaise l'irritation gastro-intestinale et amène la tolérance.

6° L'immersion froide est le remède de l'accès, mais le quinquina reste celui de l'intermittence ; l'usage exclusif de l'immersion ne guérit point la fièvre intermittente.

Currie et Giannini n'appliquaient donc les affusions, les immersions froides que pendant le stade de chaleur et nullement pendant l'apyrexie, et ils avaient recours au quinquina pour prévenir le retour de l'accès.

Prietsnitz cherche à guérir la fièvre intermittente en provoquant chaque matin les transpirations prolongées et en pratiquant ensuite des ablutions ou le bain froid.

D'après Schedel, il divisa plus tard le traitement en deux périodes :

1° Il traitait l'accès, pendant le stade de froid, en emmaillo-

(1) *Traité d'hydrothérapie*, p. 48, 412 et suiv.

---

d'Hippocrate ; j'ai 16 lustres, mais mon cœur est encore un jeune adolescent. Je ressemble à ces grands volcans aux sommets neigeux et aux flancs remplis de lave brûlante. La lave de mon cœur s'est répandue comme un torrent sur la fille à mon hôte, et j'ai caché les neiges de mon sommet sous les roses blanches de la couronne d'Anacréon.

Heup ! heup ! etc.

La fille à mon hôte m'aima pour moi-même ; elle m'aima de toutes les forces de son âme de vierge ; Cupidon répandit un brouillard propice sur les yeux de mon hôte, et par une sombre nuit, sans pitié pour les dieux du foyer domestique, je l'enlevai à bord d'un vaisseau crétois, comme un vautour qui ravit une blanche colombe.

Heup ! heup ! etc.

De l'Hymette au Cordylus, du Pantélique au Pyrée, le peuple parla de mon enlèvement, qui fit plus de tapage que celui des Sabines ; le bruit courut même que j'en étais l'innocente victime, et on chanta mes malheurs sur l'air du *Sire de Franc-Boisy*, dont je plains les infortunes.

Heup ! heup ! etc.

Après une extase de trente jours — filés d'or et passés à l'ombre des lauriers roses d'Italie, — la fille à mon hôte tourna ses beaux yeux humides vers le foyer paternel. Je résolus d'implorer son pardon, et, pour apaiser mon hôte, je me fis précéder de riches présents.

Heup ! heup ! etc.

J'espérais que notre arrivée serait saluée par les aboiements joyeux du fidèle Médor ; mais j'avais compté sans mon hôte. Une troupe nombreuse et bien armée s'empara de moi, m'entraîna au temple de l'hymen dont j'aurais désiré ne pas dépasser le seuil, et j'en sortis, hélas! l'heureux époux de la fille à mon hôte.

Heup ! heup ! etc.

Il y a quelques jours, accablé sous le poids de mon bonheur, je parcourais lentement la voie des trépieds. La fille à mon hôte s'arrêta devant un petit berceau d'enfant ; elle souriait en me regardant, et je sentis une douce larme baigner ma paupière.

Heup ! heup ! heup ! mon cœur bondit comme un coursier fougueux qui suit une ardente cavale.

Un cœur amoureux n'a pas d'âge.

Les savants qui font la queue pour un fauteuil académique, peuvent être classés en plusieurs catégories.

Ici, j'ouvre une grande parenthèse pour examiner un peu la signi-

tant et frictionnant avec le drap mouillé fréquemment renouvelé, et pendant le stade de chaleur, avec des ablutions générales ou des frictions dans un bain partiel ;

2° Dans l'intervalle des accès, chaque matin, emmaillotement dans le drap mouillé, frictions dans un bain partiel lorsque la chaleur est rétablie ; ceinture excitante placée autour de l'épigastre et des hypochondres ; eau froide à l'intérieur à haute dose ; exercice ; quelquefois des immersions dans le grand bain et des lavements froids (Schedel).

M. Schedel a rapporté des observations de guérison ainsi obtenues.

C'est à M. Fleury que l'on doit véritablement d'avoir formulé le traitement des fièvres intermittentes par l'eau froide, et c'est à lui que nous n'hésitons pas à en rapporter tout l'honneur.

Voici de quelle manière il formule lui-même son traitement :

« Je laisse les accès suivre leur marche, aucun modificateur n'a été mis en usage pendant leur durée.

« Pendant l'apyrexie, je n'ai eu recours à aucun agent pharmaceutique, et je me suis abstenu du régime froid, des boissons à haute dose, des sudations, des lotions, des emmaillotements, etc., prescrits par les hydrothérapistes.

« Le traitement a consisté exclusivement en douches froides administrées une heure ou une demi-heure avant le retour présumé de l'accès, et pendant les jours d'apyrexie.

« Les malades ont reçu simultanément une douche en pluie générale et une forte douche locale de 3 centimètres de diamètre, dirigée sur la région splénique. »

M. Fleury rapporte ensuite plusieurs guérisons incontestables de fièvres intermittentes rebelles (11 cas) traitées et guéries par ce moyen. C'est la lecture de ces observations et l'étude du traitement mis en pratique sous ses yeux, à Bellevue, sur quelques malades, qui ont engagé M. Becquerel à répéter les expériences de M. Fleury.

Nous diviserons notre travail en quatre sections :

1° Le choix des malades ;
2° Le mode d'administration de l'eau froide ;
3° Le résumé des observations que nous avons recueillies ;
4° Les conclusions auxquelles conduisent nos observations.

I. Du choix des malades.

Le choix opéré parmi les malades admis dans les hôpitaux pour y être traités des fièvres intermittentes, domine toute la question de la thérapeutique de cette maladie.

Sous ce rapport, plusieurs cas peuvent se présenter :

D'abord, la fièvre intermittente peut s'être développée à Paris, et sous l'influence des causes inhérentes à cette ville même. Telles sont celles qui sévissent quelquefois sur les habitants des bords du canal Saint-Martin et de la Bièvre.

Le développement de ces fièvres, qui se montrent particulièrement sur des ouvriers mal vêtus, mal nourris, mal logés, est favorisé par un travail assidu et sans relâche et par l'influence des vicissitudes atmosphériques. Ces fièvres guérissent souvent avec une facilité extrême et quelquefois même sans traitement. Il suffit d'une entrée à l'hôpital, de la cessation du travail, du séjour au lit, de conditions hygiéniques meilleures, pour voir les accès disparaître spontanément, presque immédiatement après l'entrée des malades, ou seulement quelques jours après.

Chez un certain nombre de ces mêmes sujets, il faut, il est vrai, agir avec un peu plus d'énergie, et un ou deux purgatifs sont nécessaires pour couper les accès et faire disparaître la fièvre.

Dans ces cas divers, si l'on s'était pressé d'administrer, dès l'entrée des malades, un traitement contre la fièvre intermittente, on aurait pu être conduit à attribuer à ce traitement une efficacité qu'il n'aurait pas, et à mettre sur son compte une guérison qui aurait probablement eu lieu sans lui, et comme résultat du repos, de meilleures conditions hygiéniques ou de purgatifs.

Il résulte de là que l'on doit établir comme une règle dont il ne faut pas se départir, et que M. Becquerel a suivie en cette circonstance : que lorsqu'un individu atteint de fièvre intermittente, surtout contractée à Paris, est admis dans un hôpital, il faut attendre deux ou trois jours et administrer un ou deux purgatifs. Lorsqu'on aura rempli cette condition, si les accès de fièvre intermittente reviennent et reparaissent avec les caractères qui leur sont propres, on peut leur opposer telle ou telle médication, et être certain, si cette médication guérit, qu'elle leur convenait parfaitement.

Dans une autre série de cas, se trouvent les fièvres intermittentes qui ne sont que la récidive des maladies semblables contractées dans d'autres localités de la France, ou dans d'autres climats.

Ces récidives sont souvent alors le résultat d'une imprudence, d'un refroidissement, d'une émotion morale, d'un excès de travail, etc.

A ces récidives, tout ce que nous avons dit tout à l'heure s'ap-

---

fication du mot SAVANT. D'après le dictionnaire, ce mot signifie *qui a beaucoup de science;* je cherche le mot SCIENCE, et je trouve : *connaissance d'une chose;* de sorte qu'un homme qui a des connaissances quelconques, même de mauvaises connaissances, peut se flatter d'être un savant. Ainsi, un cordonnier ambulant qui restaure une empeigne avec art, ou pose adroitement un béquet, a le droit de se dire un savant; il peut même supprimer savetier, qui devrait se lier intimement à cette qualification. L'épicier qui connaît à fond l'art des falsifications et des sophistications, est un savant épicier, à moins qu'il ne s'intitule un savant chimiste. L'escamoteur, qui pulvérise votre montre dans un mortier et vous la rend ensuite parfaitement réglée, qui fait sortir de votre chapeau tout un parterre de fleurs, est un savant physicien. Ah! mon Dieu oui! il faut que MM. Pouillet, Desprets et Gavarret en prennent leur parti, les Robert-Houdin sont maintenant des physiciens; seulement, ils appellent leur physique *amusante,* pour la distinguer de l'autre qui, paraîtrait-il, est fort peu récréative. Il faut convenir cependant que ces savants-là ne manifestent, en général, aucune ambition académique.

Comme on le voit, le mot SAVANT est élastique dans ses applications. Je dois ajouter que, de plus, il ne jouit pas d'un sens absolu, et qu'en sa qualité d'adjectif, il tire toute sa valeur de la comparaison. Par exemple, si je compare M. Valenciennes avec un lourd Auvergnat arrivant de Saint-Flour, où il n'a jamais appris même à lire, évidemment M. Valenciennes sera un savant, même transcendant, et l'Auvergnat, un âne bâté, un crétin, propre uniquement à rétamer les casseroles et à raccommoder la faïence. Mais si je compare M. Valenciennes à Cuvier, il est évident que cette fois, c'est Cuvier qui sera le savant.

Maintenant que, grâce aux définitions, je ne sais plus au juste ce que c'est qu'un savant, je ferme mon dictionnaire et ma parenthèse, et j'en reviens à mes catégories.

Donc, il y en a plusieurs. Je pense qu'en écartant les sous-genres et variétés, on peut en admettre trois. La troisième, pour commencer comme dans l'Evangile, est composée de savants qui ne savent absolument rien, ou du moins si peu que rien, qui n'ont même pas eu l'intelligence de découvrir une planète, dans le genre de celle de M. Le Verrier, qui n'ont pas même découvert le moyen de se faire des protecteurs, qui ne sont ni intrigants ni capables de commettre toutes sortes de bassesses pour parvenir, qui n'oseraient point jeter de la fange à ceux qui leur ont fait du bien, ni passer un bourbier à la nage en cas de besoin. On comprend qu'un homme qui est à ce point ignorant des petits moyens qu'à défaut de talents on emploie pour se tirer de la foule, n'a aucune chance de parvenir. Il ne se fait, en effet, aucune illusion sur ce point, et continue à se porter perpétuellement candidat à toutes les places vacantes. — Mais pourquoi? — C'est pour lui une position sociale, c'est un titre qui fait beaucoup d'impression sur la foule; on se dit : Tiens! mais X.... est moins inepte que je le supposais! il se présente pour occuper un fauteuil à

plique parfaitement, et il ne faut bien souvent que la disparition de la cause, le séjour au lit, et un ou deux purgatifs, pour que la fièvre disparaisse complétement. — Il faut donc, comme dans le premier cas, lorsque de pareilles fièvres sont admises dans les hôpitaux, attendre avant d'essayer une médication nouvelle. Cependant, il est d'observation que les fièvres de cette seconde catégorie ne cèdent pas aussi facilement que les premières, qu'elles résistent au repos et aux purgatifs. Il faut alors administrer quelques doses de sulfate de quinine ou de quinquina, et il est rare alors qu'on ne s'en rende pas maître avec facilité. Ce ne sont pas ces cas qu'il faut encore choisir pour essayer une médication nouvelle. On pourrait objecter que tout autre traitement aurait également réussi, et qu'il est inutile d'expérimenter une médication souvent active, qui pourrait éprouver le malade un peu vivement, tandis qu'avec quelques doses de sulfate de quinine, on aurait pu facilement faire disparaître les accès.

On ne choisira donc pas ces malades pour expérimenter.

Il y a enfin des individus qui ont gagné des fièvres intermittentes rebelles dans des climats chauds ou dans nos marécages les plus insalubres de France : les uns en Sologne, les autres dans la Dambes, d'autres en Crimée, d'autres en Algérie, d'autres au Sénégal ; ces fièvres intermittentes ont une ténacité déplorable ; elles récidivent sans cesse et avec la plus grande facilité. Le sulfate de quinine et le quinquina, qui d'abord permettent de se rendre maître des premières rechutes, finissent par rester impuissants ; on en donne des quantités considérables, on y persévère des semaines et même des mois, et ils n'ont plus qu'une action incertaine. Ces médicaments fatiguent alors l'estomac, produisent des gastralgies intenses, des diarrhées rebelles, et les malades, fatigués, finissent par refuser d'en prendre davantage.

Voilà surtout les cas qu'il fallait choisir pour essayer la médication hydrothérapique.

Les malades, fatigués des médicaments qu'ils ont pris à l'intérieur, ne demandent pas mieux que de laisser employer sur eux une médication nouvelle ; ils vont même au devant et favorisent en quelque sorte son application.

M. Becquerel a rencontré quelques-uns de ces cas, et il n'a pas manqué de les soumettre au traitement froid. On conçoit que, chez de pareils malades, la réussite ait une valeur très-grande et tout autre que celle qu'elle aurait chez les malades que nous avons classés dans les deux premières catégories.

II. Du mode d'administration.

M. Fleury, comme nous l'avons vu, fait administrer immédiatement avant l'accès et à l'instant le plus rapproché possible de son début, deux douches froides simultanées : l'une en pluie dirigée sur tout le corps ; l'autre, avec un jet d'un diamètre de 3 centimètres, dirigée spécialement sur la rate. Nous n'avons rien à objecter contre ce mode d'administration, il convient surtout aux individus qui ont la rate grosse et développée, mais il est un certain nombre de cas dans lesquels la rate n'est pas sensiblement plus volumineuse qu'à l'état normal. Nous ne pensons pas, sans toutefois préjuger en rien les idées de localisation de la fièvre intermittente, que chez un malade il y ait lieu d'appliquer régulièrement le traitement. La prescription consistait alors à ordonner immédiatement ou le plus près possible de l'accès, deux douches froides simultanées, l'une en pluie, la seconde en jet, cette dernière promenée sur tous les points du corps et dirigée cependant plus particulièrement vers la région splénique.

Nous ferons observer ici, en passant, que les douches en jet de l'hôpital Lariboisière et de la Pitié n'ont jamais eu 3 centimètres de diamètre mais un seul. De plus, leur énergie n'est pas tout à fait aussi grande que celle de la douche employée par M. Fleury dans l'établissement de Bellevue, celle de l'hôpital de la Pitié, actuellement changée du reste, était moins énergique que celle de l'hôpital Lariboisière. Nous avons dû faire ces observations parce que, si l'on a réussi avec de tels éléments de traitement, on aurait bien mieux réussi encore avec un outillage plus complet et des douches plus convenablement organisées.

La durée des deux douches était de deux minutes au moins, de trois au plus. Les malades étaient immédiatement essuyés avec une toile un peu dure non chauffée ; on les faisait, autant que possible, habiller rapidement et exécuter une petite promenade ; si à cause de la mauvaise saison cette condition ne pouvait être remplie, on les reportait immédiatement dans un lit bien chauffé.

Une dernière observation : par suite de la négligence assez commune parmi les infirmiers des hôpitaux de Paris, il est arrivé souvent que, malgré les réclamations instantes des malades eux-mêmes, on ne les a pas conduits à la douche dans l'instant convenable prescrit par le médecin, et l'on a attendu le commencement du frisson. Cette observation est d'autant plus im-

---

l'Institut ou à l'Académie de Médecine. (Quand c'est à l'Académie de Médecine, cela s'écrit toujours fauteuil, mais on prononce banquette). Il paraît que c'est un homme de mérite ; mais alors, il doit être beaucoup plus savant que notre médecin, qui n'est de rien du tout ; quand je serai malade, c'est lui qui maintenant nous soignera.

Le public croit généralement qu'un candidat est une moitié d'académicien, qu'il a déjà une.... partie de sa personne sur le fauteuil, et que l'autre ne tardera pas à le remplir complétement. Ce candidat amateur ne gêne personne ; il fait queue pour être vu des passants ; il est vu, cela lui suffit.

La seconde catégorie se compose de savants qui savent quelques petites choses, qui ont fait quelques petits ouvrages, écrits avec une paire de ciseaux ; ils savent admirablement découper un très-mauvais petit manuel sur l'anatomie pathologique ou sur tout autre point de la médecine, dans dix volumes de véritable science ; ils savent faire des traités pleins d'aphorismes *coccigruéliques* et d'aperçus *lapalissiques*. C'est peu, mais, enfin, cela leur suffit pour s'intituler candidats, et, de plus, pour leur permettre de découvrir dans le lointain, avec la longue vue de l'espoir, un fauteuil académique.

D'autres ont moins de titres encore, mais ils assiégent les tribunes académiques pour que leurs noms soient répétés par les journaux scientifiques ; ils viennent lire, d'un air magistral, des mémoires sur l'action thérapeutique du mouron ou de l'escargot, ou sur l'analyse chimique de la sueur du hanneton. Aussitôt qu'une découverte surgit à l'horizon scientifique, ils en réclament la priorité, ils crient au plagiat, se lamentent et font tant de bruit autour d'eux, que le véritable auteur, intimidé, est presque disposé à leur abandonner la moitié de la découverte pour sauver le reste. Ajoutez à cela que ce candidat est le très-humble serviteur des gros bonnets et de tout individu ayant un pouvoir quelconque ; il flatte leurs rancunes et frappe sur plus faible que lui avec un courage indomptable. Il se dédommage de cette pénible contrainte en disant tout bas pis que pendre de ses nobles suzerains, quand ils tournent le dos, et en leur jouant, sous le masque prudent de l'anonyme, tous les mauvais tours qu'il peut machiner sans trop s'exposer. Quand le maître se retourne, ils essuient humblement avec leur mouchoir la boue qui macule ses bottes, pour ne point être trop salis par le coup de pied qu'on leur administre souvent dans un moment d'humeur, mais qu'ils reçoivent toujours en souriant et dans la pose gracieuse du gladiateur romain qui tombait dans le cirque. Leur flair est plus fin que celui du corbeau, ils sentent la mort d'un académicien six mois à l'avance.

Aussitôt qu'une succession est ouverte, ils se précipitent, se bousculent, se déchirent entre eux, se prennent réciproquement au collet pour se barrer la route. Dans cette ardente poursuite, dans cette curée délectable d'une place académique, ceux qui ont le moins de titres ont les meilleures jambes et les meilleurs coudes : il faut bien que par leur ardeur ils compensent ce qui leur manque du côté du fond. Ils savent à propos donner des poignées de main au portier, saluer pro-

portante à faire que, malgré cette chance d'insuccès encore, on a réussi.

Aucune autre espèce de médication froide, que ces deux douches simultanées, n'a été employée dans les expérimentations dont nous allons maintenant rendre compte.

III. Observations.

OBS. I. — Legrain (Marie), âgée de 18 ans, couturière, entrée à l'hôpital de la Pitié, le 12 février 1856. Jeune fille, placée dans de bonnes conditions hygiéniques et bien nourrie. Elle habite Paris depuis dix-huit mois; elle est née et a habité jusque-là dans le Jura, où elle a contracté des fièvres intermittentes antérieures. Réglée à 15 ans pour la première fois, elle a vu la menstruation devenir très-irrégulière à partir de l'invasion des fièvres intermittentes.

La première invasion de fièvre intermittente eut lieu il y a trois ans, dans son pays ; elle présentait le type tierce bien caractérisé ; elle se montra avec une telle intensité et une ténacité tellement grande, qu'elle dura d'une manière à peu près constante pendant six mois. Elle fut bien traitée, mais, malgré la répétition du sulfate de quinine, les accès reparaissaient toujours quelques jours après avoir été coupés.

La deuxième invasion eut lieu il y a un an, à Paris, la fièvre intermittente fut encore tierce. Elle dura trois mois dans les mêmes conditions que la précédente, c'est-à-dire qu'on s'en rendait maître avec du sulfate de quinine, mais que quelques jours après elle récidivait.

La troisième invasion, celle pour laquelle la malade est entrée à l'hôpital, remonte à dix jours. Elle a eu cinq accès avant son entrée.

Le 19, à la visite, elle nous présente tous les attributs d'une anémie d'une médiocre intensité ; sa figure est un peu pâle et légèrement jaunâtre ; elle se plaint de gastralgie et d'une constipation habituelle ; elle accuse des palpitations, de la dyspnée par la marche et l'ascension ; un bruit de souffle existe au premier temps du cœur, à la base, et se prolonge d'une manière intermittente dans les carotides. La rate a conservé sa forme et son volume normal, la région splénique n'est pas douloureuse.

L'accès est survenu ce jour-là à quatre heures du soir ; il a été caractérisé par des frissons, de la chaleur et des sueurs qui, commencées à huit heures du soir, se sont prolongées une partie de la nuit.

On laisse reposer la malade jusqu'au 22, jour auquel on lui administre un purgatif. (Eau de Sedlitz à 45 gr.)

Le 23, la fièvre revient avec les mêmes caractères et une notable intensité.

Le 25, on commence le traitement hydrothérapique, qui se compose de deux douches froides simultanées, administrées à trois heures du soir.

Dès le premier jour, la fièvre est coupée complétement, et il n'y a aucune trace de l'accès.

M. Becquerel fait continuer huit jours de suite et à la même heure (3 heures) le même traitement. Aucun accès ne reparaît ; la malade sort de l'hôpital complétement guérie et enchantée du traitement. On n'en a pas entendu parler depuis.

OBS. II. — Maille (Joseph), âgé de 55 ans, né à Paris, journalier, entré le 31 mars 1856. Cet homme est placé dans des conditions hygiéniques assez mauvaises. En 1829, il partit pour l'Afrique comme soldat, il habita Oran et Alger pendant quatre ans. Durant son séjour dans ce pays, il fut pris de fièvres intermittentes revenant tous les deux jours et qui durèrent trois semaines. Le sulfate de quinine les fit disparaître. Après ces quatre ans, en 1833, il revint en France, où il resta, sans ressentir d'accès de fièvre, jusqu'en 1839. A cette époque, il retourna en Afrique, où il séjourna jusqu'en 1841. Cette fois, il n'eut pas de fièvre, mais il fut pris d'une ophthalmie dont il a parfaitement guéri.

En 1841, de retour à Paris, ayant quitté l'état militaire, sa santé était bonne et sa constitution robuste ; il devint homme de peine et gagnait assez bien sa vie.

Au mois de mai 1855, il retourna comme colon en Afrique et y exerça la profession de jardinier à Staoueli ; au bout de six mois, il fut occupé à des travaux à la Beghaïa, et restait une partie de la journée dans un marais considérable, ayant de l'eau au-dessus des genoux. Là il fut repris des fièvres intermittentes, qui n'étaient pas bien réglées. Il entra à l'hôpital d'Alger et y resta une vingtaine de jours ; il en sortit se croyant guéri ; mais depuis le mois de novembre 1855 jusqu'au mois de février 1856, il fut obligé d'y rentrer à cinq ou six reprises différentes. Enfin, le 15 février, d'après les conseils des médecins, il revint en France, et y rapporta la fièvre. Obligé de rester quelque temps à l'hôpital de Lyon, il n'arriva à Paris que le 22 mars. Depuis son arrivée dans cette ville, la fièvre a continué.

Le premier accès parut le 24 du mois, il n'en ressentit aucune atteinte les jours suivants. Le 29 paraît le deuxième accès, et le 31, jour de son entrée, le troisième.

Le 1er avril, le malade est pâle, le teint un peu jaunâtre ; ses forces sont diminuées, il est notablement amaigri. Le tube digestif ne pré-

---

fondément le garçon de bureau, qu'ils appellent : mon cher monsieur, et inviter les huissiers à dîner. Ils possèdent au suprême degré le talent de se glisser dans les familles académiques, et trouvent le moyen de séduire jusqu'au chien de la maison.

Il en est un qui a sollicité la protection du titulaire lui-même pendant sa dernière maladie.

Un autre s'est glissé au chevet d'un académicien moribond, s'est fait son infirmier, a préparé ses tisanes, ses cataplasmes et son bassin jusqu'au dernier moment, puis s'est gravement présenté pour le remplacer comme son élève unique et chéri, comme le seul héritier de ses doctrines et le seul dépositaire de ses secrets scientifiques.

Un autre — leur maître à tous — choisit le moment propice pour imaginer une grande découverte qui stupéfia, étourdit, bouleversa les savants et les tint le nez en l'air le temps qu'il fit ses petites affaires. On reconnut bientôt que cette grande découverte était une mystification aussi complète que celle de la découverte des hommes dans la lune, mais le tour était joué et l'inventeur, membre de l'Institut.

Voilà comme on parvient, un peu crotté peut être, mais pas plus que le cheval vainqueur d'un *steeple-chase ;* on en a jusqu'aux oreilles, pas davantage. Le candidat qui a de pareilles ressources dans l'esprit peut arriver à tout, et il n'est pas nécessaire de regarder à travers le grand télescope de l'Observatoire, pour en reconnaître qui sont perchés sur les plus hautes places scientifiques, où ils gloussent et font la roue de manière à faire illusion au vulgaire qui les regarde d'en bas. Les médiocrités de cette catégorie parviennent ordinairement avec moins d'éclat, mais cependant le plus grand nombre arrive, et finit par former, dans les académies, une minorité imposante.

La première catégorie se compose de vrais savants, modestes ou non, intrigants ou non, ayant des titres sérieux, et qui, généralement, finissent par obtenir le fauteuil. Evidemment, les titres ne sont pas égaux, ni les chances non plus ; si le candidat enfourche l'intrigue, il arrive plus vite, car, malheureusement, le savant modeste qui persisterait à rester dans son coin serait bientôt oublié. En ce bas monde, un peu d'intrigue ne nuit pas, on peut même dire qu'un peu n'est pas toujours assez. Il faut avoir à un haut degré la conscience de sa force pour attacher son mouchoir à un fauteuil académique, comme on marque sa place au parterre d'un théâtre, et pour dire : un jour je m'assierai là, je ne sais pas quand, mais enfin, c'est ma place ; il est possible que j'en sois séparé par l'épaisseur de trois à quatre nullités ; j'attends mon heure avec confiance.

Quelquefois, l'heure qui sonne est celle de l'éternité, et le savant meurt sans être immortel.

Dr JOULIN.

sente aucune altération ; la rate est développée et notablement plus volumineuse qu'à l'état normal; le foie ne l'est pas. Le cœur présente un bruit de souffle au premier temps à la base ; il n'existe aucun souffle dans les carotides.

D'après les renseignements donnés par le malade, M. Becquerel prescrit de commencer le traitement le 2 avril, jour de l'accès de fièvre, qui devait reparaître à onze heures du matin.

Ce traitement consiste dans les deux douches froides simultanées : une en pluie et une en jet sur toute la surface du corps, mais spécialement sur la région splénique.

Ce jour-là, le traitement n'empêcha pas le développement de l'accès de fièvre, *qui toutefois est moins fort.* On continua le traitement à la même heure (10 heures) le 3 et le 4.

Le 3, il n'y a aucun accès.

Le 4, l'accès reparaît malgré le traitement, mais plus faible que celui du 2.

Le 6 et le 8, les accès continuent de paraître ; *il n'y a pas de frissons et la chaleur arrive de suite, les sueurs sont peu abondantes.*

Le 10, *l'accès ne se montre pas.* On continue le traitement du 10 au 28, et aucun accès ne reparaît désormais.

Le malade sort le 30 avril dans un excellent état.

Le 6 mai, ayant fait dix lieu à pied la veille, il éprouve une rechute et rentre à l'hôpital le 9 ; dès le 10 on le soumet de nouveau au traitement par les douches froides, on les continue huit jours et aucun accès ne reparaît ; il sort huit jours après sans avoir éprouvé de nouveaux accès.

Nous n'en avons pas entendu parler depuis.

Obs. III. — Samson (Pierre), âgé de 36 ans, profession de tanneur, entré à l'hôpital de la Pitié le 14 mars 1856.

Conditions hygiéniques assez médiocres.

Cet homme habite Paris depuis dix jours, il y est arrivé malade, sa santé a toujours été bonne pendant son séjour en France et pendant quatre ans qu'il passa, de 1844 à 1848, dans l'Afrique septentrionale. Parti de nouveau pour l'Afrique à la fin de 1853, il y fut pris, en mai 1854, de la dysenterie, il est resté quatre-vingt-quatorze jours à l'hôpital, une fois sorti, il fut encore près de deux mois à se rétablir complétement. A cette époque il gagnait bien sa vie, se nourrissait bien et logeait dans un endroit sain. Mais n'ayant plus d'occupation, il fut obligé d'aller travailler à la Réghaia, au milieu des marais, et de loger dans cet endroit malsain ; il était occupé à dessécher un marais entretenu par une rivière qui va se jeter dans la mer, et qui, lors du reflux ou d'une légère tempête, verse son trop plein dans le marais. Le malheureux travaillait depuis le matin jusqu'à dix heures, ayant de l'eau jusqu'au-dessus des genoux, se reposait vers le milieu du jour à cause de la trop grande chaleur, puis se remettait à ses travaux malsains depuis deux heures jusqu'au soir. Après deux mois de ce travail, le 8 juillet 1855, il est atteint de fièvre intermittente ; les accès étaient quotidiens et revenaient tous les jours à onze heures du matin ; ils duraient jusqu'à quatre heures du soir.

Il resta deux mois malade, on le traita par le sulfate de quinine ; il quitta l'hôpital d'Alger, guéri.

Cinq jours après être retourné à son travail la fièvre le reprit et ne le quitta plus, alors le médecin en chef de l'hôpital d'Alger le renvoya en France.

Depuis son retour, il fut obligé de s'arrêter à Marseille cinq jours, à Valence quatorze jours, à Tonnerre un mois, pour se rendre maître de la fièvre qui le quittait et le reprenait continuellement.

Pendant tout ce temps il fut traité par le sulfate de quinine qui arrêtait les accès, mais ne le guérissait pas radicalement. Arrivé à Paris le 5 mars, il fut repris aussitôt de la fièvre et il est entré à l'hôpital le 14 mars, après avoir eu, la veille, des vomissements et de la diarrhée.

Etat le 15 mars. — Bon état général des forces. Décubitus variable. Teint jaune, cachectique ; bon appétit.

Intégrité du tube digestif, du cœur et de la poitrine. Sa rate est fortement hypertrophiée ; l'accès de fièvre qui reparaissait tous les jours à huit heures du matin depuis son retour à Paris, ne reparut plus qu'à six heures du soir le jour de son entrée à l'hôpital, dura cinq à six heures. A la visite, le pouls est calme, bat 60 pulsations. Les accès reparaissent à la même heure, c'est-à-dire de quatre à six heures du soir les jours suivants.

Traitement. — La quinine ayant toujours échoué, M. Becquerel résolut d'appliquer le traitement hydrothérapique, et il prescrivit les deux douches froides simultanées une demi-heure avant l'accès, l'une en pluie sur tout le corps, la deuxième en jet sur la rate et le reste du corps.

15 mars. Le malade prend sa première douche ; *pas d'accès de fièvre.*

Le 16, *on oublie de donner les douches, l'accès reparait* aussi caractérisé ; cependant il y a peu de frisson.

Le 17, la douche est donnée et la fièvre ne vient pas.

Du 18 au 22, on continue le même traitement, la fièvre ne reparaît pas.

Le 22, suppression momentanée des douches, la fièvre reparaît.

Le 23, on les reprend à onze heures du matin.

Du *24 mars au 3 avril,* on continue les douches, les accès ne reparaissent pas.

La rate diminue notablement de volume ; ce jour-là le malade accuse un peu de toux, et il présente des signes d'une bronchite légère qui engage M. Becquerel à suspendre momentanément les douches.

Du 3 au *15 avril,* le malade est gardé à l'hôpital, on soigne sa bronchite et aucun accès ne reparaît, le 15 avril, il quitte l'hôpital sur sa demande, ne présentant aucun trouble de la santé qu'une légère anémie.

Obs. IV. — Casteran (Jean), âgé de 18 ans, garçon maçon, entré le 24 juin 1856, habite Paris depuis le 2 mai.

Cet homme, malade depuis le 19 mai, est entré à l'Hôtel-Dieu à cette époque ; il y éprouva des accès de fièvres intermittentes qui furent traitées par le sulfate de quinine ; il en sortit complétement guéri le 28 ; à sa sortie, il reprit son travail, et onze jours après, il était obligé d'entrer à la Charité, pour de nouveaux accès de fièvre ; il en sortit le 17 juin, se croyant guéri, resta cinq jours chez lui sans travailler, entra enfin à l'hôpital de la Pitié le 24 juin.

Etat actuel le 25 juin. — Le malade est pâle, décoloré, dans un état de faiblesse assez grand ; il existe au cœur, à la base et au premier temps, un bruit de souffle très-fort, se propageant dans les carotides. Le pouls est faible, régulier ; il n'y a pas de fièvre. Il se plaint de céphalalgie, d'étourdissements et de gastralgie ; le tube digestif ne présente pas d'altérations. La rate a conservé son volume normal.

Les accès de fièvre sont quotidiens ; ils reviennent le soir et sont nettement caractérisés par du frisson, de la chaleur et des sueurs qui persistent une partie de la nuit. On laisse le malade reposer les 25, 26, 27 et 28 juin ; les accès persistent. On commence le traitement froid, c'est-à-dire les deux douches froides simultanées, qui sont administrées tous les jours à cinq heures, heure présumée du retour de l'accès.

Dès le premier jour du traitement, l'accès ne revient pas. On les continue huit jours sans interruption, on les cesse au bout de ce temps ; aucun accès ne reparaît, et le 12 juillet, le malade, toujours un peu anémique cependant, quitte l'hôpital. Nous n'en avons pas entendu parler depuis.

Obs. V. — Massot (Martin), âgé de 23 ans, tailleur, est entré à l'hôpital de la Pitié le 11 août 1856 ; cet homme est arrivé tout récemment à Paris ; il est tombé malade depuis le 24 juin.

Il se nourrit bien habituellement, et est placé dans d'assez bonnes conditions hygiéniques.

Cet homme, d'une santé habituellement assez bonne, a été occupé aux environs de Blois, aux inondations. Son travail dura du 22 mai au 24 juin, époque à laquelle il fut pris de fièvre intermittente à forme tierce ; il entra à l'hôpital de Blois le 25 juin, il y fut traité par le sulfate de quinine, et au bout de dix jours, il sortit guéri.

Dix jours après sa sortie, il fut repris des mêmes accès, et la même médication permit de s'en rendre maître. Il sort guéri. Il revient à Paris le 20 juillet, et le 28, il était repris de fièvre, qu'il traita cette fois lui-même, par le sulfate de quinine. La fièvre ayant encore récidivé, il se décida à entrer à l'hôpital le 11 août.

Etat le 12 *août.* — La face est jaune; elle présente le cachet de l'anémie paludéenne; il existe un bruit de souffle à la base et au premier temps du cœur, il se prolonge dans les carotides, il n'y a aucune infiltration des jambes. La rate est un peu hypertrophiée; les accès de fièvre reviennent tous les deux jours, à 7 heures du matin; ils sont bien caractérisés, et durent une partie de la journée.

Le 13 et le 15, les accès de fièvre reviennent.

Le 17, cinq jours après son entrée, on commence le traitement hydrothérapique, deux douches froides simultanées à six heures du matin. Le premier jour du traitement, l'accès de fièvre n'est pas coupé par les douches froides. On les continue les jours suivants; le 19, l'accès ne revient pas. On continue le traitement huit jours, l'accès ne reparaît pas; le malade sort complétement guéri le 30 août.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Emploi du perchlorure de fer contre les hémorrhoïdes,

Par M. le Dr Deleau, *médecin de la Roquette.*

Peut-on m'accuser de témérité à venir, modeste expérimentateur, porter quelques paroles consolantes dans une discussion grave, soulevée par des hommes de mérite, avec d'autant plus d'empressement que le corps médical tout entier est en émoi à propos de l'écrasement linéaire des hémorrhoïdes par la méthode nouvelle de M. le docteur Chassaignac?

L'affection hémorrhoïdale régulière ou périodique, dans les deux sexes, est une maladie pénible, douloureuse, et, de plus, une infirmité dégoûtante par ses suites. Les praticiens se sont occupés à combattre les prédispositions au flux hémorrhoïdal qui, souvent détermine, par ses retours irréguliers, soit des hémorrhagies abondantes, causes de cachexie ou d'anémie, soit des fistules, soit des tumeurs hémorrhoïdales de grosseur variable, avec ulcérations, rétrécissements de l'intestin, tubercules carcinomateux, etc.

Deux questions, l'une médicale, l'autre sous la dépendance de la main habile de l'opérateur, se présentent naturellement à l'esprit.

L'affection hémorrhoïdale peut-elle être supprimée sans avoir à redouter les dangers d'une métastase sur des organes essentiels à la vie? Une erreur fâcheuse s'est popularisée, en accordant un brevet de santé à tout individu gratifié de l'avantage de posséder, à la partie inférieure du rectum, une incommodité avec privilége du *noli tangere,* par la raison que les causes qui donnent naissance aux hémorrhoïdes sont souvent inconnues, et que la médecine est impuissante à les combattre avec efficacité.

Quelquefois les hémorrhoïdes se dissipent pour toujours, mais, le plus souvent, elles se perpétuent sous l'influence de causes diverses et inconnues pour constituer une infirmité cruelle que le médecin doit chercher à faire dissiper, ou au moins à soulager des pénibles souffrances par tous les moyens thérapeutiques que lui fournit la matière médicale.

Les saignées générales ou locales, les purgatifs, les pommades sédatives sous toutes formes, les bains généraux, les bains de siége narcotiques, aromatiques, sulfureux, ont, à tour de rôle, exercé l'appréciation thérapeutique de l'individualité.

Dans la seconde question, beaucoup plus grave, la chirurgie a dû venir en aide à l'impuissance de la médecine pour porter quelque soulagement aux malades; mais elle a dû, avant de s'armer du bistouri, se livrer à l'inspection des parties affectées, qui seules pouvaient la conduire à une vérité pratique de traitement. C'est dans ce moment suprême que les tumeurs hémorrhoïdales ont été anatomiquement examinées. Sous le rapport du désordre vasculaire, qu'un état fluxionnaire permanent développe sur la membrane muqueuse rectale, les vaisseaux capillaires prennent un développement peu ordinaire, qui, en dilatant leurs parois, reçoivent une grande quantité de sang qui séjourne dans le tissu organique, et qui, par un travail de contractilité vitale propre au tissu vivant, ramène dans la circulation générale le sang mis en demeure par une puissance inconnue. Mais cette marche si simple n'a pas toujours lieu, l'état fluxionnaire persiste, se développe au point de détériorer le canevas organique qui se transforme sous les productions maladives d'ulcérations, d'indurations, de ramollissement et d'hémorrhagies continuelles. Il a fallu mettre un terme à toutes ces souffrances, à toutes ces transformations anormales, en utilisant l'incision, la ligature des tumeurs, la cautérisation par le fer rouge, enfin, l'écrasement linéaire mis en pratique nouvellement, avec une admirable habileté, par M. le docteur Chassaignac.

L'anévrysme qui se développe sur les artères appréciables à la vue du chirurgien, est aujourd'hui complétement guéri par l'usage des injections au perchlorure de fer, soumises, pour la première fois, avec succès, par Pravaz, à l'expérimentation. J'ai utilisé cette pensée thérapeutique dans les hémorrhagies en général. Les hémorrhoïdes et les varices, soumises à la puissance complexe de cet agent hémostatique et sédatif, sont venues confirmer la théorie du maître, et elle doit engager les praticiens, dans des circonstances semblables, à mettre en usage le perchlorure de fer en sirop, et à seconder son action intérieure par des applications extérieures, soit avec la pommade, les lotions ou le sparadrap. Une expérimentation basée sur de nombreuses observations, est venue me convaincre que le perchlorure de fer avait l'avantage, par son action complexe, de dissiper, sans douleur ni danger pour l'avenir, les hémorrhagies de toute nature, qui se produisent sur les organes appréciables à nos sens. Son usage, mis largement en pratique, en diminuant dès l'origine l'affection hémorrhoïdale ou flux hémorrhoïdal de toute nature, éloignerait pour toujours des souffrances intolérables et le terrible appareil d'une opération chirurgicale même la plus inoffensive.

Les dangers de la suppression du flux hémorrhoïdal ne sont pas à redouter pour l'avenir, soit qu'il disparaisse sous l'influence du traitement intérieur ou extérieur par l'emploi du perchlorure de fer distribué avec discernement, soi qu'il cesse à se manifester par des moyens que la chirurgie possède.

L'affection hémorrhoïdale est une maladie qui réclame dès sa naissance des moyens thérapeutiques énergiques, aussi bien qu'il est nécessaire de les utiliser pour dissiper les hémopthisies, les hémathémases, le flux sanguin intestinal, la métrorrhagie, etc. L'expérience de tous les jours donne gain de cause au traitement thérapeutique, qui modifie d'une manière heureuse l'organisme, soumis à toutes les chances de destruction naturelle.

Si le docteur Pravaz a obtenu, par ses belles expériences sur les anévrysmes, un progrès médical, en enlevant du domaine de la chirurgie l'opération de l'artériotomie, je puis dire, sans vanité, qu'imitant ce maître habile, j'ai popularisé dans la pratique, par l'usage du perchlorure de fer, une médication capable de combattre avec efficacité les maladies dépendantes du système sanguin artériel et veineux.

Cet article, courtement ébauché, sur les hémorrhoïdes et les varices, est un fait d'actualité et d'utilité publique, à la suite d'une discussion savante qui a eu lieu à la Société de chirurgie, insérée dans le *Moniteur des Hôpitaux*, le 17 février 1857.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

THÉRAPEUTIQUE.

Coup d'œil sur les propriétés thérapeutiques des bains minéraux de Pennes,

Par M. le Dr Lecointe.

Les résultats remarquables obtenus à l'hôpital Saint-Antoine par M. Aran, m'ont engagé à me livrer, à mon tour, à une expé-

rimentation suivie, et je suis en mesure, je crois, de fournir à nos confrères quelques indications positives sur les mérites de ce nouveau composé.

J'ai commencé par soumettre à l'usage des bains électro-chimiques des individus paraissant jouir d'une bonne santé. Voici les effets physiologiques observés :

Lorsqu'on fait dissoudre un flacon (dose ordinaire) des sels de M. Pennes dans un bain chaud, la température du bain s'abaisse; les sujets qui s'y plongent sentent, au bout de dix à douze minutes, la peau qui s'échauffe, et chez quelques-uns, à système dermique très-excitable, elle se flagelle de vergetures rouges qui éveillent une cuisson qui peut s'élever jusqu'à la douleur ; le pouls devient large, plein ; les sujets accusent un sentiment de turgescence générale, et chez quelques-uns les oreilles tintent ou bourdonnent. C'est presque un accès de fièvre, mais sans malaise.

A la sortie du bain, en ayant soin de suivre les précautions indiquées par l'auteur, le pouls se calme, il survient quelquefois une sueur bienfaisante, douce et perlée ; d'autres fois, au lieu de sueurs, on observe des urines abondantes, claires, limpides, de celles que nous appelons nerveuses. Un sentiment de bien-être s'empare du sujet, la peau devient fraîche, douce au toucher, l'appétit s'éveille et devient impérieux, et la seule expression qui puisse rendre ce qu'on éprouve, c'est une sensation de jeunesse.

Cet effet est le même chez tous, en réduisant à moitié la dose ordinaire pour les sujets à peau fine et trop irritable, et pour ceux qui se trouvent prédisposés par leur constitution aux congestions céphaliques ou thoraciques.

L'action qu'exercent les bains composés de M. Pennes sur l'homme en santé, justifie-t-elle le nom d'électro-chimiques, qui leur est imposé? Le refroidissement de l'eau au moment de la dissolution, les phénomènes pathogénétiques observés chez l'homme sont-ils des faits électro-chimiques? Je ne sais ; mais il me semble que les effets obtenus se rapprochent assez de ceux que produisent les bains de mer chauds, et que l'expression de bains salins-aromatiques leur conviendrait assez.

Après avoir constaté l'usage qu'on pourrait en faire hygiéniquement, j'en ai cherché la valeur dans certaines affections. Ainsi, dans les engorgements viscéraux (que l'état morbide ait eu pour siége l'organe hépatique, les glandes mésentériques ou l'utérus), je puis dire avec certitude que, soit directement, soit indirectement, par leur action générale sur l'économie, ils ont puissamment aidé à la résolution, alors que l'estomac, fatigué par des médications longues et infructueuses, ne permettait plus l'administration de nouveaux remèdes.

Sur une autre série de malades, celle des chloro-anémiques, ils m'ont donné des résultats auxquels j'étais loin de m'attendre; et, si je ne craignais de donner trop d'extension à cette simple note, je tiendrais à vous citer le cas d'une jeune femme de 29 ans, traitée depuis son enfance pour une chlorose, par toutes les médications possibles, sans beaucoup de succès, dont l'estomac était si susceptible que l'introduction d'aliments, et à plus forte raison de médicaments, éveillait immédiatement des douleurs gastralgiques intolérables. J'essayai, mais vainement, l'usage du fer sous toutes les formes, il me fallut y renoncer; c'est alors que j'eus recours aux bains composés de M. Pennes. Le succès dépassa mon attente.

L'action de ces bains sur les sujets atteints de diathèse scrofuleuse se prévoit par ce que nous avons dit de leurs effets physiologiques : c'est un bon adjuvant des indications iodées, qui n'a pas l'inconvénient des bains sulfureux : mais il ne faut pas craindre, après avoir tâté la susceptibilité du malade, d'en porter la dose à deux et trois flacons pour chaque bain, si l'on veut en obtenir des effets appréciables.

Quelques cas de rhumatisme atonique, sans fièvre ni gonflement articulaire, ont été traités également par l'usage de ces bains, et les malades se sont loués de la diminution de leurs douleurs.

En somme, les bains de M. Pennes méritent l'attention de nos confrères, qui pourront les utiliser comme agents hygiéniques ou thérapeutiques.

Comparés aux bains composés que nous employons journellement, je les rapproche volontiers des bains de mer chauds.

Comme bains hygiéniques, il faudra les prescrire à demi-dose aux enfants, aux femmes irritables, pour vaincre l'action débilitante des temps humides, des veillées, de l'habitation prolongée des grandes villes, ainsi qu'aux hommes qui se livrent à des travaux de cabinet, et dont les fonctions digestives deviennent paresseuses, enfin à ceux qui sont disposés à la pléthore abdominale. A dose entière, je les indiquerai comme un moyen de réparation prompt et efficace à tous ceux qu'un excès de travail intellectuel ou physique aura épuisés.

Comme agent thérapeutique, toutes les fois qu'il s'agira d'éveiller une fièvre éphémère, de stimuler ou d'exciter l'énergie des fonctions organiques.

En présence de ces diverses indications, on comprend la prétention de leur auteur de fournir aux médecins les moyens d'un traitement thermal à domicile.

Avant de clore cette note, disons un mot d'une contre-indication formelle de ces bains. Nous ne voulons pas parler seulement des personnes disposées par leur constitution aux attaques d'apoplexie, qui doivent en éviter l'emploi, mais encore plus de celles chez lesquelles on soupçonne des tubercules. Nous avons essayé à plusieurs reprises, en diminuant la dose, de faire prendre des bains électro-chimiques à des tuberculeux lorsque les fonctions digestives étaient languissantes, et, toutes les fois, nous avons vu s'éveiller un travail phlegmasique que nous avons eu de la peine à vaincre. (*Bull. de thérap.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

On sait que le titre de docteur en médecine ne donne pas lieu, par lui-même, à l'imposition de la patente. Cette contribution ne peut atteindre que l'*exercice* de la profession médicale. Le médecin qui, par suite d'une nomination à un emploi public ou pour d'autres raisons, renonce à l'exercice de son art, est donc fondé à réclamer contre la continuation de son imposition au rôle des patentes. Mais, comme il suffit d'avoir exercé au mois de janvier pour être passible de l'imposition pour l'année entière, il est indispensable que celui qui réclame établisse qu'il n'a pas exercé depuis le commencement de l'année à laquelle se rapporte sa demande. C'est ce que fait observer le *Journal des Contribuables,* en rapportant une décision qui consacre les principes ci-dessus rappelés, et que, pour cette raison, nous croyons devoir reproduire :

(Dr Lavabre). « Considérant qu'il résulte de l'instruction.... que le sieur Lavabre n'a pas exercé la médecine en 1854 ; que, dès lors, il est fondé à demander décharge des droits de patente auxquels il a été indûment imposé en qualité de docteur en médecine ; il est accordé décharge...., etc. » (*Cons. d'Etat*, 27 déc. 1854.)

Errata. — Dans l'article de notre dernier numéro, il s'est glissé deux erreurs qu'il importe de corriger :

Nous avions écrit (p. 226, col. 1, ligne 29) :

« On conçoit sans peine QU'A *à la solution* de ces questions *est subordonnée* LA *grande question* de la colonisation. »

On nous a *rectifié* ainsi :

« On conçoit.... QUE *la solution* de ces questions est subordonnée A *la grande question* de la colonisation, » ce qui est un contre sens. Un exemple fera peut-être mieux comprendre notre pensée. Il est évident que si les décès d'une population immigrée (d'Européens en Algérie, par exemple) dépassent toujours les naissances, il n'y a pas de colonisation possible, au moins de colonisation par immigration.

Nous avions écrit (même page, même col., ligne 49) :

« En sorte qu'une population qui serait composée de *deux cinquièmes* de femmes et de *trois cinquièmes* d'hommes...., etc., » on a imprimé : deux *tiers* de femmes et un tiers d'hommes.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 31. 5e année. Jeudi 12 Mars 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 11 mars 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Discussion sur la méthode sous-cutanée.**]

Nous éprouvons avant tout le besoin d'exprimer à M. Jules Guérin notre reconnaissance pour l'insigne honneur qu'il a bien voulu nous faire en lisant notre prose à la tribune de l'Académie, et en réservant pour sa péroraison, aussi piquante qu'inattendue, un petit coup de théâtre, où notre chétive personne a joué le principal rôle. Rien ne pouvait assurément nous flatter davantage. Les admonestations toutes paternelles qu'il a daigné adresser à notre jeunesse tempèrent à peine l'éclat de ce triomphe; nous les avons reçues avec l'humble soumission due au grand âge et aux vertus d'un Mentor aussi estimable et aussi expérimenté : *Qui diligit disciplinam diligit scientiam,* a dit Salomon; *qui autem odit increpationes, insipiens est.* Celui qui aime la correction aime la science; mais celui qui hait les réprimandes est un insensé.

Toutefois, s'il est prescrit de recevoir les leçons et de les aimer, il n'est pas défendu d'y répondre, et c'est ce que nous allons faire, le plus respectueusement que nous pourrons. Vous avez donc cru, ô vénérable Mentor! qu'on ne pouvait combattre vos assertions et vos théories — de plus âgés que nous diraient peut-être vos prétentions — sans obéir aux instigations, aux excitations, aux sollicitations, ou, pis encore, d'un adversaire que vous êtes habitué à craindre depuis longtemps, de M. Velpeau, puisque maintenant vous l'appelez par son nom. Dans cette longue carrière de journalisme que vous venez de parcourir, ne vous est-il donc jamais venu à l'esprit qu'on pût avoir une opinion à soi, et la défendre par cela *seul* qu'on la croit bonne? Le jugement de ceux qui viennent derrière vous, qui ne vous connaissent que par vos écrits et par vos actions, qui n'ont été et qui ne sont ni vos émules, ni vos rivaux, devrait être pour vous comme un indice de celui que la postérité vous réserve. Mais votre amour-propre rejette très-loin cette pensée affligeante, et vous préférez voir, dans la résistance qu'on vous oppose, le résultat d'une *coalition.* Ce mot est sorti plusieurs fois de votre bouche; jetant même à ce propos, sur les tristesses du passé, un regard plein d'amertume, oubliant ou négligeant les véritables causes de l'orage qui vous a assailli il y a quinze ans, vous avez essayé de prouver qu'alors comme aujourd'hui le démon de la jalousie avait soufflé sur vos adversaires. Et quant à nous, venu évidemment trop longtemps après vous, pour obéir à des inspirations de ce genre, vous avez insinué que nous étions simplement l'écho, l'*alter ego* de M. Velpeau, le serviteur de ses rancunes. Nous croyons avoir acquis le droit de ne pas répondre à cette accusation ridicule, que l'Académie, du reste, a accueillie avec un sourire bien significatif, car elle n'a pas perdu le souvenir de la discussion du cancer, où notre *alter ego* d'aujourd'hui ne nous considérait pas précisément comme son séide. Mais permettez-nous, avant de quitter ce sujet, de relever une autre épithète que vous avez bien voulu nous octroyer. Il y a des mots qui brûlent, a dit M. Malgaigne, dont vous n'avez pu oublier la péroraison. Celui dont vous vous êtes servi n'est pas de ces mots-là; ce n'est ni un cautère, ni un vésicant, ni même un simple rubéfiant, mais tout au plus un de ces épithèmes insignifiants qu'on prescrit aux individus atteints de maux imaginaires. Pour tout dire, vous nous avez comparé à ces enfants qui divulguent les vérités qu'on ne leur demande pas; vous nous avez appelé *enfant terrible.* Enfant! Plût au ciel, et plût au ciel encore que l'âge de 30 ans, que vous nous avez accordé, ne fût pas au-dessous de la réalité implacable. Nous aurions encore une foule d'illusions et de cheveux que nous avons eu le temps de perdre. Terrible! On le croirait vraiment, à voir le transport qui vous anime, et qui vous fait à ce point oublier les convenances que vous, journaliste de profession, au lieu de répliquer dans votre journal à un article de journal, vous venez traduire, à la barre de l'Académie, un homme qui vous entend sans pouvoir vous répondre. Mais en voilà bien assez sur cet incident personnel; souffrez donc, ô inventeur méconnu! que nous prenions congé de vous pour ne plus nous entretenir qu'avec nos abonnés.

— Au début de la séance, M. Boudet a lu un court rapport sur les caustiques de zinc et d'antimoine, que M. Robiquet a préparés au moyen de la gutta-percha, d'après les indications de M. Maunoury, de Chartres. Sans exagérer l'importance de cette innovation, nous devons dire, avec le rapporteur, qu'elle est de nature à rendre, dans certains cas, de véritables services. Elle a d'ailleurs l'avantage d'être facile à manier et à conserver.

Le reste de la séance a été entièrement rempli par le discours de M. Jules Guérin. Dans un exorde tant soit peu nébuleux, et *pour couper*, dit-il, *court à tout le débat*, l'orateur a cherché à définir, d'une manière précise, la méthode sous-cutanée. Au lieu d'une définition, il en a donné deux, l'une *scientifico-physiologique*, l'autre pratique et chirurgicale. D'après la première définition, la méthode sous-cutanée « consiste dans la connaissance que l'on a que les « plaies sous-cutanées sont à l'abri de la suppuration. » On le savait depuis longtemps, mais l'orateur ajoute que « c'est un effet certain, constant. » Cette dernière proposition lui appartient, mais par malheur elle est inexacte. Les plaies sous-cutanées suppurent quelquefois, l'expérience l'a démontré ; et comment en serait-il autrement, puisque les contusions sans plaie et les fractures sans plaie peuvent suppurer aussi? D'après la définition chirurgicale, la méthode sous-cutanée est l'application du principe précédent « *à toutes les opérations possibles* (!) de la chirurgie, « à celles qu'on connaît et à *celles qu'on ne connaît pas* (!), « avec la *certitude* que les plaies ne suppureront pas. » Ces applications sont « *dans le présent, dans le passé et dans l'a-* « *venir.* » Comme toutes les choses immuables, la méthode sous-cutanée embrasse les trois divisions du temps. Le passé surtout ! le passé ineffaçable, qui se dresse avec sévérité pour réclamer son bien ! L'avenir? oui, sans doute, car les opérations sous-cutanées sont bonnes. Mais que dirait M. Guérin ou son ombre, si l'avenir lui appliquait la loi du talion, et si dans quelque trente ou quarante ans un autre inventeur, constituant la méthode sous-cutanée non plus *par elle-même et pour elle-même*, comme il l'a fait le 13 juillet 1839, mais autrement, et, par exemple, *dans elle-même et sur elle-même*, si, disons-nous, un autre inventeur venait, sous ce prétexte, s'emparer de toute la chirurgie sous-cutanée, jusques et y compris la myotomie rachidienne ? Que dirait-il, si cet inventeur, passant à vol d'oiseau sur « Bromfield, Desault, Boyer et toute la « *séquelle* des autres (*sic*) , » le rangeait avec mépris dans cette séquelle? Ne serait-il pas bien aise que les enfants terribles des générations futures, peu satisfaits de ce procédé sommaire, prissent la peine de rétablir la vérité historique? Supposons-nous, par la pensée, transporté à cette époque lointaine, et voyons de quelle manière le *Moniteur des Hôpitaux*, s'il vivait jusque-là, s'acquitterait de cette mission réparatrice :

« Il y avait longtemps, dirait-il, qu'on connaissait l'action irritante de l'air sur les plaies. C'était une des doctrines les plus anciennes de la chirurgie, et les exagérations compromettantes que lui firent subir Monro au XVIIIe siècle et J. Guérin au XIXe, ne l'empêchent pas d'être vraie d'une manière générale. Personne ne peut donc prétendre aujourd'hui à la découverte de ce principe.

« Depuis longtemps aussi on avait cherché à pratiquer des opérations fort diverses en disposant les incisions de telle sorte que l'air ne pût pas y pénétrer. Bromfield, Bell, Desault faisaient ainsi l'extraction des corps étrangers articulaires ; au lieu de soulever la peau au moyen d'un pli, comme on le fit plus tard, ils se contentaient de la faire glisser par de fortes tractions ; mais ils avaient parfaitement saisi l'indication et ils l'avaient réalisée. Des procédés analogues furent suivis par Boyer pour la ponction des abcès froids ; puis Charles Bell, Brodie, A. Cooper s'occupèrent à leur tour de la section sous-cutanée des ligaments, des brides, des veines, des nerfs. Mais ces opérations, pratiquées seulement un petit nombre de fois, laissaient beaucoup à désirer sous le rapport de l'exécution, et la méthode sous-cutanée ne se régularisa et ne se développa que lorsqu'on l'eût appliquée à l'opération, déjà si ancienne alors, de la ténotomie.

« Ce fut Delpech qui fit la première tentative de ce genre, et si nous le citons dans cet historique, c'est moins à cause de son procédé, qui était encore rudimentaire, qu'à cause de la netteté et de la profondeur des idées qui lui servirent de boussole. Mais Dupuytren, son contemporain et son émule, quoique dirigé peut-être par des vues moins physiologiques, atteignit heureusement le but que Delpech avait en vain poursuivi. Dès l'année 1822, il coupa le sterno-mastoïdien par un procédé qui, malgré les modifications nombreuses et pour la plupart tout à fait insignifiantes qu'on lui a fait subir depuis lors, est resté le véritable procédé de la méthode sous-cutanée. Ammon, chirurgien allemand, qui devait plus tard faire des travaux utiles sur l'histoire et sur la physiologie pathologique de la ténotomie, Ammon, disons-nous, assista à cette opération, et la décrivit l'année suivante en Allemagne, où elle devait bientôt prendre une grande extension. En 1830, Dieffenbach, de Berlin, écrivait ce qui suit dans le *Dictionnaire de Rust* : « On doit considérer comme une découverte impor- « tante de chirurgie la méthode aussi simple qu'avanta- « geuse inventée par Dupuytren, méthode qui rend toutes « les autres désormais inutiles. Il fait une ponction à la « peau avec un bistouri très-étroit, introduit dans cette « ouverture un bistouri à fistule de Pott, conduit cet ins- « trument derrière le muscle tendu, qu'il coupe ensuite « d'arrière en avant, et retire l'instrument par l'ouverture « étroite qu'il a faite, sans inciser la peau. Je puis confir- « mer l'excellence de ce procédé de Dupuytren par toute « une série de faits dans lesquels je l'ai employé. » Nous avons tenu à faire cette citation, parce que le manuel opératoire de Dupuytren a été mal rendu ou mal compris par quelques écrivains, et parce que nous tenions à montrer que si le procédé est allé prendre son extension en Allemagne, ce n'en est pas moins le chirurgien français qui a eu l'honneur de lui avoir donné le jour. Quoi qu'il en soit, l'opération de Dupuytren, publiée à l'étranger par Ammon, Proriep, Michaelis, Averill, Dieffenbach, exécutée, régularisée et généralisée par ce dernier chirurgien, par Ammon, et surtout par Stromeyer, avait été appliquée en Allemagne plusieurs centaines de fois; et pourtant, chose singulière! la France, où elle était née, Dupuytren lui-même, qui en était l'inventeur, en avaient presque entièrement perdu le souvenir.

« Cela dura jusqu'à la fin de 1836. Nous devons citer les chirurgiens qui eurent le mérite de faire revivre dans notre pays cette méthode abandonnée. Trois noms se présentent en première ligne; ce sont ceux de Bouvier, de Duval et de Jules Guérin. Ce dernier, placé à la tête d'un établissement orthopédique qui eut une certaine vogue vers l'année 1840, disposant en outre d'une grande publicité, doué enfin d'une activité fort entreprenante, contribua plus que tout autre à faire pénétrer dans la pratique commune la section sous-cutanée. A force de parler et d'écrire sur ce sujet, il s'identifia si bien avec la méthode sous-cutanée, qu'il finit par s'imaginer qu'il en était l'inventeur. L'histoire n'a pu accepter cette prétention singulière. Elle a dû oublier ou négliger les questions personnelles qui, en 1842 et en 1857, agitèrent si vivement la presse et l'Académie de Médecine et, dégagée aujourd'hui des passions contemporaines, elle rend impartialement justice à tout le monde.

Or, s'il est vrai que le principe sur lequel repose la méthode sous-cutanée soit aussi ancien que la chirurgie ; s'il est vrai que les premières applications de ce principe datent du XVIIIe siècle ; s'il est vrai que beaucoup de chirurgiens, en France et à l'étranger, avaient fait, avant 1822, et dans des cas très-variés, des tentatives plus ou moins heureuses, il n'en est pas moins vrai que le premier procédé régulier appartient à Dupuytren. Dupuytren est donc le principal inventeur, et la date de 1822 doit être considérée comme le commencement de la période moderne. Nous placerons sur le second plan les chirurgiens allemands, notamment Dieffenbach et Stromeyer, qui, comprenant mieux que Dupuytren la portée de la nouvelle méthode, la généralisèrent et la portèrent à un degré de perfection pratique qu'elle n'a guère dépassé. Enfin, nous accorderons la troisième place à Jules Guérin, non pour quelques conceptions excentriques ou malheureuses, telles que la myotomie rachidienne, l'opération sous-cutanée de la hernie étranglée, l'opération césarienne sous-cutanée, etc., non pour quelques exagérations théoriques dont le temps a également fait justice, mais pour l'activité et la persévérance qu'il a mises à vulgariser la méthode sous-cutanée, pour avoir contribué à en multiplier les applications. »

C'est ainsi que nous parlerions s'il nous était donné de survivre à M. Jules Guérin, et si nous étions appelé à défendre ses droits contre les prétentions injustes de quelque autre inventeur, comme lui dédaigneux du passé. Notre nouvel adversaire soutiendrait encore sans doute que nous cherchons à dépouiller les vivants au profit des morts. Il ne pourrait plus, il est vrai, nous accuser de pécher par excès de jeunesse. Il nous dirait, au contraire, que l'âge a glacé nos idées et affaibli notre jugement, et il terminerait peut-être sa réponse en regrettant de nous voir écrire, dans notre vieillesse, des choses que nous n'aurions pas voulu signer à 30 ans.

PAUL BROCA.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

De l'application de l'hydrothérapie au traitement des fièvres intermittentes,

Par Paul BASSET, *interne des hôpitaux*.

(Suite et fin. Voir le n° 30.)

OBS. VI. — Guichamond (Henri), âgé de 26 ans, maréchal, est entré à la Pitié le 3 août ; cet homme habite dans le département de l'Yonne, une contrée peu marécageuse, mais dans laquelle règne un assez grand nombre de fièvres intermittentes. Cet homme habite Paris depuis trois semaines ; il y est placé dans de bonnes conditions hygiéniques, il est bien logé, bien vêtu et se nourrit bien ; sa santé antérieure paraît avoir été excellente ; il n'a pas eu de fièvres intermittentes dans son pays, cependant, cinq ou six jours après son arrivée à Paris, il fut pris d'accès de fièvre intermittente revenant tous les jours de quatre à six heures du soir. Cet homme attribue sa maladie à ce qu'habitant rue des Marais, près du canal Saint-Martin, il est allé y prendre un bain froid de une heure et demie de durée. Trois ou quatre jours après, l'accès de fièvre intermittente se montra et dura une partie de la nuit ; trois jours après, il entra à l'hôpital.

A son entrée, on constate un assez bon état général. Cet individu ne présente aucune trace d'un état anémique, le tube digestif est à l'état normal, le cœur, les poumons ne présentent aucune lésion organique ni aucun symptôme appréciable. La rate est tout à fait à l'état normal.

Le 4 *août*, on administre un purgatif ; le 5, on laisse reposer le malade. Le 6, on commence le traitement froid à quatre heures du soir, et on administre les deux douches froides simultanées, d'après la méthode habituelle. Le 6, l'accès n'est pas modifié, le 7, il est très-faible, le 8, il manque complétement ; on continue le traitement les huit jours suivants ; aucun accès ne reparaît ; le malade sort complétement guéri le 17 août.

OBS. VII. — Picard (Louis-Amédée), âgé de 26 ans, peintre, demeurant rue de Bièvre. Entré à l'hôpital le 7 janvier 1857 et couché au n° 22 de la salle Saint-Raphael.

Cet homme habite Paris depuis sept mois, se nourrit bien, loge dans un endroit sain et paraît avoir une bonne constitution.

Picard, étant en Afrique, a été atteint cinq ou six fois de fièvre intermittente. Toutes les fois qu'il allait en expédition, il avait des accès que l'on combattait par le sulfate de quinine. Au dernier il fut pris d'une inflammation d'intestins qui engagea le médecin de l'hôpital de Mascara à suspendre ce médicament, et Picard fut soumis à un traitement dont il ne peut indiquer la nature.

Picard est rentré en France le 11 avril 1856, et jusqu'au 5 janvier 1857 il n'a pas eu d'accès. Ce jour-là, chargeant un tombereau et étant tout en sueur, il s'arrêta de travailler et resta exposé à la pluie ; le soir il eut du frisson et ressentit de la courbature générale.

Le 6, Picard veut se lever, mais bientôt il est obligé de se recoucher, et à deux heures de l'après-midi, il survient du frisson, suivi de chaleur et de sueur, c'est-à-dire qu'un véritable accès de fièvre intermittente a lieu.

Le 7, jour de l'entrée à l'hôpital, pas d'accès ; il existe un point douloureux dans l'hypochondre gauche ; la rate est volumineuse ; bruit de souffle intermittent au cœur et dans les carotides.

Le 8, accès fébrile moins prononcé que celui du 6. On administre un purgatif.

Le 10, l'accès s'est montré à deux heures. Le point de côté a disparu.

Le 12, l'accès a de nouveau lieu à deux heures, et il est plus violent que celui du 10.

M. Becquerel prescrit le traitement hydrothérapique. Le 14, le malade prend pour la première fois une douche en pluie sur tout le corps et en même temps un double jet. L'accès n'a pas lieu.

Les 15, 16, 17, 18, 19 et 20, le traitement hydrothérapique est continué. *La fièvre n'a pas reparu.* L'appétit est revenu et le malade assure qu'il se sent parfaitement bien.

Des douches sont encore administrées les 21, 22, 23, 24, 25, et Picard sort complétement guéri le 26 janvier.

Nous venons de rapporter sept observations recueillies à l'hôpital de la Pitié ; pour être complet, il faudrait rapporter également quatre observations de fièvres intermittentes admises, au commencement de l'année 1855, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Becquerel, et traitées par ce médecin, au moyen de la médication hydrothérapique.

De ces quatre faits, les trois premiers étaient :

1° Une fièvre intermittente contractée en Afrique et persistant avec une ténacité déplorable ;

2° Une fièvre intermittente contractée en Sologne ;

3° Une fièvre intermittente parisienne, reflets d'accidents de même nature contractés, à une époque antérieure, dans une localité marécageuse.

Ces trois malades, dont l'un avait la rate développée, ont présenté les mêmes conditions que les sept dont nous venons de rapporter les observations ; ils guérirent, mais tous voulurent quitter l'hôpital quelques jours après dès qu'ils se sentirent dans un état satisfaisant.

Il eût été à désirer de pouvoir rapporter complétement ces faits intéressants ; malheureusement il m'a été absolument impossible, pour l'instant, de retrouver les observations. Quant au quatrième fait, qui est certainement le plus curieux, grâce à quelques notes conservées par M. Becquerel et qu'il a bien voulu me communiquer, je suis en mesure de le faire connaître.

Il s'agit d'une fièvre intermittente des mieux caractérisées,

contre laquelle le sulfate de quinine échoua de la manière la plus complète, tandis que l'eau froide réussit d'une manière merveilleuse.

Obs. VIII. — Hallouthéry (François), âgé de 20 ans, menuisier, originaire du Loiret, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Charles, n° 15, le 5 juin 1855.

Ce jeune homme, d'une bonne constitution, quoique un peu maigre, habite Paris depuis un an. Il gagne assez bien sa vie; se nourrit comme les ouvriers, tout en mangeant de la viande tous les jours. Son habitation est convenable.

Il n'a aucun autre antécédent morbide que des fièvres intermittentes contractées dans le pays qu'il habitait et où elles étaient endémiques.

Il en fut atteint à deux reprises ; elles furent longues et tenaces, néanmoins il put en être débarrassé.

Depuis son arrivée à Paris, il n'accuse aucune maladie. Depuis six à sept jours, ce jeune homme est tombé malade; un frisson semble avoir marqué le début. Depuis quelque temps, il accuse de la céphalalgie, quelques étourdissements, de la lassitude et de la courbature. Il n'y a pas eu d'épistaxis. La figure est animée, un peu rouge, la peau est chaude; le pouls assez fort, médiocrement développé, bat 88 fois par minute; le malade ne tousse pas. Il n'y a aucune modification à la percussion ni à l'auscultation. La langue est couverte d'un enduit blanc, saburral, humide ; la soif est augmentée, l'appétit diminué; le ventre ne présente pas de développement, il est indolent; aucune tache n'existe ; il y a de la constipation.

M. Becquerel diagnostique le premier jour fièvre continue simple (*synocus simplex*) ; il prescrit un vomitif et le lendemain un purgatif; pour boisson, limonade ; diète absolue.

Le troisième jour de l'entrée, l'état est presque identiquement le même, seulement le malade parle pour la première fois d'une exacerbation notable qui débuterait tous les jours, vers les deux ou trois heures après midi, par un frisson dans le dos qui aboutirait à une chaleur vive et âcre de la peau et à une sueur qui ne se terminerait guère que vers les dix ou onze heures du soir.

Je pus confirmer dès le même jour l'exactitude du rapport du malade, et sur ce que je lui en dis, M. Becquerel, dès le 10 juin (5e jour), prescrivit 0,60 de sulfate de quinine en trois pilules, une à six heures, une à huit heures et une autre à dix heures du matin.

Le traitement fut continué le 10, le 11, le 12; aucun changement n'eut lieu.

Le 13, M. Becquerel augmente la dose de sulfate de quinine de 0,75 en trois pilules aux mêmes heures également.

Le 13, le 14, le 15, cette médication continuée laisse le malade absolument dans le même état : même fièvre, mêmes signes d'embarras gastrique, même exacerbation régulière et intense pendant laquelle le pouls bat 115 et 120 et plus fort que le matin, même terminaison le soir par des sueurs abondantes.

La dose de sulfate de quinine est élevée à 1 gramme, que le malade prend pendant huit jours consécutifs, sans en éprouver la moindre amélioration ; il accuse seulement de la céphalalgie, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles.

Après ces quinze jours d'administration persistante de sulfate de quinine et de son insuccès si constant, M. Becquerel, de guerre lasse, y renonce, et il se décide, plutôt comme essai que par conviction d'un succès probable, à essayer la médication hydrothérapique.

A une heure, on fait administrer au malade les douches froides simultanées : une en pluie sur tout le corps, une en jet énergique également promenée sur tout le corps, mais fixée plus particulièrement sur la région splénique, malgré l'absence du développement de la rate. *Dès le premier jour, la fièvre continue rémittente disparaît d'une manière absolue.* L'exacerbation ne se produit pas ; à quatre heures, je trouve le malade sans fièvre et la peau fraîche. On continue les douches froides trois jours de suite; l'amélioration ne se dément pas ; aucune fièvre ne reparaît.

M. Becquerel voulait conserver ce malade un certain nombre de jours à l'hôpital, d'abord pour continuer le traitement hydrothérapique au moins une semaine, ensuite pour examiner si une récidive n'aurait pas lieu ; le malade se sentait tellement bien et était dans un état si satisfaisant, que rien ne put le retenir et qu'il voulut absolument sortir le 25 juin.

Nous lui avons recommandé de venir nous retrouver s'il était pris de quelques accidents ; il nous le promit, mais nous n'en avons pas entendu parler, de sorte que nous ne pensons pas qu'il y ait eu de récidive.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés à l'égard de cette observation, nous dispensent de l'analyser d'une manière particulière; les faits sont tellement évidents, qu'ils frapperont les esprits les moins clairvoyants.

IV. Conclusions.

En lisant les observations que nous venons de rapporter, en les abrégeant autant que possible, on ne peut faire autrement que d'être frappé des circonstances qu'elles présentent, et des effets rapides de la médication hydrothérapique.

Ce sont, en ne tenant compte que des malades admis à l'hôpital de la Pitié, sept cas de fièvre intermittente bien nette, bien caractérisée, et, en général, intense, développés chez six hommes et une femme. *Trois* étaient des fièvres intermittentes contractées en Afrique. *Une* à la suite du travail dans les terrains inondés des environs de Blois. *Une* contractée sur les bords du canal Saint-Martin. *Deux* enfin qui étaient les récidives de fièvres paludéennes contractées dans d'autres localités.

Aucune de ces fièvres ne s'arrêta sous l'influence du repos à l'hôpital et de l'emploi de purgatif. Deux seulement, en raison de l'état des malades et de l'ancienneté de l'affection, furent mises au traitement dès leur entrée. Quatre de ces malades, mais deux surtout à un plus haut degré, présentaient tous les caractères d'une cachexie paludéenne bien caractérisée. L'existence de cette anémie ou de cette cachexie rend les guérisons, en pareille circonstance, beaucoup plus remarquables que les autres, car ces sortes de fièvres sont, en général, extrêmement rebelles.

Sur ces six malades, cinq seulement avaient la rate hypertrophiée, chez un seul elle est devenue très-volumineuse.

Le traitement fut le même dans tous les cas, c'est-à-dire deux douches froides simultanées, administrées pendant deux ou trois minutes, l'une de ces douches était en pluie, l'autre en jet. Ces deux douches étaient données à l'instant le plus rapproché possible de l'accès, c'est à-dire de quinze minutes à une heure avant. Une fois la douche fut administrée quand le frisson était déjà commencé, le frisson s'arrêta et l'accès avorta. Chez un second, la période de chaleur était commencée quand on administra la douche ; elle fit également avorter l'accès.

Le résultat fut immédiat pour quelques-uns ; *dès la première douche, la fièvre était coupée pour ne plus reparaître;* chez d'autres, ce n'est qu'à la seconde ou à la quatrième que l'accès disparut pour ne plus revenir.

Chez un malade, l'on interrompit la douche le lendemain du jour où la fièvre avait été coupée; l'accès reparut ce jour-là ; mais le traitement ayant été repris le lendemain, il disparut tout à fait.

Une fois les accès disparus, on continua toujours le traitement pendant huit jours au moins ; dans tous les cas, les malades sortirent complétement guéris.

La lecture de ces observations vous fait connaître aussi deux *desiderata* que nous ne devons pas passer sous silence :

1° Quelques-uns de ces malades sont sortis guéris de la fièvre, cela est vrai, mais ils avaient encore une rate un peu grosse et étaient anémiques; il est probable qu'il eût fallu un temps plus long pour faire disparaître les deux phénomènes morbides, et on peut craindre que dans ces cas le traitement n'ait été insuffisant.

2° Cette durée de traitement a-t-elle été assez longue pour déraciner complétement la fièvre intermittente, et ne doit-on pas craindre qu'elle ne revienne plus tard? Cela est possible,

mais il ne nous a pas été donné de conserver les malades malgré eux, de les traiter malgré leur volonté et lorsque, n'éprouvant plus aucun accident, ils se croyaient complétement guéris.

Ces *desiderata* sont vrais, mais il n'a pas été en notre pouvoir de les lever ; nous donnons les résultats que nous avons pu obtenir, et encore cela n'a-t-il pas été sans peine, l'établissement d'un traitement nouveau dans un service d'hôpital étant entouré de mille difficultés.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

De la suture des tendons extenseurs des doigts,

Par M. le Dr Mourgue, de Lasalle (Gard).

Nous extrayons de la *Revue thérapeutique du Midi*, le petit travail qui suit, à cause de sa portée pratique et du caractère d'actualité que lui donne la discussion ouverte à l'Académie de Médecine, sur la méthode sous-cutanée :

Les tendons extenseurs, par leur position aux régions extérieures et superficielles des membres, sont plus spécialement exposés aux lésions traumatiques, qui en amènent la solution de continuité ; aussi est-ce presque exclusivement sur ces sortes de tendons que sont pratiquées les opérations de suture. Toutefois, les exemples de rupture des tendons fléchisseurs ne manquent pas ; mais ces cas-là ont fait moins de sensation, parce que la difformité qui en résulte est moins gênante, le doigt restant toujours dans l'extension, mais pouvant être suppléé dans ses fonctions par les autres doigts libres ; tandis que, dans celle qui résulte de la lésion des extenseurs, le doigt blessé, par sa contraction permanente, gêne considérablement les mouvements de préhension pour la main, et de déambulation pour le pied. Des moyens artificiels, mécaniques, peuvent d'ailleurs suppléer facilement le doigt impotent. Un de nos parents, assez bon violoniste, est atteint de cette infirmité à l'index gauche, lequel, aidé d'une anse de ruban qui supplée le tendon rompu, lui permet de jouer presque avec la même facilité qu'avant l'accident.

Ces diverses considérations, et surtout le danger des incisions profondes que nécessiterait la recherche des tendons fléchisseurs, dans la paume de la main ou la plante du pied, parties douées d'une vascularisation artérielle et veineuse si riche, et pourvues d'une si grande abondance de nerfs, expliquent suffisamment la rareté, la difficulté et le danger des sutures des tendons fléchisseurs des doigts et des orteils. Aussi, je le répète, ce travail est-il spécialement relatif à la suture des tendons extenseurs.

Roussel, âgé d'environ 30 ans, d'une bonne constitution, sabotier, reçut, par ricochet, un coup de hache en travers et sur le dos de la main gauche, qui divisa les tendons extenseurs des doigts indicateur et médius, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Les bouts inférieurs étaient au niveau de la plaie, mais les bouts supérieurs étaient retirés dans les chairs, à la hauteur de 2 à 3 centimètres.

Appelé au moment de l'accident, le 10 décembre 1856, je procédai immédiatement à l'opération. Une incision convenable fut pratiquée, sur un pli fait à la peau, jusqu'à la rencontre des bouts supérieurs, que je saisis avec des pinces et traversai avec une aiguille munie d'un fort fil ciré ; laquelle aiguille transperça également le bout inférieur, à 2 millimètres de son extrémité et dans le sens transversal, pour éviter l'inflammation articulaire. Les bouts du même tendon, amenés avec quelque difficulté au contact, y furent maintenus par un nœud complet. Trois points de suture oblitérèrent la plaie extérieure. Le tout fut répété exactement pour le second tendon divisé. Un linge fenêtré, enduit de cérat, fut placé sur la plaie de la main, qui fut fixée sur une large palette, pendant tout le temps de la cicatrisation, c'est-à-dire jusqu'à la fin du mois. (Compresses trempées dans l'eau froide ; diète ; tisanes délayantes.)

Le 11, souffrances, insomnie rougeur et gonflement inflammatoire de la main. (Irrigations froides ; saignées au-dessus du mal ; onctions graisseuses ; sirop de morphine.)

Le 12, les souffrances sont très-fortes, le gonflement du poignet est considérable, la rougeur vive ; on est obligé d'enlever les points de suture, pour arrêter le progrès de l'inflammation ambiante : mêmes moyens (diète et sangsues) qui furent repoussés.

Les jours suivants, l'inflammation de la main diminua de jour en jour, et l'on supprima les réfrigérants. (Lotions émollientes répétées et onctions graisseuses qui soulagent beaucoup ; linges cératés ; bouillons.) Le pouls est toujours resté calme, régulier.

Le 20, bon état de la plaie qui s'est ouverte, mais est exempte de rougeur, d'inflammation ; ou la rapproche avec des bandelettes de sparadrap. La ligature tendineuse de l'index tomba le 24 décembre ; celle du médius le 26. Les plaies extérieures ne tardèrent pas à se cicatriser.

Au 5 janvier 1857, les plaies étaient entièrement oblitérées et les cicatrices encore un peu rouges et enflées, mais paraissant très-solides, ainsi que celle des tendons : la planchette est supprimée. (Bains adoucissants, onctions graisseuses et mouvements gradués contre la roideur articulaire qui contrarie les mouvements des doigts blessés.)

Le 22 janvier, cet homme a repris ses travaux, qu'il n'a pas interrompus depuis lors, les doigts malades ayant recouvré insensiblement de la force et de l'agilité, et conservant intégralement leurs facultés de flexion et d'extension. En un mot, la suture des tendons extenseurs a eu encore ici tout le succès désirable.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mars 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Un mémoire relatif aux *maladies scrofuleuses*, par M. le docteur Delfaut, de Collioure.

— Un rapport de M. le docteur Jacquot, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Dié, sur une *épidémie de varioloïde* qui a régné dans la commune de Traintax.

— Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements du Morbihan, d'Indre-et-Loire, de l'Hérault, de la Loire et d'Ille-et-Vilaine. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Une demande d'autorisation pour l'exploitation d'une source d'eaux minérales, dite *source Victorine*, située dans la commune de Vals (Ardèche).

— Un rapport de M. le docteur Sylve, médecin-inspecteur des eaux minérales de Digne, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

Remèdes secrets. — Trois notes relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Candidature. — Une lettre de M. le docteur Champouillon, professeur à l'Ecole impériale militaire du Val-de-Grâce, annonçant à l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section d'hygiène.

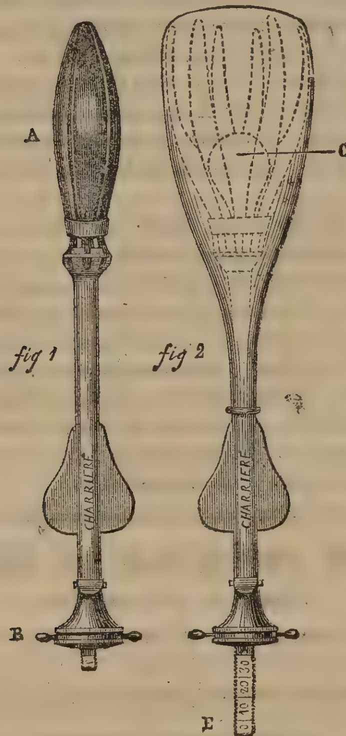
Amylène. — Une note sur l'innocuité et la valeur de l'amylène considéré comme agent anesthésique, par M. le docteur Debout. (Comm. : MM. Velpeau, Malgaigne et Robert.)

— Une lettre de M. de Valois, accompagnant l'envoi d'une plante médicinale qu'il tient de M. don Carlos Meany, de Guatémala (Amérique centrale).

— Un pli cacheté déposé par M. JORAN, pharmacien à Vichy.

Dilatateur du rectum. — M. CHARRIÈRE fils présente à l'Académie un nouveau *dilatateur du rectum,* fabriqué d'après les indications de M. le docteur Beylard.

Cet instrument est d'un mécanisme très-simple : il se compose d'une tige creuse de la grosseur d'une sonde, à l'extrémité de laquelle se trouvent six branches articulées libres, et maintenues seulement à l'aide d'une rondelle en caoutchouc. Ces branches réunies ont la forme d'une olive, au centre de laquelle se trouve une boule fixée au bout d'une tige droite munie d'un pas de vis, laquelle monte et descend dans le tube à volonté, au moyen de l'écrou de rappel.



La *fig.* 1 représente l'instrument prêt à être introduit : A, branches articulées fermées ; B, écrou de rappel.

La *fig.* 2 représente le même, dilaté et muni d'un sac en caoutchouc : C, boule placée dans l'intérieur de l'olive; E, tige taraudée graduée.

Comme on le voit, cet instrument se dilate à l'endroit voulu, en faisant le tube plus ou moins long, et la dilatation n'est jamais faite au sphincter, ce qui est toujours très-douloureux et sensible.

Le malade sur lequel M. Beylard a fait l'application de son instrument, étant affecté depuis dix ans d'un rétrécissement du rectum en forme de diaphragme, situé à 6 centimètres de l'anus, et dont l'ouverture ne permettait pas l'introduction de la dernière phalange de l'index, cinq incisions furent faites dans toute l'épaisseur du diaphragme, et quelques jours plus tard, la dilatation fut employée. En moins de deux mois, le rétrécissement avait disparu, ne laissant à sa place qu'un petit bourrelet annulaire, n'opposant aucun obstacle à la sortie de matières volumineuses.

LECTURE.

Gutta-percha. — M. F. BOUDET, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Depaul et Velpeau, donne lecture d'un rapport sur une note de M. Robiquet, relative à l'*application du gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc,* d'après la demande qui lui en avait été faite par M. Maunoury, de Chartres.

Voici les conclusions de ce rapport :

« La Commission, sans adopter toutes les idées du docteur Maunoury sur la valeur des caustiques à la gutta-percha, est d'avis que l'application de la gutta-percha, soit comme excipient, soit comme enveloppe à la préparation des caustiques de potasse et de chlorure de zinc, constitue un perfectionnement réel de ces agents et permet de faire, dans certaines circonstances, un emploi nouveau et utile. En conséquence, la Commission propose d'adresser des remerciements à l'auteur de la note. »

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

M. GUÉRIN. Messieurs, à l'issue de la dernière séance, plusieurs de nos collègues sont venus à moi et m'ont témoigné leur regret du caractère personnel que prend la discussion. Ils m'ont presque mis en cause pour l'avoir suscitée. Ils allèguent que le débat n'est pas sérieux, qu'il compromet la méthode, la science et même le savant. Je ne complète pas les récriminations qu'on m'a faites.

J'ai répondu que j'avais accepté le débat dans l'intérêt de la science et de l'humanité; que quant aux injures, elles ne m'atteignent pas, parties de gens qui se mettent à couvert sous les formes académiques et refusent de se montrer sur tout autre terrain. J'ai donc résisté à tous les conseils et me suis préparé à répondre à mes adversaires.

Mais avant de recommencer la discussion, il faut que l'Académie soit fixée sur son caractère. Au-dessus du caractère personnel, est le point de vue scientifique; là se trouve une question de science et d'humanité. Le débat engagé jusqu'ici a porté sur l'origine, les procédés d'une méthode nouvelle ; il a voulu arracher à l'inventeur tout le mérite de son œuvre. Quand on discute l'origine d'un procédé, on n'a pas pour but d'en flatter l'auteur, mais de mieux faire connaître l'invention, afin que l'humanité profite plus complétement du bénéfice des méthodes.

En conséquence, dans toute discussion semblable à celle-ci, le caractère personnel doit être accessoire, le fait capital, c'est de faire triompher un procédé qui est un progrès.

Le caractère de la discussion soulevée devant vous, la passion qu'on y a mise ont fait perdre de vue le but principal qu'on devait se proposer.

J'avais prévu ce résultat, et je trouve que la seule définition bien comprise de la méthode sous-cutanée aurait dû le prévenir.

J'ai dit : La méthode sous-cutanée est susceptible de deux définitions, l'une physiologique, l'autre chirurgicale. Définition physiologique : Cette méthode consiste dans la connaissance de ce fait que les plaies privées du contact de l'air se réunissent par organisation immédiate. Là est la base de la doctrine, dont l'application peut être faite à tous les organes et à tous les tissus. — Voilà, il me semble, un énoncé fort simple.

Quant à la définition chirurgicale, la voici : La méthode sous-cutanée est l'application à toutes les opérations possibles des sections sous-cutanées, application faite à la faveur du principe sus-énoncé, avec la certitude d'obtenir le résultat qui fait le bénéfice de la méthode, la réunion sans suppuration.

L'idée de la méthode est donc inspirée par un fait physiologique. Ce n'est donc pas un rêve.

J'ai dit que la vraie méthode a été ainsi constituée pour elle-même et par elle-même. On a trouvé cela obscur. Cela veut dire qu'elle est établie sur un principe qui n'a plus besoin de démonstration, qu'elle a une existence séparée des applications qu'on peut en faire ou qu'on a pu en faire.

Vous avez entendu qu'on a refusé à la méthode sous-cutanée les caractères de la méthode.

On a défini la méthode : ce qui engendre des procédés. Je garde cette définition ; je l'appliquerai en temps et lieu.

Mais si elle n'existe pas comme méthode, si elle n'en a pas la valeur, n'a-t-elle pas au moins la valeur d'un procédé? Et si elle n'existe pas, pourquoi soulève-t-on une foule d'auteurs auxquels on approprie peu à peu toutes les parties qui la composent?

J'ai voulu lire tout ce qui a été inventé avant la méthode sous-cutanée, et j'ai cherché s'il y avait dans tout cela un soupçon, une apparence de soupçon de la méthode. J'ai cherché dans la *Médecine opératoire* de M. Velpeau, excellent ouvrage qui m'a souvent servi. J'ai pris également le *Manuel de chirurgie opératoire* de M. Malgaigne, et pour vous prouver tout le crédit que mérite ce *Manuel,* lisez sa préface, vous y verrez que l'auteur annonce son œuvre comme très-complète. Or, ce *Manuel* est de 1837, la méthode sous-cutanée date de 1839 ; eh bien, ce *Manuel* ne contient aucune indication de procédés de section sous-cutanée. Si la méthode est antérieure à mon mémoire, le livre si complet de M. Malgaigne ne devrait-il pas contenir au moins une indication de ses procédés? J'ai trouvé pourtant trois lignes qui semblent en parler vaguement : « Quelquefois, dit l'auteur, on enfonce le bistouri plus ou moins obliquement sous la peau, c'est quand on se propose de détruire le parallélisme de la plaie de la peau et de celle des parties profondes. » Et qu'on n'objecte pas ici l'exiguité du volume. Comme l'auteur l'a dit, c'est un manuel complet, qui n'omet aucune des opérations nécessitées par les cors aux pieds, et n'oublie de citer aucun des préceptes de l'art du dentiste.

L'excellent traité de M. Velpeau n'est pas moins laconique. Mais, n'anticipons pas.

M. Malgaigne vous a parlé d'opérations pratiquées avant moi, et renfermant les préliminaires de la méthode. Ce sont des sections de tendons, des sections d'aponévroses, qu'on a considérées comme des rudiments d'opérations sous-cutanées. J'ai tenu compte des travaux de tous mes devanciers dans un des chapitres de mon mémoire; mais c'est un vain fantôme qu'on a fait passer sous vos yeux. Ces traces si marquées de la méthode sous-cutanée se bornent à une section d'aponévrose *proposée* par A. Cooper, à une autre également proposée par Bell, à une section du tendon d'Achille pratiquée par Delpech, et enfin à une véritable opération de ténotomie sous-cutanée par M. Stromeyer.

Mais tous ces prétendus préliminaires de la méthode sous-cutanée ont été, pour les chirurgiens qui en sont les auteurs, des expédients propres à un cas donné, inspirés par ce cas exceptionnel, expédients restés dans l'oubli et sans conséquences, tellement que leurs auteurs même en ont perdu le souvenir. Les ouvrages classiques n'en disent mot. Il y a cependant une différence entre ces faits.

Relativement au premier, A. Cooper se borne à dire qu'on pourrait au besoin couper les tendons rétractés en pénétrant à travers une ouverture étroite avec un bistouri étroit. Il ajoute que Bell a proposé de couper un ligament avec une aiguille à cataracte; mais il s'arrête là. Il ne dit pas s'il l'a fait; et, en tout cas, s'il l'a fait, ce n'est pas en ayant l'intention d'appliquer une idée.

Un mot sur Bell, car j'ai recherché les origines de tous les faits qu'on a allégués. M. Velpeau a cité trois Bell: John-Bell, Benjamin Bell, et enfin C. Bell. John Bell n'en dit pas mot, M. Velpeau s'est donc trompé. Quant aux autres, je ne sais s'ils en parlent, je n'ai pas pu m'en assurer. Et ici j'ai droit de m'étonner que ceux qui transportent à cette tribune les habitudes du barreau, ne fassent pas mieux connaître les sources où ils ont puisé. Est-il donc bien difficile de dire, à propos d'une citation: tel volume, tel chapitre, telle page; car, comme dit Montaigne, l'adversaire doit être prévenu de l'heure et du lieu du combat.

A. Cooper faisait peu de cas des sections dont il parle, puisqu'il les rejette comme mauvaises et n'en dit plus rien. D'ailleurs, pendant fort longtemps, les chirurgiens anglais, au lieu de couper les tendons, coupaient les membres et se félicitaient, au grand détriment de l'humanité, du profit et du contentement qu'en retiraient leurs opérés.

Brodie exécuta, dit-on, la section d'une veine sous la peau, et néanmoins la plaie suppura. Aussi les auteurs disent-ils, sous la foi de Béclard, que ce procédé ne vaut rien, et les premiers, MM. Velpeau et Malgaigne, chacun dans son livre, rejetent le procédé.

J'en viens à des tentatives qui ont un caractère plus sérieux. Delpech a fait la section sous-cutanée du tendon, mais dans le but d'empêcher l'exfoliation de ce tendon, et non pas dans le but de prévenir l'entrée de l'air et ses conséquences.

Dupuytren a réalisé le procédé opératoire qui prévient la suppuration, mais il y a pourtant quelques motifs de croire qu'il n'obtint pas la réunion immédiate, car, en rapportant son fait, il dit que la réunion fut complète au bout de treize jours. Il est donc probable que M. Ammon avait eu raison, en disant que M. Dupuytren n'avait pas fait une section sous-cutanée.

J'arrive à Stromeyer; si celui-ci a eu l'intention d'empêcher l'entrée de l'air et la suppuration qui en est la suite inévitable, il faudra convenir que Stromeyer a inventé avant nous la méthode sous-cutanée. Mais voulez-vous la preuve qu'il n'en est pas ainsi? lisez Stromeyer lui-même: il a voulu, comme Delpech, empêcher l'exfoliation du tendon. Je ne veux rien enlever à Stromeyer; il a rempli l'indication qu'avait voulu remplir Delpech, mais il n'a pas eu l'intention de créer une méthode nouvelle, reposant sur une idée clairement formulée par lui.

Vous le voyez, si on applique à tous mes prédécesseurs la rigueur qu'on a fait peser sur moi-même, le mérite qui leur revient est singulièrement amoindri.

Stromeyer, d'ailleurs, n'a d'autre prétention que d'avoir remis en lumière un procédé tombé dans l'oubli, procédé qui consiste à faire une petite plaie de la peau. D'ailleurs, M. Velpeau n'a-t-il pas caractérisé comme il doit l'être le procédé de Stromeyer, en le rattachant à celui de Dupuytren? Stromeyer a réalisé un procédé empirique qui a produit un bon résultat, mais il a reproduit et n'a fait que reproduire ce qu'on avait fait avant lui.

Ainsi, vous le voyez, Messieurs, les uns disent: « on pourrait « faire, » les autres « on conseille de faire; » mais aucun n'a mis l'idée en tête de la méthode. Cette idée, personne ne l'aurait dégagée ni du raisonnement ni des faits; personne n'y avait songé.

Telle est donc la série des tentatives et des déceptions qui ont eu lieu d'A. Cooper à Stromeyer.

Mais reprenons le mode opératoire.

J'ai dit: « On fait à la peau qui recouvre le tendon un large pli qui la détache de celui-ci et soulève, en les distendant, les couches du tissu cellulaire comprises dans ce pli. A la base de ce pli, on pratique, avec un instrument à lame étroite, une ponction qui pénètre jusqu'au tendon; par cette ouverture, le pouce et l'index maintenant toujours le pli, on introduit le ténotome à pointe et à talon mousses; on abandonne ensuite le pli cutané, ou on rabat la peau sur le talon de l'instrument, et l'on divise le tendon. Après l'opération, on expulse l'air qui a pu s'introduire dans la plaie, et l'on recouvre immédiatement cette dernière d'un morceau de diachylon gommé. »

C'est la question du pli qui ouvre la scène. Les recherches dont il a été l'objet n'ont pas été assez approfondies. On a cité le pli de Stromeyer, et M. Velpeau a oublié, par modestie, de revendiquer le sien que je lui restitue.

Mais le pli de Stromeyer avait pour but de favoriser la section du tendon, tout en assurant l'intégrité de la peau placée au-dessus de lui. Il soulevait la peau pour éviter de la percer de part en part. C'était donc un simple artifice de section. Mais ce n'est pas ainsi que je fais moi-même: si je soulève la peau, c'est pour que la section intérieure soit éloignée de la section sous-cutanée, de telle sorte qu'il y ait entre les deux plaies un trajet long et sinueux, fermé par les filaments du tissu cellulaire. Ainsi donc, Messieurs, je crois que des hommes sérieux tels que vous ne trouveront pas entre les deux procédés la moindre analogie.

Mes prédécesseurs ne faisaient pas comme moi. Après avoir divisé le tendon, j'écarte les deux bouts; on m'a objecté que ce n'est pas nouveau, on a fait reparaître Delpech et Dupuytren, et puis on a équivoqué là-dessus tant qu'on a pu. On m'a attaqué sur la *réunion immédiate;* on m'en a refusé l'idée. Voyez pourtant, M. Bouvier, qui est un expert, dit que les tendons se réunissent par une agglutination des lèvres de la gaîne.

J'ai dit que les procédés anciens laissent une communication directe entre la plaie superficielle et la plaie profonde. Cette différence est la cause de mes succès et des revers des autres. Par exemple, si on écarte les deux bouts divisés, l'espace qu'ils laissent libre sera bien vite rempli par l'air, dont l'accès est facile.

Mes prédécesseurs recherchaient l'inflammation adhésive. J'ai dit que tout procédé obligé de compter sur l'inflammation et incapable d'en borner les effets, est un épouvantail qu'on doit laisser de côté!

J'ai lu Hunter: Hunter dit que la réunion immédiate est le résultat d'une attraction entre les deux bouts; cette réunion est favorisée, dit-il, par l'inflammation; si bien que réunion immédiate, inflammation adhésive, c'est tout un pour lui et pour ceux qui lui ont succédé.

Est-il vrai que de ce temps-là, et avant l'invention de la méthode sous-cutanée, on comptait sur l'inflammation adhésive? J'en trouve la preuve dans Stromeyer et dans notre collègue, M. Bouvier; dans M. Vincent Duval qui, toujours, trouve le tissu cellulaire avoisinant le tendon enflammé. Dans son livre, M. Velpeau suppose la même chose. La doctrine de Hunter régnait donc encore; et M. Sédillot va nous en offrir une preuve éclatante, car il dit quelque part: que l'idée de la méthode sous-cutanée est une illusion, car c'est toujours l'idée de l'inflammation adhésive de Hunter; que les insuccès seraient nombreux si on la généralisait; que c'est une méthode menaçante. Ainsi parlait M. Sédillot quand il ne connaissait pas la méthode.

Quand j'ai parlé des insuccès de mes contradicteurs, on les a niés. M. Velpeau a fait appel aux souvenirs de tous les chirurgiens, il a évoqué tous les faits, et n'a, dit-il, trouvé aucun de ces faits malheureux.

Mais M. Bérard, MM. Velpeau, Blandin, MM. Sédillot, Guersant fils ont eu de ces insuccès.

Bien plus, M. Guersant, loin de s'étonner des accidents qu'il a eus à combattre, fait une sorte de relevé des accidents semblables observés ailleurs, et ils sont nombreux.

Mais voici encore M. Pirogoff, dont les expériences sur les chevaux ont été suivies de suppuration, et qui a causé des abcès en opérant ainsi sur l'homme.

Dans les *Annales de chirurgie,* journal de M. Velpeau, M. le professeur Bobiski cite des faits malheureux en assez grand nombre, et finit même un article en faisant des affirmations en faveur de la méthode sous-cutanée et de M. Guérin, son inventeur.

(L'orateur lit un passage de ce journal.)

M. Velpeau. Ce n'est pas moi qui ai écrit cela. Il ne faut pas m'en rendre responsable. Vous-même, vous ne garantissez pas tout ce qui est écrit dans votre journal.

M. le Président. M. Guérin n'a interrompu ni M. Velpeau ni M. Malgaigne, il est juste qu'on le laisse parler à son tour.

M. Guérin. Je continue. M. Bouvier dit, à propos de la méthode ordinaire : « Ces inconvénients sont nombreux, et ils pourraient être plus grands encore. » Donc, on croyait qu'il y en avait, des accidents.

Passons à un autre ordre de choses.

De tout ce que j'ai dit il résulte : 1° que la méthode sous-cutanée n'existait pas avant mes travaux ; 2° que les opérations de ténotomie donnaient lieu à des accidents ; 3° que la théorie des accidents menaçait d'avance toutes les inventions. Ceci changea d'aspect quand la méthode sous-cutanée parut. D'abord, toute la chirurgie s'émut de mes premières communications; chacun s'évertua à démontrer que mes idées étaient bien capables d'application. M. Malgaigne lui-même proposa d'appliquer la méthode sous-cutanée à la section des ganglions, et s'en trouva bien ; puis Grand-Champ guérit par ce procédé un de ses malades, malgré l'avis d'illustres consultants. Bientôt M. Ricord, M. Jobert, vinrent étendre les limites du domaine de la méthode, M. Velpeau lui-même, dans une excellente leçon, décrivit un procédé sous-cutané pour le traitement des hernies. Goyrand inventa son procédé d'extraction des corps étrangers. Enfin M. Sédillot, que nous avons vu si opposé aux débuts de la méthode, obtint lui-même des succès, et proclama que cette méthode réalisait un grand progrès. Dieffenbach vint me voir en 1844 ; il me déclara formellement, en présence de M. Philips, que j'étais, dans son opinion, l'inventeur de la méthode sous-cutanée.

(L'orateur lit un passage dans lequel M. Philips dit que Dieffenbach et lui on nié, au début, qu'un nouveau progrès fût réalisé, mais que, plus tard, tous les deux ils avaient changé d'avis.)

Mais il y a encore quelqu'un. Je regrette que M. Malgaigne soit parti, car j'ai de belles paroles de lui à citer : Il a dit : « L'innocuité des plaies sous-cutanées est un fait désormais acquis à la science, à M. Guérin revient l'honneur d'en avoir donné l'idée et multiplié les applications. (*Journ. de chir.*, 1843, p. 97.) Plus loin : « Lorsque M. Guérin, génie ardent, eut mis le pied sur le terrain orthopédique, il le trouva bien maigre, couvert de ronces et d'épines ; mais, en le défrichant, il fit voir toutes les richesses de ce vaste domaine, etc. » Entre ce jugement d'alors et le jugement d'aujourd'hui l'Académie peut choisir, pour moi je n'en accepte aucun.

M. Malgaigne a dit que beaucoup de personnes ont fait du bruit dans la science ; il a évoqué le souvenir de Lapeyronie et de Dupuytren. J'ai été comparé à ces hommes illustres sans avoir rien fait, comme dit M. Bouley, pour mériter

Ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

Je n'étais ni chirurgien de monarque, ni chirurgien d'hôpital, j'étais sans place et sans appointement ; on venait de m'accorder six lits à l'hôpital des Enfants. Je voulus faire des leçons sur la section des tendons, et un passage de mon programme indiquait le projet de montrer les applications possibles de la méthode sous-cutanée à l'opération césarienne. On courut à l'administration et on lui dit que je me proposais de pratiquer l'opération césarienne à l'hôpital des Enfants ; on me retira mes six lits, ma petite salle fut fermée. Je cherchai dès lors des confrères bienveillants. M. Lévy, notre président actuel, voulut bien me permettre de pratiquer quelques opérations dans son service. Je fis une seconde application de ma méthode à l'Hôtel-Dieu, où M. Teissier m'avait confié un de ses malades. Ce malade fut renvoyé, sous prétexte que les chirurgiens étrangers n'ont pas droit d'exercer dans les hôpitaux. Le malade, d'ailleurs, guérit très-bien.

Vous le voyez, Messieurs, je ne suis donc pas, par ma position, un homme bien dangereux. Déjà, il y a quinze ans, il y eut autour de moi autre chose que des applaudissements. Je fus mis au banc de la chirurgie. Puis tout était tombé dans le néant, et on a recommencé la discussion ; j'ai répondu : si la méthode est bonne, appliquez-la, si elle est mauvaise, laissez-la de côté, mais n'en parlons plus.

Mais on a cherché mes accidents. Il y a eu des pamphlets. J'avais eu 25 morts sur 1,300 opérés, on a publié que j'avais eu une mortalité plus grande que celle de la taille.

Or, à l'hôpital des Enfants, j'ai perdu 6 ou 8 malades de fièvres éruptives ; mais les morts comptaient. On mourait. Donc j'avais tué, ma méthode était donc bien dangereuse.

Ce temps est passé. On fait maintenant des objections sérieuses à la théorie, au principe, à la méthode.

Au principe : on a fait des expériences ; mais elles ont été jugées : 1° par le résultat des expériences de M. Bouley ; 2° par les résultats que j'ai obtenus moi-même en les répétant. Après avoir fait des sections sous-cutanées, j'ai injecté de l'air vrai avec un soufflet, et non pas de l'air des poumons. Les plaies se sont fermées en deux jours, mais il y a eu suppuration au septième ou huitième jour ; et si on n'avait pas suivi de bien près les animaux, on aurait pu nier ce résultat, car les chiens léchaient leur plaie.

Mes raisons, je ne les répète pas. Elles sont dans les faits. Je renvoie M. Malgaigne au deuxième article de M. Pidoux.

On m'a dit comme une injure que toutes mes raisons sont cartésiennes.

Je me fais un honneur de dire et de soutenir que Descartes n'est pas un physicien maladroit, un savant déplorable, mais je fais quelques réserves : je ne suis pas cartésien de tout point. Descartes a inspiré le doute, et permet de n'attacher aucune foi à ce que nos prédécesseurs ont dit. Je pense différemment. Quand on me parle des grands hommes qui nous ont précédé, je doute d'abord de moi-même, et ce n'est qu'avec défiance de moi que j'entre dans l'examen de leurs doctrines, incertain si je les comprendrai bien. M. Malgaigne lui, ne doute de rien. Je pense que M. Malgaigne a présenté Descartes sous un jour défavorable et incomplet. Pour moi, je trouve qu'il manque aux œuvres de ce grand homme un chapitre qui serait intitulé : *Art de douter de soi-même.*

M. Malgaigne a dressé devant moi toute une armée de fantômes, prétendus inventeurs de la méthode sous-cutanée. Or, dans toutes les citations que j'ai faites, soit de M. Velpeau, soit de M. Malgaigne, on voit que ces prétendues inventions sont ou omises, ou discutées simplement pour être rejetées. La méthode sous-cutanée a fait revivre certains faits, mais n'a dépouillé personne.

Un mot encore :

M. Velpeau m'a jeté entre les jambes un des enfants terribles, fort distingué d'ailleurs, de la presse, et il m'a cité ce passage :

« Quoi qu'il en soit, M. Ammon, témoin du fait précédent, et émerveillé du résultat, publia en 1823 l'observation et le procédé de Dupuytren. En Angleterre, M. Averill, en Allemagne, Froriep et Michaelis, s'empressèrent de faire connaître cette précieuse conquête, etc.... »

M. Velpeau s'est servi contre moi de ce passage.

M. Velpeau. Je n'ai pas dit cela, je n'ai suggéré personne.

M. Guérin. Vous avez nommé M. Broca.

J'avoue que, quand sur des faits que nous pouvons tous constater, on écrit des faits si extraordinaires, je ne comprends pas comment nous pouvons faire pour interpreter ceux qui sont plus loin de nous.

Je déclare d'ailleurs que l'auteur a fait un excellent article sur Descartes, et, pour l'en récompenser comme il le mérite, je lui conseille de ne pas écrire à trente ans des articles dont il se repentira à cinquante.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 32. 5e année. Samedi 14 Mars 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 13 mars 1857.

Séance de l'Académie des Sciences du 2 mars 1857.

Le seul travail communiqué dans cette séance, et sur lequel les *Comptes rendus* donnent assez de détails pour qu'il puisse nous intéresser, est celui de M. Leudet, professeur de clinique médicale à Rouen, et qui a pour objet les relations du diabète avec les affections cérébrales. Les quatre faits sur lesquels M. Leudet fait porter ses remarques offrent le plus grand intérêt et en offriraient encore davantage si l'auteur les avait exposés avec plus de détails, ce qu'il n'a sans doute pas fait pour renfermer sa note dans les proportions exigées par les *Comptes rendus*.

C'est sans doute à la même cause qu'on doit attribuer le laconisme de M. Leudet sur la nature du ou des diabètes, dans les cas dont M. Leudet a rapporté ou tout au moins résumé les observations. Ces diabètes sont-ils identiques, quant à l'état général de l'organisme, au diabète dont l'histoire est tracée dans les traités de médecine, ou bien seraient-ce deux catégories de diabète très-différentes quant à la nature, et ayant seulement pour caractère commun l'excrétion de la matière glucosique? Cette question, nous l'avons depuis longtemps posée à l'occasion de la très-curieuse expérience de M. Bernard; elle nous paraît digne d'être discutée, et, si nous étions moins baconien, nous dirions volontiers que nous sommes fort disposé à nous prononcer pour la seconde alternative. Nous nous fonderions provisoirement sur la gravité, beaucoup moins grande dans le diabète, que nous appellerions accidentel, que dans le vrai diabète, et nous trouverions la preuve de cette moindre gravité dans la guérison facile du diabétique qui est le sujet de la première observation de M. Leudet. Mais nous n'insisterons pas davantage sur une doctrine qui manque de bases positives, et nous aimons mieux espérer que notre savant et ancien collègue nous fera connaître ses faits avec plus de détails qu'il ne nous en a donné dans les *Comptes rendus*, et qu'il nous dira avec plus de développement l'impression que l'étude attentive de ces faits a laissée dans son esprit. — H. de C.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — Service de M. P. Boyer. — M. Verneuil, *suppléant.*

Tumeur fibro-plastique de la région externe du genou droit, datant de seize ans, et développée dans l'épaisseur de la bandelette fibreuse du fascia lata. — Remarques sur les maladies du tissu fibreux et sur les tumeurs périphériques du genou.

L'observation que je publie me semble importante sous plus d'un rapport. Indépendamment de l'intérêt qu'inspire l'étude d'une maladie nouvelle, encore imparfaitement connue dans son étiologie, sa marche, son pronostic, et qui a donné, donne et donnera encore lieu à des discussions nombreuses, le fait doit encore être signalé en raison de son siége insolite et des circonstances qui ont accompagné l'opération; il montre que, si l'on peut arriver parfois à un diagnostic précis par un examen attentif, ce même diagnostic peut rester incomplet quand on a affaire à une lésion ayant un siége que l'observation n'a point encore constaté, et que la théorie tend à exclure.

J. N..., âgé de 34 ans, cultivateur, a toujours joui d'une bonne santé; il est grand, brun, vigoureux, et présente les attributs d'une belle constitution; il y a seize ans il ressentit, pour la première fois, une douleur circonscrite à la partie externe du genou droit, et qui, depuis cette époque, a existé d'une manière permanente dans le point occupé aujourd'hui par la tumeur. Cette douleur était augmentée par le toucher, la marche, le travail, diminuée par le repos, rarement elle disparaissait entièrement, rarement aussi elle s'exaspérait spontanément.

Les choses en restèrent là, et aucun traitement ne fut mis en usage pendant quatorze années; mais il y a deux ans, sans causes connues, sans choc ni contusion, une petite tumeur apparut, et, dès son début, se montra très-sensible au toucher, elle s'accrut lentement en largeur et en saillie; on appliqua un vésicatoire volant, puis successivement huit à neuf petits cautères potentiels périphériques, aujourd'hui complétement cicatrisés, mais laissant des traces livides, molles, un peu saillantes, qui rappellent la kéloïde cicatricielle. Ces moyens, et d'autres moins énergiques, restèrent sans effet, et, sur le conseil de son médecin, le malade arriva à Paris pour se faire opérer. Il me fut adressé par mon excellent ami, M. le docteur Jamain, et entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 9, le 6 septembre 1856.

Etat actuel. — La région du genou a conservé sa forme. Au côté externe on observe, au niveau du condyle du fémur, une tumeur de 3 à 4 centimètres de largeur; mais, s'élevant à peine de 1 centimètre

et 1/2 au-dessus du plan de la peau voisine ; elle touche en avant le bord externe de la rotule, en arrière ne dépasse pas le niveau de la cloison intermusculaire externe, et ne descend pas plus bas que l'interligne articulaire; elle est lobulée à sa surface et composée de 3 ou 4 mamelons à peine distincts. La peau qui la recouvre est mobile, sans altération autre que celle qu'ont laissée les cautères. La consistance est assez grande ; on ne sent pas de fluctuation, mais seulement un peu de rénitence dans la bosselure principale. La masse morbide n'est pas mobile, et toutefois on ne peut décider si elle adhère ou non aux os et si elle en provient.

Une circonstance d'ailleurs gêne beaucoup les explorations, et, par conséquent, le diagnostic, je veux parler de l'extrême sensibilité que cette tumeur présente. La moindre pression directe, la moindre tentative faite pour constater l'adhérence ou les limites exactes causent de telles souffrances, que je préférai rester dans le doute et remettre des notions plus précises au moment même de l'extirpation.

J'ajouterai que la palpation et l'auscultation ne révèlent ni souffle, ni battements, ni expansion dans la tumeur, et que le système vasculaire du reste du membre paraît tout à fait indemne. Quoique gênés par la douleur, tous les mouvements du genou s'exécutent avec précision et dans l'étendue ordinaire, l'articulation elle-même ne renferme aucun liquide, ne donne aucune crépitation.

Les douleurs insupportables dont cette production était le siége au moindre contact, l'accroissement continu quoique lent qu'elle prenait, la gêne survenue dans le travail et la marche, indiquaient formellement une opération conseillée par les médecins qui avaient observé les premiers le malade, et réclamée vivement d'ailleurs par celui-ci. Je ne dois pas dissimuler combien j'étais indécis sous le rapport du diagnostic, MM. Jamain et Foucher, qui voulurent bien m'assister, partageaient mon incertitude; il fallait résoudre le double problème du siége anatomique et de la nature intime, le médecin ordinaire et M. Jamain penchaient vers l'idée d'une tumeur cancéreuse.

Dans la leçon que je fis à ce propos, je soumis à mes auditeurs les hypothèses suivantes : je rejetai tout d'abord l'idée d'une tumeur liquide, d'une collection purulente symptomatique, d'une ostéite ou d'une nécrose ancienne; je nommai également, sans y croire davantage, les tumeurs formées par une dépendance de la synoviale, et qui, fréquentes surtout au poignet, au coude-pied, au jarret, peuvent se montrer toutefois sur tout le pourtour des interlignes articulaires.

L'idée d'une production vasculaire n'était guère admissible, et la consistance de la tumeur excluait l'idée d'une exostose osseuse ou cartilagineuse, quoique les condyles du fémur affectent pour cette lésion une certaine préférence. La tumeur me paraissait devoir être fibreuse, fibro-plastique ou cancéreuse. La durée du mal, ses progrès très-lents, l'accroissement encore très-limité au bout de seize ans, l'absence d'engorgement ganglionnaire, l'intégrité de la santé générale, me firent admettre l'hypothèse d'une tumeur fibro-plastique comme au moins très-probable. Si la marche excluait l'idée du cancer, les douleurs très-vives, à leur tour, plaidaient contre la tumeur fibreuse et même fibro-plastique. Mais on sait que la douleur est une complication très-variable des tumeurs, qu'elle peut être intrinsèque ou résulter des rapports de voisinage, de telle sorte que je ne voyais dans ce symptôme qu'une particularité insolite; mais non une indication diagnostique univoque.

Restait à élucider la question du siége. Evidemment, la tumeur n'était pas sous-cutanée ; sa fixité n'aurait pu s'expliquer que par une adhérence consécutive aux couches sous-jacentes, et dans ce point, les tumeurs fibreuses ou fibro-plastiques, restreintes surtout à un petit volume, sont presque toujours très-mobiles.

Le point de départ était donc sous-aponévrotique, et comme un plan fibreux résistant, placé sur une petite tumeur, peut très-bien masquer la fluctuation, je me décidai, au moment même de l'opération, à faire une ponction exploratrice qui, ne donnant issue qu'à quelques gouttes de sang, me convainquit qu'il s'agissait d'une tumeur solide.

La mollesse que je percevais en un point de la surface pouvait s'expliquer en supposant que la production sous-jacente avait perforé l'aponévrose; c'est en effet ce qui existait ; au delà le diagnostic était tout à fait vague. Le mal pouvait siéger dans le tissu cellulaire lâche qui double l'aponévrose, il pouvait provenir de la synoviale ou émaner des os eux-mêmes, car les condyles du fémur sont encore un siége de prédilection pour les tumeurs fibro-plastiques ou cancéreuses.

Je me décidai donc à opérer, en laissant un champ vaste au hasard. J'avais néanmoins à ma disposition les instruments propres à réséquer, à ruginer les os, et des cautères étaient disposés dans le cas où une hémorrhagie, dépendant de la nature de la maladie, se serait manifestée. Les détails dans lesquels je viens d'entrer paraîtront peut-être superflus, puisque la description de l'opération et de la pièce donneront, dans un instant, le mot de l'énigme. Cependant, j'ai cru utile de montrer combien, en dépit de certaines prétentions, le diagnostic des tumeurs est embarrassant, et combien il faut laisser de part à l'imprévu. Par bonheur, comme nous allons le voir, l'opération ne présenta pas de difficultés sérieuses; une partie du diagnostic fut vérifiée, savoir la nature fibro-plastique ; quant au siége, je l'avais complétement méconnu, malgré les nombreuses et commodes suppositions auxquelles je m'étais livré à son sujet.

Je dois dire tout d'abord que l'opération en elle-même était très-sérieuse; si simple que fût le cas, je risquais toujours de dénuder, sinon d'ouvrir largement la synoviale du genou, ou d'atteindre les vaisseaux articulaires si largement anastomosés. Une arthrite traumatique pouvait rapidement enlever le malade, des hémorrhagies pouvaient survenir, l'ablation pouvait rester incomplète si le mal était plus étendu. L'idée d'une amputation consécutive de la cuisse devait donc venir, et à moi, et à ceux qui m'assistaient. Je laissai néanmoins le malade ignorer mes craintes, me réservant de lui demander plus tard, au besoin, le sacrifice du membre, auquel, dans ce moment, il n'aurait certainement pas consenti, et dont la seule pensée eût porté une grave atteinte à son moral, actuellement plein de courage et de confiance.

L'opération fut pratiquée le 10 septembre, à l'aide du chloroforme. La douleur au toucher persistait encore dans la tumeur, alors que depuis longtemps la sensibilité était complétement anéantie dans le reste du tégument, phénomène assez commun, comme on sait, dans les affections très-douloureuses.

Une incision courbe à convexité tournée vers le jarret et longue de 12 centimètres environ, dessina un lambeau à large base qui devait mettre facilement à nu toute la région malade, procédé très-avantageux pour l'extirpation des tumeurs, et qui favorise beaucoup plus la réunion que les incisions en T ou en croix. La dissection de la peau se fit aisément et mit à découvert le tendon aplati du *fascia-lata*. Nous vîmes immédiatement une saillie rougeâtre et molle qui avait perforé l'aponévrose circulairement et confinait à la face profonde de la peau. Du volume d'une aveline, cette saillie répondait à la bosselure principale où la rénitence se faisait sentir avant l'opération. A l'entour, la bandelette fibreuse était soulevée irrégulièrement, mais elle avait conservé son poli et son aspect nacré.

Je me disposai sur-le-champ à réséquer l'aponévrose dans l'étendue de quelques centimètres; je l'incisai donc en haut et en arrière, et après avoir pénétré à plus d'un centimètre de profondeur, j'arrivai enfin dans une couche de tissu cellulaire lâche; j'étais sur la face externe de la synoviale. Procédant avec lenteur et précaution, en conduisant sur mon doigt le bistouri et les ciseaux courbes, je détachai peu à peu la tumeur du jarret vers la rotule, mettant ainsi à nu la synoviale dans l'étendue de plusieurs centimètres, comme j'aurais pu le faire dans une préparation anatomique.

L'extirpation était presque terminée et la tumeur ne tenait plus qu'au bord externe de la rotule et du tendon du vaste externe quand, malgré toute mon attention, un coup de ciseau malheureux ouvrit la séreuse dans l'étendue de 7 à 8 millimètres. Un doigt fut aussitôt mis sur cette plaie, et je terminai l'ablation en rasant la rotule et en excisant quelques fibres musculaires du triceps.

Je ne rencontrai par bonheur aucun vaisseau important, une artériole traversant le tissu fibreux ne put être saisie, mais elle cessa de donner, et je la négligeai en raison de son très-petit volume. J'explorai attentivement tout le fond de la plaie, je retranchai sur les bords quelques points suspects, et ainsi j'enlevai, presque jusqu'à son insertion au tibia, l'aponévrose épaissie; les os sous-jacents me semblèrent tout à fait sains. La division de la séreuse m'inquiétait ; je réunis donc

exactement, à l'aide de huit points de suture entortillée. L'ouverture de la séreuse se trouvant tout près de la rotule, c'est-à-dire à la partie la plus élevée de la plaie, je voulais obtenir, au moins en ce point, la réunion immédiate, reconnaissant toutefois que la dissection de la synoviale dans une large étendue, exposerait au moins autant que son ouverture aux chances d'une arthrite grave.

Le lambeau s'appliqua exactement dans les deux tiers inférieurs; mais comme dans la région du genou la peau n'a que juste l'ampleur nécessaire pour recouvrir les parties dures, je constatai, pour le tiers supérieur, une particularité que je n'avais pas prévue : la cloison intermusculaire externe n'avait pas été divisée, elle restait tendue, tenait la peau soulevée, et lorsque je réunis à ce niveau les lèvres antérieure et postérieure de la plaie, il resta au-dessous un sinus, une cavité béante répondant à la perte de substance que j'avais faite à l'aponévrose. Pour remédier à cet inconvénient, il aurait fallu inciser la cloison fibreuse susdite pour obtenir son affaissement. La crainte d'ouvrir quelques vaisseaux me retint, et j'en restai là. La jambe fut placée en extension dans une gouttière et assujettie lâchement par deux petites bandes; des compresses imbibées d'eau fraîche furent incessamment appliquées sur le genou.

Voici maintenant la description de la tumeur :

A proprement parler, ce mot convient mal, car ce n'est point une masse circonscrite, isolable, à limites définies que le bistouri a retranchée, la maladie siégeait dans l'épaisseur du *fascia lata*, et c'est en excisant une plaque quadrilatère de la bandelette de renforcement que l'extirpation a pu être complétée; en effet, cette bandelette, naturellement très-forte au niveau du condyle externe du fémur, présentait un épaississement mesurant plus de 1 centimètre; sa face extérieure avait conservé l'aspect nacré qu'on lui connaît, la face profonde était plus celluleuse; mais, en pratiquant diverses coupes dans le tissu morbide, on voyait manifestement plusieurs masses arrondies plus ou moins indépendantes, et qui avaient écarté les faisceaux fibreux pour se creuser des espèces de loges dans leurs interstices. La plus volumineuse de ces masses avait, en se développant, détruit jusqu'à la couche extérieure de l'aponévrose, et venait, comme nous l'avons dit, saillir sous la peau, dans le tissu cellulaire lâche qui la double. Elle avait le volume d'une grosse aveline; les autres amas étaient plus petits, on aurait pu en compter huit à dix, quelques-uns se confondaient ensemble. Gros et petits étaient constitués par une matière d'un rouge foncé, molle, pulpeuse, friable, d'aspect granuleux, vasculaire, représentant assez bien les fongosités synoviales très-molles et très-injectées ou les bourgeons charnus qui émanent du tissu osseux. La pression les faisait sortir aisément des cavités incisées qui les renfermaient, ce qui arriva même pendant le cours de l'opération. Ces cavités, au reste, n'avaient pas de paroi intérieure distincte, c'étaient des espèces de géodes remplies de tissu mou; dans quelques points, et surtout dans la grosse tumeur, on trouvait, outre la matière ramollie dont je viens de parler, des lobules d'une substance plus ferme, d'un blanc laiteux, et en apparence dépourvue de vaisseaux.

L'examen microscopique des deux variétés de tissu morbide fut fait avec le plus grand soin; elles ne différaient l'une de l'autre que par la présence, dans la première, d'une grande quantité de vaisseaux, de sang épanché et de matière filante, liquide et amorphe, qui manquaient dans la seconde. D'ailleurs, de part et d'autre, des éléments fibro-plastiques de la variété cellulaire et nucléaire, constituaient seuls et sans mélange la matière molle et rougeâtre, et la matière blanche et ferme. Il est évident qu'il n'y avait là qu'un degré d'évolution dans le ramollissement. Quelques petits foyers hémorrhagiques, dus à la rupture des capillaires, suffisaient pour expliquer l'aspect si opposé des différents points de la production morbide.

En résumé, la lésion anatomique consistait dans le développement de foyers fibro-plastiques en voie d'accroissement et de ramollissement, dans l'épaisseur même de la bandelette fibreuse du *fascia lata*. Le fait est, à coup sûr, assez rare pour que j'aie cru nécessaire d'en donne une description détaillée.

Comme je l'ai annoncé, une partie du diagnostic s'était réalisé, c'est-à-dire que la nature du mal avait été prévu, et je pourrais opposer ce fait aux chirurgiens qui ne veulent admettre aucune différence entre les tumeurs fibro-plastiques et le cancer; si on peut, avant l'opération, diagnostiquer avec assez de certitude la nature anatomique précise, il faut bien que, cliniquement, les tumeurs fibro-plastiques aient des caractères spéciaux. Mais le siége précis, qu'il aurait été si important de connaître avant l'opération, avait été méconnu, tant on songe peu à la possibilité d'une lésion organique prenant son point de départ dans les feuillets fibreux eux-mêmes, et cependant, en y réfléchissant, on n'est pas surpris de voir une aponévrose atteinte d'une lésion qui, en résumé, n'est qu'une perversion de nutrition du système cellulo fibreux (1).

Il reste encore à expliquer les douleurs si intenses et si anciennes qui ont été le caractère principal de la maladie. Faut-il les attribuer à la distension des tissus fibreux, exagérée surtout par la tension de la bandelette aponévrotique dans la marche et la station? Faut-il en accuser la compression des filets nerveux de la synoviale rendue plus forte par la pression? Je l'ignore complétement. Aucune de ces deux hypothèses n'est satisfaisante, aucune surtout ne peut être démontrée. La douleur passe pour étrangère aux maladies du tissu fibreux, ce qui est inexacte, au moins pour les ligaments articulaires, pour les gaînes tendineuses et pour les capsules viscérales; mais on ne sait pas encore si, dans ces cas, les souffrances extrêmes présentant un caractère particulier qui rappelle les angoisses de l'étranglement, doivent être rapportées ou à l'organe comprimé, ou à l'organe qui comprime. Je ne fais que signaler ici un point couvert d'obscurité et qui exige des recherches nouvelles. L'énigme, comme on le sait, se présente également dans ces tumeurs du derme connues sous le nom de *tubercules cutanés douloureux*, et qui sont ordinairement de simples nodosités fibreuses (je fais exception pour les névromes et les cancers cutanés ou sous-cutanés).

Les faits de ce genre sont si rares que je crois devoir mentionner le suivant :

M. le docteur Pytha, chirurgien distingué de Prague, et membre correspondant de notre Société de chirurgie, ayant vu la pièce susdite et entendu la relation clinique qu'on vient de lire, m'a dit avoir observé un fait assez analogue dont il avait été vivement frappé. Une jeune fille se plaignait depuis longtemps d'une douleur extrêmement vive à la plante du pied; à peine pouvait-elle s'appuyer sur les orteils. On ne sentait point de tumeur distincte, mais seulement une induration peu étendue qui même n'était pas toujours bien apparente. M. Pytha avait plusieurs fois refusé d'opérer en raison de l'incertitude du diagnostic, et en l'absence de caractères matériels annonçant une lésion organique. Cependant, tourmenté par la malade dont les souffrances étaient permanentes et très-vives, il se décida à la fin à enlever une ellipse de la peau et de l'aponévrose plantaire; or cette dernière membrane était, dans une étendue limitée, parsemée de points rougeâtres et ramollis, absolument semblables, me dit le chirurgien de Prague, à ceux que je lui mettais sous les yeux.

Enfin, je me rappelle avoir retrouvé cette matière rougeâtre à éléments fibro-plastiques, abondante, infiltrée dans les couches profondes du derme de la plante du pied, dans une petite tumeur extrêmement douloureuse que mon maître et ami, M. Alp. Robert, extirpa au niveau de la ligne métatarso-phalangienne.

Ces exemples, trop peu nombreux, suffisent néanmoins pour montrer que la pathologie réclame un chapitre encore inédit sur les affections douloureuses des tissus fibreux. L'attention étant éveillée, il faut attendre des observations.

Mais je reviens à la partie clinique et vais reprendre mon récit, c'est-à-dire les suites de l'opération :

Le premier jour, tout se passe très-bien, le malade n'a qu'un léger mouvement fébrile, il mange un potage, une côtelette, boit un demi-verre de vin coupé d'eau.

(1) M. Broca a constaté, dans un cas de récidive d'une tumeur fibro-plastique du pied, une longue traînée fibro-plastique s'irradiant au loin dans les tendons extenseurs des orteils, et, en particulier, dans celui du jambier antérieur. (Société de Chirurgie, séance du 27 septembre.)

Le soir, la région du genou est un peu tuméfiée, mais à peine douloureuse ; le lambeau est manifestement soulevé par un épanchement sanguin, et comme j'avais à dessein placé les épingles à une assez grande distance à la partie inférieure de la plaie, il s'est fait à travers les interstices un suintement modéré mais continu de sang veineux dilué par de la sérosité.

Cet écoulement continuait le lendemain matin, mais sans proportions inquiétantes ; j'enlevai deux épingles à la partie inférieure de la plaie, dans un point où la réunion paraissait complète ; quelques gouttelettes de sang sortirent par les piqûres, et cette voie étroite continua, comme les interstices des sutures, à donner issue à du sang presque pur et très-foncé. Les compresses froides furent continuées ; l'articulation n'était pas plus tuméfiée que la veille au soir ; l'opéré mangea à peu près deux portions (1).

Le surlendemain, quarante-huit heures après l'opération, j'enlevai toutes les sutures ; le lambeau était toujours soulevé par du sang ; la moitié de la plaie était réunie, et le séjour plus prolongé des épingles n'aurait pas donné de meilleurs résultats, parce que les caillots sous-jacents auraient interdit l'adhésion. J'avais voulu éviter seulement que la plaie fût béante ; je voulais maintenant que le lambeau s'appliquât d'avant en arrière sur la synoviale dénudée. D'ailleurs, je remarquai une particularité qui mérite d'être signalée. J'ai dit que tout le pourtour de la tumeur offrait des cicatrices de cautères ; or, je n'avais pu les éviter complétement ni dans l'incision courbe, ni dans le placement des sutures ; or, les épingles qui traversaient ce tissu inodulaire commencèrent à le diviser au bout de quarante-huit heures, tandis qu'elles étaient à peine mobiles dans les points où elles avaient traversé le tissu sain. Ce seul fait indiquait désormais l'inutilité du séjour des moyens d'union et la nécessité de les enlever. J'ajouterai, pour n'y plus revenir, que l'inflammation ulcérative continua ses progrès dans les inodules et qu'en plusieurs points elles se ramollirent et tombèrent plus tard en détritus.

Le troisième jour, un peu de suppuration parut, mélangée avec les caillots, la plaie s'enflamma légèrement, les cataplasmes remplacèrent les compresses mouillées. L'articulation, du reste, était toujours indolente et peu tuméfiée ; l'arthrite traumatique ne menaçait point ; l'extension continue fatiguait beaucoup notre malade, et à plusieurs reprises des douleurs passagères, mais assez vives, s'étaient montrées dans le jarret ; la gouttière fut ôtée et la jambe un peu fléchie et élevée sur des coussins ; ce changement amena de l'amélioration et fit cesser surtout des douleurs assez intenses et difficiles à expliquer, qui dans les premiers jours se montrèrent dans les orteils et sur le dos du pied.

Les jours suivants, les choses allaient au mieux. La réunion avait manqué en grand partie, comme je l'avais prévu, mais la plaie se détergeait, et le douzième jour elle était recouverte de bourgeons charnus vermeils ; l'état général était toujours très-bon ; il n'y avait pas eu jusqu'alors un instant de fièvre. Je pensais toucher à la guérison, quand survint une suite d'accidents consécutifs qui menèrent lentement, et malgré les soins les plus minutieux, le malade au tombeau. J'ai dit que jusqu'à ce moment l'articulation avait été respectée ; elle ne présentait aucune trace de gonflement ni de douleur, lorsque, le treizième jour, un point douloureux apparut au niveau de la tubérosité du jambier antérieur ; un petit foyer fluctuant fut ouvert le lendemain ; le pus siégeait entre la peau et l'aponévrose musculaire de la région. Deux jours après, nouvelle douleur au-dessus et en dehors du genou ; application de sangsues à quelques centimètres au-dessus du point douloureux. Pendant que la plaie continue à se cicatriser, trois points fournissent du pus, qui vient des parties environnantes mais non de l'articulation. Vers la troisième semaine, une angéioleucite diffuse, partie de la plaie, envahit successivement la cuisse et plus tard la jambe, le pied et jusqu'aux orteils ; des douleurs vives apparaissent dans le creux poplité ; les mouvements imprimés au membre sont douloureux et retentissent surtout dans le jarret et dans l'épaisseur du mollet. L'articulation est toujours saine et sa face antérieure est indolente au toucher ; cette complication avait eu peu de retentissement sur l'état général. Je prescris cependant 2 grammes d'alcoolature d'aconit. L'appétit se conserve, le sommeil est bon, quoique entrecoupé de rêvasseries. Deux trajets fistuleux s'établissent définitivement au milieu de la plaie ; il fournissent en abondance un pus de bonne nature, qui sort par la pression exercée sur le creux poplité et sur le vaste externe ; il y a évidemment des clapiers qui s'étendent de jour en jour ; les douleurs du jarret sont toujours très-vives, quand on remue le membre, elles s'accompagnent de secousses convulsives involontaires, saccadées et rapides très-pénibles. Je sonde les fistules dans toutes les directions, pour pratiquer les contre-ouvertures nécessaires, mais je ne puis parvenir à conduire jusqu'à la peau le stylet, qui cependant pénètre profondément.

Les jours suivants, sous l'influence d'injections pratiquées avec de l'eau tiède aiguisée de teinture d'iode, l'état local s'améliore, sa suppuration diminue, la plaie reprend un bon aspect. J'établis sur la jambe et sur la cuisse des bandages expulsifs.

Une nouvelle bouffée inflammatoire survient vers le 5 octobre ; la suppuration augmente beaucoup. Le clapier supérieur paraît remonter jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, au-dessous de la bandelette du *fascia-lata* en dehors, dans la gaîne des vaisseaux fémoraux en dedans, en arrière entre les muscles fléchisseurs de la jambe, en bas entre les jumeaux et le muscle poplité. Je pratique trois contre-ouvertures sans conducteur, dans ces régions périlleuses : l'une, en arrière, n'arrive pas jusqu'au foyer purulent ; l'autre, sous le tendon du grand adducteur, y parvient, mais reste sans efficacité ; la troisième, au niveau de la patte d'oie, amène un écoulement de pus très-considérable, et qui procure beaucoup d'amélioration.

Une quatrième contre-ouverture pratiquée dans le jarret, et cette fois sur la pulpe de l'auriculaire servant de conducteur, est moins heureuse ; elle donne issue à beaucoup de pus. Mais le bistouri atteint une petite artériole qui fournit beaucoup de sang, non par le bout supérieur qui fut lié sur-le-champ, mais par le bout inférieur qui, fournissant un écoulement en nappe, fut très-difficile à trouver et à saisir. Je crois avoir divisé une artère jumelle située dans l'extrémité supérieure très-aplatie d'un des muscles jumeaux.

Une amélioration très-notable suivit ces opérations. Je concevais encore l'espoir de sauver le malade, quand un jour, survint un frisson très-intense survenu une demi-heure après le pansement, et qui dura deux heures environ et ne se renouvela point. Il fut le signal de l'invasion de cette arthrite que j'avais tant redoutée, et contre laquelle je me rassurais de plus en plus. Le pus avait pénétré dans la synoviale, soit par son cul-de-sac supérieur, soit par la partie postérieure. La pression sur la rotule devint très-douloureuse à partir de ce moment, et cependant le gonflement envahit à peine la partie antérieure de l'articulation.

Nous étions arrivé au 10 octobre. L'état général avait été bon jusque-là, l'appétit, le sommeil s'étaient conservés ; il y avait seulement de l'amaigrissement. La plaie se couvrit de pseudo-membranes qui disparurent facilement par deux pansements faits avac de la charpie imbibée de jus de citron.

Mais alors apparut de la diarrhée, de l'inappétence, un peu de délire la nuit. Tous les toniques administrés avec la plus minutieuse précaution, tous les antidiarrhéiques échouèrent contre l'affaiblissement et la diarrhée abondante.

La suppuration était modérée, mais elle venait de très-loin. Elle n'avait aucune fétidité, grâce aux injections iodées répétées quoti-

(1) Au commencement de mes études, je voyais mes maîtres, et, en particulier, Lisfranc, qui faisait, suivant moi, parfaitement la chirurgie traumatique, je voyais, dis-je, la plupart des chirurgiens soumettre les opérés à un régime sévère pendant les premiers jours. A la moindre complication fébrile survenue le soir ou le lendemain, une ou plusieurs saignées étaient pratiquées. Je crus d'abord cette pratique bonne. Quelques années plus tard, je la jugeai illogique de par la physiologie théorique. En prenant le service de M. Ph. Boyer, j'appris avec plaisir que ce chirurgien nourrissait ses malades le jour même de l'opération et sans parcimonie. Or, sa pratique est réputée très-heureuse par ses élèves. On comprend que j'adoptai la même marche, et, malgré le petit nombre d'opérations importantes que j'ai pratiquées avec cette hygiène, je déclare être très-satisfait des premiers résultats qu'elle m'a donnés. Aussitôt donc que le dégoût causé par le chloroforme s'est dissipé, je fais donner à manger. Je sais au reste que, dans plusieurs services de Paris, la réaction contre la diète s'opère radicalement. C'est là un des points les plus importants de la thérapeutique chirurgicale. On ne saurait y trop réfléchir.

diennement, et cependant l'intoxication lente par le pus faisait ses ravages, et je dus penser à l'amputation de la cuisse; réfléchissant cependant que le point très-élevé auquel remontaient les fusées purulentes me forcerait à remonter presque à la racine du membre, et ne soupçonnant même pas des désordres aussi étendus que ceux qui me furent révélés par l'autopsie, je m'abstins. Cet état se prolongea, avec des alternatives de mieux et de pire, jusqu'aux derniers jours d'octobre. Le malade s'éteignit peu à peu sans grandes douleurs; un délire tranquille lui masqua pendant plusieurs jours les approches de la mort.

L'autopsie fut faite grossièrement, le corps étant réclamé par sa famille. L'articulation ouverte par sa face antérieure, je constatai les lésions d'une arthrite extrêmement grave, les cartilages avaient disparu, la synoviale était partout enflammée, fongueuse, rougeâtre, simulant une membrane pyogénique. Les surfaces articulaires étaient rouges, fongueuses, ramollies, friables dans une épaisseur de plus d'un centimètre, atteinte, en un mot, d'ostéite aiguë. La cavité articulaire renfermait peu de pus; mais elle communiquait largement par plusieurs pertuis avec les foyers purulents péri-articulaires. Ceux-ci occupaient le creux poplité et l'espace compris entre les jumeaux et le soléaire, et descendaient jusqu'à la partie moyenne de la jambe. Le foyer de la cuisse remontait jusqu'à la base du grand trochanter; il n'était pas, comme je l'avais supposé, dans la gaîne des vaisseaux fémoraux, mais bien au-dessous du triceps qui était décollé par sa face profonde, jusqu'au niveau de ses insertions supérieures. Le fémur, complétement isolé, si ce n'est au niveau de la ligne âpre, n'était plus recouvert que par le périoste; en certains points même, le tissu osseux, tout à fait à nu, était superficiellement nécrosé. Le siége profond de ce foyer purulent explique très-bien l'insuccès des diverses contre-ouvertures que j'avais pratiquées à la cuisse. Il aurait fallu diviser toute l'épaisssur du triceps pour arriver au pus. Le cul-de-sac supérieur de la synoviale étant détruit, la cavité et le clapier sous-musculaire ne faisaient qu'une vaste poche purulente. D'autres fusées moins étendues occupaient encore la partie externe de la cuisse et antérieure de la jambe.

Chose bien remarquable, des adhérences très-solides s'étaient établies à la partie interne de la synoviale, au niveau de la solution de continuité faite pendant l'opération. Dans ce point seulement, la séreuse n'était pas enflammée, et ses deux faces étaient réunies. Il est donc certain que l'arthrite n'avait pas pénétré par-là, mais que l'inflammation partie de la plaie n'était retournée à l'articulation que par l'intermédiaire des foyers purulents extra-articulaires.

Les vaisseaux et nerfs poplités étaient baignés par le pus; mais je n'en ai pu faire la dissection. Je le regrette d'autant plus, que je pense qu'il y a eu névrite des gros troncs, et qu'à ce titre, l'examen anatomique soigné eût été intéressant. Les viscères étaient tout à fait sains, nulle part je ne trouvai d'abcès métastatiques, ce qui n'est pas surprenant, car c'est l'intoxication putride et non l'infection purulente qui a été la cause de la mort. Le crâne et la cavité rachidienne n'ont pas été ouverts.

Réflexions. — J'ai omis, pour ne pas allonger démesurément ce récit, une multitude de détails et l'énumération des soins infinis que je pris pour prévenir ce triste résultat. Je fis toujours les pansements moi-même, et, chaque jour, je passais près d'une demi-heure à ce seul lit.

Si j'ai décrit, avec une minutie qu'on trouvera peut-être fastidieuse, les phases qui ont suivi l'opération, c'est pour montrer comment un succès, sur lequel j'ai pu compter presque absolument pendant deux semaines, m'a été enlevé par une série de complications tout à fait inattendues que j'ai cherché par tous les moyens à conjurer. J'ai la conviction très-arrêtée, qu'opéré dans de meilleures conditions hygiéniques et dans une autre saison, ce malade aurait guéri, car l'angioleucite, les phlegmons de voisinage, l'arthrite ont été très-tardifs, et quinze jours auraient été plus que suffisants pour réunir complétement la plaie. Tant que des mesures ne seront pas prises pour pallier les funestes effets du séjour nosocomial, la chirurgie opératoire sera toujours menacée de pareils insuccès, aussi tristes pour l'humanité que douloureux pour le chirurgien.

J'ajouterai peu de choses à cette narration déjà longue. Je veux cependant discuter ici un point de pratique. Convenait il, dans le cas actuel, de tenter l'extirpation de la tumeur, ou de recourir d'emblée à l'amputation de la cuisse à sa partie inférieure? La gravité de cette dernière opération est si grande, la perte du membre après la guérison est si incommode, qu'on ne propose qu'avec la plus grande hésitation l'amputation au-dessus du genou, surtout quand on a affaire à une tumeur d'un volume restreint et dont l'extirpation paraît facile. Cependant, s'il était prouvé que cette dernière opération exposât davantage la vie du malade, comme d'un autre côté elle laisse plus de chances à la récidive dans les cas de tumeurs fibro-plastique ou cancéreuse, il faudrait bien se résoudre à proposer le sacrifice du membre.

J'ai déjà eu l'occasion d'assister, lorsque j'étais interne de Lisfranc, à l'ablation d'une tumeur située sur les côtés de l'articulation du genou, le malade succomba à des accidents assez analogues à ceux que je viens de décrire. Je crois donc qu'en ménageant le membre, on fait courir à l'opéré autant de péril, sinon plus, qu'en l'amputant, ce qui doit donner à réfléchir. Un embarras semblable se reproduit à chaque instant dans la pratique, et les principes généraux qui régissent les indications des amputations et les lieux d'élection, deviennent insuffisants quand on cherche à les appliquer aux cas particuliers. Ici, comme en bien d'autres circonstances, les opinions individuelles se heurtent et le désaccord règne faute de faits suffisamment nombreux. Les cas d'extirpation des tumeurs péri-articulaires du genou sont rares dans les recueils, ou bien ils ont trait à des maladies de l'extrémité inférieure du fémur. Pour ces dernières, il n'y a guère de doute possible, il faut amputer. Il faudrait en faire autant s'il était prouvé que la composition anatomique de la région du genou, le voisinage de la synoviale, très-exposée pendant et après l'opération, la difficulté d'une extirpation radicale, sont de nature à contre-indiquer l'extirpation par l'extrême gravité qu'elles donnent au pronostic de l'opération conservatrice.

PHYSIOLOGIE.

De l'emploi de l'amylène comme anesthésique,

Note lue à la Société de Chirurgie,

Par M. Giraldès.

Lors de la discussion sur les accidents produits par le chloroforme, il a été plusieurs fois question, dans cette enceinte, des recherches d'un médecin anglais, M. John Snow, dont les travaux sur l'anesthésie méritaient une mention spéciale.

Depuis cette époque, cet habile expérimentateur ne cessa un seul instant de s'occuper de ce sujet dans le but de connaître la cause de ces accidents, de trouver les moyens de les prévenir, ou bien de découvrir un produit nouveau jouissant des propriétés anesthésiques du chloroforme, sans avoir les inconvénients qu'on attribue à cet agent.

En continuant ses recherches de prédilection M. Snow trouva, dans la classe des produits hydro-carburés, un liquide, l'amylène, jouissant de propriétés anesthésiques assez marquées, et qui laissait espérer qu'on pourrait le substituer avec avantage au chloroforme.

Après avoir soumis des animaux aux inhalations de l'amylène, après l'avoir essayé sur lui-même, M. Snow se trouva amplement autorisé à en faire l'application à l'homme dans le but d'obtenir l'anesthésie.

Ses premiers essais ont été commencés vers la fin de l'année dernière, l'expérience répondant complétement à son attente, il continua son emploi; aussi, vers la fin de janvier, on comptait déjà 69 observations d'anesthésie amylénique pour des opérations de tous genres, amputations, taille et ablation de tumeurs, et même pour des accouchements.

En présence d'expériences aussi satisfaisantes, tentées sous le contrôle de chirurgiens recommandables, je me suis trouvé suffi-

samment autorisé pour en faire l'essai. Je viens donc vous rendre un compte succint de 25 observations d'anesthésie amylénique, j'ai pensé que la Société accueillerait avec faveur cette communication, faite dans le but de provoquer, de la part de nos collègues, des essais semblables, afin de juger complétement cette nouvelle et importante question.

Il n'entre pas dans mes intentions de parler de l'histoire chimique de l'amylène, je n'ai pas autorité pour traiter cette matière, mais je crois devoir dire quelques mots concernant son administration.

L'amylène, comme on le sait, est un produit découvert en 1844, par M. Balard; c'est un liquide transparent très-léger, très-volatil, bouillant entre 35 et 39 degrés, ayant une odeur alliacée quelquefois assez prononcée. La volatilité de ce corps est si grande, que pendant qu'on l'administre, il se forme souvent des cristaux de glace sur les parois du vase où il est contenu. De là la nécessité d'appareils appropriés pour le donner avec avantage. Comme dans mes premiers essais, si on le donne dans une compresse pliée en cornet, comme on le fait pour le chloroforme, on dépense inutilement une grande quantité de produit, et on charge l'atmosphère ambiante de vapeurs amyléniques qui, quelquefois, peuvent incommoder les assistants; c'est pour avoir employé un procédé à peu près analogue, que le professeur Rigaud, de Strasbourg, a employé 100 grammes d'amylène pour obtenir l'anesthésie.

L'amylène, dont je me suis servi dans mes premiers essais, avait une odeur alliacée prononcée, ce qui a fait dire que le liquide qui m'avait été fourni n'était *ni le produit découvert par M. Balard,* ni celui dont s'est servi M. Snow. L'amylène incriminé ayant été préalablement examiné par M. Cloëz, répétiteur de chimie à l'École polytechnique, qui en a reconnu la pureté et qu'il bouillait à 35°, je puis dire que de semblables allégations n'ont rien de fondées. D'ailleurs, en comparant l'amylène pris chez le fabricant de M. Snow avec celui qui a été préparé par MM. Rousseau frères, on n'y trouve pas une différence qui autorise de telles assertions.

Les malades, chez lesquels j'ai employé l'amylène en place du chloroforme, sont au nombre de vingt-cinq: ce sont des enfants âgés de 3 mois à 10 ans, qu'il était nécessaire d'anesthésier pour les soumettre à des explorations douloureuses, ou leur pratiquer des opérations. Tous ces enfants ont respiré l'amylène préparée par MM. Rousseau; chez tous, à l'exception d'un seul, l'anesthésie a été obtenue dans un espace de temps très-court, dont la durée minimum a été d'une minute et le maximum trois minutes.

Tous ces enfants ont respiré l'amylène sans effort, sans beaucoup de résistance; chez tous la respiration était calme, comme normale; l'anesthésie, chez eux, est obtenue sans convulsions, sans contractions musculaires, sans roideur, sans être accompagnée ou suivie de nausées ou de vomissements, quoique l'amylène ait été donné peu de temps après qu'ils avaient mangé. Chez tous aussi le réveil a été rapide, complet; les enfants conservèrent leur gaîté, n'étant pas incommodés, innervés, irrités, maussades pendant le reste de la journée.

Aussitôt que l'anesthésie était obtenue, je suspendais les inhalations; les explorations et les opérations à leur faire exigeant peu de temps, je n'ai pas jugé convenable de prolonger trop longtemps les inhalations, aussi je m'abstiens de me prononcer sur la durée probable de l'anesthésie. Néanmoins, si j'en juge par quelques expériences sur les animaux, et par la pratique des chirurgiens anglais, je crois pouvoir dire que l'anesthésie amylénique peut être assez longue pour permettre de pratiquer les grandes opérations de la chirurgie.

J'ajouterai en terminant que les vapeurs d'amylène, alors même que ce produit a une odeur prononcée, se respirent sans effort, sans qu'elles provoquent des accès de toux, des mouvements convulsifs du larynx, ces contractions des mâchoires, ces congestions céphaliques qu'on observe quelquefois après les inhalations de chloroforme, etc.

Je crois donc conclure, jusqu'à plus ample informé, que l'amylène pourra être employé dans tous les cas où il est nécessaire d'obtenir l'anesthésie. Reste maintenant à déterminer si sa durée est aussi longue que celle du chloroforme, si la résolution musculaire est aussi complète, et enfin si toujours elle peut être obtenue sans être précédée de contractions, de roideurs musculaires, d'efforts, de congestions céphaliques, et sans être suivie de nausées ou de vomissements, etc., etc. C'est ce que l'expérience démontrera.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 mars 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Cathétérisme des voies aériennes. — M. LOISEAU indique un procédé pour introduire des instruments dans les voies aériennes. Les *Comptes rendus* ne donnent pas la description de ce procédé.

Diabète et affections cérébrales. — M. LEUDET présente une note intitulée : *De l'influence des maladies cérébrales sur la production du diabète sucré.*

Les recherches physiologiques de M. Cl. Bernard, dit-il, ont montré l'influence de la lésion d'un point limité de l'appareil central de l'innervation sur la production de la glucosurie; on a cherché à déterminer si une lésion pathologique spontanée pouvait devenir cause de cette maladie que nous nommons diabète sucré.

Les auteurs, depuis Franck jusqu'à M. Goolden, avaient émis une opinion affirmative; on avait vu successivement rapporter l'origine de cette affection à des maladies nerveuses, des névroses, et enfin à des lésions matérielles du système nerveux. J'ai eu l'occasion de suivre, dans quatre cas, la filiation des accidents depuis la lésion cérébrale jusqu'à la glucosurie. Ces faits peuvent être ainsi résumé :

OBS. I. — Femme de 32 ans, atteinte, dans le cours d'une grossesse, au sixième mois de la gestation, d'une perte de la vue de l'œil gauche, sans aucun phénomène paralytique dans les membres. La perte de la vue persiste et coïncide avec des maux de tête, des vomissements. Sept mois et demi après cet accident, symptômes comateux débutant brusquement et se dissipant graduellement au bout d'un jour. On constate alors une paralysie des troisième et cinquième paires crâniennes, avec un peu de ramollissement de la cornée du même côté; anesthésie faciale cutanée à gauche, des muqueuses nasales et de la moitié gauche de la langue. Soif vive et signes généraux du diabète; on constate la présence du sucre dans l'urine au moyen de la potasse et de la liqueur de Barreswill. Traitement par l'iodure de potassium à l'intérieur; sous l'influence de ce traitement, diminution de la paralysie de la première paire, disparition du diabète. Aggravation de la kératite, fonte de l'œil, la paralysie de la sensibilité de la face disparaît. Rechute au bout de cinq mois, nouveaux accidents comateux, sans apparition du diabète. Ces accidents s'améliorent de nouveau sous l'influence de l'iodure de potassium à l'intérieur; aucun nouveau phénomène de paralysie des nerfs crâniens, un peu de kératite à droite, cédant rapidement à un traitement local. (Rouen, Hôtel-Dieu.)

OBS. II. — Femme de 53 ans, atteinte brusquement d'une hémiplégie droite de cause cérébrale, attaques épileptiformes se répétant pendant peu de temps; retour incomplet des mouvements dans le côté droit du corps; deux ans après ces phénomènes apoplectiques, début des accidents du diabète, glucose dans l'urine; puis, au bout d'un an, albuminurie, état cachectique. (Hôpital de la Charité, service de M. Rayer, 1853.)

OBS. III. — Femme de 80 ans, atteinte brusquement d'une hémiplégie à gauche; au bout de dix-huit mois, exagération de la soif; présence du sucre dans l'urine, constatée par la potasse caustique et la liqueur de Barreswill. Gangrène humide du pied droit. Mort. (Rouen.)

OBS. IV. — Femme âgée de 39 ans, atteinte, au sixième mois de la gestation, d'accidents de paraplégie avec convulsions. Disparition graduelle des accidents, persistance d'étourdissements; six ans après, hémorrhagies multiples, puis accidents dyspeptiques, et enfin diabète sucré. Variole intercurrente. Mort. (Hôpital de la Charité, service de M. Rayer, 1852.)

Ces observations démontrent plusieurs faits intéressants : dans toutes il y a une continuité manifeste entre la manifestation des acci-

dents du système nerveux et ceux de la glucosurie; on peut donc, avec vraisemblance, chercher à établir un rapport de cause à effet entre ces deux ordres de phénomènes. L'examen des cadavres des malades qui ont succombé n'ayant pu être fait la nature de la lésion cérébrale est demeurée inconnue, mais l'existence de paralysies des nerfs crâniens prenant leur origine dans le voisinage du bulbe et de la protubérance, permet de croire à une lésion matérielle occupant une place voisine de ces renflements nerveux. Le début, la marche de la glucosurie développée consécutivement à ces lésions du système nerveux, ne présente rien de particulier. Une seule fois (*obs. I*), la glucosurie fut momentanée et coïncida avec une exacerbation passagère des accidents cérébraux. Cette dernière observation indique également la disparition possible et définitive de la glucosurie.

Les observations de MM. Goolden, Skolasky, etc., rapprochées des précédentes, établissent que, dans un certain nombre de cas au moins, la glucosurie est précédée et occasionnée par une altération matérielle de l'appareil central de l'innervation. Je ne prétends pas, bien entendu, rapporter toujours le diabète à cette seule cause, mais je pense qu'elle doit entrer en ligne de compte dans l'étiologie du diabète sucré.

Anesthésie. — M. GIRALDÈS adresse une copie de la note que nous publions plus haut.

M. COZE adresse une pareille note sur les effets anesthésiques du gaz oxyde de carbone.

CORRESPONDANCE.

Banquet médical universel.

Un habile chirurgien bien connu, mais qui, dans l'intérêt même de l'initiative qu'il prend, désire garder l'anonyme, nous a adressé la lettre suivante, que nous n'avons pu insérer plus tôt, et que nous sommes obligé de publier aujourd'hui sans remarques, le temps nous manquant pour traiter, avec toute la maturité nécessaire, la grave question agitée dans la lettre de notre correspondant.

Paris, ce 9 mars 1857.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur,

On a cherché jusqu'à présent à rapprocher, dans des réunions confraternelles, les médecins circonscrits dans une certaine localité, et qui, conséquemment, devaient avoir des intérêts opposés, au lieu de chercher à ramener vers un centre ceux qui étaient éloignés les uns des autres. Assurément, ceux-ci n'ayant pas d'intérêts opposés, sont préparés à l'affection mutuelle. Ils ressentiraient donc cette affection s'ils étaient réunis, ils en donneraient l'exemple et en imposeraient la tradition.

C'est cette considération qui me conduit à proposer d'aller chercher *au loin* les éléments d'une union solide et franche entre les médecins, en fondant une institution que je désigne sous le nom de *banquet médical universel.*

Voir venir des pays lointains au centre de lumière et d'action tous les médecins de l'univers; voir et serrer la main de celui qui, de loin, occupe par ses travaux votre pensée et votre intelligence, qui provoque votre intérêt et votre admiration; rassembler à un temps donné une partie de la grande famille médicale; établir une solidarité universelle dans les intelligences et dans les cœurs; donner de l'unité aux coutumes, aux mœurs, aux usages; faire cadrer l'institution médicale avec les grandes institutions qui surgissent, et qui, toutes, par une puissante influence, tournent vers l'universalité; établir enfin, dans notre pays, un point vers lequel convergeraient toutes les idées, tous les faits, tous les pouvoirs, toute l'influence, en tirant de notre banquet le grand avantage d'une réunion médicale générale et périodique, tout cela serait certes un embellissement et une gloire nouvelle pour la France.

C'est à ce titre, Monsieur, que je fais un appel aux réflexions des amis de la concorde, de la science médicale et de l'honneur de la profession.

Je fais cet appel pour fonder et instituer, si toutefois l'idée est trouvée raisonnable et féconde, le *banquet médical universel.*

Dans les questions générales, les *individualités* tuent les questions. C'est pour cela, Monsieur, que cette lettre vous arriverait sans signature, si chacun ne devait répondre de ses actes; je suis donc obligé de la signer.

J'envoie *également* et *simultanément* une semblable lettre aux autres organes de la presse médicale, afin que l'*individualité collective* d'un journal ne puisse donner à l'œuvre proposée aucun caractère spécial, aucune direction spéciale, et aussi pour conserver à cette œuvre la majesté d'une institution désirée par tous, accueillie par tous et édifiée par tous.

Proscrire les *individualités* et les *drapeaux*, c'est respecter la dignité de tous. Que cette proscription soit la loi suprême, libérale et conservatrice de l'institution pour laquelle je vous sollicite, et qui n'a dautre but que l'union, le progrès et l'honneur du pays.

J'ai l'honneur d'être, etc. X....

BIBLIOGRAPHIE.

La table des Bulletins de la Société anatomique de Paris (1).

Peut-être est-ce la première fois que la critique croit devoir consacrer un article spécial à une table de matières; mais peut-être est-ce la première fois aussi qu'une table de matières, par son importance, par l'intelligence avec laquelle elle a été conçue, par le soin avec lequel elle est rédigée, a mérité un tel honneur.

Quiconque a eu la plus petite occasion de se livrer à des recherches bibliographiques, sait avec quelles difficultés on parvient à trouver ce qu'on désire, surtout lorsque les recherches se font dans des recueils périodiques, c'est-à-dire dans des ouvrages où les matières sont nécessairement disposées au hasard, sans aucun ordre logique ou alphabétique. Tout le monde sait d'où viennent ces difficultés : de ce que les tables d'un grand nombre d'ouvrages, et surtout de beaucoup de recueils, sont extrêmement défectueuses. Comment en serait-il autrement?

La rédaction d'une bonne table exige beaucoup d'instruction et d'intelligence; elle exige beaucoup de temps et de patience, car nous ne connaissons guère de travail plus rebutant; en revanche, il n'en est guère de plus ingrat, car la meilleure table n'est pas considérée comme un travail scientifique sérieux, et c'est à peine si sur mille lecteurs il s'en trouve un qui soit disposé ou qui du moins songe à tenir compte à l'auteur de la peine qu'il s'est donnée.

C'est parce que nous savons tout cela que nous croyons de notre devoir d'adresser à M. Bouteiller nos publiques et sincères félicitations pour l'utile et intelligent dévouement dont il vient de donner la preuve en rédigeant la table des trente premiers volumes des *Bulletins de la Société anatomique.*

Peu de collections sont aussi riches que ces *Bulletins*, non-seulement en faits curieux ou importants, mais encore en faits authentiques et bien contrôlés. Et néanmoins, faute d'une table générale bien faite, ces faits restent en grande partie inconnus et stériles pour la science. Quelques membres zélés de la Société savent seuls aller puiser dans les *Bulletins*, quand ils en ont besoin, des documents dont ils avaient conservé quelque souvenir. Grâce au consciencieux travail de M. J. Bouteiller, il n'en sera plus ainsi : sa table est conçue avec assez d'art pour que l'homme le plus étranger aux travaux de la Société anatomique, puisse y trouver immédiatement l'énumération de tous les faits contenus dans les *Bulletins* et relatifs à l'objet de ses études. En rédigeant cette table, M. Bouteiller n'a donc pas rendu

(1) *Table analytique* générale des matières contenues dans les *Bulletins de la Société anatomique* de Paris, pour les trente premières années (30 vol., 1826-1855), suivie d'une table des comptes rendus, discours, etc., d'une table des membres du bureau et d'une table des membres de la Société et des présentateurs, par M. le docteur Jules BOUTEILLER, membre honoraire de la Société anatomique, etc. (Paris, 1857). — Un vol. in-8°, chez V. MASSON, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

seulement un service signalé à la Société anatomique, dont les très-intéressants travaux seront désormais mieux appréciés et plus féconds, il a surtout été utile à ceux qui s'occupent de recherches originales.

La table de M. Bouteiller ne forme pas moins d'un volume in-8° de 350 pages, en caractères compactes; encore faut-il remarquer que l'auteur serait arrivé à un développement beaucoup plus considérable, s'il n'avait pas mis un soin extrême à éviter toute répétition, à propos de la rapide analyse qu'il donne de chaque fait; pour être bref de cette façon, il en coûte beaucoup plus que pour être long.

Outre la table alphabétique des matières, le volume de M. Bouteiller renferme la table alphabétique des noms d'auteurs, la liste des membres de la Société anatomique, et, enfin, celle des éloges et notices nécrologiques des membres décédés.

Comme on le voit, M. Bouteiller a fait une œuvre assez méritoire pour qu'il y ait une certaine gloire à y avoir concouru. M. Bouteiller n'a pas oublié d'acquitter sa dette, sous ce rapport, envers M. le docteur Murelle, qui l'a secondé, pendant la fin de sa tâche, avec autant de zèle que d'intelligence.

Ainsi que nous l'avons annoncé il y a quelques mois, la Société a déjà témoigné à M. Bouteiller et à son collaborateur toute sa reconnaissance, en leur offrant un banquet. Nous espérons que cette reconnaissance se traduira désormais par l'usage fréquent et fructueux que feront tous les membres de la Société de l'œuvre de leur excellent, distingué et dévoué collègue.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La Société de Médecine de Rouen, qui est une de celles qui suivent avec le plus d'ardeur le mouvement scientifique et le mouvement intellectuel en général, élabore en ce moment, nous dit-on, un projet d'association des médecins du département de la Seine-Inférieure. Nous ne doutons pas qu'avec la bonne volonté et le zèle bienfaisant qui animent les membres de la Société, ce projet n'arrive en peu de temps à bonne fin.

Legs de Trémont. — A propos du legs Trémont, que nous avons annoncé autrefois, l'affiche suivante vient d'être posée à la Faculté :

« M. le baron DE TRÉMONT a légué à la Faculté de Médecine de Paris une somme de *mille francs*, pour être distribuée annuellement, à titre d'encouragement, à un ou deux étudiants distingués et sans fortune. Ceux de MM. les étudiants qui désirent se porter candidats pour ce prix, sont invités à se faire inscrire au secrétariat de la Faculté.

« Le registre sera clos le 1er avril 1857. »

Académie royale de médecine de Belgique. — Le *Moniteur* publie un arrêté royal, en date du 23 février, qui approuve les changements proposés aux statuts organiques de l'Académie royale de médecine, par la résolution de ce corps en date du 31 janvier dernier.

D'après ces modifications, l'Académie se compose de membres titulaires et de membres correspondants. Le nombre des premiers est fixé à trente-six; l'Académie détermine le nombre des seconds. Les membres honoraires belges ont voix délibérative dans toutes les discussions; les membres honoraires étrangers, seulement en matière de science. Les membres correspondants ne prennent part qu'aux discussions scientifiques; ils n'y ont que voix consultative.

Les membres correspondants belges ont droit à la moitié au moins des places titulaires vacantes. L'élection des titulaires est faite par l'Académie, sur une liste de trois candidats présentée par la section dans laquelle se trouve la vacance à remplir.

Le bureau de l'Académie se compose d'un président et de deux vice-présidents, élus pour trois ans par l'Académie parmi ses membres titulaires, et d'un secrétaire. Le président n'est rééligible qu'après un intervalle de trois années.

Chaque année, une Commission de trois membres, élue au scrutin secret, dresse, de concert avec le bureau, le budget des dépenses pour l'exercice suivant, et fait, dans les trois premiers mois de cet exercice, son rapport sur la situation financière de la Compagnie.

L'Académie ne tiendra plus désormais qu'une séance solennelle tous les trois ans.

D'après cet arrêté royal, il est décidé que les membres honoraires de l'Académie ont voix délibérative dans toutes les discussions. Cet arrêté royal confirme donc l'ancien état de choses. Comment se fait-il que lors du vote qui a eu lieu dernièrement sur les modifications à apporter aux statuts, l'on ait cependant empêché un membre honoraire, M. Raikem, de voter? C'est là évidemment un acte arbitraire dont les conséquences ont été des plus graves, car tout le monde sait que l'on n'a emporté certaine modification qu'à une seule voix de majorité, et que si M. Raikem eût pu voter, cet article eût été certainement rejeté, vu que M. Raikem eût voté contre et que le président, ayant voix prédominante, avait également voté contre. Un tel acte ne pouvait manquer de faire surgir des protestations. Notre honorable confrère, M. Broekx, d'Anvers, s'est énergiquement élevé contre cette résolution et a publié une protestation qui a été distribuée aux médecins qui portent quelque intérêt à l'avenir de l'Académie.

(*Presse méd. belge.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Nouveau procédé de staphylorraphie, par M. JULES ROUYER. — (Extrait du *Moniteur des Hôpitaux.*) — In-8°. Prix : 60 centimes.

MÉMOIRES ET COMPTES RENDUS DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Septième année 1855. — *Deuxième volume de la deuxième série.*

Grand in-8°, avec planches. — Prix : 7 fr.

Paris, chez J. HAMEL, libraire, rue Racine, n° 10, et chez J.-B. BAILLIÈRE, rue Hautefeuille, n° 19.

Outre les *comptes rendus* des séances, qui occupent 160 pages, ce volume renferme les Mémoires originaux suivants :

1. Mémoire sur l'induration pulmonaire nommée carnification congestive, par *MM. Isambert* et *Charles Robin.*
2. Rapport sur les expériences de M. E. Brown-Séquard, relatives aux propriétés et aux fonctions de la moelle épinière, par *M. P. Brcca.*
3. Recherches sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, par *M. E. Brown-Séquard.*
4. Recherches expérimentales sur la distribution des fibres des racines postérieures dans la moelle épinière, et sur la voie de transmission des impressions sensitives dans cet organe, par *M. E. Brown-Séquard.*
5. Mémoire sur la production accidentelle d'un tissu ayant la structure glandulaire dans les parties dépourvues de glandes, par *M. Charles Robin.*
6. Mémoire sur l'hématoïdine et sur sa production dans l'économie animale, par *MM. Charles Robin* et *Mercier.*
7. Note sur des filaments floconneux de couleur orange, qui se produisent dans certaines plaies récentes, par *M. le professeur Zeis* (de Dresde).
8. Hémorrhagie siégeant dans la protubérance annulaire; paralysie sans convulsions; résolution des membres; mort deux heures après l'accident, par *M. A. Laboulbène.*
9. Recherches sur les hydatides, les échinocoques et le cœnure, et sur leur développement, par *M. C. Davaine.*
10. Recherches sur l'action des poisons sur le cœur, par *M. Ad. Moreau.*
11. Note sur l'application de la glycérine à la thérapeutique externe, par *M. Luton.*
12. Quelques propositions sur les fibrômes, ou tumeurs formées par les éléments du tissu cellulaire, avec des remarques sur la nomenclature des tumeurs, par *M. Verneuil.*
13. Gangrène du pied et de la jambe gauche; dépôts fibrineux multiples dans les reins, la rate, le foie; engorgements hémoptoïques dans les deux poumons, par *M. Charcot.*
14. Note sur la composition des gaz qui infiltraient le tissu cellulaire dans un cas d'affection charbonneuse chez l'homme, et sur leur analogie avec le gaz des marais, par *M. Adolphe Gubler.*
15. Recherches sur la structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la langue, par *M. C. Sappey.*
16. Paralysie des membres supérieurs seuls; conservation de la sensibilité; induration de la moelle épinière; ramollissement dans l'espace compris entre les 3e et 6e vertèbres dorsales, par *M. A. Laboulbène.*
17. Description anatomique d'un veau monstrueux du genre pygomèle (famille des pygoméliens), par *M. Armand Goubaux.*
18. Mémoire sur la sécrétion et la composition du lait chez les enfants nouveau-nés des deux sexes, par *M. Adolphe Gubler.*
19. De la cryptorchidie chez l'homme et les principaux animaux domestiques, par *MM. Armand Goubaux* et *Follin.*
20. Recherches expérimentales sur les voies de transmission des impressions sensitives et sur des phénomènes singuliers qui succèdent à la section des racines des nerfs spinaux, par *M. E. Brown-Séquard.*

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 33. 5e année. Mardi 17 Mars 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 16 mars 1857.

Remarques biologiques sur le mouvement de la population en France en 1853.

Dans nos brèves remarques sur un document relatif à la population de l'Australie, évidemment entaché d'erreur (voir *Monit. des Hôp.* du 7 mars 1855, nous disions qu'il est peu de questions qui intéressent à un aussi haut degré l'hygiène publique, la physiologie et la science sociale, que les questions relatives au mouvement des populations. Nous avons omis d'ajouter, et cela était indispensable, que cette importance n'est pas suffisamment sentie par les hygiénistes, par les physiologistes et, en général, par les médecins. Ces derniers ont fait quelques travaux utiles sur les maladies spéciales à certains climats; mais les ouvrages de physiologie et d'hygiène sont muets sur toutes les questions de population, et l'on chercherait en vain, dans les traités classiques consacrés à ces deux sciences, quelle est, par exemple, la durée de la vie humaine, ce qu semblerait devoir être pourtant la première de toutes les questions dont la biologie doive se préoccuper. Plus d'une fois déjà, nous avons cherché à appeler l'attention de nos lecteurs sur ces grandes questions, qu'on pourrait appeler médico-sociales, et qui, de moins en moins, doivent rester étrangères au médecin, si la profession médicale veut justifier la prétention, légitime à beaucoup d'égards, qu'elle a d'être la portion la plus éclairée de la société. Nous ne ferons donc que continuer aujourd'hui à marcher dans la voie que nous avons ouverte, en reproduisant ici quelques-uns des résultats consignés dans un très-intéressant mémoire publié dans le *Journal des Économistes* par un de nos publicistes les plus distingués, M. Legoyt, chef du bureau de la statistique au ministère de l'agriculture et du commerce. Ce mémoire est intitulé : *De quelques particularités du mouvement de la population en France pendant l'année* 1853; c'est un extrait judicieusement commenté du tra-

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Le docteur Griffus (d'Ephèse) au docteur Alcibiade-Agamemnon Kastorinopoulo.

LETTRE PREMIÈRE.

Enfin, mon ami, je suis à Paris. J'avoue que ce n'est pas sans une certaine appréhension que j'y ai déposé provisoirement mes dieux lares. J'ai lu, il y a quelques années, un tableau de cette grande ville par un nommé Boileau-Despréaux, et la peinture ne m'a pas paru rassurante; il fallait tout le dévouement que la science peut inspirer à un honnête savant, pour me décider à affronter tant de dangers.

Grâce au ciel! depuis quinze jours que j'y suis, je n'ai pas encore été assassiné une seule fois; il est vrai que je me suis bien gardé de visiter le Pont-Neuf et les autres lieux les plus remplis de périls. Il est probable que ma bourse a couru de grands dangers, mais jusqu'à présent nous leur avons échappé l'un et l'autre; cela pourrait bien tenir à ce que j'ai conservé mon costume grec, on doit croire que mes finances sont en très-mauvais état, et que je viens à Paris pour négocier un emprunt. Je n'ai pas besoin de te dire que je me méfie de tout le monde; je ne dors que d'un œil; tous les gens que je rencontre me sont suspects, et je ne traverse la place de la Bourse, surtout en plein jour, qu'armé jusqu'aux dents.

En arrivant, je me suis informé tout d'abord de l'état de la médecine en France.

J'ai appris avec étonnement que les malades de cette capitale du monde civilisé étaient tout aussi stupides que ceux de notre pays; que les charlatans y font tous les jours des fortunes scandaleuses, en vendant des pilules de mie de pain et des robs composés de mélasse et d'eau claire. J'ai appris en outre que certaines gens avaient imaginé une médecine nouvelle sans savoir un mot de l'ancienne, et qu'il leur suffisait de s'intituler magnétiseurs, homœopathes, électropathes ou Raspaillistes pour trouver des malades qui ne leur prêteraient pas cinq francs, mais qui leur confient leur santé. Chacun de ces guérisseurs s'annonce comme un petit Messie, et représente les sectes rivales comme exclusivement composées de crétins et de charlatans.

Je te dirai seulement deux mots aujourd'hui de l'invention du citoyen Raspail, un drôle de corps, qui considère l'humanité malade comme un vieux manchon mangé aux teignes. Il rejette avec dédain les entités des ontologistes, et a pris pour unité morbide... l'ASTICOT! lequel remplace pour lui, avec avantage, les trois Parques classiques. Avez-vous une méningite? c'est un asticot qui a pris le masque méningien; avez-vous une fièvre typhoïde? asticot qui a pris le domino typhoïque; avez-vous des cors, le choléra, des tubercules, un cancer? asticot! asticot!! toujours asticot!!! Quel que soit l'état morbide,

vail beaucoup plus volumineux que va publier le Bureau de la statistique générale de la France sur le relevé du mouvement de l'état civil en France pendant l'année 1853. Nous allons présenter quelques remarques sur les faits du mémoire de M. Legoyt qui intéressent le médecin et le physiologiste.

Mais nous ferons observer d'abord, avec le savant auteur du mémoire, que la statistique de 1853 offre un intérêt tout particulier, non-seulement parce que c'est à partir de cette année que des améliorations importantes ont été introduites dans la forme des tableaux statistiques dressés, chaque année, par les soins de MM. les préfets, mais encore parce que l'année 1853 n'ayant vu se produire aucun fait hygiénique, économique ou social, de nature à troubler les lois qui président au mouvement de la population en France, cette année peut, sous tous les rapports, être considérée comme normale.

L'habitation et le genre de vie peuvent être considérés *à priori,* comme les conditions qui doivent avoir la plus grande influence sur le mouvement de la population. Pour rendre, dans leur ensemble, ces influences plus faciles à saisir, les tableaux de 1853 ont distingué la population de la France en *rurale* et *urbaine.* On a considéré comme *population urbaine* celle des communes ayant 2,000 habitants agglomérés au moins, et comme *population rurale* celle des autres communes. Cette distinction importante aurait peut-être pu, avec avantage, être poussée plus loin; mais telle qu'elle est, elle constitue un perfectionnement, d'où résultent déjà d'utiles enseignements.

La population du département de la Seine qui, sous tant de rapports, doit être considérée à part, forme une troisième catégorie.

Accroissement de la population. — L'excédant des naissances sur les décès (1) a été en 1853, savoir :

	Population calculée en 1853 (1).	Excédant des naissances sur les décès.
Dans le département de la Seine.	1,501000	2377
— population urbaine. . .	8,330000	24484
— population rurale. . . .	26,394000	114499
	36,225000	141360

L'excédant des naissances, rapporté à 100 décès, donne l'augmentation proportionnelle suivante dans les trois catégories de population :

Département de la Seine.	0,1556	p. 100
Population urbaine.	0,2939	—
Population rurale.	0,4338	—

De ces premiers chiffres résulte cette conséquence importante, que l'accroissement de la population, par excédant des naissances, est beaucoup plus grand dans la population rurale que dans la population urbaine, et plus grand dans la population urbaine que dans la population de la Seine (2). Ce grand fait, hygiénique et physiologique, est d'autant plus remarquable, que la population urbaine nous paraît mieux partagée que l'autre sous le rapport du vêtement et de la nourriture, et qu'il faut ainsi le rapporter à des circonstances propres à l'influence rurale. On ne doit pas méconnaître, il est vrai, que, pour des raisons qu'il est inutile de développer, le nombre des naissances est volontairement réduit dans les villes, ce qui n'a probablement pas lieu, au moins d'une manière sensible, dans les campagnes; mais cette cause ne saurait assurément suffire à expliquer l'immense différence que nous venons de constater en faveur de la population rurale, car nous allons voir que, malgré cette cause d'infé-

(1) L'accroissement de la population d'un pays peut avoir deux causes : 1° l'excédant des naissances sur les décès; 2° l'immigration. Cette dernière étant à peu près impossible à apprécier en France, on a dû se borner à étudier la première. Nous ne croyons pas nous tromper toutefois en réduisant à une très-minime importance le rôle de l'immigration.

(1) On sait que le dénombrement de la population ne se fait que tous les cinq ans. Dans les années intermédiaires, comme l'est 1853, on ne peut en connaître le chiffre qu'approximativement, en ajoutant au dernier dénombrement autant de fois l'augmentation moyenne qu'il s'est écoulé d'années depuis qu'il a été fait.

(2) Il ne faut pas oublier toutefois que, dans ce dernier département, la population masculine adulte dépasse d'environ 30,000 la population féminine, contrairement à ce qui existe dans les autres départements, et que cette circonstance explique, au moins en grande partie, l'infériorité relative des naissances.

cherchez bien au fond, vous devez y trouver le perfide asticot ; si vous ne l'y trouvez pas, il faudrait l'attribuer à une erreur de vos sens et n'en point accuser la doctrine.

Pour le citoyen Raspail, la pathologie tout entière n'est qu'un vaste bal masqué d'asticots.

Voilà pour la maladie.

Pour le traitement, c'est aussi simple :

L'asticot étant l'ennemi intime du camphre, camphrez l'asticot et il s'évanouit. Comme c'est beau et simple un pareil système! c'est même peut-être un peu trop simple, et pour entretenir avec plus d'énergie les illusions du malade, il ne serait point mauvais d'y joindre quelques pilules et un peu de rob.

O grand homme! l'humanité reconnaissante ne peut s'acquitter envers toi qu'en te décernant un bocal de camphre suffisant pour contenir tes restes mortels et ta gloire. C'est le seul mausolée capable de te préserver un jour de la vengeance des asticots, que tu as tant calomniés.

J'arrivai un lundi, jour de séance à l'Institut; je résolus de ne point retarder ma visite à cette savante compagnie. Je demeure fort loin du palais Mazarin. Sur ma route, je remarquai un grand nombre de tableaux dans lesquels on voyait des rateliers se livrer dans le vide à une mastication perpétuelle; les premiers que j'aperçus exercèrent sur moi une espèce de fascination, et je reculai avec terreur devant ces mâchoires féroces qui semblent vouloir dévorer les passants. J'appris que ces tableaux servent d'enseignes à des dentistes, et que chacun d'eux déclare sur l'honneur être le seul inventeur breveté de ces rateliers infatigables. Je remarquai, en outre, que presque tous ces fabricants d'osanores appartiennent à la noblesse, leurs noms sont précédés de la particule; je me suis même laissé dire que certains d'entre eux ont une couronne de comte ou de baron sur la plaque de leur porte.

Il faut avouer que depuis le célèbre Bilboquet, qui faisait en public l'extraction des molaires, — quel que fût leur état de conservation, — avec la pointe d'un modeste sabre, cette industrie s'est singulièrement anoblie.

Il paraît que la particule envahit également une certaine classe du monde médical, mais — comme la marée qui monte, — cet envahissement commence par les bas-fonds et les DE Saint-André, DE Saint-Pierre, DE Saint-Gervais, DE Saint-Boniface, sont devenus, grâce au DE, seigneurs suzerains du village natif où ils ont gardé les vaches.

Quand on voit de quelle manière ces honnêtes docteurs portent leur noblesse, on est tenté de croire qu'ils se sont affublés du DE, comme on prend un faux nez, uniquement pour ne pas être reconnu.

Cependant, comme ces petites métamorphoses n'entraînent avec elles aucun inconvénient pour celui qui en profite, j'ai l'intention de

condité, le rapport des naissances à la population est plus grand dans les villes que dans les campagnes. Ainsi, en 1853, le nombre d'enfants nés vivants a été :

Département de la Seine. . .	1	sur 32	habitants.
Population urbaine.	1	35	—
Population rurale.	1	41	—

On voit donc que si l'excédant des naissances sur les décès est plus considérable dans la population rurale, cela ne tient point à ce que les naissances y sont plus nombreuses, mais bien à ce que les décès y sont plus rares, ou, en d'autres termes, à ce que la durée moyenne de la vie y est plus longue. On conçoit, en effet, qu'une population qui serait stationnaire doit être égale au nombre des naissances, multipliée par la durée moyenne de la vie. Les chiffres ci-dessus expriment donc la durée moyenne de la vie dans les trois catégories de population, ou même une durée un peu inférieure à la réalité, puisqu'au lieu d'être stationnaire, la population est partout en voie d'accroissement. Le chiffre de la population de la Seine nous paraît surtout inférieur à la réalité, par suite du grand nombre de femmes, et surtout de filles, appartenant à la province et qui viennent accoucher à Paris ; elles augmentent ainsi le nombre des naissances de ce département, et diminuent en proportion le chiffre qui exprime le rapport des naissances à la population ou la vie moyenne.

Proportion des deux sexes dans les naissances. — La prédominance du sexe masculin dans les naissances est un fait connu de tout le monde, et qui ne peut par conséquent être ignoré des physiologistes, quoiqu'ils négligent de le consigner dans leurs traités ; le rapport qui se maintient, sans variation sensible, en France, depuis trente-six ans, est de 17 garçons pour 16 filles. Mais ce qui est moins connu, sans être moins digne de remarque, c'est que ce rapport varie, quoique dans de faibles limites, suivant certaines conditions.

Le rapport de 17/16 est celui que l'on constate dans les naissances légitimes ; mais, chose extrêmement curieuse et assurément fort inattendue, ce rapport n'est plus que de 26/25 dans les naissances naturelles. Ainsi, le mariage a pour résultat d'augmenter la proportion des garçons. La physiologie n'a donné aucune explication de ce fait singulier; il est vrai qu'elle n'en a guère cherché ; on ne doit donc pas perdre tout espoir d'arriver sur ce point à quelques données positives. Les faits corrélatifs suivants serviront peut-être à éclairer un jour cette curieuse question.

La prédominance du sexe masculin existe dans les trois catégories de population, mais elle est plus marquée dans la population rurale que dans la population urbaine. Deux explications de ce fait ont été données : dans l'une on l'attribue au plus grand développement de la force musculaire dans la population rurale; dans l'autre, qui est celle du savant auteur du travail que nous analysons, à la moindre disproportion dans l'âge des époux, et à ce que les mariages, dans les campagnes, se font à un âge moins avancé que dans les villes. Des recherches statitisques fort difficiles, mais cependant possibles, permettront, sans doute, ultérieurement de décider jusqu'à quel point ces explications sont fondées.

Il est douteux qu'on arrive à quelque chose de positif, relativement à une troisième hypothèse, qui peut cependant avoir sa part d'influence, et que nous n'émettons toutefois qu'avec toute la réserve possible. En ayant égard aux effets physiologiques de l'habitude, il nous paraît probable que les rapports sexuels d'où résultent les fécondations naturelles sont plus fréquents que ceux qui produisent les fécondations légitimes. Il nous paraît plus probable aussi, que les rapports sont plus fréquents entre les époux de la population urbaine qu'entre ceux de la population rurale. N'est-il pas possible que la rareté des rapports sexuels imprime au fluide séminal des propriétés qui le rendent plus propre à engendrer des garçons? C'est une question sur laquelle il sera presque impossible de recueillir des renseignements positifs dans l'espèce humaine, mais à laquelle la physiologie comparée pourrait peut-être fournir quelques lumières. H. DE CASTELNAU.

(La fin à un prochain numéro.)

---

modifier mon nom de Griffus (d'Éphèse), qui est assez vulgaire, et de me nommer M. d'Éphèse, sans parenthèse.

Non, décidément, d'Éphèse est un peu court, je te prie donc d'adresser ta réponse à M. le baron d'Ephèse, et surtout de m'y traiter avec beaucoup de respect; ce n'est pas que mon nouveau titre m'ait tourné la tête, j'aurai toujours pour toi les mêmes bontés, mais le garçon de l'hôtel lit toutes mes lettres avant moi et je tiens à l'opinion de mes gens.

J'arrivai enfin à l'Institut. Un vénérable et illustre chimiste, M. Th....., avait eu la bonne pensée de proposer à ses collègues, favorisés de la fortune, de former, au moyen d'une souscription annuelle de 10 francs, un fonds de secours destiné à soulager quelques infortunes scientifiques. Un grand nombre d'académiciens s'empressèrent de s'associer à cette noble pensée ; comme j'entrais, M. Th.... s'adressait à un autre membre de la section de chimie, en ces termes :

— Et vous, Ch...., voulez-vous en être?

— Être de quoi?

— De notre souscription à dix francs.

— Non, merci, « je ne veux pas être de cette *boutique*-là ! »

Ce pauvre M. Th.... rougit jusqu'aux oreilles, mais je crois que ce n'était pas pour son propre compte. Je cherchai dans mon *Dictionnaire français* le mot *boutique*, je trouvai : « lieu où on fait commerce de marchandises. » Je compris que M. Ch.... ne voulait pas entreprendre à son âge un commerce auquel toute sa vie il est resté d'autant plus étranger, que le commerce de la charité procure généralement de bien petits bénéfices, et coûte cher.

Mais, au fond, je l'approuve fort, ce brave M. Ch.....; car vraiment, s'il fallait venir au secours de tous les savants qui meurent de faim, on n'en finirait pas. Craignant de me laisser séduire par l'éloquence de M. Th.... , je me hâtai de passer dans la salle des séances.

Je pus donc enfin contempler la réunion scientifique la plus brillante de l'Europe ; — brillante doit être pris dans un sens exclusivement intellectuel, car tout le monde sait que, sous le rapport du physique, l'Institut laisse beaucoup à désirer.

On discutait la *théorie des forces vives* : c'était la quatrième séance que la savante Compagnie consacrait à cette question ; cela te semble peut-être singulier et tu t'imagines qu'il te suffit de donner un coup de poing sur une machine faite exprès pour cela pour qu'un cadran t'indique avec précision le nombre de kilos que pèse ta force vive. Dans la pratique, je conviens que le procédé suffit, mais en théorie, c'est infiniment plus compliqué, et il ne faut pas moins de quatre pages de chiffres pour expliquer la théorie des forces vives ; mises en action chez un homme qui tire simplement son mouchoir de sa poche.

J'avoue que je n'étais pas fâché d'avoir sur ce point l'avis de M. Cauchy, qui passe pour un des bons mathématiciens de notre époque, mais ce savant, — comme c'est la coutume, — pour éclairer

Séance de la Société de Chirurgie du 4 mars 1857.

[**Amputations du pied. — Phénomènes d'hypertrophie dans les membres atteints de varice anévrysmale.**]

La Société de Chirurgie s'est livrée, il y a quelques mois, à une importante discussion sur la valeur relative des diverses amputations du membre inférieur. Les orateurs qui ont pris la parole à cette occasion se sont attachés surtout à établir un parallèle entre l'amputation sus-malléolaire et l'amputation au lieu d'élection. Ils ont à peu près épuisé ce sujet, mais ils ont peu insisté sur certaines amputations qui se pratiquent au niveau ou au voisinage de l'articulation tibio-tarsienne, et qui peuvent, dans beaucoup de cas, remplacer l'amputation sus-malléolaire. Nous voulons parler de la désarticulation sous-astra galienne, de la désarticulation tibio-tarsienne, et de l'amputation intra-malléolaire faite immédiatement au-dessus de la surface articulaire inférieure du tibia.

Ces trois dernières opérations n'ont été acceptées jusqu'ici que par un petit nombre de chirurgiens. En théorie, pourtant, elles ont un avantage marqué sur l'amputation sus-malléolaire, non au point de vue de la gravité, qui est à peu près égale, mais au point de vue des résultats. Elles produisent, en effet, une mutilation moins considérable, laissent aux membres une plus grande longueur, et permettent à l'amputé de marcher sur son moignon, sans le secours d'un membre artificiel, pourvu qu'on ait soin de recouvrir le squelette avec un lambeau pris plus ou moins directement dans la région du talon. Elles sont, il est vrai, d'une exécution plus difficile, mais ce léger inconvénient est de peu de poids à côté des avantages qui précèdent, et ce n'est point là le motif qui a jusqu'ici retenu la plupart des chirurgiens. On a craint que la pratique ne réalisât pas les prévisions de la théorie; on s'est demandé si les amputés pourraient bien réellement marcher sur leur moignon; on a pensé, enfin, que dans les cas d'amputation pathologique, qui sont de beaucoup les plus communs, il importait, pour éviter la formation de fistules et la récidive de la carie, de remonter jusqu'à un niveau assez élevé au-dessus de l'altération primitive.

Cette question controversée ne pourra être résolue que par l'examen et la comparaison d'un grand nombre d'observations complètes. Or, s'il y a dans la science beaucoup de faits relatifs à l'amputation tibio-tarsienne, il y en a peu qui soient bien concluants, car la plupart des malades ont été promptement perdus de vue, et on ignore quel a été le résultat définitif. Quant aux deux autres amputations voisines, elles n'ont été pratiquées qu'un petit nombre de fois. Le moment ne semble donc pas venu de juger le différend. En attendant, la Société de Chirurgie s'empresse d'enregistrer les observations qui déposent dans un sens ou dans un autre. M. Verneuil, en particulier, s'occupe, avec une louable persévérance, de rassembler des matériaux sur cette importante question de pratique. Aux faits nombreux qu'il a consignés l'année dernière dans son rapport sur le travail de M. Jules Roux, il en a joint tout récemment deux autres. L'un de ces deux derniers faits, relatif à une désarticulation sous-astragalienne, suivie d'amputation intra-malléolaire, a été mentionné dans notre dernier compte rendu. L'autre, présenté dans la dernière séance, se rapporte à une amputation tibio-tarsienne dont le résultat a été peu satisfaisant. Il s'agit d'un malade à qui M. Richet, en 1854, désarticula le pied pour une lésion organique des os datant de deux ans (procédé de M. Jules Roux).

Tout alla bien pendant les premiers temps, mais il resta deux fistules, le moignon se tuméfia consécutivement, et au bout d'un an, M. Richet fut obligé de pratiquer l'amputation sus-malléolaire. Cette fois la cicatrisation, quoique retardée par la formation de deux abcès, fut complète, et le malade quitta l'hôpital le 3 juin 1856. Aujourd'hui, il marche très-bien avec sa jambe de bois.

Le moignon de la première amputation, conservé depuis près d'un an dans l'alcool, a été disséqué par M. Verneuil et présenté à la Société. L'extrémité inférieure du tibia, dépouillée de cartilages, est le siége d'une ostéite très-remarquable, condensante à la partie inférieure, c'est-à-dire au niveau de la surface articulaire, raréfiante dans le reste de l'épiphyse. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'il s'est formé entre le lambeau et l'ancienne surface diarthrodiale, une sorte de demi-articulation qui est devenue le siége de lésions tout à fait semblables à celles des tumeurs blanches. D'épaisses fongosités recouvrent l'os et les chairs, et circonscrivent une cavité purulente qui communique avec l'extérieur par deux pertuis fistuleux. Les fongosités se prolongent le long du tendon d'Achille, et recouvrent le nerf tibial postérieure dans une étendue de 3 centimètres. Du reste, le tendon d'Achille adhère solidement au lambeau. Ce fait semble peu favorable à l'amputation tibio-arsienne pratiquée pour cause pathologique, mais il faut dire que d'autres observations, et notamment celles de M. Jules Roux, prouvent que cette opération peut donner des succès complets, même dans les cas semblables à celui de M. Richet.

---

la discussion, parlait d'autre chose et drapait ses collègues de la belle manière. Il en était à un endroit fort intéressant de la biographie d'un académicien, qu'il éreintait, quand le général Poncelet, non moins robuste mathématicien, se leva avec une force que je ne saurais évaluer en chiffres, et fit retentir les doctes échos de la salle en ces termes :

— Ah! vous voulez nous faire la biographie de vos collègues!

— Permettez, je n'ai pas fini.

— Eh bien, si chacun de nous en fait autant, l'Académie va en entendre de belles (je frémis à ces mots, je crus que je m'étais trompé de porte et que j'étais tombé au milieu d'une réunion de gens douteux).

M. Cauchy. — Je maintiens ce que j'ai dit.

M. Poncelet. — Très-bien, je vais faire la vôtre de biographie, et nous allons voir si vous allez rire.

— Permettez.

— D'abord, vous avez été toujours très-malveillant pour les jeunes savants.

— Permettez.

— Quand j'étais à Metz, vous m'avez gardé un mémoire pendant quatre ans sans vouloir me faire de rapport.

— Permettez!

— Vous...

A cet endroit de la discussion, le président agite avec violence une grosse sonnette posée devant lui, de sorte qu'il me fut impossible de rien entendre; j'étais d'autant plus désolé de ce contre-temps que j'ai l'intention de faire les portraits des membres de l'Institut, et que je comptais bien que tous se prodigueraient, les uns après les autres, des aménités académiques qui m'auraient été d'un grand secours.

On n'entendait plus que la sonnette du président; mais la pantomine vive et animée des deux orateurs prouvait que l'incident n'était pas vidé; on put donc espérer que la théorie des forces vives allait recevoir une application aussi directe que démonstrative. Dans ce genre de discussion, je crois que les arguments de M. Poncelet auraient eu beaucoup plus de force que ceux de son adversaire. M. Cauchy est robuste en théorie, c'est incontestable; seulement, au point de vue pratique, il me paraît peu taillé pour les jeux olympiques. Alors le secrétaire perpétuel se précipita entre eux comme la Sabine du tableau de David, et l'Académie décida que le bulletin de l'Institut ne ferait pas mention de ce regrettable incident.

C'est pour cela que je te le raconte, car enfin, si personne n'en fait mention, il est évident que le futur historien de l'Institut sera obligé de remplacer par des points la partie la plus intéressante de cette séance académique.

Alors commença une longue discussion sur les *sinus* et les *cosinus*, peu à peu je sentis mes membres envahis par un engourdissement progressif, mon oreille n'entendait que par intervalle la voix de l'ora-

— M. Larrey, à son tour, a montré un militaire qui a subi en Crimée l'amputation sous-astragalienne pour une blessure produite par un éclat de grenade. L'astragale a été recouvert par un lambeau antéro-interne. Des accidents assez graves sont survenus à la suite de cette opération; plusieurs abcès se sont formés au-dessus du moignon, et l'extrémité inférieure du tibia est devenue en trois ou quatre points le siége d'une nécrose superficielle. Ces accidents ont retardé la guérison qui n'a été achevée qu'au sixième mois.

Plus de deux ans se sont écoulés, depuis cette époque, l'amputé a voulu marcher sur son moignon, mais de légères excoriations se sont produites, et il a dû entrer au Val-de Grâce pour obtenir un appareil prothétique. L'astragale paraît soudé au tibia, et est un peu incliné en avant, de telle sorte que la tête de cet os soulève assez fortement la peau du moignon. Ce résultat laisse beaucoup à désirer. Toutefois, on n'en peut tirer aucun argument contre la désarticulation sous-astragalienne, puisque le chirurgien qui a pratiqué cette opération, au lieu de tailler son lambeau dans la peau épaisse du talon (chose qui du reste n'était peut-être pas praticable dans ce cas, à cause du délabrement des chairs) n'a conservé, pour recouvrir l'os, que la peau mince et peu résistante de la face dorsale et de la partie interne du coude-pied. Quand à l'ankylose tibio-tarsienne, elle a pu être la conséquence des accidents graves qui sont survenus, et d'ailleurs, par elle-même et à elle seule, elle n'eût pas été de nature à compromettre le résultat de l'opération.

— Nous avons publié *in extenso* la note de M. Giraldès sur l'action anesthésique de l'amylène. Nous n'avons pas besoin d'y revenir.

— Une observation recueillie avec soin et habilement rédigée par M. Charnal, interne de nos hôpitaux, avait été lue à la Société dans la dernière séance de novembre 1856; cette observation avait pour sujet un homme atteint d'un anévrysme artério-veineux, maladie sur laquelle les chirurgiens ont porté, d'une manière toute spéciale, leur attention depuis quelques années. Le travail de M. Charnal fut renvoyé à une Commission dont M. Broca fut nommé rapporteur; cette mission lui revenait en quelque sorte de droit. Notre savant collaborateur est venu s'acquitter de sa tâche dans la dernière séance, et son rapport s'est naturellement ressenti de la spécialité de ses études sur la matière; M. Broca a fait à la fois un rapport et un mémoire. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici, de cet intéressant travail, qu'un rapide aperçu.

Le fait communiqué par M. Charnal offrait d'abord ce premier intérêt, qu'il confirmait, par l'anatomie pathologique, un diagnostic porté dix ans auparavant par Follin, dans un cas qui ne laissait pas que de présenter une certaine obscurité. Il s'agissait d'une toute petite tumeur pulsatile située sur le trajet de l'artère humérale, accompagnée d'un frémissement vibratoire manifeste et d'un bruit de souffle à double courant; mais les veines superficielles paraissaient, sous tous les rapports, à l'état normal; elles l'étaient en effet, car le malade, entré dans un service de médecine, fut saigné sur la médiane basilique du bras malade, et un jet non saccadé de sang noir s'écoula de la veine M. Follin, d'après les signes précédemment indiqués, avait néanmoins diagnostiqué une varice anévrysmale; mais il avait pensé que la communication avait lieu entre l'artère et les veines profondes. C'est ce que l'autopsie a confirmé; elle a fait voir, en outre, qu'il n'y avait point de poche et qu'il s'agissait d'une phlébartérie simple.

Le fait de M. Charnal a offert cette particularité, que l'artère humérale était, dans ce cas, divisée beaucoup plus haut que dans les cas normaux, ce qui lui a fait donner à son observation le titre de « Communication entre l'artère *cubitale* et la veine col-« latérale externe. » — Cette dénomination a fourni à M. Broca l'occasion d'entrer dans quelques détails sur l'invariabilité d'un vaisseau artériel, situé dans la gaîne du nerf médian, entre les deux veines humérales profondes, quelles que soient d'ailleurs les anomalies si communes de l'artère brachiale; le vaisseau en question doit toujours conserver le nom d'artère brachiale, et c'est sur ce vaisseau, à *volume variable* mais à *situation invariable,* qu'avait été faite la piqûre, dont l'anévrysme observé par MM. Charnal et Follin a été la conséquence; ce qui veut dire que l'auteur de cette piqûre ne saurait arguer, pour sa justification, de l'anomalie constatée dans ce cas. C'est un des motifs de l'insistance de M. Broca sur le véritable siége de la lésion; un autre motif, c'est qu'à sa connaissance, aucun fait d'anévrysme variqueux de l'artère cubitale n'a été observé, ce qui exige qu'on soumette à une critique sévère ceux qu'on présenterait comme tels.

Enfin, un autre fait sur lequel M. Broca a insisté, c'est le développement des poils, notablement plus prononcé sur le bras malade chez le sujet de l'observation de M. Charnal. Ç'a été, pour M. Broca, l'occasion d'une discussion importante sur l'activité exagérée qu'acquiert la nutrition dans les membres affectés de phlébartérie. Cet excès d'activité nutritive dans une partie malade a choqué M. Broca, comme elle nous choque nous-

---

teur, mes paupières appesanties ne se relevaient qu'avec fatigue. Dieu me pardonne! j'étais sur le point de succomber à un sacrilége sommeil. Je me levai avec effort et gagnai la salle des Pas-Perdus pour échapper à cette atmosphère léthargique. Dans mon empressement, je faillis renverser un monsieur dont l'aspect avait quelque chose de remarquable, il portait un habit noir SUR sa rédingote bleue, je fis le tour de sa personne avec un profond respect, car il faut être bien savant pour avoir de pareilles distractions; il se laissa examiner avec beaucoup de douceur, et me rendit le salut que je lui fis en le quittant. Je rencontrai heureusement M. Bout.... d'Ev...., qui eut l'obligeance de m'apprendre que ce monsieur si curieux s'appelait André-Jean, et qu'il se livrait, avec un zèle industriellement savant, ou savamment industriel, à la fabrication des vers-à-soie. Ses élèves ressemblent à de petits serpents boas; ils produisent, dit-on, moins que les autres, mais ils leur sont incontestablement supérieurs sous le rapport de l'appétit. M. Bou.... d'Ev... fit remarquer à M. André-Jean la superposition anormale de ses vêtements, et l'éleveur ébahi s'empressa de mettre habit bas pour régulariser sa toilette; mais, par suite d'une nouvelle distraction, la rédingote et le gilet rejoignirent l'habit sur la banquette, et M. André-Jean allait quitter son pantalon lorsque l'huissier se précipita vers lui et lui fit observer que s'il était, jusqu'à un certain point, permis de dormir pendant les séances de l'Institut, il était expressément défendu de sortir de ses vêtements pour le faire.

M. André-Jean, toujours distrait, fit un grave salut, mit ses habits sous son bras et partit sans songer à les remettre.

Décidément, mon envie de dormir ne se passe pas; bonsoir, je vais me coucher. Le baron d'Ephèse.

P. S. Je me réveille par suite d'un affreux cauchemar. J'ai rêvé que des voleurs venaient m'enlever mon titre de baron; il est vraiment impossible de garder un pareil titre dans une maison où les portes ferment à peine, et qui est habitée par toute sorte de gens. Je m'*enroture* donc de rechef et te prie de répondre simplement à ton ami Le Dr Griffus (d'Ephèse).

Comme le docteur Griffus allait mettre sa lettre à la poste, il rencontra M. C...., qui venait de causer tout seul et bâillait d'une manière formidable; notre Grec prit cette bouche ouverte pour une boîte aux lettres et y déposa sa missive. L'illustre et célèbre accoucheur l'avalait sans se douter de rien, lorsque je pus la saisir à temps en plongeant intrépidement mon bras dans ce goufre, puis je m'empressai de l'étaler dans mon feuilleton pour la faire sécher.

Dr JOULIN.

même; il a dû cependant l'admettre, et l'ayant admise, il en a dû chercher la raison; sans prétendre en avoir trouvé une absolument irréprochable, il est cependant fort disposé à attribuer ce singulier phénomène à la congestion des capillaires, conséquence de la phlébartérie, et il fonde cette explication sur des considérations d'un grand poids, lesquelles se trouvent d'ailleurs exposées avec tous les développements nécessaires dans le *Traité des anévrysmes* de l'auteur. Quand on lit ces considérations, il est difficile de n'être pas entraîné par la logique de l'auteur, surtout pour peu qu'on soit sensible à la logique des faits; et cependant, le dirons-nous, quelle que soit notre sensibilité sous ce rapport, nous aimerions mieux qu'on n'eût pas à chercher comment un trouble grave de la circulation peut produire une sur-activité dans la nutrition, tant il paraît naturel qu'on dût avoir à chercher le contraire.

Nous renvoyons à notre prochain article le compte rendu d'un fait extrêmement curieux de kyste fœtal ovarique, présenté par M. Richet. C. et D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Intoxication saturnine à forme de paralysie générale aiguë. — Attaque épileptiforme terminale. — Mort. — Autopsie,

Par M. F. Second-Féréol, *interne des hôpitaux.*

Parmi les formes si diverses et si compliquées que revêt l'intoxication saturnine, celle qui fait le sujet de l'observation suivante est encore fort peu connue.

Il va sans dire que la *Monographie,* si remarquable d'ailleurs, de M. Tanquerel des Planches, n'en fait point mention, puisque à l'époque où ce consciencieux travail a été fait, la paralysie générale n'était pas encore décrite; et parmi les différents ouvrages, traités, thèses, qui ont eu, depuis lors, à parler des maladies de plomb, ceux que j'ai pu rencontrer se taisent également sur ce point.

Je n'ai, dans mes recherches, trouvé qu'une seule observation qui présente avec la suivante une analogie des plus frappantes; elle appartient à M. Beau et se trouve dans son *Mémoire sur la paralysie générale aiguë,* publié dans les archives de 1852. Dans ce remarquable travail, on sait que le savant auteur de tant de recherches originales a, le premier, décrit un ensemble de phénomènes qui, se rapprochant beaucoup de la paralysie générale des aliénés décrite par MM. Delaye, Bayle et Calmeil, en diffère principalement par la marche très-rapide et la durée très-courte de la maladie, et par le caractère fébrile des accidents. Les observations sur lesquelles M. Beau s'appuie pour décrire à part cette forme aiguë de la paralysie générale, sont au nombre de sept. Une seule a pour sujet un malade atteint d'intoxication saturnine. Cinq autres ont été prises sur des individus qui avaient ou venaient d'avoir la fièvre typhoïde. Dans la septième, la maladie, survenue au milieu d'une santé normale, est rattachée par l'auteur du mémoire à une émotion morale pénible et vive. Je rappellerai en peu de mots que les signes principaux de la maladie, tels qu'ils sont donnés par M. Beau, sont : des soubresauts des tendons, une sorte de tremblement choréïque plus ou moins général, mais occupant un grand nombre de muscles, d'où résultent le bégaiement, la titubation, l'inhabileté des mouvements, etc., à la fin, ce tremblement devient assez fort pour que la couverture du malade, et même son lit, soient agités de grands mouvements; un délire très-partiel, surtout au commencement, et ne se trahissant que par quelques mots incohérents, au milieu de discours raisonnables et de réponses justes; puis la proportion de ces mots augmente; à la fin, le malade a des rêves, des hallucinations; il y a une mussitation continuelle, sans cris ni fureur. Rien n'a été noté du côté de la sensibilité, si ce n'est que le malade ne se plaint point, se trouve bien. La fièvre est constante, le pouls variant de 80 à 110. La durée de ces phénomènes, dont l'intensité va croissant très-rapidement, est de trois à six jours. La lésion anatomique, qui paraît constante, excepté peut-être dans le sujet de l'observation d'empoisonnement saturnin, serait un ramollissement de la substance grise des circonvolutions cérébrales.

Frédérich (Georges), âgé de 33 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Jean, n° 1, service de M. Gubler, le 19 janvier 1856. Cet homme, employé dans une administration en qualité de garçon de salle, ayant perdu sa place, est entré, il y a un mois, dans une fabrique de blanc de céruse. Les quinze premiers jours, il était dans ce qu'il appelle l'*armée roulante,* occupé aux travaux du dehors, en plein air, il ne ressentit aucun malaise. Les quinze derniers jours, il travailla au *dépotage,* puis au *chameau;* et, vers le dixième jour de ces nouvelles manœuvres, c'est-à-dire le 14 janvier, il tomba malade. Le début fut marqué par un sentiment de froid plutôt que par un véritable frisson non suivi de chaleur ni de sueur, mais accompagné d'une faiblesse générale avec douleurs vagues dans tout le corps et dans les membres. Il continua cependant à travailler; il n'allait pas à la selle et ressentait de petites douleurs autour du nombril; tous les soirs il avait le même refroidissement général suivi de malaise et de ce que le malade appelle de la fièvre; cependant il n'avait pas chaud et ne suait pas. La faiblesse augmentait, et, bien qu'il ait eu le 18 deux selles spontanées, les douleurs persistant toujours, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

C'est un homme de taille moyenne, d'apparence peu robuste; il est maigre, son teint est pâle et d'un gris plombé, terne; il dit cependant qu'il a toujours été d'une excellente santé, qu'il était vigoureux, et qu'il a ainsi changé et maigri depuis un mois. Il a un bruit de souffle continu à double courant, très-intense, dans les vaisseaux du cou.

Le pouls, assez développé et fort, marque 92.

La peau est chaude et moite. Le malade se plaint principalement de douleurs dans la continuité des membres, de picotements, de fourmillements aux extrémités; il souffre aussi dans la poitrine au devant du sternum, et dans le ventre autour du nombril; ce ne sont pas des coliques comme pour aller à la selle, ce sont des *douleurs qui le tortillent* par instants, et que la pression réveille ou exagère, loin de les prévenir ou de les calmer. Il éprouve aussi des espèces de roideurs, de *crampes* dans les avant-bras, les mains, dans les cuisses, les jambes, les pieds. Il lui arrive de ne point pouvoir fermer la main, et, dans ces moments, il ne peut saisir ni retenir un objet de petite dimension, comme une cuiller. C'est depuis le 16 janvier qu'il s'est aperçu de cette faiblesse et de cette inhabilité dans les mouvements. Il y a une analgésie assez prononcée de tout le tégument, principalement aux membres dans le sens de l'extension; cependant, aux cuisses, la peau sent les piqûres d'épingle à la région externe, tandis que la région interne est tout à fait insensible, et aux jambes, c'est l'inverse qui a lieu.

Le ventre est assez souple et nullement rétracté; la pression y est douloureuse à l'épigastre, point ailleurs; matité dans le gros intestin. Point de vomissements ni de nausées. La langue est blanche et humide; les dents, en assez bon état, ne sont point surmontées du liseré.

L'intelligence est entière. Les urines sont fébriles; elles sont très-troubles et colorées en rose assez vif par l'acide rosacique; ce trouble disparaît complétement en chauffant à 75. (2 pilules renfermant chacune 1 goutte d'huile de croton; bouillon aux herbes; limonade; bain sulfureux; bouillon; potage.)

Le 21, plusieurs selles demi-liquides. Le pouls, très-développé et large, marque 78; peau chaude et humectée de sueur. Le malade se plaint d'avoir eu cette nuit une crise d'étouffements avec douleurs pré-sternales; il ne pouvait, dit-il, ni respirer ni parler; cela a duré deux heures. (Lavement purgatif du Codex; bain sulfureux avec bain savonneux à la suite.)

Le 22, la journée d'hier et la nuit ont été plus tranquilles. Un peu d'appétit. Teinte brune des ongles.

Le 23, fourmillements dans tous les membres; douleurs pré-sternales; constrictions à l'estomac; point de coliques, point de constipations. (Une portion ; 20 grammes d'eau-de-vie allemande.)

Les 24 et 25, un peu d'amélioration. (Bain sulfureux.)

Le 26, les douleurs, les fourmillements, les crampes on repris leur intensité, toujours aux mêmes places. Il y a eu hier plusieurs selles diarrhéiques. (Bain savonneux.)

Le 27, fortes crises dans la journée d'hier, suivies de contractures; on peut cependant, sans grands efforts et sans causer de douleurs, redresser les doigts qui sont roidis dans la demi-flexion. Les avant-bras sont agités de petits mouvements nerveux, d'une sorte de tremblement choréique. Ces tremblements, ces roideurs commencent aussi à se montrer par moments aux muscles de la face, de la langue, et alors le malade ne peut parler ni même ouvrir la bouche. M. Gubler observe une sorte d'hésitation dans sa parole, de bégayement analogue à celui de la paralysie générale, et qui lui paraît mériter une attention spéciale. Cependant, comme le malade est étranger et d'une intelligence qui paraît assez médiocre, on peut encore hésiter sur la valeur de ce signe. Quant à l'analgésie, elle est très-prononcée et générale sur tout le tégument. (2 pilules d'une goutte d'huile de croton; bain sulfureux.)

Le 28, même état; le malade s'affaiblit. Cinq selles diarrhéiques. (2 pilules : poudre de belladone, 0,025, extrait de belladone, 0,025.)

Le 29, le pouls, au sortir d'une crampe pendant laquelle on a pu sentir la dureté des gastro-cnémiens contractés, marque 100. La langue est un peu sale. Soif assez vive. Peau modérément chaude et sèche. Le malade urine peu : il paraît un peu absorbé, endormi; il tousse un peu, et ses crachats, muqueux assez abondants, sont tachés d'un peu de sang brunâtre coagulé, dû sans doute à une épistaxis assez abondante, qui a eu lieu dans la journée d'hier. Rien d'anormal à l'auscultation. (Sirop avec 4 grammes de chloroforme.)

Le soir, le pouls marque 106; il est fort et plein. La peau est sèche et brûlante. Il n'a pas eu de frisson.

Le 30, même état. La potion n'a point amené de modification dans les roideurs, crampes, fourmillements, etc. (Frictions à l'épigastre avec la belladone; 8 grammes d'extrait pour 30 d'axonge.)

Le 31, vers trois heures de l'après-midi, frisson léger suivi de chaleur sèche. Pouls 96.

1er *février*. Nulle amélioration. Bain de vapeur.

Le 2, le malade est très-abattu; stupeur marquée. Point de céphalalgie cependant; mais roideur générale de tous les muscles avec sentiment de constriction à la base du thorax. Pas de selles depuis trois jours. (2 pilules croton. Sinapisme.)

Le 3, le purgatif a déterminé une diarrhée si abondante, que le malade est dans une grande faiblesse et a laissé aller plusieurs selles sous lui. Amaigrissement considérable. Point de troubles de la vue ni de l'intelligence; sensibilité générale très-obtuse et analgésie presque complète. Roideur et contracture des membres; on a de la peine à redresser les doigts de la main droite. (Supprimer le chloroforme, continuer les onctions belladonées, 2 pilules d'opium à 0,025.)

Les 4, 5 et 6, même état, sauf la diarrhée qui s'arrête. Il y a actuellement un trouble, dans sa parole, qui est bien manifeste et qu'il n'est plus possible d'attribuer à l'accent étranger du malade. Quoique d'origine allemande, il entend et parle assez bien le français, et, de plus, il y a une différence très-grande entre son langage d'aujourd'hui et celui des premiers jours. Il hésite en parlant, c'est une sorte de bégaiement avec redoublement de syllabes, suspensions, précipitations suivies de retard, répétition des mots; lorsqu'il en tient un, il le répète trois, quatre, cinq fois de suite, ses réponses sont lentes, assez justes, mais souvent incomplètes. Il laisse des phrases, des mots inachevés. En conséquence, M. Gubler n'hésite plus à reconnaître là une paralysie générale aiguë, et à porter un pronostic très-grave. Les mouvements des mains sont de plus en plus gênés, roides et maladroits.

Les jours suivants, cet état se prononce encore davantage. Il n'y a point de paralysie complète d'aucun membre ; aucun système de muscles ne paraît plus spécialement atteint, tous le sont à peu près au même degré, et l'insensibilité elle-même, qui, dans les premiers jours, offrait des variations d'intensité assez notables suivant certaines régions, est devenue la même partout.

Le 11, on essaie de la belladone à l'intérieur et on donne 2 pilules avec poudre 0,025, extrait 0,025.

Le 13, le malade a un peu de diarrhée, mais il demande à manger, et, dans l'espoir de lui rendre un peu de forces, on donne deux portions.

Le 15, tremblement général de tout le corps; le malade ne peut se tenir debout; ses jambes se dérobent sous lui, et il tomberait comme une masse inerte si on ne le retenait. Il est toujours agité de crampes douloureuses qui occupent principalement les mollets et les poignets; ces derniers affectent un peu de tendance à la demi-flexion; mais on peut facilement les redresser et le malade leur imprime encore quelques mouvements. Ses voisins disent qu'il est très-agité la nuit, qu'il se remue souvent très-fort et crie en dormant. Il dit qu'il fait de mauvais rêves et qu'il a des hallucinations.

Dans la matinée, il est pris de plusieurs attaques de tremblements, roideurs, mouvements convulsifs, crampes. L'agitation augmente jusqu'au délire, et on est forcé de mettre au malade la camisole, moins pour le contenir que pour l'empêcher de tomber du lit, tant sont violentes les secousses dont tout son corps est atteint. A trois heures, cette crise semble se calmer; on ôte la camisole; mais, à quatre heures, une nouvelle attaque convulsive survient, dans laquelle le malade perd tout à fait connaissance; les yeux sont tournés en dedans, des contractions cloniques secouent les membres à intervalles réguliers, pendant plusieurs minutes; l'écume vient à la bouche et se mélange d'un peu de sang. Le malade ne se réveille point et reste plongé dans le coma le plus profond. De temps en temps les convulsions se renouvellent, mais de plus en plus faibles, et le malade expire, après quelques instants d'agonie, à dix heures du soir.

Autopsie. — Le poumon, le cœur, le foie, les reins, la rate, l'intestin grêle n'ont présenté rien qui mérite d'être signalé. Dans le gros intestin, on peut remarquer trois ou quatre larges taches d'un gris-noir assez foncé, on dirait une matière colorante déposée à la surface de la muqueuse, comme si cette dernière avait été frottée et noircie avec du crayon de mine de plomb. Le cerveau paraît intact ; pas d'injections des séreuses ni de la substance cérébrale, qui, comme consistance et coloration, ne présente rien de particulier ; nulle déformation, nul aplatissement des circonvolutions. Il n'en est pas de même de la moelle, dont les enveloppes sont fortement colorées par une fine arborisation vasculaire, et dont la substance paraît ramollie dans toute son étendue, depuis le bulbe jusqu'à la queue de cheval. En effet, aux coupes transversales faites sur toute la longueur de l'organe, on remarque que la substance médullaire, au lieu de présenter une surface plane, en présente une légèrement convexe, qui se renverse sur les bords; la substance blanche forme une espèce de bouillie à peine compacte, que la plus légère traction suffit à déchirer. La substance grise, très-pâle, ne se dessine pas nettement au centre, et on ne lui reconnaît pas sa forme accoutumée, ni ses contours si nets à l'état normal. La substance du cerveau et celle de la moelle, examinées et analysées séparément par M. Berthelot, n'ont fourni aucune réaction qui permette d'affirmer la présence du plomb dans ces organes.

Avant de passer à la comparaison de ce fait avec ceux qui sont rapportés dans le mémoire de M. Beau, je ferai remarquer plusieurs particularités qui ont trait plus spécialement à la *maladie de plomb*, d'abord l'absence du liseré, puis le début des accidents qui indique que le poison a primitivement agi sur le système nerveux ; ce fut, au commencement, un sentiment de faiblesse et de froid, suivi de douleurs intérieures, de malaise général, puis de fourmillements dans les membres ; la constipation n'a existé que dans les premiers jours, et les purgatifs ont amené des diarrhées très-copieuses qui n'ont pas entravé la marche de la maladie. Il y avait pourtant des douleurs abdominales que la pression réveillait ou exagérait, loin de les calmer, à cet égard, je dirai que M. Gubler a remarqué qu'il en était ainsi plus qu'on ne le dit généralement. Il arrive bien parfois que la pression soulage momentanément les douleurs abdominales ; mais, d'après les remarques que M. Gubler a eu souvent l'occasion de faire à l'hôpital Beaujon, où les maladies de plomb

sont très-fréquentes, c'est un fait qui est loin d'être constant. Si le liseré manquait, l'absorption du métal a été cependant rendue bien évidente par la coloration brune qu'ont pris les ongles à la suite de l'administration des bains sulfureux, et l'autopsie a fait voir, dans le gros intestin, les taches noires dont M. le docteur Legroux a le premier, je crois, signalé l'existence, dont M. le docteur Laillier a présenté un bel exemple à la Société anatomique en 1848, et qui, d'après les analyses chimiques, ne sont autre chose que du sulfure de plomb. J'ajouterai que ces taches se sont, en très-grande partie, effacées par une macération de trois jours dans de l'eau pure, si bien que, ce délai passé, il fallait les avoir vues pour en retrouver les traces.

Maintenant cette observation présente, comme il est facile de de le voir, des analogies et des différences avec celles qui sont rapportées dans le mémoire de M. Beau. Mêmes signes de paralysie générale, le bégaiement surtout et les mouvements choréiques, même état fébrile; les hallucinations, les rêves figurent aussi dans les symptômes; mais il y a des différences importantes.

Ainsi la durée, fixée par M. Beau à un délai de trois à six jours, s'est prolongée à un mois dans notre observation; et on ne peut pas dire qu'il y ait eu succession de deux formes l'une à l'autre, et que la paralysie générale ne date que des derniers jours. Les premiers accidents ne peuvent être rapportés à aucune des formes d'intoxication plombique décrites jusqu'ici. L'arthralgie saturnine n'a ni cette généralité, ni cette gravité. Le malade de M. Beau lui-même était dans les salles depuis trois semaines, lorsqu'on dignostiqua la paralysie générale aiguë.

En second lieu, la sensibilité qui, dans le mémoire de M. Beau, ne paraît fournir que des signes négatifs, semble au contraire, dans notre exemple, donner des signes très-importants. Il y a des douleurs dans les muscles agités de tremblement ou roidis par les crampes, et la peau est frappée d'amalgésie dans les points correspondants. Le délire partiel n'a pas été aussi marqué dans notre observation que dans la plupart de celles de M. Beau, et à l'autopsie, les circonvolutions cérébrales n'ont présenté aucune altération. Le sujet de l'observation de M. Beau, qui avait travaillé à la céruse, était loin de présenter à cet égard une lésion aussi évidente que les malades qui avaient eu la fièvre typhoïde, et chez lui, le ramollissement de la substance grise était « *si peu apparent, que l'on pouvait presque douter de son* « *existence.* »

Au contraire, les lésions de la moelle paraissent assez graves chez notre malade, pour qu'une grande part de causalité leur soit attribuée dans la production des phénomènes de crampes, chorée, etc...... Enfin, chez lui, la mort est arrivée non point par coma, comme chez les typhoïques de M. Beau, mais par l'exagération des mouvements convulsifs et par une série d'attaques épileptiformes.

Il serait sans doute fort téméraire de poser en conclusions définitives tout ce qui précède; aussi me bornerai-je au seul résumé comparatif que je viens de faire, laissant au temps et aux observations nouvelles la tâche de tracer définitivement l'histoire d'une maladie dont les premiers linéaments ont été arrêtés par une main plus autorisée que la mienne.

Je me bornerai seulement à dire que l'on peut ajourd'hui ajouter aux formes déjà décrites de l'intoxication saturnine une forme nouvelle, celle de la paralysie générale aiguë, qui diffère de toutes les paralysies causées par le plomb, en ce que, au lieu de s'adresser à un système de muscles particulier, elle frappe à la fois un grand nombre d'organes, qui diffère encore des autres maladies de plomb, en ce qu'elle est accompagnée d'un mouvement fébrile marqué; et qui, par sa marche progressive, par l'atteinte profonde portée à l'économie, par sa tendance rapide à une terminaison funeste, la rapproche de l'éméphalopathie plutôt que d'aucune autre forme.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'agrégation s'est terminé, le 7 mars, après l'argumentation de la thèse de M. Pécholier. Rentré dans la salle des délibérations, le jury a procédé au scrutin, qui a donné le résultat suivant :

Section de médecine. — 1er M. GUINIER, nommé à l'unanimité des suffrages;

2e M. PÉCHOLIER, nommé par cinq voix contre deux voix données à M. Cavalier;

3e M. CAVALIER, nommé par quatre voix contre trois voix données à M. Farrat.

Section de chirurgie. — M. SAUREL a été nommé par six voix contre une voix donnée à M. Gailleton. (*Annal. de cliniq. de Montpel.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 34. 5e année. Jeudi 19 Mars 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

Bureaux Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à *Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 18 mars 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Discussion sur la méthode sous-cutanée.**]

Le débat qui tient l'Académie de Médecine en haleine depuis près de deux mois, vient d'entrer aujourd'hui dans une phase nouvelle Les discussions de priorité qui ont orageusement rempli cinq ou six séances paraissent enfin épuisées; aussi bien, chacun est fixé désormais sur l'origine des principes et des applications de la méthode sous-cutanée. Mais, à côté de la question d'histoire, se trouvent plusieurs questions de physiologie pathologique bien plus importantes et bien plus épineuses. Quelle est la cause de l'innocuité habituelle des plaies sous-cutanées? Quelle est la part qu'on doit attribuer à l'action de l'air dans le phénomène de la suppuration traumatique? Enfin, dans les cas où cette action serait réellement irritante, quel est celui des éléments de l'air à qui en incombe la responsabilité? Tels sont les problèmes sur lesquels l'Académie va maintenant concentrer son attention. — Puisse-t-elle réussir à les résoudre d'une manière satisfaisante !

Le lecteur se souvient peut-être qu'en méditant sur les ingénieuses analyses de M. Bouley, et sur le changement de composition que subit si rapidement l'air insufflé et confiné dans les tissus, nous avons invité l'habile professeur d'Alfort à agrandir le champ de ses expériences, et à étudier les phénomènes de la cicatrisation sur des plaies laissées béantes dans des ballons pleins d'azote ou d'hydrogène, ou d'acide carbonique, sans mélange d'oxygène. Cet appel a été entendu par nos deux honorables confrères, MM. Dechambre et Marc Sée, qui ont adressé aujourd'hui leurs premiers essais à l'Académie. De larges plaies, faites sur un chien et plusieurs lapins, ont été plongées dans des ballons pleins d'hydrogène ; on les a examinées au bout de trois, de quatre, et même une fois au bout de cinq jours : il n'y avait pas de suppuration. Ces résultats, au premier abord, semblent prouver que la pyogénie traumatique dépend de l'action spéciale de l'oxygène. Mais nous croyons devoir suspendre notre jugement, pour plusieurs motifs que tout le monde comprendra. En premier lieu, les expériences ont été interrompues au bout de quatre à cinq jours, et rien ne prouve que la suppuration ne fût pas survenue plus tard. On sait, en effet, que la sécrétion du pus, surtout en hiver, se fait quelquefois attendre jusqu'au quatrième jour. En second lieu, MM. Dechambre et Marc Sée, pour fixer leurs ballons et pour les clore hermétiquement, ont dû exercer sur les tissus une striction circulaire assez forte, qui a nécessairement gêné la circulation locale, et qui a pu retarder le travail pyogénique. Enfin, toutes leurs expériences, à l'exception d'une seule, ont été faites sur des lapins, et ces animaux sont, en général, fort réfractaires à la suppuration. Nous avons même entendu, après la séance, un homme fort compétent dire que, chez les lapins, les plaies ne fournissaient jamais de pus véritable. Cette assertion est sans doute exagérée. Nous avons, pour notre part, bien des fois martyrisé ces innocentes victimes de la physiologie et de la chirurgie expérimentales, et nous avons vu, le plus souvent, les plaies extérieures sécréter une certaine quantité de pus. Mais il est certain que le phénomène de la suppuration est beaucoup moins prononcé sur les lapins que sur la plupart des autres mammifères. C'est pourquoi nous pensons que MM. Dechambre et Sée feront bien de continuer leurs intéressantes recherches sur des espèces animales plus rapprochées de la nôtre.

Comme on pouvait s'y attendre, M. J. Guérin s'est hâté de réclamer pour lui la priorité de ces expériences. Il est fâcheux néanmoins qu'il n'ait pas jugé nécessaire d'en faire mention dans le mémoire si complet qu'il a lu tout récemment à l'Académie (1).

Le discours de M. Renault, qui a occupé le reste de la séance, a été presque exclusivement consacré à l'étude des effets nuisibles de l'air. L'orateur a déclaré qu'il laisserait de côté les détails historiques, qu'il ne s'occuperait même pas de la méthode sous-cutanée, et qu'il s'attacherait seu-

(1) Puisque l'occasion se présente de nouveau de parler de M. Jules Guérin, nous en profiterons pour donner une explication que nous jugeons utile : quelques personnes, à ce qu'il paraît, auraient interprété dans un sens défavorable à l'honorabilité de M. Guérin, les mots *vénérable* et *estimable* dont nous nous sommes servi dans notre dernier article. Nous pensons que ces personnes ont donné à M. Guérin une très-médiocre preuve de leur estime, en interprétant ainsi de semblables épithètes.

lement à démontrer que l'air exerce une action fâcheuse sur les tissus. Toutefois, dans son exorde, il a effleuré en passant les questions moins générales qui ont jusqu'ici fixé l'attention de l'Académie, et il a même, à ce propos, émis quelques opinions qui nous semblent controversables. Si l'air, a-t-il dit, n'était pas nuisible aux plaies, la méthode sous-cutanée n'aurait aucune raison d'être. Nous ne sommes pas de cet avis. La seule raison d'être de la méthode sous cutanée est dans les résultats qu'elle a fournis. L'expérience a prouvé que cette méthode permet de pratiquer certaines opérations avec une innocuité presque complète. Voilà le *fait*, et il persisterait dans toute sa force lors même que la *théorie* qui l'accompagne n'aurait aucun fondement, lors même que cette théorie disparaîtrait et ne serait remplacée par aucune autre. Il y a dans l'exorde de M. Renault, un second point sur lequel nous croyons devoir nous arrêter. Puisqu'on conteste l'utilité de la méthode sous-cutanée, a dit l'orateur, pourquoi attache-t-on tant d'importance à en dépouiller M. J. Guérin au profit de ses devanciers? N'est-ce point une contradiction ? Nous répondrons à cela que ni M. Velpeau, ni M. Malgaigne, ni personne n'a contesté l'utilité de la méthode sous-cutanée. On a attaqué la doctrine de l'aérophobie, ce qui est bien différent. Mais depuis quand est-il contradictoire de chercher l'origine des doctrines qu'on n'accepte pas ? L'erreur appartient à l'histoire aussi bien que la vérité, et la propriété des idées fausses est tout aussi sacrée que celle des idées vraies. Un rimailleur reprochait à J.-B. Rousseau de lui avoir pris un vers. « Rendez-lui son vers, et qu'il s'en aille, » dit un troisième personnage. — « Volontiers, répondit Rousseau, car ce vers est bien mauvais. » Le rimailleur fut hué, et pourtant, il n'avait d'autre tort que d'avoir péché contre les lois du Parnasse, tandis que Rousseau était coupable à la fois de ce léger délit, et d'un délit beaucoup plus grave contre les lois de la justice. Nous déclarons, du reste, que nous ne voulons établir aucun rapprochement entre les détails de cette anecdote et ceux de la discussion actuelle. Nous sommes très-loin de comparer la méthode sous-cutanée à un mauvais vers. Nous la considérons, au contraire, comme une excellente production, et, sans nous prononcer aussi catégoriquement à l'endroit de la doctrine générale de l'aérophobie, nous sommes de ceux qui attribuent à l'action de l'air un rôle important, mais non exclusif, dans le phénomène de la suppuration des plaies.

Nous avons donc écouté avec beaucoup d'intérêt le discours de l'éminent directeur de l'École d'Alfort. Toutefois, nous ne sommes pas tellement aérophobe, que nous ne nous réservions le droit d'examiner la valeur des arguments qu'on invoque en faveur de l'aérophobie, et, tout en reconnaissant l'exactitude des faits cités par M. Renault, nous devons avouer que l'interprétation qu'il en a donnée ne nous a pas pleinement satisfait. Ainsi, il est certain que les influences atmosphériques jouent un rôle considérable dans la production de ces accidents si graves, qui sévissent quelquefois simultanément sur un grand nombre de blessés ou d'opérés. M. Renault s'appuie sur cet exemple pour prouver l'action nuisible de l'air, mais ce n'est point l'air lui-même qui est nuisible en pareil cas, ce sont les miasmes dont il est accidentellement chargé. D'ailleurs, il n'est nullement démontré que l'influence épidémique pénètre dans l'organisme en agissant directement et primitivement sur la plaie. N'est-il pas très-probable, au contraire, que cette pénétration s'effectue par les voies respiratoires, comme cela a lieu pour les épidémies proprement dites? Enfin, nous ferons remarquer qu'il n'y a aucune analogie entre les accidents dont parle M. Renault et le phénomène local de la suppuration, et quand même l'érysipèle, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital, la suppression ou les altérations du pus, etc., seraient dus, sans contestation, à l'action directe de l'air sur les surfaces traumatiques, il n'en résulterait nullement que cette action fût irritante et pyogénique.

Nous ferons les mêmes réserves relativement à l'infection putride qui survient fréquemment chez les herbivores, à la suite des plaies creuses où séjournent des caillots sanguins. Lorsque ces caillots sont soustraits au contact de l'air, il sont à peu près inoffensifs; mais dès que le foyer est ouvert, les matières qu'il renferme se putréfient et infectent l'économie. M. Renault a donné une description fort intéressante des symptômes qui caractérisent cette infection, et des lésions qu'elle produit dans les divers organes. Mais tout cela n'a aucun rapport avec la question en litige. Il ne s'agit pas de savoir si les matières organiques et privées de vie se décomposent au contact de l'air, tout le monde est d'accord sur ce point. Il ne s'agit pas de savoir si l'absorption des substances putrides est nuisible pour l'économie; personne n'a songé à le nier. La suppuration traumatique est-elle due au contact de l'air? Tel est le seul objet du débat, et les phénomènes de la putridité ne peuvent jeter aucun jour sur cette question controversée. D'ailleurs, M. Renault s'est chargé de démontrer lui-même que l'infection putride n'est pas due à l'action directe de l'air sur les tissus. Il a inoculé sur des animaux sains la matière toxique provenant des foyers en putréfaction, et quoique l'air ne pénétrât point dans les petites plaies sous-cutanées où il avait déposé la substance délétère, il a reproduit sur ces animaux tous les accidents de l'infection putride.

Le savant orateur a tiré un argument beaucoup plus direct de l'étude de la gangrène. Suivant lui, la gangrène humide ne s'observerait jamais dans les organes où l'air ne pénètre pas. Nous ne saurions accepter cette opinion, qui est en contradiction avec un grand nombre de faits. Aux exemples qu'il a cités nous opposerons celui de la gangrène profonde, qui complique si souvent le phlegmon diffus, et qui survient dans des tissus entièrement soustraits au contact de l'air. Que la pénétration de l'air favorise et active la putréfaction des parties gangrenées, cela est incontestable et incontesté. Mais la putréfaction est le résultat et non la cause de la gangrène, et celle-ci malheureusement ne respecte pas les organes qu'une épaisse couche de tissus sépare de l'atmosphère.

En résumé, le discours de M. Renault est riche de faits intéressants et de descriptions instructives, comme on pouvait s'y attendre de la part d'un observateur aussi distingué. Mais l'orateur, ainsi qu'il avait d'ailleurs eu soin de l'annoncer, est resté en dehors des questions qui préoccupent actuellement l'Académie, et les paroles qu'il a prononcées, quoique dignes de la plus sérieuse attention, n'ont fait faire aucun pas à la théorie de la méthode sous-cutanée.

Paul Broca.

Séance de l'Académie des Sciences du 9 mars 1857.

[**Délire des aboyeurs. — Action du curare. — La candidature de M. Baudens.**]

Les phénomènes nerveux, fort mal à propos désignés sous le nom de *délire des aboyeurs*, ont été l'objet d'une troisième note que nos lecteurs trouveront au Compte rendu; elle nous apprend peu de chose de nouveau sur cette question.

— Il n'en serait pas de même de celle de M. Pélikan, professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg, sur l'action du curare, si toutefois les expériences de l'auteur ont été faites avec toute la rigueur nécessaire; elles prouveraient même plus que l'auteur ne croit, car il pense qu'elles ne sont que la confirmation de celles de M. Cl. Bernard, tandis qu'en réalité elles contredisent ces dernières sur un des points les plus importants et les plus curieux qu'elles aient mis en lumière.

On se rappelle, en effet, que ce qui avait surtout frappé dans les expériences de M. Bernard, c'est que le curare, poison si énergique quand on l'introduit dans les tissus, reste inoffensif, quand il est ingéré dans l'estomac. M. Bernard avait montré cette dramatique expérience d'un chien fort bien portant, à une fistule stomacale près, dont l'estomac renfermait un liquide mortel pour les animaux auxquels on l'inoculait. Or, M. Pélikan, qui croit confirmer les expériences de M. Bernard, prétend prouver, par la mort de trois lapins, que 30 centigrammes de curare introduits dans l'estomac, tuent ces quadrupèdes, mais seulement avec moins de rapidité que si le poison avait été inoculé. Quoi qu'il en soit de l'erreur de M. Pélikan sur ce point, ses expériences n'en sont pas moins fort curieuses si elles viennent à se confirmer; on doit regretter toutefois qu'elles n'aient pas été faites sur d'autres animaux que les lapins.

Sur d'autres points, sur le mode d'action du curare entre autres, les expériences de M. Pélikan offrent également de l'intérêt; mais nous aurions aimé que l'auteur eût tenu plus de compte de celles qui avaient été faites par d'autres auteurs que ceux qu'il cite, de celles si intéressantes, par exemple, de M. Alvaro-Reynoso.

— Le petit événement de la séance a été la transformation de la candidature de M. Baudens de membre titulaire en candidature d'associé libre. Nous approuvons fort cette sage résolution, qui pourra peut-être rétablir l'entente parfaite entre M. Baudens et le *Moniteur des Hôpitaux*. On se rappelle, en effet, que lors de la fameuse classification des candidats, faite avant la mort de Magendie, le *Moniteur*, tout en rendant un hommage légitime au mérite de M. Baudens, avait néanmoins trouvé supérieurs aux siens les titres de plusieurs candidats placés après lui sur la liste. Il paraît que cette appréciation ne faisait pas l'affaire de M. Baudens. Priser son mérite était fort bien, mais le priser moins haut que celui de M. Malgaigne, par exemple, était on ne peut plus mal; on nous le fit bien savoir. Cette nouvelle, comme on le pense bien, nous affligea, mais ne nous fit point changer d'avis. Aujourd'hui que M. Baudens n'aura probablement pour compétiteur ni M. Malgaigne, ni M. Cloquet, ni d'autres, équivalents, nous ferons volontiers des vœux pour sa réussite, quand bien même ces vœux ne parviendraient pas à dissiper le léger nuage que l'opinion un peu exagérée qu'il paraît avoir eu de ses propres mérites a élevé entre lui et nous. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Tumeur fongueuse sanguine à l'avant-bras. — Amputation du bras. — Multitude de petits vaisseaux artériels et veineux fournissant du sang après l'opération. — Prodigieux effets de la pâte caustique. — Heureux résultats de l'appareil à air chaud du docteur Guyot,

Par M. le Dr L.-A. MARTIN.

M. X...., curé de Chanteloup (Seine-et-Oise), âgé de 52 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, se souvient qu'à l'âge de dix ans, luttant avec l'un de ses petits camarades, il fit une chute sur l'avant-bras gauche, et qu'immédiatement il sentit une douleur très-vive dans un point fort limité de la partie mise si brusquement en contact avec le sol. Cette douleur ayant disparu au bout de quelques minutes, le jeune X.... l'oublia bien vite, ainsi que l'accident qui l'avait produite.

Depuis cette époque cependant, et bien qu'aucune ecchymose, aucun gonflement ne se montrassent sur la partie froissée, chaque fois que l'on donnait lieu au moindre attouchement, la douleur s'y faisait percevoir aussi vive, aussi aiguë qu'au moment de la chute.

Quarante ans s'écoulèrent ainsi, et M. X.... avait tout lieu de croire qu'il en serait quitte pour le ressentiment passager de sa douleur, lorsqu'il y a environ six mois, il s'aperçut que dans l'endroit où régnait habituellement cette même douleur, un peu d'empâtement, sans changement de couleur à la peau, était survenu. Il remarqua, en outre, qu'à partir de cette époque il éprouvait, de temps en temps, dans l'articulation radio-carpienne, une sorte de constriction, de tiraillement.

Ce léger gonflement pâteux, œdémateux, qui était demeuré stationnaire pendant quelque temps, acquit ensuite, jour par jour, des dimensions telles que, six mois plus tard, une tumeur considérable avait envahi la presque totalité de la partie externe de l'avant-bras.

Cette tumeur, piriforme, avait une étendue de 15 centimètres sur 6 de hauteur. Elle adhérait aux bords libres des os de l'avant-bras auxquels elle paraissait solidement fixée.

Commençant alors à concevoir de sérieuses inquiétudes sur la nature de son mal, M. X.... se décida enfin à s'éclairer des lumières d'un homme de l'art justement célèbre, et parfaitement compétent en pareille matière. Mais celui-ci, croyant avoir affaire à une tumeur sanguine enkystée, conseilla la ponction et l'injection iodée, sauf toutefois le recours immédiat à l'amputation si la tumeur contenait autre chose que du sang.

Le trocart fut donc plongé dans la partie la plus déclive de la tumeur, qui ne donna que quelques gouttes de sang. Recommencée le lendemain, l'opération ne fut pas plus heureuse. Répétée de nouveau le surlendemain, elle donna lieu à une hémorrhagie provenant sans doute de l'ouverture d'un sac anévrismatique, ou de la lésion de quelque rameau artériel.

Cette hémorrhagie dura une huitaine de jours, et s'arrêta alors spontanément d'elle-même, car, excepté la compression qu'on ne tenta même pas, *vu son impossibilité*, tous les autres moyens avaient été vainement employés pour y mettre un terme.

Bientôt la peau recouvrant la tumeur, amincie outre mesure par sa distension exagérée, se fendit dans toute sa longueur, et laissa voir une substance de nature encéphaloïde, dont le volume ne tarda pas à acquérir des dimensions étonnantes.

Tous les médecins consultés se trouvèrent unanimes pour que l'amputation fût faite sur-le-champ, mais le malade ne s'y décida pas encore, voulant, disait-il, essayer de l'empirisme, puisque l'art se déclarait inhabile à lui sauver son membre.

Et, en effet, on lui procura un vieillard, un paysan des plus ignorants, qui promit sérieusement d'opérer ce miracle. Le moyen infaillible dont ce grand guérisseur usa pour arriver à ce merveilleux résultat, fut d'étendre chaque matin sur la tumeur

une couche d'alun calciné. Toutes les ressources du vieil empirique se bornant à ce simple moyen, et le mal faisant toujours des progrès, M. X...., fortement sollicité par ses médecins et ses nombreux amis, se décida cette fois à subir l'opération, et fit choix de M. Amussat, fils, pour la pratiquer.

On agita d'abord la question de savoir si l'amputation devait être faite au-dessous ou au-dessus de l'articulation huméro-cubitale. L'amputation au-dessous pouvait, il est vrai, être de la plus grande utilité au malade, en permettant d'adapter un avant-bras et une main mécaniques; de plus, il est notoirement reconnu que, plus une grande opération s'effectue loin du centre, plus les chances de succès sont assurées. Mais, d'un autre côté, n'était-il pas à craindre qu'il n'y eût, entre la tumeur et les os de l'avant-bras, des adhérences trop intimes qui pouvaient même avoir déjà amené une altération plus ou moins grave de cet os? Et alors, que deviendrait plus tard le malade, si affaibli, épuisé, si une nouvelle opération était jugée indispensable?

Ces derniers motifs prévalurent, et l'amputation du bras fut préférée. C'était l'avis de M. Amussat.

L'opération fut promptement et habilement terminée. Laissant de côté la ligature ordinaire, M. Amussat fit la torsion des artères, invention de M. Amussat père, comme chacun le sait.

L'artère brachiale, qui présentait un faible calibre, semblait être remplacée, pour l'alimentation du membre, par un grand nombre de petites branches artérielles qui, lorsqu'on relâchait légèrement le tourniquet, jaillissaient de tous les points de la surface traumatique et la baignaient complétement.

Afin de déterminer une prompte eschare, et aussi pour cautériser en bloc les nombreux petits vaisseaux dont il eût été impossible de se rendre maître autrement, M. Amussat appliqua sur toute la surface de la plaie la pâte de Canquoin, sous la forme de petits carrés de 15 millimètres sur tous les côtés. Le pansement fut achevé par l'application de deux larges plumasseaux de charpie, recouverts eux-mêmes par deux compresses longuettes mises en croix, et le tout maintenu par plusieurs tours de bande.

Au milieu de la nuit, le malade se plaignant beaucoup de la pression exercée par le tourniquet, on relâcha un peu cet instrument, sans qu'il en résultât rien de fâcheux.

Le lendemain, à la levée de l'appareil, nous nous aperçûmes que la pâte caustique, qui vint d'une seule pièce avec les gâteaux de charpie, n'avait agi que comme moyen hémostatique. En effet, aucune trace d'eschare n'apparaissait ni au centre, ni à la circonférence de la plaie. Le malade n'accusait pas non plus avoir éprouvé cette sensation douloureuse, résultat de l'application du chlorure de zinc; les chairs, loin d'avoir un aspect vermeil, étaient au contraire blafardes, inertes, signes presque caractéristiques d'une cachexie générale. Le pouls variait de 100 à 110; teint bilieux, nez pincé. — Nouvelle application de la pâte caustique.

Aujourd'hui dimanche 23 novembre, quatrième jour depuis l'opération, le pouls bat 90 fois. Le malade a senti cette fois l'action du caustique qui adhère à la plaie dans les 4/5 supérieurs, et laisse apparaître une eschare des mieux conditionnées. — Troisième application de pâte de Canquoin, étendue sur un linge et couvrant toute la surface de la plaie.

Le malade demande à prendre un peu de lait, ce qui lui est accordé. On lui permet encore un bouillon et une pomme cuite dans le courant de la journée.

Le 27, le teint est plus clair, le nez se dilate, la fièvre traumatique est sur le point de céder: 75 à 80 pulsations. La chaleur se fait sentir aux extrémités, qui étaient jusqu'alors demeurées presque froides. Un léger cercle inflammatoire occupe le pourtour de la peau circonscrivant le moignon. Le membre pelvien du côté gauche, quoique plus volumineux que le droit, ne paraît cependant pas œdématié, la pression du doigt n'y laissant aucune empreinte. (OEufs à la coque, huîtres, potage, vin de Bordeaux.)

Le 28, le mieux persiste; la langue est moins sèche.

Le 30, l'appétit, nul depuis fort longtemps, se fait sentir de nouveau. Depuis l'amputation, les éructations auxquelles le malade était sujet ont entièrement disparu.

6 *décembre*. Un peu de fièvre; l'eschare est toujours adhérente; suppuration de bonne nature.

Le 9, l'eschare, sous la forme d'un coin, ne tient plus au centre que par un léger pédicule; avec des ciseaux, on la sépare des parties saines, qui offrent un état des plus satisfaisants; les chairs sont vermeilles. Le malade, qui d'ailleurs va parfaitement bien, se plaint de ressentir une vive douleur au centre de la plaie; elle est due sans doute au travail d'élimination de la partie de l'os faisant saillie.

Le 12, la plaie est couverte de bourgeons charnus; la douleur est moins vive, l'appétit bon, la langue dans l'état normal; selles régulières, sommeil parfait.

Le 14, l'état satisfaisant se maintient. Les bourgeons charnus ont presque rempli la vaste cavité laissée par la chute de l'eschare. Une suppuration s'établit à la partie moyenne et inférieure de la plaie. — Le moignon est placé dans l'appareil à air chaud du docteur Guyot.

Le 17, la plaie est sèche dans sa moitié supérieure; engorgement occupant toute la périphérie du moignon; pouls légèrement fébrile.

Le 21, la plaie, aux trois-quarts fermée, offre l'aspect d'une bourse dont on retire les cordons. L'engorgement périphérique a disparu; quelques éructations. (60 grammes de manne.)

Le 25, cinq semaines après l'opération, et le douzième jour depuis l'usage de l'appareil à air chaud, la plaie est réduite à 25 millimètres de largeur sur 10 de hauteur. M. le curé X.... monte et descend ses escaliers sans éprouver la moindre faiblesse. Les deux onces de manne ont donné huit selles qui ont amené un bon résultat.

Le 28, la plaie ne présente plus que 5 millimètres, tant en longueur qu'en largeur; plus de suppuration, si ce n'est au centre du fragment nécrosé qui crépite sous la pression des doigts. Le malade se dit guéri: ses forces, il est vrai, augmentent d'une manière remarquable.

Le 4 *janvier*, la suppuration ne provient plus que de l'intérieur de l'extrémité de l'os. M. X.... sort et vaque à ses affaires.

Aujourd'hui 14 *mars*, la plaie est entièrement cicatrisée. M. le curé a repris son embonpoint et recouvré sa gaîté.

Examen de la tumeur. — Cette tumeur qui, lors de la rupture spontanée de la peau, occupa tout à coup et complétement la face externe et les bords libres de l'avant-bras, avait fini par en envahir aussi la face interne, de sorte que le membre paraissait comme enclavé dans la tumeur qui l'étreignait de toutes parts.

Explorée minutieusement dans toute son étendue, ainsi que dans toute son épaisseur, cette affection, de nature cancéreuse, offrait différentes nuances.

Ainsi, après les premières couches d'aspect et de consistance cérébriforme, substance que le scalpel tranchait avec la plus grande facilité, apparut une surface jaune-verdâtre, granuleuse, crépitant sous l'instrument, et complétement lubrifiée par nombre de petits vaisseaux s'exhalant de son centre et de sa périphérie. Elle offrait en outre deux ou trois cavités où stagnait un sang épais et noir.

Plus on avançait vers les plans inférieurs, plus la substance devenait grisâtre, dure, compacte. Enfin, elle était tout à fait lardacée et à tissu presque inextricable près de son adhérence aux os, dont il était fort difficile de la séparer. Quant à ceux-ci, ils avaient déja subi un commencement d'érosion manifeste; aussi, l'amputation faite au-dessus du coude était parfaitement indiquée.

Le poids de cette tumeur était de 1250 grammes.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Considérations physiologiques sur les hernies diaphragmatiques,

Par M. le Dr Fleury,

Professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

Les observations de hernies diaphragmatiques sont assez rares dans la science, pour qu'on ne laisse pas échapper les faits de cette nature qui se présentent. Si la situation des organes qui les constituent éclaire peu leur thérapeutique, il est intéressant d'étudier, au point de vue physiologique, les modifications qui peuvent se manifester dans les fonctions de ces organes.

Il semble, de prime abord, qu'un changement aussi anormal dans les rapports des viscères thoraciques et abdominaux soit incompatible avec la vie. C'est ce qui arriverait, en effet, si la hernie se faisait brusquement à la suite d'une plaie du diaphragme ou après un violent effort; mais il n'en est pas de même lorsque ce vice de conformation remonte à la naissance.

Il semblerait néanmoins, d'après les faits qui sont relatés dans les traités de chirurgie de Lawrence, de J.-L. Petit, de Boyer, que si quelques individus ont pu arriver à un âge assez avancé, des troubles graves ont existé dans les appareils digestifs et respiratoires.

« La hernie du diaphragme, dit Lawrence, doit troubler la respiration en raison de la grandeur de l'ouverture, et déranger plus ou moins les fonctions intestinales. »

Boyer cite, dans son *Traité des maladies chirurgicales,* deux observations rapportées par J.-L. Petit; elles concernent deux individus :

Le premier, âgé de 40 ans, était attaqué, de temps en temps, d'une douleur qu'il appelait colique d'estomac, accompagnée de suffocations considérables, qui ne se manifestait pas lorsque l'estomac était distendu par des aliments; il la faisait cesser en mangeant.

Le second avait aussi un prétendu asthme dont il ne se sentait soulagé qu'en mangeant.

On trouve dans Scarpa (*Traité sur les hernies*) une observation d'épiplocèle diaphragmatique recueillie par M. Bérard et publiée par Béclard, chez une femme qui mourut à la Pitié à la suite d'une fracture du col du fémur. La malade, dont l'embonpoint était considérable, respirait difficilement, sa toux était fréquente; sa respiration, habituellement laborieuse, simulait un accès d'asthme; elle ne put s'accoutumer au décubitus sur le dos et mourut au bout de deux mois.

Plus heureux que ceux-ci, le malade qui fait le sujet de cette observation n'a jamais éprouvé le moindre malaise, et sa mort a été l'effet d'une cause complétement étrangère à ce défaut de conformation :

Il est âgé de 59 ans, et a joui d'une bonne santé jusqu'au mois d'octobre 1856. A cette époque, il fut reçu à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être traité d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius produite par une chute de sa hauteur; il y resta trente-deux jours.

Cette année, une fracture des deux os de la jambe l'a forcé à y rentrer de nouveau, le 18 janvier. Il y est resté jusqu'à l'époque de sa mort, qui a eu lieu le 5 février. La variole sévissait alors sur les malades de l'hôpital; Faye en a été atteint et a succombé.

Couché sur le dos pendant tout le temps qu'il est resté en traitement, la tête assez basse, rien ne pouvait faire soupçonner l'existence d'une hernie diaphragmatique qui eût passé inaperçue si l'autopsie n'avait pas été pratiquée.

Les deux côtés de la poitrine sont également développés, mais on observe, à la place du poumon gauche, un vaste cylindre membraneux, qui a la forme d'un ballon resserré à son extrémité inférieure, renflé à sa partie supérieure, qui est surmontée par un poumon qui paraît être à l'état rudimentaire. Celui-ci offre, pour la couleur et la consistance, quelque anologie avec la rate, il est aplati de haut en bas et refoulé au sommet du thorax.

Le poumon du côté opposé est uni, dans toute son étendue, aux parois du thorax par des adhérences anciennes.

Le cœur est repoussé à droite, sa pointe correspond aux cartilages sterno-costaux de ce côté.

En exerçant une traction sur l'extrémité droite du colon transverse, pour découvrir le diaphragme, on remarque que la poche qui est dans la poitrine s'affaisse, ce qui dénote qu'elle est distendue par cette partie du gros intestin. Une perforation existe donc au diaphragme. On observe, en effet, au niveau de l'orifice œsophagien, une ouverture assez resserrée, dans laquelle s'engagent l'estomac, le grand épiploon et la rate.

Les fibres musculaires paraissent s'être écartées à droite et à gauche, pour laisser passer les viscères abdominaux, qui sont recouverts par une membrane assez résistante, blanche, paraissant formée par les feuillets adossés du péritoine et de la plèvre.

La forme de l'estomac est restée la même, la rate est très-petite et paraît atrophiée, mais le colon transverse présente deux étranglements qui correspondent à l'ouverture du diaphragme, et entre eux deux une vaste ampoule qui remonte jusqu'à la partie supérieure de cette large poche. Cette ouverture se confond avec celle qui donne passage à l'extrémité cardiaque de l'estomac.

Nul doute que cet individu ne soit né avec cette disposition, qui eût entraîné une mort prompte si elle fût survenue accidentellement.

La hernie était donc, comme celles qui ont été observées, congénitale, et occupait le côté gauche du diaphragme.

Les renseignements que j'ai recueillis auprès de sa sœur, chez laquelle il vivait, m'ont appris qu'il avait toujours été bien portant, qu'il se livrait au travail comme tous les cultivateurs du même village, et que sa respiration ne lui avait jamais paru gênée.

Quant aux fonctions de l'estomac, elles s'étaient toujours parfaitement accomplies. Depuis quelques années, il se livrait d'une manière désordonnée à l'abus du vin et de l'eau-de-vie.

Rien n'aurait donc pu faire soupçonner, pendant la vie, ce vice de conformation. Le malade respirait avec un seul poumon, sans que les adhérences qui unissaient les deux plèvres aient apporté la moindre gêne dans l'hématose.

Les deux étranglements que l'on observait sur le colon transverse, n'avaient jamais interrompu le cours des matières intestinales, et il eût pu arriver à la vieillesse la plus avancée sans l'affection qui a abrégé ses jours.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE.

De la composition du lait suivant le temps qu'il a séjourné dans les mamelles,

Par M. Rohde,

Directeur de l'Institut agricole d'Eldena (Poméranie).

Nous lisons dans le *Journal d'agriculture pratique* le compte rendu suivant d'une expérience qui, si elle vient se confirmer, aura un vif intérêt pour la physiologie et même pour l'hygiène de l'alimentation.

Deux vaches, dit le *Journal d'agriculture,* ont servi à cette expérience, qui a duré vingt-quatre jours, pendant lesquels on n'a cessé de leur peser leur nourriture, afin qu'elles reçussent bien exactement la même quantité d'aliments. Pendant les douze premiers jours, la traite a eu lieu trois fois, à cinq heures du

matin, à midi et à 7 heures du soir ; pendant les douze derniers jours, cette opération ne se répétait plus que deux fois dans la journée, à six heures du matin et à six heures du soir. Le lait, rigoureusement mesuré, était analysé tous les six jours par M. le docteur Trommer.

La première partie de l'expérience, celle pendant laquelle les vaches étaient traites trois fois, a duré du 11 au 12 mars inclusivement ; les deux vaches ont donné, dans cet intervalle, 183 litres, 54 centilitres de lait, soit, par jour, 15 litres, 29 centilitres, composés ainsi qu'il suit :

Matières solides. 12,4

Dans 100 parties :

Eau.	87,6
Beurre.	4,1
Caséum.	4,5
Sucre de lait et sels.	3,8
	100,0

Dans la deuxième partie de l'expérience, du 23 mars au 3 avril inclusivement, les vaches, qui n'étaient plus traites que deux fois par jour, ont rendu 158 litres, 46 centilitres de lait, soit, par jour, 13 litres, 20 centilitres, dont la composition est représentée par les chiffres suivants :

Matières solides. 12,1

Dans 100 parties :

Eau.	87,9
Beurre.	3,5
Caséum.	4,4
Sucre de lait et sels.	4,2
	100,0

Ainsi, le lait de *trois traites* de la première expérience, comparé à celui de la deuxième, renferme en moyenne un excédant de 6 0/0 en beurre et 0,1 en caséine, tandis que le lait des vaches qui ont été traites deux fois contient en plus 0,3 0/0 d'eau et 0,4 de sels et de sucre de lait.

Quelque faible que paraisse la différence au premier aspect, il n'en résulte pas moins que s'il faut 15 litres de lait pour produire une livre de beurre dans le premier cas, il n'en faut plus que 12 3/4 dans le second ; et dans tous les cas, l'expérience de M. Rohde, répétée dans deux localités différentes, mérite bien d'être prise en très-sérieuse considération.

Eugène Marie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 mars 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Le tableau des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans le département de la Charente-Inférieure. (Commission des épidémies.)

Vaccine. — Le tableau récapitulatif des vaccinations pratiquées, en 1856, dans le département d'Ille-et-Vilaine. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Eaux aux jambes. — M. le docteur Albert, à Parthenay (Deux-Sèvres), adresse quelques renseignements sur cette question. (Commission de vaccine.)

Épidémies. — Un rapport sur une épidémie de *fièvre typhoïde* qui a régné dans la commune de Montgeron (Seine-et-Oise), en octobre et novembre 1856, par M. le docteur Lacaze. (Commission des épidémies.)

Affections des voies aériennes. — M. Loiseau, médecin à Montmartre, adresse un mémoire sur le *cathétérisme des voies aériennes* et le *traitement du croup*. (Comm. : MM. Blache et Trousseau.)

M. le baron Thénard, membre de l'Institut, adresse à l'Académie le procès-verbal de la séance d'inauguration de la Société de secours des Amis des sciences.

M. le Président annonce que M. le docteur Guéneau de Mussy, membre de l'Académie, est assez gravement malade. Une notable amélioration s'est manifestée dans son état. MM. Mélier et Dubois, d'Amiens, s'informeront, au nom de l'Académie, de l'état de santé de M. Guéneau de Mussy.

RAPPORT OFFICIEL.

Eaux minérales. — M. Ossian Henry, au nom de la Commission minérale, donne lecture de deux rapports sur des sources dont les échantillons ont été envoyés à l'Académie.

Le premier est relatif à l'*eau saline de la fontaine de Salies, près d'Orthez.* Cette eau doit, d'après sa composition chimique, être classée parmi les eaux chloro-bromo-iodurées : il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée, mais il est indispensable que l'administration de cette eau soit convenablement réglementée par un médecin.

M. le rapporteur propose de répondre au Ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source, sous la réserve de la condition énoncée ci-dessus. (Adopté.)

Le second rapport est relatif à l'*eau d'une source sise à Champigneulle* (Yonne) ; il a été impossible, malgré des analyses réitérées, de constater, dans l'eau de cette source, l'existence du manganèse que l'on avait signalé. La Commission propose donc de répondre à M. le Ministre qu'il n'y a pas lieu, quant à présent, d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

LECTURE.

Cicatrisation des plaies. — M. le docteur Dechambre lit un travail sur la cicatrisation des plaies, et rapporte des expériences qu'il a entreprises sur ce sujet avec M. Marc Sée. Nous reviendrons prochainement sur cette communication. (Comm. : MM. Guérin, Bouvier et Renault.)

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

MM. Malgaigne et Bouvier sont inscrits les premiers pour prendre la parole. En leur absence, M. Renault est appelé à la tribune.

M. Renault. Je pense que dans la discussion actuelle on ne s'est pas assez occupé d'étudier l'action de l'air sur les plaies, étude qui devait servir à juger ensuite de l'importance et de la valeur de la méthode sous-cutanée. Si l'air n'a pas d'influence fâcheuse, la méthode sous-cutanée n'a pas sa raison d'être ; si on démontre que l'action de cet agent est nuisible, alors on peut ouvrir une discussion utile, logique ; et on aurait évité alors de voir des débats où des orateurs se succédaient en traitant des sujets différents, les uns s'occupant de l'influence de l'air, les autres ne traitant que de la méthode sous-cutanée. La question historique surtout a été longuement traitée. Je crois qu'il y aurait avantage à étudier l'action de l'air sur les plaies, en examinant la question sous une des faces qui a été négligée par les orateurs qui m'ont précédé à cette tribune ; c'est ce que je me propose de faire, en prenant mon point de départ dans les études qui me sont le plus familières, c'est-à-dire la chirurgie vétérinaire.

M. Renault rappelle les opinions émises précédemment par MM. Velpeau et Malgaigne. M. Velpeau, dit-il, ne s'inquiète pas beaucoup du contact de l'air, mais il accorde cependant que cet agent peut être nuisible dans certains cas. M. Malgaigne s'en préoccupe moins encore que M. Velpeau.

J'ai eu l'occasion d'étudier bien souvent l'action de l'air sur les tissus vivants, et je me suis fait sur ce sujet quelques opinions que j'ai vu exposées dans un article publié récemment par M. Mattei dans le *Moniteur des Hôpitaux*.

L'action de l'air sur les tissus vivants n'est pas tellement bénigne que la nature n'ait songé à protéger ces tissus en les recouvrant d'une sorte d'enduit protecteur constitué par l'épiderme et l'épithélium. Que cette légère enveloppe vienne à être enlevée, même sur une petite étendue, aussitôt il survient de la douleur et de la cuisson, jusqu'à ce

qu'une couche de lymphe plastique, si mince qu'elle soit, vienne recouvrir la solution de continuité.

L'air exerce-t-il une action sur les plaies, les blessures produites par accidents? On a étudié l'action de cet agent sur les plaies elles-mêmes et sur le liquide qui baigne les plaies; je parlerai seulement de l'action de l'air sur les liquides exhalés à la surface des plaies. Il n'est pas rare de voir des chevaux qui portent sur diverses parties du corps, et plus souvent sur la nuque et sur le garrot, des tumeurs produites par les frottements longtemps continués des diverses parties du harnais. Cette tumeur est formée par un soulèvement de la peau, au-dessous de laquelle se trouve une collection liquide que l'on peut constater par la fluctuation. Ces tumeurs contiennent de la sérosité plus ou moins sanguinolente, très-rarement purulente. Ces tumeurs s'affaissent à la longue; on peut hâter leur disparition par l'application de topiques irritants. Si l'on vient à inciser largement ces tumeurs, il se produit de la suppuration, la gangrène, etc. Quand on évacue leur contenu sans inciser et en se servant au contraire d'un trocart mince, on n'observe pas d'accidents; la tumeur se reproduit, il est vrai, jusqu'à ce qu'on la traite d'une autre manière. Si on cautérise ces tumeurs énergiquement avec les caustiques ou avec le fer rouge, ou si, après avoir incisé largement, on cautérise le fond de l'incision, il se forme une eschare qui tombe suivant l'habitude, et sans qu'on observe d'accidents graves.

Lorsque l'air pénètre dans une cavité purulente, il ne produit pas, avec le pus, les mêmes désordres que quand il agit sur le sang. On peut attribuer cette différence d'action à la présence de la membrane pyogénique qui protége les tissus contre l'action du pus.

Quelle est l'action de l'air sur le sang lui-même? J'ignore si on a fait les mêmes observations chez l'homme, et si on a noté les mêmes altérations que j'ai eu occasion de constater chez les herbivores. Après une blessure ou une opération, quels qu'en soient le siége et la gravité, on voit survenir, au bout de deux, trois ou quatre jours, une tuméfaction qui se développe rapidement, il y a de la douleur, et on voit survenir des symptômes généraux graves, et la mort arrive au bout de quatre ou cinq jours. Pendant que cela se produisait, on a vu sourdre d'abord, sous les pièces de pansement, un liquide qui exhale une odeur ammoniacale, puis il survient de la tuméfaction avec douleur extrêmement vive au moindre contact; alors le pus prend une odeur fétide très-prononcée; surviennent alors les symptômes généraux graves : le pouls est tendu, serré; la respiration saccadée; les battements du cœur sont augmentés et deviennent visibles à une grande distance de l'animal, puis ils arrivent à ébranler toute la masse de l'animal, et, à mesure que les battements du cœur augmentent de force, le pouls, au contraire, diminue; il survient des sueurs partielles, de la faiblesse; l'animal a de la peine à se soutenir sur ses jambes, les muqueuses deviennent livides. Cela se passe en quatre ou cinq jours, six au plus.

A l'autopsie, on trouve seulement une altération du sang; il a une couleur noire; il est en caillots mous ou liquides; l'odeur du sang dans les gros vaisseaux est la même que celle que l'on sentait sur la plaie, c'est une odeur gangréneuse que l'on trouve surtout prononcée dans les veines qui avoisinent la plaie. Le sang aortique forme des caillots blanchâtres, et les cavités gauches présentent, à leur surface interne, de nombreuses ecchymoses comme celles que l'on rencontre dans les intoxications en général.

Comme lésions viscérales, on trouve des ecchymoses çà et là, rien autre chose.

Quant aux lésions locales, il y a une infiltration sanguinolente au voisinage de la plaie; à mesure qu'on s'en éloigne, cette infiltration est moins abondante et finit par se transformer en un liquide citrin simplement. Dans une partie de la plaie, on trouve un caillot mou qui exhale une odeur putride; le caillot est seul, ou bien il baigne dans un liquide de même nature. Les muscles voisins présentent une teinte blafarde; ils sont ecchymosés.

Quelle a été la cause de la mort? C'est l'altération des caillots que l'on trouve dans la plaie; le caillot doit être résorbé ou éliminé, sinon les accidents se produisent inévitablement, parce que le caillot subit l'influence des lois physiques et chimiques; il se putréfie. On peut produire des accidents de même nature chez d'autres animaux, en introduisant dans leurs tissus ces caillots ou ce sang putréfiés; on observe les mêmes symptômes, la même marche, durée, terminaison, les mêmes lésions. J'ai fait souvent des expériences de ce genre, qui ont été faites également par deux de nos confrères, MM. Dupuy et Barthélemy. Si, quand les accidents se produisent, on enlève de la plaie les caillots qui leur donnent naissance, on arrête net les accidents. On peut aussi les arrêter quand, ne pouvant enlever les caillots, on baigne la plaie dans un chlorure concentré.

Quelle est la cause de cette putréfaction des caillots sanguins? Est-ce l'air? Je crois qu'il est facile, par un certain nombre de preuves, d'arriver à démontrer que c'est en effet l'air qui occasionne ces phénomènes. Suivant que l'air a telle ou telle qualité, cela se produit plus ou moins vite, avec une plus ou moins grande intensité. Nous pouvons remarquer que ces accidents se produisent avec une grande rapidité dans nos hôpitaux vétérinaires; si, au contraire, on se trouve dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, cela ne se produit pas avec une même intensité. Nous avons pu constater ce changement à Alfort même, lorsque des conditions plus favorables ont été réalisées dans la disposition de l'établissement.

M. Renault cite ici d'autres exemples empruntés à la chirurgie vétérinaire. Quand un animal, un chien, par exemple, est blessé par un coup de fusil et que des plombs pénètrent dans les chairs, il se forme des épanchements sanguins qui peuvent acquérir un volume considérable. Si on laisse les épanchements sanguins abandonnés à eux-mêmes, ils ne donnent lieu à aucun accident; si, au contraire, on les ouvre, on voit survenir des symptômes très-graves.

De même, dans la castration, on peut faire cette opération en enroulant le cordon plusieurs fois sur lui-même, en agissant sous la peau. Après ces manœuvres, il se produit de l'inflammation, mais jamais d'accidents graves, de gangrène. Si on ouvre les enveloppes pour étreindre le cordon, le testicule se gangrène et les accidents surviennent.

Il est évident que dans tous les cas, c'est l'air qui détermine la putréfaction des caillots, et consécutivement l'altération du sang qui amène la mort.

La terminaison de l'inflammation par gangrène est assez fréquente quand l'air peut pénétrer; jamais on ne l'observe quand il n'y a pas accès de l'air. Ainsi, nous observons des coryzas gangréneux, des angines, des pneumonies gangréneuses; mais jamais de splénites, d'hépatites gangréneuses. On l'observe souvent sur les muqueuses et jamais sur les séreuses, à moins que l'air ne puisse pénétrer dans ces dernières, ainsi que je l'ai observé dans deux cas, pour la plèvre.

Je crois donc pouvoir conclure de ce qui précède, que les accidents observés si souvent chez les animaux domestiques après des blessures ou plaies, sont le résultat de la putréfaction du sang causée par le contact de l'air, ce qui veut dire que si l'on avait empêché ce contact, il ne serait pas arrivé d'accidents : c'est un avantage que donnerait un moyen qui permettrait d'empêcher l'accès de l'air sur les plaies produites par les opérations. Si la méthode sous-cutanée donne cet avantage, on peut dire qu'elle doit être préférée, et que celui qui l'a proposée a rendu un service important à l'humanité.

La séance est levée à quatre heures et demie. L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la Commission d'hygiène et de médecine légale, sur les candidatures à la place vacante dans cette section.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 mars 1857.

Présidence de M. Geoffroy St.-Hilaire.

Délire des aboyeurs. — M. Mongin adresse une note *Sur l'analogie qui peut exister, dans certaines maladies nerveuses, entre la voix humaine et le son vocal de plusieurs espèces d'animaux.*

L'auteur commence par rappeler brièvement certains faits consignés dans les annales de la science : les bêlements observés au XVIe siècle, par Wierus, chez plusieurs religieuses du couvent de Sainte-Brigitte, les aboiements de plus de quarante femmes d'un village voisin de Dax, mentionnés par Delancre pour l'année 1613; ceux de deux filles de Landes, près Bayeux, en l'année 1732 (époque où sévissait à Paris l'épidémie convulsionnaire de Saint-Médard); quelque chose de semblable constaté à la même époque, par Th. Willis, sur cinq demoiselles de la même famille, à Blackthorn, comté d'Oxford (c'était plutôt le hurlement d'un chien qu'un véritable aboiement); enfin, des cas de miaulement chez des filles cloîtrées, rapportés par Raulin et Hecquet. S'appuyant sur cet historique, M. Mongin fait remarquer que, pour presque tous les cas cités, on a la certitude que les névroses de la voix coexistaient avec des attaques d'hystérie, dont elles semblent n'avoir été qu'un symptôme.

Le mode de contraction spasmodique de la glotte qui modifie ainsi la voix, poursuit M. Mongin, peut-il exister sans convulsions géné-

ra'es, comme cela paraît avoir eu lieu pour le cas observé par M. Boscredon? Je ne me hasarderai pas à le nier; mais ce que je puis affirmer, c'est que le cri qui précède les grandes attaques d'épilepsie subit des modifications nombreuses dont quelques-unes imitent la voix de plusieurs espèces d'animaux, et j'en pourrais, pour ma part, citer deux exemples remarquables. Dans un de ces cas, chez un jeune garçon de 17 ans, qui faisait entendre une sorte de gloussement, et dont l'affection remontait à plus de quatre années, chacune des attaques épileptiques (il y en avait au moins deux par semaine) avait été pendant longtemps précédée d'un cri très-aigu; mais en septembre 1855, ce cri changea tout à fait de caractère : de perçant, il devint sourd, guttural, très-analogue enfin à celui du cas observé par M. Boscredon. Un autre point de ressemblance entre ce fait et celui dont je parle, c'est la disparition du phénomène morbide sous l'influence du même agent médicamenteux, le *valérianate d'atropine*. Je me servis, comme M. Boscredon, du valérianate préparé d'après la formule du Dr Michea. Sous l'influence de ce médicament donné sous forme de granule, d'abord à la dose de 1/2 milligramme par jour, et porté dans l'espace de deux mois à 2 milligrammes, non-seulement le gloussement cessa complétement, mais les attaques épileptiques, qui n'étaient plus précédées d'aucune espèce de cri, furent considérablement modifiées. De nocturnes qu'elles étaient, elles devinrent diurnes, et diminuèrent notablement en force et en fréquence. Quant aux simples vertiges qui avaient lieu dans l'intervalle des grandes attaques, ils ont persisté, et sont peut-être même aujourd'hui un peu plus fréquents.

Si l'on devait, poursuit l'auteur, admettre avec M. Marshall-Hall, que dans l'épilepsie le spasme attaque de préférence les muscles du cou et du larynx, que le *trachélisme* et le *laryngisme* jouent un très-grand rôle dans la pathologie de cette affection ; s'il était vrai qu'ils en produisent tous les symptômes, tels que la perte de connaissance, le délire, etc., de sorte qu'on parviendrait à faire avorter l'accès en faisant avorter le laryngisme; et si, d'une autre part, de nouveaux faits venaient confirmer la réalité de l'*influence élective* du valérianate d'atropine, il me semble qu'on aurait obtenu un progrès considérable dans le traitement de cette terrible maladie.

Engrais. — M. Payen lit un rapport sur une communication de M. Moride, relative à l'*emploi des phosphates de chaux comme engrais.*

M. Payen donne lecture d'un second rapport sur une note de M. Bobierre, intitulée : *De l'action des cendres lessivées dans les défrichements.*

Yeux de momies. — M. Payen donne lecture d'une lettre adressée à M. Boussingault par M. Mariano de Rivero, relativement aux *yeux des momies péruviennes* dont il a été déjà question à l'Académie des Sciences. Après cette lecture, M. Payen ajoute quelques réflexions sur cette communication de M. Rivero.

Action du curare. — M. Pélikan présente un mémoire *Sur les propriétés physiologo-toxicologiques du curare.* Voici l'extrait que publient les *Comptes rendus :*

Ayant reçu, dans le courant de l'automne dernier, de MM. Claude Bernard et Lecomte, par l'entremise de mes collègues à l'Académie de Médecine de Saint-Pétersbourg, MM. les professeurs Brands et Zablotzki, quelques grammes de curare, je me suis empressé d'entreprendre une série d'expériences concernant l'action de ce poison sur différents animaux, particulièrement sur des mammifères, et j'ai l'honneur de présenter à l'attention bienveillante de l'Académie les principaux résultats de ces expériences :

I. Le curare, introduit dans le tissu sous-cutané ou injecté dans les veines, exerce une action dont tous les phénomènes caractéristiques ont été décrits de la manière la plus satisfaisante par M. Cl. Bernard. J'ai remarqué seulement, en irritant les nerfs moteurs d'un animal empoisonné par le curare, que les contractions des muscles correspondants ne cessent pas toujours immédiatement après la mort, quoique, dans la majorité des cas, la loi posée par M. Bernard se confirme.

II. La section du nerf sciatique, avant l'empoisonnement de l'animal par le curare, n'empêche pas, après la mort, la cessation de l'irritabilité du nerf opéré, tandis que dans l'empoisonnement par la strychnine, cette irritabilité se remarque encore longtemps après qu'elle a complétement disparu dans le nerf d'un autre membre resté intact.

III. La section de la partie cervicale du nerf sympathique d'un côté (chez un lapin), avant l'empoisonnement par le curare, modifie considérablement le phenomène caractéristique qui se manifeste vers la fin de l'action, c'est-à-dire la dilatation de la pupille avec l'extension en dehors du globe de l'œil; et quoique ce phénomène arrive identiquement sur les deux yeux, il est pourtant moins développé du côté opéré, et même, quelque temps après la mort, on voit la différence entre les diamètres des deux pupilles. J'ai remarqué la même chose sous l'action de la strychnine : la pupille du côté non lésé se dilate pendant le tétanos beaucoup plus considérablement que la pupille du côté opéré.

IV. La solution aqueuse du curare, introduite dans l'estomac au moyen d'une sonde élastique, agit comme poison, quoique plus lentement et d'une manière moins énergique, ce qui confirme les anciennes expériences de Fontana, Brocklesby, Emmer, et les recherches plus récentes de MM. Cogswell, Vulpian et Kolliker. La dose de 3 décigrammes a fait périr consécutivement trois lapins; un quatrième supporta cette dose et se rétablit. La dose de 62 milligrammes ne manifesta aucune action vénéneuse.

V. La *curarine* a été préparée par mon collègue, M. Trapp, d'après le procédé de M. Boussingault, avec la différence que l'extrait aqueux a fourni à M. Trapp plus d'alcaloïde que l'extrait spiritueux. Je tiens pour certain que la curarine possède toutes les propriétés actives du curare. Cet alcaloïde, introduit sous la peau d'un lapin, à la dose de 5 centigrammes, a occasionné la mort de l'animal avec tous les phénomènes caractéristiques de l'empoisonnement par le curare.

VI. Après que le curare a été absorbé à une dose suffisante pour produire la mort, il ne peut pas être question d'antidote. La strychnine peut provoquer les phénomènes qui lui sont caractéristiques seulement dans le cas où la dose du curare a été insuffisante, et réciproquement. La solution du curare précipitée par le tannin (tannate de curarine) perd son action délétère à une dose ordinaire ; mais le curare en poudre, introduit dans l'intérieur d'une plaie avec de la poudre de tannin, conserve son action toxique. L'iode dissous dans l'iodure de potassium ne détruit pas l'action du curare, quand même les deux solutions, après un mélange préalable, ont été évaporées et le résidu introduit dans le tissu sous-cutané.

VII. La présence du curare peut être facilement découverte par les réactions de la curarine. Ces réactions sont à peu près les mêmes que pour la strychnine, mais elles sont encore plus constantes que pour ce dernier alcaloïde.

Organogénie végétale. — M. F. Hélet adresse un mémoire sur le *développement des tissus végétaux.*

Fécule de marrons d'Inde. — M. H. de Callias envoie un mémoire intitulé : *Procédé économique d'extraction de la fécule des marrons d'Inde; application de ce produit à l'industrie et à l'alimentation.*

Prix Montyon. — M. Valat envoie, pour le concours du prix Montyon, des recherches concernant les *moyens de faire disparaître les logements insalubres.*

— M. Garnier présente, en son nom et au nom de M. Alvarenga, un mémoire traduit du portugais *Sur l'insuffisance des valvules aortiques.*

Maladie de la vigne. — M. Louis (Michel) fait connaître un *procédé contre la maladie de la vigne*, procédé qui consiste à projeter sur la plante, au moyen d'une houppe ou d'un soufflet, une poudre composée de 10 parties de plâtre et 3 parties de chaux vive.

Zoologie. — M. Em. Blanchard adresse de nouvelles observations sur les *caractères ostéologiques chez les oiseaux de la famille des Psitracides.*

Candidature. — M. Baudens prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place d'académicien libre vacante par suite du décès de M. de Bonnard.

Prix Bréant. — M. Fraysse-Gouges annonce qu'il possède un *moyen de guérir les dartres*, et demande à être compris parmi les concurrents.

— MM. J.-G. French et Ayre adressent des notes sur le *choléra.*

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 35. 5e année. Samedi 21 Mars 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

De l'emploi du chloroforme et des narcotiques comme agents thérapeutiques et comme moyens de diagnostic dans certaines paralysies,

Par M. le Dr O. Landry.

J'ai l'intention de faire connaître, dans cette note, un de ces faits pleins d'intérêt et d'importance que l'étude des affections nerveuses révèle à chaque instant aux observateurs, je veux parler de l'action curative du chloroforme et des narcotiques dans quelques cas de paralysie. Devant un semblable énoncé, je dois m'attendre à des manifestations d'étonnement ou même d'incrédulité ; mais à l'incrédulité j'opposerai l'évidence, et j'espère fournir des explications de nature à diminuer l'étonnement.

Avant d'aller plus loin, je dois reconnaître une sorte de priorité à M. le docteur Bonnefous, qui a publié, en 1853, dans la *Gazette médicale* de Toulouse, une observation analogue aux miennes, le seul document de ce genre que j'aie pu rencontrer dans les recueils périodiques. Je ne crains pas que cet aveu nuise à mes propres droits, et je me soumets, sous ce rapport, au jugement des lecteurs.

Les faits que je vais rapporter sont de deux ordres : dans les uns, le chloroforme et les narcotiques ont une action directe, immédiate, de telle sorte que la paralysie cesse instantanément ; dans les autres, l'influence de ces agents thérapeutiques est indirecte, éloignée, et s'exerce sur certains éléments pathogéniques de la paralysie.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Obs. I. — *Paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux sympathique d'un déplacement de l'utérus. — Aphonie et mutité consécutives. — Emploi des inhalations de chloroforme : retour immédiat, mais passager, des mouvements des muscles paralysés, de la voix et de la parole. — Guérison temporaire par l'administration du chlorhydrate de morphine suivant la méthode endermique.*

Mme C...., âgée de 31 ans, entre à l'établissement de Bellevue le 27 août 1855.

Antécédents. — Mme C.... ne connaît pas de maladies héréditaires dans sa famille ; parmi ses parents, ascendants et collatéraux, aucun n'a présenté rien d'analogue à l'affection dont elle est atteinte.

A l'exception d'une rougeole bénigne vers l'âge de huit ou dix ans, Mme C.... dit avoir été toujours très-bien portante jusqu'à l'âge de vingt ans. Elle n'était sujette à aucune indisposition habituelle. Première apparition des règles à quinze ans, sans trouble appréciable de la santé ; mais, après cette apparition, elles cessèrent de se montrer jusqu'à l'âge de seize ans. Leur suppression et leur retour ne furent provoqués par aucune cause connue, et ne s'accompagnèrent d'aucun accident : ni douleurs hypogastriques ou lombaires, ni gastralgie, ni palpitations, etc., la figure resta bien colorée et l'état général très-bon. Après le rétablissement de la menstruation, les époques furent parfaitement régulières ; elles duraient trois ou quatre jours, le sang était d'un rouge foncé, et l'écoulement n'était ni excessif ni trop peu abondant. Mme C.... ne se rappelle pas avoir éprouvé le moindre phénomène pénible pendant les périodes menstruelles ; le caractère devenait seulement un peu plus irritable.

A l'âge de vingt ans, elle fut atteinte d'une maladie aiguë considérée comme fièvre typhoïde par les médecins appelés. Cette affection débuta par un violent mal de tête, un accablement général et de la fièvre ; il s'y joignit des douleurs à la région de l'estomac, de la diarrhée et du délire. Le traitement consista en une saignée, deux applications de sangsues à l'épigastre et une aux cuisses, un vésicatoire au bras et la diète absolue. Mme C.... resta deux mois au lit ; quand elle se releva, elle était excessivement faible et amaigrie et avait complétement perdu la mémoire. Elle ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant cette maladie ; ce qu'elle me rapporte lui a été dit. La mémoire revint au bout de quelques semaines ; mais la convalescence fut lente et dura près d'un an.

Depuis cette époque, Mme C.... conserva des éructations gazeuses fréquentes après les repas, avec gonflement de la région épigastrique et sensation de lourdeur. L'appétit resta cependant généralement bon. La menstruation ne fut pas troublée ; en un mot sauf les quelques symptômes que je viens d'indiquer du côté de l'estomac, Mme C.... s'est bien portée jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans.

Mariée à 24 ans, elle devint enceinte six mois après. Les deux ou trois premiers mois de la grossesse furent marqués par des nausées sans vomissements, se faisant sentir indistinctement à toutes les heures du jour ; l'appétit ne fut ni diminué ni dépravé, les digestions ne furent pas plus pénibles qu'avant la grossesse ; mais il se manifesta un état nerveux caractérisé par une grande impressionnabilité, de là la tendance à la tristesse et aux larmes, des pressentiments funestes, etc., phénomènes qui se dissipèrent aussitôt après la délivrance.

L'accouchement eut lieu le 8 août 1849 ; tout se passa de la manière la plus normale et sans aucune conséquence fâcheuse. Mme C.... se leva au bout de douze jours, n'éprouvant autre chose qu'un peu de pesanteur dans le bas-ventre, mais sans douleurs hypogastriques ou lombaires et sans tiraillements dans les aines. Tout se dissipa, d'ailleurs, par la suite. Mme C.... ne nourrit pas son enfant et les règles reparurent au troisième mois. La santé resta très-bonne jusqu'en

juin 1851; cependant les troubles digestifs dont j'ai parlé plus haut ne cessèrent jamais d'exister.

Le 23 juin 1851, Mme C.... ayant voulu soulever son enfant, alors âgé de près de deux ans, éprouva, dans la région lombaire, une sensation de craquement qui l'obligea à suspendre aussitôt son effort. Le lendemain, elle ressentit de la pesanteur dans le bassin, mais n'y fit aucune attention pendant quelques jours; cependant elle se trouva bientôt forcée de garder le repos, cette pesanteur était devenue de plus en plus pénible; elle était pourtant plutôt incommode que douloureuse, mais elle était compliquée d'un autre phénomène qui en aggravait les effets. Dès les premiers moments de l'accident, Mme C.... s'était aperçue que, lorsqu'elle marchait, elle éprouvait un essoufflement inusité qui la forçait à s'arrêter fréquemment et à s'asseoir pour reprendre haleine. Au repos, il n'y avait pas d'oppression ni de toux, pas de palpitations non plus, même pendant la marche. Ces essoufflements, que rien n'expliquait et que quelques pas suffisaient pour provoquer, augmentèrent au point de rendre la marche très-difficile, et Mme C.... dut s'astreindre à l'immobilité. Ce symptôme et les pesanteurs hypogastriques se dissipèrent après deux mois de repos complet, sans autre traitement. La santé générale n'avait pas été sensiblement altérée; la menstruation ne présenta rien d'anormal; seulement, les troubles digestifs persistèrent, quoique sans aggravation.

Dans le cours de l'hiver 1852-53, à la suite de quelques bals où Mme C.... avait beaucoup dansé, elle ressentit de nouveau de la pesanteur dans le bassin, accompagnée, comme la première fois, d'essoufflements et d'une fatigue considérable dès qu'elle marchait. Mais, cette fois, l'action de parler produisait les mêmes effets que la marche. D'ailleurs, pas de toux, pas de palpitations, pas de douleurs dans les lombes, l'hypogastre ou sur les cuisses; pas de tiraillements dans les aines. Les règles ne furent pas dérangées; seulement, il se développa de la leucorrhée. Le repos calma encore ces accidents jusqu'au mois d'avril 1853.

A cette époque, les mêmes phénomènes se reproduisirent avec plus d'intensité et s'aggravèrent rapidement. La pesanteur hypogastrique devint extrêmement pénible, la marche et la parole devinrent très-difficiles à cause de l'essoufflement provoqué par ces actes, et Mme C.... dut se réduire encore au repos. Elle passa trois mois étendue dans une chaise longue, se permettant à peine quelques pas pour passer d'une chambre à l'autre, et parlant le moins possible. Ces précautions ne modifièrent rien, et les accidents augmentèrent de plus en plus. A la fin de juillet 1853, on lui prescrivit l'usage d'une ceinture hypogastrique et des bains de mer. Amélioration sensible qui se soutint et fit même des progrès jusqu'à l'hiver.

Mais, dans les premiers jours de l'année 1854, encore à la suite d'un effort pour soulever un objet lourd, la pesanteur dans le bas-ventre et les autres symptômes prirent une intensité nouvelle. Le repos, la ceinture hypogastrique, les bains de mer restèrent sans effets; tout s'aggrava, et il se manifesta même d'autres phénomènes morbides.

Dès le mois de novembre 1851, Mme C.... avait commencé à éprouver, vers la partie moyenne de la région dorsale du rachis, une douleur occupant un point à peu près fixe, et n'augmentant ni par la pression, ni par de légers contacts. Cette douleur n'était pas permanente; elle revenait à de longs intervalles et par espèce d'accès, d'une durée variable entre trois et quinze jours. Depuis cette époque jusqu'à présent, elle a fréquemment tourmenté Mme C...., surtout pendant les bains de mer, et les moyens locaux employés contre elle n'ont eu aucun succès. (Frictions avec diverses substances médicamenteuses.)

Le 29 juin 1852, Mme C.... vit mourir en couches une de ses amies; l'impression qu'elle en ressentit fut extrêmement vive; la nuit suivante, elle fut prise d'accidents présentant presque exclusivement les caractères de la syncope: perte complète des forces, sentiment de défaillance, pâleur du visage, sans convulsions ni constriction de la gorge, sans douleur de tête, et seulement une sorte de pincement ou de contraction de la région frontale. Le médecin appelé prescrivit un pédiluve sinapisé, des frictions et une potion éthérée. Cet état persista environ une heure. Dès lors, Mme C...., naturellement impressionnable et d'un caractère mélancolique, devint plus sensible aux excitations morales, et, en même temps, sujette à la tristesse et aux larmes. D'ailleurs, des phénomènes semblables se reproduisirent fréquemment par la suite. Pendant deux ans, ils se sont toujours développés à l'occasion de quelque contrariété ou de quelque autre impression morale, jamais sans cause; mais en 1854, après l'aggravation survenue dans les symptômes hypogastriques et l'augmentation des essoufflements, au retour des bains de mer, ces sortes de syncopes ont pris une extrême fréquence, se manifestant presque tous les jours, d'une manière toute spontanée et sans cause appréciable. Cependant, au bout d'un mois, elles devinrent plus rares, et finirent peu à peu par n'avoir lieu qu'à de longs intervalles et à la suite de diverses provocations, comme autrefois. Depuis dix mois, il n'y en a eu que cinq ou six. En général, l'éther ne réussissait pas à les calmer; on y parvenait plus sûrement en faisant respirer à la malade du vinaigre ou des sels anglais.

Au milieu de ces accidents, la tendance à la mélancolie et aux larmes s'est encore accrue, principalement aux époques menstruelles.

Depuis les derniers bains de mer (1854), la pesanteur hypogastrique, la fatigue et l'essoufflement provoqués par la parole et la marche, n'ont fait qu'augmenter, malgré quelques rares instants d'amélioration.

A la fin de mars 1855, Mme C.... consulta M. Chomel, dont je crois pouvoir reproduire ici le diagnostic et la prescription:

« Antéversion considérable de l'utérus.

« Porter un pessaire à air fixe en disque ovale. »

Ce pessaire fut placé par M. Chomel lui-même, et pendant un mois, Mme C.... éprouva du soulagement, mais d'une manière passagère. Elle consulta alors M. Velpeau, dont voici l'avis et l'ordonnance:

« Antéversion. Quelques granulations au col. Névropathie.

« 1° Toucher le sommet du col avec le nitrate acide de mercure une fois par semaine pendant un mois;

« 2° Tenir, dans le fond du vagin, une éponge imbibée de vin aromatique et enveloppée de mousseline;

« 3° Injection avec le même liquide affaibli;

« 4° Frotter les reins avec le baume nerval deux fois le jour;

« 5° Prendre 30 centigrammes de sous-nitrate de bismuth dans une cuillerée d'eau sucrée chaque matin.

« 26 mars 1855. »

L'emploi de ces divers moyens n'eut aucun succès, et les accidents firent encore de nouveaux progrès. Peu à peu, la fatigue et l'essoufflement produits par la marche devinrent si considérables que, bientôt, Mme C.... put à peine faire quelques pas sans être forcée de s'asseoir. De jour en jour, l'action de parler détermina une anhélation plus grande; la malade était obligée de s'arrêter à chaque phrase, puis à chaque membre de phrase, la voix lui manquant complétement lorsqu'elle voulait s'obstiner à continuer. La voix devenait, d'ailleurs, de plus en plus faible. Au commencement de juin, Mme C.... en était à ne plus pouvoir prononcer qu'un ou deux mots de suite à voix extrêmement basse; à la fin du même mois, elle se trouva complétement aphone et muette.

Pendant le développement de ces divers symptômes, la santé générale paraît n'avoir pas souffert: l'embonpoint s'est maintenu et a même augmenté: le teint est resté coloré, les règles régulières, le sang bien rouge, et la leucorrhée qui s'était manifestée a même disparu. Les phénomènes nerveux généraux sont devenus plus rares, moins intenses, sauf la mélancolie qui a persisté. L'appétit n'a pas été altéré, mais les troubles digestifs, d'ailleurs légers, dont il a été plusieurs fois question et que j'aurai à indiquer de nouveau, sont devenus un peu plus pénibles.

De tout temps, Mme C.... a vécu au milieu d'excellentes conditions hygiéniques.

Etat actuel. — Mme C...., d'une taille au-dessous de la moyenne, est, d'ailleurs, bien constituée. Les cheveux et les sourcils sont noirs, les yeux d'un gris clair, les contours de la figure arrondis. Tissu cellulaire assez développé; pas d'engorgements ganglionnaires ni de ci-

catrices scrofuleuses. Peau blanche et fine; teint assez coloré. — Caractère un peu irritable, disposé de tout temps à la tristesse; en général, peu d'activité physique, répugnance marquée pour le mouvement et la fatigue, même avant la maladie actuelle.

Pouls, 65 pulsations par minute, très-dépressible et peu développé; système nerveux cutané à peine marqué; mouvements du cœur peu énergiques, bruits faibles et mous; le premier est manifestement prolongé, sans souffle réel. Le volume de l'organe paraît normal. Bruits carotidiens très-prolongés, mais pas de souffle. Il n'y a jamais de palpitations spontanées; mais les mouvements en provoquent dont il sera question plus tard.

Appétit généralement bon. Après les repas, il y a fréquemment des douleurs à la région de l'estomac, de la lourdeur et du gonflement épigastrique, et, parfois, des renvois gazeux. Pas d'éructations acides, pas de vomissements ni de nausées. — Constipation opiniâtre; néanmoins, la malade a une selle chaque jour, mais au moyen d'un lavement. Urines et miction normales.

Le foie et la rate ne présentent rien à noter.

Les règles sont régulières; le sang en est bien coloré; l'écoulement dure trois ou quatre jours et la quantité de sang perdu est ordinaire, au dire de la malade. Il n'y a jamais eu de métrorrhagie. Les époques menstruelles ne sont accompagnées d'aucun symptôme pénible. Pas de leucorrhée.

Mme C.... accuse dans l'hypogastre un sentiment continuel de pesanteur très-pénible. Cette pesanteur ne porte ni sur le siége, ni sur la région sacro-lombaire; elle se fait sentir exclusivement à l'hypogastre, de l'ombilic au pubis. Elle n'est accompagnée ni de douleur, ni de tiraillements, mais d'une sorte de fatigue ou de lassitude indéfinissable que la malade rapporte au bas-ventre. Elle dit ne pouvoir bien s'expliquer sur ce qu'elle éprouve dans cette partie, mais le compare à une sensation de fatigue. Si Mme C.... veut marcher, ces sensations deviennent extrêmement pénibles, et il s'y joint bientôt un état d'essoufflement et des palpitations tels, qu'elle est forcée de s'arrêter promptement et de s'asseoir; aussi peut-elle à peine faire quelques pas. Les moindres efforts et tous les mouvements du corps produisent plus ou moins les mêmes effets. Ainsi les efforts de défécation lui sont interdits; les mouvements de défécation lui sont surtout interdits; les mouvements d'élévation des bras pour arranger ses cheveux ou porter les aliments à la bouche exaspérant tous les phénomènes précédents; il lui est même difficile, pour les mêmes motifs, de se livrer à des travaux d'aiguille; au moins doit-elle s'arrêter fréquemment. Autrefois, l'action de parler suffisait, comme je l'ai dit, pour déterminer, à un haut degré, et la fatigue hypogastrique et les essoufflements; actuellement, la seule volonté de prononcer quelques mots amène ce résultat.

Un fait singulier, c'est que l'action d'écrire est suivie des mêmes phénomènes d'une manière encore bien plus rapide et plus marquée. Quand elle a écrit quelques mots, on la voit s'arrêter tout essoufflée, accusant une faiblesse générale et des sensations très-pénibles à l'hypogastre. Si elle veut continuer, *la plume lui tombe littéralement des mains*. Cependant tous les mouvements isolés des doigts sont libres, étendus et énergiques.

Le toucher vaginal fait constater un abaissement marqué du col de l'utérus, qui est, en même temps, fortement porté en arrière et un peu dévié à gauche. Le corps de l'utérus, un peu volumineux, vient s'abriter derrière le pubis et sa face antérieure occupe presque tout le fond du vagin. L'utérus entier présente, par conséquent, une position oblique d'avant en arrière et de haut en bas, très-voisine de l'horizontale.

L'examen au spéculum ne fait rien voir de plus.

Aucun signe plessimétrique ou sthétoscopique du côté des poumons ni des bronches, si ce n'est une diminution considérable du murmure vésiculaire dans toute l'étendue des deux poumons; mais pas de bruits anormaux, pas de toux, pas d'expectoration ni augmentation, ni diminution de la sérosité du thorax en aucun point. En un mot, rien qui rende compte, dans ces organes, de l'extrême disposition à l'essoufflement indiqué précédemment.

Mme C.... est dans un état d'aphonie et de mutité complètes; toute cette observation a été prise par questions et réponses écrites. L'intelligence de la malade et la netteté des renseignements qu'elle m'a fournis, m'ont d'ailleurs beaucoup facilité ce travail, dont j'ai, en outre, vérifié plus tard tous les détails pendant la guérison momentanée qui a été obtenue.

C'est en vain qu'on engage Mme C.... à prononcer un seul mot ou même un monosyllabe, oui ou non, par exemple. On voit qu'elle l'essaye, mais sans le moindre succès; après quelques tentatives, elle s'arrête tout essoufflée et comme extrêmement fatiguée. Elle ne peut produire aucun son laryngé, et, quoi qu'elle fasse, l'air expiré s'échappe sans bruit et même sans ce bruissement léger qui constitue le *souffle*. Si, au moyen d'un grand effort, elle y parvient, c'est un son très-faible et si court qu'il ne peut être articulé; il lui est impossible de le prolonger. Quand elle l'essaye, elle ne réussit encore qu'à produire un son timbré rapide, qui se termine par une simple expiration. Encore est-elle obligée, pour cela, de faire une profonde inspiration. Toutes ces tentatives sont suivies de beaucoup d'essoufflement, et la malade ne saurait les répéter qu'après un repos prolongé.

D'un autre côté, Mme C.... ne peut même pas articuler; non-seulement parce que la matière à articuler (qu'on me passe ces expressions), c'est-à-dire le son ou le souffle, manque, mais aussi parce qu'elle ne peut exécuter les mouvements destinés à la prononciation sans être aussitôt très-essoufflée et sans éprouver à la région hypogastrique, à un point extrême, cette incommode sensation de pesanteur et de fatigue que provoquent presque toutes les actions musculaires. Il y a mieux, la simple intention de parler, d'articuler un mot, suffit pour provoquer cet effet et pour rendre complétement impossible la prononciation, la malade étant forcée de renoncer aussitôt à toute activité musculaire, sous peine d'un véritable accès de suffocation. Cependant, tous les mouvements des lèvres, de la langue, etc., sont parfaitement intacts, parfaitement libres et complets; Mme C.... peut les exécuter tous sans aucune peine, du moment où il ne s'agit plus de les faire concourir à la parole. La langue sort facilement de la bouche et se meut avec agilité dans tous les sens; il en est de même des lèvres et du voile du palais (1). Il est presque impossible à Mme C.... de lire, lors même qu'elle ne cherche pas à prononcer; au bout de quelques lignes, elle se trouve tellement essoufflée, qu'elle est obligée de s'arrêter, et elle accuse en même temps une augmentation des sensations hypogastriques. Aussi ne peut-elle lire une lettre qu'en s'y reprenant à plusieurs fois.

Du côté du larynx, lorsqu'on engage la malade à produire un son, surtout un son aigu, ou au moins à chercher à le produire, on ne perçoit pas le moindre mouvement dans l'organe ou ses diverses pièces. Cependant, quand on l'invite à se gargariser, on sent très-bien, par des palpations sur le larynx, qu'il se passe des mouvements entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde; d'ailleurs, les mouvements en masse de cet organe sont parfaitement normaux, dans l'action d'avaler, par exemple.

Quand on examine respirer Mme C...., on est frappé de l'excessive tranquillité de la respiration, qui semble à peine imprimer un léger mouvement aux parois thoraciques. L'inspiration et l'expiration se font sans le plus léger bruit, et, même en approchant l'oreille très-près de sa bouche, on n'entend pas le moindre souffle. Les grandes inspirations ont pour effet d'augmenter les sensations de fatigue et de pesanteur du côté du bassin, et de déterminer une anhélation prolongée. Une seule entraîne ce résultat, au point d'en rendre une seconde très difficile; une troisième est tout à fait impossible, et quand Mme C.... veut insister, elle a la conscience de ne pas pouvoir et sent à la base du thorax comme un obstacle qui s'y oppose et l'oppresse. Quelles que soient l'étendue et l'énergie, d'ailleurs toujours peu considérable, des inspirations, l'expiration est toujours molle et la colonne d'air s'échappe sans aucun bruissement. Il est tout à fait impossible à la malade d'accroître la force d'expulsion de l'air, ou du moins n'y parvient-elle que d'une manière très-passagère et de façon à produire seulement un son laryngé fort court.

(1) Je crois devoir insister sur ces particularités remarquables qui me paraissent démontrer expérimentalement que le *concours synergique* ou l'*association coordonnée* d'une multitude de puissances dans l'accomplissement des diverses fonctions n'est pas exclusivement subordonné à la volition.

En observant avec soin les mouvements du thorax, on voit que, pendant les inspirations, les côtes sont soulevées des deux côtés avec toutes les circonstances normales, et *aussi bien les inférieures que les supérieures;* dans l'expiration elles s'affaissent comme à l'ordinaire. Mais on remarque avec surprise que les parois abdominales sont agitées pendant la respiration de mouvements en sens inverse de l'état physiologique; ainsi, au moment où la malade fait une inspiration, les rebords costaux s'éloignent du plan médian en s'élevant d'une manière très-sensible; mais les parois abdominales, au lieu de se soulever, s'aplatissent et se dépriment dans l'espace compris entre les deux rebords costaux; l'excavation produite est surtout très-marquée dans les grandes inspirations. Pendant l'expiration, au contraire, cette dépression disparaît et l'épigastre revient à la forme saillante qui lui est naturelle. Lorsqu'on engage Mme C.... à faire un effort comme pour aller à la selle, elle a la conscience de ne pas pouvoir; si elle l'essaye, cependant, on ne remarque dans l'abdomen aucun mouvement et les parois n'en sont pas soulevées, comme cela a lieu chez un individu sain.

D'autre part, il est évident que les contractions volontaires des muscles abdominaux sont abolies; la malade ne peut pas déprimer volontairement la paroi abdominale antérieure qui reste constamment flasque, et n'acquiert aucune résistance lorsque Mme C.... cherche à simuler un effort de défécation.

Depuis fort longtemps Mme C.... n'a pas eu le hoquet, quoiqu'elle y fût très-sujette autrefois; elle ne bâille, n'éternue et ne tousse jamais; souffler lui est impossible, non parce que les muscles faciaux refusent leur concours, mais parce que, dit-elle, l'haleine lui fait défaut; le rire ne consiste, chez elle, que dans l'expression de la face; parfois, néanmoins, elle produit un ou deux éclats sonores, mais se trouve aussitôt tout essoufflée. Nous verrons plus loin que des vomissements ont pu avoir lieu, mais ils n'ont été observés que sous l'influence du chloroforme et de la morphine. J'ignore s'ils auraient été possibles en dehors de ces circonstances.

Outre les désordres fonctionnels qui précèdent, on constate encore, chez la malade, diverses particularités curieuses.

J'ai déjà dit que la seule pensée de parler provoquait des essoufflements; il en est de même lorsqu'elle a l'intention de faire un effort quelconque; bien plus, la vue d'une personne se livrant à quelque effort, soufflant ou criant, suffit pour l'essouffler et elle est obligée de détourner promptement les yeux.

D'ailleurs, outre les essoufflements et les palpitations que déterminent la plupart des actions musculaires, surtout la parole et la marche, Mme C.... éprouve toujours, en même temps, un accroissement de la pesanteur et de la fatigue hypogastriques. Elle insiste vivement sur la corrélation qui existe entre ces sensations et les autres phénomènes, et prétend avoir conscience qu'ils *partent* tous du bas-ventre, pour me servir de son expression.

Lorsqu'on cherche à soulever et à redresser l'utérus avec douceur, la malade éprouve un soulagement général, et, immédiatement, peut prononcer à voix assez élevée, une ou deux syllabes, comme « oui et bonjour; » il lui devient aussi possible de simuler un effort de défécation pendant lequel les parois abdominales sont manifestement soulevées, quoique sans énergie. Dès qu'on cesse de soutenir la matrice, la faculté de parler et celle de faire un effort sont aussitôt supprimées. Cette expérience, répétée plusieurs fois à quelques jours de distance, a toujours fourni le même résultat. Mais ces manœuvres ne tardent pas à amener des fourmillements dans les deux mains, des palpitations et un sentiment de défaillance, sans pâleur de la figure.

Malgré la mutité et l'aphonie complètes dont Mme C.... est frappée, il lui arrive parfois de *parler à haute voix pendant son sommeil;* tout au moins de prononcer quelques mots ou une phrase; mais, si on la réveille, elle se retrouve incapable de prononcer même un monosyllable. Il lui est aussi arrivé quelquefois de recouvrer passagèrement la parole sous l'influence d'une vive excitation, morale ou physique. Ainsi, je l'ai entendue, dans un moment d'impatience, adresser deux mots assez vifs à sa femme de chambre; la douleur produite par l'électrisation lui a arraché des *cris violents*. Toujours, il est vrai, une longue anhélation succède à ces efforts.

En dehors du diaphragme et des muscles abdominaux, il n'existe, dans le reste du corps, aucun signe de paralysie réelle. Tous les autres muscles du tronc, ceux de la face, du cou et des membres, pris isolément, obéissent très-bien à la volonté; les matières fécales sont bien retenues, mais les efforts d'expulsion étant impossibles, leur évacuation ne peut avoir lieu qu'au moyen de lavements. L'émission des urines est parfaitement normale. Pas la moindre modification dans la sensibilité en aucun point du corps. La vue, l'ouïe, l'odorat et le goût sont intacts.

Toutes les facultés intellectuelles sont très-bien conservées. Mme C.... est très-portée à la tristesse et se livre souvent aux larmes; son état la préoccupe beaucoup; le silence et l'immobilité absolus auxquels elle est condamnée, en l'obligeant à rester toujours seule, augmentent cette tendance à la mélancolie.

La colonne vertébrale présente sa conformation normale; la pression ou la percussion des apophyses épineuses ne détermine aucune sensation pénible. Parfois, Mme C.... éprouve encore, à peu près vers la sixième vertèbre dorsale, une douleur contusive très-limitée, qui n'augmente ni par les contacts, ni par la pression superficielle ou profonde. Elle n'est pas continue, revient par sortes d'accès durant quelques jours, et actuellement très-éloignés les uns des autres.

Enfin, les contrariétés ou les autres impressions morales donnent encore lieu quelquefois à ces espèces de syncopes dont il a été question déjà, mais ces accidents deviennent de plus en plus rares.

Traitement. Dès son arrivée à Bellevue, Mme C.... a été soumise au traitement hydrothérapique, qui a été continué pendant tout son séjour. En outre, après la constatation des diverses circonstances de son affection, des applications d'électricité ont été décidées.

Du 19 septembre au 16 octobre, j'ai électrisé chaque matin, pendant vingt minutes environ, les muscles abdominaux et le diaphragme, et j'ai pu constater l'intégrité de leur irritabilité; ils se contractaient, en effet, sous l'influence de très-faibles courants fournis par l'appareil de Morin et Legendre. Je me suis servi, pour excitateurs, d'éponges humides; l'un des pôles était placé un peu au-dessus de la clavicule, dans l'espace triangulaire borné en bas par cet os, et, des deux autres côtés, par les scalènes et le cléido-mastoïdien; en tâtonnant un peu, je parvenais facilement à limiter l'action électrique sur le nerf phrénique et à provoquer le soulèvement des hypochondres et de l'épigastre. L'autre pôle était tantôt placé sur le nerf phrénique de l'autre côté; plus souvent je le promenais sur les muscles abdominaux. Enfin, ces muscles eux-mêmes étaient spécialement électrisés.

Dès les premiers jours, après chaque séance, Mme C.... a pu prononcer quelques monosyllabes d'une voix bien timbrée; mais les 21 et 22 septembre, l'électrisation a été suivie d'un accès de contracture des quatre extrémités, sans perte de connaissance, sans boule hystérique, etc., qui a forcé d'agir avec une extrême modération. Peu à peu l'électricité a été mieux supportée, et les effets obtenus ont été de plus en plus marqués. La malade a pu d'abord parler quelques minutes, puis un quart d'heure, puis une demi-heure, enfin, une heure et demie après chaque séance. En même temps, les mouvements du diaphragme étaient très-apparents, mais pendant le reste de la journée, ce muscle revenait à son inaction.

D'après ces résultats encourageants, Mme C.... a été aussi électrisée le soir, et l'effet a été le même, mais moins prolongé que le matin. Enfin une troisième application a été faite au milieu de la journée; cette fois, le résultat a été malheureux : la malade a éprouvé une extrême fatigue et n'a pas pu parler après la séance comme auparavant.

16 *octobre.* — Après deux jours de repos, j'essaye de nouveau trois électrisations dans la journée. Mme C.... parle une heure et demie après la première séance, une heure seulement après la seconde. Après la troisième, elle ne peut pas prononcer une seule parole et se trouve encore très-fatiguée. Quelques instants après, elle éprouve un grand sentiment d'angoisse, une forte oppression, un accablement extrême avec engourdissement général; en même temps, il y a un écoulement de larmes qu'elle ne peut contenir. Je saisis cette occasion pour soumettre la malade à des inspirations de chloroforme. Quoique désireux de faire cet essai, j'avais été arrêté par la crainte de quelque accident du côté de la respiration, en cas d'insuc-

cès. Aujourd'hui encore je ne procède qu'avec beaucoup de précautions.

Je me sers d'un mélange à parties égales d'éther sulfurique et de chloroforme; je verse environ trente gouttes de ce mélange sur un mouchoir que j'approche de la bouche de la malade, de manière à permettre l'accès de l'air. Elle respire sans répugnance. Après deux ou trois inspirations, Mme C.... se met à sourire; sa figure exprime une vive hilarité; *puis aussitôt elle se met à parler très-distinctement, d'abord d'une voix faible, mais de plus en plus sonore à mesure que les effets du chloroforme sont portés plus loin; enfin, elle rit aux éclats. En examinant l'abdomen, je m'aperçois que l'épigastre et les hypochondres ne se dépriment plus pendant l'inspiration, mais se soulèvent comme à l'état normal et s'affaissent dans l'expiration. A mesure que les effets du chloroforme se dissipent, la voix s'affaiblit et s'éteint peu à peu, les parois abdominales cessent de se soulever pendant l'inspiration, en un mot, le diaphragme revient à son inertie primitive.* Vingt minutes après avoir cessé de respirer les vapeurs anesthésiques, Mme C.... est aussi muette et aussi aphone qu'auparavant.

18 *octobre*. Je répète aujourd'hui l'expérience d'hier avec du chloroforme pur. Comme hier, après quelques inspirations, hilarité, rires, retour de la voix, de la parole et des mouvements normaux du diaphragme.

Depuis ce jour, je combine les applications électriques avec les inhalations de chloroforme; Mme C.... est chloroformée soir et matin, et pendant le sommeil je pratique l'électrisation. Constamment la voix, la parole et les contractions du diaphragme se sont rétablies après quelques inspirations de chloroforme; de plus, elles ont persisté pendant un temps progressivement plus long. J'ai obtenu ainsi cinq heures de parole le matin et deux heures et demie le soir. Mais la voix allait sans cesse en diminuant de force, depuis le moment de la séance jusqu'à celui où elle s'éteignait complétement. Malheureusement, la malade a éprouvé plusieurs fois des *vomissements* sous l'influence du chloroforme, et elle a fini par le prendre tellement en aversion, que son odeur seule suffit pour provoquer des nausées. Plusieurs fois il a fallu en suspendre l'usage; à chaque fois, malgré l'électrisation, pratiquée comme d'ordinaire, Mme C.... a parlé sensiblement moins longtemps.

7 *novembre*. La répugnance de la malade pour le chloroforme devient de plus en plus insurmontable. Je songe à lui substituer un autre agent anesthésique ou stupéfiant, et je me décide pour la morphine, comptant sur des effets plus durables. Ce matin, la malade est pourtant chloroformée et électrisée comme à l'ordinaire; mais après la séance, j'applique, au moyen de l'ammoniaque, un petit vésicatoire à l'hypogastre et un autre à l'épigastre. Chacune des surfaces dénudées est saupoudrée avec un centigramme de chlorhydrate de morphine et pansée convenablement.

8 *novembre*. *Mme C.....a parlé hier toute la journée* avec une voix bien sonore et mieux qu'elle ne l'avait fait depuis le commencement du traitement. Les mouvements du diaphragme avaient une énergie remarquable. Ce matin, ils persistent ainsi que la parole. Il n'y a pas eu d'électrisation dans la soirée. Une heure après l'application du chlorhydrate de morphine, il s'est manifesté des nausées, puis des vomissements avec une grande tendance au sommeil.

Pas d'électrisation ni d'inspirations de chloroforme ce matin. Les deux vésicatoires sont pansés chacun avec 1/2 centigramme seulement de chlorhydrate de morphine; ils seront pansés de même ce soir.

20 *novembre*. Depuis le 7, Mme C.... n'a été ni électrisée, ni chloroformée; les petits vésicatoires ont été renouvelés tous les deux jours et pansés avec soin. soir et matin avec 1/2 centigramme de chlorhydrate de morphine chacun. La parole a constamment persisté, et les contractions volontaires du diaphragme ont repris en grande partie toute leur énergie normale. Un ou deux jours pourtant, les nausées et les vomissements ayant obligé à suspendre les applications narcotiques, la malade a perdu la faculté de parler. Aujourd'hui, sans cause appréciable, quoique le pansement ait été bien fait, puisqu'il a provoqué de la somnolence et des vomissements, la voix s'est graduellement affaiblie et à midi elle s'est tout à fait éteinte.

23 *novembre*. Malgré l'augmentation des doses de morphine, la mutité et l'aphonie persistent, et Mme C.... ne peut prononcer même un monosyllabe. — Depuis l'emploi des applications narcotiques, la malade a toujours éprouvé des nausées et des vomissements; son appétit a considérablement diminué, elle mange à peine. — Toute médication est suspendue.

Le 25, je recommence les électrisations. Aujourd'hui, deux séances: trois quarts d'heure de parole le matin et une demi-heure le soir.

Mme C.... n'a jamais cessé de se plaindre de la pesanteur et des lassitudes hypogastriques; un peu moins, cependant, qu'à son entrée. La disposition à l'essoufflement a sensiblement diminué, mais persiste toujours, et la marche surtout l'exagère beaucoup. Pendant que la malade pouvait parler sous l'influence de la morphine, l'action de marcher la rendait toujours aphone et muette pendant un certain temps. Néanmoins, à cette époque, elle marchait beaucoup mieux que dans les premiers moments de son séjour à Bellevue ou que maintenant.

Le corps de l'utérus paraît avoir diminué de volume; mais il reste dans un état d'antéversion considérable.

Les effets du chloroforme sont, d'ailleurs, les mêmes qu'autrefois. Il suffit de faire faire quelques inspirations pour rétablir la parole, et Mme C.... emploie souvent ce moyen, quand elle y est obligée.

1er *décembre*. L'électricité a été employée seule depuis le 25 novembre. Maintenant, Mme C.... parle cinq heures le matin et deux heures le soir, après les séances. Remarquons que toujours il a été plus facile de rétablir la parole le matin que le soir, et toujours aussi elle a persisté plus longtemps le matin que le soir. — Après chaque séance, l'épigastre est activement soulevé pendant les inspirations et s'affaisse pendant l'expiration. Dans l'intervalle des séances, ces mouvements cessent peu à peu, et il arrive un moment où les parois abdominales restent tout à fait immobiles; dans les grandes inspirations, elles se dépressent encore; mais leur dépression n'a plus lieu dans les inspirations ordinaires, comme autrefois.

Ce matin, un vésicatoire est appliqué à l'hypogastre et pansé avec 1 centigramme de morphine. Le même pansement sera fait ce soir. — Deux séances d'électrisation.

2 *décembre*. Mme C.... a parlé toute la journée d'hier; elle parle encore très-bien ce matin.

Pansement du vésicatoire avec 1 centigramme de chlorhydrate de morphine matin et soir. — Pas d'électrisation.

Le 8, le même traitement a été continué. La parole se maintient. Les mouvements du diaphragme sont normaux, mais sans énergie, car il suffit d'une légère pression sur l'épigastre pour en empêcher le soulèvement pendant les inspirations. — Je n'ai plus employé l'électricité. — L'impossibilité d'appliquer de nouveaux vésicatoires sur l'abdomen, les autres n'étant pas encore bien secs, m'oblige à donner les narcotiques à l'intérieur.

Matin et soir, une pilule d'extrait gommeux d'opium.

10 *décembre*. Jusqu'à ce jour, la parole s'est maintenue; mais aujourd'hui, à midi, à la suite d'une conversation peut-être un peu prolongée, elle s'est complétement éteinte. — Ce soir, l'électrisation ne réussit pas à faire prononcer le moindre monosyllabe. — Quelques inspirations de chloroforme rétablissent la parole immédiatement, d'une manière passagère, il est vrai.

5 *Janvier*. Après avoir laissé reposer Mme C.... près de quinze jours, j'ai essayé de nouveau les applications de morphine, puis l'électricité, isolément ou en les combinant. Je n'ai obtenu aucun résultat; la malade est restée muette et aphone. Je dois dire que la morphine déterminant des nausées et des vomissements à très-faibles doses, il a été impossible de dépasser 1 centigramme matin et soir en applications endermiques. — Quant au chloroforme, son effet est aussi remarquable; seulement, il faut prolonger davantage les inspirations pour rétablir la parole, et on provoque des nausées dès qu'on dépasse une certaine limite. Aussi n'est-il employé que très-rarement.

Sous l'influence de l'état presque continuellement nauséeux produit par les narcotiques, Mme C.... a perdu l'appétit, pâli et sensiblement maigri. — Souffle très-marqué dans les carotides et à la base du cœur au premier temps. — Deux pilules de proto-iodure de fer de Gille.

A partir de cette époque, l'électricité, la morphine en applications endermiques, l'opium en pilules, n'ont jamais réussi à rétablir la voix, la parole, ni les mouvements du diaphragme. Le chloroforme lui-même est de moins en moins actif et a fini par ne plus agir que lorsqu'on allait jusqu'à provoquer l'anesthésie complète. — Alors la belladone en frictions sur l'hypogastre ou en pilules, le cyanure de potassium (à doses faibles, il est vrai), ont été employés sans aucun résultat. La strychnine, le seigle ergoté ont été aussi essayés sans plus de succès.

La strychnine a pu être supportée à doses très-élevées : Mme C.... en a pris progressivement depuis 1/2 centigramme soir et matin jusqu'à 0^{gr},025 milligrammes matin et soir. Elle n'est arrivé à cette dose qu'au bout de quinze jours. Jusqu'à ce moment, elle avait à peine ressenti un peu de rigidité dans les membres et dans les mâchoires; mais alors, elle fut prise d'un accès tétanique violent et général. En même temps, il s'est manifesté des mouvements convulsifs du diaphragme qui refoulait énergiquement les viscères abdominaux d'une manière intermittente; les parois abdominales se trouvaient agitées de rapides mouvements d'élévation et d'abaissement. La malade poussait des cris aigus (20 janvier). Cet accident fut promptement calmé par des inhalations de chloroforme et 0,025 milligrammes d'extrait thébaïque.

Un autre effet de la strychnine fut de déterminer une exagération extrême de la sensibilité de tout le corps. Les attouchements les plus légers faisaient tressaillir la malade, des piqûres d'épingle très-superficielles lui semblaient extrêmement douloureuses. Enfin, l'électricité devint tellement intolérable qu'il fallut la supprimer. Il est remarquable que pendant toute la durée de cette hyperesthésie, le chloroforme ne parvenait jamais à rétablir la parole. Quand on eut suspendu l'usage de la strychnine, la sensibilité revint au bout de quelques jours à son état normal, et le chloroforme reprit son influence.

D'ailleurs, Mme C.... a repris de l'appétit, le teint s'est coloré, l'embonpoint perdu est revenu. Mais l'aphonie et la mutité ont été de plus en plus rebelles à tous les agents thérapeutiques. Enfin, à partir du 14 février 1856, le chloroforme lui-même cesse de rendre à la malade la faculté de parler et ne rétablit plus les mouvements du diaphragme à petites doses, comme autrefois; mais quand on pousse ses effets jusqu'au sommeil, ces mouvements se rétablissent; seulement, la malade ne parle pas. Remarquons qu'alors elle *dort profondément* et ne paraît entendre aucune de mes questions.

La malade se plaint toujours davantage des pesanteurs et de la fatigue hypogastriques. Elle ressent maintenant une sorte de tiraillement qui correspond à l'intervalle compris entre l'ombilic et le pubis; en outre, elle éprouve une sensation toute nouvelle d'abaissement dans le bassin. Au toucher, la malade étant debout, il est facile de constater que l'utérus n'est plus seulement en antéversion considérable, mais complétement renversé, de telle sorte qu'on trouve le fond de l'organe derrière le pubis et le col directement dirigé en arrière et plus élevé que le corps. En cherchant à redresser doucement l'organe, je produis une sorte de soulagement, et Mme C.... peut immédiatement dire : « Oui, monsieur. »

Aucun moyen de redressement ou de contention n'a été employé qu'un pessaire de Gariel ; en outre, la malade a renoncé à l'usage du corset et n'a plus porté qu'une simple brassière ne comprimant nullement le ventre.

Le 26 février 1856, Mme C...., complétement découragée, quitte Bellevue.

Le 3 *avril* 1856, je reçois une lettre de M. C...., d'où j'extrais le passage suivant : « ..... La malade n'éprouve aucun soulagement.
« Les faiblesses sont toujours très-grandes à la partie inférieure du
« ventre, et elles ont une telle tendance à se maintenir ou même à
« augmenter, que Mme C.... éprouve soit *à lire*, soit *à écrire* un mot
« une fatigue incroyable. *Les paroles qu'elle voudrait écrire corres-*
« *pondent avec cette partie basse et lui font immédiatement tomber*
« *la plume des mains*. Elle est, par suite, complétement privée de
« tout moyen de nous faire connaître sa volonté. »

Je ferai apprécier plus loin la valeur de ces phénomènes.

Histoire de la chirurgie.

Étude sur Fabrice de Hilden,

Par M. le Dr Perret,

Ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Société de Chirurgie.

(Suite. Voir le n° 29.)

La convulsion est fille de la douleur. « Il n'y a rien, dit Galien, qui excite plus l'écoulement de sang que la douleur; de là l'inflammation et les convulsions, qui sont un cas de mort, comme l'atteste Hippocrate. » L'opération en chair vive est, comme je l'ai dit, presque sans douleur, ou du moins la douleur est momentanée, en comparaison de celle qui se produit quand on taille dans le mort; cette douleur, du reste, peut être amoindrie par les réfrigérants. Les nerfs, avons-nous dit, se rétractent au moment de la section, mais quoiqu'ils se rétractent également quand on coupe dans le mort, cependant, le nombre des cautères et la violence du feu font entrer les humeurs en ébullition dans la partie malade et autour des nerfs et des parties nerveuses; de là de grandes douleurs, comme je l'ai dit plus haut.

Les médecins savent que la convulsion naît de vapeurs malignes. « Lorsque, dit Vigo, les nerfs se putréfient, la matière septique monte vers la tête; elle est portée au cerveau, et quand celui-ci est sous l'influence du poison, il s'agite jusqu'à ce qu'il en soit délivré. » Mais alors, je me demande comment, dans l'amputation dans le vif, viendra la convulsion, puisqu'on a enlevé toutes les parties corrompues.

Au contraire, dans l'amputation dans le mort, il reste des matières septiques autour des nerfs; bientôt elles passeront dans les veines et les artères, et quoique desséchées par le cautère, elles n'ont pas été entièrement consumées ; elles se vivifient alors de nouveau et deviennent plus terribles. Les matières s'échauffent de plus en plus au bout de quelques jours, et comme l'épaisseur de l'eschare empêche que le venin ne s'écoule, les humeurs acquièrent de la malignité ; un fluide pestifère monte vers les parties nobles, atteint le cerveau ; de là des convulsions, de l'insomnie, du délire; il arrive au cœur, produit la lypothymie, abat les forces vitales, et si, enfin, il arrive au foie par les veines, il se manifeste une intempérie froide de tout le corps.

La convulsion vient donc plutôt dans le mort que dans le vif.

J'ai coupé une multitude de membres, toujours dans le vif, et jamais, grâce au Dieu de toute bonté, je n'ai vu survenir de convulsions chez mes malades, j'en prends Dieu à témoin.

Donc l'amputation en chair vive est la seule praticable, la seule certaine ; elle n'est pas seulement recommandée par Celse et Galien, c'est aussi l'opinion d'Avicenne : « Quand la gangrène est confirmée, dit-il, il faut tout enlever. » Aetius pense comme Celse. Albucasis dit : « Si la corruption siége à l'extrémité des doigts, coupez-les tout entiers; ne laissez rien de malade, de peur que la main ne se prenne ; de même si la main est affectée, coupez-la sans rien laisser du mal. » Théodoric, Bertopollio, Guillaume de Salicet, Guy de Chauliac et presque tous les contemporains sont de cet avis.

Théodoric dit, en parlant du sphacèle :

« Pour arriver à la guérison, on devra couper avec le fer jusque dans le vif, jusque dans la partie saine, de façon qu'il ne reste rien de mort. » Il ajoute dans le même chapitre : « S'il est nécessaire d'amputer, il faut couper dans un lieu sain, de façon qu'il ne reste rien de malade; il est toujours préférable d'emporter du sain et du vif, on guérit ainsi plus vite et plus sûrement. » Bertopollio, Guillaume de Salicet tiennent le même langage, de même que Roland, Guy de Chauliac, Félix Plater, Ange de Bologne, Maggius, Andernac, Paul Offrède, Quercetanus, Franco, Gourmelen, Tayant, Joubert, Botal, Guillemeau, Paracelse, Ranchin, etc.

Je ne vous rapporte pas, mon cher Rédacteur, tous les noms

que Fabrice de Hilden cite pour appuyer son opinion. Quand on voit un homme aussi recommandable que notre chirurgien accumuler tant d'autorités pour soutenir sa thèse, tout donne à penser que la question de l'amputation dans le mort ou dans le vif était assez vivement débattue à cette époque. Vous voyez par là que la pratique des amputations était réduite à de bien tristes expédients, et que l'amputation avait encore, si je puis m'exprimer ainsi, rétrogradé de ce qu'elle était au moyen âge; et cependant Ambroise Paré avait passé! La discussion à laquelle vient de se livrer notre chirurgien me paraît surtout attaquer un homme qu'il ne nomme pas, mais dont les doctrines faisaient à l'époque grand bruit en Italie : je veux parler de Fabrice d'Aquapendente, le successeur de l'illustre Fallope. Jérôme Fabrice, oublieux des préceptes de son excellent maître, ou plutôt chirurgien timide, inventa en effet, comme il le dit lui-même, de pratiquer l'amputation dans les tissus morts, renchérissant ainsi sur Jean de Vigo qui, dans son livre *des Ulcères*, avait donné l'idée d'une pareille pratique : « Apprenez, dit-il, ce que j'ai inventé moi-même, et qui m'a toujours réussi fort heureusement, à cause qu'il remédie à toutes les difficultés que nous disons. » J'ai vu depuis cette façon que je m'étais imaginée dans Jean de Vigo, laquelle, toutefois, il ne propose que par manière d'acquit, et n'observe pas du tout ce qu'il faut observer. On a intention de faire trois choses en cette opération, à savoir d'arrêter la corruption et de résister tant au flux de sang qu'à la douleur. J'incise donc en la partie morte voisine de la vivante, à l'épaisseur d'un pouce près, et ainsi j'évite tout à fait deux incommodités, à savoir le flux de sang et la douleur. Pour éviter la troisième, à savoir la corruption, à ce qu'elle ne gagne plus avant, je cautérise puis après avec les fers chauds, toute la partie morte, en sorte toutefois (et remarquez bien ceci), que le patient sente toujours la force du feu. Car, par ce moyen, toute la partie morte s'en va en eschare qui sert comme de couvercle aux vaisseaux mêmes; et la partie vivante, à cause de la cautérisation, est tellement corrodée par le feu, que dans trois jours ou quatre tout au plus, on voit que le mort se sépare du vif, et par ainsi, on arrête la mortification sans flux de sang et sans douleur. Jean de Vigo semble enseigner la même façon, mais il ne prend garde à ce que j'ai dit, que le patient sente la force du feu.

Vous trouverez comme moi, cher confrère, que Fabrice d'Aquapendente se donne bien de la peine pour conserver tout l'honneur de sa méchante inspiration. Je ne pense pas que, de son temps ou après lui, quelque chirurgien de son mérite ait revendiqué cette malheureuse propriété. C'est le *summun* de la prudence chirurgicale, pour ne pas dire autre chose. S'il se fût conformé aux préceptes de Celse, son bon maître, qu'il commente en maints endroits, et surtout si son bonnet de chirurgien ne lui eût pas fait dédaigner la leçon du chirurgien-barbier, il n'eût certes pas mis au jour cette énormité. Et ne trouvez-vous pas un sérieux motif à réfléchir dans le rapprochement suivant? Au moment où Ambroise Paré applique la ligature, et par là recule les limites de l'art, Jérôme Fabrice trouve l'amputation dans le mort. L'ignorant arrive à la plus belle découverte chirurgicale; l'érudit, à grand renfort de science, aboutit à la sottise. On croirait vraiment que la gloire du chirurgien des rois de France a empêché de dormir le professeur de Padoue. Chacun d'eux a innové dans la pratique des amputations, mais l'innovation de l'un est marquée du sceau du génie, celle de l'autre...... je vous laisse le soin de la juger.

Mais, revenons à Guillaume Fabrice, et suivons-le dans l'exposition de ses principes.

« Nous concluerons, dit-il, avec les médecins et chirurgiens que nous venons de citer, que l'amputation doit être faite dans le vif, et qu'il vaut mieux retrancher quelque chose dans les parties saines que de laisser des tissus malades. On ne doit point, dit Celse, discuter de l'efficacité d'un remède quand il n'y en a qu'un, et, quand le mal est extrême, il faut employer un moyen extrême. Enfin, quand on opère avec certitude, on est en droit d'espérer un meilleur résultat qu'en opérant autrement; et l'amputation dans le mort n'est pas sûre, parce qu'on doit toujours craindre de laisser quelque portion de tissus malade. » C'est le cas de répéter, avec le poëte latin (Ovide) :

Cuncta priùs tentanda : sed immedicabile vulnus
Ense recidendum est, ne pars sincera trahatur.

Voyons maintenant cette dernière question.

Doit-on, oui ou non, amputer dans l'article? Je sais que de grands médecins ne l'admettent pas, parce que, disent-ils, les blessures des articulations sont très-périlleuses, à cause des graves désordres qui se produisent, à cause des parties nerveuses qui sont très-sensibles, parce que les os sont larges et renflés au niveau des articulations, qu'il y a peu de chairs, que la chaleur naturelle est peu forte, et que la plaie marche difficilement à la cicatrisation. Mais avec Guy de Chauliac, Laurent Joubert et quelques autres, je crois qu'on peut amputer dans l'article sans grande difficulté, et surtout sans grand péril, comme j'en ai fait souvent l'expérience. L'amputation dans l'article est facile, parce qu'un chirurgien habile peut la faire d'un seul coup avec un rasoir bien tranchant; il n'est besoin ni de la scie, ni d'aucun autre instrument, aussi la douleur est bien moindre : on n'ampute pas aussi vite, on ne sépare pas aussi facilement les nerfs et les parties nerveuses quand on porte la scie sur elles. Il n'y a pas de péril, attendu que les nerfs et les parties nerveuses, profondément coupés, se rétractent en haut. La chair les cache, et on ne craint ni le spasme, ni d'autres mauvais symptômes.

En outre, comme les jointures sont peu couvertes de chair, les veines apparaissent plus facilement, et l'hémorrhagie est moins redoutable. La cicatrice se fait bien, il y a assez de chaleur et assez de chair autour de la jointure pour la conduire à bonne fin. Mais toujours le siége de la maladie indique l'endroit de l'amputation. Si le sphacèle siége au pied ou à la jambe, il faut amputer vers le genou, afin qu'on puisse adapter une jambe de bois. Si le mal dépasse le mollet, amputez dans l'article. Si le mal occupe tout un doigt, coupez dans le métacarpe. J'ai vu faire cette opération, entre autres à Dusseldorf, en 1581, sur un homme robuste de 30 ans, appelé Rutger Pistor; elle a réussi. Un coup de feu avait blessé la main gauche du malade, Slotanus, chirurgien très-adroit, enleva heureusement la main dans le carpe, en présence de Wierns et de Montagnagna. Il ne survint rien de fâcheux et le malade recouvra la santé.

Préparation du malade. — Quand on a fait choix du lieu de l'amputation, il faut en venir à l'opération; mais avant tout, on doit y préparer le malade, car s'il n'est pas bien disposé, comment veut-on que l'opération réussisse? car les humeurs septiques, en raison de la douleur, affluent vers la partie malade comme vers un cloaque, et excitent de graves symptômes. Faute de ces précautions, nous voyons journellement les empiriques, les ignorants et les charlatans qui recherchent plutôt leur intérêt que celui du malade, et qui ne font pas de distinction du bois, des pierres et du corps de l'homme, réduire les pauvres malades à l'extrémité.

Pour préparer le corps, il faut rechercher les indications dans la nature et la grandeur du mal. Si le mal est très-aigu, si la corruption envahit rapidement les parties saines, il faut qu'avant l'opération le corps soit purgé autant qu'il est nécessaire. On donnera des lavements et des potions albumineuses, on fera prendre du vin, on appliquera des épithèmes sur la région du cœur. Après l'opération, on purgera légèrement, non pas le second ou le troisième jour, de peur que l'agitation du corps et des viscères ne ramène l'hémorrhagie. On tiendra le ventre libre par des purgatifs et des lavements. Si le mal est moins aigu, il faut chasser les humeurs dépravées, refaire les forces, corroborer les parties nobles, en un mot, administrer ce qui convient en pareille circonstance.

Quant à la nourriture, on doit la régler d'après les forces du malade. S'il est jeune, robuste, pléthorique, si la maladie est

violente, la nourriture sera légère. C'est là également le précepte d'Hippocrate. « Si le mal, dit-il, a été très-aigu, l'alimentation sera légère. Le corps sera à plusieurs reprises débarrassé de ses humeurs, par la manne, la casse, l'électuaire lénitif.... Si la pléthore est forte, on saignera, de peur qu'après l'opération le sang ne se porte vers la partie ; il faut cependant être réservé des émissions sanguines. Si la pléthore n'est pas forte, la saignée n'est pas indiquée, la perte du sang pendant l'opération suffira. Si la gangrène occupe les gros vaisseaux, il ne faut pas saigner.... Si le malade est vieux et faible, on doit, avant et après l'opération, le réconforter avec de bons aliments. Les purgatifs énergiques ne conviennent point, si l'on est obligé de purger, il faut se contenter de lavements. La saignée est toujours contre-indiquée. »

Au reste, chez tous les malades qui doivent être amputés, le chirurgien, s'il a été appelé de bonne heure, doit, quelques jours avant l'opération, appliquer chaque jour, trois ou quatre fois, des épithèmes sur la région du cœur. Chaque jour aussi, on fera prendre au malade, deux ou trois fois, de la potion cordiale suivante :

♃ Lapidis Bezoardici.
Oss. de corde cervi præp. an. gr. v j.
Cornu cervi præp. ℈ ij.
Margaritar. præp. ℈ j.
Confect. alkermes ℈ j ß.
Aquæ cinnamomi ℥ j.
Buglossæ, etc.
Calendulæ an. ℥ j ß.
Sir. de succo citronum ℥ j.
Misce.

Quelques heures avant l'opération, potion albumineuse et vin. Enfin, après avoir rassemblé les proches du malade, ne craignez pas de vous agenouiller et de prier Dieu pour le succès de l'opération ; (je n'y manque jamais dans les grandes occasions de ma pratique). Rappelez alors aux parents la gravité de l'opération, et s'ils y consentent, opérez avec dextérité.

Le malade sera à jeun, car si l'estomac est rempli, il surviendra des vomissements, des syncopes et la prostration des forces, et ce qui est plus grave, l'hémorrhagie, car la réplétion du ventricule amène la compression de la veine cave et du foie et en exprime le sang. J'ai observé cet accident en 1609, sur une femme appelée Fomace, âgée d'environ 40 ans, qui portait un ulcère incurable. Je l'amputai heureusement au-dessous du genou. Pendant que j'étais occupé à arrêter le sang, elle tomba dans une telle syncope que tout le monde la crut morte, et quoique j'eusse coupé les chairs avec un couteau rouge, le sang coula en si grande abondance, que si je n'eusse eu des cautères tout prêts, c'en était fait de la malade. Après avoir arrêté l'hémorrhagie et fait le pansement, je la fis transporter sur son lit et lui donnai une potion cordiale, qu'elle vomit aussitôt qu'elle l'eut avalée. Je ne sais ce qu'elle avait mangé en mon absence, mais elle remplit un bassin d'aliments vomis. Quand l'estomac se fut débarrassé, je lui donnai une nouvelle potion cordiale et elle recouvra ses forces. Aujourd'hui, en 1616, que j'écris cette observation, cette femme se porte très-bien.

Le chirurgien veillera que tout ce qui est nécessaire avant et après l'opération soit prêt : d'abord les cordiaux ; ensuite, deux scies de même grandeur, de manière que si l'une se brise pendant l'opération, on en ait sous la main une autre qui s'adapte facilement au trajet de la première. La scie sera proportionnée à la grandeur du membre : puis on se munira de rasoirs, de pinces, de cautères rouges, de poudre hémostatique, de bandes trempées dans de l'oxycrat, de coussins, d'étoupes enduites de blanc d'œuf, de vessies de bœuf, en un mot, de tout ce dont on peut avoir besoin.

Les instruments et les médicaments devront être disposés avec ordre, de façon qu'il n'arrive aucun accident pendant l'opération, pareil à celui qu'éprouva un jour Michel Doringe : il était au milieu d'une amputation de cuisse, quand la scie s'embarrassa dans les bandes destinées à rétracter la peau et les chairs ; il fut obligé de suspendre l'opération pour la dégager.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône. — Dans sa séance du 11 mars, l'Association a procédé à l'élection de plusieurs membres de son bureau. M. Barrier a été nommé vice-président en remplacement de M. Rougier devenu président ; M. Jacques Bonnet, secrétaire-général, et M. Duviard, secrétaire-adjoint, en remplacement de MM. Diday et Lacour, démissionnaires, et qui s'étaient déclarés non rééligibles.

Le bureau actuel est donc composé ainsi : M. Rougier, *président ;* M. Barrier, *vice-président ;* M. Bonnet (Jacques), *secrétaire-général ;* M. Duviard, *secrétaire-adjoint ;* M. Pétrequin, *trésorier.*

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— M. Flourens, membre de l'Institut, ouvrira, au Collége de France, son cours sur l'*histoire des sciences naturelles aux XVIIIe et XIXe siècles*, mercredi 25 mars 1857, à quatre heures, et le continuera les mercredi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

AVIS. — MM. les professeurs particuliers qui désirent faire des cours dans les amphithéâtres de l'Ecole Pratique, sont invités à se rendre mercredi prochain 25 mars, dans la salle habituelle de leurs réunions, à la Faculté.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 36. 5e année. Mardi 24 Mars 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 23 mars 1857.

Remarques biologiques sur le mouvement de la population en France en 1853.

(Voir le n° du 18 mars 1853.)

Proportion des morts-nés dans les naissances. — Peu de données statistiques offrent un aussi haut intérêt que celles que fournit la comparaison du nombre des naissances, avec le nombre des morts-nés dans les diverses catégories de population et dans les deux catégories d'état civil des enfants. Ce paragraphe mérite donc au plus haut degré l'attention de l'hygiéniste.

Le nombre des morts-nés s'est élevé, en France, pendant l'année 1853, au chiffre de 38,570, et ce chiffre exprime sensiblement la moyenne des dix derrnières années; c'est à peu près un vingt-huitième du total des enfants nés vivants (1). Mais il est à présumer que le chiffre constaté par les statistiques officielles est notablement inférieur à la réalité; tous les praticiens savent, en effet, qu'un assez grand nombre d'avortements, qui se font à une époque un peu éloignée du terme de la grossesse, ne sont point déclarés aux municipalités; ils ne peuvent, par conséquent figurer sur les statistiques.

La proportion des morts-nés est loin d'être la même dans les trois catégories de populations, ainsi que le démontrent les chiffres suivants :

Département de la Seine,	1	mort-né sur	15,73	naissances.
Population urbaine,	1	—	20,34	—
Population rurale,	1	—	29,28	—

Quels commentaires pourraient rivaliser d'éloquence avec de tels chiffres? Quand on songe aux rudes labeurs des femmes de la campagne, à leur fréquent dénûment, au peu de secours qu'elles trouvent contre les accidents qui peuvent se développer pendant le cours de leur grossesse, et que l'on constate, malgré ces conditions en appa-

(1) Dans les dernières statistiques, on a confondu sous le nom de morts-nés, les enfants qui naissent réellement morts et ceux qui meurent avant d'avoir été portés sur les registres de l'état civil.

DÉLASSEMENTS

L'art de se faire des rentes. — Mesure du poids de certaines consciences. — Regrets du passé. — Une folie de l'étudiant d'autrefois.

Le fait est-il vrai? Mais non, ça n'est pas possible; ce serait là un acte d'indignité dont un homme, tant soit peu honnête qu'il soit, ne peut être capable. Voilà ce qui se dit, se répète; et le fait ne s'en colporte pas moins, suivi des plus mordants commentaires. Quant à nous, nous nous contenterons, dans la circonstance, du simple rôle de narrateur.

Un spécialiste tenant dispensaire, donnait cinq francs par mois, comme appointements, à ses concierges Certes, c'était peu; et pourtant ce peu était reçu avec reconnaissance, car la misère de ces bonnes gens était d'autant plus grande que, le mari se trouvant paralytique, tous les soins du dehors et du ménage incombaient à la femme. Cependant, un beau jour, une lueur d'espoir sembla briller aux yeux du triste couple : un ami du spécialiste avait obtenu de ce dernier l'autorisation de faire un cours dans le même local, moyennant une gratification mensuelle de trois francs, en faveur de celle qui veillait à la propreté de la salle. Trois francs, grands dieux! ajoutés aux cinq autres, cela allait faire huit francs bien comptés! Décidément, le bien-être prenait le chemin de leur domicile. Ainsi pensaient-ils, quand le spécialiste vint régler avec eux de cette façon : Trois francs pour mon ami et deux francs pour moi constituent ensemble vos cinq francs. Dans la crainte de perdre cette ressource, toute faible qu'elle fût, les deux malheureux se turent en se disant en eux-mêmes : Après tout, cinq francs valent toujours mieux que rien. Mais bientôt, avec les besoins de l'hiver et de la maladie, l'affreuse gêne rentra dans la loge; le pain et le feu y manquèrent en même temps. Cette fois-ci, nous devons le dire, notre spécialiste se sentit le cœur pris de compassion pour une telle infortune, il donna cours à sa libéralité..... Que vous dirai-je? il conseilla à ses protégés d'adresser une demande de secours aux bureaux de l'assistance publique, faisant sur lui-même l'effort de l'apostiller. Un prompt envoi de quarante francs du Parvis servit de réponse à la pétition. Devant cette somme fabuleuse, la concierge faillit perdre la tête et le pauvre perclus manqua mourir de joie. Ils ne songeaient pas, à voir ce trésor, qu'il dût jamais se tarir dans leurs mains si épargnes. Hélas! les quarante francs ne disparurent que trop vite. Heureusement pour eux que leur prévoyant protecteur, qui depuis la réception du secours ne leur avait plus rien donné, avait à eux le petit fonds de réserve de quelques mois de retenue, lequel fonds suffirait aux nécessités les plus pressantes. La femme fut donc lui exposer leur nouvel état de pénurie, et réclamer de son obligeance la remise de l'arriéré des gages. — Eh quoi! la mère, fit le spécialiste, comme étonné de la

rence si défavorables, une proportion de morts-nés inférieure de près de moitié à celle du département de la Seine, on comprend combien est puissante l'heureuse influence des conditions hygiéniques propres à la vie rurale. Un tel fait n'est-il pas de nature à faire réfléchir mûrement les praticiens qui espèrent conjurer les fausses couches dont tant de jeunes femmes des villes sont menacées, en imposant à ces organisations irritables un repos de plusieurs mois, dans une position horizontale, au lieu de chercher dans l'air salutaire de la campagne et dans un exercice judicieusement ménagé, un contre-poids à l'excitation nerveuse, et un aliment à l'action musculaire languissante?

On a souvent parlé de l'influence du moral sur le physique, et on l'a démontrée quelquefois; les chiffres suivants expriment des résultats où il est difficile de la mettre en doute :

Sur 100 naissances, le nombre des morts-nés a été, savoir :

	NAISSANCES légitimes.	NAISSANCES naturelles.
Département de la Seine. . .	6,17	6,85
Population urbaine.	4,72	6,28
Population rurale.	3,31	5,86

Ce tableau met en évidence deux faits importants, qui ne sont pas moins dignes des préoccupations du législateur que de celles de l'hygiéniste.

Si l'on considère la population rurale, on voit que le nombre des morts-nés y est de près de 6 pour 100 dans les naissances naturelles, tandis qu'il n'est que d'un peu plus de 3 pour 100 dans les naissances légitimes. Cette énorme différence doit sans doute être attribuée en grande partie à l'action physique des précautions prises pour dissimuler la grossesse; mais il est très-probable que l'état moral dans lequel se trouvent les filles-mères, n'est pas sans exercer une fâcheuse influence sur la marche de la gestation. Quelle que soit d'ailleurs l'importance relative de ces deux causes, leur efficacité combinée est parfaitement certaine. Le tableau précédent nous montre, en effet, que dans la population urbaine, l'illégitimité est moins nuisible que dans les campagnes, et moins nuisible encore dans le département de la Seine que partout ailleurs. La raison en est facile à saisir : à mesure que les agglomérations deviennent plus considérables, le nombre des naissances naturelles s'accroît (1); en devenant plus fréquentes, elles inspirent au public moins d'antipathie, aux mères moins d'appréhensions; dès lors, on laisse la grossesse suivre à peu près son libre cours, et, à peu de chose près aussi, elle arrive à son résultat normal; à ce point que dans le département de la Seine, le nombre des morts-nés est à peu près le même dans les deux catégories de naissances, 6,85 pour 100 contre 6,17.

Ces faits montrent à l'hygiéniste combien il importe qu'aucune contrainte physique, qu'aucune impression morale dépressive ne viennent troubler la marche de la grossesse; mais ils lui montrent en même temps que l'hygiène est le plus souvent impuissante à prévenir l'influence de ces puissantes causes, et qu'un changement dans les mœurs et dans les lois peut seul produire ce résultat.

Au reste, l'influence pernicieuse de l'illégitimité ne s'exerce pas seulement pendant la grossesse; elle se continue après l'accouchement sans rien perdre de sa puissance : Dans la première année, la mortalité des enfants naturels est à celle des enfants légitimes comme 2,11 : 1.

La médecine aurait sans doute pressenti un résultat analogue; mais c'est assurément un des plus beaux titres de la statistique, que de l'avoir mis hors de contestation et déterminé avec exactitude.

Influence des saisons sur le nombre de conceptions. — L'histoire ou plutôt la chronique rapporte que le grand Frédéric, par une rigoureuse nuit de janvier, s'écria : « Voici une nuit qui vaudra bien des soldats à la Prusse! » En s'exprimant ainsi, le roi philosophe ne faisait que traduire, d'une manière pittoresque, une opinion de la physiologie *rationnelle* qui compte encore aujourd'hui plus d'un partisan. La statistique prouve, par malheur, qu'en raison-

(1) On se rappelle que, dans le département de la Seine, le nombre des naissances naturelles a été, en 1853, de 27,19 pour 100, sensiblement le tiers.

réclamation, vous avez sitôt oublié que je vous ai fait remettre quarante francs?

— Pardon, monsieur, objecta timidement celle-ci, je croyais que ces quarante francs nous venaient de la part de M. Davenne.

— Qu'importe! ce n'est ni plus ni moins que moi qui vous les ai fait donner, car, sans ma recommandation, le diable sait si vous eussiez reçu le moindre rouge liard. Or, quarante francs, à cinq francs par mois, font huit mois de gages; ainsi, d'ici là, c'est bien entendu, nos comptes se trouvent parfaitement réglés, je ne vous dois rien.

Et tandis qu'un sanglot étouffait dans sa poitrine la voix de la réclamante, notre spécialiste montait en voiture et courait déjeuner.

En vérité, si un pareil homme a le sommeil tranquille, il est bien heureux.

Plusieurs confrères causaient entre eux de ce fait, qui est l'histoire du jour, et chacun de dire ce qu'il en pensait.

— Ma foi! exclamait l'excellent B...., la chose est d'une telle énormité, que je ne puis y croire. Mais faites donc attention que si cet homme se trouvait dans des conditions de fortune à pouvoir s'avilir à ce point, il n'aurait pas voiture.

— Eh! mon cher, répliqua l'honnête et spirituel G...., c'est précisément parce qu'on a souvent la conscience trop chargée qu'on se fait voiturer, et le nombre de chevaux attachés au véhicule n'est bien des fois que la mesure du poids qu'ils ont à traîner.

Dieu merci! voici qui est plus amusant. Nous dînions le jeudi de la mi-carême chez un de nos plus illustres confrères; la réunion, qui était nombreuse, se composait surtout de médecins et d'hommes de lettres. La conversation, demi-sérieuse au début, prit au dessert les allures du plus délicieux abandon; on y devisa de maintes choses joyeuses, et particulièrement des folies du carnaval.

— Bah! soupira notre charmant amphytrion, les jeunes gens de nos jours ne savent plus s'amuser. Quelle différence avec ceux de mon temps!

— Ah! oui, fit le rédacteur en chef d'un grand journal, on savait alors mettre à profit ces belles années où l'insouciance du moment ne nous empêchait nullement de penser à l'avenir.

— Allons, mon oncle, ajouta le neveu du maître de céans, racontez-nous donc cette petite histoire dont le souvenir faisait rire de si bon cœur cet excellent Marjolin.

— Oui, oui, répéta toute l'assemblée, l'histoire, l'histoire, cher maître!

Et cédant à ce desir unanime, le grave académicien d'aujourd'hui raconta, bien plus spirituellement que je ne pourrais jamais le faire, une des joyeuses folies carnavalesques de l'étudiant d'autrefois :

nant le mieux du monde, on peut se tromper, fût-on tout à la fois roi, conquérant et philosophe. Les mois qui comptent le plus de conceptions sont les mois d'avril, mai, juin, juillet et août, et, parmi ces cinq mois, celui de juin. A Paris cependant, le maximum des conceptions se trouve en janvier; mais cette exception est due à des circonstances artificielles que tout le monde devine. Nous ne faisons, du reste, que mentionner ce fait qui ne peut avoir, quant à présent, qu'un pur intérêt de curiosité pour la physiologie et l'hygiène.

Mariages. — Les faits statistiques relatifs aux mariages, curieux à beaucoup d'égards pour le physiologiste, intéressent toutefois plus particulièrement l'économiste et le législateur; nous les passerons donc sous silence pour ne pas étendre démesurément cette note.

Il est pourtant une remarque du savant auteur du mémoire que nous résumons, que nous n'oublierons pas de mentionner, parce qu'elle prouve à ceux qui parlent souvent de la statistique sans la connaître ou sans la comprendre, quels services peut rendre ce précieux instrument, même dans les cas qui sembleraient le plus en dehors de sa sphère d'application. Quoi de plus sujet à des éventualités dépendantes ou indépendantes de la volonté qu'un mariage? Et cependant, telles sont les lois auxquelles même la spontanéité de l'homme obéit à son insu, qu'il y a moins de fluctuations dans le nombre des mariages, d'une année à l'autre, qu'il n'y en a dans le nombre des naissances et des décès.

Décès. — Les faits les plus importants relatifs aux décès ont été signalés quand il s'est agi des naissances; il ne nous reste à en signaler ici qu'un petit nombre.

La répartition des décès dans les trois catégories de population ne fait que fournir une nouvelle preuve de ce que nous avons dit à propos de la mortalité :

Dans le département de la Seine, il y a 1 décès sur 34 habitants.
Population urbaine. . . . . 1 — 39 —
Population rurale. . . . . 1 — 49 —

Cette différence de mortalité semblerait menacer les villes, et surtout le département de la Seine, d'une dépopulation prochaine; mais on se rappelle que la supériorité relative des naissances, dans les villes, y compense en grande partie celle des décès, et que, grâce à l'excédant de la fécondité, la population ne cesse pas de s'y accroître, quoique dans une progression moindre que dans les campagnes; la durée de la vie moyenne souffre seule de cet excédant de naissances et de décès.

Nous ne ferons que mentionner le *rapport des décès aux naissances*, qui se trouve implicitement établi dans les renseignements précédents; les *décès par état civil*, le *rapport des décès par état civil à la population par état civil*, questions que M. Legoyt traite avec la lucidité qui lui est habituelle et avec la précision que comportent les belles recherches dont il s'occupe; nous insisterons un instant sur l'influence des saisons sur les décès, parce que la statistique détruit encore, sur ce point au moins, une erreur populaire, sinon une erreur scientifique.

Influence des saisons sur les décès. — L'influence pernicieuse de la chute des feuilles sur la marche des maladies chroniques, de la phthisie tout au moins, est beaucoup plus répandue que celle dont le roi de Prusse se faisait l'original interprète; le tableau suivant prouve qu'elle n'est pas mieux fondée. Dans ce tableau, les mois sont ramenés par le calcul à 31 jours et les décès réduits à 12,000 :

	Département de la Seine.	Population urbaine.	Population rurale.	France entière.
Janvier. . . .	991	1,010	1,039	1,029
Février. . . .	1,157	1,132	1,251	1,214
Mars	1,364	1,232	1,313	1,313
Avril.	1,236	1,129	1,198	1,198
Mai.	1,115	1,010	1,116	1,016
Juin.	904	913	912	912
Juillet. . . .	805	889	836	836
Août.	786	966	863	863
Septembre. .	817	964	899	899
Octobre. . . .	760	862	842	842
Novembre. .	851	853	840	840
Décembre. .	1,214	1,040	1,038	1,038
	12,000	12,000	12,000	12,000

I.

Nous étudions alors en médecine, Marjolin, moi et quelques autres de mes collègues.

Parmi les jeunes gens qui dînaient à la même table d'hôte que nous, se trouvait un soi-disant étudiant, dont l'accent et l'allure grossière contrastaient singulièrement avec un certain air de dandysme qu'il affectait dans la moindre de ses actions. Si vous ajoutez à ce ridicule moral, une figure en forme d'une grosse brioche évasée, bourgeonnée et roussie, et si, ensuite, vous l'encadrez étroitement dans une chevelure d'un rouge ardent, vous n'aurez encore qu'une bien faible idée de la singularité du facies de mon personnage. Quant au reste du corps, il offrait assez bien, vu par derrière, la gracieuseté de la stature et des mouvements de l'ours Martin du Jardin-des-Plantes. Bref, comme on le voit, c'était un homme horriblement laid, et, comme il le disait en parlant des autres, d'une prétention délirément stupide. Eh bien! avec une pareille ébauche d'homme, si nous eussions prêté foi à sa parole d'honneur, il n'était pas jeune homme, moralement et physiquement des plus favorisés de la nature, qui pût vous faire une énumération aussi longue de ses victimes.

Un jour, qu'après avoir interrompu vingt fois au moins une de nos conversations scientifiques, pour nous débiter l'une de ses mille aventures fabuleuses, il venait de nous quitter, afin, avait-il dit, d'être fidèle au rendez-vous que lui avait donné une de nos plus jolies femmes de la capitale, si riche en produits de ce genre (selon son expression favorite), l'un de nos condisciples laissa échapper cette impatiente exclamation : Que les femmes t'emportent, puisque le diable ne le fait pas! Nous sommes bien sots, ajouta-t-il avec ironie, de permettre bénévolement à ce fat de mentir de la sorte. Non, messieurs, non, il ne sera pas dit que l'on compte impunément de pareilles balourdises à des Gascons, comme on nous appelle, nous autres méridionaux; pour ma part, je ne le souffrirai pas plus longtemps, je le jure ici! termina-t-il en frappant avec véhémence sur la table.

— Bravo! s'écrièrent, en applaudissant à cette chaleureuse sortie, tous les convives.

— Oui, Ernest a raison, dit l'un d'eux, il faut éconduire l'importun.

— Eh bien! nous vous abandonnons l'homme, s'écria un autre; vengez-nous de l'ennui qu'il nous a causé tant de fois.

— C'est dit, répliqua avec vivacité le jeune méridional, je me charge, ou plutôt Albert et moi nous nous chargeons de donner au Lovelace la leçon qu'il mérite, et cela pas plus tard que ce soir.

Et une triple salve d'applaudissements scella, par son approbation, la promesse d'Ernest.

II.

Il y avait eu cette nuit-là bal masqué à l'Opéra. La matinée était brumeuse et obscure; six heures venaient de sonner, lorsqu'une voiture, d'où descendirent mystérieusement un domino et une espèce

On voit que la chute des feuilles, c'est-à-dire les mois d'octobre et de novembre, loin d'être les plus chargés, sont au contraire les moins chargés en mortalité, et que le mois de mars est, au contraire, celui qui compte le plus de décès, et cela dans les trois catégories de population. La signification générale de ce tableau est que la mortalité sévit surtout pendant l'hiver et au commencement du printemps, c'est-à-dire pendant le temps où la population nécessiteuse souffre le plus sous le rapport de l'alimentation et de l'action des éléments.

La statistique détruit encore une erreur plus enracinée peut-être que la précédente, c'est que l'âge critique est un temps fatal pour la femme. Les chiffres prouvent qu'entre 40 et 50 ans, la mortalité n'éprouve aucune perturbation chez la femme pas plus que chez l'homme, et qu'elle suit une loi tout à fait indépendante de la fonction menstruelle.

Nous laissons de côté quelques autres points, traités avec autant de sens que de netteté par M. Legoyt. Ceux que nous venons de passer sommairement en revue suffiront, sans doute, pour donner à nos physiologistes classiques le goût de ces grandes questions, qui ne sont pas seulement intéressantes au point de vue de l'histoire naturelle, mais qui peuvent conduire aux plus belles applications pratiques, et qui, dans tous les cas, ont pour résultat d'élever l'esprit de ceux qui les méditent, et de faire du médecin autre chose qu'un simple guérisseur, qui, trop souvent, hélas ! ne guérit pas. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

De la médication hydrothérapique au point de vue de son mode d'action et de sa durée,

Par M. L. FLEURY, *agrégé libre de la Faculté.*

SUITE ET FIN.

(Voir les nos 145, 148 et 153 du tome IV; 9, 11 et 26 du tome V.)

Nous ne nous dissimulons pas combien l'étendue des observations que nous rapportons, rend la lecture de notre travail pénible et difficile; mais comment éviter cet écueil? Il s'agit de maladies ayant un grand nombre d'années d'existence, d'états morbides complexes, soumis à d'incessantes modifications, ou même à de véritables transformations successives. Les *détails* ont ici une importance prépondérante; seuls ils peuvent faire apprécier convenablement la nature, la physionomie de la maladie, et l'efficacité de la médication hydrothérapique.

Que le lecteur nous accorde donc encore quelques moments de patience. Nous sommes en présence d'une nosographie toute spéciale, et si notre clinique est d'une lecture moins facile que la clinique des hôpitaux, du moins a-t-elle, sur celle-ci, l'avantage de ne pas se traîner dans l'ornière de la pneumonie, du rhumatisme, de la fièvre typhoïde, et de faire connaître aux praticiens des faits peu communs, d'un intérêt exceptionnel et d'une résistance éprouvée à tous les agents de la matière médicale et de l'hygiène.

Pour montrer, pour prouver que l'hydrothérapie rationnelle obtient, dans des circonstances semblables, des succès qui la mettent au rang des médications *spécifiques;* pour convaincre les incrédules et les pusillanimes; pour réduire au silence les détracteurs aveugles ou ennemis, ils faut des *faits* qui ne laissent place ni à la dénégation ni au doute; or, des faits de ce genre ne peuvent ressortir que d'*observations* complètes, méthodiques, revêtues de tous les caractères de l'authenticité et de la science.

OBS. VIII. — *Hystérie et chloro-anémie développées dès la jeunesse. — Dysménorrhée et aménorrhée. — Sternorrhagies multiples et répétées. — Attaques de nerfs, vomissements opiniâtres, toux nerveuse, palpitations, etc. — Perte de la parole, de la vue et de l'ouïe. — Stérilité pendant dix années de mariage. — Rétention d'urine. — Inefficacité des médications les plus nombreuses et les plus diverses. — Traitement hydrothérapique. — Guérison. — Grossesse et heureux accouchement.*

Mme M...., femme d'un médecin très-distingué de B., est âgée de 28 ans, son père et sa mère, encore vivants, présentent, tous les deux, une disposition nerveuse très-marquée; son frère unique se porte bien.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, Mme M.... n'a eu d'autre affection bien déterminée qu'une rougeole. Mais elle dit avoir été sujette, depuis l'enfance, à des battements de cœur avec essoufflement, à des bizarreries de caractère, et à de grandes irrégularités d'appétit. Toujours,

---

d'arlequin, s'arrêta devant un des hôtels de la rue de l'Ecole-de-Médecine.

— Cachez-vous bien sous l'ampleur des plis de mon manteau, dit une petite voix ; si l'on se doutait de la moindre chose, je serais perdue. Nous voici chez moi. Donnez-moi la main pour que je vous guide; le moindre bruit nous trahirait.

— O ma bien-aimée, soupira une voix enrouée, la nuit et le mystère conviennent à l'amour des anges; maintenant que nous voilà arrivés au séjour de la félicité, si je ne puis enivrer mon regard de l'aspect de tes formes divines, laisse-moi du moins en mesurer, dans mes bras, la finesse et la perfection.

Un éclatant coup de sonnette interrompit cette ébouriffante phraséologie.

— Malheureuse que je suis!... C'est lui, mon mari.... Monsieur, cachez-vous.... Oh! vite, vite.... Par ici.... non, par là.... C'est qu'il vous tuerait s'il vous trouvait. Pitié! mon Dieu, pitié!... Ah! dans cette grande malle.... Y êtes-vous? Je vais la fermer à clef pour plus de sûreté........

— Peste soit de cette vilaine malle! jura une voix de stentor; voilà la vingtième fois que je faillis me briser la tête en heurtant contre elle. Je ne pourrai donc jamais obtenir que vous la fassiez enlever? Morbleu! c'est ce que nous allons voir.... En vérité, il faut que vous l'ayez bien remplie de linge sale, pour qu'elle pèse ainsi. Allons, mettez-vous à l'autre extrémité, et aidez-moi à la transporter; ce n'est point ici son lieu ni sa place.

— Nous sommes sauvés! dit à voix basse le petit domino, en s'inclinant vers la malle; un peu de patience maintenant, et d'ici à une demi-heure au plus vous serez délivré.

III.

Deux ou trois cents jeunes gens, empressés d'assister à une autopsie, remplissaient un des amphithéâtres de l'Ecole Pratique. Au milieu de l'enceinte se trouvait une table, sur laquelle avait été placée une espèce de grand coffre noir, dont on se sert pour le transport des cadavres. Quelques minutes avant l'arrivée du démonstrateur, deux hommes de service arrivèrent et se mirent en devoir de sortir le corps; mais figurez-vous l'étonnement, les éclats de rire et les trépignements des spectateurs, lorsque, au lieu d'un cadavre, ceux-ci tirèrent un monstrueux arlequin, dont la figure était connue de la plupart d'entre eux.

Alors chacun se rappela la promesse d'Ernest; on sut bientôt comment il était parvenu à cette fin, et notre arlequin fut éconduit au milieu des huées et des sifflets de la foule.

Comme on le pense bien, notre Lovelace ne reparut plus à notre table : la leçon avait été bonne.

Dr A.-L. ROUX.

aussi, elle a été très-impressionnable, portée à la tristesse et aux larmes.

De 13 à 14 ans, Mme M.... grandit rapidement et beaucoup. A la même époque s'établit la menstruation; les règles furent très-régulières pendant une année; mais, dès leur apparition, elles prirent un caractère hémorrhagique et le sang fut toujours très-pâle. Aucun autre symptôme qu'une grande tendance aux larmes n'accompagnait les époques menstruelles.

A 14 ans, la croissance était terminée et il se manifesta un état très-fâcheux de faiblesse et d'apathie générale; la mélancolie augmenta, les larmes devinrent plus fréquentes, la dépravation de l'appétit et l'inappétence s'accrurent; il s'y joignit une douleur au-dessous du sein gauche; douleur sourde, mais parfois lancinante, permanente, plus vive, *et qui n'a jamais cessé de tourmenter la malade jusqu'à ce jour.*

A 15 ans, une toux très-pénible, presque continuelle, quinteuse, sans expectoration ni fièvre, vint compliquer les phénomènes précédents. Cette toux valut à Mme M.... un traitement compliqué et prolongé, qui consista surtout en moyens violents, tels que cautérisations multipliées de la gorge, emplâtres de poix de Bourgogne émétisés sur la poitrine, cautères et moxas nombreux dont les traces persistent le long de la colonne vertébrale, ventouses scarifiées sous la région mammaire gauche, etc. Promenades, régime animal, eau de Passy, etc. — Augmentation de tous les symptômes et surtout de l'état nerveux.

C'est au milieu de ces circonstances qu'à l'occasion d'une sensation très-vive, pendant une époque menstruelle, Mme M.... fut prise, pour la première fois, d'une *attaque de nerfs :* perte de connaissance, mouvements convulsifs des membres et cris aigus. Les règles furent supprimées. Pendant huit jours, chaque jour, à la même heure, il y eut un accès semblable au premier, au bout de huit jours, l'heure commença à retarder et les accès se fixèrent à minuit, survenant invariablement à cette heure, pendant le sommeil ou la veille indifféremment. En même temps leur forme se modifia : il y avait d'abord des mouvements convulsifs, bientôt suivis de perte de connaissance; puis un état de délire pendant lequel Mme M.... parlait, chantait, récitait des vers en diverses langues (elle apprenait en ce moment l'anglais et l'italien), etc. Ces accès duraient de 25 à 30 minutes, laissant après eux beaucoup d'accablement. Tous les moyens, employés pour en empêcher le retour, échouèrent complétement, et ils disparurent peu à peu spontanément au bout de deux mois. Un peu plus tard, les règles, qui étaient restées supprimées, se rétablirent; mais les autres symptômes, l'inappétence, la douleur sous-mammaire gauche, la mélancolie, l'état nerveux, la toux convulsive persistèrent.

La malade fut envoyée aux bains de mer où elle éprouva une amélioration notable; l'année suivante, nouvelle saison à Dieppe, nouvelle amélioration. La toux convulsive avait disparu, l'appétit était meilleur, les forces étaient plus grandes, la douleur sous-mammaire continuait néanmoins à se faire sentir. Pendant deux années, de 16 à 18 ans, la santé parut s'être améliorée assez pour autoriser le mariage.

Mme M.... fut mariée à 18 ans et demi, et pendant deux mois, sa santé ne fut pas sensiblement troublée; mais au bout de ce temps, elle commença à éprouver à la région épigastrique quelques douleurs vives, surtout après le repas. Peu de jours après, étant au spectacle, Mme M.... fut prise d'une épistaxis très-abondante; il fallut emporter la malade. L'hémorrhagie dura une heure, et se renouvela dès lors très-fréquemment pendant quinze jours, accompagnée d'hémoptysies survenant en même temps que les épistaxis ou alternant avec elles.

On employa, pour arrêter ces hémorrhagies, des applications de glace, des insufflations d'alun dans les fosses nasales, le tamponnement, des potions au ratanhia, etc. Malgré ces moyens, on ne s'en rendit maître que très-difficilement. Ces pertes de sang laissèrent Mme M.... extrêmement pâle, très-maigre et d'une faiblesse excessive.

Les douleurs épigastriques, qui avaient précédé les épistaxis, et l'ancienne douleur sous-mammaire gauche s'accrurent de beaucoup; l'appétit disparut complétement, et des vomissements opiniâtres se manifestaient dès que la malade essayait de manger.

A cette époque, Mme M...., après avoir retenu volontairement ses urines pendant quelques heures, se trouva dans l'impossibilité absolue d'uriner; elle dissimula cet accident pendant vingt-quatre heures, malgré de vives souffrances. Le cathétérisme dut être pratiqué; mais les douleurs persistèrent, augmentèrent même, et se compliquèrent de cuissons vives avec ténesme continuel. — Depuis lors, rétention complète des urines; celles qui étaient extraites au moyen de la sonde étaient troubles, mêlées de mucosités filantes et même de pus. Les souffrances vésicales ne tardèrent pas à déterminer une sorte d'excitation nerveuse excessive. Tous les accidents conservèrent pendant six semaines une grande activité, malgré des bains de siége, des injections émollientes dans la vessie, divers lavements médicamenteux, des cataplasmes sur le ventre, etc.

Au milieu de cet état complexe, Mme M...., à la suite d'une émotion vive, fut prise d'un accès nerveux caractérisé d'abord par des larmes, un tremblement convulsif, la perte de la connaissance, et enfin par un état de rigidité de tout le corps, avec un véritable trismus entremêlé de secousses convulsives, de délire, de terreurs et de plaintes. Cette attaque dura quatre ou cinq heures et se reproduisit plusieurs fois pendant la nuit, mais sans être aussi longue. Dès lors, pendant quatre mois, ces accès se répétèrent si fréquemment qu'il existait à peine de courts intervalles entre eux. Outre les phénomènes qui les caractérisaient habituellement et qui viennent d'être indiqués, il se manifesta, à plusieurs reprises, une perte de la parole, de la vue et de l'ouïe, soit alternativement, soit simultanément, en sorte que la malade s'est trouvée par instants, à la fois sourde, aveugle et muette.

Les symptômes aigus observés du côté de la vessie avaient disparu au bout de six semaines, mais il restait une rétention d'urine qui a persisté jusqu'à ce jour. — D'ailleurs, malgré une grande faiblesse générale, il n'y a jamais eu de paralysie des membres; Mme M.... sentait la chaleur et le froid, elle percevait aussi les plus légers contacts, mais elle ne peut dire si elle appréciait la douleur.

La malade vomissait tous les aliments et en était réduite à ne rien manger; elle ne pouvait supporter que de l'eau, et parfois un peu de vin de Bordeaux ou de Séguin. *Pendant quatre mois entiers, elle ne fut nourrie que par des lavements de bouillons ;* on lui faisait prendre aussi des bains gélatineux et salés. — Maigreur et affaiblissement extrêmes; marasme.

Le traitement opposé à ces accidents a consisté en bains froids, affusions froides sur la tête, assa-fœtida, valériane, laudanum, etc. Au bout de quatre mois, les accès furent moins intenses, s'éloignèrent peu à peu, et finirent par disparaître tout à fait, mais pour faire place à de nouveaux symptômes. La gastralgie et les vomissements avaient cessé et l'appétit était un peu revenu.

Aux violentes attaques dont la malade était débarrassée succédèrent divers autres symptômes nerveux : c'étaient tantôt des suffocations pénibles, avec état cyanique de la face, gonflement des veines du cou, rougeur et turgescence des yeux, menace d'asphyxie; tantôt des tremblements de la tête et des membres, avec constrictions spasmodiques des mâchoires. — Les règles étaient irrégulières, peu abondantes; le sang en était très-pâle. — palpitations.

Cet état dura un an, pendant lequel un traitement ferrugineux fut inutilement essayé à plusieurs reprises. Néanmoins, au bout de ce temps, les phénomènes nerveux s'amendèrent, l'appétit restant mauvais, les règles irrégulières et pâles, la vessie toujours paralysée, etc.

Dans l'hiver de 1851, sans cause appréciable, l'appétit se perdit graduellement, des douleurs épigastriques, surtout après les repas, se firent sentir, une toux quinteuse survint de nouveau; bientôt eurent lieu des épistaxis abondantes, mais elles furent moins fréquentes que la première fois et on les arrêta plus facilement. Tout se borna à ces accidents.

La malade fut envoyée à la campagne, prit des bains froids et voyagea en Allemagne et en Suisse. Il se manifesta une amélioration sensible dans la santé générale; les forces se rétablirent, un peu d'embonpoint se développa, les règles se régularisèrent, l'état nerveux diminua, mais la vessie resta paralysée.

Peu de temps après son retour de voyage, en octobre 1852, Mme M... s'affaiblit de nouveau, perdit l'appétit et fut encore reprise de quintes de toux bientôt suivies d'épistaxis et d'hémoptysies très-abondantes, qui se reproduisirent plusieurs fois par jour pendant deux mois,

sans pouvoir être maîtrisées. Bientôt, violentes douleurs d'estomac, impossibilité de manger, amaigrissement, affaiblissement considérable, et alors surviennent de nouveaux accidents nerveux : perte incomplète de connaissance, agitation extrême, oppression, refroidissement général, quelques mouvements convulsifs. Ces phénomènes se manifestaient par accès d'environ trois quarts d'heure à une heure, lesquels se reproduisaient trois fois dans les vingt-quatre heures. Un accès éclatait à minuit, d'une manière très-régulière ; les deux autres avaient lieu indifféremment à diverses heures. Au bout de trois semaines, on administra le sulfate de quinine, et les accès disparurent dès le cinquième jour.

Au commencement de 1853, les hémorrhagies s'étaient graduellement arrêtées, l'appétit était un peu revenu, les forces s'étaient relevées et les accidents nerveux avaient disparu. Au retour de la belle saison, la malade alla encore à la campagne, puis aux bains de mer, et, comme l'année précédente, sa santé s'améliora.

Au mois d'octobre, la faiblesse et la toux nerveuse se reproduisirent ; l'état nerveux, modifié mais non guéri, s'accrut beaucoup. Une nuit, un tableau pendu à la muraille s'étant détaché avec fracas, Mme M.... fut trouvée debout sur ce tableau, en proie à un état violent de terreur, jetant des cris, agitée de convulsions et privée de connaissance. Elle avait passé sans transition du sommeil à cet état, et quand elle revint à elle, environ une heure après, elle n'avait pas conscience de ce qui s'était passé. Il n'y eut pas d'autres accès pendant les jours suivants, mais les hémoptysies et les épistaxis recommencèrent très-abondamment et déterminèrent promptement une maigreur et un affaiblissement extrêmes. En outre, il se développa un état de surexcitation nerveuse générale, caractérisée surtout par un besoin continuel d'*agir ;* de plus, il s'etablit une disposition morale que la malade elle-même compare à l'*enfance sénile*. Enfin, les hémorrhagies continuèrent, devinrent de plus en plus fréquentes, et bientôt des accès nerveux, semblables à ceux de l'hiver précédent et réguliers comme eux, se manifestèrent. Le sulfate de quinine les arrêta encore une fois, mais l'état nerveux resta fort grave.

Les hémorrhagies persistèrent pendant le cours de l'année 1854 ; elles étaient fréquentes, très-abondantes et eurent lieu plusieurs fois par la vessie. Affaiblissement excessif, maigreur poussée au dernier point, inappétence complète, gastralgie violente, suppression des règles. On tenta vainement d'arrêter les hémorrhagies par divers moyens ; tout fut inutile. On essaya encore, mais sans succès, un traitement ferrugineux.

Au milieu de tous ces accidents, et sans qu'ils en aient été modifiés, même passagèrement, Mme M.... fut atteinte de la suette, laquelle se prolongea pendant plus d'un mois. Elle ne mangeait plus rien et ne dormait pas. L'affaiblissement était tel, qu'elle ne pouvait même plus se remuer dans son lit. Elle était restée couchée d'ailleurs depuis les derniers mois de 1853 jusqu'en août 1854.

A cette époque, toutes les ressources de la médecine ayant été épuisées, M. M.... transporta sa femme à Paris, et sur le conseil de M. le docteur Gubler, il la conduisit de là à Bellevue, pour la soumettre à un traitement hydrothérapique.

Il a fallu abréger les nombreux détails de cette longue observation et n'en présenter qu'un rapide aperçu. Tous les renseignements qu'on vient de lire ont été fournis par la malade et confirmés par M. le docteur M...., son mari. Il faut ajouter que, mariée depuis dix ans, et malgré le plus vif desir d'avoir un enfant, Mme M.... n'est pas devenue enceinte, et que MM. Nélaton et Paul Dubois, consultés avec beaucoup d'autres médecins pendant le cours de cette maladie si grave, ont attribué la stérilité à une disposition organique de l'utérus, qui sera ultérieurement indiquée.

(Observation recueillie par M. le Dr LANDRY.)

Etat actuel le 14 août 1854. — Mme M.... est très-grande (1^m,53), et d'une maigreur qui permet d'apprécier à travers la peau tous les détails du squelette : *elle ne pèse que* 32 *kilogr.* 1/2. La figure est ordinairement d'une pâleur extrême, mais se colore parfois beaucoup. Les cheveux et les sourcils sont châtains, les yeux bleus, les traits bien accentués. Aucun engorgement ganglionaire, pas de traces scrofuleuses.

Pouls extrêmement petit et dépressible ; système veineux cutané à peine visible. Bruits du cœur sans impulsion ; le premier est fortement soufflé à la base de l'organe. Souffle intense et râpeux dans l'aorte et les carotides. Palpitations très-fréquentes et très-pénibles. Les règles sont supprimées. Hémorrhagies multiples très-fréquentes : épistaxis, hémoptysie, hématémèse, hématurie ; elles ont lieu jusqu'à trois, quatre, cinq, six fois et même douze fois par jour, et à chaque fois la malade perd en moyenne de un quart à un demi-verre de sang, quelquefois beaucoup plus.

Rien de particulier à noter du côté des organes respiratoires. La voix est normale et il n'y a plus d'aphonie.

Inappétence absolue. La langue ne présente rien de particulier ; la déglutition est facile. La malade prend à peine quelque nourriture et n'a de goût que pour les aliments acides, la salade, etc. Chaque fois qu'elle a mangé, elle éprouve de violentes douleurs à la région épigastrique *et à la région sous-mammaire gauche*. Cette dernière douleur est d'ailleurs permanente ; elle existe depuis le début de la maladie, comme il a été indiqué. Elle est ordinairement sourde, profonde, et la malade la rapporte au cœur. Elle augmente dans les grandes inspirations et s'exaspère par la pression dans les intervalles intercostaux. Elle se limite à la région précordiale et ne s'étend pas en arrière. Cette douleur devient aiguë pendant les digestions, et la malade éprouve dans le même point une sensation de distension. — Pas de renvois gazeux ou acides ; pas de vomissements ni de nausées. — Constipation habituelle et opiniâtre.

Le foie et la rate ne présentent rien de particulier.

Les urines ne sont jamais rendues volontairement ; elles ne sont pas non plus évacuées involontairement. Le besoin d'uriner se fait sentir normalement, comme autrefois, mais un peu plus fréquemment. On est obligé de sonder la malade, ou elle le fait elle-même quand elle en a la force. La sonde pénètre sans aucune difficulté. Le jet des urines manque d'impulsion ou n'en a que passagèrement, quand la malade s'aide d'un effort. Les urines sont, en général, claires et presque incolores, d'une abondance ordinaire. La vessie présente une grande tendance à l'inflammation et les anciens symptômes de cystite se sont plusieurs fois reproduits pendant le séjour de la malade à Bellevue.

Du côté de l'utérus on ne constate aucun état morbide. *Le col est seulement long et pointu,* et c'est à cette disposition que la stérilité a été attribuée. Aménorrhée complète depuis plusieurs mois.

Les accès nerveux, qui avaient cessé de tourmenter la malade depuis la fin de 1853, ont recommencé dans les premiers jours du mois d'août ; ils ont lieu deux fois chaque jour, plus spécialement après les repas et surtout après celui du soir. Ils débutent par de violentes douleurs gastriques, et une exacerbation de la douleur sous-mammaire dont il a déjà été parlé bien des fois ; puis, survient une sensation très-pénible de constriction thoracique, avec étouffement et toux quinteuse, au milieu de laquelle la malade expectore une certaine quantité de sang rutilant et spumeux. Alors Mme M.... perd complétement connaissance et il se manifeste des convulsions violentes, à peu près générales, accompagnées de larmes, de rires, et d'un état de strangulation dont la malade paraît avoir vaguement conscience, car elle porte alors fréquemment les mains à la région du cou. Pas d'écume à la bouche. Parfois ces attaques ne consistent qu'en des tremblements de tous les membres, avec une sorte d'oscillation rapide de la tête de droite à gauche, et réciproquement. Après les accès, Mme M.... reste accablée et dans un état de prostration extrême.

Outre ces phénomènes passagers, il existe une impressionnabilité excessive, une grande tendance aux larmes, et Mme M.... pleure presque continuellement pour les motifs les plus futiles ou même sans aucune cause. C'est souvent après avoir pleuré longtemps qu'elle est prise d'épistaxis. Elle supporte cependant son mal avec patience et même avec une véritable résignation, ne se plaignant que fort peu et n'ayant aucune tendance à parler beaucoup de ses souffrances ni à les exagérer. — Tristesse, mélancolie excessive.

L'ouïe, le goût et l'odorat ne présentent actuellement rien d'anormal. La vue est très-affaiblie, et Mme M.... voit tous les objets comme entourés d'un brouillard. Les membranes et les milieux de l'œil paraissent cependant intactes, et la pupille est assez contractile des deux côtés.

Excessive faiblesse générale ; la malade est continuellement au lit et ne peut se lever. A peine a-t-elle la force d'exécuter quelques mouvements dans son lit; mais il n'y a là aucun phénomène de paralysie; c'est simplement de la faiblesse, car, sous l'influence de certaines excitations un peu vives, la malade s'agite et se déplace volontairement dans son lit. D'ailleurs, chaque mouvement isolé des membres reste toujours possible.

Aucun signe n'attire particulièrement l'attention du côté des centres nerveux. Actuellement toutes les facultés intellectuelles sont à l'état normal.

Insomnie presque continuelle. Les courts instants de sommeil que peut goûter Mme M.... sont troublés par de l'agitation et des cauchemars.

Traitement. — L'extrême faiblesse, l'excessive impressionnabilité de la malade, ont rendu les premières applications froides très-difficiles; il a fallu user de beaucoup de prudence et de précautions. Des frictions en drap mouillé, des douches en pluie très-courtes, des immersions de quelques secondes dans une baignoire, des compresses froides sédatives appliquées sur divers points du corps ont été combinés, alternés de diverses manières et suivant les indications du moment. A moins de décrire jour par jour les procédés mis en usage, il faut s'en tenir à cette indication générale.

25 *septembre.* Depuis cinq semaines l'état de Mme M.... n'a subi que des modifications très-minimes. La malade a continué à avoir des accès nerveux avec les caractères indiqués précédemment, tous les jours, matin et soir, après chaque repas. A partir des premiers jours de septembre cependant, ces accès se sont un peu éloignés, et, à plusieurs reprises, ils ont manqué pendant un, deux, ou même trois jours. Les hémorrhagies nasales, bronchiques, gastriques, vésicales, qui avaient lieu jusqu'à cinq ou six fois par jour, n'ont plus eu lieu que deux fois dans les vingt-quatre heures, du 26 août au 11 septembre ; mais, depuis cette époque, elles sont redevenues très-fréquentes, et les 15, 16 et 17, il y en a eu cinq ou six dans la journée. L'hémoptysie a même été continuelle.

La malade a repris un peu de force dès les premières applications hydrothérapiques, et elle a pu se lever quelques instants dès le 20 août. Depuis cette époque, elle s'est levée presque chaque jour; mais à partir du retour plus fréquent des hémorrhagies, elle est redevenue beaucoup plus faible.

Outre le traitement hydrothérapique général, les attaques ont été d'abord combattues au moyen d'affusions d'eau froide sur tout le corps au moment des accès. Ce moyen a d'abord très-bien réussi, mais il est resté ensuite impuissant. Les inhalations de chloroforme ont été alors essayées avec un plein succès. Quand elles ne sont pas employées, les accès durent plusieurs heures, tandis que le chloroforme les arrête au bout de quelques minutes.

Les règles n'ont pas reparu ; les seins sont gonflés, le ventre ballonné. Ces divers signes font soupçonner une grossesse, mais il n'en existe aucun symptôme positif. — La toux quinteuse, la gastralgie, l'inappétence, la mélancolie, la tendance aux larmes persistent.

Le 18 *septembre*, vers six heures du soir, Mme M...., après un bain froid, éprouva un sentiment de bien-être général et de la tendance au sommeil, sans aucune sensation de faiblesse ou de syncope. Elle s'endormit en effet. Mais bientôt elle fut trouvée dans un état *présentant toutes les apparences de la mort.* Immobilité absolue, abolition complète de tous les sens et de la sensibilité cutanée, pâleur extrême du visage, altération des traits, froid général, pouls, battements du cœur, inspirations insensibles. Une petite quantité de sang sortait du nez et de la bouche.

Pendant *six heures,* tous les moyens imaginables furent employés pour tirer Mme M.... de cet état de mort apparente : frictions de toutes sortes, projection d'eau froide au visage, respiration artificielle, insufflation de bouche à bouche, excitants de toutes espèces : éther, acide acétique, sel anglais, applications électriques, titillation des narines, de la luette, du pharynx, etc., etc.

Enfin, à la suite de l'introduction profonde dans les fosses nasales d'une barbe de plume trempée dans de l'ammoniaque liquide, Mme M.... fit une légère inspiration, et peu à peu tous les phénomènes se dissipèrent. Mme M.... croyait sortir d'un profond sommeil et n'avait eu conscience de rien depuis le moment où elle s'était endormie. Pendant trois jours, elle resta extrêmement faible et accablée, éprouvant continuellement un sentiment d'engourdissement général avec tendance invincible au sommeil, mais pas de sensation de syncope. Déjà précédemment, paraît-il, Mme M.... avait été plongée, pendant plusieurs heures, dans un état de mort apparente qui avait inspiré de vives inquiétudes à sa famille.

20 *octobre.* Les hémorrhagies (*hémoptysies, épistaxis, hématuries*) ont été très-fréquentes et ont eu lieu de trois à six fois presque tous les jours; mais, en général, la quantité de sang perdue à chaque fois a été moins considérable qu'auparavant. Presque chaque jour aussi a été signalé par une attaque nerveuse; mais celle-ci n'a consisté, le plus souvent, qu'en un tremblement de la tête ou des membres. Les *grandes attaques* sont devenues beaucoup plus rares.

L'appétit est plus vif, plus régulier ; la malade se soumet au régime de la maison ; les digestions sont plus faciles ; les douleurs épigastriques et la douleur sous-mammaire gauche ont notablement diminué. Les forces permettent à Mme M.... de faire chaque jour deux ou trois petites promenades sur la terrasse de l'établissement. Le poids du corps a augmenté de 5 kilos (42 k. 1/2). (*Douches générales bi-quotidiennes en pluie et en jet.*)

10 *novembre.* Depuis vingt jours, les hémorrhagies n'ont jamais eu lieu plus de deux fois dans les vingt-quatre heures ; le teint est infiniment meilleur, les muqueuses sont plus colorées; le sang se reconstitue évidemment, et dès lors les signes de l'anémie disparaissent graduellement. Le système nerveux se ressent de cette amélioration survenue dans les conditions de la circulation ; les attaques de nerfs sont de moins en moins fréquentes et violentes. Les fonctions digestives s'accomplissent bien ; le poids du corps est de 49 kilos. Le 8, les règles ont paru, mais l'écoulement, très-pâle et très-peu abondant, s'est arrêté le lendemain.

1er *décembre.* Depuis le 11 novembre, Mme M.... n'a jamais eu plus d'une hémorrhagie (*épistaxis ou hémoptysie*) dans les vingt-quatre heures, et aucun écoulement de sang n'a eu lieu les 16, 21 et 26. Les attaques de nerfs ont été légères et très-courtes. L'état général s'améliore de plus en plus ; l'appétit est très-vif ; le poids du corps est de 52 kilos 1/2.

1er *janvier.* Quatre épistaxis peu abondantes ont seules rappelé les hémorrhagies continuelles qui depuis si longtemps épuisaient la malade ; la dernière a eu lieu le 29.

Les règles ont paru le 4 ; l'écoulement, beaucoup plus coloré et plus abondant, a duré trois jours. Aucun trouble nerveux n'a eu lieu ; l'état mental et moral est on ne peut plus satisfaisant ; Mme M.... est très-gaie, elle fait tous les jours de longues promenades, elle a été plusieurs fois à Paris. L'appétit continue à être très-vif ; la digestion est excellente ; la douleur sous-mammaire, qui a résisté pendant si longtemps aux compresses froides, à la glace, au chloroforme, aux ventouses sèches, etc., a complétement disparu. Le poids du corps est de 59 kilos.

22 *janvier.* Plus d'hémorrhagies ni d'accidents nerveux d'aucune sorte ; les règles ont paru le 2, et ont coulé pendant quatre jours avec une abondance suffisante ; le sang est convenablement coloré. Le poids du corps est de 62 kilos 1/2. La santé est excellente de tous points, meilleure qu'elle n'a jamais été, et Mme M.... quitte Bellevue pour retourner à B.... auprès de son mari et de sa famille.

Existe-t-il dans les annales de la science beaucoup d'observations plus dignes d'intérêt que celle que nous venons de rapporter ?

Il s'agit ici d'un état morbide constitutionnel, existant depuis l'enfance ; ayant jeté le trouble dans trois des plus grandes fonctions générales de l'économie : la circulation, l'innervation, la nutrition ; ayant déterminé des accidents tellement variés, complexes, nombreux, protéiformes, qu'il nous aurait fallu tripler la longueur de cette observation pour énumérer tous les phénomènes qui se sont succédé chez Mme M.... pendant QUATORZE ANS !

Il s'agit d'une affection ayant résisté à toutes les ressources imaginables de la thérapeutique, car nous aurions pu remplir

de nombreuses pages par l'indication de tous les médecins qui avaient été consultés, de tous les moyens qui avaient été employés.

Il s'agit d'une malade plongée dans un tel état de débilité, d'anémie, d'asthénie, de marasme, d'ataxodynamie générale, de prostration physique et morale, que son mari, médecin des plus distingués, ne conservait plus l'espoir d'une guérison ; que notre collègue et ami, M. Gübler, n'indiquait guère l'hydrothérapie que pour l'acquit de sa conscience, et que nous-même ne nous chargions de Mme M.... qu'à notre corps défendant, pour ainsi dire, et en nous résignant, à l'avance, à un insuccès.

Cinq mois de traitement hydrothérapique font justice de tous ces accidents, transforment complétement Mme M...., et lui donnent une santé qu'elle n'avait jamais possédée jusqu'alors.

Sans entrer dans des considérations auxquelles la sagacité du lecteur suppléera aisément, nous voulons, cependant, appeler l'attention des praticiens sur les *hémorrhagies multiples et incoercibles* qui se manifestent sous l'influence d'un dérangement de la menstruation, persistent tant que dure l'aménorrhée, et disparaissent aussitôt que l'hydrothérapie, ayant reconstitué le sang et rétabli l'harmonie dans les fonctions, ramène des règles faciles et régulières.

Cette observation met en relief, d'une manière très-remarquable, les lieux, les rapports réciproques qui existent entre les fonctions de nutrition, de circulation et d'innervation; elle justifie complétement le mode d'action que, dans des cas semblables, nous avons attribuée à l'hydrothérapie, et elle démontre la supériorité de cette dernière médication sur « *les ferrugineux et les corroborants.* »

Pendant six mois, la santé de Mme M.... fut excellente; au mois d'août 1855, les règles, très-régulières depuis le mois de janvier, firent défaut; quelques troubles digestifs, quelques légers accidents nerveux se manifestèrent. Les règles manquent encore en septembre et en octobre, les symptômes digestifs et nerveux s'accroissent, la malade et sa famille redoutent une rechute, et le 15 *octobre* Mme M... arrive à Bellevue, en proie aux plus vives appréhensions.

Après un examen attentif et suivi pendant plusieurs jours, j'annonce une *grossesse*, à laquelle j'attribue tous les accidents éprouvés depuis deux mois par Mme M.... Mon diagnostic fut accueilli par une complète incrédulité, la stérilité étant considérée, depuis longtemps, comme le résultat définitif d'une disposition organique vicieuse.

Le traitement hydrothérapique dissipe en peu de jours les accidents digestifs et nerveux; six semaines s'écoulent dans l'attente et l'inquiétude pour Mme M...., dans la plus parfaite sécurité pour moi.

Le 10 *décembre*, la grossesse ne peut plus être mise en doute; on en constate tous les signes physiques.

Le 15, Mme M.... quitte une seconde fois Bellevue, emportant un espoir qui lui est plus précieux que la santé la plus florissante.

Au mois d'avril 1856, Mme M.... est heureusement accouchée d'un garçon ; elle a allaité son enfant, elle va le sevrer sous peu de jours, et elle est la plus heureuse des femmes et des mères.

J'ai signalé plus d'une fois l'anémie et l'asthénie générale comme des causes puissantes de stérilité et d'avortement; j'ai montré par de nombreux exemples que l'hydrothérapie est, en pareille occurrence, une médication héroïque. L'observation qu'on vient de lire est une nouvelle et éclatante confirmation des assertions que j'ai émises dès 1848.

Je ne multiplierai pas davantage ces observations, celles qui précèdent suffisent pour établir :

1° Que l'hydrothérapie rationnelle est une médication qui n'a point d'équivalent dans la thérapeutique, en raison de l'action toute spéciale qu'elle exerce sur la circulation capillaire générale, l'hématose, la constitution du sang, l'innervation, la digestion, la nutrition ; en un mot, sur toutes *les grandes fonctions* de l'organisme

2° Que l'efficacité de cette médication se traduit souvent par des guérisons d'une rapidité imprévue, exceptionnelle, extraordinaire, lorsque la maladie est récente, locale, accidentelle; lorsque l'action hydrothérapique ne doit être que révulsive, excitatrice, perturbatrice ou sédative;

3° Que dans les maladies anciennes, générales, héréditaires, diathésiques, que dans les olopathies l'on obtient souvent, de l'action reconstitutive et régulatrice de l'hydrothérapie, des guérisons inespérées et impossibles pour tout autre mode de traitement, mais que, parfois, ces guérisons se font attendre longtemps, exigent de la part du médecin et du malade une grande persévérance et justifient ces sages paroles de Fénelon :

« Il faut être patient jusqu'au bout ; patient avec les maux, « patient avec les remèdes, patient avec soi-même. Il faut être « patient sur son impatience. »

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Névralgie sus-orbitaire guérie par la section du nerf à l'intérieur de l'orbite,

Par M. le professeur SCHUCK, de Vienne.

L. Hinver-Hofer, âgé de 49 ans, fit en 1852 une chute qui occasionna de légères blessures, dont la guérison fut rapide ; mais trois ou quatre semaines après, il éprouva à la région frontale une douleur qui s'étendait du sommet du crâne au bord supérieur de l'orbite et se montrait de temps en temps, puis finit par s'irradier dans la plus grande partie de la moitié droite de la face. Les accès augmentèrent de durée, les intervalles se raccourcirent, et le malade fut reçu à l'hôpital le 1er avril 1854. L'examen du malade montra qu'on avait affaire à une violente névralgie du nerf sus-orbitaire, et, à un moindre degré, du sous-orbitaire.

L'opération fut faite le 3 mai, au moyen d'une incision arquée suivant la direction des sourcils. L'opérateur dut ensuite pénétrer entre l'os et le périoste, et extirpa avec des ciseaux la partie du nerf sus-orbitaire qui s'étend depuis le point de division des nerfs jusqu'au bord de l'orbite ; la plaie fut réunie avec des épingles à insectes. Pendant deux jours encore la douleur continua, analogue à celle que ressentent encore les amputés dans un membre qu'ils n'ont plus ; puis elle se limita au nez et à la lèvre supérieure (domaine du sous-orbitaire), et, le 22 mai, la guérison était complète, sauf un état d'insensibilité de la région sus-orbitaire.

(*Wien. med. Wochenscrift* et *Ann. d'ocul.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 37. 5e année. Jeudi 26 Mars 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 25 mars 1857.

Sur un cas important d'exercice illégal de la médecine. — Les rebouteurs. — Droit de réquisition par l'autorité.

La question de savoir quelle est la véritable position des *rebouteurs* ou *rhabilleurs* vis-à-vis des lois qui régissent l'exercice de la médecine et de la chirurgie, vient de nouveau d'être agitée devant les tribunaux, dans une espèce qui mérite d'être remarquée. La solution que cette question a reçue de l'administration et de la Cour impériale de Paris, est nouvelle, et à ce titre, nous a paru de nature à intéresser le monde médical.

Voici les faits de la cause :

Un vénérable ecclésiastique, curé d'une paroisse de l'arrondissement d'Auxerre, l'abbé Fortin, jouit, dans les localités où il exerce son ministère, d'une grande réputation d'habileté dans l'art de *rebouter*. Poursuivi devant le tribunal correctionnel pour exercice illégal de la chirurgie, le curé Fortin fut condamné, dans le courant de l'année dernière, une première fois à *un franc* d'amende, une seconde fois à QUINZE FRANCS de la même peine.

Les malades n'en continuèrent pas moins d'affluer au presbytère, de cinq ou six lieues à la ronde; mais le curé Fortin ne voulut plus leur donner ses soins que sous la condition qu'ils se présenteraient assistés d'un médecin ou d'un officier de santé. — En prenant cette précaution, d'après le conseil même du maire de la commune qui déclarait avoir consulté l'autorité supérieure, il croyait s'être mis en règle avec la loi. Le procureur impérial, informé par une lettre anonyme, pensa autrement, et intenta une troisième poursuite contre le curé Fortin. Le sieur Friou, officier de santé, qui assistait le curé Fortin dans toutes ses opérations, fut compris dans cette poursuite en qualité de complice.

Le tribunal correctionnel, partageant l'appréciation du ministère public, prononça contre les deux prévenus une amende de 15 francs; mais il refusa d'appliquer au curé Fortin l'aggravation de peine à laquelle donnait lieu la récidive, donnant pour motif que cette aggravation n'est encourue que par celui qui a exercé *avec usurpation du titre de docteur en médecine ou d'officier de santé.* Appel ayant été interjeté devant la Cour impériale de Paris, pour faire juger ce point de droit, le fait même du débat se trouve remis en question.

Devant la Cour, on se préoccupa beaucoup de cette circonstance qu'il était établi par l'instruction elle-même, que le curé Fortin, depuis ses condamnations antérieures, ne donnait jamais ses soins aux malades qu'avec l'assistance d'un officier de santé; que quelques-uns de ces malades lui étaient adressés par des médecins eux-mêmes; qu'il ne recevait jamais aucune rémunération, et qu'il déclarait son incompétence toutes les fois qu'il s'agissait d'une opération autre que le simple reboutage. Malgré les conclusions contraires de l'avocat-général, la Cour, *sans attendre les observations du défenseur*, mit le jugement à néant et renvoya le curé Fortin des fins de la plainte. L'arrêt a été rendu le 25 du mois dernier; nous n'en possédons pas le texte.

Cette décision, bien qu'elle s'applique à des faits particuliers, a une partie sérieuse que nous ne saurions nous dispenser de faire ressortir. Dans une matière où les infractions ne comportent pas l'excuse de la bonne foi, du désintéressement ou de l'absence de préjudice, on est bien obligé d'admettre que la Cour a dû se déterminer sous l'influence de motifs généraux. Il faudrait donc tenir pour constant, d'après ce précédent judiciaire, que l'assistance d'un médecin aux opérations pratiquées par un rebouteur, a pour effet de couvrir l'irrégularité qui résulte du défaut de possession d'un diplôme donnant le droit de se livrer à de telles opérations.

Or c'est là, à nos yeux, une interprétation grave, à l'égard de laquelle il convient de faire ses réserves. L'assistance d'un médecin peut-elle donc tenir lieu de titre à celui qui procède à des actes rentrant dans le domaine de l'art de guérir? Suffira-t-il, par exemple, de la signature d'un médecin pour faire passer les consultations d'une somnambule (1)? Les questions, on le voit, se présentent

(1). Nous croyons utile de rappeler à notre cher et très-savant collaborateur, que cette question a été résolue deux fois au moins *à Paris* par le tribunal d'abord, et même, si notre mémoire ne nous trompe pas, par la Cour d'appel ; deux *docteurs en médecine* ont été condamnés pour avoir signé des ordonnances dictées, une fois par une somnambule, une autre fois par une guérisseuse en renom.
(*Note du Rédacteur en chef.*)

en foule, car beaucoup d'entre les personnes qui empiètent, dans des motifs de charité ou autres, sur les priviléges des médecins, se trouvent dans une position analogue à celle des rebouteurs.

Si l'on devait réellement attribuer des effets généraux au fait dont justifiait le curé Fortin, et dont la Cour impériale de Paris paraît avoir tenu compte, à l'exemple de l'administration, on devrait s'attendre à voir produire, dans la plupart des poursuites pour exercice illégal de la médecine, des attestations complaisantes d'assistance de médecin. Que de dangers ne pourraient-ils pas en résulter? Comment apprécier cette assistance? Comment résoudre la question délicate de la responsabilité, si elle venait à se présenter?

Heureusement, telle ne semble pas être la portée de l'interprétation de la Cour de Paris. Les juges ont pensé, sans doute, qu'il fallait voir dans le *reboutage* une simple opération manuelle, qui peut sans danger être pratiquée, sous les yeux du médecin et dans les cas où il la prescrit, par tout homme possédant le sang-froid et la sûreté d'action nécessaires au succès de cette opération. Le rebouteur n'est plus qu'un instrument à l'action duquel le médecin soumet le malade, instrument qui agit sous sa direction; c'est un aide intelligent, mais rien de plus. Le médecin reste juge, soit de la nécessité et de la nature de l'opération, soit des prescriptions médicales qui doivent en seconder ou corriger les effets. Il peut, sans s'exposer à des poursuites correctionnelles, prendre pour auxiliaires dans cette classe d'opérateurs secondaires, ceux dont l'habileté et l'expérience lui paraissent pouvoir être fructueusement utilisées.

Ainsi limitée, et bien qu'elle ne soit pas de nature à dissiper nos appréhensions, la solution qui aurait été adoptée dans l'affaire de l'abbé Fortin, serait cependant, à certains égards, de nature à profiter aux médecins. Elle est encore, peut-être, celle qui tranche le moins mal cette question du *reboutage*, controversée depuis bientôt deux siècles, à laquelle les préjugés et les traditions populaires ont donné une véritable importance. En effet, placer les rebouteurs sous un régime légal analogue à celui qui a été établi pour les sages-femmes, et exiger d'eux un diplôme spécial, c'est ce qui a paru jusqu'ici impossible en législation. Les supprimer tout à fait par une application rigoureuse des lois sur la police médicale, c'est une entreprise qui a contre elle les répugnances des populations, quelquefois aussi l'indulgence des tribunaux, et qui, dès lors, ne peut être tentée par les médecins sans revêtir un caractère vexatoire.

Avec la solution qui résulterait de la décision rendue à l'égard du curé Fortin, quelques-uns des inconvénients signalés, ce semble, doivent disparaître. Les médecins qui toléraient à côté d'eux le reboutage exercé isolément, par crainte de l'impression fâcheuse qu'une action en suppression ne manquerait pas de produire, peuvent maintenant se borner à exiger que les rebouteurs n'opèrent que sous leur direction et avec leur assistance. Grâce à ce tempérament, qui concilie l'équité avec la nécessité d'établir des garanties, l'action des médecins serait sans doute mieux comprise du public, et obtiendrait, à coup sûr, un succès plus sérieux auprès des tribunaux. A ce point de de vue, il ne faudrait pas trop redouter les conséquences de la solution nouvelle.

E. MARTIN,
Avocat, docteur en droit.

RÉQUISITIONS DE L'AUTORITÉ. — REFUS DE SERVICE OU DE SECOURS PAR UN MÉDECIN.

Un arrêt de cassation, du 20 février dernier, a jugé, sur les conclusions conformes de M. l'avocat-général, que le refus d'un médecin d'obtempérer à la réquisition, à lui faite par un commissaire de police, de venir constater l'état d'un cadavre, est passible des peines de police prononcées par l'art. 475, n° 12, du Code pénal, cette réquisition devant être considérée comme relative à un cas de flagrant délit (1).

Nous donnerons prochainement le texte de cet arrêt, et, en même temps, quelques observations sur les réquisitions qui peuvent être faites aux médecins dans les cas analogues à celui sur lequel la Cour suprême vient de prononcer.

Nomination d'un membre dans la section d'hygiène et de médecine légale à l'Académie de Médecine.

Nous ne sommes ni les contempteurs, ni les adulateurs de la fortune: il ne nous suffit pas qu'un homme réussisse pour que nous jugions nécessaire de le combattre; il ne nous suffit pas davantage qu'il échoue pour que nous nous enrolions sous sa bannière. Aujourd'hui, nous ne sommes donc, ni plus ni moins qu'hier, pour ou contre M. Devergie, pour ou contre M. Tardieu, nous entendons pour ou contre leur nomination à l'Académie; notre opinion, aujourd'hui comme hier, a pour unique base les intérêts de la science et de l'Académie. Or, à ce point de vue, nous n'aurions pas hésité, nous l'avouons, à arrêter notre choix sur M. Tardieu. Nous ne méconnaissons assurément ni les titres écrits, ni les services de M. Devergie; à les considérer au point de vue du nombre, les uns et les autres sont supérieurs à ceux de M. Tardieu; mais au-dessus du nombre et du volume, il y a l'idée, c'est-à-dire le jugement, le sens pratique. Sous ce rapport, M. Devergie nous a donné, dans ses dernières communications à l'Académie, un tel échantillon de son esprit, de ses principes, que nous aurions dû nous trouver dans une grande pénurie de candidats pour lui donner la préférence. Faire entrer dans une Académie de médecine un homme qui fait dériver les lois de la nature de celles de la société, nous paraît un contre-sens contre lequel notre sens-commun se serait révolté, lors même qu'il n'aurait pas trouvé à côté d'un si singulier *savant*, un esprit comme M. Tardieu, dont le sens pratique est peut-être la principale qualité, et qui ne manque pas d'ailleurs de titres écrits et même volumineux.

Puisque nous parlons nomination, nous pouvons bien parler un peu liste de présentation. Oh! pour celle-ci, elle passe la plaisanterie. Nous ne savons trop sur quel théâtre on pourrait la représenter! Mettre sur une liste l'auteur des aphorismes que vous savez, avant M. Vernois (qui n'y était point), avant M. Grassi (qui n'y était pas davantage), avant d'autres encore, avant M. Boudin surtout! Une section composée de sept Grassot n'aurait pas osé aller jusque-là. Certes, nous n'avons pas toujours été le flatteur de M. Boudin, surtout quand il a voulu porter la main sur la foudre; mais en vérité, quand on a remué autant de larges idées, autant d'idées ingénieuses que cet éminent hygiéniste, que cet écrivain souvent spirituel, toujours distingué, ne serait-il pas par trop humiliant de se trouver pareillement classé, si certaines classifications pouvaient humilier

---

(1) Nous rappelons ici les termes de l'art. 475 du Code pénal: « Seront punis d'amende, depuis six francs jusqu'à dix francs inclusivement,.... ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandages, pillages, *flagrant délit*, clameur publique ou d'exécution judiciaire.

d'autres que les classificateurs. Hélas! la Commission a donné à M. Boudin le droit de s'écrier avec le poète :

.... C'est mourir deux fois que souffrir tes atteintes.

Espérons que malgré l'irritabilité de sa fibre, M. Boudin n'abusera pas de ce droit-là. H. DE CASTELNAU.

Séance de la Société de Chirurgie du 11 mars 1857.

[Luxation de l'épaule sur deux très-jeunes enfants. — Pseudarthrose de l'avant-bras traitée par la résection. — Kyste fœtal ovarique.]

Nous avons parlé, dans notre numéro du 3 mars, d'un enfant de 10 mois, atteint depuis trois mois de luxation sous-acromiale incomplète de l'épaule. En montrant ce petit malade à la Société de Chirurgie, M. Chassaignac avait manifesté l'intention de faire des tentatives de réduction. Malgré l'ancienneté du déplacement, ces tentatives ont réussi ; les os ont repris leur place, mais on est encore obligé de les maintenir au moyen d'un petit appareil en sparadrap. Par un hasard singulier, deux nouveaux cas, presque entièrement semblables au précédent, se sont présentés la semaine dernière à l'observation de M. Chassaignac, avec cette seule différence que la lésion a été reconnue très-peu de temps après la naissance, les parents des enfants supposent même que ces luxations se sont produites pendant l'accouchement. Il est digne de remarque, en effet, que ces enfants se sont présentés par l'épaule, et qu'on a dû exercer sur le bras d'assez fortes tractions. Le déplacement est le même que dans le premier cas ; la tête de l'humérus se trouve située sous l'acromion, et la luxation paraît incomplète. Quoique ces petits malades soient encore fort jeunes, la déformation du squelette a déjà eu pour conséquence de faire atrophier plusieurs muscles importants ; d'autres se sont rétractés. Les doigts sont étendus dans leur articulation métacarpo-phalangienne, fléchis dans leur articulation inférieure. Il est permis de se demander si ces luxations sont réellement traumatiques, et si elles ne seraient pas plutôt congéniales.

— M. Verneuil a ensuite présenté un homme qu'il a soumis à la résection, il y a six mois, pour une pseudarthrose de l'avant-bras, consécutive à une fracture des deux os. L'avant-bras était atrophié, raccourci de 8 centimètres, et coudé sur son fond cubital qui formait un angle ouvert en dedans. La mobilité des fragments était considérable, et les fonctions du membre étaient abolies. M. Verneuil se décida à pratiquer la résection des quatre extrémités osseuses. Il alla à la recherche des fragments à travers deux incisions latérales longitudinales. Il reconnut pendant l'opération que le fragment inférieur du radius était creusé d'une cavité en forme de capsule, qui recevait le fragment supérieur du même os. Le fragment inférieur du cubitus était engagé entre les deux fragments supérieurs de la fracture. De solides liens fibreux unissaient les quatre fragments, et rendirent l'opération assez laborieuse. Il survint, les jours suivants, un gonflement assez considérable qui se dissipa peu à peu. Le membre fut maintenu dans une gouttière, les plaies se refermèrent presque entièrement et la consolidation s'effectua ; mais deux petites esquilles se détachèrent. Aujourd'hui, il reste encore un petit trajet fistuleux ; du reste, l'avant-bras est bien droit, les fragments sont placés bout à bout et solidement unis, la force revient peu à peu ; cependant les mouvement des doigts laissent encore beaucoup à désirer.

— Personne n'ignore que la grossesse extra-utérine, au lieu de parcourir toutes ses périodes, donne quelquefois lieu à la formation d'un kyste, où le produit de la conception peut séjourner indéfiniment, et où on peut retrouver, au bout d'un grand nombre d'années, des os, des dents, des poils, etc. Ce kyste fœtal, dont le volume est très-variable, et dont le diagnostic est presque toujours tout à fait impossible, ne constitue quelquefois qu'une tumeur inoffensive ; mais lorsqu'il vient à s'enflammer et à suppurer, il provoque des accidents qui peuvent compromettre la vie. Le pus se fraie un passage tantôt vers le vagin, tantôt vers la cavité de l'intestin, plus rarement vers l'extérieur. Quelquefois les débris de fœtus s'échappent successivement, à divers intervalles, à travers cette ouverture spontanée ; mais leur volume s'oppose souvent à cette expulsion, et alors, ils entretiennent dans le foyer une suppuration interminable. Nous avons cru devoir rappeler ces particularités pour mieux faire apprécier l'importance du fait remarquable présenté à la Société de Chirurgie par M. Richet.

Une femme de la campagne entra à l'hôpital Saint-Antoine pour y être traitée d'une fistule située immédiatement au-dessus de l'arcade crurale droite, à la partie inférieure et interne de la fosse iliaque. Elle racontait qu'un an auparavant, elle avait eu une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle il lui était survenu un abcès dans l'aîne droite. Cet abcès s'était ouvert spontanément, et avait fourni d'abord une grande quantité de pus ; puis la suppuration avait notablement diminué, mais l'ouverture était restée fistuleuse. — L'obliquité et l'étroitesse du trajet s'opposant à une exploration suffisante, M. Richet dilata l'ouverture au moyen d'un petit cylindre d'éponge préparée. Bientôt il put introduire une sonde, qui pénétra à une assez grande profondeur. M. Richet crut alors qu'il s'agissait d'un abcès de la fosse iliaque. Il élargit l'ouverture, et, à sa grande surprise, il aperçut dans le fond du foyer une dent, qu'il amena à l'extérieur. Les jours suivants, il retira plusieurs autres dents, puis des poils et enfin des os. L'extraction de ces derniers fut assez laborieuse ; il fallut les saisir avec une pince et tirer assez fortement. A la suite de cette opération, la malade fut prise de péritonite, et ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on trouva que le kyste fœtal provenait de l'ovaire ; on s'y attendait, mais, chose singulière et tout à fait impossible à prévoir, ce n'était pas l'ovaire *droit* qui était le siége de l'affection, c'était l'ovaire *gauche*. — Le kyste fœtal, au lieu de rester fixé dans la fosse iliaque gauche, avait franchi la ligne médiane, et était venu contracter des adhérences dans la fosse iliaque droite ; c'était là qu'il s'était ouvert. Ce fait vient s'ajouter au chapitre déjà si long des erreurs de diagnostic, mais ici, il y avait une telle accumulation de circonstances exceptionnelles, que l'erreur était tout à fait inévitable.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Chute sur les pieds. — Accidents de commotion cérébrale. — Hémorrhagie par un des conduits auditifs externes. — Polyurie. — Guérison,

Par M. le Dr MARTIN, d'Aumessac.

Maria S...., demeurant à Bez (Gard), est âgée de 14 ans, impubère et bien constituée. Le 11 juillet 1856, cette jeune personne, qui gardait une chèvre sur un versant très-déclive déterminé à sa base par un escarpement coupé à pic, de 4 à 5 mètres de hauteur, perd l'équilibre en marchant sur un sentier étroit, et après avoir glissé le long de la pente, tombe sur les pieds dans un ruisseau qui coule le long de l'escarpement. (Ces renseignements sont fournis par un berger témoin de l'accident.) Séjour dans l'eau d'une partie du corps de la jeune fille pendant plus d'une heure. Quand on l'en retire, elle est refroidie, pâle, sans mouvement, et donne des signes de vie si équivoques, que les assistants la croient morte ou prête à succomber. Je suis appelé auprès d'elle quatre heures après l'événement. Les premiers soins ont été donnés par le médecin qui habite la localité. Au moment de mon arrivée, je constate les phénomènes suivants :

Décubitus dorsal, perte de l'intelligence et de la parole, réaction assez forte, pouls fréquent, peau chaude, face colorée, nausées, vomissements, marques de sensibilité, et mouvements des membres quand on les excite vivement, grincement des dents, pas de déviation des traits de la face, paupières closes, celles de droite incomplétement, pupilles dilatées, strabisme, l'œil gauche, très-mobile, se tourne en bas et en dedans, comme pour fuir la lumière ; l'œil droit, plus pares-

seux, reste fixe, ou se dirige légèrement en haut et en dehors; hémorrhagie par l'oreille gauche qui dure la plus grande partie de la journée, pas d'écoulement par le nez, pas de plaies ni de contusions à la tête, égratignures à la partie externe et supérieure de la cuisse droite, ecchymose sur la région sacrée. (Plusieurs applications de sangsues à l'apophyse mastoïde gauche, compresses froides sur la tête, sinapismes aux jambes.)

Le 14, diminution de la fréquence du pouls et de la chaleur cutanée, déglutition gênée, toux en avalant la tisane, même état des fonctions cérébrales. (Calomel, lavements purgatifs.)

Le 15, la malade ouvre les yeux quand on lui parle, elle paraît comprendre les questions qu'on lui adresse, mais n'y répond pas encore.

Le 19, intelligence de moins en moins obtuse, articulation lente, exécutée en syllabant, de quelques mots dont le sens est très-bien saisi par la malade; elle déclare que sa tête est lourde, que sa vue est faible, pas plus à droite qu'à gauche, et qu'elle entend également et assez distinctement des deux oreilles, strabisme diminué, sommeil paisible, appétit. (Bouillon.)

Le 20, la malade est prise tout à coup, sans cause connue, d'une soif vive, inextinguible, elle boit 5 ou 6 litres de tisane dans les vingt-quatre heures, et rend une quantité équivalente d'urine. (Limonade.)

Le 23, continuation de la soif et de la polyurie, pas de douleurs lombaires, pas de difficulté ni de douleur en urinant, pas de fièvre, sommeil agité, anorexie, les urines excrétées sont décolorées, limpides comme de l'eau de roche, non précipitables par la chaleur, l'acide nitrique et le réactif de Bareswill; la malade ne perd pas ce qu'elle avait gagné pour la lucidité des idées, elle récite, en les prononçant d'une manière moins embarrassée et sans faire erreur, des prières qu'elle savait par cœur; l'œil droit, toujours frappé d'engourdissement, suit avec peine les mouvements de son congénère; les paupières, du côté droit, participent à la même torpeur et ne recouvrent pas complétement le globe oculaire correspondant; strabisme divergent en haut de l'œil droit, donnant au regard de l'indécision et de l'incertitude; toute la puissance de la vision se borne à distinguer sur un livre des lignes noires et des marges ou des espaces blancs; perte de la mémoire des noms propres; la malade, à qui l'on présente une montre et des lunettes, ne peut pas les nommer par les substantifs qui les représentent et se tire d'embarras au moyen d'une définition, en disant que le premier objet est ce qui sert à compter les heures et le second ce que l'on met, pour mieux voir, sur le nez et au devant des yeux.

La polyurie, avec les phénomènes qui l'accompagnent, dure jusqu'au 29 juillet.

4 *août*. Pas de soif, appétit croissant, sommeil naturel; la malade se lève et fait quelques pas au moyen d'un bâton; plus de strabisme, tournoiements de tête, vue encore faible, intelligence normale.

A la fin du mois d'août, Maria S.... fait dans une journée, sans en être incommodée, un voyage à pied de 10 kilomètres. Elle est à peu près complétement rétablie; ses forces sont revenues. Sa vision s'est raffermie et les facultés qui sont sous la dépendance des centres nerveux ont repris l'activité dont elles jouissaient avant l'accident. Nous devons noter, comme une chose assez remarquable, que la malade a oublié tout ce qu'elle a fait le matin avant sa chute et qu'elle se souvient très-bien des événements de la veille. Il existe dans la chaîne de ses souvenirs une lacune comprenant les actes qui ont précédé de très-près sa mésaventure. On dirait que l'ébranlement du cerveau qui en est résulté a effacé les impressions les plus récentes faites sur cet organe par les objets extérieurs, et a mis la mémoire hors d'état de reproduire toute espèce de perception à ce sujet.

L'observation que je viens de relater me semble avoir de l'intérêt, d'abord au point de vue du pronostic, à cause de la terminaison heureuse du cas, malgré la présence d'un signe regardé comme de fâcheux augure, l'hémorrhagie par le conduit auditif externe, et ensuite au point de vue de la physiologie pathologique, par l'accompagnement de la polyurie. Cette dernière circonstance, survenue pendant le cours d'un traumatisme cérébral, rappelle certains résultats des expériences par lesquelles M. Cl. Bernard a démontré l'influence de lésions déterminées de la substance cérébrale sur l'excrétion urinaire, soit pour augmenter purement et simplement la quantité des urines, soit pour modifier en outre les qualités de ce liquide. Chez notre malade, on a observé, sans qu'on puisse en dire la raison, des accidents de polyurie simple, avec absence de sécrétion de matière sucrée; il serait tout à fait gratuit de vouloir expliquer la non-apparition de la glucosurie, dans cette occurrence, par le degré ou le siége spécial de la lésion encéphalique. Les symptômes liés à l'exagération de la sécrétion rénale ont persisté pendant une semaine, ils n'ont été combattus par aucun traitement actif, et, suivant notre attente, ils ont disparu à mesure que les fonctions cérébrales se sont rétablies. Notre fait, par son isolement et par les difficultés de son interprétation, ne peut sans doute pas prétendre à fournir un exemple de consécration clinique des enseignements de la physiologie expérimentale, mais s'il renferme un autre rapport que celui d'une fortuite coïncidence entre un ébranlement moléculaire du cerveau et l'apparition de phénomènes polyuriques; si, en outre, on admet que, dans ce cas, la perturbation nerveuse a agi en modifiant primitivement les fonctions rénales et non pas en retentissant directement sur les organes auxquels se rapporte la sensation de la soif, ce qui serait peut-être possible, on ne pourra disconvenir que notre observation ne mérite d'être mentionnée comme un témoignage de la modification exercée sur l'excrétion urinaire par les troubles accidentels de l'innervation.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Note relative à des expériences concernant l'influence de l'air atmosphérique sur la cicatrisation des plaies,

Par MM. Dechambre et Marc Sée.

Dans une des dernières séances, M. Malgaigne a fait allusion à des expériences en cours d'exécution sur l'importante question de physiologie pathologique qui occupe en ce moment l'attention du monde médical. Si M. Marc Sée et moi, qui sommes les auteurs de ces expériences, prenons la liberté d'en entretenir aujourd'hui l'Académie, bien qu'elles soient loin encore d'être terminées, c'est, d'une part, qu'il nous a paru que les résultats jusqu'ici obtenus intéressaient sérieusement la discussion pendante, et, d'autre part, que notre exemple pourrait appeler des imitations profitables.

L'influence de l'air peut et doit être considérée à deux points de vue bien distincts : au point de vue de l'action exercée sur les liquides pathologiques, notamment sur le pus déjà formé, ou même sur les parois des poches purulentes, et au point de vue de l'action exercée sur les plaies récentes. C'est exclusivement à ce dernier ordre de faits que se rapportent, quant à présent, nos recherches expérimentales.

Nous posons en deux mots la question. Personne ne conteste que les plaies sous-cutanées ne suppurent pas, du moins dans l'immense majorité des cas. Personne ne conteste que les plaies faites et laissées à l'air libre suppurent; mais il ne suit nullement de là que le défaut de suppuration dans un cas et le fait de la suppuration dans l'autre, tiennent directement, ici à l'absence de l'air, et là à sa présence. C'est même l'explication contestée par J. Hunter, qui absout formellement l'air atmosphérique de la suppuration des plaies *exposées,* comme il les appelle; contestée aussi par M. Malgaigne et par beaucoup d'autres, qui voient dans la suppuration un travail normal, nécessaire au revêtement des plaies et à la formation de la cicatrice. D'où il suit que vouloir prouver l'innocuité de l'air par la non-suppuration d'une foule de plaies sous-cutanées, y en eût-il des milliers, c'est résoudre la question par la question. A ceux qui contestent que l'air soit l'agent de la suppuration des plaies exposées, on répond simplement que ces plaies suppurent; et à ceux qui contestent que l'absence de l'air soit la cause de la non-suppuration des plaies sous-cutanées, on répond que ces plaies ne suppu-

rent pas. Reproduire ce raisonnement, c'est en faire sentir le vice radical.

Dans cet état de choses, qu'y avait-il à faire? il y avait à obtenir des plaies qui fussent tout à la fois exposées, au sens huntérien, et soustraites au contact de l'air. Les pansements par occlusion, bien connus en chirurgie, dans lesquels la surface saignante est recouverte de taffetas gommé et de dyachilon, ne remplissent pas l'indication capitale de l'expérience, qui est de laisser la surface de la plaie libre, aussi libre qu'elle l'est dans l'atmosphère. Nous devons ajouter, pour rendre hommage à la vérité, qu'il est à notre connaissance que M. Guérin avait fait fabriquer autrefois de petites capsules en verre destinées à tenir les plaies séquestrées. Ce projet paraît n'avoir eu aucune suite, puisque M. Guérin n'en a parlé en aucune occasion, pas même dans la discussion actuelle. A nos yeux, il n'est possible de satisfaire à l'indication que nous rappelions à l'instant, qu'en plaçant la plaie exposée dans un milieu gazeux, mais autre que l'atmosphère. Nous n'avons encore employé à cet effet que l'hydrogène. De plus, et pour étendre la question, nous avons commence des recherches relatives : 1° à l'influence de l'air confiné ; tantôt confiné pendant toute la durée de l'expérience, tantôt renouvelé plus ou moins fréquemment, afin de déterminer, approximativement au moins, la proportion dans laquelle l'air influe sur la cicatrisation des plaies ; 2° à l'influence de milieux non gazeux, mais non absorbables et dépourvus d'air, tels que l'huile. Ce sont, en quelque sorte, des échantillons de ces diverses catégories d'expériences, commencées il y a un mois, que nous offrons en ce moment à l'Académie, en lui épargnant le récit des mille difficultés d'exécution que nous avons rencontrées, et dont quelques-unes ne sont pas encore entièrement levées.

Bien qu'il soit admis aujourd'hui par les partisans les plus convaincus de la méthode sous-cutanée, que le contact passager de l'air sur la plaie n'amène pas, du moins habituellement, la suppuration, nous avons, pour plus de rigueur, imaginé un appareil à l'aide duquel il est facile de pratiquer une plaie superficielle au milieu même de l'atmosphère d'hydrogène, de telle sorte que l'air atmosphérique ne touche pas la plaie, même au moment où elle est produite. Dans la seule expérience que nous ayons faite de cette manière, les conditions d'une occlusion hermétique et permanente n'ont pas été tout à fait remplies; néanmoins, le résultat obtenu est assez curieux. Voici cette expérience :

Expérience I. — *Chien adulte de forte taille.* — Trachéotomie et section des nerfs récurrents pour empêcher les cris ; section sous-cutanée, avec un ténotome, du tendon d'Achille et du tendon du triceps fémoral du côté gauche, pour mieux assurer l'immobilité du membre. L'appareil est ensuite appliqué sur la jambe, de telle sorte qu'un segment du membre est complétement soustrait à toute communication avec l'air extérieur. Un courant d'hydrogène est dirigé à travers cet appareil ; et lorsqu'il a complétement chassé l'air contenu dans ce dernier, ce dont on s'assure par ce fait que le gaz qui s'échappe brûle sans détonation, on pratique une plaie qui intéresse la peau, l'aponévrose et les muscles de la jambe. Il s'écoule une quantité de sang assez notable, et, pendant le jour suivant, il y a un suintement séro-sanguinolent, dû probablement à la constriction assez forte à laquelle nous avons dû soumettre le membre. L'animal meurt au bout de trois jours pleins. Le courant d'hydrogène, que nous avions voulu rendre continu, a subi deux fois une interruption de plusieurs heures, pendant lesquelles de l'air a pénétré dans l'appareil.

A l'*autopsie*, nous avons trouvé un caillot cylindroïde du volume et de la longueur du petit doigt, adhérent à la plaie par une de ses extrémités, l'autre étant libre dans l'appareil. Ce caillot était d'une consistance ferme ; il n'avait point subi de décoloration, et ressemblait parfaitement à ceux qui étaient interposés entre les bouts du tendon d'Achille et du triceps divisés. Il n'existait sur la plaie aucune trace de pus ; la plaie du cou était, au contraire, couverte d'un pus crémeux abondant.

Nous nous proposons de répéter cette expérience ; néanmoins on comprend bien qu'elle serait, en quelque sorte, de luxe, si la non-suppuration était aussi absolue sur une plaie qui ne serait mise que momentanément en contact avec l'air ; c'est ce qui paraît résulter de cette expérience même et de la suivante :

Expérience II. — *Lapin vigoureux.* Le 28 février, à midi, une plaie est faite au membre postérieur droit ; on y applique ensuite un appareil fermant hermétiquement et à travers lequel on fait passer un courant continu de gaz hydrogène. L'animal semble dans de bonnes conditions : il mange, il est assez vif jusqu'au 3 mars. Il meurt dans la nuit du 3 au 4. L'expérience durait depuis près de quatre jours. Le courant n'avait pas été interrompu une seule minute.

A l'autopsie, nous trouvons la plaie sèche ; un caillot allongé adhère par un de ses bouts à la partie moyenne de la plaie, où les muscles ont été entamés. Ce caillot enlevé, la plaie paraît, au premier aspect, telle que si elle venait d'être faite : pas la moindre injection, pas la moindre granulation ; les bords de la perte de substance pratiquée à la peau, exempts de toute rougeur, de toute tuméfaction, sont accolés aux parties sous-jacentes ; ils ont perdu leur forme abrupte, se continuent insensiblement avec la partie moyenne de la plaie, et se fondent même, par places, entièrement avec elle, au moyen d'une pellicule demi-transparente, constituée par une trame filamenteuse très-dense, et recouvrant jusqu'au niveau de l'entaille du muscle l'aponévrose mise à découvert. Il n'existe pas la moindre trace de pus. Encore une fois, la plaie est nette comme si elle eût été récente.

Dans l'expérience précédente nous avions négligé de pratiquer une autre plaie qui pût servir de terme de comparaison. Nous ferons pourtant remarquer qu'une plaie exposée ne met pas d'ordinaire quatre jours à suppurer, et que, d'ailleurs, comme on vient de le voir, le travail de réparation qui, sur une plaie exposée, aurait exigé la suppuration, était ici assez avancée. Dans l'expérience suivante, nous avions fait une plaie comparative sur le membre laissé à l'air libre, et au même point que sur le membre plongé dans l'hydrogène.

Expérience III. — Un lapin subit la double opérations pratiquée sur les précédents, le 9 mars, à midi. La plaie est enfermée dans un manchon de caoutchouc, muni de deux robinets, et hermétiquement appliqué sur le membre. Un courant continu de gaz hydrogène passe à travers le manchon. L'animal jouit d'une liberté complète du tronc et des membres, sauf celui qui porte l'appareil.

Après l'opération, il est plein de vivacité, et mange avec avidité.

Le 12, c'est-à-dire trois jours après l'opération, on s'aperçoit que le gaz ne sort plus par le tube d'écoulement ; le manchon est descendu, les bandes qui le fixaient en haut recouvrent maintenant la plaie. Cependant, l'appareil est gonflé par le gaz.

13 *mars*. L'animal est très-malade ; il a des selles muqueuses, et refuse de manger. On le tue à midi et demi.

Autopsie. Les pièces de linge qui fixent le manchon sont infiltrées par l'urine. La plaie renfermée dans l'appareil est recouverte, dans toute son étendue, par une couche plastique, dans laquelle le microscope décèle une infinité de globules dits pyoïdes, appartenant au pus mal formé, ainsi qu'une foule de noyaux et de granulations moléculaires : c'est du *pus de mauvaise nature*. Les bords de la plaie n'ont subi aucune rétraction ; ils sont encore décollés des parties profondes, et du pus se voit au-dessous de la peau, excepté au niveau du tiers supérieur de la circonférence de la plaie, où l'on trouve la peau intimement adhérente aux tissus sous-jacents, et se continuant graduellement avec eux par l'intermédiaire d'une couche plastique qui a subi un commencement d'organisation, mais qui est également couverte de pus.

La plaie, exposée au contact de l'air, baignée par l'urine, semble au premier abord réduite considérablement en étendue ; mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit que la peau seule s'est rétractée, qu'elle n'a point contracté d'adhérences avec les parties profondes, dont elle est séparée par une couche d'un pus sanieux, analogue pour la composition à celui de la plaie couverte.

L'expérience suivante est relative à l'influence de l'air confiné :

Expérience IV. — *Chien de forte taille.* — Section des nerfs laryngés inférieurs, le 27 février. Une plaie est faite à l'air libre le 28, à neuf heures du matin, puis placée dans l'appareil, dont les robinets sont fermés. Le lendemain, 1er mars, celui-ci se trouve dérangé; il est réappliqué, et dès lors reste en place jusqu'à la mort de l'animal, qui a lieu le 4 mars, à cinq heures du soir, plus de quatre jours après la pose de l'appareil.

Autopsie. — La plaie est couverte d'un liquide épais, qu'au premier abord on pouvait prendre pour du pus; mais, en en enlevant une portion avec le scalpel, on trouve qu'il est transparent et nullement crémeux. Examiné au microscope, il ne présente pas le moindre globule purulent; il est composé presque exclusivement par une substance hyaline finement granulée renfermant à peine quelques noyaux très-petits, analogues à ceux des cellules fibro-plastiques, et quelques corpuscules granuleux de différents volumes. Les noyaux étaient sphériques ou un peu allongés. Les plus gros renfermaient plusieurs grains (trois ou quatre) foncés; les plus petits n'en contenaient point. Nous avons trouvé aussi dans ce liquide quelques gouttelettes de graisse; mais il nous a été impossible d'apercevoir des cellules fibro-plastiques bien caractérisées.

En faisant une section passant par la partie moyenne de la plaie, on voit que celle-ci est recouverte d'une couche blanchâtre mesurant près d'un millimètre d'épaisseur au voisinage de la circonférence, où elle se continue avec la peau, et allant en diminuant vers le point où les muscles ont été entamés. Dans ce dernier se voit un caillot adhérent, de couleur rouge foncé. Étudiée au microscope, cette substance blanchâtre a présenté la même composition que le liquide enlevé par le scalpel.

Voici notre dernière expérience, relative à l'influence de l'huile :

Expérience V. — *Lapin de taille moyenne.* — Une plaie, faite le 4 mars, est maintenue dans une sorte d'éprouvette de verre remplie d'huile d'olive. Une plaie toute semblable est faite sur la cuisse du côté opposé. L'animal est mort dans la nuit du 7 au 8 mars. La plaie, exposée au contact de l'air, est couverte de pus, sur la nature duquel l'examen microscopique ne laisse subsister aucun doute. M. Rouget a bien voulu s'en assurer avec nous. La plaie qui avait plongé dans l'huile est couverte, dans toute son étendue, même dans sa portion musculaire, d'une pellicule blanchâtre assez adhérente, se laissant cependant arracher avec une pince, sous forme de petits lambeaux peu consistants. Un petit fragment de cette substance ayant été porté sous le microscope, on ne découvrit qu'une multitude de gouttelettes d'huile. Mais, après qu'une portion du fond de la plaie eût été placée dans la benzine, on put reconnaître sous le microscope une matière finement granulée, pâlissant sous l'influence de l'acide acétique sans se dissoudre complétement, et ne présentant ni cellules, ni noyaux bien évidents.

Nous nous bornons à ce simple exposé. Il nous manque d'avoir pu faire vivre des animaux assez longtemps avec les moyens de coercition et les opérations accessoires (section des récurrents) auxquels on est parfois obligé de recourir, pour que la réparation des plaies parcourût toutes ses phases dans l'hydrogène, dans l'air confiné ou dans l'huile; il nous manque d'avoir apprécié, par des épreuves comparatives, l'influence de la constriction exercée sur les membres pour obtenir l'occlusion hermétique de l'appareil; il nous manque enfin la variété d'expériences qui serait si nécessaire dans une question de cette gravité. Aussi nous abstiendrons-nous, quant à présent, de conclusion définitive, nous réservant de contrôler l'opinion que nous avons pu nous faire par des essais nouveaux, dans lesquels toutes les conditions d'une observation rigoureuse auront été remplies.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

Accouchement prématuré artificiel provoqué à l'aide de douches uterines,

Par M. Bouchacourt, de Lyon.

(*Observation et réflexions par le docteur* Chandelux, *chef de clinique obstétricale à l'École de Lyon.*)

Depuis l'observation d'accouchement prématuré artificiel obtenu à l'aide de douches utérines tièdes, insérée par M. Bouchacourt dans la *Gazette médicale de Lyon* (15 septembre 1855), aucun fait de ce genre n'a été publié dans ce journal, et nous avons pensé qu'il y aurait quelque intérêt pour les lecteurs à leur faire connaître ce nouveau cas dans tous ses détails, pour mieux faire juger la méthode. — D'ailleurs, ainsi que l'a dit le professeur de la Charité dans les considérations cliniques qu'il a présentées à ce sujet, ce moyen encore nouveau a besoin d'être étudié d'une manière plus approfondie, et rien n'est plus utile, dans ce but, qu'une bonne expérimentation clinique.

Louise B.... est âgée de 33 ans; elle s'est mariée après une première grossesse et un premier accouchement très-laborieux terminé à l'aide du céphalotribe. Son tempérament est sec et nerveux. Elle est petite (1 mètre 35 centimètres), maigre, ses membres inférieurs très-grêles le paraissent d'autant plus qu'ils sont cachés sous un ventre volumineux. Une vie pauvre et misérable passée au milieu des champs, à la garde des troupeaux, a sans doute exagéré encore l'aspect souffreteux de cette femme. Le bassin étroit, resserré, disparaît sous un ventre saillant, plus rond à sa base qu'il ne l'est ordinairement chez les femmes bien conformées, et qui se termine en pointe vers l'ombilic. Le bassin seul est vicié, la forme des membres est normale, la colonne vertébrale n'est pas déviée. L'intelligence de L. B.... est plus développée qu'elle ne l'est ordinairement chez les personnes de sa condition, elle répond nettement aux demandes qui lui sont faites et aux questions que lui pose M. Bouchacourt; aussi donne-t-elle avec une précision satisfaisante les renseignements qui suivent :

Son enfance et sa jeunesse se sont passées dans un bon état de santé. Elle a été menstruée à 17 ans, les règles coulaient pendant huit jours, leur évolution était parfaitement physiologique et régulière, aucun écoulement dans l'intervalle des époques cataméniales. Elle est enceinte pour la troisième fois.

Son premier accouchement se fit à l'hôpital de Grenoble. Pour pratiquer l'extraction du fœtus, il fallut lui broyer la tête. Cette opération eut lieu le 15 juillet 1850. La grossesse était à terme.

Le 22 juin 1854, L. B.... accouchait une seconde fois, à neuf mois, dans la salle de la clinique obstétricale de Lyon. L'enfant, du sexe masculin, fut mis au monde après douze jours de douleurs expulsatrices violentes et inutiles; le forceps et une forte compression l'amenèrent sans vie. Du reste, les détails nous manquent sur ces deux premiers accouchements, nous savons seulement qu'ils furent très-laborieux. L. B... fut endormie chaque fois, aussi ne garde-t-elle qu'une idée très-vague de ce qui se passa alors; les suites furent très-simples dans les deux cas, à part une éruption miliaire abondante, qui survint après le deuxième accouchement.

A peine rétablie, L. B.... retourne dans son pays, et peu soucieuse des dangers auxquels elle s'expose, elle conçoit une troisième fois, après avoir cessé d'allaiter deux nourrissons étrangers qu'une abondance de lait vraiment extraordinaire lui permettait de nourrir à la fois. Notons ici que, pendant le temps écoulé entre le sevrage et le début de la troisième grossesse, L. B.... a été mal réglée; mais aucun écoulement ne s'est montré pendant le cours des trois gestations.

D'après les conseils de son précédent accoucheur, M. Colrat, et prévenue qu'elle courra de graves dangers si elle attend, pour accoucher, le terme d'une nouvelle grossesse, sachant du reste qu'elle ne peut avoir un enfant vivant à 9 mois, cette femme arrive à la clinique de la Charité vers la fin du huitième mois, à dater de la conception, qui remonte au 16 avril 1856.

Le 15 décembre, M. Bouchacourt procède à l'examen du bassin et

des organes génitaux ; à l'aide du pelvimètre de Baudeloque, il constate que le diamètre antéro-postérieur ou droit supérieur mesure 16 centimètres.

Par le toucher vaginal, on vérifie l'étendue du diamètre sacro-pubien, telle que l'avait donnée la pelvimétrie extérieure, et telle que l'avait aussi obtenue le dernier accoucheur, à savoir : 8 centimètres 1/4 à 8 centimètres 1/2. On reconnaît encore, par le toucher, que le bassin est rétréci dans tous ses diamètres et qu'en même temps il est raccourci dans ses dimensions verticales ; le doigt sent aisément le rebord du détroit supérieur de chaque côté ; l'angle sacro-vertébral, qu'on atteint facilement avec l'indicateur, est dévié légèrement à gauche ; au-dessous on perçoit très-bien les aspérités irrégulières de la face sacrée antérieure.

Le col utérin est élevé, d'un accès difficile ; il est long d'environ 2 centimètres ; il est mou, sauf quelques points provenant des cicatrices dues aux déchirures des accouchements antérieurs ; il est situé sur la ligne médiane, et, par conséquent, un peu à droite du promontoire sacré que j'ai dit être à gauche.

Les organes génitaux externes n'offrent rien de particulier.

Les bruits du cœur du fœtus sont réguliers et se font entendre au niveau de l'ombilic, à gauche.

M. Bouchacourt convaincu, par l'examen direct aussi bien que par les accouchements précédents, que cette femme se trouve dans des conditions telles, que la délivrance ne peut se faire naturellement à terme, se détermine à employer immédiatement les moyens propres à la provoquer ; du reste, il appuie et confirme sa détermination de l'avis donné naguère à L. B...., par notre maître habile et regretté, M. Colrat.

Mais ici, plusieurs méthodes se présentent pour obtenir avant terme la dilatation du col et les contractions utérines ; sollicité par un sentiment de préférence pour un moyen qui lui avait donné récemment un résultat de tous points très-satisfaisant, et qui, entre les mains de M. Paul Dubois et d'autres éminents accoucheurs, avait rempli parfaitement toutes les indications et réalisé les espérances de son inventeur, le docteur Kiwisch.

Une fois cette détermination prise, on remit au lendemain l'emploi des douches utérines ou mieux vaginales, qui devaient être employées de prime abord à l'exclusion de tout autre moyen. Le même soir, L. B.... prit un bain tiède de deux heures, et une nuit de repos lui fut accordée après ce long examen.

Le 16 décembre, on commença l'opération de la façon suivante :

La femme est placée sur le rebord d'un lit, comme pour l'application des fers, ses cuisses sont écartées et soigneusement enveloppées, les jambes reposent sur deux chaises, entre lesquelles se trouve un vase destiné à recevoir l'eau de la douche ; le dos et la tête reposent sur des coussins qui les relèvent. Les douches sont données avec un irrigateur d'Éguisier, à tube flexible, long de 1 mètre, muni d'une canule de caoutchouc à son extrémité. Cette canule, longue de 0,15 à 0,20 c., est légèrement recourbée à son extrémité libre qui se termine par une olive percée de plusieurs trous. Un aide fait fonctionner l'appareil pendant qu'un autre le remplit et surveille la température de l'eau. L'opérateur, après avoir introduit la canule dans le vagin, dirige le courant liquide sur le col. L'irrigateur contient 1 litre.

Le 16 décembre, à onze heures, la première douche est donnée avec 5 litres d'eau à 35°. Aucune douleur, aucune sensation, soit en chaud, soit en froid, pendant l'opération qui ne dure que cinq minutes. (L'appareil employé donne 1 litre par minute lorsqu'il est dirigé convenablement.)

Après cette première injection, on reconnaît que l'ampleur du cul-de-sac vaginal a augmenté ; elle devient de plus en plus considérable sous l'influence des irrigations suivantes ; nous notons cette particularité sur laquelle nous aurons à revenir à la suite de cette observation.

A cinq heures du soir, le même jour, on donne une deuxième douche de 10 litres.

Le 17 *décembre*, la femme ne présente aucun phénomène extraordinaire du côté de l'état général. — A onze heures, troisième douche de 15 litres à 40°. A la fin de l'injection, turgescence des parties molles et du conduit vulvo-vaginal. — A quatre heures, quatrième douche de 20 litres à 40°. A la suite, le col devient plus mou ; on introduit l'extrémité du doigt dans sa cavité. Le soir, douleurs légères ; elles disparaissent dans la nuit.

Le 18, à onze heures, cinquième douche de 20 litres à 40°. La mollesse du col augmente à chaque douche ; rien à noter du reste. — A cinq heures, douche de 18 litres à 40° et trois litres à 10°. Turgescence des parties qui avoisinent le col. Le ramollissement progresse de la partie inférieure à la partie supérieure, sauf en un point situé en avant et à droite, lequel résiste. C'est du reste un point cicatriciel. L. B.... éprouve un malaise général indéfinissable ; pour cette cause, on a dû diminuer la quantité d'eau. La nuit du 18 au 19 est bonne d'ailleurs, sous tous les rapports.

Appétit bien conservé ; évacuations comme en santé.

Le 19, à onze heures, septième douche de 20 litres à 40°. Dilatation progressive du col. Le point dur noté plus haut commence à se ramollir. Malaise général, pas de douleurs ; un bain de siége de demi-heure facilite l'évacuation urinaire, un peu douloureuse auparavant. — A trois heures, huitième douche de 20 litres à 40°. Même jour, à six heures, neuvième douche de 20 litres à 40°. Dans la nuit du 19 au 20, point douloureux sous le bord inférieur des côtés à gauche et en arrière. Rien autre à noter, si ce n'est une dysurie assez prononcée.

Le 20, L. B.... prend un bain de siége ; elle y reste une demi-heure seulement. En sortant, elle éprouve une lassitude considérable ; l'état général reste le même. On commence à introduire l'extrémité du doigt assez haut dans le col. — A onze heures, une douche de 13 litres à 40°, puis un bain de siége de une heure un quart. — A deux heures et demie, nouvelle douche de 13 litres à la même température. Immédiatement après, l'introduction du doigt dans la cavité du col devient plus facile. Le col est long d'un centimètre et demi environ. En avant et à droite, on sent toujours le point résistant déjà signalé, mais il est amoindri. L. B.... dit éprouver une sorte de vide en haut du ventre. L'état général est satisfaisant, la miction est douloureuse ; elle s'accompagne de cuisson vive. — Une troisième douche est donnée le soir à six heures, avec 15 litres d'eau tiède ; pas de changement notable.

La nuit du 20 au 21 est pénible ; insomnie, point douloureux mobile s'irradiant du creux de l'estomac à la partie postérieure des côtes à gauche.

Le 21, de dix heures et demie à onze heures, une douche de 15 litres d'eau à 40°. Le bec de la canule est dirigé avec soin vers l'entrée du col, dont le ramollissement se prononce de plus en plus à la partie utéro-vaginale. Le ventre éprouve lui-même une sorte de relâchement, et comme dit la malade, il lui semble *que son ventre tombe*. — Immédiatement après la douche, douleurs vives partant des lombes et se dirigeant vers le pubis, elles vont toujours en augmentant. Sentiment de constriction à la ceinture. Le point mobile a disparu depuis que les douleurs se sont prononcées. — A quatre heures, bain de siége tiède, les douleurs persistent, miction fréquente et douloureuse, ténesme durant toute la journée, un peu de fièvre, céphalalgie légère, froid aux pieds, quelques frissons qui disparaissent. Mouvements fréquents du fœtus. — A quatre heures, quatorzième et dernière douche de 15 litres à 40°. Après la douche, le col s'efface et s'ouvre, les douleurs redoublent et sont presque continues, le ventre s'abaisse, mouvements du fœtus fréquents pendant tout le jour, bruits du cœur fœtal à gauche et profonds, on sent la tête du même côté, sans pouvoir toutefois reconnaître la position. Deux heures après la douche, le col revient un peu sur lui-même, il a 1/2 centimètre de longueur. Pendant toute la nuit, douleurs intenses se succédant à de courts intervalles. — A huit heures, la dilatation du col est à 2 centimètres. Suppression des douches, picotements aux seins, glaires sanguinolentes, pas de gonflement mammaire ni d'écoulement de colostrum. La poche des eaux se forme. A onze heures, la dilatation du col est à peu près complète et la poche est saillante.

Les douleurs continuent avec de légères rémittences. A trois heures, M. Bouchacourt procède à l'accouchement, après s'être assuré que la tête se présente dans une position irrégulière du sommet, l'occiput regardant vers la symphyse sacro-iliaque droite, le front un peu à gauche de la symphyse pubienne, la fontanelle antérieure plus basse

que la postérieure, par conséquent dans une extension déjà prononcée; les douleurs augmentent de manière à faire craindre une présentation secondaire de la face, la bosse pariétale gauche assez élevée ne descendant pas, comme cela arrive dans la marche du travail, tel que l'indique Nœgelé. Le professeur de la Charité cherche à imprimer à la tête une bonne direction en agissant sur la partie extérieure du ventre. A ce moment la poche des eaux est rompue, le front regardant en avant et à gauche; en même temps la tête augmente son mouvement d'extension et la face se présente; par surcroît, l'avant-bras s'engage avec elle et il y a procidence du cordon. A cinq heures on fait la *version.*

La tête présente alors son diamètre bi-pariétal au diamètre sacro-pubien de la mère, et après une manœuvre longue et rendue difficile par le volume du fœtus, ce dernier est extrait dans un état de mort apparente.

L. B...., éthérisée pendant l'accouchement, est alors replacée dans son lit. Demi-heure après on la délivre; le placenta n'offre aucune particularité.

L'enfant, plongé dans un bain tiède, puis frictionné pendant une heure, revient à la vie après les insufflations et les soins de tout genre. — Voici quelles sont ses dimensions :

Longueur totale.	0,47
Poids.	2,320 grammes.
Diamètre occipito-mentonnier.	0,12
— occipito-frontal.	0,11
— sous-occipito-bregmatique.	0,09
— bi-pariétal.	0,08

Suites de couches. — Les lochies coulent bien le premier jour, elles diminuent le 23. A dix heures du soir, L. B.... est saisie d'un frisson assez intense; la fièvre de lait se déclare, elle se prolonge et s'accompagne de douleurs très-vives ayant le caractère des douleurs expulsives; l'utérus reste un peu élevé; le pouls s'accélère et arrive à 110; le ventre, un peu ballonné, est douloureux.

Ces accidents continuèrent jusqu'au 28; une amélioration lente se manifeste alors, puis l'ennui s'empare de la malade, et, le 6 janvier, on cède au désir qu'elle manifestait de retourner à son village.

Etat du col au moment du départ. — Peu saillant, dur, résistant, il forme comme une masse cicatricielle, le doigt perçoit à peine son ouverture. Les parties molles environnantes sont à l'état normal.

Le 18 janvier, on reçoit une lettre de L. B....; elle annonce qu'elle va de mieux en mieux, que son rétablissement est à peu près complet.

Quant à l'enfant, transporté à la crèche immédiatement après être revenu à la vie; là, il ne nous a pas été donné de le suivre. Il parut aller assez bien durant les six premiers jours, mais à ce terme, ses forces déclinèrent, et il a succombé, soit faute d'une nourrice, et partant, d'une nourriture convenable qu'on ne put lui procurer, soit par toute autre cause dont nous n'avons pu vérifier la nature.

Si on compare l'observation qui précède avec celle publiée antérieurement dans ce même journal, on trouve une analogie très-grande dans les deux cas, soit sous le rapport des circonstances qui avaient déterminé l'accoucheur à provoquer l'accouchement avant terme, soit sous celui des effets obtenus. Il s'agit, des deux côtés, de femmes multipares, ayant passé toutes deux leur trentième année, de stature pareille, ayant un simple rétrécissement du bassin de nature identique. Dans la première observation, le diamètre sacro-pubien est de 8 centimètres et quelques millimètres; dans la seconde, nous notons 8 centimètres 1/4 à 8 1/2. Une différence d'environ quinze jours existe dans la grossesse. Elle est peut-être moindre, car il n'est pas toujours facile de déterminer à quelle époque de la gestation on se trouve, à huit ou quinze jours près. C'est là même une des objections qu'ont soulevées les adversaires de l'accouchement provoqué avant terme.

Le succès complet obtenu par M. Bouchacourt dans sa première tentative justifiait l'emploi de la méthode chez L. B.... Elle a été appliquée, comme on l'a vu, dépourvue de tous accessoires, et le résultat a été satisfaisant; il l'eût été encore plus, nous n'en doutons pas, si l'accouchement s'était passé ailleurs que dans un établissement hospitalier, où de nombreuses et fâcheuses influences inhérentes à la nature même des hôpitaux, se font toujours, à des degrés différents, inévitablement sentir au préjudice de la santé de la mère et de la vie des enfants.

Quant au mode d'agir des douches appliquées au col utérin, s'il nous est permis d'en juger par les deux exemples que nous avons en vue, on pourrait dire qu'il est direct et réactionnel.

Il est d'abord direct ou mécanique. En effet, chaque fois que l'appareil cessait de fonctionner, on trouvait avec le doigt un cul-de-sac profond tout autour du col de l'utérus, lequel était plus élevé et d'un accès plus difficile. Les parties molles du vagin, directement frappées par le jet liquide, étaient distendues et d'autant plus que la douche avait été plus prolongée. Quant à celles de l'orifice vulvaire et du segment vaginal antérieur qui n'étaient qu'inondées par le liquide chaud, elles se tuméfiaient au contraire et semblaient donner la sensation d'une augmentation de température. L'ouverture du col elle-même se dilatait, s'entr'ouvrait quelque peu sous l'influence du jet et revenait ensuite en partie sur elle-même dans l'intervalle des douches.

Si la force du jet avait, comme nous le pensons, une notable influence sur la dilatation progressive, sur le tiraillement des parties, il serait naturel de croire que, dans les cas où les douches ont été sans résultat, comme cela s'est rencontré assez fréquemment (treize fois sur 81 cas, d'après le relevé du docteur Krause de Dorpat), cela a tenu à une insuffisance dans la force de projection du liquide employé. Malheureusement personne, que je sache, n'a jusqu'ici noté cette puissance d'action dans des cas identiques à celui qui nous occupe, et M. Bouchacourt a tenu à fixer l'attention sur ce point; les appareils Eguisier ayant toujours une force de pression à peu de chose près identique, il sera facile de se faire une idée de ce qu'elle était dans les cas mentionnés ci-dessus.

A cette action immédiate de la douche chaude, en succède une autre non moins notable, que l'on me permettra d'appeler réactionnelle : c'est l'afflux du sang vers le segment inférieur de l'utérus et vers le vagin, dans l'intervalle des injections. Elle est en raison de la température du liquide, qui doit donc aussi entrer en ligne de compte dans l'appréciation des phénomènes physiologiques. A-t-elle plus ou moins de valeur que l'action mécanique? Cela est difficile à apprécier quant à présent; un certain nombre de relations fidèles d'accouchement provoqué à l'aide de la douche utérine, pourront seules éclairer la pratique sur ce point.

Quoi qu'il en soit de ces deux actions, dilatation et congestion successives des régions soumises à l'influence de la douche, modifications que nous avons notées pour qu'elles soient appréciées à leur valeur, on a pu voir que le travail s'effectuait sans s'accompagner de douleurs locales, ni de malaises généraux au début. Plus tard, en se rapprochant du terme de l'accouchement, quelques points douloureux vagues surgissent de différents côtés; il se joint à tout cela un peu de malaise, un peu d'anxiété, mais le travail marche, et bientôt les *bonnes douleurs* se déclarent, et la dilatation se fait avec lenteur et mesure. N'est-ce point là, en partie, la réalisation de ce vœu formulé naguère dans ce journal, par M. le professeur Bouchacourt : *Faire de l'accouchement prématuré artificiel un accouchement naturel.* Car, sous l'influence des douches, le travail est lent et progressif, et ne s'accompagne point de perturbations notables dans la santé des femmes qui y sont soumises. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Les citations de textes et de dates dont le discours de M. Malgaigne est rempli, nous ont obligé à collationner avec l'auteur les notes que nous avons prises pendant qu'il parlait. N'ayant pu terminer ce laborieux travail en temps utile pour le faire paraître dans notre numéro d'aujourd'hui, nous sommes obligé de le renvoyer à samedi prochain, ainsi que l'appréciation de M. Broca. — J. R.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 38. 5e année. Samedi 28 Mars 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 27 mars 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Discussion sur la méthode sous-cutanée.**]

Pour la troisième fois depuis le début de la discussion, M. Malgaigne est monté à la tribune, qu'il a occupée pendant toute la durée de la séance. On s'y attendait, et une foule compacte encombrait depuis longtemps les bancs et les couloirs de l'Académie lorsque le président a donné la parole à ce vigoureux champion. *Conticuere omnes,* et jamais l'attention ne fut plus soutenue, jamais la curiosité ne fut plus vivement éveillée. A l'intérêt qu'excitent tous les discours de M. Malgaigne, se joignait aujourd'hui l'intérêt plus puissant encore que le public accorde aux luttes passionnées et aux débats personnels.

A côté des félicitations nombreuses que l'orateur a reçues en descendant de la tribune, nous avons entendu, dans les groupes, quelques personnes regretter que la discussion fût sortie des limites de la modération. D'autres allaient jusqu'à dire que cette guerre à outrance était un véritable scandale. C'est possible, mais à qui la faute? Qui a écrit le premier le mot de *charlatanisme?* mot brûlant, que M. Malgaigne a dû relever. Qui a porté à la tribune certain défi que nous ne voulons pas, que nous ne pouvons pas qualifier? De pareilles attaques n'étaient-elles pas faites pour provoquer une réaction? Tout le monde ne s'y attendait-il pas? La réaction, en effet, a été violente et terrible; et elle aurait pu l'être bien plus encore, à en juger par les nombreuses réticences que M. Malgaigne a semées dans la seconde partie de son discours. Ces réticences, nous les avons comprises, mais nous ne les expliquerons pas. En attaquant notre personne pour nous punir d'avoir combattu ses idées scientifiques, M. Jules Guérin nous a bien donné le droit d'user de représailles. Nous l'aurions fait peut-être à 30 ans; mais aujourd'hui, mûri par l'expérience, nous saisissons avec empressement l'occasion de nous taire, pour donner à notre adversaire l'exemple de la modération.

. . . .

Reste la question scientifique, question d'histoire surtout, car, à l'exception de MM. Bouley et Renault, l'Académie jusqu'ici s'est occupée de l'origine, bien plus que des effets et du mode d'action des sections sous-cutanées. Nos lecteurs connaissent déjà notre opinion sur ce débat de priorité. Ils savent que tout en réfutant, l'histoire à la main, les prétentions exagérées de M. J. Guérin, nous l'avons salué comme le principal vulgarisateur, en France, de la méthode sous-cutanée. Mais il ne se contente pas de ce rôle; il réclame pour lui seul toute la gloire. Avant lui la ténotomie était *empirique;* ses nombreux prédécesseurs n'avaient pas agi *intentionnement* (sic). La section sous-cutanée n'était qu'un *expédient* de la ténotomie, de la myotomie, de l'arthrotomie, de la ponction des abcès ou des kystes, et du débridement des aponévroses, des ganglions, des veines, des nerfs, des ligaments, etc. C'est seulement depuis le 13 juillet 1839 qu'on répète, avec connaissance de cause, ces opérations pratiquées aveuglément par Bromfield, Benjamin Bell, Desault, Boyer, Charles Bell, Brodie, A. Cooper, Dupuytren, Dieffenbach, par MM. Stromeyer, Syme, Ammon, Alliot, Duval, Bouvier, Barthélemy, et par tant d'autres empiriques. A l'appui de ces assertions, et pour légitimer cet expédient oratoire, M. J. Guérin, dans son dernier discours, a cité quelques textes empruntés aux écrits de ses devanciers, et toutefois usant, lui aussi, de réticence, il n'a pas toujours choisi les passages les plus significatifs. M. Malgaigne a dû compléter quelques-unes de ces citations. Mais il a insisté surtout sur la réfutation d'un autre argument que M. J. Guérin avait présenté sous une forme assez piquante. Les opérations sous-cutanées, avait-il dit, étaient tellement inconnues avant moi, qu'il n'en était question dans aucun livre classique, et que M. Malgaigne, dans son excellent *Traité de médecine opératoire,* publié en 1837, n'en avait pas dit un seul mot. Cet argument *ad hominem* avait eu beaucoup de succès, mais le triomphe a été court. M. Malgaigne, aujourd'hui, a lu à l'Académie neuf passages de son *Manuel,* édition de 1837; puis il y a joint un passage beaucoup plus long, beaucoup plus explicite de l'édition de 1839, publiée le 24 juin, dix-huit jours avant la première lecture de M. J. Guérin sur la méthode sous-cutanée. A ce propos, M. Malgaigne demande à son adversaire pourquoi il a cité l'édition de 1837 au lieu de celle de 1839, et pourquoi il n'a rien dit de l'ouvrage de Vidal, dont les deux premiers volumes, publiés en 1838, et analysés le 17 novembre de la même année dans la *Gazette médicale,* ren-

fermaient la description nette, régulière, didactique, la généralisation et la systématisation de la méthode sous-cutanée. Plusieurs textes, extraits d'un ouvrage aussi classique, ont prouvé, sans réplique, que cette méthode était très-connue en France avant 1839, et que, si M. Guérin a contribué à la faire pénétrer dans la pratique commune, il n'en a été ni le père, ni le parrain, ni le tuteur.

L'étendue considérable du discours de M. Malgaigne, que nous donnons en entier dans ce numéro, ne nous laisse pas assez de place pour suivre l'orateur dans tous les détails de sa savante argumentation. Il a repris un à un tous les faits invoqués par son antagoniste, toutes ses citations, toutes ses assertions bibliographiques, et, rétablissant la vérité avec une rigueur impitoyable, il a pu terminer beaucoup de périodes par ce refrain cruel : « Voilà encore une citation..., inexacte. » Nous recommandons surtout à l'attention du lecteur, l'histoire intéressante des efforts qui furent faits, à partir de 1839, pour augmenter la célébrité de la *nouvelle* méthode sous-cutanée. L'épisode Barthélemy nous a paru fort instructif. Quant à l'épisode du *Journal de Chirurgie*, qui avait mis pendant quelques jours et jusqu'à vérification, les rieurs du côté de M. Guérin, mais qui a pris aujourd'hui une tournure bien différente, nous ne pourrions en rendre compte sans nous immiscer dans des questions personnelles, auxquelles nous voulons rester étranger.

PAUL BROCA.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

Des tubercules de la choroïde,

Par M. le Dr Ed. JÆGER.

Le développement rapide de tubercules pulmonaires que j'avais observé à plusieurs reprises chez des individus porteurs d'exsudations choroïdiennes à forme particulière, m'avait porté depuis longtemps à considérer celles-ci comme tuberculeuses; mais ce n'est que récemment que j'ai pu constater, par l'autopsie, la réalité de cette hypothèse. Pendant le deuxième semestre de 1854, j'ai vu, avec l'ophthalmoscope, six cas de tubercules choroïdiens; plus tard, j'ai pu en examiner deux au microscope, ce qui m'est, en outre, arrivé quatre fois pour des yeux de cadavres non examinés pendant la vie.

Vus à l'ophthalmoscope, sous un grossissement linéaire de 15 diamètres, ces tubercules se présentent comme une masse tirant du blanc-jaunâtre au jaune-citron bien marqué, arrondie, ovale ou irrégulière, épaisse de la grosseur d'une lentille à celle d'une section faite à travers le nerf optique ou même au-delà, à bords tranchés, sauf au début, pendant lequel ils sont arrondis, présentent une surface voûtée, et ont leurs bords partiellement recouverts de pigment choroïdien On en voit un ou deux, quelquefois un plus grand nombre, qui peuvent être disséminés ou former des groupes.

Parfois, ils paraissent se développer sans inflammation sensible; d'autres fois, ils sont accompagnés d'une hypérémie choroïdienne et souvent d'une choroïdite ou d'une rétinite; dans un cas, il y avait un staphylôme postérieur. — En dehors des complications, les tubercules choroïdiens isolés n'ont d'influence sur la vision qu'autant qu'ils se trouvent dans la région de la tache jaune.

Examinés après la mort, ils se présentent à l'œil nu comme de petits nœuds d'un blanc ou d'un gris jaunâtre, arrondis ou légèrement irréguliers, opaques, mous au toucher, et cependant consistants, de la grosseur d'une graine de pavot à celle d'un grain de millet, développés dans le tissu de la choroïde. Les vaisseaux principaux qui traversent ces masses sont parfois un peu séparés les uns des autres par celles-ci, sur la forme et le contour desquelles ils exercent à leur tour une grande influence. Le stroma propre, le pigment et les petits vaisseaux de la choroïde sont en partie déplacés, en partie remplacés par la masse tuberculeuse.

Sous le microscope, ces tubercules se montraient comme étant à peu près à un même degré de développement, ayant une masse fondamentale finement granuleuse, avec de petites agglomérations de noyaux, quelques cellules qui avaient en partie subi la dégénérescence graisseuse, et des éléments méconnaissables. Ces tubercules étaient analogues à la substance centrale de ceux du cerveau, et appartenaient donc aux tubercules gris.

D'après mes observations, ces tubercules étaient toujours accompagnés de tuberculisation d'autres organes; mais dans deux cas, ont pu les diagnostiquer avant qu'aucun symptôme en accusât sur d'autres points, où ils se montrèrent peu après pour se développer avec rapidité.

(*OEsterr. zeitschrift, etc.*, et *Ann. d'oculistique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 *mars* 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

La parole est donnée à M. Malgaigne.

M. MALGAIGNE. Depuis que, pour la seconde fois, je suis monté à cette tribune, la question a changé de face. J'avais suivi M. Guérin pas à pas dans son discours : j'avais discuté d'abord la priorité de l'invention de la méthode sous-cutanée; j'en avais ensuite étudié la réalité dans ses principes et dans ses applications. M. Guérin, dans sa réponse, a complètement laissé de côté les objections adressées à sa théorie; elles subsistent donc dans toute leur force. M. Renault a bien tenté de reprendre ce côté de la question; mais il a traité surtout de l'influence de l'air sur la production de la gangrène; c'est un point de vue nouveau et que j'aurais désiré examiner avec lui; mais cela nous écarterait trop de l'objet essentiel du débat qui est l'influence de l'air sur la suppuration. Je n'ai donc à revenir aujourd'hui que sur la question de priorité.

Or, j'avais cru et je crois encore que cette question doit se résoudre par les faits, par l'histoire complète et impartiale des faits, et, dans la mesure de mes forces, j'avais recherché ce qui avait été écrit sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger. M. Guérin a bien essayé quelques petites réponses à quelques-uns des faits que j'avais cités; mais sans y insister beaucoup et laissant de côté l'histoire, il a fait appel à des souvenirs plus ou moins vagues et confus pour établir combien l'opinion lui avait été favorable lors de la *promulgation* de sa méthode; et aujourd'hui encore, il cherche contre l'histoire un refuge dans l'opinion.

Peut-être, en effet, y a-t-il là quelque chose à quoi je n'avais pas fait suffisamment attention; c'est que, non assurément selon la logique, mais dans la pratique des choses humaines, l'opinion dicte trop souvent des jugements qu'il importe de déraciner, si l'on veut que la lumière soit complète. On dit : Vous venez nous troubler dans nos convictions; nous ne pouvons changer tout à coup d'opinion, parce que vous avez été déterrer des textes à nous inconnus. Pour nous, il est une chose certaine : nous ne connaissions pas la méthode sous-cutanée avant M. Guérin; c'est lui qui nous l'a fait connaître : et pour nous il n'y a pas d'autre inventeur.

Je voudrais ici établir une distinction essentielle, Messieurs. Il y a deux sortes d'opinion, l'opinion éclairée, et l'opinion aveugle et crédule; la première, qui s'établit d'après les faits, d'après l'histoire, qui se confond avec l'histoire même; l'autre, qui ne va pas chercher si loin, qui répète ce qu'elle a ouï dire, qui se complaît dans son ignorance, et qui cependant ne saurait établir sa compétence sur son ignorance même. Cette opinion varie selon les temps et les lieux; elle peut régner sur un pays tout entier, sur une grande cité, comme sur un village; et en supposant qu'il y ait une opinion en France ou à Paris, favorable aux découvertes françaises, vous comprenez qu'il pourrait y en avoir une autre tout opposée, à Londres et en Angle-

terre, en faveur des chirurgiens anglais; et que, à Berlin aussi, l'opinion se prononcerait probablement pour les chirurgiens de l'Allemagne. Qui mettra d'accord ces opinions si diverses? L'histoire, rien que l'histoire. Pour ceux qui, sans écouter l'histoire, s'opiniâtrent dans leur opinion préconçue, je les comparerais volontiers à des enfants de village qui auraient reçu de leur maître d'école quelques notions sur le système du monde. Ils sortent de leur village; ils entendent dire que le système du monde est l'œuvre de Copernic. Cela les choque dans leur opinion; ils se soucient fort peu de Copernic, et rapportent ce qu'ils ont appris à leur maître d'école. Je le répète donc; il faut apprendre à se méfier des opinions préconçues; et dans les questions de ce genre, c'est l'histoire qui doit être prise pour souverain juge.

Mais enfin, à l'époque où M. Guérin *promulgue sa méthode*, étions-nous dans une telle ignorance qu'il n'y eût rien qui, *de près ou de loin*, ressemblât à la méthode, ainsi que le dit *hardiment* M. Guérin? Cela prouverait simplement que l'ignorance de la chirurgie française, à cette époque, était bien grande; et ce ne serait pas une raison pour l'invoquer comme juge. Mais grâce au ciel, il n'en est pas ainsi. Pour représenter la chirurgie française, M. Guérin déclare qu'il s'en rapportera à deux ouvrages, *dont l'autorité*, dit-il, *ne sera pas récusée par ses contradicteurs*. M. Guérin n'est pas difficile sur ses preuves. Quoi! pour juger de l'état de la science à une époque donnée, s'en tenir aux écrivains d'un seul pays, bien plus, choisir deux ouvrages entre tous, pas plus? Je sais bien d'où vient ce choix; il a cru trouver là un excellent argument *ad hominem*. Mais l'argument *ad hominem* si bon qu'il soit, va bien rarement au fond de la question, et ne réussit qu'à embarrasser un peu son adversaire. Or, pour moi, je déclare que je n'en suis nullement embarrassé. Je ne récuserai pas, dites-vous, l'autorité de mon livre? Et pourquoi donc? Je ne reconnais d'autorité à personne, en dehors des faits; si je me suis trompé, je me récuse; si mon livre était mal au courant de la science, je me récuse encore. Je parle pour moi, Messieurs; quant à M. Velpeau, je n'aurai pas l'outrecuidance de le défendre, il saura bien le faire lui-même.

Mais enfin, je veux bien suivre M. Guérin sur ce terrain étroit, et m'en tenir tout d'abord à mon *Manuel*. Voyons un peu ce qu'il dit de ce malheureux petit *Manuel* :

« M. Malgaigne nous avertit que *son livre est la perfection du genre*. » Messieurs, comme nous aurons beaucoup de citations à vérifier, je suis bien aise de m'arrêter d'abord à la première. Elle est tout à fait inexacte; il n'y a pas un mot de cela dans ma préface. Si j'avais écrit une pareille niaiserie, j'en serais tout honteux. Je la laisse à son inventeur : qu'il la reprenne; elle est bien à lui. M. Guérin m'en a aussi prêté une autre du même genre.

« M. Malgaigne définit la méthode : ce qui donne lieu à des procédés. Si on lui demandait ce que c'est qu'un procédé, il *répondrait probablement* ce qui donne lieu à une méthode. »

M. Guérin trouve cette définition *un peu imprévue*. Et moi aussi; mais comme elle lui appartient, je la lui renvoie encore.

Voyons cependant ce que dit le *Manuel*.

Le *Manuel* commence par les incisions; des incisions sous-cutanées, *pas la plus petite mention*. Quant aux évocations d'auteurs faites depuis, « ce sont autant d'expédients que, pour la plupart, ces Messieurs, *et M. Malgaigne surtout, ne rapportent même pas dans leurs ouvrages*, expédients qui ne doivent leur résurrection qu'à la méthode sous-cutanée. »

Voilà qui est bien net et bien positif, n'est-ce pas? Eh bien, Messieurs, tout cela est inexact; et je ne comprends pas comment M. Guérin a pu se tromper à ce point. J'ouvre cette édition de 1837, qui paraît lui avoir servi de *vade-mecum*; et j'y lis :

Page 12 : « Quelquefois on enfonce le bistouri plus ou moins obliquement; *c'est surtout quand on veut détruire le parallélisme entre l'ouverture intérieure et celle de la peau*. »

Page 118 : *Abcès; ponctions successives*. « On ne les emploie que pour les vastes abcès, soit lymphatiques, soit par congestion, *pour lesquels on redoute l'entrée de l'air*. » Suit le procédé de Boyer, où il est rappelé à la fin qu'il faut *prévenir l'entrée de l'air*.

Page 124 : *Ganglions*. « On a conseillé l'ouverture à l'aide d'une très-petite incision. »

Page 129 : *Tumeurs érectiles*. « 1° *La ponction avec broiement*. On a proposé de plonger dans la tumeur une aiguille à cataracte, avec laquelle on broierait les tissus morbides. »

Page 152 : Description du procédé de Stromeyer pour le pied-bot.

Page 153 : Description du procédé d'A. Cooper pour les brides palmaires, avec cette annotation : « *Ce procédé est le premier en date et a précédé le procédé analogue de M. Stromeyer pour le tendon d'Achille*. »

Page 163 : *Varices; procédé de Brodie*. « *On espérait ainsi éviter l'accès de l'air, cause présumée de la phlébite*; mais Béclard a vu survenir la phlébite et l'érysipèle phlegmoneux après ce procédé comme après l'autre. »

Page 208 : *Hydarthroses*. « On peut choisir entre la ponction au trocart et l'incision au bistouri. *La ponction expose moins à l'entrée de l'air*. »

Page 211 : *Corps étrangers articulaires*. « L'extraction achevée, on laisse revenir la peau sur elle-même; *l'incision de la capsule se trouve ainsi fermée et à l'abri du contact de l'air*. »

Eh bien! en supposant que M. Guérin n'ait eu que mon livre pour apprendre la chirurgie, il ne lui aura pas fallu, je pense, de grands efforts d'invention pour imaginer de s'opposer *à l'entrée de l'air*. Il y avait donc là quelque chose qui ressemblait déjà *d'assez près* à sa méthode.

Mais, Messieurs, pourquoi M. Guérin s'en est-il tenu à mon édition de 1837? Il y en a une autre de 1839, et notez ceci, *du 24 juin* 1839; la date y est; quinze jours avant la promulgation de la méthode sous-cutanée. Cette édition nouvelle pouvait donc, beaucoup mieux que la première, indiquer l'état de la science; serait-ce *intentionnellement* que M. Guérin n'en aurait pas parlé? On vient de voir tous les documents que lui avait fournis celle de 1837 pour constituer sa méthode; celle de 1839 lui en a apporté bien d'autres, et il eût été juste d'en avertir l'Académie. Je m'en vais réparer cet oubli.

Ouvrez le livre, p. 151 : *Opérations qui se pratiquent sur les muscles et leurs dépendances*. « On pratique la section en travers d'un muscle, d'un tendon, d'une aponévrose, dans les cas de rétraction permanente et rebelle à tout autre moyen.

« Ces sortes d'opérations, fort rarement pratiquées jusqu'à ces dernières années, *ont pris tout à coup une extension extraordinaire*. Les sections du tendon d'Achille, du sterno-mastoïdien, des brides fibreuses attribuées à l'aponévrose palmaire, sont devenues des opérations communes; *et il est peu de tendons que depuis on n'ait attaqués ou conseillé d'attaquer*. Sir A. Cooper a divisé le *tendon du fléchisseur propre du gros orteil* pour une flexion de ce doigt. M. Velpeau conseille, dans certains cas de pied-bot, de couper, après le tendon d'Achille, les tendons du *court fléchisseur des orteils*, l'*aponévrose plantaire*; et, au besoin, les tendons du *long fléchisseur du gros orteil*, du *long péronier latéral*, du *long fléchisseur commun*. MM. Duval, Dieffenbach et Stromeyer ont coupé le tendon du *jambier antérieur*. M. Vidal propose de couper celui du *jambier postérieur*. M. Duval a coupé une fois les tendons des péroniers latéraux. Pour le pied-bot antérieur, M. Vidal indique la section du *jambier antérieur*, de l'*extenseur du gros orteil*, et, au besoin, de l'*extenseur commun*. Les tendons des muscles *biceps*, *demi-tendineux*, *demi-membraneux* et *couturier* ont été divisés par MM. Michaelis, Stromeyer, Dieffenbach et Duval. M. Vidal pense qu'il est des cas où on devrait couper le *ligament rotulien*. M. Stromeyer a coupé le bord antérieur du *trapèze*. »

Arrêtons-nous un moment. On attribue fort libéralement à M. Guérin la généralisation des sections sous-cutanées. Le tableau que je viens de relire lui laissait-il beaucoup à faire? Or, ce tableau est incomplet; et déjà cependant je blâmais ce débordement d'opérations; je disais (p. 152) : « Je l'avouerai, je crains qu'une sorte de vogue passagère n'ait entraîné les chirurgiens un peu plus loin qu'il n'était nécessaire, *et même permis*. »

Depuis lors, on a été beaucoup plus loin encore; mais sans qu'il en soit résulté rien de bon, ni pour les malades ni pour la science.

Cependant, on a pu être surpris de ne pas voir figurer là-dedans M. Guérin. M. Guérin, en effet, avançait *hardiment* à cette tribune (*Bull. de l'Acad.*, p. 373) : « Pendant plusieurs années, de 1835 à 1839, j'avais pratiqué un très-grand nombre, un nombre prodigieux de sections tendineuses. »

Ce n'est pas une médiocre fatigue, Messieurs, qu'une discussion où les moindres assertions ont besoin d'être vérifiées; mais vous allez voir combien la vérification est utile. Or, en 1835, M. Guérin *n'avait pas coupé un seul tendon*; en 1836, M. Guérin *n'avait pas coupé un seul tendon*; en 1837, jusqu'au 2 décembre, *il n'avait pas coupé un seul tendon*. Le 2 décembre 1837, il fit enfin, pour la première fois, la section du sterno-mastoïdien. De pareilles assertions vous

épouvantent peut-être et vous seriez bien aises d'en avoir la preuve. Lisez donc le mémoire de M. Guérin *Sur le torticolis;* vous y verrez (p. 32) qu'il fit sa première section le 2 décembre 1837; la deuxième, le 16 janvier 1838. — Fort bien, direz-vous; mais il avait probablement coupé déjà autre chose? — Lisez donc le *Mémoire sur la méthode sous-cutanée* (p. 52) : « *Mes premières expériences sur l'homme* consistèrent dans la section sous-cutanée des muscles sterno et cléido-mastoïdiens. » D'où il résulte que l'illustre opérateur, qui croyait avoir pratiqué *un nombre prodigieux de sections sous-cutanées* à partir de 1835, en réalité, au 15 janvier 1838, n'en avait encore pratiqué *qu'une seule*. Et qu'est-ce que je veux en conclure? Rien. Je tenais seulement à expliquer comment je n'avais pas pu citer M. Guérin pour des opérations qu'il n'avait pas faites.

Seulement, comme il avait coupé le sterno-mastoïdien, je le dis un peu plus loin, je décris ses procédés, auxquels même je donne la préférence. Mais ses procédés laissaient encore à désirer; chose curieuse, c'est moi qui les ai perfectionnés. Lisez ceci, page 158 : « Les procédés de M. Guérin n'acquerraient-ils pas une nouvelle garantie de sécurité, *si l'on commençait par faire une ponction à la peau par laquelle on glisserait ensuite un bistouri à pointe mousse?* »

Vous savez qu'il a suivi ce conseil, et vous savez aussi qu'il ne m'a seulement pas remercié. Du reste, l'invention n'était pas grande; j'avais tout simplement emprunté cette idée à l'un des procédés de M. Bouvier pour le pied-bot, et M. Bouvier n'était même pas le premier en date.

Mais voici, toujours dans ce même volume, quelque chose de plus sérieux. Je distingue, messieurs, pour la section du sterno-mastoïdien, deux Méthodes, la méthode ancienne et la méthode nouvelle, et sous celle-ci je range les procédés de Dupuytren, de Stromeyer, de Syme, de M. Guérin. Je les compare et je dis, page 156 : *Sans aucun doute la seconde méthode doit obtenir la préférence sur la première.* Pour la section du tendon d'Achille, même distinction; et à la nouvelle méthode je rattache les procédés de Stromeyer, de M. Bouvier, de M. Duval. Voilà, messieurs, ce qui, dans mon livre, a pu aider efficacement M. Guérin à inventer sa méthode; et vous comprendrez peut-être pourquoi l'habile orateur, en vous renvoyant à mon Manuel, voulait vous arrêter à l'art du pédicure.

Ainsi, Messieurs, s'il suffit de rallier quelques procédés à une méthode commune pour se proclamer inventeur de la méthode, me voilà, j'ai sur M. Guérin une incontestable priorité. Mais, direz-vous, vous avez nommé la méthode pour le torticolis, et puis pour le pied-bot, vous n'avez pas nommé de méthode générale. Attendez alors; je suis bien aise de me mettre de côté dans un débat d'une aussi piètre importance; cette idée de la méthode sous-cutanée était tellement vulgaire, qu'un chirurgien aurait craint le ridicule en essayant de se l'approprier. Voici un auteur qui a sur moi toute priorité à cet égard, et son livre n'est pas resté dans l'ombre, il a servi à l'éducation de toute une génération chirurgicale : c'est le livre de Vidal de Cassis. L'édition porte sur le titre la date de 1839, mais les deux premiers volumes avaient paru en 1838; la préface porte la date précise du 31 *octobre* 1838; et en effet, on a vu par les extraits de mon Manuel que j'y avais largement puisé.

Voici donc ce qu'imprimait Vidal, *huit mois* avant le premier mémoire de M. Guérin : « Trois méthodes se rapportent aussi à trois époques et à trois noms : 1° Isaacius Minius divise du même coup le tendon et la peau qui le recouvre; 2° Delpech respecte cette portion de peau, elle est seulement divisée sur les deux côtés du tendon, et celui-ci n'est pas mis à nu; *c'est le principe de la méthode sous-cutanée;* 3° Dupuytren ne fait qu'une ouverture à la peau, coupe le tendon ou le muscle, *et complète la méthode sous-cutanée.* » (T. II, p. 449.)

Eh bien, est-elle bien dénommée ici, et cela est-il assez clair? Notez que c'est au chapitre général de la *Ténotomie*, et qu'il s'agit bien d'une méthode générale.

Page 460 : Vidal, pour le pied-bot, rejette la méthode ancienne : « Les seuls procédés qui méritent d'être décrits *sont ceux qui se rapportent à la méthode sous-cutanée.* »

Page 474 : pour les brides fibreuses de la main, Vidal, qui ne connaît pas le procédé d'A. Cooper, dit que : « M. Velpeau fait remarquer que, s'il y avait possibilité, *on devrait appliquer ici la ténotomie sous-cutanée.* »

Page 477, pour le torticolis : « *La vraie méthode sous-cutanée* a été pratiquée d'abord pour la section du sterno-mastoïdien, et c'est à Dupuytren qu'on en attribue l'honneur. »

Ainsi, non-seulement Vidal a établi d'une manière générale la méthode sous-cutanée; mais il insiste sur ce qu'il regarde comme *la vraie méthode;* comment eût-il nommé celle qui devait venir au jour un an après?

Mais peut-être, Messieurs, M. Guérin ne connaissait pas ce livre? Impossible; l'analyse des deux premiers volumes a paru dans la *Gazette médicale* du 17 novembre 1838. Mais peut-être l'article des *rétractions* n'attira l'attention de personne? Un paragraphe spécial de l'analyse est consacré à cet article. « Dans aucun ouvrage de chirurgie, est-il dit, ce sujet, peu exploré jusqu'ici, n'est traité avec autant de développements. »

Dites donc maintenant, répétez donc *hardiment*, qu'avant 1839 il n'existait rien *qui ressemblât, de près ou de loin, à votre méthode!* Jusqu'à son nom, il était créé, vulgarisé par un ouvrage classique; un ouvrage que vous aviez entre les mains, que vous aviez recommandé à vos lecteurs!

Rendez donc à mon livre ce que vous y avez pris! Rendez donc à l'ouvrage de Vidal ce que vous y avez pris!

Je viens de parler de ce qui avait été écrit en France; mais à l'étranger on avait aussi étudié ce sujet. En Allemagne, Dieffenbach avait publié son *Orthopédie sous-cutanée.* En Angleterre, nous trouvons un grand nombre de chirurgiens, Ch. Bell, Brodie, A. Cooper, Marshall-Hall, Syme, Aston Key. Quant aux procédés de Charles Bell, M. Guérin dit : « Malgré des recherches *approfondies*, je n'en ai trouvé aucune trace dans Benjamin Bell, dans John Bell. » J'admire la *profondeur* de ces recherches : aller chercher, dans les œuvres de Benjamin Bell et de John Bell, les procédés particuliers de Charles Bell! Je ne m'étonne pas qu'on ne les y ait pas trouvés. M. Guérin a demandé où ils sont; cela est bien simple; il les trouvera dans le *Traité de Chirurgie opératoire* de Ch. Bell, à l'article des *Luxations du pouce.* M. Guérin fait sur A. Cooper une autre remarque; il ne mentionne que le procédé des chirurgiens anglais pour les brides fibreuses de la main, et il ajoute :

« A. Cooper attachait si peu d'importance à son indication qu'il la perdit immédiatement de vue. » Mais où M. Guérin a-t-il pris cela? Pourquoi donc ne pas dire que A. Cooper a appliqué le même procédé à la section des nerfs? A. Cooper faisait des cours de chirurgie très-suivis qui ont été publiés sous le titre de *Lectures of Surgery;* ouvrez la deuxième édition (1830), vous y retrouverez la section sous-cutanée des brides de la main; et à propos du *tic* douloureux, vous y trouverez des procédés pour la section sous-cutanée du nerf sus-orbitaire, du sous-orbitaire, du mentonnier, de tous les nerfs qu'on coupe à la face.

Je dirai peu de chose de la bataille désespérée qu'a livrée M. Guérin pour conserver la possession de son procédé. J'espère qu'aujourd'hui, mieux éclairé, il me rendra la part qui m'est due pour le conseil que je lui ai donné d'employer le *ponctionneur* et le ténotome mousse. Mais ce qui l'a surtout préoccupé, c'est son pli à la peau, le fameux pli que M. Velpeau lui avait si malencontreusement accordé, et que j'ai retrouvé dans Stromeyer. Mais le pli de M. Guérin a des propriétés particulières; c'est là que gît, ou peu s'en faut, toute la vertu de la méthode sous-cutanée. « *Là*, nous a-t-il dit, *est le secret des résultats pratiques si différents entre les deux procédés, c'est-à-dire des accidents nombreux que j'ai signalés d'une part, et d'autre part de l'innocuité constante de mes résultats!* »

Nous savons déjà à quoi nous en tenir sur l'*innocuité constante* du procédé de M. Guérin; et j'y reviendrai tout à l'heure. Remarquons cependant que ses résultats étaient au moins tout aussi beaux avant qu'il eût imaginé ce pli, et que tous ses malheurs semblent dater de l'adoption de ce pli. Cependant il y tient; il ne veut pas que Stromeyer ait fait un pli semblable; il nous explique même, à l'aide d'une citation très-étendue, quelle a été l'intention de Stromeyer. Mon Dieu, Messieurs, je ne veux attribuer cette citation qu'à une simple méprise; mais elle était arrangée avec tant d'art, que j'avais cru, et vous aussi peut-être, qu'elle était de Stromeyer. C'était une erreur, Messieurs; le texte cité est de M. Guérin; c'est avec son propre texte qu'il démontre quelles ont dû être les intentions de Stromeyer. Je confesse, pour mon compte, que j'aimerais mieux consulter sur ce point Stromeyer lui-même. Or, quand Stromeyer explique l'objet de son procédé, il est très-clair et très-net; il cherche à remplir l'*indication de faire les plaies extérieures aussi petites que possible pour éviter l'entrée de l'air.* Voilà le vrai texte de Stromeyer, qui semble faire quelque peine à M. Guérin; car il met autant d'obstination à le supprimer que nous en mettons à le lui rappeler. Du reste, en voilà assez sur ce pli, dont l'importance a été si généralement appréciée, qu'on ne pourrait peut-être pas citer, à part M. Guérin, un seul chirurgien de Paris qui l'emploie.

Laissons là ce débat ridicule, et arrivons à quelque chose de plus important; c'est la question des résultats. M. Guérin avait dit que, dans les procédés anciens, les accidents n'étaient pas rares; c'étaient des érysipèles, des abcès, des phlegmons, de la gangrène; *tous les chirurgiens en avaient vu.* J'ai nié le fait; j'ai interpellé mes collègues ici présents, pour leur demander s'ils avaient vu, en effet, des accidents en si grand nombre. M. Guérin me fait dire: « Chirurgiens qui m'entendez, praticiens qui m'écoutez, pourrez-vous me citer un cas, un seul cas? » Cette citation est inexacte encore; car moi-même j'avais rappelé deux cas d'abcès de Dieffenbach, deux autres cas de M. Duval, et à ce propos même j'avais rappelé ces piqûres d'aiguilles qui déterminent, sur certains sujets, des panaris violents, et cependant, on ne peut pas accuser ici la pénétration de l'air comme cause d'inflammation. Je n'ai donc jamais prétendu, Dieu m'en garde, que les piqûres sont toujours innocentes; ceux qui croient, avec un pli de la peau, éviter sûrement tous les accidents, feraient bien de relire le travail de Boyer *Sur les plaies par instruments piquants.* J'ai dit seulement et je maintiens que, dans l'histoire de la ténotomie, on ne trouve pas un seul chirurgien qui ait été aussi malheureux que M. Guérin.

Cependant M. Guérin n'est pas de cet avis; il arrive avec une masse de témoignages, et demande si je suis satisfait. Ah! je le serais en vérité, s'il ne s'agissait que de voir un adversaire vous livrer une victoire trop facile! Vous aller en juger. M. Guérin rapporte d'abord un fait de Blandin, qui fut suivi d'érysipèle et de gangrène; mais à ce moment, il y avait une épidémie d'érysipèles dans les services de l'Hôtel-Dieu; et où la gangrène s'est-elle montrée? au talon! M. Velpeau, après avoir coupé les tendons du jarret, fit l'extension continue, et, quinze jours après, il se forma un phlegmon: cette date, éloignée du moment de l'opération, semble déjà l'innocenter en grande partie. — Bérard observa un accident semblable dans les mêmes conditions. — « Plus loin (je cite ici le texte de M. Guérin), c'est M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, qui rend compte successivement de *quatre cas* de ténotomie suivie d'érysipèle, de phlegmon, d'abcès, de gangrène et de mort. » M. Guérin cite ces faits comme consignés dans la *Gazette des Hôpitaux* (année 1840, p. 579; et 1841, p. 44, 399 et *passim*). — Les citations de M. Guérin ont un malheur inouï; il n'y a rien de pareil aux dernières pages indiquées. Mais, j'ai voulu savoir à quoi m'en tenir; j'ai feuilleté toute cette année 1841; et je n'ai trouvé que *deux cas,* et non pas quatre, *deux cas* seulement. C'est bien assez, me direz-vous, et je dirai même, si vous voulez, que c'est trop. Mais c'est justement pour cela qu'il ne fallait pas en ajouter deux autres, qui sont un pur effet de la libéralité de M. Guérin. Enfin, pour pousser les choses jusqu'au bout, je me suis adressé à M. Guersant lui-même, qui m'a répondu qu'il n'y avait effectivement que *deux cas.* Il y a eu une fois un abcès, une autre fois une gangrène de la peau à l'endroit même où l'opération avait été pratiquée; mais on avait appliqué, dès le troisième jour, un appareil dextriné. Or, Messieurs, je soutiens des luttes assez vives contre l'application prématurée des appareils inamovibles dans les fractures, pour avoir le droit de leur faire ici leur juste part. Dans les fractures les plus simples, quelquefois, trop souvent ils ont déterminé la gangrène; quoi d'étonnant qu'ils amènent aussi la gangrène, si on les applique sur des téguments qui viennent de subir une opération!

Ici, Messieurs, je voudrais sortir d'une discussion si pénible pour en tirer au moins une déduction utile à la pratique. Je l'ai déjà dit, je le répète; si je m'élève contre la théorie de M. Guérin, ce n'est pas seulement parce qu'elle est fausse; c'est parce qu'elle est périlleuse. Quand une théorie vous dit que toute suppuration provient de l'accès de l'air, vous croyez bien, en vous prémunissant contre l'accès de l'air, être à l'abri de tous les accidents; vous recourez sans crainte à des manœuvres violentes, à des appareils qui ont leur danger. Comment Dieffenbach a-t-il eu ses deux abcès? En voulant redresser de vive force, immédiatement après la section, deux torticolis rebelles. Vous mettez des appareils inamovibles, vous recourez à l'extension continue après les sections sous-cutanées; et vous accuserez le procédé? Ainsi, dans l'opinion de M. Guérin, si l'on eût employé son fameux pli, on eût pu recourir à l'extension et aux appareils sans inconvénient? Il suffit de poser une pareille question pour la résoudre. Du reste, je suis bien aise de me trouver ici d'accord avec M. Guersant, qui attribue ses accidents à une mauvaise application de l'appareil.

Au total, en réunissant les cas observés par les chirurgiens de Paris, on en trouve cinq en six ans (M. Guérin en a eu autant à lui seul); cinq cas! la fréquence n'est déjà plus si grande.

Mais M. Guérin fait le tour de l'Europe. A Berlin: « Là encore, dit M. Guérin, ce sont MM. Dieffenbach et Phillips qui citent deux cas d'érysipèle, d'abcès, d'inflammation vive, et même de grands abcès. » La citation est inexacte. Il n'y a de Dieffenbach que les deux abcès dont j'ai parlé, et M. Phillips n'en a pas mentionné d'autres.

En Russie, M. Pirogoff a vu succomber deux chevaux sur lesquels il expérimentait. Le même chirurgien, selon M. Guérin, aurait également vu mourir *deux hommes* au Caucase. Laissons de côté les chevaux; Adelman a perdu un homme à Dorpat, et M. Pirogoff a perdu un homme à Fanagorie, *un seul.* M. Pirogoff est loin d'ici, mais ce n'est pas une raison pour lui attribuer deux morts au lieu d'un. Citation inexacte encore. On ne donne pas les détails du cas de M. Adelman, sauf qu'il y eut une phlébite; mais pour celui de M. Pirogoff, écoutez les détails fournis par l'auteur: « Ténotomie des quatre tendons de la fosse poplitée; redressement forcé de l'articulation et appareil amidonné. Malgré la douleur aiguë, l'appareil ne fut pas ôté. Perte de la chaleur animale des doigts, paralysie. » Et à la suite, suppuration, gangrène, mort. Vous voyez encore ici le résultat de l'application intempestive d'un appareil qui est laissé en place malgré les douleurs accusées par le malade. Du reste, il convient d'ajouter que M. Pirogoff est un des partisans de M. Guérin, et que, en bonne justice, on devrait imputer son échec au procédé de M. Guérin et non à l'autre.

En réunissant tous ces faits, nous trouvons à Paris, de 1835 à 1841, 7 cas, en comptant ceux de M. Duval; en Europe, 11 cas, de 1830 à 1849. En tout 11 cas en 19 années, et il a fallu aller jusqu'au Caucase; encore sur ces 11 cas, il en est à peu près 7 qui peuvent être attribués à des circonstances indépendantes de l'opération.

« J'espère, ajoute M. Guérin, que sur ce point M. Malgaigne sera aussi satisfait que l'Académie. » L'Académie est-elle satisfaite? Pour moi, je le suis. Ici M. Guérin, dans une sorte de digression, a bien voulu nous apprendre que, suivant mon conseil, il avait relu Hunter, et il nous en a rapporté une définition de l'inflammation adhésive. Je dois l'avertir qu'il s'est mépris, et que, pour savoir ce que c'est que l'inflammation adhésive, il a besoin de relire encore Hunter.

Revenons cependant au point essentiel du débat. M. Guérin a essayé de nous montrer où en était la chirurgie à l'époque de la promulgation de sa méthode; il veut maintenant compléter la démonstration en nous retraçant l'effet que cette promulgation fit sur les chirurgiens.

« A peine le principe de l'innocuité des plaies sous-cutanées fut-il proclamé, dit-il, qu'un grand nombre de chirurgiens distingués *s'empressèrent à l'envi* de réaliser la plupart des applications chirurgicales que l'auteur de la méthode avait lui-même indiquées, etc. » Et il cite MM. Barthélemy, Malgaigne, Lisfranc, Pinel-Grandchamp, Jobert, Ricord, Velpeau, Goyrand, Bonnet; et il ajoute avec un certain air de triomphe: « Voilà comment la méthode sous-cutanée a été saluée et accueillie dès son apparition. » A merveille; mais pourquoi donc un peu plus loin, en parlant des oppositions que souleva sa découverte, nous dit-il tristement: « Voilà le genre de bruit qu'elle a eu l'insigne honneur de provoquer autour d'elle. Ce n'étaient certes pas des ovations. » Il faudrait cependant choisir entre deux tableaux si contraires; car il ne se peut pas qu'ils soient tous deux également vrais. La vérité, Messieurs, est dans les faits et dans les dates; et la voici:

Lorsque M. Guérin lut à l'Académie des Sciences son mémoire sur les plaies sous-cutanées, le 8 juillet 1839, il n'avait pas encore les prétentions qu'il a hautement manifestées depuis. Il ne publia pas même immédiatement ce mémoire, dont il ne fit paraître que les conclusions. Et il s'agissait si peu d'une méthode générale, que le 4 mai 1840, il crut devoir établir, dans un nouveau mémoire, que les plaies sous-cutanées des articulations participaient à l'innocuité des autres. Et enfin, notez bien ceci, à la fin de 1840, la méthode même n'était pas encore complétement résolue; car on lit dans les *Essais sur la méthode sous-cutanée,* (p. 101), à l'occasion d'un procédé de M. Ricord: « Peut-être, *lorsque nous aurons fait connaître les conditions qui doivent assurer le succès constant des opérations sous-cutanées,* M. Ricord, etc. » Ainsi les conditions d'application de la prétendue méthode étaient encore dans les secrets de l'avenir.

Aussi, le premier mémoire de M. Guérin fut-il reçu avec une parfaite indifférence. Personne ne s'en occupait; il n'y avait ni adhérents ni contradicteurs. Il fallut s'occuper de recruter des adhérents, et ainsi qu'on vous l'a dit, M. Barthélemy fut le premier.

J'ai cru pendant longtemps, en effet, que M. Barthélemy était un des disciples de M. Guérin, tant M. Guérin l'a répété sous toutes les

formes, et il n'a fallu rien moins que cette discussion pour m'éclairer sur mon erreur. L'histoire est véritablement fort curieuse.

En 1838, M. Barthélemy imagina un procédé de section sous-cutanée des tumeurs ganglionnaires, sans connaître les procédés analogues qui avaient précédé le sien. Il fit connaître son procédé dans la *Gazette des Hôpitaux*; il se fondait « sur l'innocuité du moyen qui consiste à les rompre, » et il espérait « qu'elles guériraient sans accident, vu l'impossibilité de pénétration de l'air. » (*Gaz. des Hôp.*, 1838, p. 558, numéro du 27 novembre.) — Vers la fin de 1839, ayant réuni plusieurs observations de succès dus à son procédé, il les publia dans la *Gazette médicale*; et alors, chose assez étrange, mais qui ne pouvait frapper à une lecture ordinaire, il disait : « J'ai songé à leur appliquer la méthode des sections sous-cutanées, dont les principes et les avantages ont été établis par M. Guérin. » Tout allait bien; la nouvelle méthode avait un adepte. Par malheur, elle ne s'en contenta point; tout ce qui, de près ou de loin, ressemblait à une incision sous-cutanée fut rattaché à la méthode, si bien que, en 1841, M. Thierry ayant publié 22 cas de tumeurs ganglionnaires traitées par un procédé analogue à celui de M. Barthélemy, on lut dans la *Gazette médicale* (p. 558) : « Il est bien évident qu'il n'y a rien de propre à M. Thierry dans cette idée de l'incision sous-cutanée, idée implicitement contenue parmi les applications de la méthode sous-cutanée formulée dès 1839 par M. Guérin, et depuis lors pratiquée avec succès par MM. Barthélemy, Chaumet, Marchal et Malgaigne. » Cette fois, M. Barthélemy trouva qu'on lui faisait la part trop petite; il se récria contre cette sorte de confiscation, et écrivit à M. Guérin une lettre dont voici quelques passages :

« Que devient, je vous prie, le procédé que j'ai inventé? procédé qui ne m'a certainement point été inspiré par vos formules générales de 1839, puisque je l'ai publié dans la *Lancette*, le 14 novembre 1838. Vous entendez, le 14 novembre 1838!

« Pour vous décider, mon cher confrère, à vous approprier mon procédé, il a réellement fallu que votre mémoire fût grandement en défaut. Vous avez donc oublié qu'au commencement de 1839, vous ayant proposé un article sur quatre opérations de cette espèce, vous vîntes me voir avec empressement; que dans l'entretien que nous eûmes ensemble à ce sujet, vous m'amenâtes, avec un talent particulier de persuasion, à mettre dans cet article, qui fut publié dans votre journal, les deux phrases suivantes :

« Mon procédé n'est, à vrai dire, qu'une application à un cas spé-« cial de la méthode sous-cutanée de M. J. Guérin, etc. »

« . . . . Il y a mieux, c'est qu'avant le 14 novembre 1838, je ne sache pas qu'il fût sorti de votre féconde plume un seul mot qui constituât, même implicitement, l'idée de cette opération. »

Une pareille lettre, insérée dans la *Gazette médicale*, eût excité trop de rumeur; M. Guérin alla voir l'auteur, lui offrit des explications; et bref, l'engagea à supprimer sa lettre. Mais par malheur, M. Barthélemy, prenant ses sûretés, l'avait adressée aux *Annales de Chirurgie*; et quand il voulut la retirer, il n'était plus temps, elle était publiée. Il en envoya une autre, bien plus curieuse encore, et que les *Annales* imprimèrent religieusement. Des explications qu'il avait reçues, il était résulté pour lui la conviction qu'il n'y avait pas eu intention de s'approprier le procédé, *mais simplement interprétation différente des expressions employées dans la Gazette médicale*. De quoi se trouvant satisfait, il se faisait un *devoir de reconnaître que son procédé n'était, en effet, qu'une inspiration de la méthode générale de M. J. Guérin*. (*Ann. de la chir.*, t. III, p. 251 et 379.) Ainsi, malgré les dates, malgré les termes de sa réclamation, M. Barthélemy avait été amené à confesser qu'un procédé publié en 1838 était une inspiration d'une méthode *promulguée* en 1839!

Voilà comment M. Barthélemy fut la première recrue enrôlée au service de la méthode sous-cutanée. Voyons les autres :

Lisfranc, qui n'y songeait guère, ouvrit, à ce qu'il paraît, un ganglion par une petite ouverture; il n'y a pas de détails sur l'opération; nous savons seulement qu'elle ne réussit pas. N'importe : on proclame que Lisfranc a fait *une importante application de la méthode*; et comme, s'il se fut agi de ganglions, on aurait vu là une imitation des procédés anciens, le ganglion est décoré du nom de *tumeur articulaire très-considérable*. (*Essais sur la méthode sous-cutanée*, p. 97.) — Deuxième adhérent.

Pinel Grandchamp est consulté pour un ganglion que M. Gensoul avait ponctionné, trois ans auparavant, avec une aiguille à cataracte et un bistouri. Pinel Grandchamp fait deux ponctions au bistouri. (*Ibid.*) — Encore *une importante application de la méthode*; troisième adhérent.

M. Ricord avait imaginé de lier par-dessous la peau les veines du cordon, et il avait appelé cela *ligature sous-cutanée*. Certes, il n'y a pas le moindre rapport entre des incisions qui ont pour objet essentiel d'éviter la suppuration, et un procédé où la suppuration est essentiellement inévitable. N'importe, la confusion des noms agira sur l'esprit des lecteurs; et puis M. Ricord est un beau nom à rattacher à la méthode. — Quatrième adhérent.

C'est à propos de ce procédé que M. Guérin promit de *faire connaître les conditions de succès constant*, qui devaient mettre le procédé de M. Ricord *à l'abri de tout accident inflammatoire!* Nous attendons encore cette révélation.

J'ai eu aussi ma part. J'avais imaginé un procédé analogue à celui de M. Barthélemy, et pour lequel il avait assurément la priorité. J'avais donc écrit : « Je pensai qu'on pourrait appliquer là, avec avantage, les incisions sous-cutanées sur lesquelles M. Guérin avait récemment éveillé l'attention des chirurgiens. »

Cette légère mention n'était pas bien compromettante; n'importe, cela suffit, et bon gré, malgré, je me trouve enrôlé parmi les adhérents.

M. Dufresse-Chassaigne avait publié un procédé pour les corps étrangers articulaires, et il n'avait pas plus mentionné M. Guérin que si ce dernier n'eût jamais existé. N'importe, c'est un oubli que M. Guérin consigne en ces termes : « En proposant l'opération dont nous voulons parler, M. Dufresse a omis de la rapporter à son origine. Il nous saura gré, sans doute, en reproduisant son ingénieuse tentative, de réparer son oubli. »

Puis vient M. Jobert qui n'a rien écrit par lui-même, mais à qui l'on attribue les réflexions d'un rédacteur inconnu de la *Gazette des Hôpitaux*; et puis, à l'aide du même procédé, M. Velpeau, oui, M. Velpeau est porté au nombre des recrues de la nouvelle méthode.

Vient enfin M. Goyrand. Mon Dieu! j'étais convaincu, pour mon compte, que M. Goyrand avait puisé ses inspirations près de M. Guérin, et voilà qu'il me faut renoncer à cette conviction comme à tant d'autres. M. Goyrand publia dans les *Annales de Chirurgie*, premier numéro, un mémoire fort remarquable sur l'extraction des corps étrangers articulaires. Il commençait par ces mots : « La généralisation de la méthode des incisions sous-cutanées est un immense progrès chirurgical. » De M. Guérin, pas un mot, si ce n'est, deux pages plus loin, le passage que voici :

« L'innocuité, si bien démontrée par M. J. Guérin, des plaies sous-cutanées, *alors même qu'elles pénètrent dans les articles*, m'a donné l'idée d'une opération nouvelle, etc. »

Ce n'est pas ainsi, à la vérité, que M. Guérin a cité ces deux phrases. Il a commencé par la dernière, dont il a soigneusement retranché ces mots : *alors même qu'elles pénètrent les articles*; puis il l'a fait suivre de la première qui, dès lors, se rapporte naturellement à M. Guérin. Pourquoi donc cette suppression? Pourquoi cette transposition? M. Guérin nous a averti que le mémoire avait été consigné dans le journal de M. Velpeau. Eh! quelle imprudence! car cela m'a rappelé que c'était aussi celui de Vidal de Cassis; que M. Goyrand était l'ami intime de Vidal; quelque chose de plus, qu'il avait été son collaborateur pour ce fameux deuxième volume où Vidal proclamait la supériorité de la *méthode sous-cutanée*; en sorte que M. Goyrand, s'il ne la connaissait pas avant, connaissait au moins la méthode, la vraie méthode sous-cutanée, dès 1838. Seulement, on doutait si l'innocuité de la méthode s'étendait aux plaies articulaires; M. Guérin lui-même s'était cru obligé d'en donner une démonstration spéciale, et c'était uniquement au mémoire spécial de M. Guérin que se référait la citation de M. Goyrand.

J'arrive, Messieurs, à un témoignage qui aura toujours pour moi un grand poids; c'est celui de M. Bonnet, de Lyon. Seulement, si ce témoignage m'était contraire, il me serait permis de rechercher si M. Bonnet n'a pas été induit en erreur, et, par exemple, il a bien cru et nous avions tous cru avec lui, qu'il était l'inventeur de la névrotomie sous-cutanée. Mais enfin, voyons ce que M. Guérin fait dire à M. Bonnet :

« C'est à M. Guérin que l'on doit la découverte des phénomènes intimes dont les plaies sous-cutanées sont le siége.... Il était réservé à M. Guérin d'établir, en lois nettement formulées, les propositions émises par Delpech d'une manière incidente, et de faire passer ces lois, à l'aide d'une suite de démonstrations rigoureuses, dans l'ordre des vérités acquises à la science. »

Vous croyez sans doute, Messieurs, que tout cela se rapporte à la méthode sous-cutanée! Erreur; la dernière phrase a été prise trois

pages plus loin que l'autre, et a trait au rôle du système nerveux dans les rétractions musculaires. Si vous voulez avoir une idée un peu plus exacte du sentiment de M. Bonnet sur l'invention de la méthode sous-cutanée, lisez ceci à la page XIII : « Les caractères propres aux plaies sous-cutanées, tels qu'on peut les reconnaître par l'observation clinique, ont été pressentis par Delpech et observés par Stromeyer et Dieffenbach... M. Guérin, *quoique n'ayant point été l'inventeur proprement dit des principes de la méthode sous-cutanée*, a contribué, plus que personne, à lui assigner son véritable caractère, etc. »

Pourquoi donc M. Guérin a-t-il omis de citer ce passage?

Mais M. Guérin compterait en sa faveur un témoignage plus précieux encore ; ce serait celui de Dieffenbach, qui a tant fait pour la propagation et la généralisation des sections tendineuses sous-cutanées. Vers 1843 ou 44, au temps des plus grandes luttes de M. Guérin, Dieffenbach serait venu à lui et lui aurait dit : « Puisque l'on vous persécute et parce que l'on vous persécute, je n'hésite pas à venir vous dire que je vous reconnais, moi, comme le véritable auteur de la méthode sous-cutanée et le créateur de l'orthopédie scientifique. » Dieffenbach est mort le 11 novembre 1847. J'ai eu l'honneur de connaître Dieffenbach ; esprit ingénieux, habile opérateur, à toutes les qualités du grand chirurgien il joignait cette qualité ou cette faiblesse de tenir beaucoup à tous ses procédés, et M. Guérin a pu en savoir quelque chose. En abandonnant ainsi ses droits, il a donc fait un grand acte de générosité. Comment cette générosité n'a-t-elle pas été plus entière? Comment Dieffenbach l'a-t-il laissé ignorer à tout le monde, sauf aux témoins si discrets de M. Guérin? Comment la *Gazette médicale* n'en a-t-elle jamais rien dit? Comment a-t-il fallu que neuf années aient passé sur la tombe de Dieffenbach pour que nous ayons connaissance de ce fait? Il y a là bien des invraisemblances ; mais des invraisemblances ne sauraient détruire la réalité d'un fait. Puisque M. Guérin le dit, il faut bien le croire ; mais j'avoue que si cela était avancé par un autre, je n'y croirais pas.

J'arrive maintenant à une autre partie du discours de M. Guérin. Après avoir cherché à montrer tout le retentissement qu'a eu sa découverte, le voici qui ne veut pas qu'elle ait fait tant de bruit. Pour les petites inventions de Lapeyronie et de Dupuytren, à la bonne heure; mais pour lui : « Moi comparé à Lapeyronie et à Dupuytren, moi qui ne suis rien, qui n'ai jamais été rien qu'un modeste travailleur, comparé aux chirurgiens des rois et des grands hôpitaux de Paris! » Ni si haut, ni si bas. Messieurs, il n'y a pas bien longtemps que la presse était considérée en France comme un quatrième pouvoir, et que certains journaux politiques, par exemple, usant et abusant de leur puissance, pesaient sur les administrations, sur le gouvernement, et se flattaient de faire et de défaire à leur gré les ministères. Cela ne saurait s'appliquer sans doute à la presse médicale. Cependant, qui ne sait que vis-à-vis certains journaux *il vaut mieux être ami qu'adversaire?* Moi-même, dans cette discussion, j'en ai su quelque chose. M. Guérin nous l'a dit, il obtint *la faveur exceptionnelle d'être admis dans les hôpitaux sans concours* ; d'où venait donc cette faveur? Comment toutes les réclamations de ceux qui avaient subi la rude épreuve des concours demeurèrent-elles sans résultat? Eh! mon Dieu, mon Dieu, qui l'ignore? *La faveur* qui protégeait ce *modeste travailleur* était si forte, qu'il ne fallut pas moins qu'une révolution pour ramener à l'observation des règlements.

J'arrive enfin, Messieurs, à une question qui m'est toute personnelle, que je n'aborde qu'avec regret; c'est la position que M. Guérin m'a faite en citant ici des fragments d'écrits déjà anciens, qui ont excité dans cet auditoire des rires d'autant plus pénibles pour mon amour-propre qu'ils étaient plus mérités. Je veux moi-même me condamner encore à les relire; voici donc ce que j'écrivais il y a quatorze ans :

« Lorsque M. Guérin, génie ardent, aventureux, mais d'une incontestable puissance, eut mis le pied pour la première fois sur le terrain orthopédique, il le trouva bien maigre, bien obstrué de ronces et de broussailles; sans balancer, il se mit hardiment à l'œuvre, défrichant, cultivant, agrandissant son nouveau domaine, qu'il eut bientôt peuplé de grandes et belles théories, d'où il faisait découler toutes sortes d'applications. »

Suivent quelques phrases que M. Guérin a jugé à propos de sauter ; après quoi la citation reprend :

« En effet, les doctrines générales de M. Guérin remuaient l'orthopédie de fond en comble, donnant aux questions déjà étudiées une face imprévue, en suscitant de toutes nouvelles, et de plus, se succédant avec une telle rapidité qu'*il en résultait* D'ABORD *une sorte d'éblouissement.* »

Ici, la citation s'arrête; et le citateur ajoute modestement : « *Voilà, Messieurs, comment M. Malgaigne, à une autre époque, jugeait la méthode sous-cutanée et les autres travaux de l'auteur ; vous savez comment il les juge aujourd'hui.* » Que l'Académie me permette de le lui dire; si elle a cru savoir quelque chose d'après ces citations, elle s'est trompée. Cette première citation, car il y en a une autre, est misérablement tronquée; et sans la rapidité de la lecture, on aurait pu se demander la réserve indiquée, *il en résultait* D'ABORD *une sorte d'éblouissement.* Ce n'est pas là un jugement, c'est le préliminaire du jugement. Or, dans les phrases sautées par M. Guérin, je montrais, parallèlement à lui, *M. Bouvier, occupé depuis longues années déjà à un travail d'une autre nature, rassemblant laborieusement les faits, multipliant sur chaque question les recherches et les expériences, ne concluant, autant que possible, qu'à coup sûr, et n'allant ainsi ni si haut ni si vite.* Est-ce que M. Guérin aurait jugé ce parallèle périlleux pour sa gloire, qu'il l'a si scrupuleusement retranché? J'en suis fâché alors; car pour rétablir ma pensée, je suis obligé de pousser la citation encore plus loin. Nous disions donc que les théories de M. Guérin produisaient *d'abord* une sorte d'éblouissement. Suivez maintenant le vrai texte :

« Il fallut tout revoir, *tout soumettre à un sévère examen ;* c'est la tâche que M. Bouvier a poursuivie avec persévérance, *et plus d'une fois avec succès.* »

Eh! eh! il me semble que ceci commence à modifier les choses, et que l'appréciation de M. Malgaigne devient un peu moins flatteuse. Suivons toujours :

« Il y a donc un contraste presque absolu entre les deux antagonistes. L'un est avant tout l'homme des doctrines, l'autre, avant tout, est l'homme des faits; l'un dogmatise toujours, l'autre vérifie sans relâche; celui-ci regarde les choses de bas en haut, celui-là de haut en bas; il leur est presque impossible de les voir de même. Nous ne nous écarterions pas probablement beaucoup de la vérité en soupçonnant que M. Bouvier prise assez peu les hautes théories de M. Guérin, lequel, de son côté, ne tient pas grand compte des faits de détail et des expériences de son adversaire. *Pour nous, et nous croyons en ceci représenter assez bien l'opinion générale, nous professons une très-haute estime pour l'un et l'autre talents ; nous croyons qu'ils se complètent l'un par l'autre*, et que de leur réunion, ou pour mieux dire de leur lutte, la science retirera des bénéfices *que chacun d'eux isolément serait impuissant à lui donner.* » (*Journ. de Chir.*, janvier 1843, p. 19.)

Voilà, si vous voulez le permettre, quel était alors le jugement de M. Malgaigne; les éblouissantes théories de M. Guérin, combattues *plus d'une fois avec succès;* et M. Guérin, tout seul *impuissant* à rendre à la science des services pour lesquels il avait besoin de M. Bouvier. Voilà ce qu'il fallait citer jusqu'au bout, si l'on avait eu l'idée d'éclairer l'Académie et la mettre à même de juger entre les appréciations de diverses époques. Maintenant, pourquoi ne l'a-t-il pas fait? Pourquoi la citation a-t-elle été si heureusement ou si malheureusement tronquée? Je pose la question; que celui qui seul peut y répondre y réponde.

Du reste, il ne s'agissait pas là de la méthode sous-cutanée. Le 28 février de la même année, j'adressais à l'Académie de Médecine une lettre reproduite dans mon numéro de mars, M. Guérin en a cité le commencement comme il suit :

« L'innocuité à peu près constante des plaies sous cutanées est un fait désormais *acquis à la science*, et qui n'a pas été sans influence sur les progrès réels de la médecine opératoire. A M. J. Guérin *revint surtout l'honneur de s'être emparé de ce fait, de l'avoir érigé en principe,* d'en avoir généralisé les applications, et enfin d'avoir essayé d'en donner la théorie. »

Maintenant, complétons la citation :

« D'après cette théorie, comme on voit, le contact de l'air est la cause essentielle de l'inflammation dans les plaies; prévenez ce contact, il n'y aura plus d'inflammation ; et de là la nécessité des précautions les plus minutieuses pour empêcher l'entrée de l'air. *C'est une idée déjà ancienne, avancée un peu témérairement par A. Monro, vivement combattue par J. Bell, difficile, dès lors, à concilier avec les notions chirurgicales les mieux assises. A-t-elle été mieux démontrée de nos jours?* Je crains, qu'à cet égard, *son ingénieux renovateur* ne se soit fait illusion, etc. »

Suivait la critique des expériences de M. Guérin et l'exposé des miennes. Peut-être la citation ainsi complétée n'a-t-elle pas tout à

fait le même sens que celle qu'on vous a faite. Quant à la théorie, vous le voyez, je la rapportais à qui de droit et je la déclarais fausse. Quant au grand fait de l'innocuité des ponctions sous-cutanées, je le déclarais *acquis à la science;* et, ce que j'accordais à M. Guérin, c'était *surtout l'honneur de s'en être emparé.* Est-ce de cela qu'il se félicite? Eh mon Dieu! dans la critique de son procédé, nous lui avons fait voir *qu'il s'est emparé* de bien d'autres choses.

Mais ce n'est pas là ce que vous vouliez, sans doute; et quand vous avez annoncé d'une manière si pompeuse, quand vous avez déclaré que si l'*honneur de votre méthode* ne vous forçait à les faire, *votre modestie s'y refuserait*, vous avez visé à un plus grand résultat. Vous avez tenu à opposer mon langage d'autrefois à celui d'aujourd'hui, à me faire rougir de cette sorte de palinodie. Eh bien! que le triomphe de M. Guérin soit complet; oui, ce que j'ai eu le malheur d'écrire un jour, je m'en repens, j'en rougis, et je désire que mon exemple serve de leçon aux autres.

C'était en 1843; M. Guérin avait à soutenir, à cette tribune et au dehors, des luttes aussi fortes, aussi opiniâtres qu'aujourd'hui. Il vous a dit que c'était une coalition. Chose nouvelle dans l'histoire de la science, qu'un chirurgien qui se trouve perpétuellement en butte à des coalitions! A la coalition de 1842 succède celle de 1844; en 1857, à ce qu'il paraît, il y a encore une coalition, et s'il est vrai, comme l'a dit M. Guérin, que les enfants même y prennent part, quel malheur! le passé répond de l'avenir, et il en surgira jusqu'à la consommation des siècles.

Quoi qu'il en soit, du moins la coalition était forte; sans parler des vivants, il y avait dans l'Académie, Gerdy; hors de l'Académie, Vidal et Dezeimeris; les esprits étaient fort échauffés; et à travers les mailles les plus serrées de leurs discours, de leurs écrits, on sentait percer comme un affreux soupçon de fraude et de mensonge. Il me semblait qu'on allait trop loin, Messieurs, qu'on maltraitait trop M. Guérin, qu'on ne lui rendait pas suffisamment justice; je venais de fonder mon journal; je trouvai beau de prendre le rôle de modérateur dans ces débats, d'aller tout d'abord au secours de l'opprimé; et tout en réservant, comme je le croyais alors, les droits de la science, j'essayai de le consoler par un grand et beau langage, d'autant plus beau que moi-même j'avais eu personnellement à m'en plaindre!

Comment en ai-je changé? Ah! voilà! En 1843, entendez-vous, la même année, cinq mois après ma lettre à l'Académie, la *Gazette médicale* publiait, non plus des théories, mais des résultats bien propres à donner *tout d'abord une sorte d'éblouissement.* Savez-vous comment j'en parlais *d'abord?* M. J. Guérin pourra joindre ce témoignage aux autres :

« *En ce qui nous concerne, sans prétendre ni les nier, ni les admettre, nous étions du moins résolûment de cet avis que si, en effet, M. Guérin les avait obtenus, il avait fait faire à la chirurgie des progrès gigantesques, et tels que l'état de la science permettait à peine de les espérer.* » (*Journ. de chir.*, 1843, p. 259.)

Mais, Messieurs, plus cela était grand et beau, plus il importait de le vérifier. Je tentai donc pour ces faits le travail de vérification que M. Bouvier avait fait pour les théories; j'essayai de le faire avec le concours de M. Guérin; n'ayant pu l'obtenir, je poursuivis tout seul; et à la place des résultats annoncés, que trouvai-je? Rien, rien, rien. Ce fut alors que je rougis de ce que ma crédulité naïve avait écrit quelques mois auparavant; mais comme j'étais un homme de la presse, comme mon premier langage avait pu induire en erreur un certain nombre de mes lecteurs, je compris que j'étais tenu de les détromper, et je sonnai le tocsin d'une manière si terrible, qu'il retentit d'un bout de la France à l'autre. Oui, ça été un terrible changement de langage, et cependant moins terrible encore que ce qui en fut l'occasion!

J'ai fini, Messieurs; quoi qu'il arrive, quelque tour que puisse encore prendre cette discussion, je n'y rentrerai plus; les triomphateurs d'hier pourront se donner demain de nouveaux airs de triomphe, si bon leur semble; ils n'auront plus d'autre réponse que le silence. Même aujourd'hui, je ne répondrai point à cette sorte de défi que l'Académie a dû être bien étonnée d'entendre, et qu'on aurait pu attribuer à l'emportement de l'improvisation, s'il ne s'était étalé en *italique* dans le compte rendu de la *Gazette médicale.* Le sentiment qu'il m'inspire est tel, que mon respect pour l'Académie ne me permet même pas de l'exprimer.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

NÉCROLOGIE.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de M. Michel LHERMITE, ancien interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, professeur agrégé honoraire à l'Ecole de Pharmacie, etc., décédé à l'âge de 39 ans. Parmi tous les hommes qui exercent avec honneur et savoir la profession de pharmacien, M. Lhermite méritait une des premières places. Son déplorable état de santé depuis vingt ans ne lui a pas permis de mener à bonne fin tous les travaux que lui avait fait concevoir et même entreprendre un rare dévouement à la science que rien ne pouvait altérer; mais ceux que M. Lhermite a pu réaliser portent au plus haut degré l'empreinte d'un esprit perspicace, ingénieux, exact, qu'anime avant tout l'amour exclusif de la vérité. Tous ceux qui, comme nous, ont vécu dans le commerce de notre excellent collègue, ne trouveront dans ces quelques lignes d'adieu que l'expression bien affaiblie des mérites intellectuels et moraux de notre excellent collègue.

Concours pour deux places de médecins du bureau central des hôpitaux de Paris. — Le concours que nous avons annoncé, il y a six semaines, n'est pas encore terminé, que déjà un nouveau concours se prépare : il s'ouvrira le 6 avril prochain. Le jury se compose provisoirement de *MM. Bailly*, *Cruveilhier*, *Gubler*, *Baron* et *Monod*, juges, et *Michon*, suppléant.

Distribution des prix aux internes en pharmacie et nomination des internes nouveaux. — Avant-hier mercredi a eu lieu à l'administration de l'assistance publique la distribution des prix aux pharmaciens internes des hôpitaux, et la proclamation des nouveaux internes.

La séance était présidée par M. Dubost, secrétaire général de l'administration, assisté de MM. de Cambray et Censier, chefs de division, et Vée, inspecteur.

MM. Cap, Chatin, Buignet, Guyart, juges du concours de l'internat, MM. Ducom, Grassi et Réveil, juges du concours des prix, siégeaient au bureau.

Après une allocution de M. Cap, au nom du jury de l'internat, et de M. Réveil, au nom du jury des prix, les noms des lauréats et des élèves nouveaux ont été proclamés :

PREMIÈRE DIVISION. — *Prix : Médaille d'argent.* — M. MORIN (Marie-Edmond), de Rouen, interne en pharmacie de 4e année à l'hôpital des Cliniques.

Accessit : (livres). — M. GALLOIS (François-Narcisse), de Vitry-le-Français, interne de 4e année à l'hôpital de la Charité.

Mention honorable. — M. ARNOULD (François-Charles), interne de 3e année à l'hôpital Lourcine.

DEUXIÈME DIVISION. — *Prix : Médaille d'argent.* — M. MAGNE (Athanase-Bonaventure-Dominique-Henri), interne de 1re année à l'hospice de la Vieillesse (hommes).

Accessit : (livres). — M. MÉHU (Camille-Jean-Marie), interne de 1re année à l'hôpital Saint-Louis.

Mentions honorables. — 1° M. ROUSSIN (Edmond-Marcellin-François), interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu;

2° M. TOUBIN (Jean-Alexis-César), interne de 1re année à l'hôpital Beaujon.

Les internes nouvellement nommés sont au nombre de 24, ce sont :

MM. Rives, Noël, Brun, Rousseau, Dessaïs, Lebaigne, Combarieu, Monbrun, Stockers, Truchaud, Coquelet, André dit Pontier, Bonnejournée, Testard, Bru, Giroud, Allorges, Bonzom, Dusart, Moreaux, Poulain, Grignon, Deschamps, Berger.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'albuminurie et de la maladie de Bright. Mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine, le 24 juin 1856, par MM. Al. BECQUEREL et VERNOIS, docteurs en médecine, médecins des hôpitaux. — Extrait du *Moniteur des Hôpitaux.* — Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19, et au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, rue Garancière, 5. — In-8°. Prix : 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 39. 5e année. Mardi 31 Mars 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 30 mars 1857.

Séance de la Société de Chirurgie du 18 mars 1857.

[**Kystes hydatiques du foie. — Amylène. — Traitement de l'hydrocéphalie par l'injection iodée.**]

Les injections iodées ont eu les honneurs de la séance. La Société de chirurgie s'est occupée de l'application, sinon nouvelle, du moins insolite et contestée, de ce moyen thérapeutique au traitement de deux affections bien graves et bien difficiles à guérir : les kystes hydatiques du foie et l'hydrocéphalie chronique.

Un malade présenté par M. Chassaignac a été le point de départ de la première discussion. Cet homme portait depuis longtemps, dans la région du foie, une tumeur fluctuante qui présentait tous les caractères d'un kyste volumineux. Au mois de septembre dernier, la tumeur augmenta rapidement et la santé générale commença à s'altérer. Décidé à tenter une opération, et craignant de provoquer la suppuration, M. Chassaignac commença par faire au sommet de la tumeur une application de potasse caustique, afin de faire adhérer le foie avec la paroi abdominale, et pour pouvoir ultérieurement, si cela devenait nécessaire, ouvrir, suivant le procédé de Récamier, une issue à la suppuration sans pénétrer dans la cavité péritonéale.

Le 15 septembre 1856, une première ponction fut pratiquée. Elle donna issue à une sérosité parfaitement transparente, dans laquelle la chaleur et les acides ne produisirent aucune coagulation. Ce caractère conduisit M. Chassaignac à penser qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. Le 22 septembre, on pratiqua une seconde ponction, qui fut suivie d'une injection iodée. Il survint quelques accidents ; le malade ne se rétablit qu'assez lentement ; mais la tumeur, qui s'était reproduite, diminua graduellement, et aujourd'hui la guérison [illegible]

Ce fait intéressant a soulevé une question de diagnostic et une question de traitement. Relativement au diagnostic, on s'est demandé si le kyste contenait réellement des hydatides, ou si ce n'était qu'un kyste séreux. Ainsi que M. Verneuil l'a fait remarquer, le caractère de la non-coagulabilité du liquide ne suffit pas pour démontrer la présence des hydatides, puisqu'il se retrouve quelquefois dans de simples kystes séreux. L'examen microscopique du liquide aurait pu lever les doutes ; le liquide des hydatides renferme quelquefois des crochets d'échinocoques, ou

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Le docteur Griffus (d'Ephèse) au docteur Alcibiade-Agamemnon Kastorinopoulo.

LETTRE DEUXIÈME.

Les grands peuples, mon ami, ressemblent aux grands poëtes et aux femmes sur le retour; il faut les regarder à distance pour les trouver dignes de leur réputation. En arrivant à Paris, je pensais tomber au milieu du peuple le plus spirituel de la terre; je m'étais imaginé que la France avait hérité en ligne directe de tout l'atticisme de l'Athènes du temps jadis; que la Seine était le Pactole du bon sens; enfin, que les préjugés et la sottise étaient des crimes tellement inouis que le Code pénal ne les avait même pas prévus.

Ah! mon ami, quelle déception! Ces Français tant vantés sont les gens les plus crédules du monde, et il n'est pas de monstrueuse sottise qu'on ne puisse leur faire croire, surtout si on la fait venir de l'étranger. Hier, c'étaient les tables tournantes et les esprits frappeurs; aujourd'hui, une comète qui doit réduire notre planète en poudre; M. Hume, Médium (lisez escamoteur), Américain, se faisant passer pour un être surnaturel, jonglant avec les esprits, ayant pour pages des génies, évoquant les morts, faisant parler les mânes comme de simples tables, danser les chaises, voyager les meubles; enfin, pratiquer la magie blanche et noire chez les grands, qui le reçoivent avec tous les honneurs dus à un être si merveilleux. A Paris, on croit à tout cela. Quand un homme a des soupçons de ménage, vite il fait tourner sa table et entonne sa petite invocation à l'esprit frappeur; ceux qui ont la bosse de la comète font leur testament en faveur d'une planète moins menacée que la nôtre. Les *Humistes* vont, quand ils peuvent mettre la main sur le Médium, évoquer des ombres qui apparaissent comme de simples ombres chinoises, les mains pleines des plus riches promesses. Des badauds, tout de noir habillés, prétendent que le grand Diable et ses cornes est mêlé à tous ces mystères, et les journaux, même scientifiques, qui devraient éclairer l'opinion, hochent la tête d'un air profond en disant : il faut voir.

D'honneur, dans ce diable de pays, on dirait que la moitié des gens a juré d'abrutir et d' *enténébrer* l'autre.

Il y a quelques jours, dans un salon fréquenté par la fine fleur des pois de la littérature et même de la médecine, on causait des prodiges opérés par le *Médium* américain. Personne n'avait rien vu, mais tout le monde racontait des histoires prodigieuses que chacun

même des échinocoques visibles à l'œil nu, entiers, qui se présentent sous l'apparence de petits grains de semoule. Cette dernière particularité n'existait pas dans le cas de M. Chassaignac, mais le microscope seul aurait pu révéler la présence des crochets, et cet examen n'a pas été fait. M. Chassaignac, d'ailleurs, n'a extrait aucun fragment de membrane hydatique; enfin, la sensation particulière de frémissement, qui accompagne quelquefois les kystes acéphalocystes, n'a pas été perçue avant l'opération.

La question de diagnostic reste donc douteuse. Mais on aurait tort de considérer le succès de l'injection iodée comme un fait contraire au diagnostic de M. Chassaignac. Les kystes hydatiques peuvent quelquefois guérir par ce moyen; M. Richard en a cité un exemple sans réplique, puisque dans ce cas le liquide retiré avant l'injection fut examiné au microscope, et qu'on y trouva des crochets d'échinocoques.

Relativement au traitement, on a pu se demander quel a été le rôle de l'injection iodée dans la guérison. M. Robert a cité l'observation d'un jeune homme à qui il fit une ponction en 1844; le liquide qu'il retira était séreux, salé, non coagulable, et il pensa que ce caractère indiquait la présence d'hydatides du foie. Il se proposait d'ouvrir la tumeur suivant la méthode de Récamier; mais le malade quitta l'hôpital, et, chose sur laquelle on ne comptait guère, il guérit complétement et définitivement, quoiqu'on ne lui eût fait qu'une simple ponction. M. Robert a vu un autre cas semblable, et il est permis de se demander dès lors si la guérison obtenue par M. Chassaignac est due à la ponction ou à l'injection iodée. On peut se demander encore, avec MM. Robert et Voillemier, si cette guérison sera définitive. M. Voillemier a cité plusieurs cas de récidive survenant quelque temps après l'opération, chez des malades qui avaient, pendant plusieurs mois, paru complétement guéris.

Cette question de la récidive est fort difficile à élucider. On sait que les kystes du foie sont souvent multiples; il peut se faire qu'après avoir guéri un premier kyste, on voie paraître une [illegible] véritable, mais au développement d'un second kyste dans le voisinage du premier. M. Boinet, qui a vu du reste plusieurs malades guéris définitivement par l'injection iodée, a vu aussi la récidive survenir ainsi par le développement d'un kyste nouveau, notamment chez un malade dont l'autopsie fut faite dans le service de M. Briquet. Un kyste de la convexité du foie, traité par l'injection, était parfaitement guéri; mais plusieurs autres kystes, auxquels on n'avait pas touché, existaient vers la face profonde du même organe. MM. Robert et Voillemier paraissent disposés également à attribuer la plupart des récidives à ce mécanisme; mais un fait tout récemment observé par M. Demarquay prouve que les kystes hydatiques peuvent récidiver, dans le sens propre du mot, après l'injection iodée. Il s'agit d'un malade entré à la maison municipale de santé pour une tumeur de la cuisse qui s'est reproduite après une injection iodée. Une ponction exploratrice ayant donné issue à du pus, M. Demarquay s'est décidé à pratiquer une incision. Il a vidé la poche où il a trouvé des hydatides encore vivantes.

La suppuration, dans ce cas, paraît avoir été la conséquence de l'injection iodée. M. Larrey, à ce propos, a cité un fait analogue. Une injection iodée, poussée dans un kyste hydatique de la hanche, produisit une inflammation suppurative qui nécessita une large incision. Le malade du reste a bien guéri.

Le fait rapporté par M. Demarquay a soulevé un court incident sur l'emploi de l'amylène, ce nouvel anesthésique introduit par M. Snow dans la pratique, et employé en France pour la première fois par M. Giraldès. M. Demarquay avait dit qu'il avait cherché à endormir son malade avec l'amylène, et qu'après avoir dépensé, sans résultat, en seize minutes, 80 grammes de ce liquide, il avait dû y renoncer et recourir au chloroforme. A ce propos, M. Giraldès a fait remarquer que l'amylène est tellement volatile, qu'on ne peut se contenter de le verser dans un cornet plein de charpie, comme on le fait pour le chloroforme, et qu'on est obligé de se servir d'un appareil muni d'une embouchure; on utilise ainsi toute la vapeur anesthésique et le sommeil est obtenu avec facilité. L'insuccès de M. Demarquay vient probablement, suivant M. Giraldès, de ce qu'il n'a pas eu recours à ce moyen. Toutefois, M. Voillemier, qui a fait plusieurs essais sur ses opérés et sur lui-même, a très-bien réussi à produire l'anesthésie en versant simplement l'amylène sur une compresse, et la quantité de liquide qu'il a employée est à peine supérieure à la quantité de chloroforme qu'on dépense habituellement. L'expérience de M. Robert n'est pas d'accord avec celle de M. Voillemier; il pense, comme M. Giraldès, que l'amylène ne peut être convenablement administré qu'au moyen d'un appareil. Cette différence entre les résultats des divers expérimentateurs s'explique peut-être par l'état de la température au moment où les expériences ont été faites. Quoi qu'il en soit, l'extrême volatilité de l'amylène permet de croire, avec MM. Robert et Giraldès, que ce liquide, pour produire des effets certains, exige l'emploi d'un appareil, complication légère sans doute, mais de nature cependant à faire préférer le chloroforme dans la pratique, jusqu'à ce qu'il soit bien démontré que le premier de ces anesthésiques est décidément supérieur à l'autre sous le rapport de l'innocuité. Or, il nous paraît difficile, dans l'état actuel des choses, de se prononcer sur ce point.

---

tenait, comme toujours, de témoins oculaires. Les dames frissonnaient; leur crinoline se ballonnait d'horreur; la situation était tellement tendue que le moindre incident imprévu aurait déterminé un évanouissement général.

Le docteur V...., qui jusque-là n'avait rien dit, prit alors la parole en ces termes: Vous n'avez vu toutes ces merveilleuses choses que par les yeux de vos amis, mais moi, j'ai vu, de mes propres yeux vu. Je suis allé chez M. Hume; je tenais à causer avec un mort. Comme je n'avais aucun secret d'outre-tombe à demander à Charlemagne ou à Sésostris, je choisis par hasard un de mes clients qui s'était conduit à mon égard avec toute la délicatesse qui caractérise le malade guéri à crédit. Plus tard, il avait mis le comble à ses mauvais procédés en mourant sans me régler sa note; je n'étais pas fâché d'évoquer son ombre pour lui dire un peu ce que je pensais de feue sa conduite. Le magicien me mit bientôt en présence de mon ex-malade, qui m'apparut dans un déshabillé aussi léger que peu décent; son costume ne me permettait pas de le prendre au collet, mais la discussion n'en fut pas moins chaude, et je lui dis des choses à le faire rentrer sous terre. Cette ombre déloyale disparut; il était temps, car j'allais me porter contre elle à des voies de fait regrettables dans notre position réciproque.

Pour calmer mon irritation, je résolus d'évoquer une ombre qui me fut bien chère et que la mort impitoyable avait séparée de moi depuis quelques années; la puissance magique du *Médium* fit apparaître aussitôt ce nouveau fantôme dans un costume qui prouve que la crinoline ne fait pas partie de la garde-robe de l'éternité.

Je la trouvai belle comme le jour de notre dernier rendez-vous. M. Hume eut la discrétion de nous laisser seuls, et je vous demande la permission de ne point vous faire assister à notre entrevue. Voilà des faits, messieurs, qu'en pensez-vous?

— J'en pense, dit M. N..... Ro......., qui ne croit plus à rien depuis qu'il a été directeur de l'Opéra, que vous n'êtes qu'un *blagueur* (le mot a été dit, je le conserve).

— Eh bien! mon cher...., vous avez parfaitement raison, lui répondit le docteur V....

Puisse cette noble franchise trouver beaucoup d'imitateurs, et souhaitons surtout que les Français en général, et les Parisiens en particulier, n'acceptent comme authentiques que les merveilles et miracles vérifiés, contrôlés et certifiés par une commission de membres de l'Institut.

Comme j'y allais, je rencontrai trois hommes que je reconnus pour des confrères; l'un d'eux, que je remarquai plus particulièrement, était jeune encore, assez gros, de taille moyenne; il avait le col court, le front un peu déplumé, la face large, pâle et

— Le traitement de l'hydrocéphalie congéniale par les injections iodées, a donné lieu à un rapport intéressant de M. Boinet. Nous en donnerons rapidement l'analyse. Le rapporteur établit d'abord que l'hydrocéphalie n'est pas absolument incurable, et qu'elle peut guérir par de simples ponctions. MM. Sam-Vosa, Hallbrouck, Chassaignac en ont publié des exemples. MM. Græfe et Bedor de Troyes, Nonat, ont réussi chacun une fois, M. Adams cinq fois. M. Hofhing, en 1837, a rapporté un cas plus curieux encore où une hydrocéphalie fut guérie à la suite d'une fracture du crâne avec plaie. L'enfant était âgé de 5 ans. L'écoulement du liquide fut très-abondant pendant huit jours, puis il diminua graduellement et finit par tarir. Deux ans après l'enfant était parfaitement guéri.

M. Conquest, de Londres, a rassemblé 19 observations d'hydrocéphalie traitée par la ponction, sur ce nombre il y a eu 9 cas de guérison. Il ne faut pas s'étayer sur ces chiffres pour apprécier le degré d'efficacité de la ponction, car il est certain que les succès ont dû être publiés avec plus d'empressement que les insuccès ou les revers. M. Boinet admet même que la réussite est très-exceptionnelle, mais il a cru devoir citer ces faits pour prouver que l'hydrocéphalie est loin d'être absolument incurable, comme beaucoup de chirurgiens ont pu le croire. Sous le rapport de la curabilité, il distingue l'hydrocéphalie arachnoïdienne de l'arachnoïde ventriculaire; dans le premier cas, l'art peut intervenir avec quelque chance de succès; dans le second cas, la réussite est à peu près impossible. Cette distinction est réelle, sans aucun doute, mais, dans la pratique, elle est fort embarrassante, car elle est subordonnée à une question de diagnostic à peu près insoluble jusqu'ici.

Si les ponctions simples peuvent guérir certaines hydrocéphalies, il est permis de songer à favoriser la guérison au moyen des injections iodées. Deux tentatives seulement ont été faites jusqu'ici : l'une déjà publiée par M. Brainard, de Chicago (Illinois); l'autre, encore inédite, adressée à la Société de chirurgie par M. Tournesko, de Bucharest. C'est ce dernier fait qui a donné lieu au rapport de M. Boinet.

Le sujet de l'observation de M. Brainard était une petite fille de 4 semaines, dont la tête avait 19 pouces de circonférence. Dans l'espace de sept mois, on fit vingt et une ponctions suivies d'injection iodée. On se servait d'une solution très-affaiblie. L'injection ne paraissait nullement douloureuse et provoquait seulement une légère réaction dont la durée ne dépassait pas deux à trois jours. La santé de l'enfant s'améliora d'abord, mais à la fin on vit survenir de l'engourdissement, de la somnolence, et les autres symptômes qui accompagnent la dernière période de l'hydrocéphalie. On renonça alors aux injections iodées; on se contenta de pratiquer deux ponctions simples; mais ces opérations provoquèrent des accidents graves, et la mort survint à la suite de convulsions. A l'autopsie, on trouva 1,200 grammes de sérosité limpide, contenue presque entièrement dans la cavité des ventricules.

L'insuccès des injections iodées dans ce cas s'explique peut-être par le siége de l'hydropisie; mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'innocuité du contact de l'iode sur la surface interne des ventricules cérébraux.

Le fait de M. Tournesko serait beaucoup plus encourageant si le peu d'ancienneté de l'opération ne laissait craindre l'éventualité d'une récidive. Il s'agit d'un enfant âgé de 2 mois, dont la tête avait 56 centimètres de circonférence. On pratiqua d'abord une ponction simple qui évacua 11 onces de sérosité. Une nouvelle ponction, pratiquée quelque temps après, donna issue à 24 onces de liquide. Cette fois, M. Tournesko se décida à pratiquer une injection iodée. Le trocart avait été enfoncé dans la suture fronto-pariétale, à une profondeur de 5 centimètres. La solution injectée renfermait un tiers de teinture d'iode pur, deux tiers d'eau. Le liquide injecté resta presque entièrement dans le crâne; on en put à peine extraire la huitième partie. Immédiatement après, l'enfant devint très-pâle, mais il ne perdit pas connaissance. Il y eut de la fièvre pendant quelques jours, sans somnolence et sans convulsions. Au bout de 24 jours, l'enfant paraissait guéri : la tête n'avait plus que 44 centimètres de circonférence, ce qui est à peu près le volume normal. Aucun nouveau phénomène n'étant survenu les jours suivants, M. Tournesko espéra que la guérison serait durable, et adressa son observation à la Société de Chirurgie, trente-huit jours après l'opération. Cet empressement ne saurait être blâmé, puisque l'auteur avait hâte de prendre date; mais nous espérons qu'il complétera plus tard ce fait intéressant, en envoyant à la Société des renseignements sur l'état ultérieur de son petit malade.

C. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE.

De la valeur de l'amylène comme agent anesthésique,

Par M. JULES ROUYER.

Il y a quelques mois, la plupart des journaux de médecine français reproduisaient, d'après un journal anglais, une note de

---

encadrée de favoris noirs; il montrait, quand par hasard il riait, ce qui lui arrivait souvent, des dents larges et fortes qui paraissaient d'une solidité remarquable et très-disposées à mordre. Sa physionomie ouverte était celle d'un Gaulois du vieux temps, railleur, mais incapable d'une arrière-pensée méchante ou d'une attaque sournoise. Je le vis tirer de sa poche et lire en marchant à ses amis quelques feuillets manuscrits que je m'empressai de sténographier en les suivant. Aux premiers mots, je reconnus que ces confrères étaient des journalistes, et je pris les plus grandes précautions pour leur dissimuler mon indiscrétion.

Voilà ce que lisait l'homme pâle : *LE DÉNONCIATEUR.*

Aujourd'hui, chers lecteurs, le feuilleton vous amène par l'oreille un nouveau type à bafouer. — Nouveau, peut-être pas tout à fait, mais par bonheur, on l'observe si rarement dans le public médical, qu'on peut presque le considérer comme quelque chose de neuf.

Voyez là-bas, dans l'ombre du crépuscule, à l'heure où les chats-huants et autres bêtes malfaisantes quittent leurs obscures retraites, voyez cet homme qui rase les maisons d'un pas furtif, il fuit sous le regard des passants; à son allure inquiète, on le prendrait pour un voleur qui sent une patrouille.

Tout à coup il s'arrête, il vient de rencontrer la gueule béante d'une boîte aux lettres, il essuie la sueur de son front, tire en frémissant de sa poche une large lettre *anonyme* dont l'écriture est contrefaite avec soin et qui porte comme adresse :

A Monsieur

L. . . . .

en son hôtel, à Paris.

Il laisse tomber sa lettre dans le sein de ce discret dépositaire des serments d'amour, des mensonges commerciaux et des dénonciations anonymes. Son œil effaré interroge les alentours; rencontre-t-il le regard indifférent d'un passant, il baisse la tête et reprend sa course hâtive, comme s'il entendait dans le lointain le pas lourd des remords — ces gendarmes des mauvaises consciences. Trois fois notre *honorable confrère* répète cette petite scène dans un nouveau quartier : l'adresse est la même, mais l'écriture chaque fois est différente. La dernière boîte a reçu sa dernière confidence; il s'éloigne en se frottant les mains, pousse un soupir et dit tout bas : Enfin, je les tiens!!

Vous pensez peut-être, candides lecteurs, que cet *honorable confrère* vient simplement de convier ses amis à un punch détestable ou à une soirée aussi complétement exempte de rafraîchissements que le désert de Sahara.

Non! cet homme, qui est un confrère, cet homme, que je n'ai pas le

de M. John Snow relative à un nouvel agent anesthésique, l'amylène, que l'auteur anglais considérait comme préférable au chloroforme. Depuis cette époque, de nombreuses expériences ont été faites en France, et le nouvel anesthésique a été essayé dans les hôpitaux de Paris par plusieurs chirurgiens; d'après ces essais, qui, du reste, sont encore continués actuellement, on peut déjà juger si l'amylène est destiné à remplacer le chloroforme.

M. G. Tourdes, professeur à la Faculté de Strasbourg, a publié, dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (28 février et 25 mars 1856), un travail sur l'amylène, comprenant quelques détails pharmacologiques sur cette substance, le compte rendu d'expériences faites sur les animaux, la relation des cas où cet anesthésique a été employé sur des malades qui devaient être opérés par M. Ph. Rigaud, et deux essais rélatifs à l'atténuation des douleurs de l'accouchement, faits par M. Stoltz.

M. Debout a rapporté, dans le *Bulletin de thérapeutique* (15 mars 1856), plusieurs observations de malades opérés par M. Robert, à l'hôpital Beaujon, et qui ont été soumis à l'anesthésie par l'amylène.

M. Luton a rendu compte de quelques essais faits à l'hospice des Enfants-Trouvés, par M. Giraldès (*Arch. de méd.*, février 1856), qui a lu sur ce sujet une note la Société de Chirurgie (*Monit. des Hôp.*, 1856, n° 32, 14 mars).

Enfin, récemment à la Société de Chirurgie, séance du 18 mars, plusieurs chirurgiens ont rapporté les résultats qu'ils ont obtenu en employant l'amylène au lieu du chloroforme.

Avant d'étudier la valeur de ce nouvel agent anesthésique, nous croyons utile de rappeler quelques détails sur ses propriétés chimiques et physiques. Nous empruntons à l'excellent travail de M. Tourdes ces détails qui lui ont été fournis par M. Hepp, pharmacien en chef des hospices civils de Strasbourg.

L'amylène, découvert en 1844 par M. Balard, s'obtient en soumettant l'essence de pommes de terre ou alcool amylique à l'action d'un corps déshydratant, tel que l'acide sulfurique ou le chlorure de zinc. Le liquide ainsi obtenu correspond à la formule $C^{10} H^{10}$; il est incolore, d'une pesanteur spécifique de 0,661, à 12°; il bout à 35°. (La densité du chloroforme est de 1,506; son point d'ébullition est à 60°.) L'amylène est soluble dans l'alcool et l'éther, à peu près insoluble dans l'eau; son odeur est assez désagréable.

Ce liquide brûle avec une flamme blanche, accompagnée d'un peu de fumée. Il s'enflamme avec facilité: une éponge imbibée de cette substance s'enflamme facilement; les vapeurs peuvent même s'allumer à une certaine distance de l'éponge.

Ce que nous venons de rapporter s'applique à l'amylène pure correspondant au composé défini $C^{10} H^{10}$, dont la préparation est difficile et longue. Aussi n'en obtient-on que des quantités minimes par les procédés de laboratoires; et les manipulations nombreuses que nécessite le préparation en élèvent considérablement le prix. Le liquide expérimenté jusqu'ici dans les hôpitaux est un mélange de carbures d'hydrogène, dont le point d'ébullition varie de 28 à 80°, suivant la quantité relative de ces carbures qui entrent dans la composition du liquide. De ces composés, les principaux correspondent aux formules $C^{20} H^{20}$ (paramylène), $C^{40} H^{40}$; il en existe plusieurs autres correspondant à des formules intermédiaires. On comprend dès lors que les résultats seront très-différents, suivant le mélange que l'on emploiera : le principal caractère dont on se sert comme de point de repère est le degré d'ébullition du liquide. Nous tenons ces détails de M. Berthé, qui s'est occupé d'une manière toute spéciale de la préparation des liquides employés, et qui a fourni jusqu'ici les meilleurs produits employés pour les expérimentations.

La diversité des résultats obtenus s'explique en partie par la nature différente des liquides employés. Quelques-uns de ces liquides exhalaient une odeur de sulfure de carbone (ou au moins ayant une grande analogie avec celle de cette substance); cette odeur était extrêmement prononcée et même intolérable au bout de quelques instants. Il est même difficile de comprendre que l'on ait eu l'idée de soumettre de jeunes malades à l'inhalation de vapeurs aussi désagréables.

Examinons maintenant les résultats obtenus par l'emploi de l'amylène(1) substitué au chloroforme, pour produire l'anesthésie dans les opérations chirurgicales. En analysant les observations publiées par les auteurs que nous avons cités, on trouve que, dans la majorité des cas, l'anesthésie a pu être obtenue complétement, mais elle durait fort peu de temps, une à deux minutes, et on était obligé à trois ou quatre reprises, même pour des opérations peu graves et de courte durée, de faire respirer de nouveau les vapeurs de l'amylène, et des quantités assez considérables de ce liquide ont dû être employées dans certains cas. Chez d'autres malades, on a eu beaucoup de peine à obtenir l'anesthésie, il a fallu quinze, vingt, et jusqu'à trente minutes d'inhalations avant que l'on pût commencer l'opération; d'autres ont

(1) Nous conserverons, pour plus de clarté dans le langage, le nom d'*amylène* aux liquides employés, quoique cette substance y entre pour une faible proportion, ainsi que nous l'avons dit.

---

droit de vous nommer, même tout bas, cet homme, au front duquel je cloue avec une de mes flèches l'écriteau infamant de *dénonciateur*, cet homme vient de commettre une action lâche et ignoble, il vient de porter contre le journal une dénonciation anonyme à la Bazile.

Le malheureux s'imagine que Jupiter va lui prêter sa foudre pour réduire en poussière l'audacieux qui ne veut pas se prosterner devant lui. Sa punition sera d'apprendre que le seul résultat de son infamie a été de faire lire notre modeste feuilleton dans des régions où il ne pénètre pas ordinairement, et de dérider des fronts chargés de graves pensées.

Que l'honnête homme doit être furieux de s'être roulé dans la fange pour obtenir un pareil résultat.

Puisque nous en sommes sur ce chapitre, le feuilleton en profitera pour répondre à un petit reproche auquel il est d'autant plus sensible qu'il croit ne pas l'avoir mérité, et que c'est le seul qu'on lui ait adressé jusqu'à présent. On a prétendu que ses flèches étaient *quelquefois* trop acérées, de sorte que leur pointe aurait pénétré, *quelquefois*, au delà de l'épiderme. Croyez-le bien, chers lecteurs, lorsque le feuilleton transforme un homme en Saint-Sébastien, c'est qu'il a de bonnes raisons pour le faire; ne le blâmez donc point avant de connaître ses raisons.

Il a l'habitude de combattre au grand jour, il ne s'embusque jamais au fond d'une cave pour tirer aux jambes des gens qui passent devant son soupirail; son attaque est toujours franche et loyale, s'il fustige un ridicule ou une indignité, c'est toujours en face.

Ses adversaires, au contraire, viennent lui tendre, dans les ténèbres, des traquenards anonymes, des piéges à loups ignobles, où ils ne prennent qu'eux-mêmes, car le feuilletoniste est habitué à recevoir tant de choses qu'on ne signe pas, qu'il est devenu le Champollion de l'anonyme, et qu'il devine non-seulement le piége, mais encore celui qui l'a tendu, de sorte qu'il rit de l'un et frappe de nouveau sur l'autre.

Vous ne voyez donc que cette moitié de la lutte qui se passe au grand jour; quant à l'autre, qui se passe dans les ténèbres des caves ou des égouts, elle serait inconnue pour tous, si je ne prenais la peine de la démasquer.

Il faut donc y regarder à deux fois avant de plaindre les gens, et surtout avant d'appliquer le titre d'honorable à tort et à travers comme on le fait à tout propos.

Il est des honorabilités vraies, mais il en est de fausses. Le public du balcon ne voit sur le théâtre que les masques, mais pour le feuilleton, placé dans les coulisses, il n'y a point de rouge ni de blanc qui puisse masquer la vérité. Il voit de près le clinquant des oripeaux, les couronnes de papier doré et les diamants en verre de couleur.

perçu des sensations douloureuses assez prononcées au moment où l'on pratiquait l'opération. MM. Chassaignac et Demarquay ont communiqué à la Société de Chirurgie les résultats peu favorables qu'ils ont obtenus en employant l'amylène. Le second de ces chirurgiens a employé 80 grammes de ce liquide sans pouvoir obtenir l'insensibilité, et a dû se servir de chloroforme, n'ayant plus d'amylène à sa disposition. Dans un autre cas, l'anesthésie paraissait complète et cependant la malade a perçu des douleurs pendant l'opération. (Dilatation de l'anus, pour une fissure.)

Dans tous les essais tentés jusqu'ici, on n'a pas signalé d'accidents survenus à la suite de l'emploi de l'amylène, et ceux qui préconisent ce dernier liquide, croient lui trouver en cela une grande supériorité sur le chloroforme. Mais les accidents produits par celui-ci sont rares, et un grand nombre de chirurgiens nient qu'il puisse en survenir quand cet agent est convenablement administré. Quelques faits cependant semblent démontrer leur possibilité, même dans ces conditions d'application. Mais, dans ces cas, les accidents, la mort, doivent être attribués à l'inhalation de vapeurs anesthésiques, indépendamment du liquide employé. L'amylène, mis en usage pour l'anesthésie chez ces malades, eut peut-être déterminé les mêmes résultats.

Il semble, d'après ce qui a été produit jusqu'ici, que l'amylène, au point de vue de son degré d'action anesthésique, agisse comme une solution de chloroforme dans un liquide inerte. Ajoutons encore que chez les animaux soumis aux expériences, on observe des symptômes différents de ceux que détermine le chloroforme, et qui tendraient encore à laisser de beaucoup la supériorité à ce dernier liquide. Ces expériences ne nous étant pas personnelles, nous ne pouvons nous étendre davantage sur ce sujet pour le moment ; nous nous bornons simplement à signaler le fait.

L'amylène, en outre, présente d'autres inconvénients nuisibles à la vulgarisation de son emploi, le chloroforme présentant des conditions plus favorables sous ce rapport.

Son prix est très-élevé ; il pourrait être abaissé, cependant, si la préparation en grand était nécessaire, mais il resterait encore supérieur à celui du chloroforme. En outre, les quantités plus considérables d'amylène nécessaires pour obtenir l'anesthésie augmenteraient encore cette différence. La volatilité plus grande de ce liquide occasionne une déperdition assez forte, ce qui nécessite l'emploi d'une plus grande quantité de ce liquide. On peut y remédier en partie en employant un appareil spécial à inhalations ; mais l'emploi de cet appareil est une complication qui a été rejetée pour le chloroforme comme nuisible plutôt qu'utile.

De plus, outre que l'anesthésie reste souvent incomplète, elle est de courte durée, et le chirurgien est obligé souvent de s'interrompre dans l'opération, pendant qu'on fait de nouveau respirer les vapeurs amyléniques.

Enfin, la volatilité de ce liquide donne lieu à la production abondante de vapeurs, d'une odeur peu agréable pour le malade d'abord et pour les assistants ; ces vapeurs sont inflammables, même à une distance notable, ce qui peut avoir de graves inconvénients dans les opérations pratiquées à la lumière artificielle.

D'après ce qui précède, on voit que les essais tentés jusqu'ici sont peu favorables au nouvel agent anesthésique ; cependant, avant qu'ils puissent acquérir une valeur réelle pour ou contre, il faudrait que le liquide employé soit un composé défini ou au moins un mélange déterminé, toujours le même : cependant, quelques-unes des raisons que nous venons d'exposer tendraient à faire rejeter définitivement le nouveau liquide proposé pour l'anesthésie chirurgicale.

Paris, 30 mars 1857.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

Destruction des excroissances et végétations syphilitiques au moyen de l'acide chromique,

Par M. le Dr Marschal.

M. Charles Robin a déjà appelé l'attention des praticiens sur l'application de l'acide chromique sur les chancres. M. le docteur Marschal, dans le journal anglais *The Lancet,* propose l'emploi du même agent pour la destruction des excroissances et végétations des organes génitaux :

On se sert de la solution suivante :

Ac. chromique cristall.	5
Eau distillée.	15,

que l'on applique sur la végétation à l'aide d'une tige de verre, en évitant de toucher les parties voisines. La douleur est moins vive que celle causée par le nitrate d'argent ou l'acide nitrique ; il se produit une inflammation suppurative circonscrite qui entraîne la destruction de la tumeur. On panse la plaie avec de la charpie sèche ou imbibée d'une solution d'acétate de plomb.

Comme celle du tyran de Syracuse, son oreille est un foyer acoustique où viennent se condenser les bruits mystérieux, les anecdotes intimes qui nous montrent la conscience de l'homme dans le simple appareil d'une conscience qui se croit à l'abri de tout regard indiscret. Il faut avouer que souvent elles ont besoin de toilette ; en négligé elles sont affreuses. Ah ! si le public savait avec quels matériaux on peut, en ce bas monde, se fabriquer une réputation d'honorabilité, il ferait comme le feuilleton, il en rirait de bon cœur.

Ce qu'il y a de plus divertissant, c'est qu'au titre de très-honorable, ces réputations de troisième catégorie parviennent souvent à ajouter celles d'illustre praticien, de savant célèbre ! ! Pauvres nains scientifiques, qui n'augmenteraient point leur hauteur de dix centimètres, s'ils employaient leurs œuvres complètes à se faire des talons de bottes....

Je ne pus en entendre davantage, les trois amis venaient de disparaître sous le portique d'un édifice semblable à un temple. C'est, en effet, un temple dédié à Esculape ; cent prêtres, sous le nom d'académiciens, sont chargés d'entretenir le feu sacré sur l'autel du dieu. J'osai suivre mes guides dans ce sanctuaire que les mauvaises passions des hommes ont (probablement) toujours respecté ; qui n'a (sans doute) jamais entendu que le chœur des prêtres dont les voix scientifiques toujours d'accord chantent des louanges qui montent comme un pur encens au pied de leur divinité ; là, pensais-je, doit régner la douce Concorde ; chacun doit faire abnégation de sa personnalité, respecter l'honneur de ses frères, et chercher, dans le bien-être des humains, la douce récompense d'une vie consacrée à la science de guérir les hommes.

L'Académie était en séance. Un orateur occupait la tribune de la manière la plus brillante, mais hélas ! il vilipendait un de ses collègues ; mais je n'aime pas qu'on se réfugie derrière une tribune académique pour poignarder la réputation d'un homme d'honneur.

Je me voilai la face et m'éloignai à grands pas de l'Académie, me promettant de la visiter un jour qu'elle serait plus soigneuse de la dignité de ses membres. Dr Griffus (d'Ephèse).

Paris, 28 mars 1857.

A l'instant où le bon docteur terminait sa lettre, un domestique, séduit à prix d'or, fit adroitement tomber sous ses yeux la *Monographie thérapeutique du quinquina.* Cette lecture le plongea immédiatement dans un sommeil léthargique qui nous permit de prendre copie de sa lettre ; cependant j'ai des remords, si j'avais été trop loin, si le docteur Griffus ne devait plus s'éveiller ! ! !

Dr JOULIN.

Une seule application suffit dans la majorité des cas, et la guérison est complète dans l'espace de quatre à huit jours. Dans les cas graves, deux ou trois applications faites à une semaine d'intervalle sont nécessaires.

L'auteur anglais rapporte plusieurs observations qui témoignent des bons effets de ce mode de traitement.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Calculs dans la portion membraneuse de l'urèthre. — Extraction par la boutonnière. — Guérison,

Par M. Jules VIGNAL,

Docteur-médecin à Cette (Hérault).

Au mois de novembre 1856, on vint me présenter un enfant pour une incontinence nocturne d'urine, dont il était affecté depuis le premier âge. Cet enfant, nommé E. Garrigues, est âgé de neuf ans, d'une constitution chétive, d'un tempérament nerveux irritable, d'une intelligence précoce. Il n'a jamais eu aucune maladie sérieuse.

Depuis son jeune âge il est affecté d'incontinence nocturne d'urine, et pendant la journée il urine incessamment, le plus souvent goutte à goutte, quelquefois par un jet grêle; il n'a pas observé que le jet fût parfois interrompu. L'enfant a l'habitude de se frotter le gland et de se tirailler le prépuce.

Plus tard, il me dit qu'il lui arrivait souvent de s'arrêter en urinant, quand il sentait qu'il en avait encore besoin.

Je procédai à l'exploration : je fis allonger l'enfant sur une table, et je relevai le bassin par un coussin. La sonde introduite était encore à demi inclinée sur le plan abdominal, que je sentis son bec arrêté par un corps dur, d'une surface de 1 centimètre environ. Je cherchai à pousser quelque temps en avant, sans pouvoir y parvenir. Ce ne fut qu'en imprimant certains mouvements d'inclinaison que je parvins à l'enfoncer davantage. Je sentis alors le frottement du corps dur sur la courbure, et je parvins dans la vessie, d'où il s'échappa un flot d'urine. En explorant le fond de ce viscère, je ne perçus aucune sensation de corps dur. Mais on comprend qu'il aurait été bien facile de se méprendre, à cause de la sensation très-perceptible de frottement du calcul uréthral. Aussi, je crus utile de pratiquer le toucher rectal, pour être plus sûr de mon fait. Je ne sentis rien dans la vessie, à travers la paroi du rectum. En retirant lentement la sonde, on sentait un râpement prolongé, qui pouvait porter à croire qu'il existait dans le canal une incrustation calcaire, plutôt qu'un calcul.

Mon diagnostic me parut positif; je le fis vérifier par M. le docteur Dumas, qui renouvela l'exploration et reconnut la présence d'un corps dur dans l'urèthre. Je crus reconnaître, en outre, qu'il existait plusieurs de ces corps durs.

Que faire dans ces circonstances? Trois indications se présentaient : ou bien dilater suffisamment l'urèthre pour permettre aux calculs de sortir par eux-mêmes ou par extraction; ou bien employer la lithotritie uréthrale; ou bien, enfin, faire la boutonnière. Dans la supposition de mon confrère (des graviers peu volumineux), le premier moyen était le plus convenable; mais dans mon idée (des concrétions assez volumineuses), la boutonnière était le moyen le plus court, quoique le plus dangereux. Nous écartâmes la lithotritie, à cause de la difficulté que nous aurions eue à manier la sonde et des autres obstacles bien connus par les praticiens. Je ne doute pas, cependant, que de plus habiles eussent pu en user avec bénéfice.

J'adhérai, malgré mes idées, au désir de mon confrère, et je me décidai à tenter la dilatation de l'urèthre. Je devais procéder à cette manœuvre, quand tout à coup l'enfant se trouva pris de rétention d'urine. Il y avait douze heures qu'il n'avait pas vidé sa vessie lorsque je fus mandé. J'eus d'abord assez de peine pour faire avancer la sonde; mais, ayant soin de relever fortement le bassin, je parvins à passer en arrière des calculs, qui se trouvèrent alors sur la courbure, et je pénétrai dans la vessie, d'où il s'écoula une quantité considérable d'urine.

La rétention d'urine persista, et j'étais obligé de me rendre deux fois par jour auprès du malade pour vider sa vessie.

Mais les souffrances de l'enfant, à chaque introduction des sondes métalliques, l'irritation que celles-ci produisaient dans la vessie, manifestée par des mucosités et la douleur abdominale, les efforts pour évacuer l'urine, qui amenaient des sueurs abondantes, de la fièvre, de l'insomnie, de l'inappétence, me déterminèrent à prendre une résolution définitive.

Mon confrère, appelé de nouveau en consultation, ayant heurté directement le calcul dans son exploration, et considérant l'état du malade, convint que l'opération était urgente. Les parents m'ayant sollicité de la faire, je m'y décidai, malgré mes appréhensions.

Cette opération, pratiquée le 13 janvier, n'offrit rien de bien particulier. Comme nous n'avions pas à faire la taille vésicale, mais simplement la boutonnière, je crus devoir faire l'incision sur un point plus élevé que pour la taille médiane, c'est-à-dire à partir de la racine des bourses.

J'étais déterminé à en agir ainsi, d'abord parce qu'on sentait un des calculs dans ce point, puis parce qu'il y avait moins à craindre de léser des organes importants, si ce n'est le bulbe.

Le rectum ayant été préalablement vidé, l'enfant fut anesthésié et mis dans la position propre à la taille, les membres attachés. Je fis alors une incision de 2 à 3 centimètres, à partir de la racine des bourses, sur le raphé, en évitant, autant que possible, d'inciser le bulbe. L'hémorrhagie fut peu considérable; une seule artériole donna. Je fus assez heureux pour tomber directement sur le cathéter. J'incisai le canal vers le bas, dans la portion membraneuse. Je sentis un des calculs au haut de l'incision. Mon confrère, qui tenait le cathéter, chercha à le pousser de haut en bas, tandis qu'avec des pinces je tentai de le saisir. Cette manœuvre n'ayant pas réussi, nous crûmes devoir agrandir l'incision de bas en haut, ce qui mit le calcul à nu. Alors, au moyen d'une sonde cannelée, il fut facile de le faire basculer et de l'extraire. Ce premier calcul est de la forme et du volume d'un noyau d'olive, d'une couleur brune, à surface cristalline.

J'avais la persuasion qu'il en existait au moins une autre vers la prostate, où je voulais porter une pince à pansement; mais, comme mon confrère ne partageait pas mon opinion, et que je craignais de produire des délabrements inutiles, je me decidai à attendre qu'il se fît un jet d'urine, me réservant de faire des explorations ultérieures, si rien n'était amené. Mes prévisions furent réalisées. Lorsque l'enfant sortit de son sommeil anesthésique, il sentit un besoin d'uriner, et en même temps un obstacle qui s'opposait à l'émission. Ayant fait un effort, il amena par la plaie, avec un flot d'urine, un second calcul, du volume d'un petit haricot gris, à surface cristalline.

Les suites de cette opération n'ont présenté aucun accident. Il ne survint pas d'hémorrhagie consécutive; il n'y eut qu'un peu d'infiltration dans la partie inférieure des bourses, qui disparut au bout de quelques heures. La fièvre traumatique se déclara trente-cinq heures après l'opération et fut modérée. Les lèvres de la plaie étant gonflées, le jet d'urine se fit le lendemain. Puis l'enfant urina à la fois par la plaie et par la verge; enfin, au bout de huit jours, il n'urinait plus que par la verge. La cicatrisation définitive a marché lentement, mais graduellement. Aujourd'hui elle est terminée. L'enfant garde bien ses urines, et il les pousse à plein jet, très-fréquemment, et avec une sorte de plaisir. Aussi faut-il le menacer pour le forcer, de jour comme de nuit, à n'uriner qu'à certains moments. Je crois, toutefois, que la lésion des organes est pour quelque chose dans l'émission nocturne, car je ne me flatte pas d'avoir laissé le bulbe intact.

RÉFLEXIONS. — Je me demande si, dans certains cas où les opérateurs, se proposant de faire la taille vésicale, ont vu un calcul peu volumineux tomber entre leurs mains, il s'agissait bien d'un calcul vésical. Il serait bien possible qu'ils n'eussent eu affaire qu'à un calcul de la portion membraneuse, surtout s'ils n'avaient pas confirmé leur diagnostic par le toucher rectal. On comprend de quelle importance est cette erreur de diagnostic pour la pratique. Secondement, la boutonnière ne doit-elle pas être préférée, du moins chez les enfants, pour les calculs uréthraux, aux autres procédés? J'ai vu employer, pour des fragments de calcul engagés dans la portion caverneuse, les divers instruments extracteurs. Le plus souvent, on n'en a obtenu aucun résultat; dans certaines circonstances, il s'est formé un

bourrelet tout autour, qui a nécessité l'incision du canal. Que serait-ce s'il fallait amener de la portion membraneuse deux calculs du volume de ceux de cet enfant? Les délabrements et les suites de l'opération seraient-ils moins graves que ceux produits par la boutonnière? Nous en doutons.

(*Rev. thérap. du Midi.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION *à la séance du* 24 *mars* 1857.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Haute-Vienne et l'arrondissement de Villefranche. (Commission des épidémies.)

Quinium. — Le même ministre, en réponse au rapport qui lui a été adressé par l'Académie sur la préparation nouvelle désignée sous le nom de *quinium*, appelle l'attention de la Compagnie sur les inconvénients des dispositions et des réserves auxquelles il a cru devoir subordonner son approbation. Il demande s'il ne suffirait pas que la circulaire ministérielle, par laquelle sera notifiée aux préfets l'autorisation d'insérer la formule du quinium au *Bulletin* de cette Compagnie savante, recommandât expressément aux jurys médicaux d'exercer une surveillance particulière sur la composition de ce nouveau remède. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Iode et brôme. — Une note de MM. O. HENRY fils et HUMBERT, relative à un perfectionnement qu'ils ont apporté à la recherche de l'iode et du brôme. (Comm. ; MM. Guérard, Chevalier et Wurtz.)

Papier à filtrer. — Une note de MM. PICHOT et MALAPERT, de Poitiers, sur un perfectionnement apporté à la préparation du papier destiné à la filtration des liquides. (Comm. : M. O. HENRY.)

Vaccine. — Un mémoire de M. le docteur BERTHERAND, de Lille, intitulé : *Etudes historiques et statistiques sur la vaccine et la variole dans le département du Nord, de* 1803 *à* 1856. (Commission de vaccine.)

Eaux minérales. — M. le docteur Thomas LONGUEVILLE, membre correspondant de l'Académie, adresse un mémoire intitulé : *Considérations sommaires sur les eaux minérales naturelles, thermales ou autres, et observations sur quelques bains thermaux célèbres visités en* 1856. (Commission des eaux minérales.)

Candidature. — Une lettre de M. le docteur VERNOIS, qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le plaçant sur la liste de présentation à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que la santé de M. Guéneau de Mussy est aujourd'hui dans de meilleures conditions.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. O. HENRY fait, au nom de la Commission des eaux minérales, un rapport sur l'eau minérale de Soultz-sous-Forêt (Bas-Rhin).

L'eau minérale de Soultz-sous-Forêt appartient au genre des eaux salines salées (chloro et iodo-bromurées). Elle a une grande analogie de composition chimique avec celle de Bourbonne-les-Bains, à la température près; car elle est froide, mais elle peut être chauffée sans altération sensible.

La Commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source, à la condition d'y exécuter des travaux convenables de captage et d'aménagement. (Adopté.)

LECTURE.

Mensuration du thorax. — M. WOILLEZ, médecin des hôpitaux, lit une *Note sur un nouveau procédé de mensuration de la poitrine.*

Pour pratiquer ce nouveau mode de mensuration, l'auteur se sert d'un instrument nouveau, qu'il appelle *cyrtomètre* (quoique ce nom ait été déjà donné à un autre instrument, d'ailleurs tout différent), et qui fournit à la fois, non-seulement l'étendue du contour circulaire ou *périmètre des deux côtés* de la poitrine, et *tous ses diamètres,* mais encore un *tracé sur le papier* de la courbe horizontale circulaire du thorax.

Le nouveau cyrtomètre consiste en une tige en baleine, aussi peu embarrassante qu'un ruban gradué, longue de 60 centimètres environ, et articulée à double frottement de 2 en 2 centimètres (*fig.* 1), de ma-



Fig. 1.

nière à conserver l'inflexion qu'on lui donne en l'appliquant sur une surface convexe.

Cette tige s'applique de champ et successivement de chaque côté de la poitrine, à la hauteur de l'articulation sterno-xiphoïdienne, comme le montre la figure suivante.



Fig. 2.

a, articulation sterno-xiphoïdienne; *b*, main droite fixant l'extrémité du cyrtomètre (*a* de la *fig.* 1) contre l'épine; *c*, main gauche qui maintient l'instrument appliqué.

Le cyrtomètre, une fois appliqué, se moule en quelque sorte sur la convexité de la poitrine, dont il indique en même temps le périmètre, et il peut facilement être écarté sans se déformer, grâce à deux arti-

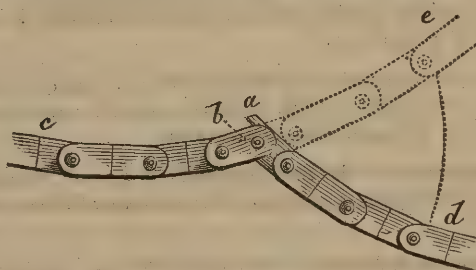


Fig. 3.

a, articulation très-mobile dans le sens de l'écartement *cad*, et devenant fixe dans le sens de l'application *cae*, au moyen de l'éperon *a* qui arcboute en *b*.

culations particulières (*fig.* 3) qui rendent cet écartement très-facile, tout en permettant de rétablir ensuite la courbe primitive, et de la tracer sur le papier à l'aide d'un crayon.

L'application de l'instrument est aussi facile chez la femme que chez l'homme.

Le rapprochement, sur une ou plusieurs feuilles de papier, des courbes obtenues dans le cours d'une maladie, permet de saisir au premier coup d'œil les différences survenues dans la capacité de la poitrine, soit dans ses diamètres, soit dans son périmètre.

L'emploi du nouvel instrument a démontré que, dans la mensuration, on doit tenir compte de la capacité générale de la poitrine, comparée à différentes époques (comme M. Damoiseau l'a entrevu

dans certains cas de pleurésie), et non des résultats comparatifs des deux côtés, à un moment donné. Le cyrtomètre a prouvé, de plus, que la mensuration n'est pas un moyen de diagnostiquer les maladies, mais d'en suivre la *marche*, et par suite d'en établir le *pronostic*, et parfois même d'en instituer le *traitement*.

C'est principalement dans le cours des affections thoraciques, dans certaines affections du foie, mais surtout dans la pleurésie, que cette mensuration peut être utile au praticien. Elle révèle la marche cachée des épanchements pleurétiques, et fournit l'indication précise de la thoracenthèse, même dans les cas dits *latents*.

La chirurgie et l'orthopédie retireront sans doute quelques avantages de ce nouveau moyen d'exploration, qui pourrait servir aussi à étudier la conformation extérieure du crâne, mieux qu'on n'a pu le faire jusqu'à présent.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale.

La section a présenté les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, et *ex æquo*, MM. Devergie et Tardieu.
En seconde ligne, et *ex æquo*, MM. Bouchut et Duchesne.
En troisième ligne, M. Grassi.
En quatrième ligne, M. Boudin.
Sur une liste parallèle formée par l'Académie, M. Vernois.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL rappelle que M. Boudin s'est désisté de sa candidature.

84 membres ont signé la feuille de présence ; il y a 84 votes émis ; la majorité absolue est de 43.

Au premier tour de scrutin, les voix se répartissent ainsi :

MM. Devergie.	43	suffrages.
Tardieu.	34	—
Boudin.	2	—
Bouchut.	1	—
Duchesne.	1	—
Billets blancs.	3	—

En conséquence, M. Devergie, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire.

Sa nomination sera soumise à l'approbation du gouvernement.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 mars 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Poids et mesures. — M. SÉGUIER, en son nom et au nom de M. Delamorinière, expose un *Projet d'une nouvelle forme de poids*, la même pour tous les poids, depuis celui de cinquante kilogrammes jusqu'à celui d'un gramme.

Zoologie. — M. le prince Ch. BONAPARTE fait quelques remarques à propos des observations de M. Emile Blanchard, sur les *Caractères ostéologiques de la famille des Psittacides*.

Chimie appliquée. — M. Fréd. KUHLMANN donne communication de ses *Etudes théoriques et pratiques sur les impressions, les apprêts et la teinture*.

Conservation des boissons. — M. COMBES lit un rapport sur une note de M. Cheval, relative à des *Procédés brevetés pour la conservation et le transport des boissons*. La Commission conclut que cette note n'ayant rien de scientifique, on adressera simplement à M. le Ministre une copie du rapport qui ne sera que mentionné dans les *Comptes rendus*.

Géologie. — M. Elie de Beaumont lit un rapport de M. DUFRÉNOY, sur plusieurs mémoires de M. Delesse, ayant pour objet des *recherches minéralogiques et chimiques sur les roches cristallines et en particulier sur le granit*.

Nomination. — L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un membre qui remplira, dans la section de minéralogie et de géologie, la place le plus anciennement vacante. Sur 57 voix, 35 sont données à M. Delafosse, 16 à M. Pasteur, 6 à M. Daubrée.

En conséquence, M. DELAFOSSE est nommé membre de l'Académie.

Physique du globe. — M. L. VALLÉE adresse une note sur *le régime du lac de Genève*.

Physiologie. — M. CABOT adresse une addition à son mémoire sur la *Physiologie des sensations de l'oreille*.

Physique. — M. DE KERICUFF envoie une note sur la *réfraction de la lumière*.

Chimie. — M. LANDAIS adresse un mémoire ayant pour titre : *Application de l'oxygène à la purification des huiles*.

Géologie. — M. le Ministre de la marine transmet à l'Académie une note de MM. Ad. COUSIN et A.-H. MATHIEU, capitaine au long cours, sur un *volcan sous-marin* existant près de l'équateur et vers le 20e ou 22e degré de longitude occidentale.

Chimie. — M. A. DAMOUR envoie un mémoire relatif à des expériences sur la *formation artificielle des hydro-carbonates terreux ou métalliques*.

— M. BERTHELOT adresse une note sur la *formation du soufre insoluble sous l'influence de la chaleur*.

— M. Aug. CAHOURS envoie à l'Académie des *Recherches sur les acides amidés des acides monobasiques*.

Météorologie. — M. A. BARTHÉLEMY adresse des *Observations sur la grêle et son mode de production*.

Économie rurale. — M. Coste présente un mémoire de M. NOEL, pêcheur des Vosges, sur un *appareil pour le transport des poissons vivants*.

— MM. COIGNET frères adressent des spécimens d'*allumettes* et de *briquets chimiques* d'un système nouveau, qui diminue les dangers d'incendie et prévient la possibilité d'empoisonnements fortuits et volontaires.

— M. GALY envoie une note *Sur les préparations iodées*.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Il n'y a fort heureusement pas de poudrière dans le périmètre de l'hôpital de la Charité et de la rue des Saint-Pères. S'il en était autrement, nous n'engagerions aucun de nos lecteurs à se rendre demain, mardi, à l'Académie ; il risquerait fort de faire l'office de bombe. Le feu paraît allumé sur toute la ligne, rue des Saints-Pères, allumé, chose grave, jusque dans le conseil même de l'Académie. Depuis cinq ou six jours, on est à la recherche des pompiers pour éteindre l'incendie. Deux pompiers académiques ont proposé, l'un, d'éteindre l'incendie sous l'éteignoir de l'ordre du jour, l'autre, habitué au feu, ne veut point se priver de cet horrible et magnifique coup-d'œil, mais par égard pour les jours du public, il veut réclamer l'expulsion du public. Mais cette mesure de prudence ne suffit pas pour rassurer les voisins, et les boutiquiers de la rue des Saints-Pères se hâtent de sauver ce qu'ils ont de plus précieux. Dieu veuille que dans ce sauvetage général on n'oublie pas de sauver la dignité de l'Académie.

M. le docteur BROUSSONNET, agrégé à la Faculté de Montpellier, médecin en chef de l'Hôpital-Général de cette ville, est mort le 24 de ce mois. Les *Annales cliniques de Montpellier* se bornent à annoncer cette perte regrettable; nous espérons pouvoir donner ultérieurement une notice biographique sur cet honorable confrère.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Table analytique générale des matières contenues dans les *Bulletins de la Société anatomique* de Paris, pour les trente premières années (30 vol., 1826-1855), suivie d'une table des comptes rendus, discours, etc., d'une table des membres du bureau et d'une table des membres de la Société et des présentateurs, par M. le docteur Jules BOUTEILLER, membre honoraire de la Société anatomique. — Un vol. in-8° de 350 pages, chez Victor MASSON, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 7 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 40. 5e année. Jeudi 2 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 1er avril 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Remèdes secrets et nouveaux.**]

Puisque tout un peuple se fatigua d'entendre constamment appeler *le juste* un de ses concitoyens, à plus forte raison devons-nous être fatigué de louer l'esprit de M. Robinet; nous continuerons donc, à l'avenir, d'écouter l'inépuisable rapporteur toujours avec un nouveau plaisir, mais nous ne lui ferons plus de compliments; nos formules d'éloges sont moins variées que ses formules de fine et mordante critique, et nous avouons en toute franchise que nous ne pourrions désormais que nous répéter. Nous nous bornerons donc aujourd'hui à présenter une simple remarque sur la conclusion favorable par laquelle M. Robinet a terminé son dernier rapport, ou plutôt sur l'argument qu'il a invoqué verbalement à l'appui de cette conclusion, combattue par ses honorables collègues, MM. Caventou et Lecanu. M. Robinet a prétendu que, dans l'état actuel des choses, les médecins ne pouvaient pas prescrire le valérianate d'ammoniaque, parce que les pharmaciens n'en pouvaient pas tenir. C'est là une erreur ou plutôt un oubli ; car M. Robinet sait, aussi bien que nous et mieux que nous, que le décret du 3 mai 1850 n'a en vue que les médicaments officinaux, et qu'il n'y a pas de médicament magistral *secret* ou *nouveau*. Un médecin peut donc prescrire un médicament quelconque, et par conséquent le pharmacien peut exécuter la prescription; seulement, il ne peut pas faire de cette prescription un médicament officinal, qu'il tiendrait dans sa pharmacie, préparé à l'avance, pour le vendre ou l'expédier à l'occasion; ajoutons qu'il n'y aurait pas grand mal à cela. Nous ne présentons d'ailleurs cette remarque que dans l'intérêt des principes. *Dans l'espèce*, M. Laboureur s'est donné assez de peine, afin d'arriver à une bonne préparation du valérianate d'ammoniaque, pour que nous approuvions pleinement M. Robinet d'avoir encouragé son honorable confrère. C'est ainsi, nous l'avons déjà dit plus d'une fois, que l'Académie devrait toujours en user.

H. de Castelnau.

[**Discussion sur la méthode sous-cutanée.**]

C'était aujourd'hui le tour de M. Jules Guérin, et la curiosité était grande. La foule était plus compacte encore que mardi dernier. On y remarquait même certains personnages tout à fait inconnus, paraissant étrangers aux usages de l'endroit, venus de bonne heure, groupés dans le fond de la salle, debout, le chapeau sur la tête, les mains libres et l'œil bienveillant. Ce n'est pas un mince honneur pour l'Académie d'avoir su attirer dans son enceinte, outre les médecins et les étudiants, qui composent son public habituel, cet auditoire supplémentaire, aussi judicieux qu'impartial.

L'orateur a d'abord annoncé qu'il éviterait les récriminations personnelles, par respect pour l'Académie, « et « pour ne pas réveiller ses déplaisirs de mardi dernier. » — Toutefois, il s'est quelque peu écarté de ce programme, car le président a cru devoir l'interrompre plus d'une fois, en l'invitant à tourner, sans les lire, quelques pages de son manuscrit. Nous avons déjà annoncé que nous voulions rester étranger aux questions de personne. Nous n'examinerons donc, dans le discours de M. Guérin, que les parties qui offrent un intérêt scientifique ou historique.

On se souvient que M. Malgaigne, avec une précision désolante, avait épluché, rectifié ou complété, l'une après l'autre, la plupart des citations de M. J. Guérin. « Je veux, « a dit ce dernier, restituer à mes citations la moralité « que je désire leur conserver. » Nous avions lieu d'espérer, d'après ce préambule, que l'orateur réfuterait successivement tous les arguments bibliographiques de son adversaire. Notre attente a été trompée. Plusieurs des assertions de M. Malgaigne, quelques-unes fort graves, sont restées absolument sans réponse. Par exemple, nous aurions voulu savoir à quoi nous en tenir sur les fameuses observations de M. Guersant; M. Guérin en avait cité quatre; M. Malgaigne avait dit *hardiment* qu'il n'y en avait que deux, et il faut bien avouer que les apparences étaient de son côté. Il n'a été question ni de ce détail, ni de plusieurs autres du même genre. Plusieurs personnes ont paru croire que ce silence avait toute la signification d'un aveu. Mais nous jugeons autrement les choses, et nous nous plaisons à penser que M. Guérin, en dédaignant de répondre, n'a eu d'autre intention que d'épargner les moments de l'Académie.

Mais il a répondu sur plusieurs autres points, et il s'est efforcé de réfuter ce qu'il a appelé les *équivoques* de

M. Malgaigne. La première équivoque est relative à l'épisode du *Manuel de médecine opératoire,* dont la seconde édition, suivant M. Malgaigne, a paru le 24 juin 1839, dix-huit jours avant le célèbre mémoire sur la méthode sous-cutanée. M. Guérin affirme qu'il n'y a pas d'édition de 1839. Il ajoute que la seconde édition porte le millésime de 1840. Cela est vrai, mais la préface est datée du 24 juin 1839. Qui ignore que les libraires, pour maintenir plus longtemps leurs livres classiques à l'état de nouveauté, ont l'habitude d'anticiper, à partir du milieu de l'année, sur le millésime de l'année suivante? Les auteurs le savent très-bien, et, pour que le public ne s'y trompe pas, ils ont soin de constater dans la préface, qui s'imprime toujours la dernière, la date de l'apparition du livre. M. J. Guérin a trop d'expérience pour ne pas savoir cela. Il ne peut ignorer, d'ailleurs, que son propre journal, la *Gazette médicale,* a analysé, le 17 novembre 1838, les deux premiers volumes de l'ouvrage de Vidal, qui portent cependant le millésime de 1839.

A propos de Vidal, qui, en 1838, un an ou environ avant M. Guérin, a si clairement décrit, généralisé, apprécié (et même baptisé) la méthode sous-cutanée, nous avons appris aujourd'hui qu'il avait écrit ce passage important sous l'inspiration de M. Jules Guérin, à qui il avait demandé des renseignements verbaux. S'il vivait encore, il s'empresserait sans doute de confirmer cette assertion, en s'écriant comme *feu* Dieffenbach : « Puisqu'on vous persécute, et parce qu'on vous persécute, je vous reconnais, moi, comme le véritable auteur de la méthode sous-cutanée. » Et il compléterait cet acte de générosité en donnant à son certificat une publicité immédiate, sinon pour le rendre plus authentique, au moins pour le rendre plus sérieux. Mais la mort ne lâche pas sa proie, et le seul témoignage qui nous reste est celui qui se trouve dans les écrits de Vidal. Or, que dit Vidal dans son livre de 1838? Attribue-t-il à M. Guérin l'invention de la méthode sous-cutanée? Eh non! Les textes reproduits dans le dernier discours de M. Malgaigne n'ont pas été démentis. M. Guérin a seulement ajouté un passage où il est simplement nommé, à la suite de six ou sept autres chirurgiens français ou étrangers qui ont, avant lui, coupé sous la peau des tendons ou des muscles. Il est vrai que dans un autre passage il est dit « que la méthode a été *pour ainsi dire* créée par M. J. Guérin. » Mais il ne s'agit plus là de la méthode sous-cutanée en général; il ne s'agit que de l'opération du torticolis en particulier. Ce *pour ainsi dire* donne d'ailleurs à réfléchir, et laisse d'autant plus à désirer qu'on lit tout près de là : « La vraie méthode sous-cutanée a été pratiquée d'abord pour la section du sterno-mastoïdien, et « c'est à Dupuytren qu'on en attribue l'honneur. » Notez que le livre de Vidal a paru après le mois d'avril 1838, c'est-à-dire après cette célèbre polémique du journal l'*Expérience,* qui a été la première des tribulations orthopédiques de M. J. Guérin. Celui-ci n'élevait alors aucune prétention sur la création de la méthode sous-cutanée. Il ne réclamait d'autre invention que celle d'un procédé pour la guérison du torticolis. Dezeimeris fut obligé de lui lancer d'abord en français, puis en allemand et en anglais, les textes nombreux qui consacraient les droits de ses devanciers. Beaucoup de personnes croyaient que M. Guérin y avait gagné quelques contusions. En déclarant après cela que le rédacteur de la *Gazette médicale* avait créé l'opération contestée, même en ajoutant le correctif *pour ainsi dire,* Vidal assurément se montrait très-bienveillant pour M. Guérin, et s'il ne l'avait pas nommé dans l'article sur la méthode sous-cutanée en général, sur la *vraie* méthode sous-cutanée, c'est parce qu'en réalité il n'y avait pas lieu de le faire.

Passons à l'épisode du ganglion. La méthode sous-cutanée, dit M. Guérin, n'était pas encore promulguée, mais elle rayonnait déjà sur les disciples, et M. Barthélemy s'en était inspiré pour imaginer l'opération publiée le 27 novembre 1838 dans la *Gazette des Hôpitaux;* M. Barthélemy lui-même l'a loyalement reconnu. — Nous remarquerons toutefois que cette loyauté était grandement en défaut lorsque M. Barthélemy écrivait la piquante lettre que M. Malgaigne a reproduite dans son discours : « Que devient, je vous « prie, le procédé que j'ai inventé? procédé qui ne m'a « certainement pas été inspiré par vos formules générales « de 1839, puisque je l'ai publié dans la *Lancette* le 14 no« vembre 1838, etc. » Si nous sommes bien renseigné, M. Barthélemy continue aujourd'hui comme alors à se croire le véritable père de son procédé, et il serait même possible qu'il ne se laissât pas ébranler par les éloges que M. Guérin vient de lui décerner.

L'équivoque la plus grave, si c'en est une toutefois, est celle qui est née du passage suivant emprunté à un précédent discours de M. Guérin : « Pendant plusieurs années, de 1835 à 1839, j'avais pratiqué un très grand nom« bre, *un nombre prodigieux* de sections tendineuses. » Or, M. Malgaigne s'est demandé ce que venaient faire ici les années 1835, 1836 et 1837. Il a affirmé, texte en main, que la première opération de M. Guérin datait seulement du 2 décembre 1837, la seconde du 18 janvier 1838. A cela M. Guérin répond en renvoyant à certain rapport de l'Académie des Sciences, où il est question d'un pied-bot guéri par la ténotomie vers 1835. Il est sans doute placé mieux que personne pour trouver ce rapport *extrêmement remarquable,* mais quelque estime qu'il puisse avoir pour le rapporteur, il ne peut songer à s'effacer entièrement devant lui. Or, qu'a dit M. Guérin dans son *Mémoire sur la méthode sous-cutanée*, p. 52? « Mes premières expériences « sur l'homme consistèrent dans la section sous-cutanée « des muscles sterno et cleïdo-mastoïdiens. » Ainsi, il suffit de savoir à quelle époque il a coupé pour la première fois le sterno-mastoïdien, pour connaître la date de sa première opération sous-cutanée. Ouvrons donc son *Mémoire sur le torticolis*, et nous y trouverons, à la page 32, que la première section du sterno-mastoïdien fut faite le 2 décembre 1837, et la seconde le 16 janvier 1838. Donc, a dit M. Malgaigne, votre première opération sur l'homme ne remonte pas plus haut que le 2 décembre 1837. Ces textes sont inexorables. Si M. Guérin était l'auteur du rapport, on pourrait hésiter entre les deux témoignages; mais il n'en peut pas être ainsi, et, dès lors, l'argument de M. Malgaigne conserve toute sa gravité.

Il y a un autre rapport que M. J. Guérin a fait sonner bien haut, c'est celui de la commission qui fut chargée, en 1843, à la suite de certains événements que tout le monde connaît, de constater les résultats de sa pratique. Sa modestie a dû beaucoup souffrir pendant qu'il lisait à l'Académie les conclusions louangeuses de ce rapport, mais nous n'avons pas parfaitement saisi la portée de l'argument qu'il en a tiré. Quelle avait été la cause de l'orage de 1843? C'étaient les bruits fâcheux qui circulaient sur la réalité des succès publiés par M. Guérin. On prétendait que certains malades, donnés comme guéris, ne l'étaient point du tout. La commission a-t-elle vérifié l'exactitude de ces

faits contestés? Non. Elle a constaté les résultats obtenus sur les malades opérés depuis 1843. Mais ce n'étaient pas ceux-là qui étaient en question; c'étaient les autres. M. Guérin se trompe, par conséquent, s'il croit que le rapport de 1848 lui ait donné raison contre les assertions de M. Malgaigne, car celui-ci, en 1843, avait parlé des choses passées et non des choses à venir.

PAUL BROCA.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Histoire de la chirurgie.

Étude sur Fabrice de Hilden,

Par M. le Dr PERRET,

Ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Société de Chirurgie.

(Suite. Voir les nos 29 et 35.)

Nous voici, mon cher confrère, arrivés à la moitié de notre voyage scientifique. Fabrice de Hilden nous a enseigné sa doctrine dans les amputations; il nous reste maintenant à le suivre pas à pas dans la pratique de l'opération. Toutefois, si vous le voulez bien, nous résumerons ensemble les divers points de sa discussion pour ne pas la perdre de vue, car ce résumé nous servira dans quelque temps de terme de comparaison dans l'exposé que je vous ferai de la manière de faire de ses devanciers, et de celle des chirurgiens qui sont venus après lui.

Et d'abord, il faut remarquer une chose, c'est qu'à cette époque on ne faisait guère d'amputation que dans les cas de sphacèle et de gangrène. Les chirurgiens tremblaient d'en arriver à cette extrémité, et nous le concevrons facilement, puisqu'ils n'avaient que de faibles moyens, des ligatures fortement serrées autour du membre, pour suspendre le cours du sang, et enfin le cautère actuel, pour lui barrer passage. L'amputation résolue, où fallait-il la pratiquer? Quand il s'agissait du membre supérieur, il n'y avait pas de lieu d'élection proprement dit, on amputait de façon à conserver le plus possible de la partie; mais pour le membre inférieur il n'en était pas de même : soit que le mal envahît seulement le pied, soit qu'il eût gagné la jambe, le point d'amputation était toujours le même, un peu au-dessous du genou, pour adapter plus commodément une jambe de bois. Cependant, la nécessité faisait bien quelquefois déroger de cette loi; alors, on amputait dans l'article ou un peu au-dessus, mais le plus bas possible.

On pratiquait donc l'opération dans la continuité des membres, c'était la loi générale, et dans la contiguité pour les cas particuliers.

Mais quand Jérôme Fabrice, professeur en la célèbre Université de Padoue, eut proclamé que la section devait être faite dans le mort, il n'y eut plus de lieu d'élection; on amputa sur tous les points du membre. Disons pourtant que la recommandation de ce chirurgien trouva peu de partisans et que l'amputation en chair vive prévalut, ce qui fut fort heureux, car si cette méthode eût été acceptée, on ne peut dire à quelle époque l'emploi de la ligature eût été généralisé. Aussi, comme je vous le disais tout à l'heure, il me paraît que la discussion à laquelle Fabrice de Hilden nous a fait assister, est dirigée contre le professeur italien, quoique notre auteur ne le cite dans aucun endroit de ses œuvres. Pour quel motif le nom de Fabrice d'Aquapendente ne s'y trouve-t-il pas? Je ne le sais. Pourtant le chirurgien allemand ne se fait pas faute de relever ses contradicteurs, il va même parfois plus loin, il les maltraite, témoin Félix Wurtzins, qu'il semble avoir pris à tâche de contredire.

Arrivons maintenant à l'amputation.

Le malade étant bien disposé, et tout étant préparé pour l'amputation, il s'agit de la pratiquer. Si l'on opère sur la jambe, le malade sera placé sur un banc, afin que la jambe soit mieux fixée. Le chirurgien rétractera les muscles et la peau et serrera vigoureusement la partie saine avec un lien très-fort, analogue à ceux dont les femmes se servent pour relever et lier leurs cheveux. Cette ligature sert à deux fins : en comprimant les veines et les artères, l'hémorrhagie n'est pas à craindre, et par la compression qu'elle exerce, elle retient les esprits animaux et les empêche de s'écouler par les nerfs. De cette façon, les tissus sont anesthésiés et la section est moins douloureuse.

Guidon veut qu'on fasse une seconde ligature sur la partie gangrénée et qu'on coupe dans l'intervalle, ce qui n'est pas d'une mauvaise pratique, quand l'hémorrhagie effraie les assistants. Cette ligature retient le sang dans la partie morte et l'empêche de couler abondamment.

D'autres chirurgiens appliquent encore un lien au-dessus du genou dans l'amputation de la jambe, au-dessous du coude dans l'amputation de la main dans le carpe, parce que, disent-ils, la sensibilité est ainsi émoussée. Mais, outre que les nerfs sont trop profonds pour que la ligature soit efficace, les tissus sont contusionnés par ce lien.

La ligature étant placée, le chirurgien pose la jambe sur un banc, de façon que l'extrémité de celui-ci parvienne au-dessous du genou, presque au lieu de l'amputation. On immobilise le genou sur le banc au moyen d'une bande. L'extrémité du banc sera légèrement excavée, de façon que la cuisse et le genou soient placés plus commodément.

On applique alors un manchon (manica) de peau préparée à l'alun, et assez large pour embrasser la jambe. Les deux extrémités et le milieu sont maintenus par des fils suivant la longueur qu'on coupe après la section de l'os pour ôter cette pièce de l'opération. (Le manchon de Fabrice consiste en un rectangle de peau préparée et dont les grands côtés sont affrontés par trois points de suture, l'un au milieu, un autre à chaque bout.) Le manchon est ouvert à ses deux extrémités; l'une d'elles cependant se ferme à coulisses. Ces coulisses doivent, pour glisser facilement, être rondes et imprégnées d'huile.

Le manchon remplit un triple but : il empêche le jet du sang et permet au chirurgien de bien voir où il faut porter la scie; il sert à relever les chairs et la peau qui doivent recouvrir l'os après l'opération; il empêche enfin l'action de la scie sur les tissus.

Guidon et quelques autres auteurs recouvrent les chairs d'une compresse quand la chair est coupée jusqu'à l'os, ce qui demande du temps, et il arrive souvent que la scie s'embarrasse dans ces compresses, comme j'ai dit que cela était arrivé à Michel Doringe. La raison qui me fait préférer le manchon est que, par les cordons médians, l'os se trouve serré de toutes parts, et que la rétraction de la peau et des muscles est égale sur tous les points.

Si on juge à propos de ne pas se servir du manchon, on adapte un lacs ou lien placé à la partie supérieure de la jambe (et de chaque côté). L'aide qui tient le genou prend ces lacs avec l'index et le médius, et peut ainsi rétracter les chairs après l'incision jusqu'à l'os. J'ai, de la sorte, amputé une foule de membres avec succès sans me servir de manchon, et encore moins des compresses que recommande Guy de Chauliac. Le genou étant donc fixé sur le banc, le manchon est placé de telle façon que sa partie inférieure entoure le genou; l'extrémité, qui se ferme comme une bourse à coulisse, arrive au niveau du lien supérieur, et quand l'incision est faite jusqu'à l'os, l'aide qui tient le genou le place vite sur la plaie et fait glisser les coulisses de sorte qu'il serre autour de l'os. On coupe ensuite les fils latéraux pour ôter le manchon.

Après avoir placé le manchon, on fixe le pied et la jambe sur un autre banc aussi élevé que le premier. On a avec soi trois aides : l'un tient les épaules, le second maintient le pied sur le banc, le troisième est placé au genou et tient vigoureusement le malade de peur qu'il ne remue. Celui à qui on confie le genou et qui tient les coulisses du manchon avec l'index et le médius, doit embrasser le genou avec le pouce et les autres doigts. Mais

si les nerfs sont rétractés, si le genou est fléchi et qu'il ne puisse être étendu, on assied le malade sur le sol et le membre est élevé de manière à pouvoir être placé sur le banc concave.

On ne doit point, à mon avis, négliger ce dernier précepte, car quand la jambe est morte ou corrompue de quelque manière que ce soit, on pourra la lier fortement sur le banc, et l'on sait qu'alors l'amputation est plus facile, que l'on est moins exposé aux syncopes, et qu'enfin il y a moins à craindre l'hémorrhagie dans cette position. Cependant, il faut toujours employer la ligature supérieure et les lacs afin que l'aide puisse rétracter les chairs.

L'aide qui tient les épaules n'embrassera pas le malade, car il comprime de cette façon la poitrine ou le ventre. La compression de la poitrine gêne la respiration, celle du ventre l'estomac, le foie et les autres viscères, et de cette façon, l'hémorrhagie est augmentée à cause de la compression de la veine cave. Il tiendra seulement les épaules et les bras.

L'opération ne doit jamais être faite au lit du malade, et ce n'est que dans les cas de nécessité, que le patient sera placé comme je le disais tout à l'heure (c'est-à-dire sur le sol, la jambe relevée et fixée sur un banc), car l'opération n'est point facile quand la cuisse et le genou ne sont point fixés à un banc. Il y a quelques années, je fus appelé, avec Jean-Antoine Saracenus et Georges Jenischius, auprès d'un malade auquel on devait amputer la jambe. On avait laissé le malade au lit, et la jambe seule avait été attachée; la cuisse et le genou étaient libres. Le malade se débattit longtemps et se jetait de côté et d'autre à cause de la violence de la douleur, de sorte qu'on fut obligé de s'y prendre à plusieurs reprises pour scier l'os. Si toutefois, cependant, la faiblesse du malade l'empêche de quitter le lit, on le lie de façon que le corps, à l'exception de la jambe, reste dans le lit; puis on attache fortement le genou à une traverse placée sur le bord du lit. De même, si l'on doit amputer le bras ou la main, le patient pourra rester au lit et étendre le bras ou la main qu'on attachera solidement à la traverse ou sur un banc. Afin que la jambe ou le bras qu'on doit couper soient mieux maintenus, on vissera sur le banc ou la traverse l'instrument concave que je fais représenter (la figure représente un demi-cercle d'acier au sommet duquel est adaptée une vis ; à l'une des extrémités du demi-cercle est fixé un lacs percé de trous de distance en distance, suivant sa longueur. A l'autre extrémité, est une boucle presque carrée, analogue aux boucles de bretelles, mais avec une seule dent; on conçoit qu'ainsi le membre soit assez bien maintenu).

La cuisse et le genou étant bien fixés, les aides préparés et tout étant bien en ordre, comme médicaments, bons rasoirs, couteaux, etc., le chirurgien incise les chairs jusqu'à l'os, et sépare en même temps le périoste, autant que faire se peut : s'il y a deux os, comme à la jambe et à l'avant-bras, les tissus intermédiaires seront divisés avec un couteau courbe et pointu, de façon qu'il ne reste pas d'obstacles au trajet de la scie. On doit commencer l'incision des chairs par le tibia, et le périoste doit être vite séparé ; le gras de la jambe doit être coupé en dernier lieu, car c'est lui qui contient les artères et les veines, et si on le coupait tout d'abord, on perdrait beaucoup de sang pendant le reste de l'opération. Tout cela sera fait avec promptitude et célérité.

Aussitôt que les chairs sont coupées, l'aide qui tient le genou fait descendre le manchon sur la plaie et serre les coulisses autour de l'os; il fait la rétraction pour que le chirurgien puisse couper l'os plus profondément, ce qui rend la cicatrisation plus prompte. Il scie l'os le plus vite possible, et quand il est coupé, on coupe vite les fils latéraux du manchon. On arrête l'hémorrhagie en brûlant les vaisseaux avec des cautères rouges, et on cautérise l'os lui-même pour hâter la chute des fragments. Quand le sang ne s'écoule plus, on retire le lien qui est au-dessus de l'incision et on applique d'abord des étoupes enduites d'oxycrat, puis de blanc d'œuf, après avoir aspergé la plaie de poudre hémostatique. (Suit la longue formule de la poudre hémostatique.) On met ensuite le moignon dans une vessie de bœuf qu'on maintient avec des bandes enduites d'oxycrat. On changera l'appareil le deuxième jour en été, le troisième en hiver.

Le fond de la vessie sera humide afin de mieux maintenir les étoupes; la partie supérieure sera sèche, afin que le membre entre plus facilement.

Quelques chirurgiens, pour prévenir plus sûrement l'hémorrhagie, laissent la ligature jusqu'au second pansement. Cela n'est pas sans inconvénients, parce que ce lien excite de vives douleurs et provoque l'afflux du sang et des humeurs, ce qui devient la source de nouveaux accidents.

D'autres se servent d'un seul cautère très large qui recouvre toute la surface de la plaie, et ils veulent ainsi cautériser tous les vaisseaux. Cette manière de faire est blâmable; car lorsque les vaisseaux sont coupés, ils se rétractent, et le cautère, à cause de la proéminence de l'os, ne peut les atteindre. La peau brûlée se rétracte aussi, et la cicatrisation se fait lentement. On doit cautériser les vaisseaux avec un cautère sphérique, l'os avec un cautère nummulaire. Je me sers de cautères sans manches, attendu que par l'effet de la chaleur, les manches se relâchent et que les cautères vacillent, et que l'opération est moins sûre. J'entoure l'extrémité des cautères avec de l'étoupe, et pendant qu'on les chauffe, on mouille continuellement cette extrémité d'eau froide.

(*La fin à un prochain numéro.*)

MÉDECINE CLINIQUE.

De l'emploi du chloroforme et des narcotiques comme agents thérapeutiques et comme moyens de diagnostic dans certaines paralysies,

Par M. le Dr O. Landry.

(Suite. Voir le n° 35.)

J'ai présenté l'observation précédente avec tous ces détails, à cause de son importance sous plusieurs rapports ; je crois devoir y joindre une analyse des phénomènes complexes de cette curieuse affection.

Au moment où Mme C.... est arrivée à Bellevue, ce qui fixait surtout l'attention chez elle, c'était son état de mutité et d'aphonie complètes et l'impossibilité de la marche. Les autres symptômes semblaient secondaires, ou du moins ne figuraient qu'au second plan dans la physionomie de la maladie, ces désordres frappaient, d'ailleurs, avant tous les autres, l'imagination de Mme C...., et ce qu'elle demandait surtout à la médecine, c'était de lui rendre la faculté de parler et de marcher. Il fallait donc s'attacher d'abord à l'étude de ces troubles fonctionnels, chercher à en apprécier, autant que possible, la nature et le mécanisme et à découvrir leur cause. C'était le procédé le plus naturel à suivre dans l'examen de la malade, et je m'y conformerai aussi dans cette analyse, allant, d'après la méthode philosophique, du connu à l'inconnu.

Comme on l'a vu dans l'observation, Mme C.... était aphone ; mais, de plus, elle était complétement muette puisqu'elle ne pouvait émettre aucun son articulé. Je signalerai plus loin certaines particularités de cet état de mutisme ; ici je me borne à faire remarquer qu'il trouve une explication fort simple dans la nature de l'aphonie concomittante. Les mouvements *isolés* des lèvres, de la langue, de toutes les parties, en un mot, qui concourent à la prononciation, restaient parfaitement normaux ; mais il y avait absence absolue de son laryngé et même de tout bruit expiratoire. L'air, en sortant des poumons, traversait le larynx sans déterminer, même au plus faible degré, ce bruissement qui constitue le *souffle* et qui permet aux individus atteints d'aphonie de parler à voix basse. Mme C.... manquait, comme je l'ai dit, *de matière à articuler*.

L'aphonie devenait donc le phénomène dominant, celui sur lequel devait se concentrer toute l'attention et qui l'attirait naturellement par ses caractères exceptionnels. Il s'agissait d'en déterminer la cause prochaine ou le mécanisme.

Mme C.... n'avait jamais éprouvé, du côté du larynx, les signes d'une altération organique; à aucune époque de la maladie il n'y avait eu de douleur dans cette région, ni de toux, et la voix n'avait présenté aucune de ces modifications qui accompagnent, d'ordinaire, la laryngite chronique ou les autres lésions matérielles de l'organe vocal, timbre voilé, enroué, criard, etc. On n'observait non plus aucun des signes propres aux affections spasmodiques, tels que la suffocation, les quintes de toux, la sensation de strangulation, etc. Rien, enfin, ne faisait supposer l'action de quelque cause mécanique, comme la compression du larynx par quelque tumeur voisine. Restait la probabilité d'une paralysie de son appareil musculaire; mais il était impossible d'en déterminer l'existence avec certitude ou autrement que par des symptômes rationnels exclusivement négatifs. Je rappelerai seulement que, lorsque la malade essayait de produire des sons, on ne sentait aucun mouvement dans le larynx ou ses diverses pièces; cependant, quand on l'engageait à se gargariser et surtout à avaler, on percevait très-bien, au moyen de la palpation, un rapprochement fort appréciable de cartilage thyroïde et de l'os hyoïde, en même temps que tout l'organe s'élevait d'ensemble. Cet essai, il est vrai, ne pouvait fournir de données que sur les muscles extrinsèques; mais ces données ne manquaient pas de valeur, comme on le verra plus loin.

Ainsi, l'aphonie ne pouvait être attribuée à une paralysie des muscles du larynx que par voie d'exclusion. Or, elle offrait des signes habituellement étrangers aux aphonies de cette nature: je veux parler du défaut complet de bruit expiratoire et de l'impuissance absolue d'en produire. De plus, en observant la malade attentivement, on était porté à rattacher cette particularité plutôt à quelque trouble de l'expiration qu'à toute autre cause située dans le larynx; ce fait, peu susceptible de description, se présentait même avec un tel caractère d'évidence, que je n'hésitai pas un seul instant à suspecter l'état des puissances respiratrices. Un examen dirigé dans ce but me fit, en effet, découvrir les symptômes pathognomoniques de la *paralysie du diaphragme,* tels qu'ils ont été indiqués par M. Duchenne (de Boulogne) dans son *Traité de l'électrisation localisée*, et tels qu'on les observe chez les animaux après la section des deux nerfs phréniques; c'est-à-dire : l'*affaissement* de l'épigastre et des hypochondres pendant l'*inspiration,* et le *soulèvement* de ces parties pendant l'*expiration*, contrairement à ce qui se passe dans l'état normal. En outre, il existait une paralysie très-manifeste des muscles abdominaux, dont ont connaît le rôle expirateur. Là se trouvait l'explication des essoufflements qui fatiguaient la malade au moindre effort, car c'est un symptôme observé dans tous les cas de paralysie du diaphragme.

Or, on a dû remarquer dans l'observation que le trouble de la voix et de la parole s'est manifesté avec le début de l'anhélation, que l'aphonie a précédé, non-seulement par une diminution graduelle de la voix, mais surtout par l'impossibilité de fournir des sons prolongés, de prononcer à voix haute au delà de quelques phrases d'abord, puis de quelques membres de phrases, et enfin, de quelques mots. Entre le désordre de la phonation et le progrès de l'essoufflement, il y a eu corrélation constante, et, au moment même où j'examinais la malade, il était très-facile de constater le même rapport: toute tentative pour parler ou produire un son jetait Mme C.... dans l'état où se trouve une personne essoufflée à la suite d'une longue course, et qui ne peut prononcer un seul mot. Qu'il y eût ou non paralysie simultanée des muscles du larynx, ce mécanisme de l'aphonie ne pouvait laisser aucun doute. D'ailleurs, dans tous les cas connus de paralysie du diaphragme, on a noté une modification de la voix et de la parole tout à fait analogue à celle qui avait marqué chez cette malade les premières périodes de l'affection, c'est-à-dire la faiblesse du son et l'état entrecoupé de la parole, par suite de la brièveté de l'haleine; dans un cas même, il y avait aphonie complète (1).

(1) Duchenne (de Boulogne), *Traité de l'électrisation localisée*, obs. 58e, p. 465.

Au point de vue physiologique, enfin, on pouvait attribuer la mutité et l'aphonie à l'état des muscles respirateurs. L'intégrité fonctionnelle du larynx, en effet, ne suffit pas à la production du son; il est encore indispensable que la colonne d'air expiré soit douée d'une certaine force d'impulsion. L'intensité du son est directement proportionnelle à la puissance de l'expiration. Or, précisément, une des particularités les plus remarquables chez Mme C.... était l'extrême faiblesse de l'expiration, qui semblait réduite à ses phénomènes passifs, puisque la malade était tout à fait incapable d'en augmenter volontairement l'énergie. Aussi, tous les actes dans lesquels l'expiration active joue un rôle, l'éternument, l'expectoration, la toux, l'action de souffler étaient-ils abolis. Le défaut d'ampliation du thorax, par suite de la paralysie du diaphragme suffirait seul à expliquer ces désordres; mais, en outre, dans le cas dont il est ici question, l'expiration devait être plus considérablement affaiblie encore par la paralysie des puissances qui y contribuent peut-être le plus activement, je veux parler des muscles abdominaux.

Il est, je pense, inutile d'insister plus longuement pour démontrer l'influence de cette double paralysie sur la production de l'aphonie, et, consécutivement, de la mutité, observées chez Mme C.... Les caractères actuels de ces troubles fonctionnels, leur mode de développement, l'analogie et les données physiologiques ne permettent pas de conserver de doute à ce sujet.

Il existerait donc une forme d'aphonie déterminée par la paralysie de certains muscles respirateurs : elle serait caractérisée, outre la perte de la voix, par l'absence complète du bruit expiratoire laryngé, et, consécutivement, par l'abolition de la faculté de parler. Par conséquent, toutes les fois qu'on rencontrera une aphonie avec de tels caractères, l'attention devra se diriger immédiatement du côté des muscles respirateurs, surtout si elle a débuté par un état entrecoupé de la voix et des essoufflements, et si l'on observe encore de l'anhélation. L'absence du bruit expiratoire pourra contribuer à différencier cette espèce de mutisme du mutisme simulé ou de celui qui tient à certains états nerveux et à quelques formes d'aliénation.

Mais chez notre malade, on constatait encore des particularités dignes d'intérêt au double point de vue de la physiologie et de la pathologie. Je ne connais sur ce sujet aucune observation clinique antérieure, et j'appelle toute l'attention des médecins sur un fait aussi remarquable. Son étude nous conduira, d'ail- à une nouvelle et importante série d'idées.

Si l'on engageait Mme C.... à mouvoir les lèvres ou la langue, elle le faisait avec facilité, dans tous les sens et sans la moindre gêne; de même, tous les mouvements de ces parties s'exécutaient très-normalement pour boire, manger, avaler, etc. *Mais s'agissait-il de souffler ou de parler, ces mêmes mouvements devenaient impossibles,* et lorsque la malade insistait, elle éprouvait aussitôt des essoufflements et des sensations pénibles à l'hypogastre qui l'obligeaient à suspendre ces tentatives.

Ces détails n'ont pas été oubliés, je pense; peut-être ont-ils été considérés par le lecteur comme un de ces phénomènes bizarres et parfois simulés propres aux hystériques. Je dirai que la position, le caractère, l'état moral de la malade, son extrême désir de guérir, sa satisfaction au moindre changement heureux, la docilité avec laquelle elle se prêtait à toutes les médications, même les plus pénibles, tout éloignait le soupçon d'une supercherie. Et comment supposer, à moins d'admettre une véritable aliénation, une feinte de quatre années, portant sur des symptômes de cette nature? D'ailleurs, impossible de simuler la paralysie des muscles abdominaux, et surtout celle du diaphragme, dont les signes sont encore inconnus à la plupart des médecins. Aussi, je ne m'arrêterais pas sur une telle supposition, si je ne connaissais la défiance exagérée avec laquelle on accueille, en général, les faits d'explication difficile, particulièrement lorsqu'il s'agit du système nerveux. On pourrait encore rapporter à quelque état cérébral les circonstances curieuses dont il est question. Mais la malade rendait fort bien compte elle-même des causes d'un semblable phénomène : elle ne pouvait mouvoir les lèvres ni la langue pour souffler et prononcer

que parce que, je le répète, ces divers actes s'accompagnaient de sensations pénibles dans le bas-ventre et d'un état d'essoufflement qui la forçait à s'arrêter.

Est il possible de se rendre compte d'une semblable corrélation par des phénomènes d'un ordre connu? Je le pense.

On sait, en physiologie, surtout depuis les recherches de M. Debrou (1), que *les diverses actions musculaires qui concourent à l'accomplissement de certaines fonctions, s'exécutent suivant un mode d'association auquel la volonté est étrangère et qu'elle ne peut déranger*. Ainsi, *parler* suppose la mise en action simultanée, synergique, de toutes les puissances qui concourent à la phonation et à l'articulation, c'est-à-dire, des muscles inspirateurs et expirateurs, des muscles du larynx et de ceux de la langue, des lèvres, des joues, etc. *Souffler* entraîne une association analogue de nombreux mouvements, et nous ne saurions déranger volontairement ces associations. Aussi, dans l'action de parler, serait-il impossible d'isoler les mouvements des lèvres et de la langue de ceux du larynx et des muscles respirateurs. On comprend donc que lorsque M[me] C.... voulait essayer de parler, le diaphragme et les muscles abdominaux, sollicités à prendre part à l'acte auquel ils concourent habituellement, subissaient la fatigue inhérente à la plupart des états paralytiques, et de là les essoufflements (2). Nous verrons aussi que les sensations hypogastriques provenaient de la même cause, et, en même temps, jouaient un rôle capital dans la production de ces désordres. De là encore, pour la malade, l'obligation forcée d'éviter toutes les actions de nature à exciter les contractions synergiques des muscles paralysés et, en particulier, l'action de parler. On s'explique maintenant pourquoi les mouvements des lèvres et de la langue, impossibles quand il s'agissait de souffler, d'articuler, etc., redevenaient libres pour concourir à divers autres actes, comme la préhension, la mastication, la déglutition; c'est qu'alors ils ne sollicitaient plus le concours des puissances respiratrices.

Probablement quelque chose d'analogue contribuait au mécanisme de l'aphonie, car j'ai fait remarquer l'immobilité absolue du larynx et de ses pièces quand la malade voulait produire un son, tandis qu'il reprenait toute sa mobilité dans des actes différents.

A cet ordre de phénomènes se rattache l'explication d'autres particularités constatées chez M[me] C.... On sait que, chez elle, la seule pensée de parler, de souffler ou de faire un effort suffisait pour provoquer l'anhélation et les sensations hypogastriques; elle éprouvait les mêmes effets en voyant quelqu'un parler ou faire effort. Aussi, lui était-il impossible de se livrer à ces divers actes et même d'essayer. Les notions physiologiques acquises nous permettent encore de concevoir de tels faits : « *Il existe,* « dit Chevreul (3), *une liaison entre l'exécution de certains* « *mouvements et l'acte de la pensée qui y est relative, quoi-* « *que cette pensée ne soit point encore la volonté qui com-* « *mande aux organes....* Lorsque l'attention est entièrement « fixée sur un oiseau qui vole, sur une pierre qui fend l'air, etc., « le corps du spectateur se dirige (involontairement), d'une « manière plus ou moins prononcée, vers la ligne du mouve- « ment. Quand un joueur de boule ou de billard suit de l'œil le « mobile auquel il a imprimé le mouvement, son corps se porte « dans la direction qu'il voudrait voir suivre au mobile. » On sait aussi que la vue d'une personne qui vomit, bâille ou fait de pénibles efforts d'expectoration, détermine chez le spectateur des actes identiques, auxquels la volonté ne prend aucune part. M. Longet a aussi appelé l'attention sur ces phénomènes, qu'il désigne avec Chevreul sous la dénomination de *tendance au mouvement* (1).

Il est impossible de méconnaître l'analogie de ces faits avec ceux observés chez notre malade. Évidemment, la pensée de parler, de crier, de souffler ou de faire un effort, « *quoique cette pensée ne fût pas encore la volonté qui commande aux organes,* » excitait un commencement d'activité dans les puissances dont le concours synergique, suivant un mode d'*association coordonnée* à l'avance, est nécessaire aux différentes actions précédemment énumérées. Dès lors, anhélation, sensations hypogastriques, impossibilité consécutive d'exécuter les mouvements des lèvres et de la langue destinés à l'articulation.

Ainsi s'explique aussi, dans ce cas, la difficulté d'écrire et de lire. Il est, en effet, impossible d'écrire ou de lire sans prononcer plus ou moins ou avoir de la tendance à prononcer les mots tracés sur le papier. Aussi, M[me] C.... éprouvait-elle un état d'essoufflement qui l'obligeait à s'arrêter, et qui, après son départ de Bellevue, s'est transformé en une impossibilité complète de *tenir une plume* pour écrire ou de jeter les yeux sur un livre, la seule pensée d'écrire ou de lire provoquant le même effet.

Cette *disposition* ou *tendance au mouvement* sous l'influence de la pensée, constitue, à n'en pas douter, tout le mécanisme des tables tournantes; probablement aussi faut-il leur rapporter, avec Chevreul, les mouvements de la baguette des sourciers. Peut-être même une multitude de faits attribués par la crédulité publique à l'existence d'un prétendu fluide magnétique ont-ils une origine analogue.

Les interprétations précédentes paraîtront peut-être forcées aux personnes peu familiarisées avec la physiologie du système nerveux. A celles que de tels faits pourraient intéresser ou qui désireraient se renseigner plus complétement, je conseillerai de lire les détails fournis sur ce sujet par M. Longet, le mémoire de M. Debrou et le travail de Chevreul déjà cités.

L'observation de M[me] C.... me paraît démontrer expérimentalement les données physiologiques que je viens de rappeler; on y trouve, en outre, une preuve irrécusable que cette *association coordonnée* de nombreux mouvements dans l'exécution de diverses fonctions n'est nullement subordonnée à la volonté, puisque la malade ne pouvait isoler dans la phonation, l'articulation, la buccination, etc., les mouvements de la langue, des lèvres et du larynx de ceux des muscles respirateurs. Remarquons aussi que cette sorte de coordination synergique s'exécute en nous tout à fait à notre insu.

Il semble donc exister dans le système nerveux, pour certaines fonctions, un principe de détermination et de coordination automatique, tout à fait indépendant du moi.

L'exécution parfaitement coordonnée de la déglutition, de la respiration, de la défécation, de la miction, en dehors du concours de la volonté, et, sans doute aussi, les contractions rythmiques du cœur en sont les conséquences. A ce principe se rapportent encore les mouvements réguliers exécutés par des individus complétement privés de connaissance, pour fuir la douleur ou pour se délivrer d'une cause de souffrance. C'est ainsi qu'on voit souvent des malades dans cet état arracher leurs vésicatoires, des verres à ventouses, etc. Enfin, je m'explique ici l'accomplissement normal de la miction et de la défécation chez des animaux auxquels on a coupé la moelle en travers (chiens et cochons d'Inde), ou même chez des malades atteints d'une division complète de la moelle, comme on l'observe parfois. Notons, en passant, que ces derniers faits tendraient à

(1) *Sur les mouvements involontaires qui sont exécutés par les muscles de la vie animale*, in *Archiv. gén. de Méd.*, 1847, t. XV, p. 72 et 224.

(2) On n'observerait pas de semblables phénomènes dans toute espèce de paralysie et ils ne peuvent se manifester qu'au milieu de conditions spéciales, comme celles que je ferai connaître plus loin. Mais si les muscles paralysés étaient complétement soustraits à l'influence nerveuse par suite d'une lésion organique ou de tout autre état pathologique capable d'isoler tout à fait ces muscles des centres nerveux, leur état ne réagirait plus sur l'ensemble de l'appareil dont ils font partie. Ainsi, à l'état normal, les efforts de défécation entraînent l'association d'action du diaphragme et des muscles abdominaux. Chez M[me] C...., par des motifs particuliers, l'inertie de l'un entraînait celle des autres; mais la paralysie des muscles abdominaux, par suite d'une altération de la moelle à la région dorsale, n'empêche nullement le diaphragme d'agir seul dans le sens de l'effort. Alors, en effet, tous les liens de la synergie et du consensus étant rompus, il n'existe plus de subordination entre les diverses parties d'un même appareil; chacune d'elles peut devenir isolée et indépendante.

(3) Lettre à Ampère, *Archiv. gén. de méd.*, 1833, t. II, p. 130, 132, 134.

(1) *Traité de physiol.*, Paris, 1852, t. I, fascicule III, p. 56.

attribuer un principe de coordination à la moelle et même à établir, dans chaque portion de la moelle, un centre de coordination particulier. Mais je n'insisterai pas davantage sur un sujet qui sera abordé ailleurs avec plus de détail.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Kyste hydatique au devant de la colonne cervicale. — Incision. — Mort,

Par M. le professeur Alquié, de Montpellier.

Le nommé Sauvy (Simon), âgé de 27 ans, journalier, d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital le 20 novembre 1835. Il y a huit ans, il sentit paraître au fond du pharynx une tumeur qui prit, dans cet espace de temps, le volume d'un gros œuf. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la respiration était gênée et la déglutition très-difficile; les côtés du cou n'offraient aucune tuméfaction; mais au fond de la gorge, on apercevait une tumeur arrondie, volumineuse, indolore, obscurément fluctuante. On fit alors une ponction exploratrice avec une aiguille à cataracte qui donna issue à de la sérosité en petite quantité, ce qui donna à penser à un kyste, d'autant plus qu'on n'y sentait pas de battements. Rentré une seconde fois à l'hôpital Saint-Eloi, le malade offrait la tumeur dans le même état. Alors M. Lallemand fit, avec un bistouri garni d'une bandelette de linge jusqu'à sa pointe, une ouverture qui donna issue à 1 décilitre d'un liquide citrin et épais dans lequel on reconnut des poches hydatiques en assez grand nombre; il agrandit alors l'ouverture faite au kyste.

14 janvier. Trois jours après la première opération, le bistouri fut de nouveau porté sur la tumeur dont l'ouverture s'était fermée; et cette incision provoqua une hémorrhagie abondante à laquelle on remédia en portant un gros tampon d'amadou dans le kyste. L'hémorrhagie s'est ainsi arrêtée; de l'inflammation a envahi le kyste qui a fourni du pus.

Le 21, la difficulté pour respirer et avaler est très-grande; la voix est très-faible : on pratique des injections avec une sonde ordinaire en argent, adaptée au tuyau d'une seringue, dans laquelle se trouve une décoction de plantes aromatiques. Le malade a cependant bon appétit, mais crache beaucoup de pus. La figure est très-amaigrie et d'un mauvais aspect.

Le 23, le malade présente une figure terne, pâle et hippocratique; la respiration et la déglutition sont très-gênées; douleurs très-vives à la nuque; *facies* de mort; pouls filiforme et très-vite. (Sinapismes aux membres; potion avec 1 once sirop diacode; fleur d'oranger.)

Le 24, le malade meurt.

Autopsie. — L'examen cadavérique a démontré que la tumeur, située au-devant de la colonne cervicale et derrière les muscles du pharynx, était adhérente à l'apophyse basilaire par un prolongement supérieur; du volume d'une orange, elle avait une couleur jaunâtre à parois de 1 pouce d'épaisseur, dans laquelle se trouvaient des excavations et des loges d'hydatides. Au centre s'offrait un tissu noir, inégal, formé par des débris d'hydatides en suppuration. Le kyste était dur et enveloppé d'une membrane ayant une ligne d'épaisseur, et peu adhérente au contenu. On n'a pas fait l'examen des autres parties dans lesquelles peut se trouver la cause de la mort rapide du sujet, que M. Lallemand ne voit pas dans la présence de la tumeur. On a examiné seulement l'encéphale, qui n'a présenté autre chose qu'un peu de sérosité sous l'arachnoïde et une consistance très-grande du cerveau. *(Ann. clin. de Montpellier.*

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 mars 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Eaux minérales. — Un rapport de M. le docteur Chapelain, médecin-inspecteur des eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône), sur le service médical de cet établissement en 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Eczéma. — M. le docteur Martin, aide-major au 64e de ligne, envoie une note, accompagnée d'une observation, sur le traitement de l'eczéma. (M. Gibert, rapporteur.)

Hémorrhoïdes. — M. le docteur Lebel (André), de Paris, envoie une note sur l'*emploi de la poudre de scordium composée* (base de l'électuaire Diascordium) *pour modérer les flux hémorrhoïdaux trop abondants.* (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Pyrophosphate de fer. — M. Leras, docteur ès sciences, inspecteur de l'Académie à Quimper, écrit pour rappeler qu'il a adressé, en 1849, un mémoire sur le *pyrophosphate de soude et de fer.* Depuis cette époque, aucun rapport n'a été fait, et déjà des travaux postérieurs au sien ont été publiés sur ce sujet, sans qu'il soit fait mention de ses recherches sur cette substance. (Commission nommée.)

Amylène. — M. Duroy, pharmacien à Paris, envoie un mémoire intitulé : *Essais sur l'amylène, nouvel agent anesthésique.* (Comm. : MM. Velpeau, Malgaigne et Robert.)

M. Mélier donne des nouvelles de la santé de M. Guéneau de Mussy. L'état de l'honorable académicien s'est beaucoup amélioré depuis mardi dernier.

RAPPORTS OFFICIELS.

M. Robinet, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports sur de prétendus remèdes proposés par des personnes étrangères pour la plupart à la médecine. (Conclusions défavorables adoptées.)

Valérianate d'ammoniaque. — Il lit ensuite le rapport suivant qui se termine par des conclusions favorables :

MM. Laboureur et Fontaine, de Paris, ont soumis par la voie ministérielle, au jugement de l'Académie, un procédé ayant pour objet la préparation du valérianate d'ammoniaque à composition définie.

Suivant les auteurs, le sel n'avait pu être obtenu jusqu'à présent *à l'état de pureté et solide.*

En effet, si l'on consulte les traités de chimie, même les plus récents, on y voit que le valérianate d'ammoniaque est décrit sous forme liquide. D'un autre côté, nous étant informé de ce qui existe dans le commerce des produits chimiques, nous avons appris qu'aucun fabricant n'avait pu, avant MM. Laboureur et Fontaine, présenter un valérianate d'ammoniaque solide et cristallisé, pur et à composition constante.

Il restait à s'assurer, d'une part, si le procédé de MM. Laboureur et Fontaine pouvait théoriquement donner ce résultat; et, de l'autre, si le produit présenté par ces chimistes était bien réellement du valérianate d'ammoniaque pur.

Quant au procédé, il consiste dans la préparation, à l'état de pureté, de l'acide valérianique et du gaz ammoniaque; puis dans la réunion de ces deux corps. A mesure que la combinaison a lieu, le sel cristallisé sous une forme en apparence confuse, mais avec le microscope, on distingue très-bien des prismes à quatre pans terminés soit par des pyramides, soit par des biseaux.

Quant au produit présenté par MM. Laboureur et Fontaine, c'est bien du valérianate d'ammoniaque pur, nous nous en sommes assuré par une analyse élémentaire.

De ces faits et de ces considérations, votre Commission croit pouvoir conclure que le procédé et le produit de MM. Laboureur et Fontaine présentent la nouveauté et l'utilité exigées par le décret du 3 mai 1850, et elle vous propose de répondre à M. le Ministre qu'il y

a lieu de faire l'application de ce décret à la formule ci-jointe, qui a pour effet la préparation du valérianate d'ammoniaque :

> Prenez l'acide valérianique monohydraté et pur. Disposez-le en couche mince dans une capsule plate recouverte d'une cloche parfaitement close. Faites arriver dans la cloche du gaz ammoniaque anhydre jusqu'à parfaite saturation de l'acide valérianique. — Conservez le valérianate d'ammoniaque par petites parties dans des flacons parfaitement clos.

M. Caventou. Il n'y a pas lieu d'adopter les conclusions favorables de ce rapport, le valérianate d'ammoniaque étant connu depuis longtemps et ayant été employé déjà fréquemment en médecine.

M. Gaultier de Claubry. Je suis au contraire d'avis d'adopter les conclusions de ce rapport. Dans ces derniers temps, il a été souvent question de valérianate d'ammoniaque; mais jusqu'ici, aucun pharmacien n'a pu l'obtenir à l'état solide et pur.

M. Lecanu insiste sur ce qui a été dit par M. Caventou.

M. Robinet. Il a été question dans le rapport des avantages incontestables que présente la préparation de MM. Laboureur et Fontaine, et ce n'est qu'après avoir étudié cette question avec soin que nous venons vous proposer d'adopter les conclusions de ce rapport. Il y a une autre raison d'accorder à la préparation de MM. Laboureur et Fontaine l'application du décret du 3 mai 1850; car actuellement, cette préparation ne se trouvant pas au *Codex*, les pharmaciens ne peuvent en avoir dans leurs pharmacies, et se trouvent fort embarrassés quand les médecins prescrivent cette substance.

Les conclusions du rapport de M. Robinet sont mises aux voix et adoptées.

DISCUSSION
sur la méthode sous-cutanée.

La parole est donnée à M. Guérin.

Le discours de M. Guérin, dont l'auteur devait nous envoyer le texte, ne nous étant point parvenu en temps utile, nous sommes obligé d'en remettre la publication à un prochain numéro.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'assemblée générale de la *Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine* a eu lieu à l'Ecole de Pharmacie, le 25 mars dernier, sous la présidence de M. Fumouze. La grande salle était comble, et l'on se demande ce qui adviendrait si les 367 sociétaires voulaient assister à la séance.

Après la lecture d'un rapport plein d'intérêt sur le mérite des lauréats, M. Crochard appelle chacun d'eux dans l'ordre suivant :

Première division. — *Six années de stage* chez le même pharmacien. — 1er prix : M. Alfred Garet, de Rozoy (Seine-et-Marne) élève chez M. Lebel, à Vincennes.

2e prix : M. François Vayriras, de Nantiat (Haute-Marne), élève chez M. Jutier.

Deuxième division. — *Quatre années de stage*. — 1er prix : M. Gustave Hardy, de Corbeilles (Loiret), élève chez M. Boggio.

2e prix : M. Narcisse Portron, de Vivonne (Vienne), élève chez M. Bourrières.

Troisième division. — *Deux années de stage*. — 1er prix : M. Auguste Trichet, de Chalvois (Aisne), élève chez M. Belhomme.

2e prix : M. Edouard Riban, de Louvigné-du-Désert (Ille-et-Vilaine), élève chez M. Renault.

L'assemblée a ensuite entendu la lecture du compte rendu des travaux de son conseil d'administration par le secrétaire général, M. Favrot. Ce compte rendu, très-circonstancié, a constamment captivé l'attention de l'Assemblée, qui l'a accueilli par des applaudissements et une approbation unanimes. Elle a également approuvé, à l'unanimité, le rapport de la Commission d'examen des comptes du trésorier par M. Blancard, et celui de la Commission de surveillance du bureau des élèves stagiaires par M. Philippe.

Puis elle a procédé à l'élection d'un vice-président et de sept conseillers destinés à remplacer les membres sortants.

Le conseil se trouve ainsi composé pour l'année 1857-1858 :

Président, M. Hottot. — Vice-président, M. Béguin. — Secrétaire général, M. Favrot. — Secrétaire adjoint, M. Fournier. — Trésorier, M. Garot.

Conseillers anciens : MM. Schaueffelle, Crochard, Blancard.

Conseillers nouveaux : MM. Fumouze, Collas, Guénon, Marcotte, Lorette, Rajecki, Genevois.

— D'après le *Courrier de la Gironde*, une terrible épizootie vient de sévir sur la race ovine dans la commune de Carcans. On assure que vingt-neuf propriétaires de cette localité auraient perdu 3,500 bêtes à laine.

* **L'hôpital de Guy à Londres.** — En Angleterre, presque tout le monde connaît l'histoire du fondateur de cet hôpital ; en France, elle n'est pas assez connue pour que nos lecteurs ne trouvent pas de l'intérêt aux renseignements suivants :

« Les aventuriers anglais des Indes-Orientales avaient gagné des sommes prodigieuses en peu de mois. Revenus dans la métropole, ils bâtissaient des habitations magnifiques où le faste tenait trop souvent lieu de goût; ils faisaient hausser le prix de tous les articles de consommation. En face, on les saluait jusqu'à terre; derrière eux, chacun tremblait. On racontait des histoires épouvantables ; et le paysan, tout à la fois malicieux et craintif, frémissait de tous ses membres au passage du lourd carrosse où se rengorgeaient ces hommes, qui n'avaient acquis leurs richesses qu'en foulant aux pieds les lois de l'humanité. Il n'y a pas plus de vingt ans, on racontait à l'auteur de cet ouvrage que lord Clive avait sous son lit une boîte dans laquelle étaient entassées toutes les pièces constatant ses crimes, et qu'il ne s'était suicidé que parce que sa conscience ne lui permettait plus d'en supporter l'écrasant souvenir.

« Fils d'un batelier, obligé, dans sa jeunesse, de dîner sur le bout d'un comptoir avec un journal pour nappe, Thomas Guy ne laissa pas moins de 12 millions et demi de francs, à sa mort (1724). Ses premières opérations se portèrent sur les bons avec lesquels on payait les marins du temps de Charles II. Après plusieurs années de cruelles privations et de travaux plus grands encore, les défenseurs de la patrie recevaient leur solde en papier, non remboursable à la volonté des porteurs. Les marins, trop souvent imprévoyants, étaient contraints d'abandonner ces gages incertains de leur paie aux usuriers, qui les leur escomptaient au taux fixé par leur seule conscience. Des hommes qui avaient fait le tour du monde comme Drake, ou qui avaient combattu corps à corps avec Tromp, étaient fort inhabiles à lutter contre les agents rusés des usuriers qui les attiraient dans les ignobles repaires de Rotherhite, et achetaient leurs bons au plus bas prix possible. C'est ainsi que d'excellents matelots, la gloire de la marine anglaise, étaient volés, ruinés, et contraints à porter leurs services chez les nations étrangères. C'est à l'achat de ces bons que Thomas Guy s'attacha d'abord, et c'est sur le préjudice porté à nos braves matelots qu'il commença à établir la base de son immense fortune.

« Il mourut à l'âge de 81 ans, laissant par son testament 240,000 livres sterling (6 millions de fr.) à l'hôpital qui porte son nom. Son corps, qui reposait dans la chapelle des Merciers, fut transporté en grande pompe à l'hôpital Saint-Thomas, et le 13 février 1734, dix ans après sa mort, une statue fut élevée à sa mémoire, dans la cour de cet hospice, qu'il avait édifié avec la paie si péniblement gagnée par les matelots anglais. » (*La Bourse de Londres*, par J. Francis, traduction de M. Lefebvre-Duruflé, sénateur, ancien ministre.)

L'histoire de l'hôpital de Guy ressemble un peu à celle de notre hôpital Beaujon, à cela près que les méfaits du fermier général n'ont jamais été aussi bien établis que ceux du spéculateur anglais. Aussi ne lui a-t-on pas élevé de statue.

Errata. — Plusieurs erreurs typographiques s'étant glissées dans notre dernier numéro, nous croyons devoir corriger les suivantes qui se trouvent dans le feuilleton :

1° Deuxième colonne, ligne 5, au lieu de *pratiquer*, lisez : pratiquant.

2° Dernière colonne, rétablir ainsi l'avant-dernier paragraphe :

Un orateur occupait la tribune de la manière la plus brillante, mais, hélas ! il vilipendait un de ses collègues, homme fort honorable et qui n'a jamais mérité qu'on le traitât de la sorte ; je ne déteste pas la médisance, j'en conviens, mais je n'aime pas qu'on se réfugie derrière une tribune académique pour poignarder la réputation d'un homme d'honneur.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Recherches sur les causes et les indications curatives des Maladies nerveuses, par le docteur O. Landry. — Brochure in-8° de 136 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 41. 5e année. Samedi 4 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 3 avril 1857.

Intérêts professionnels.

[**La jurisprudence médicale à propos du reboutage.**]

Après avoir reproduit l'article de notre aimé collaborateur, M. E. Martin, M. le rédacteur en chef de l'*Union médicale* le fait suivre des remarques suivantes :

Contrairement à l'opinion de Me E. Martin, nous pensons que la Cour impériale de Paris, loin de « se déterminer sous l'influence des faits généraux, » n'aura pris heureusement pour motifs de son arrêt que les circonstances particulières de la cause. Cet arrêt, jusqu'à ce que nous en connaissions les considérants et les dispositifs, ne serait pour nous qu'une solution de fait et non une solution de doctrine. L'interprétation que Me E. Martin donne à cet arrêt serait, à notre sens, très-malheureuse, et nous demandons la permission de lui dire très-brièvement en quoi nous différons d'opinion ; les considérations que nous ne pouvons qu'indiquer ici, M. le Rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux* les développera certainement à son honorable collaborateur.

Les accidents, les maladies pour lesquels le public a recours aux rebouteurs, sont les entorses et les luxations récentes ou anciennes, les affections articulaires, telles que l'hydarthrose, les tumeurs blanches, en un mot, toutes les maladies qui apportent une gêne ou un obstacle aux mouvements des membres.

Ces accidents et ces maladies exigent impérieusement, pour l'*indication* et pour l'*application* du traitement qui leur convient, les connaissances positives et exactes que l'on ne peut apprendre que dans nos Écoles. Quand M. de Castelnau aura dit à Me E. Martin que, pour réduire une luxation, il est nécessaire de parfaitement connaître la squelettologie d'une articulation, sa syndesmologie, la myologie de la région, les rapports exacts de toutes ces parties entre elles ; non-seulement tout cela, mais encore la notion de leurs fonctions partielles et d'ensemble ; et beaucoup d'autres conditions encore que nous négligeons d'indiquer, il est probable que Me E. Martin reviendra de cette idée que la réduction d'une luxation, par exemple, « peut, sans danger, être pratiquée par tout homme possédant « le sang-froid et la sûreté d'action nécessaires au succès de « cette opération. »

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

Lettres à M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont obligé à suspendre pendant quelque temps les remarquables lettres de notre honoré correspondant, M. Armand de Fleury (de Mansle), lettres dont la dernière remonte au 14 octobre dernier, et que nos lecteurs avaient si justement appréciées. Nous sommes d'autant plus heureux de pouvoir reprendre aujourd'hui cette publication, que les études philosophiques de M. de Fleury nous viennent d'un modeste praticien de campagne, et qu'elles prouvent qu'on peut, dans toutes les conditions, se livrer aux méditations les plus profondes, pourvu qu'on possède deux éléments indispensables : une certaine vigueur d'esprit et un amour suffisant de la science. Avis à ceux de nos confrères qui se plaisent à répéter que tout ce qui nous vient de province est sans prix à nos yeux. — H. de C.

TREIZIÈME LETTRE.

DU TYPE BILIEUX (*vie de la prédominance nutritive*).

Pas plus que les tempéraments nerveux et sanguin, le tempérament bilieux ne se retrouve à l'état absolu chez aucun sujet.

L'homme chez lequel ce type prédomine fortement présente, au point de vue physique et moral, l'ensemble de caractères suivant :

La charpente osseuse est fortement accusée ; l'ossification du fémur, du tibia, de l'humérus remarquable. Les parois du crâne sont généralement épaisses, rugueuses et bosselées sur la convexité. J'ai scié plusieurs os de militaires morts dans la force de l'âge et notables par leur constitution bilieuse ; chez la plupart, j'ai trouvé une riche organisation du tissu osseux compacte. Ne cherchez pas, chez les bilieux, l'élégance ou la finesse des extrémités ; le plus souvent, les pieds sont trapus, les mains larges et fortes. Cet homme soutiendra des marches pénibles, soulèvera des fardeaux pesants plutôt qu'il n'excellera dans les grâces de la danse ou les souplesses de la gymnastique. Le corps du bilieux est remarquablement velu, si son développement organique n'a pas été gêné. Ce fait d'observation pratique n'est pas inutile à constater, en ce qu'il confirme très-bien notre théorie.

Le tempérament bilieux, en effet, est, d'après nous, celui de la prédominance de la vie nutritive et des instincts positivistes sur les vies de l'intellect et de la passion. Or, les animaux mammifères, chez lesquels les organes de cette première vie sont souverains, et que distingue une grande supériorité de dynamisme physique, ont tout le corps recouvert de poils. Chez les bilieux, le système dermoïde offre généralement de la consistance ; cette résistance protége à l'extérieur la croissance des poils. D'un autre côté, la substance sébacée

Il est vrai que dans son interprétation de l'arrêt de la Cour de Paris, Me E. Martin exige la présence d'un médecin auprès du rebouteur. On peut hardiment répondre qu'aucun médecin honorable, à quelque titre qu'il exerce son art, ne consentira à servir de manteau à l'ignorance intéressée des rebouteurs. Que Me E. Martin veuille bien ne pas perdre de vue que ce sont les poursuites dirigées contre les rebouteurs qui ont précisément forcé les rebouteurs à s'abriter derrière un titre légal. Qui ont-ils trouvé jusqu'ici pour remplir cet indigne rôle? Des enfants perdus de la profession, des bohémiens de la médecine qui, incapables de se faire un nom, une position, une clientèle par des moyens honnêtes, sont descendus à ce degré d'infimité. Nous parlons en général et sans application au fait de M. l'abbé Fortin. C'est, du reste, le langage tenu par M. le procureur impérial dans une cause analogue, jugée l'année dernière par le tribunal d'Avranches, qui a bien et dûment condamné le rebouteur, malgré l'assistance prétendue légale que lui prêtait un docteur en médecine.

« Le rebouteur n'est plus qu'un instrument, dit Me Martin, à « l'action duquel le médecin soumet le malade, instrument qui « agit sous sa direction; c'est un aide intelligent, mais rien de « plus. » C'est, en effet, le langage que les rebouteurs tiennent à la justice, devant laquelle ils se font humbles et modestes; mais telle n'est pas leur conduite devant le patient, auprès duquel ils doivent, de toute nécessité, jouer le premier rôle sous peine d'abdication. C'est le rebouteur, et non le médecin qui l'assiste, que le client vient consulter, et aux opérations duquel il vient se soumettre. Supprimez le rebouteur, le médecin son compère ne verra pas dix malades par an.

Nous ne pouvons penser, avec Me E. Martin, que l'arrêt de la Cour de Paris soit la solution qui « tranche le moins mal la « question du reboutage. » La considération des préjugés populaires nous touche peu. La loi n'est pas complaisante, elle est impérative. Elle est faite non pour tolérer, mais pour éclairer et dissiper les préjugés. La loi n'est pas un privilége professionnel, mais une garantie sociale. C'est moins les droits du médecin qu'elle a en vue, que la sécurité des citoyens, du riche comme du pauvre, de l'homme éclairé comme de l'homme ignorant, de ce dernier surtout, qui est plus facilement la proie de la cupidité. Me E. Martin est dans une illusion profonde en croyant que le corps médical accepterait la solution qu'il tire de l'arrêt de la Cour de Paris. Le rebouteur n'appellera jamais qu'un médecin son compère pour le couvrir de son diplôme, et un médecin honorable n'accompagnera jamais un de ses clients chez le rebouteur. De sorte que cet arrêt, s'il devenait un arrêt de doctrine et qu'il pût faire jurisprudence, n'aurait d'autre résultat que de légaliser un des plus graves abus de l'exercice illégal, de consacrer les plus dangereuses pratiques de l'ignorance et du charlatanisme, et de légitimer un des plus grands dommages dont se plaint, à bon droit, la médecine rurale.

Me E. Martin ne peut connaître toute l'étendue du mal produit par les rebouteurs que, trop indulgemment, il appelle des *opérateurs secondaires*. Il est tel canton, tel arrondissement où les docteurs en médecine ne sont appelés pour des cas de luxation, d'entorses et d'affections articulaires diverses, que pour remédier aux bévues et aux dangereuses pratiques du rebouteur en renom. Les rebouteurs ne sont pas rares aux environs de Paris, dans Paris même; eh bien, il n'est pas d'année où les hôpitaux ne reçoivent quelque victime de leurs ignorantes manœuvres, fractures du bras ou de la cuisse, ruptures ligamenteuses, accidents formidables survenus sur les tumeurs blanches, etc., etc. Comment en serait-il autrement, quand il est constant que ces *opérateurs secondaires* ignorent les premiers éléments anatomiques et pathologiques des maladies qu'ils s'avisent de traiter?

Nous considérerions donc comme chose très-fâcheuse que l'arrêt de la Cour de Paris eût la signification que lui a donnée Me E. Martin; que la justice eût voulu trouver une sorte de compromis entre les préjugés populaires et les exigences de la loi. Nous estimons que le tribunal d'Auxerre avait bien jugé en principe, comme avait bien jugé le tribunal d'Avranches, et nous espérons que la Cour impériale de Paris n'aura apprécié qu'une question de fait, sans résoudre la question de principe, celle du compérage médical, question qui intéresse autant la sécurité du public que la moralité de l'art. — AMÉDÉE LATOUR.

Nous ne surprendrons aucun de nos lecteurs en leur rappelant ce que nous leur avons dit plus d'une fois, à savoir que, sous le rapport scientifique et humanitaire, nous partageons d'une manière complète les opinions de M. A. Latour. Nous n'avons d'ailleurs à cela pas le moindre mérite, car quiconque possède les premiers éléments de la chirurgie sait combien sont indispensables les notions anatomiques et anatomo-pathologiques pour réduire les luxations, et ne peut ignorer, par conséquent, que le reboutage est une des espèces les plus dangereuses de l'exercice illégal de la médecine. Donc, au point de vue des principes de la science et de l'humanité, le *Moniteur des Hôpitaux* apprécie exactement comme l'*Union médicale* l'arrêt rendu dans l'affaire du curé Fortin.

Mais M. A. Latour nous paraît s'être mépris sur le véri-

---

sécrétée par les conduits cylindriques où le poil prend naissance, rentre dans la classe des sécrétions générales, et l'appareil sécréteur doit être supérieur chez les bilieux, ainsi que l'indique cette seule dénomination. La teinte générale de la peau, principalement au visage, est d'un jaune olivâtre; cette peau est sans finesse.

Les cheveux du bilieux sont toujours fournis. Chez lui, la calvitie est rare ou très-tardive. Je n'ai pas souvenance, dans les observations nombreuses que je recueille depuis quelques années, d'un seul sujet bilieux caractérisé chez lequel les cheveux ou les poils soient blonds. Son type est donc, presque sans exception, brun. Ses cheveux, tantôt crépus et laineux, se soulèvent autour du crâne en mode de crinière; on leur trouve alors le reflet huileux commun à ceux des mulâtres; tantôt ils sont fins, plats et collés sur les tempes, ainsi que sur la tête de Bonaparte. J'ai souvent observé que, chez ce type, les sourcils, plus abondamment fournis qu'élégamment arqués, se réunissent à la commissure sus-orbitaire, ce qui ne laisse pas de donner à la physionomie une gravité dure. L'œil est clair, presque jamais d'un bleu pur, plus souvent marron foncé, dans l'immense majorité des cas, d'un gris fauve; c'est l'œil du belluaire.

La bouche est large, les lèvres blêmes, souvent minces; le nez aplati et d'un dessin assez peu gracieux; la symphise du menton saillante et comme fourchue. Je recommande à l'attention des observateurs l'examen de la dentition chez le bilieux : cette dentition est presque toujours magnifique, remarque cent fois constatée par nous. A quoi faut-il l'attribuer? Est-ce que, chez le sujet bilieux, le tissu dentaire partagerait, avec le tissu osseux, le privilége d'une structure accomplie? Serait-ce que la belle conservation des dents n'est compatible qu'avec l'estomac dont la digestion est sûre, facile, prompte; tandis que les éructations, les aigreurs et tout l'arsenal des accidents gastralgiques exposent l'émail des dents à des exhalaisons dont le produit chimique est corrodant à la longue? Il serait curieux de soumettre à l'épreuve de l'acide carbonique des fragments de fluate de chaux pendant un temps prolongé. Quoi qu'il en soit, la vigueur de l'appareil digestif est le caractère le plus remarquable du bilieux. Son estomac digère sans peine les aliments réputés les plus indigestes. Il est presque toujours d'un appétit joyeux, quelquefois boulimique. Il s'accommode facilement des régimes les plus opposés.

Le *foie* et le *pancréas* (le premier surtout) se distinguent des mêmes organes chez le sanguin et le nerveux, par la puissance du volume, la densité du tissu, la richesse de l'arborisation vasculaire; la sécrétion *rénale* est aussi très-abondante dans ce type. La famille des *fumeurs* recrute ses plus vaillants champions parmi les sujets bilieux, sans doute parce que l'usage du tabac favorise une expectoration nécessaire au bilieux chargé de liquides sécrétés. En France, c'est dans

table sens de l'article de M. Martin, et en général sur le but que nous avons voulu atteindre en associant à notre rédaction ce jurisconsulte distingué.

M. A. Latour, aussi bien que nous et depuis plus longtemps que nous, sait bien que la législation médicale qui nous régit n'est pas l'idéal de ce qu'il est permis de désirer et peut-être d'espérer; il sait aussi que cette législation même telle quelle, n'est pas toujours appliquée conformément aux principes que nous croyons être ceux de la vérité scientifique et des véritables intérêts de la société. Mais quelles qu'en soient les applications (qui constituent la jurisprudence médicale), la profession a un grand intérêt à les connaître, et, autant que possible, à n'en point ignorer le véritable esprit, la véritable portée. Pour bien saisir l'un et l'autre, le point de vue auquel nous sommes placés M. Latour et moi (nous pourrions dire : et tous les médecins), n'est pas précisément le meilleur : pour entrevoir les intentions d'un arrêt, il faut être dépouillé de nos préoccupations professionnelles et scientifiques, il faut être imbu de l'esprit de la magistrature, il faut avoir l'habitude de vivre avec elle et être familiarisé avec son langage, et c'est pour cette raison que nous avons accepté avec empressement la savante collaboration de M. E. Martin, qui, depuis plusieurs années, s'occupe spécialement de travaux de jurisprudence, et surtout de jurisprudence relative à la médecine, à la pharmacie, etc.

Il ne faudrait donc chercher, dans les articles de notre savant et aimé collaborateur, ni des opinions *scientifiques,* ni des opinions professionnelles, ni même, en général, des opinions sur les *principes* du droit, mais bien des opinions sur la *jurisprudence,* c'est-à-dire sur l'application de notre législation aux diverses questions *pratiques* qui intéressent la médecine et la pharmacie; on y pourra chercher aussi, et l'on y trouvera souvent les interprétations les plus favorables possibles à la profession, que l'on pourra donner aux décisions de la magistrature, mais, toutefois, sans sortir de l'esprit dans lequel ces décisions ont été rendues.

A ce point de vue, M. Martin a-t-il, comme le pense M. A. Latour, mal compris l'arrêt de la Cour de Paris? Il serait un peu téméraire à nous de nous prononcer sur une pareille question; mais, sous toutes réserves, et en attendant le texte de l'arrêt que nous espérons pouvoir mettre prochainement sous les yeux de nos lecteurs, nous avouons que notre sentiment est tout différent de celui de M. A. Latour.

Si l'arrêt sur l'affaire du curé Fortin était un arrêt *de fait* et non *de doctrine,* il aurait dû, ce nous semble, avoir une tout autre teneur. Les faits ici étaient patents, ils n'étaient d'ailleurs point niés, il y avait, de plus, récidive, et si la Cour de Paris n'avait envisagé que les faits, elle aurait sans doute adopté l'opinion du tribunal d'Auxerre et condamné le rebouteur. C'est donc très-probablement parce qu'elle a considéré qu'en principe la signature du médecin couvrait le rebouteur, qu'elle a excusé ce dernier. Cette interprétation sera rendue plus probable encore par un arrêt bien autrement significatif rendu par une autre Cour dans une affaire beaucoup plus grave que celle du curé Fortin.

Nous ne dissimulerons pas, du reste, qu'ainsi compris, l'arrêt de la Cour est loin de nous satisfaire; mais le rôle de M. Martin, nous le répétons, n'est pas de défendre les principes médicaux et de nous bercer d'illusions; ce rôle est de nous éclairer sur les solutions judiciaires, bonnes ou mauvaises. qui peuvent nous intéresser.

Maintenant, cette solution est-elle absolument aussi fâcheuse que le pense M. le Rédacteur en chef de l'*Union Médicale?* Nous ne sommes pas disposés à l'admettre. En définitive, l'arrêt de la Cour ne fait que placer les rebouteurs sous la dépendance des médecins; si le curé Fortin ne trouve pas une signature de médecin, il sera condamné comme il l'avait été d'abord. Nous devons, il est vrai, reconnaître avec notre collègue de l'*Union médicale,* que la profession ne fournit que trop d'officiers de santé et aussi de docteurs en médecine disposés à prêter leur concours à des guérisseurs de toutes les espèces. Mais devant cette triste vérité, nous ne devons adressser de reproches qu'à nous-mêmes et à la législation médicale; nous ne pouvons pas accuser des arrêts qui, tout contraires qu'ils soient aux intérêts des malades, sont cependant fondés en grande partie sur le respect de la magistrature pour l'indépendance professionnelle. En somme, dans l'esprit que nous supposons à l'arrêt de la Cour de Paris, que chaque médecin fasse son devoir, et il n'y aura plus de rebouteurs.

H. DE CASTELNAU.

---

le Midi que j'ai trouvé le plus d'hommes bilieux. Il faut se garder toutefois de confondre avec la teinte ictérique de ce type, la coloration plombée et le hâle que le soleil méridional ou le voisinage de la mer imprime à certains visages.

Si l'on compare la tête du type que nous étudions à celle d'un nerveux ou d'un sanguin, on observera que tandis que les sinus frontaux et l'occiput du bilieux n'offrent rien de saillant, la voûte des pariétaux est très-prononcée, de telle sorte que le plus grand diamètre de la sphère crânienne, au lieu d'être antéro-postérieur, est transversal. Un crâne semblable, élargi sur les segments pariétaux, aplati aux pôles frontaux et occipitaux, n'est pas sans analogie avec celui des animaux d'un ordre immédiatement inférieur à l'homme.

L'étude de la disposition du crâne nous conduit à celle des facultés du cerveau, et nous donne la transition naturelle du physique au moral, dans le type bilieux.

Les facultés de la volition (*foyer, lobes moyens et ventricules latéraux de l'encéphale ; appareil, tube digestif et appendices sécréteurs*) étant celles dont la prédominance répond au tempérament bilieux, l'homme bilieux est, avant toutes choses, celui de la volonté et de l'action; il réalise le type du positivisme. Le rôle qu'il est appelé à jouer dans le monde n'est jamais indifférent, soit que son éducation le tourne à bien, soit qu'elle le pousse à mal; car sa volonté tenace et robuste est alimentée par une persévérance opiniâtre, et le but qu'il poursuit est toujours devant ses yeux. Là où le sujet nerveux peut être égaré par les spéculations de son imaginative, là où le sujet sanguin peut être détourné par le choc des passions contraires, le bilieux, qui sent froidement et voit clairement, plutôt que loin et haut, conserve sa droite voie. Le génie des mathématiques est son génie, et la précision du calcul satisfait seule son esprit. Ne lui parlez pas de théories humanitaires, de poétiques expansions; il vous traiterait d'idéologue, de fou; toute hypothèse est pour lui utopie, toute exaltation, démence! C'est sur les marches les plus élevées du pouvoir, sur les derniers rayons de l'échelle sociale, au bagne et sur le trône, que vous risquez le plus de le rencontrer.

Lorsque nous étions chirurgien de marine à Toulon, la chaloupe qui deux fois le jour conduit du port à l'hôpital Saint-Maudrier, était armée par des forçats. Combien de fois n'avons-nous pas constaté sur ces malheureux la conformation du crâne soufflé sur les côtés temporaux, aplati au sommet, bosselé et rugueux sur le front? l'œil gris-vert, la membrure anguleuse, la bouche large, les lèvres plates, le nez crochu ou écrasé, *les dents très-belles*, en un mot, l'ensemble du tempérament bilieux? — Par contre, chaque fois que le hasard nous a mis en rapport avec quelques-uns de ces hommes qu'une volonté tenace et discrète a placés aux rangs supérieurs, dans l'armée, la po-

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

De l'emploi du chloroforme et des narcotiques comme agents thérapeutiques et comme moyens de diagnostic dans certaines paralysies,

Par M. le Dr O. Landry.

(SUITE ET FIN.)

(Voir les nos 35 et 40.)

De tout ce qui précède, il résulte que les diverses perturbations observées du côté de la voix et de la parole chez Mme C...., provenaient d'une source unique, la paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux. Or, la difficulté de marcher dépendait en partie de la même cause, puisque c'est l'anhélation qui obligeait la malade à s'arrêter et même à s'asseoir à chaque pas pour reprendre longuement haleine. Mais nous verrons que ce désordre avait encore une autre raison d'être.

Quelle était donc la nature de cette paralysie? A quel état pathologique se rattachait-elle? Quelles indications se présentaient à remplir?

Aucun signe ne désignait spécialement l'encéphale ou la moelle comme le siége du mal. D'ailleurs, la localisation du trouble du mouvement dans des muscles animés par des points du système nerveux si éloigné l'un de l'autre, la parfaite intégrité du système musculaire dans les parties intermédiaires à l'origine des nerfs phréniques et des branches nerveuses propres aux parois abdominales, constituaient deux particularités bien rares dans les affections des centres nerveux et susceptibles de recevoir une explication plus satisfaisante, comme on le verra plus loin. Ajoutons que l'absence de mouvements reflexes et, en même temps, la conservation de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilite des cordons nerveux; enfin le retour de la parole pendant le sommeil ou les émotions, contribuaient encore à diminuer les probabilités d'une lésion anatomique.

Rien dans les phénomènes locaux, dans le siége du mal ou dans les symptômes éloignés ne provoquait l'idée d'une paralysie saturnine; on ne pouvait soupçonner non plus une influence rhumatismale. La paralysie n'avait aucun des caractères propres à la paralysie chlorotique ou anémique (1), et c'est à peine si l'on constatait chez la malade quelques légers signes de chlorose. Mais elle présentait les plus grands rapports avec les paralysies hystériques, par l'intégrité de l'irritabilité musculaire, l'anomalie de sa localisation, la singularité de certains phénomènes et l'existence de quelques manifestations hystériformes. Tel était, sans contredit, le diagnostic le plus conforme aux idées généralement reçues.

Cependant, ce diagnostic n'était pas exact, comme je vais le démontrer :

Il importe d'abord de se rappeler le début de l'affection. On sait que quatre ans avant son arrivée à Bellevue, au moment où elle faisait un effort pour soulever son enfant déjà grand, Mme C.... éprouva dans la région lombaire une sensation de déchirement, suivie, dès le lendemain, de pesanteur au bas-ventre augmentée par la marche et les efforts, premiers symptômes d'un déplacement de la matrice, qui fut constaté bientôt par MM. Chomel et Velpeau. On n'a pas oublié non plus que des essoufflements, de la difficulté à prononcer des phrases de longue haleine et de la peine à marcher surtout à cause de l'anhélation, se manifestèrent à la suite du même accident. On doit se rappeler, enfin, que les troubles de la respiration, de la voix et de la parole d'une part, et les symptômes hypogastriques d'autre part, suivirent une marche absolument parallèle, diminuant et augmentant toujours simultanément. Ces commémoratifs devaient porter, il me semble, à établir un certain rapport entre l'état des organes du bas-ventre et les autres manifestations morbides, d'autant mieux que la malade, elle-même, indiquait avec persistance cette corrélation, disant en avoir conscience. Pour ma part, frappé par ces diverses circonstances, ce rapprochement me parut rationnel, et, guidé par la connaissance de faits analogues que je rappellerai plus loin, je dirigeai mes investigations dans ce sens.

Au moyen du toucher vaginal, il était facile de reconnaître une antéversion très-prononcée avec abaissement de l'uterus, qui expliquait les sensations pénibles éprouvées par la malade du côté de l'hypogastre, et contribuait à rendre compte de la difficulté de la marche. En pratiquant cet examen, je constatai cela de remarquable, que les attouchements exercés sur l'organe déplacé déterminaient un essoufflement plus considérable, et provoquaient l'espèce de syncope avec étranglement que j'ai décrite. Enfin, particularité bien caractéristique, en soulevant et redressant la matrice avec douceur, la malade étant couchée, on lui rendait la faculté de produire un faible son et d'articuler quelques syllabes : « oui, monsieur, » par exemple.

(1) Je me propose de prouver, dans un autre travail, que la plupart des paralysies développées sous l'influence de la chlorose, de l'anémie et de divers états analogues, sont constituées par une *affection locale* des muscles, qui consiste en la diminution ou l'abolition *primitive* de l'irritabilité musculaire. Outre ce caractère fondamental, ces paralysies se distinguent par la conservation de l'excitabilité des cordons nerveux et par l'absence d'atrophie, au moins pendant un temps fort long, enfin par une localisation et une marche spéciales.

---

litique, les cultes, les sciences, l'industrie, nous avons retrouvé notre type, avec les seules modifications que doit y apporter une éducation choisie.

Chez l'homme qui a remué le plus le monde dans notre siècle, chez Bonaparte, dont la vaste intelligence fut toujours réglée par une plus vaste volonté, le tempérament bilieux prédominait. J'en trouve la preuve dans la formule de la seule médecine que cet homme eut coutume de prendre, et qu'il ne prit jamais sans effet :

℞	Crème de tartre soluble.	50 grammes.
	Emétique.	25 milligrammes.
	Eau sucrée.	160 grammes.

(Corvisart, *médecin de Napoléon.*)

Les médicaments actifs qui composent cette prescription, agissent exclusivement sur l'appareil gastro-intestinal et ses appendices sécréteurs. C'est ce tempérament qui seul pouvait donner au grand capitaine le courage de poursuivre un but :

Même à travers un cœur ami,

suivant la belle expression de notre Lamartine.

Plus propre au rôle des profonds capitaines qu'à celui du soldat valeureux, le bilieux, qui se distingue par la patience et le sang-froid, peut manquer de l'élan enthousiaste qui décide du gain d'une bataille; une fois démoralisé, on ne le ramène plus; c'est le fer refroidi qui ne s'étend plus sous le marteau. Le rôle de chef de partisans, où tout est calcul, convient mieux au sujet bilieux.

Le plaisir de la table le séduit plus par l'abondance et le confortable que par l'exquise recherche des mets; il sera plutôt gourmand que friand. En politique, le bilieux est peu sensible aux magnifiques émotions de la parole; n'était certaine pudeur, il qualifierait volontiers de *parlementaires bavards*, les Démosthènes, les Cicéron, les Mirabeau. Sa discrétion en toutes choses est assurée; il méprise profondément l'homme qui se livre par excès d'expansion. En religion, il peut faire un *dogmatique* entêté à la façon de Bossuet; en philosophie, un logicien comme *Locke* ou *Kent;* en morale, un *stoïcien ;* en économie sociale, un *Malthus !*

Si l'intelligence et la sensibilité se combinent en larges proportions avec son tempérament, et qu'il s'adonne aux arts, partout et toujours il se montrera positiviste. Musicien avec l'école allemande, il composera des effets d'harmonie sortis plus souvent du cerveau que du cœur. Peintre, il fera du réalisme à l'instar de Courbet. Poëte, il se taira par dédain des sensibleries.

Le bilieux compte trop bien pour ne pas être enclin à l'avarice. L'isolement de la solitude lui plaît par-dessus toutes choses. S'il se fait flatteur, ce n'est jamais que par un calcul sérieux, et assez mala-

Le rapport établi devenait de plus en plus probable ; il semblait évident que la paralysie du diaphragme, au moins, et probablement aussi celle des muscles abdominaux se rattachaient au déplacement de la matrice.

L'existence de paralysies sympathiques de divers états pathologiques de l'utérus, me paraît aujourd'hui hors de doute. Tissot et P. Frank l'avaient déjà signalée ; mais c'est aux médecins de notre époque que l'on doit surtout les observations publiées à ce sujet. J'ai réuni un assez grand nombre de faits de ce genre, et l'on en trouvera également plusieurs dans le mémoire de M. R. Leroy (d'Etiolles) sur les paraplégies (Paris, 1856). Dans presque tous ces cas, la guérison de la paralysie a suivi rapidement celle de la maladie utérine ou l'accouchement, quand elle s'était développée pendant la grossesse. J'ajouterai qu'il ne faudrait pas chercher à expliquer les désordres du mouvement ou du sentiment par la compression des nerfs du bassin ; car cette interprétation ne serait évidemment applicable qu'à des paraplégies et resterait sans valeur lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie ou d'une paralysie des quatres membres. Encore moins rendrait-elle compte de l'amaurose, quand on l'observe dans ces conditions, comme M. Cazeau a eu occasion de le faire (1). Ces troubles fonctionnels, dont la rapide disparition coïncide avec celle de la cause à laquelle ils se rattachaient, sont évidemment de nature sympathique.

Ainsi, les phénomènes actuels de l'affection, la marche du mal et l'analogie, tout autorisait à considérer la paralysie observée chez Mme C.... comme sympathique de l'anteversion constatée. Quelques mots sur le mécanisme probable de ce désordre du mouvement compléteront, je l'espère, la démonstration de ce fait.

En général, il faut diviser les manifestations sympathiques en deux ordres : les unes, éloignées de l'organe malade, n'ont avec l'affection primitive que des rapports médiats. Ainsi, la céphalalgie ou les vertiges provoqués par un état pathologique de l'estomac ; les convulsions, le délire déterminés par une maladie des reins ou du poumon, etc. D'autres fois, les accidents sympathiques se déclarent dans des organes contigus au foyer morbide ou faisant partie du même appareil. Exemple : l'occlusion convulsive des paupières dans la conjonctivite, le vomissement dans la péritonite, le ténesme anal et vésical dans la prostatite, la contracture musculaire au voisinage des articulations douloureuses, etc., etc.

Or, on trouve dans les paralysies sympathiques des cas de ces deux catégories : d'une part, il existe d'incontestables exemples de paraplégie, d'hémiplégie, de paralysie des membres supérieurs, d'amauroses, produites par la présence de vers dans les intestins, par des affections des viscères abdominaux, par la grossesse, etc. ; d'autre part, on a rapporté des observations de paralysie du diaphragme déterminée par une affection voisine, comme une hépatite, une péritonite ou une pleurésie, et on sait aussi que parfois, dans la pleurésie, la pleurodynie ou la névralgie intercostale, les côtes du côté malade cessent de se mouvoir.

Dans les faits de ce genre, on peut hésiter, il est vrai, à assimiler le trouble fonctionnel aux paralysies ordinaires, et il semble avoir beaucoup plus d'analogie avec les contractures qui se développent dans les muscles contigus aux articulations malades. Je vais même plus loin, je considère ces deux phénomènes morbides comme identiques, malgré leur différence symptomatique. Dans l'un et l'autre cas, l'organisme intervient pour mettre les parties malades à l'abri de violences mécaniques, mais par des procédés conformes aux indications naturelles. Ici, deux surfaces articulaires enflammées s'irritent par leur frottement : aussitôt les muscles vont se contracter violemment pour les immobiliser. Là, au contraire, les contractions répétées d'un muscle agissent d'une manière fâcheuse sur une affection voisine : ce muscle devient inerte. Ces deux actes pathologiques procèdent donc de la même loi physiologique.

Mais en admettant cette assimilation, je l'admets tout entière et je n'entend pas qu'elle change rien à la nature du désordre fonctionnel. Ces états d'inertie ou de contraction musculaire violente restent tout à fait indépendants de la volonté des malades, qui ne sont nullement les maîtres de les modifier. Ils ont même lieu parfois à leur insu et avec des effets que la volonté serait incapable de produire : ainsi, nous ne pouvons pas immobiliser volontairement un des côtés du thorax, ni l'une des moitiés du diaphragme, comme on l'observe dans des cas de ce genre. Par conséquent, le trouble du mouvement, dans le premier cas, constitue une *paralysie* réelle, au même titre qu'il constitue une *contracture* dans le second.

La paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux observée chez Mme C...., rentrait, à n'en pas douter, dans cette catégorie, et elle avait probablement pour but d'éviter à l'utérus les mouvements que lui impriment toujours les contractions de ces muscles. Les sensations pénibles ressenties à l'hypogastre à la moindre oscillation, leur imposait, en quelque sorte, cet état d'immobilité. Aussi, la localisation de la paralysie, précisément et exclusivement dans les seuls muscles capables de réagir mécaniquement sur la matrice, mais dont les nerfs ont une origine et un trajet si différents, révèle-t-elle de la manière la plus évidente, selon moi, la cause véritable, la nature et le

(1) *Traité des accouchements*, 1853, p. 335.

---

droitement. Il est heureux au jeu, parce qu'il calcule tout, disgracieux à la danse, pour la même raison. Il donne difficilement sa confiance, mais si une fois il s'est dit votre ami, ne craignez pas la défection.

Vis-à-vis d'une femme, le bilieux ne s'amusera pas à pleurer des élégies comme le nerveux ; le démon grossier de l'amativité ne le poussera pas, comme le sanguin, à courtiser toutes les Dorines ; peu porté à l'acte vénérien, il satisfait plutôt un besoin de sécrétion qu'une passion de la tête ou du cœur. Mais si l'amour le prend, c'est lentement et pour longtemps. Payé de retour, il savoure seul son bonheur, car il est tout ensemble égoïste et discret. La jalousie peut, chez lui, devenir terrible : repoussé, il est sujet à tomber dans une mélancolie dangereuse ; se croit-il trahi ? il est capable, nouvel Othello, d'étrangler sa Desdémone pour une erreur de mouchoir.

Cet homme qui, à la tombée d'un jour froid de l'hiver, se promène lent et blême sous un massif de cyprès, écarte le givre sur une tombe, lit, pâlit et ne pleure pas, cet homme risque fort d'appartenir au type bilieux. Vous le retrouverez encore sur les pontons, dans les cachots, expiant sans se plaindre, depuis de longues années, le *crime* d'une inébranlable conviction.

Le bilieux, stimulé par un but important ou l'espoir d'un gain, se montre opiniâtre au travail et rude à la besogne ; et, soit qu'il gère la boutique d'un épicier, soit qu'il tienne le portefeuille d'un ministre des finances, on s'aperçoit toujours qu'il excelle à bien compter.

Ses maladies les plus fréquentes sont : l'engorgement chronique du foie et la mélancolie, les coliques bilieuses, les calculs de la vessie, des reins, la diathèse lithique et la fièvre typhoïde (dothinenthérie) à forme bilieuse. Sur de semblables sujets, user de la saignée, c'est commettre souvent un contre-sens, dont le résultat le plus clair peut se mesurer à la longueur d'une bière.

Les éméto-cathartiques, les dérivatifs et les révulsifs sont indiqués dans la plupart des affections inhérentes à ce tempérament.

Les composés du type bilieux donnent les deux tempéraments mixtes : bilioso-nerveux et bilioso-sanguin (le positivisme dans l'idée et le positivisme dans la passion).

Les femmes au tempérament bilieux sont rares, aussi se sont-elles toujours distinguées par la grandeur de leur caractère ou le froid machiavélisme de leur politique.

Dr ARMAND DE FLEURY (de Mansle).

mécanisme de ce désordre fonctionnel. Il n'y a, d'ailleurs, de tout à fait insolite dans ce fait, que la gravité des accidents ; car tous ceux qui ont l'habitude d'étudier les affections de l'utérus savent combien agissent sur cet organe, lorsqu'il est malade, les efforts et toutes les causes de compression. Ils savent aussi combien ces diverses influences ont de retentissements sympathiques, particulièrement sur la force musculaire. L'un des effets les plus ordinaires, et que je signale comme se rattachant à mon sujet, c'est justement la faiblesse et la brièveté de la parole, ou, tout au moins, la fatigue qu'elle entraîne chez un grand nombre de femmes atteintes d'un déplacement de la matrice. Les phénomènes constatés chez Mme C.... n'étaient donc exceptionnels, je le répète, que par leur intensité.

Ainsi, chez cette malade, les indications curatives consistaient principalement à rétablir l'utérus dans sa position normale ou à modérer le retentissement sympathique dont cet organe était le point de départ. Indications, il est vrai, plus faciles à poser qu'à remplir. Je n'insisterai pas sur les difficultés de la première en général, je rappellerai seulement que, dans le cas spécial dont il est ici question, les moyens ordinaires de contention, les pessaires, une ceinture hypogastrique, la suppression du corset, n'ont pas empêché le déplacement d'augmenter jusqu'au renversement complet. Quant aux moyens mécaniques plus directs, outre les inconvénients et les incertitudes du résultat qui doivent rendre très-circonspect dans leur emploi, l'extrême sensibilité de l'utérus chez Mme C.... en contre-indiquait formellement l'usage jusqu'à nouvel ordre ; aussi ne fut-il question de ces agents que pour les repousser. D'autre part, compter sur les antispasmodiques pour modifier les phénomènes sympathiques semblait extrêmement douteux.

Mais un fait avait attiré toute mon attention chez Mme C.... Parfois, comme je l'ai dit, quoique entièrement muette pendant la veille, elle prononçait en rêvant quelques mots à haute voix, mais elle perdait immédiatement la parole si elle venait à s'éveiller. Je rappelle encore que tout éloignait l'idée d'une supercherie, et, d'ailleurs, je ne me trouvais pas en face d'un phénomène absolument nouveau ; parmi les matériaux que je rassemble depuis plusieurs années sur les affections nerveuses, je possédais deux observations analogues. Le fait en lui-même ne pouvait se révoquer en doute ; l'explication restait à trouver ; or, je crus pouvoir attribuer au sommeil, qui diminue en général l'énergie de toutes les actions organiques, une influence hyposthénisante sur les propriétés du système nerveux d'où procède la sympathie ; je pensai, en d'autres termes, que le retentissement sympathique de l'affection utérine était affaibli pendant le sommeil. Si cette interprétation était juste, je devais obtenir les mêmes résultats en plaçant artificiellement la malade dans des conditions analogues à celles que je supposais, et je songeai au chloroforme dont l'action, lorsqu'il est administré sous forme d'inhalations, se porte particulièrement sur la moelle et éteint, avec son excitabilité, le pouvoir reflexe, source évidente de la plupart des phénomènes sympathiques.

On a vu à quel point cette tentative a été couronnée de succès, et comment, par la suite, j'obtins des effets plus marqués encore et surtout plus durables avec des agents thérapeutiques dont l'action est analogue à celle du chloroforme, mais moins fugitive ; je veux parler des narcotiques.

Or, s'il est possible de comprendre que des agents stupéfiants annihilent la sympathie, on ne peut réprimer une certaine surprise en songeant à leur influence curative sur une manifestation morbide qu'ils semblent plus propres à engendrer qu'à guérir. Aussi, après avoir considéré l'aphonie, la mutité, les désordres fonctionnels du diaphragme et des muscles abdominaux comme de nature paralytique, j'ai éprouvé quelque doute en constatant un résultat aussi insolite. Je me suis trouvé même moins édifié sur l'étiologie admise, et j'aurais peut-être classé toute cette affection dans la catégorie des accidents hystériques ordinaires, si le mécanisme de ces divers phénomènes ne s'était pas révélé d'une manière aussi évidente, sous une forme aussi simple. J'avais d'ailleurs la certitude, par des faits antérieurs, que les paralysies hystériques proprement dites ne cèdent pas instantanément au chloroforme, comme on le verra dans la suite de ce travail.

Quant à la nature paralytique des troubles fonctionnels, si on se rappelle les signes observés chez Mme C...., une plus longue discussion sur le diagnostic paraîtra, je pense, inutile : une affection convulsive ou une contracture du diaphragme, dans le cas où on pourrait s'arrêter à ces suppositions, ne fournirait pas de semblables symptômes. Les convulsions, par exemple, au lieu de l'immobilité, produisent des mouvements désordonnés des parois de l'abdomen ; et, lorsqu'elles se compliquent de convulsions des muscles antérieurs de cette cavité, on observe parfois de très-curieux phénomènes qui ont pu donner lieu aux plus grossières erreurs. Sous la pression des muscles convulsés, les intestins se rassemblent en masses arrondies qui se déplacent rapidement, se portant d'un point à l'autre du ventre, suivant la prédominance des contractions dans tel ou tel muscle. Telle était la véritable nature d'un *entozoaire monstrueux* miraculeusement évacué à la suite d'un pèlerinage, et dont on se rappelle peut-être l'étonnante histoire !!...

Quant à la contracture, en voici les symptômes d'après M. Duchenne (de Boulogne) : agrandissement transversal de la moitié inférieure du thorax, d'une manière continue ; abolition des mouvements alternatifs de soulèvement et d'abaissement de l'épigastre et des hypochondres, qui restent *soulevés d'une manière permanente ;* respiration bornée aux mouvements des côtes supérieures ; aphonie plus ou moins complète, suffocation, et enfin *asphyxie rapide.* A part l'aphonie, il n'y avait rien de semblable chez Mme C....

Ainsi, d'une part, la paralysie des muscles abdominaux et du diaphragme était incontestable ; d'autre part, elle suffisait à rendre compte de l'aphonie et de la mutité chez Mme C.... L'action du chloroforme et des narcotiques s'exerçait donc bien sur des phénomènes paralytiques, et c'est un fait nouveau à consigner dans l'histoire de ces agents et des affections nerveuses. Pour moi, j'y vois une preuve de plus à l'appui de cette proposition développée dans mon mémoire sur l'étiologie des névroses, savoir : « *Que dans les affections nerveuses les indications tirées de la forme symptomatique sont secondaires et toujours subordonnées aux indications fournies par l'étiologie.* » Je dois même faire remarquer ici, non-seulement l'inutilité de l'agent réputé par excellence anti-paralytique, la strychnine, mais son influence nuisible. Sans doute, portée à doses presque excessives, elle a provoqué des convulsions diaphragmatiques ; mais loin de déterminer une amélioration réelle et durable, comme dans certaines espèces de paralysie, elle atténuait les heureux effets du chloroforme et même les annulait. L'hyperesthésie générale constatée pendant son administration, me porte à croire qu'elle agissait en augmentant l'intensité des phénomènes sympathiques, et, effectivement, le chloroforme reprit toute son influence lorsque, après la suppression de la strychnine, la sensibilité fut revenue à son état normal.

En voyant ainsi le *phénomène paralysie* céder tantôt à des excitants, tantôt à des stupéfiants, se refusera-t-on à reconnaître que l'*expression morbide* n'a rien de spécifique par elle-même, et que la médecine du symptôme, la thérapeutique empirique, doit être enfin bannie du traitement des *affections* nerveuses ?

Je pressens, il est vrai, au sujet de l'observation que j'analyse, deux objections à ma manière de voir : 1° les bons effets de l'électricité chez Mme C.... ; 2° le défaut d'action du chloroforme et des narcotiques, par la suite, semblent infirmer mes appréciations.

1° En ce qui concerne l'électricité, il paraît difficile de concilier les heureux résultats de son emploi avec l'insuccès de la strychnine. — Je répondrai qu'on doit bien se garder de comparer l'excitation locale qu'elle provoque avec les effets généraux de la strychnine. Maintenue dans de justes limites et hors le cas d'éréthisme nerveux, la faradisation localisée ne produit pas de

retentissement éloigné, à moins de dispositions individuelles particulières; elle tend seulement à accroître les phénomènes sensitivo-moteurs dans les parties auxquelles elle est appliquée. En un mot, elle agit périphériquement, et si elle détermine quelque modification fonctionnelle du côté des centres nerveux, cette modification reste bornée aux points sur lesquels réagit l'excitation périphérique et ne se propage pas au loin. Aussi son emploi sagement dirigé peut-il convenir à la plupart des cas où il est nécessaire de faire localement une sorte d'appel à l'influx nerveux, et c'est ainsi que s'expliquent ses bons effets chez Mme C.... La strychnine, au contraire, administrée à l'intérieur, exerce son influence sur toute l'étendue des centres nerveux, et, par conséquent, sur l'organisme entier, donnant naissance à un état artificiel d'éréthisme nerveux, exaltant la sensibilité, la motilité, le pouvoir reflexe de la moelle, et avec eux tous les phénomènes sympathiques qui en dépendent. De là ces convulsions générales provoquées par les plus légers attouchements d'un point quelconque du corps chez les individus ou les animaux empoisonnés par la strychnine. De là aussi, chez notre malade, l'augmentation du retentissement sympathique de l'affection utérine, et, par conséquent, des accidents paralytiques. Or, l'électricité aveuglément employée ou mal mesurée avec la susceptibilité individuelle des malades, peut amener les mêmes résultats que la strychnine, et nous en voyons la preuve dans l'observation précédente. Les premières séances électriques, on le sait, ont provoqué chez la malade un état nerveux général et des contractures des quatre extrémités. Plus tard, lorsque, encouragé par les effets obtenus, j'ai cru pouvoir multiplier ces applications, j'ai vu de nouveau survenir des accidents analogues, et les symptômes paralytiques se sont accrus au lieu de diminuer.

L'électricité peut donc exercer une double action : A, une excitation toute locale; B, une excitation générale. Lorsque, chez Mme C...., je me suis borné aux premiers de ces effets, les résultats ont été satisfaisants; mais ils ont été fâcheux du moment où je suis arrivé jusqu'au second, c'est-à-dire jusqu'à imiter l'action de la strychnine. Par conséquent ces résultats, loin d'infirmer les appréciations présentées plus haut, les confirment pleinement.

2° Le défaut d'influence des agents stupéfiants, à une époque plus avancée de la maladie, tendrait à faire croire que j'ai été, dans le principe, la dupe de quelque illusion. Mais j'affirme que les observations ont été faites de manière à éviter toute erreur, et, d'ailleurs, je ferai connaître plus loin des faits identiques chez trois autres malades. Si le chloroforme et les narcotiques ont fini par perdre leur puissance chez Mme C...., il faut, je pense, l'attribuer aux modifications survenues dans les conditions pathologiques. La marche des choses me paraît démontrer l'exactitude de cette supposition; comme je l'ai dit, en effet, c'est à la suite d'une assez longue conversation que Mme C.... a perdu de nouveau la parole presque tout à coup. Si l'on veut bien se rappeler que le développement de l'affection ou les diverses rechutes ont eu lieu à la suite d'efforts ou de fatigues capables de produire ou d'accroître le déplacement de la matrice, si l'on tient compte de la sensibilité excessive de cet organe aux moindres mouvement des muscles abdominaux chez notre malade, et de la réaction sympathique qu'elle exerçait à son tour sur ces mêmes muscles, la fatigue d'une conversation trop prolongée ne paraîtra pas sans influence sur la production de cette récidive. Depuis lors, en effet, les sensations pénibles à l'hypogastre prirent une intensité plus grande, et il s'y joignit une sensation d'abaissement qui n'existait pas auparavant. On sait aussi que le déplacement de l'utérus, consistant en une antéversion considérable au moment de l'arrivée de Mme C..... s'est transformé peu à peu en un renversement complet. L'analogie autorise à supposer que cette aggravation de la lésion pathogénique primitive a dû entraîner une aggravation parallèle dans les phénomènes secondaires en augmentant le retentissement sympathique. De là, probablement, l'insuffisance des moyens stupéfiants employés avec succès jusqu'à ce moment.

Mais, pourra-t-on dire, dans cette supposition il ne s'agissait que d'augmenter les doses de ces agents. Or, justement, s'il fut impossible de pousser plus loin les essais par la morphine et l'opium, à cause des nausées et des vomissements très-pénibles et prolongés qu'ils déterminaient, j'ai pu le faire au moyen du chloroforme, ses effets étant toujours très-passagers, et je me suis assuré qu'il n'a jamais perdu son influence. Je ne parvenais plus, il est vrai, à rétablir la parole et les mouvements du diaphragme au moyen de quelques inspirations; mais en allant jusqu'au sommeil, le diaphragme recommençait à fonctionner normalement : si alors la malade ne parlait pas, c'était par la raison fort simple qu'elle *dormait profondément.*

J'aurais pu satisfaire, peut-être, certains esprits en donnant, des particularités en question, une explication beaucoup moins complexe, j'aurais pu considérer Mme C.... comme habituée à l'action des stupéfiants, et n'en éprouvant plus les effets. Mais les narcotiques continuaient à produire les nausées et la somnolence; le chloroforme provoquait toujours l'anesthésie et le sommeil. Il n'y avait donc pas habitude.

Je dois faire remarquer, d'ailleurs, qu'à cette époque de la maladie l'électricité était devenue aussi impuissante que les stupéfiants, ce qui ajoutait encore à la probabilité de quelque modification dans l'état de la malade.

J'ai insisté longuement sur l'analyse de l'observation de Mme C.... à cause de l'extrême importance qu'elle m'a paru présenter, comme je l'ai dit, au double point de vue de la pathologie et de la physiologie. Je ne veux pas chercher à justifier la nécessité de tels commentaires; je laisse à chacun de l'apprécier suivant sa disposition d'esprit. Je dois dire seulement qu'à mon avis, les progrès de la pathologie du système nerveux sont subordonnés, en grande partie, à ceux de sa physiologie, et les éléments de cette branche des sciences médicales se trouvent bien plus dans l'observation clinique que dans de trompeuses et souvent impossibles vivisections.

Quoi qu'il en soit, je crois pouvoir déduire de ce qui précède les conclusions suivantes au sujet de cette observation :

1° Chez Mme C...., la mutité et l'aphonie provenaient de la paralysie du diaphragme et des muscles abdominaux;

2° Cette paralysie constituait un trouble fonctionnel *sympathique* d'une affection utérine;

3° Ses caractères distinctifs étaient : sa disparition passagère ou plus ou moins prolongée sous l'influence du sommeil et des agents stupéfiants, comme le chloroforme et les narcotiques;

4° L'existence des paralysie sympathiques n'est donc pas douteuse.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Observation de fongus bénin du testicule, consécutif à une orchite aiguë,

Par M. le Dr Abel de Jordan,
Chirurgien de l'hôpital d'Adge.

Deux motifs m'ont engagé à publier cette observation. Le premier, c'est la remarque suivante, qu'on lit dans les notes dont M. Gosselin a enrichi la traduction du *Traité des maladies du testicule,* de Curling. Je cite textuellement : « Pour ce « qui est du fongus bénin, j'ai à présenter deux remarques : la « première, c'est que cette lésion singulière, après avoir été « observée assez fréquemment en Angleterre, où elle a donné « lieu aux travaux de MM. Lawrence, A. Cooper, Syme et Curling, paraît être devenue, depuis quelques années, beaucoup « plus rare, d'après l'indication même de l'auteur. La seconde, « c'est qu'elle a toujours été et est encore aujourd'hui extrêmement rare en France. Jusqu'à ces derniers temps, on ne la

« mentionnait pas dans nos ouvrages classiques, et la plupart « de nos contemporains en avaient à peine entendu parler à « l'époque où M. Jarjavay a publié son intéressant mémoire « sur ce sujet. On pourrait croire que jusque-là les faits avaient « échappé, faute d'une description suffisante, et avaient été à « tort considérés comme des cancers. Mais, depuis la publica- « tion de M. Jarjavay, l'attention des chirurgiens français est « éveillée; les observations faites en Angleterre sont connues « de tous : il n'est donc pas probable que de nouveaux faits se- « raient passés inaperçus sans être livrés à la publicité. Il est « certain cependant que, depuis 1849, les recueils français n'ont « fait connaître aucune nouvelle observation de fongus, et aucun « des chirurgiens que j'ai consultés à cet égard n'en a observé « dans les hôpitaux de Paris. »

Le second motif, c'est la rareté d'un fongus bénin consécutif à une orchite aiguë. En effet, les auteurs qui ont traité de cette maladie ne l'ont guère observée qu'à une période assez avancée de l'orchite chronique, ou bien succédant à une orchite aiguë entée sur l'affection chronique, comme l'indique Curling.

Voici mon observation :

Le nommé Buisson, soldat au 12e de ligne, entre à l'hôpital d'Agde, le 17 septembre 1856, pour un gonflement du testicule gauche. Ce militaire, d'un tempérament lymphatique, ayant eu pendant son enfance, quelques manifestations de l'affection scrofuleuse, raconte qu'il y a quatre jours, à la suite d'une marche un peu fatigante, il ressentit au testicule gauche une douleur coïncidant avec un léger gonflement. Celui-ci augmenta rapidement, et trois jours après le malade entra à l'hôpital. A son entrée, le testicule est douloureux au toucher, très-dur, du volume d'un œuf de dinde. Point de blennorrhagie antérieure, point d'antécédents syphilitiques. Je prescrivis des sangsues sur le trajet du cordon, des cataplasmes émollients, la suspension de l'organe, quelques purgatifs. L'état inflammatoire avait presque cessé six jours après ; la douleur était beaucoup moins vive, mais le volume du testicule avait peu diminué. Craignant que la constitution scrofuleuse du sujet ne retentît sur l'organe sécréteur du sperme, je prescrivis l'iodure de potassium à l'intérieur, à la dose d'un gramme par jour pendant un mois, et en pommade à l'extérieur. Douze jours après, vingt-deuxième jour de la maladie, je constatai en avant et en haut un peu de fluctuation, et l'amincissement de la peau du scrotum dans l'étendue d'une pièce de cinquante centimes.

J'ouvris l'abcès avec précaution, et il s'échappa à peine quelques gouttes de pus épais, grisâtre. Je continuai les cataplasmes émollients.

L'ouverture que j'avais pratiquée avec la lancette s'agrandit, et donna issue à une substance gris-cendré, parsemée de taches rougeâtres. Cette excroissance fongueuse finit par prendre l'aspect d'un petit champignon, adhérant au testicule, de 1 centimètre 1/2 de diamètre, et dépassait de 2 centimètres la peau du scrotum, qu'il embrassait assez étroitement, et dont les rebords épaissis fournissaient toujours un pus grisâtre, épais et peu abondant. En comprimant cette excroissance avec les doigts, on faisait naître une douleur pareille à celle que détermine la compression du testicule. La tumeur scrotale n'était plus douloureuse et avait rapidement diminué de volume depuis la formation de cette hernie ; c'est au point que, le 20 octobre, seize jours après l'incision de l'abcès, elle avait presque totalement disparu.

J'avoue que, en présence de cette formation pathologique, je fus un peu embarrassé pour porter un diagnostic exact. C'était le premier cas de ce genre qui s'offrait à mon observation et à celle de deux honorables confrères qui se trouvaient un jour à l'hôpital, et par qui je fis examiner le malade. Je n'avais pas connaissance des travaux de M. Jarjavay, et les livres classiques que j'avais entre les mains étaient muets à l'égard de cette singulière lésion. J'en excepterai Samuel Cooper, qui, dans son *Traité de pathologie chirurgicale* (traduction de Delamarre), lui a consacré un très-court chapitre, sous le titre de : *Productions et chairs fongueuses sorties de la substance du testicule.*

Au lieu de suivre le traitement indiqué par cet auteur, savoir : de saupoudrer le fongus avec des poudres escarrotiques, ou de le réduire par la pression au moyen de compresses de diachylon, je préférai exciser avec des ciseaux la partie herniée, pensant que, puisque l'organe ne pouvait plus récupérer ses fonctions, ce serait le moyen le plus rapide d'arriver à la guérison. L'opération fut très-peu douloureuse et donna issue à peine à quelques gouttes de sang. Je rapprochai les bords de la peau du scrotum avec des bandelettes de diachylon. J'examinai attentivement la partie excisée, et il me fut facile de reconnaître qu'elle était composée de petits filaments qui n'étaient autre chose que des tubes séminifères. — La cicatrisation marcha rapidement et fut complète dans les premiers jours de novembre. Le testicule était réduit à un petit noyau, auquel adhérait la cicatrice. L'épididyme était un peu induré.

Je proposai ce militaire pour la réforme, parce que je pensais que la marche et le poids des bourses pourraient occasionner des tiraillements douloureux sur la cicatrice.

Depuis que j'ai pris note de cette observation, je me suis procuré le *Traité des maladies du testicule*, de Curling, traduit par M. Gosselin. La lecture de cet ouvrage remarquable m'a éclairé sur l'histoire de la maladie qu'il m'a été donné d'observer, et j'aurais probablement modifié mon traitement si j'en avais eu plus tôt connaissance. Au lieu d'exciser le fongus, j'aurais adopté soit le procédé de Curling, soit celui de Syme, d'Édimbourg. (Il serait superflu de décrire ici ces procédés; je renvoie le lecteur à l'ouvrage cité.)

Le malade y aurait-il gagné? La propriété sécrétoire de l'organe aurait-elle été conservée ou recouvrée? Curling cite un fait à l'appui, dans lequel l'opération, pratiquée d'après le procédé de Syme, permit au malade de ressentir les désirs sexuels. — C'était un homme âgé de 28 ans, qui avait un fongus du testicule gauche, du volume d'une grosse noix, et dont le testicule droit, malade autrefois, n'offrait aucune trace de sa présence. Il serait donc important, d'après cela, de chercher à conserver la glande dans le fongus bénin, au lieu de l'exciser ou de la cautériser. (*Rev. thérap. du Midi.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places de médecin au Bureau central, ouvert le 11 février dernier, vient de se terminer par la nomination de MM. LABRIC et VULPIAN.

— Un concours s'ouvrira, le 7 avril, pour une place de prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Le jury est ainsi composé : MM. RACLE, MOREAU (de Tours), DEMARQUAY, FOLLIN, HUGUIER, *titulaires ;* SERRES et CUSCO, *suppléants.*

— Le jury du nouveau concours qui doit s'ouvrir le 6 avril, pour deux places de médecin au Bureau central, est définitivement composé de la manière suivante : MM. BARON, CRUVEILHIER, GUBLER, MONOD et BALLY, *titulaires ;* MM. MICHON et HERVEZ DE CHÉGOIN, *suppléants.*

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 42. 5e année. Mardi 7 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 6 avril 1857.

Intérêts professionnels.

[**Arrêt de la Cour de Paris sur le reboutage.**]

La polémique à laquelle a donné lieu l'article que nous avons publié pour faire connaître à nos lecteurs la décision rendue par la Cour de Paris dans l'affaire du curé Fortin, nous faisait un devoir de rechercher le texte même de l'arrêt. Nous sommes heureux de pouvoir compléter ici les renseignements que nous avons déjà recueillis et analysés.

Au point de vue du droit, nous devons ajouter que, tout en reconnaissant les intentions généreuses et charitables du curé Fortin et le succès de ses soins, M. l'avocat général Roussel a expliqué que la loi ne peut, dans l'intérêt général, laisser impuni l'exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie, même quand il a lieu de bonne foi. — Néanmoins, sur la question d'aggravation de peine eu égard à l'état de récidive, M. l'avocat général, en présence des faits si favorables constatés par l'instruction, déclare s'en rapporter à la sagesse de la Cour.

Sur ces conclusions, qui tendaient pour le moins au maintien du jugement, la Cour, après un délibéré de vingt minutes en la chambre du conseil, est revenue à l'audience avec l'arrêt suivant :

Considérant que l'appel du ministère public met tout en état, et que, dans les circonstances de la cause, le prévenu n'a procédé que comme *auxiliaire et sous la direction et la responsabilité de l'officier de santé*, qu'il a agi gratuitement, que, dès lors, on ne peut le considérer comme ayant exercé l'art chirurgical, infirme et renvoie l'abbé Fortin des fins de la poursuite.

On le voit, c'est bien un arrêt de doctrine qui a été rendu ; c'est bien une solution nouvelle de la question du reboutage. La question qu'il s'agissait de décider était bien celle de savoir quelle pouvait être, en droit, l'influence de l'assistance et du concours du médecin à des opérations qui, tant qu'elles avaient été exécutées isolément par le

DÉLASSEMENTS *TRISTES*.

Une lettre piquante mais imprévue.

Ah ! si M. Guérin appartenait à la race coccigruanique, combien il y aurait à s'égaudir de la bonne petite lettre qu'il a adressée, par l'intermédiaire de M. Loyal, nous ne savons pas encore bien à qui, mais qu'il nous a personnellement sommé, par le même canal, d'insérer *dedans*(1) le plus prochain numéro du *Moniteur des Hôpitaux !* Mais, en toute sincérité, nous avons bien plus envie de pleurer que de rire quand nous voyons un esprit aussi distingué tomber à cet état de détérioration de méconnaître, lui journaliste, les droits de libre discussion, de voir ce qui n'existe pas et de ne pas apercevoir ce qui existe, d'oublier aujourd'hui ce qu'il disait, ce qu'il ne pouvait ignorer hier, d'attribuer à autrui ce qui lui appartient en propre, de confondre ce qui est parfaitement et clairement distinct, d'injurier des gens qui ont cherché à le servir autant qu'il a été en eux, de traiter, enfin, sa langue maternelle en fils dénaturé. Qu'on lise cette lamentable lettre que nous aurions voulu, pour tout au monde, et dans le seul intérêt de M. Guérin, pouvoir ne pas insérer, mais que nous sommes bien obligé d'exposer au grand jour pour ne pas fournir un aliment de plus à l'humeur lypémanique qui semble miner l'ex-habile rédacteur en chef de la *Gazette médicale*.

(1) Comme toujours, nous respectons le style et l'orthographe de MM. les huissiers.

Voici donc ce lugubre morceau :

L'an mil huit cent cinquante sept, le trois avril a la requète de M. Jules Guérin, docteur en Médecine demeurant à Paris rue Chanoinesse n° 12, lequel élit domicile en mon Etude ;

J'ai, andré charles victor Chevallier, huissier près le tribunal civil de première instance de la seine séant à Paris y demeurant rue neuve des petits champs n° 42, soussigné fait sommation à M. de Castellnau Directeur Gérant du Journal le Moniteur des hopitaux en ses bureaux sis à Paris rue Garencière n° 5, ou ètant en parlant à un employé du dit journal ainsi de.

Dedans le plus prochain n° du Moniteur des hopitaux insérer la réponse suivante à l'article publié contre le requérant dans le dernier numéro du dit Journal ; « Depuis l'ouverture de la discussion à l'académie sur la méthode sous-cutanée vous n'avez cessé de travestir mes paroles, de supprimer de votre compte-rendu tout ce qui était propre à éclairer vos lecteurs et à les mettre en garde contre vos assertions et celles que vous avez mises sous votre patronage ; à ce premier tort vous en avez ajouté un second, celui de vous servir de la discussion comme d'un prétexte pour attaquer ma loyauté scientifique et porter

curé Fortin, avaient été condamnées sans difficulté. En présence de faits avoués et pour lesquels on demandait une application plus sévère de la loi, nous avons peine à comprendre qu'on ait pu espérer une simple décision de fait.

Mais, quelque grave que soit la solution adoptée par l'arrêt (et loin de l'approuver, on se rappelle que nous avons tout d'abord fait nos réserves et exprimé nos appréhensions), il ne faut pas, en la combattant, en exagérer la portée, comme on le fait trop souvent dans les discussions de jurisprudence ; il ne faut pas aggraver le mal dont on peut avoir à se plaindre. C'est pour cela que nous nous sommes efforcé de démontrer que la Cour de Paris n'avait pas entendu apprécier d'une manière *générale* et *absolue* les effets du concours prêté par le médecin ; que son appréciation ne se rapportait qu'aux *circonstances de la cause :* le texte que nous rapportons aujourd'hui prouve que nous avions raison de limiter la solution de la Cour, et de constater qu'on ne pourrait s'en emparer pour l'appliquer à des faits autres que le reboutage.

Sans apprécier encore, au point de vue de la doctrine ni des intérêts professionnels, la solution de l'arrêt nouveau, nous avons cru utile de rechercher si, dans la pratique, il y avait lieu d'en redouter les effets. Nous persistons à croire que non. Avions-nous besoin de dire que nous savons, comme tout le monde, que le reboutage, en général, ne saurait espérer devenir l'auxiliaire de la médecine ; que du reste, préférant le prestige qu'il obtient en restant dans l'isolement et en se soustrayant à toute appréciation éclairée, il redoute plus qu'il ne désire le concours des médecins? Donc, dans quelques cas analogues à celui de l'abbé Fortin, et pour l'utilité plus ou moins bien démontrée de localités où les ressources médicales seraient rares, l'expérience et la bonne foi d'un rebouteur peuvent parfois être régulièrement mises à profit, il faut reconnaître qu'on atteindrait plus efficacement le reboutage en se plaçant, pour l'attaquer, au point de vue de l'arrêt nouveau, parce qu'il sera plus facile de démontrer soit le danger que présente son exercice isolé, soit la mauvaise foi de ceux qui se livrent à cet exercice en dehors d'une direction que l'arrêt a proclamée nécessaire.

E. MARTIN,
Avocat, docteur en droit.

Errata. — Dans notre précédent article, deux erreurs typographiques nous ont fait dire : le *fait* même du débat au lieu du *fond* même, etc. ; et ailleurs, cette décision a une *partie* sérieuse au lieu de une portée sérieuse.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

De l'amputation de la verge.

Procédés de M. DEMARQUAY, — de M. JULES ROUX.

L'amputation de la verge, généralement fort simple, présente, au point de vue des résultats consécutifs, quelques difficultés, lorsque la totalité de l'organe doit être retranchée ; et plusieurs chirurgiens ont proposé différents procédés tendant à aplanir ces difficultés. Pour les cas d'amputation partielle, le procédé de M. Schrœger a pour but de prévenir les hémorrhagies en facilitant la ligature successive des artères qui sont nécessairement coupées. M. Barthélemy ayant remarqué que l'on éprouve quelques difficultés pour trouver l'orifice de l'urèthre sur la surface de section, a imaginé de placer dans le canal une sonde en gomme, que l'on sectionne en même temps que la verge, et dont l'orifice demeuré béant indique le point où se trouve l'urèthre. Pour empêcher l'orifice de l'urèthre de se rétrécir, sans qu'il soit nécessaire d'y maintenir une sonde à demeure, M. Velpeau unit par la suture la muqueuse uréthrale à la peau de la verge. M. Ricord, et son élève M. Melchior Robert, ont proposé un moyen ingénieux de faire cette suture proposée par M. Velpeau.

Ces indications sont applicables aussi aux cas d'amputation totale de la verge ; et la formation de l'orifice uréthral présente des difficultés encore plus grandes, et c'est pour ces cas particuliers que M. Demarquay et M. Jules Roux ont proposé chacun un procédé qu'ils ont eu l'occasion d'appliquer récemment. Voici le procédé décrit par M. Demarquay, procédé qui permet, tout en retranchant la totalité des corps caverneux, de conserver une partie de l'urèthre, afin de constituer un orifice qui ne soit pas exposé à se rétrécir :

---

atteinte à ma considération; quoique me réservant de prendre à l'égard de cette nature d'attaque tel parti qui me conviendra, Je commence dès aujourd'hui, à vous adresser les rectifications, qui suivent destinées à édifier vos lecteurs sur le degré de confiance, qu'ils doivent avoir dans vos assertions et accusations ;

Le but de mon dernier discours a été de mettre complètement à nu le caractère et l'intention des critiques de M. Malgaigne, de montrer qu'impuissant dans la lutte vraiment scientifique, il a eu recours à des attaques exclusivement personnelles, aux imputations les plus graves contre la sincérité, la réalité de mes documents et par conséquent la bonne foi a la loyauté scientifique de l'auteur.

Au lieu de reproduire mes réponses, au moins en substance et dans les faits principaux que j'avais opposés aux accusations de M. Malgaigne, vous avez altéré, dénaturé mes réponses et maintenu les accusations de celui au système duquel vous vous associez, Je n'en citerai qu'un exemple; à Propos de la date de mes premières sections tendineuses, j'avais dit dans ma première communication que de 1835 à 1839 j'avais fait une multitude de ténotomies; à la faveur d'une *équivoque* des plus grossières, M. Malgaigne à cherché à démontrer qu'en 1835, 1836 et 1837, jusqu'au 2 Décembre de cette année, je n'avais fait *aucune* section de tendons. En preuve, à til dit, c'est d'une part, que M. Guerin annonce lui-même dans son mémoire sur le torticolis, que sa première opération a été faite le 2 Decembre 1837, et d'autre part, il a imprimé dans son premier mémoire sur la méthode sous-cutanée, que ses premières expériences chez l'homme ont consisté dans la section sous cutanée des muscles sterno et cléido mastoïdiens ; voici ma réponse à M. Malgaigne, telle que je l'ai faite mardi à l'académie : [*Ici, M. l'huissier copie les deux paragraphes du discours de M. Guèrin commençant par ces mots :* M. Malgaigne a fait semblant, *et finissant par ceux-ci :* commenté par M. Malgaigne. — *Voir plus loin*, p. 334, colonne 2.]

En présence d'une telle évidence vous n'aviez d'autre parti à prendre que de vous abstenir; car je ne puis attendre de vous, que vous reconnaissiez la fausseté des imputations de M. Malgaigne et des vôtres; vous avez pris un troisième parti, celui d'agraver vos torts, en dissimulant, en dénaturant et altérant ma justification. Vous avez fait plus, vous avez *reconnu la gravité* de l'accusation de M. Malgaigne, non pour dire que je l'avais réduite à néant, mais *pour la maintenir dans toute sa gravité.* L'argument de M. Malgaigne, dites-vous en terminant, conserve toute sa gravité. Et vous appelez cela un *argument*, vos lecteurs en jugeront. » signé Guérin;

Lui déclarant que conformément à la Loi M. Guerin acquittera au prix du tarif le nombre de lignes qui excéderait le double de l'article auquel on répond;

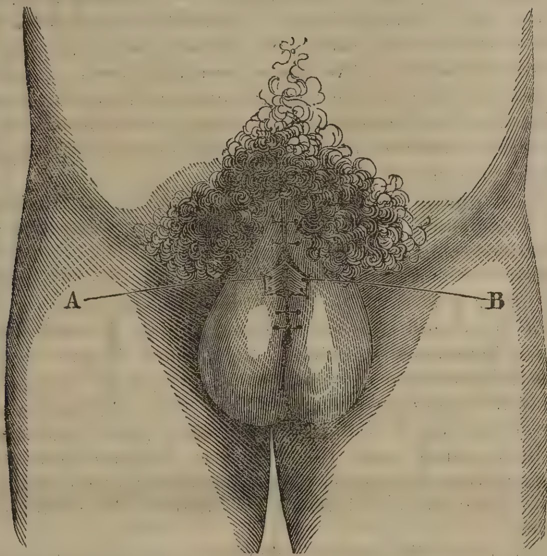
Lui déclarant en outre que faute d'insérer immédiatement la réponse ci dessus le requérant, se pourvoiera pour l'y contraindre; sous toutes réserves des voies et moyens extraordinaires, et de tous dommages-intérêts;

« Il entra à la Maison de Santé un homme de 60 ans, affecté d'une maladie de la verge que l'on reconnut au microscope pour être une tumeur épithéliale ulcérée.

« Cette tumeur avait, en moins d'un an, détruit une partie du gland et la partie correspondante de l'urèthre. Les deux corps caverneux et toute la partie antérieure du canal étaient complétement envahis; 2 centimètres environ de l'urèthre correspondant aux corps caverneux étaient sains. Aucun engorgement des ganglions inguinaux-cruraux. Douleur horrible à chaque miction ; l'urine sort difficilement par la partie antérieure et inférieure de l'urèthre et fait éprouver une vive cuisson. Le cathétérisme est douloureux et fort difficile; la déambulation est pénible. Amaigrissement prononcé.

« M. Demarquay pratiqua de la manière suivante l'opération demandée avec instance par le malade :

« Le patient fut placé en travers du lit, soutenu par des oreillers, et préalablement endormi avec le chloroforme. Une bougie fut introduite dans l'urèthre et fut confiée à un aide, ainsi que l'organe malade. A l'aide de deux incisions semi-elliptiques, commençant dans la région pubienne et venant se terminer dans la région des bourses, la partie adhérente de la verge fut circonscrite; les deux corps caverneux furent disséqués jusqu'à leur insertion à l'ischion, où ils furent détachés avec soin. Pendant tout ce temps de l'opération, l'urèthre fut respecté. Dès que les corps caverneux furent détachés, l'urèthre, distendu par la bougie, fut détaché de ceux-ci dans une certaine étendue, jusqu'au point où le mal l'avait envahi, et coupé en cet endroit. Il résultait de cette opération que, les corps caverneux enlevés, le malade avait conservé deux centimètres environ de l'urèthre. Pour éviter les deux grands inconvénients de l'amputation de la verge, à savoir : la rétraction de l'organe et son oblitération progressive, M. Demarquay eut recours au mode opératoire suivant : il fendit verticalement l'urèthre, et fixa les deux parties latérales sur les bords de la première incision. Il résulta de cette opération une espèce de vulve au centre de laquelle se voyait ouvert l'urèthre, ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-jointe.



« Le malade était guéri au bout de peu de jours, mais il fut enlevé en quelques heures par le choléra. »

Voici la description que donne M. Jules Roux de son procédé dans une note publiée dans la *Gazette hebdomadaire :* il y joint l'observation du malade sur lequel il a eu occasion de l'appliquer :

« Le malade, placé sur le bord gauche du lit, est rasé et plongé dans l'éthérisme ; l'opérateur, situé à son côté gauche, fait relever les bourses par un aide et pratique, avec un bistouri convexe, en dehors du raphé périnéal et de la cloison du dartos (au côté droit ou au côté gauche), une incision qui, commençant immédiatement au-dessous des bourses, divise celles-ci, contourne ensuite la verge en décrivant, sur les deux côtés de la peau qui la recouvre, une courbe à convexité regardant le gland, et se termine au pubis sur la ligne médiane. Après cette incision, superficielle d'abord, bientôt rendue profonde par une dissection convenable et qui ne laisse qu'un seul testicule flottant dans ses enveloppes propres, on écarte les bourses comme un livre que l'on ouvre, et l'on a directement sous les yeux le nœud des difficultés ou le vrai théâtre de l'opération.

« Il est désormais facile d'isoler les corps caverneux et d'apercevoir le point exact où l'on veut les couper ; de reconnaître le canal de l'urèthre distendu ou non par une sonde ; de le disséquer, d'y préciser les limites du mal, de le diviser au besoin sur un point reculé ; de lier les artères sans perdre beaucoup de sang, et de fixer où l'on veut l'ouverture uréthrale.

« Après l'opération, on trouve aisément le méat urinaire dans la plaie, dont il est toujours facile d'écarter largement les lèvres, et l'on peut se dispenser de laisser dans la vessie une sonde à demeure ; car il ne saurait y avoir d'infiltration d'urine ni de

---

Et afin que le susnommé n'enignore je lui ai en parlant comme dessus laissé la présente copie, Dont acte

Dont le cout est de six francs trente centimes.

rayé trois mots nuls,
C. Chevallier

MODESTES REMARQUES ET LÉGÈRES MODIFICATIONS.

A qui peut s'adresser M. Guérin quand il formule les gracieuses imputations qui suivent : *vos* assertions, *vos* accusations, *votre* patronage; *vous* travestissez, *vous* altérez, *vous* dénaturez, *vous* supprimez, etc. ?

Les mots *vos assertions, vos accusations* semblent indiquer que notre étrange correspondant a eu l'intention de parler à M. Broca, qui a apprécié dans le *Moniteur* la discussion sur la méthode sous-cutanée ; mais les mots *suppression, altération, travestissement*, laisseraient croire que *M. le Rédacteur* en chef de la *Gazette médicale* s'en prend *au Rédacteur* en chef du *Moniteur;* car si M. Broca avait eu la moindre intention, ce que personne ne croira, de supprimer ou de travestir *M.* Guérin, encore n'aurait-il pu le faire sans que *le Rédacteur* en chef du *Moniteur* ne prêtât la main à cette mauvaise action.

M. Broca, absent de Paris jusqu'après les vacances de Pâques, répondra, à son retour, s'il le juge à propos, à ce qui peut le concerner ; *le Rédacteur* en chef du *Moniteur* répond dès aujourd'hui à ce qui pourrait l'atteindre, si ses habitudes étaient moins connues ; et voici ce qu'il répond avec le moins d'*équivoque* possible :

1° Dès l'ouverture de la discussion et depuis l'ouverture invariablement, *le Rédacteur* en chef du *Moniteur* a tenu à ce que, dans son journal, les discours de *M.* Guérin fussent publiés aussi fidèlement que possible, et, pour qu'il en fût ainsi, il a eu soin, dès que la chose lui a paru importante, de ne point s'en rapporter à son rédacteur du Compte rendu de la séance, et de demander à *M.* Guérin lui-même le texte de ses discours ; la composition des oraisons de *M.* Guérin dans le *Moniteur* a eu lieu alors sur des épreuves de la *Gazette médicale* et il n'a jamais été retranché un iota à ces épreuves ; si donc, il y a eu travestissement dans le *Moniteur,* c'est que *M.* Guérin s'était travesti lui-même dans la *Gazette.* — Voilà pour ces mots : « *Depuis l'ouverture.* »

2° Quant au dernier discours de *M.* Guérin, nous n'avons pu le faire paraître ni dans notre numéro de jeudi, nous en avons dit la raison (1), ni dans notre numéro de samedi, pour une raison identique. Nous avons dû, en conséquence, attendre que

(1) Nos lecteurs n'ont pas oublié la note suivante insérée dans notre Compte rendu de la dernière séance de l'Académie : « Le discours de M. Guérin, *dont l'auteur devait nous envoyer le texte,* ne nous étant point parvenu en temps utile, nous sommes obligé d'en remettre la publication à un prochain numéro. »

stase du pus, là où la plaie constitue une *fente* déclive et non une *cavité* infundibuliforme. Si, après la cicatrisation, ou pendant qu'elle s'effectue, on est obligé de reporter l'instrument tranchant au méat rétréci, comme la chose m'est arrivée, ainsi qu'à MM. Velpeau, Sédillot, Ricord, etc., l'ouverture urinaire, toujours très-accessible, rend cette manœuvre facile.

« Enfin, après la guérison, les deux testicules restent entièrement séparés par une fente profonde médiane, au fond de laquelle est l'ouverture du canal, et les malades urinent mieux accroupis que debout. »

Ce nouveau procédé de M. Jules Roux fut appliqué sur un malade dont nous allons résumer l'observation :

Cancer de la totalité de la verge. — Amputation. — Guérison. (Novembre 1856.)

M...., âgé de 52 ans, d'une constitution assez forte, présente à la verge une affection que des antécédents non douteux avaient fait penser être de nature syphilitique : des traitements variés faits en conséquence n'amenèrent aucun résultat favorable.

La verge, indurée dans toute son étendue, est gonflée, douloureuse à la pression. La peau, mobile à la base de l'organe, est ulcérée en plusieurs endroits. Le gland a disparu, et la verge se termine par une surface couverte de fongosités saignantes qui laissent écouler un liquide fétide ; le méat urinaire est perdu au milieu de ces fongosités. Les corps caverneux, sans bosselures, sont durs jusqu'à leur racine : l'induration s'étend plus loin le long de l'urèthre. Les bourses sont légèrement tuméfiées : les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. — Cancer épithélial avec mélange de dégénérescence tuberculeuse, ce qui fut confirmé ensuite par l'examen au microscope.

L'opération fut faite par le procédé que nous avons décrit plus haut. Elle présenta les particularités suivantes : les corps caverneux furent coupés près de leur point d'implantation ; l'urèthre fut coupé dans sa portion bulbaire, l'orifice put être trouvé facilement, et on y introduisit une sonde ; trois artères assez volumineuses furent liées. Le testicule gauche resta seul flottant dans ses enveloppes profondes, le droit étant maintenu par le dartos. (Sonde à demeure, pansement simple.)

Le 10 novembre, deux jours après, le pansement fut renouvelé et la sonde retirée définitivement. La cicatrisation marcha rapidement ; le 21, le malade pouvait sortir, et, le 1er décembre, la guérison était complète.

Le scrotum est divisé sur la ligne médiane par une fente profonde où la peau a été entraînée par la rétraction de la cicatrice. L'excrétion de l'urine s'accomplit bien, le plus souvent dans la position accroupie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 31 mars 1857.

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

DISCOURS DE M. JULES GUERIN.

En reprenant la parole dans cette discussion, mon premier besoin est de remercier et de rassurer l'Académie.

Je la remercie d'abord, parce que, faisant violence à ses habitudes de modération et de haute convenance, elle a permis à un système de critique, sur le caractère duquel il pouvait y avoir encore quelque doute, de se montrer au grand jour, de se publier sans réticence, enfin de se démasquer. L'Académie ne saurait croire à quel point elle m'a rendu service, à moi en particulier, et à la science en général. Grâce à sa rare indulgence, il ne sera plus permis de se méprendre sur le caractère des attaques qui poursuivent depuis tant d'années ma personne et mes travaux.

Mais, ainsi que je viens de le dire, j'éprouve aussi le besoin de rassurer l'Académie. Elle pourrait craindre que, donnant un libre cours à un mouvement de réaction trop légitime, je voulusse réveiller ses déplaisirs de mardi dernier; mais non, quoi qu'on ait fait et dit pour me forcer à sortir de mon caractère, je resterai ce que j'ai été ; je tâcherai de répondre ainsi à la bonne opinion de notre honorable président. (PLUSIEURS MEMBRES : Très-bien.) Depuis des années qu'elle est à l'épreuve, ma patience a eu le temps de s'exercer : elle a appelé à son secours un sentiment plus calme et plus académique, le sentiment qui est le refuge des honnêtes gens. D'ailleurs, mon respect bien connu pour l'Académie et l'ardente conviction des vérités que je veux faire triompher, prévaudraient en moi sur toute autre considération, et seraient bien capables de me contenir jusqu'au bout.

Mais si je prends l'engagement de rester, par mon attitude et mon langage, digne de l'Académie, je me réserve de caractériser, comme il doit l'être, le système d'attaques qui ne cesse de me poursuivre, depuis bientôt quinze ans, jusque dans cette enceinte : il faut que ce système soit connu jusqu'à la trame ; je n'aurai pas de grands efforts à faire pour cela ; mon adversaire y a déjà pourvu. Je me bornerai donc à compléter son exhibition. (M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL : Non, non, c'est inutile.)

---

la *Gazette médicale* eût paru, pour emprunter à *M.* Guérin son propre texte, qu'il avait sans doute jugé à propos, cette fois, de ne pas nous communiquer, après nous l'avoir promis. La *Gazette médicale* ne paraissant que le samedi, nous ne pouvions publier le discours de *M.* Guérin avant notre numéro d'aujourd'hui.

Ainsi, il est faux que le *Moniteur* ait supprimé ou travesti, ou même ait eu l'intention de supprimer ou de travestir, soit à l'ouverture, soit à la fermeture de la discussion, non-seulement les discours, mais encore le moindre des arguments de M. Guérin ; sur cette discussion comme sur toutes les autres, les lecteurs du *Moniteur* possèdent les éléments complets du débat, et ils sont parfaitement à même de se former une opinion, privilége qui n'a point été accordé aux lecteurs de la *Gazette médicale.*

Les faits ainsi rétablis dans leur nudité, quel peut être le sens de l'étonnante prose de M. Guérin? Serait-ce de faire croire à nos lecteurs que le *Moniteur* leur dissimule ce qui pourrait les éclairer? Hélas ! nous croyons pouvoir affirmer, sans trop de vanité, à M. Guérin, qu'il s'abuse étrangement, et que nos lecteurs savent aussi bien que lui à quoi s'en tenir sur ce point. — Serait-ce de revêtir des cachets du timbre les injures qu'il nous dispense à M. Broca et à moi? d'abord, si ces injures avaient pu nous atteindre, nous étions parfaitement libre de les supprimer de sa correspondance, car la loi n'oblige point les journalistes à imprimer des injures contre leur personne ni contre des tiers ; mais sur ce point encore, M. Guérin s'abuse ; la papier timbré n'ajoute rien à la valeur d'une injure ; c'est à d'autres conditions qu'elle peut emprunter du poids ; de ces conditions, ni M. Broca ni moi n'avons rien à craindre.

Enfin, M. Guérin aurait-il pensé que le papier timbré pourrait modifier les opinions de M. Broca ou la forme de sa critique, ou bien changer nos dispositions à l'égard de notre cher et savant collaborateur? Nous pouvons affirmer que sur tous ces points encore, M. Guérin s'abuse. Les rapports que nous avons toujours eus avec M. Guérin nous auraient fait désirer, nous l'avouons, que l'appréciation de la discussion eût permis à M. Broca d'être plus favorable aux prétentions de M. Guérin. Mais quand un rédacteur en chef est assez heureux pour compter des collaborateurs comme M. Broca, un désir est tout ce qu'il peut se permettre de formuler ; si ce désir n'est pas satisfait, le rédacteur en chef est certain que la science et la conscience *seules* de son collaborateur s'y opposent.

H. DE CASTELNAU.

Il est superflu de le faire remarquer, la science, dans cette discussion, n'a été qu'un prétexte : ce n'était pas la méthode sous-cutanée qu'on voulait mettre en cause, mais l'auteur de la méthode, sa personne même, son caractère, sa réputation.

En effet, dès l'origine, M. Malgaigne m'a représenté comme un spoliateur des devanciers, comme déguisant tant bien que mal mes emprunts. J'ai prouvé de toutes les façons que ces prétendus emprunts étaient bien ma propriété, mon travail, ma pensée, mon invention. J'ai défini cette invention de façon à rendre toute méprise impossible, et j'ai confronté une à une avec elle toutes les allégations de M. Malgaigne et des personnes qui lui sont venues en aide. Cette confrontation a été si décisive, que ni M. Malgaigne, ni personne n'a essayé de soutenir la lutte sur ce terrain.

Dans cette occurrence, qu'a fait M. Malgaigne? Il est remonté à cette tribune, non plus pour soutenir, ce qui n'était plus soutenable, que les opérations de Monro, de Bromfield, de Dessault, de Boyer, de Bell, de Cooper, de Dupuytren, de Brodie, de Dieffenbach, de Stromeyer sont de véritables opérations sous-cutanées, ayant le caractère, la signification et le but de la vraie méthode sous-cutanée, émanant du même principe, employant les mêmes moyens et aboutissant au même résultat : l'absence de toute inflammation suppurative; sur ce terrain, dis-je, la lutte était impossible; mais il est revenu armé d'un système d'équivoques, de citations arrangées, tronquées, supposées, pour prouver, non pas que je m'étais trompé, que je m'étais abusé, mais que j'avais surpris la religion de l'Académie : j'adoucis les expressions de M. Malgaigne.

Il ne s'agit donc plus de la méthode sous-cutanée, ni de son origine, ni de ses principes, ni de ses applications, mais de moi-même, de ma personne et des moyens que j'aurais employés pour m'assurer une invention qui ne m'appartient pas. Tel est le système de M. Malgaigne, traduit dans toute sa simplicité et nudité. (LE BUREAU : La partie personnelle du discours de M. Malgaigne ne paraîtra pas dans le *Bulletin ;* ainsi passez là-dessus.) Puisque l'Académie ne paraît pas désirer être plus amplement édifiée à cet égard, je n'insisterai pas; les applications que j'ai à examiner achèveront de mettre les intentions et les moyens de mon adversaire dans tout leur jour. (LE BUREAU. Oui, c'est cela.)

Il est bien entendu, Messieurs, que, dans ce qui va suivre, je ne m'arrêterai plus à discuter, sous le point de vue de la question de priorité, les allégations de M. Malgaigne : je ne les examinerai que pour maintenir l'autorité des documents dont il n'a pas craint de mettre la sincérité en question. Je dirai même, à cet égard, que je ne m'arrêterai qu'aux points principaux de sa critique, convaincu que par ceux que je résoudrai vous pourrez apprécier la valeur de ceux que je passerai sous silence.

L'Académie se rappellera que, voulant fixer l'état de la science à l'époque de la publication de mon premier *Mémoire sur la méthode sous-cutanée*, j'avais choisi le *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne, édition de 1837 : il m'a fait deux graves reproches à cet égard. Suivant lui, j'aurais omis de citer ce que cet ouvrage renfermait de documents sérieux, comme opérations sous-cutanées antérieures à mes travaux; de plus, j'aurais pris l'édition de 1837 au lieu de prendre l'édition de 1839. Je vais répondre à ces deux reproches.

Et d'abord, j'ai cité et discuté, en réalité, toutes les indications contenues dans le MANUEL de M. Malgaigne : elles sont au nombre de neuf. Si je n'avais été averti tout à l'heure par quelques personnes que ces citations avaient produit quelque impression, je me serais borné à rappeler ce que j'en ai dit précédemment : ce sont autant d'expédients qui n'ont aucun rapport avec la vraie méthode sous-cutanée. Leur reproduction ne les rend ni plus nouvelles, ni plus significatives. Leur nombre a pu en imposer.

« De loin c'est quelque chose, et de près ce n'est rien. »

Toutes, à l'exception de deux, l'*incision des ganglions* et la *ponction avec broiement des tumeurs érectiles*, qui n'avaient jamais figuré jusqu'ici au débat, ont été citées et discutées à satiété. Il suffira de les mentionner pour rappeler à l'Académie, et ce qu'elles sont en réalité et la manière dont je les ai caractérisées.

1re *citation.* « Quelquefois on enfonce le bistouri plus ou moins « obliquement, c'est surtout quand on veut détruire le parallélisme « entre l'ouverture intérieure et celle de la peau. » — J'ai reproduit ce passage dans mon dernier discours comme le seul se rapportant au manuel opératoire général de la méthode sous-cutanée. Il n'a pas acquis plus d'importance depuis.

2me. *Abcès, ponctions successives.* — Procédé de Boyer et autres, sur lequel je me suis expliqué ; procédé abandonné, et que M. Malgaigne lui-même a déclaré mauvais, préférant les larges incisions.

3me. *Ganglions.* « On a conseillé l'ouverture à l'aide d'une très- « petite incision. » — Nous y reviendrons tout à l'heure.

4me. *Tumeurs érectiles.* « La ponction avec broiement. On a pro- « posé de plonger dans la tumeur une aiguille à cataracte, avec « laquelle on broierait les tissus morbides. » — Nous y reviendrons plus loin.

5me. *Description du procédé de Stromeyer pour le pied-bot.*

6me. *Description du procédé d'A. Cooper* pour les brides palmaires, avec cette annotation : « Ce procédé est le premier en date et a pré- « cédé le procédé analogue de M. Stromeyer pour le tendon d'A- « chille. »

7me. *Varices. Procédé de Brodie.* « On espérait ainsi éviter l'entrée « de l'air, cause présumée de la phlébite, mais Béclard a vu survenir « la phlébite et l'érysipèle phlegmoneux après ce procédé comme « après l'autre. »

8me. *Corps étrangers articulaires.* « L'extraction achevée, on laisse « revenir la peau sur elle-même; l'incision de la capsule se trouve « ainsi fermée et à l'abri du contact de l'air. »

Voilà bien les citations fournies par le *Manuel* de 1837. L'Académie n'en reconnaît-elle pas immédiatement sept pour avoir été discutées ici et réduites à leur juste valeur. Elles se rapportent toutes à quatre éléments : 1° A la crainte de l'air ; idée mal définie, tour à tour abandonnée et reprise, et considérée par M. Malgaigne comme une erreur ; 2° au déplacement de la peau en haut, en bas, sur les côtés, comme moyen de détruire le parallélisme de la peau, ressource jugée comme stérile et abandonnée par tous les chirurgiens, et par M. Malgaigne lui-même; 3° aux petites ouvertures faites avec un bistouri étroit. Mais nous l'avons dit à satiété, ces ponctions n'ont rien de commun avec la méthode sous-cutanée, et M. Malgaigne n'en fait aucun cas; 4° les opérations de ténotomie, dans lesquelles le procédé sous-cutané n'est que l'accessoire d'une opération principale, et dont j'ai démontré le défaut de rapport avec le caractère physiologique de la méthode : *l'absence certaine de toute suppuration.*

Il est maintenant acquis au débat que ces différents éléments, donnés comme précurseurs de la méthode sous-cutanée, sont, à l'exception de la ténotomie, tout à fait sans valeur. Qu'ils aient été fournis ou non par le *Manuel* de M. Malgaigne, cela importe peu : ce qu'il importe, c'est qu'on sache bien que mon adversaire, comme ceux qui lui sont venus en aide, ne prisent en aucune façon ces indications, et qu'elles ne sont citées par eux, pour la plupart, que comme des précautions stériles. Témoin, le défaut de parallélisme des plaies cutanées et articulaires dans l'extraction des corps étrangers articulaires, que M. Malgaigne avait cité comme illusoire à l'occasion du procédé de Desault ; procédé qu'au dire de Bichat, cet illustre chirurgien avait abandonné.

Restent donc deux indications nouvelles ajoutées aux anciennes : *la ponction des ganglions* et *la ponction avec broiement des tumeurs érectiles.* A l'égard de ces deux indications, je reconnais que je ne les avais pas citées, parce qu'en effet, on ne les avait jamais données jusqu'ici comme ayant un rapport, même éloigné, avec la méthode sous-cutanée. C'était aussi l'opinion de M. Malgaigne à une autre époque, au moins pour ce qui est des ganglions. Lorsque M. Malgaigne réinventa le procédé de M. Barthélemy, pour inciser les ganglions par la méthode sous-cutanée, il trouva le procédé aussi nouveau qu'excellent. Voici, en effet, comment il s'exprimait alors : « J'ai « déjà dit que l'écrasement et la ponction ne m'inspiraient *aucune* « *confiance ;* je n'avais pas voulu, vu le nombre de tumeurs, recou- « rir aux incisions. En y réfléchissant, je pensais qu'on pourrait ap- « pliquer là avec avantage les incisions sous-cutanées, sur lesquelles « M. J. Guérin avait récemment éveillé l'attention des chirurgiens. » Puis, après avoir raconté les heureux résultats du procédé sous-cutané, l'auteur dit : « Telles sont les circonstances dans lesquelles j'ai « employé cette *nouvelle méthode opératoire.* » — (C'était donc entre les mains de M. Malgaigne, une *nouvelle méthode*....) « Ce qui doit « frapper avant toute chose, c'est sa simplicité et son *innocuité.* » (*Bull. de thérap.*, année 1840). Voilà ce que M. Malgaigne pensait de la ponction des ganglions, lorsqu'il croyait avoir inventé un procédé sous-cutané ; vous savez ce qu'il en pense aujourd'hui.

Puisque le nom de M. Barthélemy se présente, permettez-moi de vous faire remarquer, chemin faisant, que le défaut de concordance signalé par M. Malgaigne, entre la première publication du procédé de M. Barthélemy et mes premières publications sur la méthode sous-cutanée, s'explique beaucoup plus facilement que ne paraît le croire

mon adversaire. Voici : M. Barthélemy m'avait vu opérer; il m'avait entendu parler des avantages de ma manière d'opérer, et l'idée de son ingénieux procédé lui était venue de la sorte. Il a eu la loyauté de le reconnaître, tout en conservant la propriété de son application spéciale aux ganglions. M. Malgaigne trouve cela incompréhensible! — Voilà pour la ponction des ganglions.

Quant à la *ponction et au broiement des tumeurs érectiles, à l'aide d'une aiguille à cataracte*, il faut n'être pas bien difficile pour y voir une opération sous-cutanée. Ponctionner une tumeur et broyer son contenu à travers une petite ouverture, et à l'aide d'une aiguille à cataracte, n'est-ce pas faire ce qu'on fait quand on détruit le cristallin à travers une petite ouverture de la cornée? A ce titre, *l'opération de la cataracte* serait une véritable opération sous-cutanée. Il ne serait pas difficile d'en trouver beaucoup d'autres du même genre. Telles sont les tentatives attribuées à Cooper, à Ch. Bell, de couper des brides aponévrotiques et ligamenteuses à l'aide d'*une aiguille à cataracte*, à *travers une petite ouverture de la peau*. L'exiguïté de la plaie et l'aiguille à cataracte n'impliquent pas plus dans ces cas que dans ceux cités plus haut, que l'opération ait été faite sous la peau, qu'elle ait été sous-cutanée, et encore moins qu'elle ait offert les véritables caractères de la méthode. De sorte que le MANUEL de M. Malgaigne pourrait être, d'un bout à l'autre, la méthode sous-cutanée. Qui s'en serait douté, cependant? — Ne vous semble-t-il pas, Messieurs, que lorsqu'une cause est obligée d'avoir recours à de tels expédients, elle est bien près de se regarder comme perdue?

Mais nous voici en face d'une nouvelle équivoque?

L'Académie se rappellera que M. Malgaigne s'est beaucoup récrié de ce que j'aurais omis volontairement de recourir à une édition plus récente de son MANUEL, à l'édition de 1839, antérieure de quelques jours à la méthode. J'y aurais vu bien d'autres choses, en fait d'opérations sous-cutanées. Il n'y a qu'un petit malheur, Messieurs; c'est qu'il n'existe pas d'édition de 1839. Il n'existe qu'une édition de 1840, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Je suis bien sûr que M. Malgaigne a *daté la préface de cette nouvelle édition du 24 juin* 1839 : c'est à l'aide de cette *équivoque* qu'il a justifié son accusation; mais à moins que le livre n'eût paru avant d'être imprimé, je devais m'en rapporter tout simplement au millésime placé au bas du titre, et ce millésime est bien de 1840 (1). C'est là une misère, sans doute; mais sous cette misère, et à la faveur d'une seconde équivoque, M. Malgaigne a pu placer sa seconde accusation.

Au demeurant, qu'y a-t-il de plus dans le MANUEL de 1840 que dans celui de 1837? De nouvelles applications de la ténotomie et de la myotomie; rien de plus. Or, n'est-ce pas par une nouvelle équivoque, dont on a tant abusé dans ce débat, qu'on prétend trouver et faire trouver de nouveaux développements, de nouveaux progrès de la méthode sous-cutanée, dans une plus ou moins grande extension de la ténotomie? Que l'on coupe dix tendons ou que l'on en coupe cent, la méthode sous-cutanée ne fait pas un pas; c'est le même procédé, la même idée, le même but que quand on n'en coupait qu'un.

Je conclus donc que le MANUEL de 1837 et celui de 1840 ne renferment rien de plus sérieux que ce que j'ai dit exister avant mon premier mémoire.

L'ouvrage de Vidal de Cassis a servi de prétexte à une troisième et une quatrième accusation. Suivant M. Malgaigne, Vidal serait le véritable auteur de la généralisation de la méthode sous-cutanée, et je l'aurais *prise* à cet auteur en omettant de le nommer. L'imputation est catégorique; voyons comment on la justifie. On la justifie toujours par une équivoque et par une suppression de texte. En effet, Vidal parle bien de méthode sous-cutanée, mais à propos de la ténotomie. Il y a trois méthodes de la ténotomie, dit-il, celle d'Isaacus Minius, celle de Delpech et celle de Dupuytren, qu'il appelle la méthode sous-cutanée (TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE, p. 449). Et plus loin, p. 478, et à l'occasion de la ténotomie du cou, il écrit ces lignes, que M. Malgaigne s'est bien abstenu de citer :

« Ici, comme pour toutes les ténotomies, la méthode sous-cutanée « a été préférée; elle a été, pour ainsi dire, créée par M. J. Guérin, car « ce praticien dit qu'il ignorait ce qu'avait fait Dupuytren : en cela « M. Guérin ressemblait à beaucoup de chirurgiens. J'avoue que je « me suis beaucoup occupé de Dupuytren et de ses travaux, et j'igno- « rais cependant ce fait de ténotomie. D'ailleurs, il n'est pas certain « que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'ait pas percé la peau sur les « deux côtés du faisceau musculaire. »

Voilà donc comment Vidal n'était et n'avait aucune prétention à être l'auteur de la généralisation de la méthode sous-cutanée, et voilà comment je n'ai pas eu à lui prendre ce qu'il n'avait pas, et, enfin, voilà, au contraire, comment cet auteur, qui n'avait, après tout, d'autre but que de faire un ouvrage de vulgarisation, m'avait rendu justice.

J'arrive à une accusation bien autrement grave. Ici l'Académie va voir au complet le système de critique de M. Malgaigne; je veux parler de la date affirmée par moi de mes premières sections de tendons, que M. Malgaigne trouve en contradiction flagrante avec la date de mes premières opérations, consignées dans mes écrits imprimés. Pour cette allégation, il convient de la lire textuellement dans le discours de M. Malgaigne.

« M. Guérin annonçait *hardiment* à cette tribune : pendant plu- « sieurs années, de 1835 à 1839, j'avais pratiqué un très-grand nom- « bre, un nombre prodigieux de sections tendineuses. Ce n'est pas « une médiocre fatigue, Messieurs, qu'une discussion où les moindres « assertions ont besoin d'être vérifiées; mais vous allez voir combien « la vérification est utile. Or, en 1835, M. Guérin *n'avait pas coupé* « *un seul tendon;* en 1836, M. Guérin *n'avait pas coupé un seul* « *tendon;* en 1837, jusqu'au 2 décembre, *il n'avait pas coupé un seul* « *tendon*. Le 2 décembre 1837, il fit enfin, pour la première fois, la « section du sterno-mastoïdien. De pareilles assertions vous épou- « vantent *peut-être*, et vous seriez bien aise d'en avoir la preuve. Li- « sez donc le mémoire de M. Guérin *sur le torticolis*, vous y verrez « (p. 32) qu'il fit sa première section le 2 décembre 1837, la deuxième « le 16 janvier 1838. — Fort bien, direz-vous, mais il avait *probable-* « *ment coupé déjà autre chose?* — Lisez donc le MÉMOIRE SUR LA MÉ- « THODE SOUS-CUTANÉE (p. 52) : « *Mes premières expériences sur* « *l'homme* consistèrent dans la section sous-cutanée des muscles « sterno et cléido-mastoïdiens. » — D'où il résulte que l'illustre opé- « rateur, qui croyait avoir pratiqué un nombre prodigieux de sections « sous-cutanées à partir de 1835, en réalité, au 15 janvier 1838, n'en « avait encore pratiqué *qu'une seule*. »

Tel est textuellement et dans tout son développement le système de critique de M. Malgaigne. Ceci est bien grave, Messieurs, et pourtant il n'y a là qu'une équivoque, une altération de texte, au service d'une accusation que je ne veux point qualifier, puisque cela paraît vous déplaire, mais qui se qualifiera d'elle-même.

M. Malgaigne a fait semblant de ne pas s'apercevoir qu'il confondait la ténotomie avec la myotomie. Ma première opération de myotomie du cou, de section du sterno-mastoïdien, la première pratiquée en France, par le procédé sous-cutané, date bien du 2 décembre 1837, et mes premiers essais (*de myotomie*) ont bien commencé à la section du sterno-mastoïdien. Mais M. Malgaigne s'est bien gardé de vous dire, tout en se demandant si je n'avais pas déjà coupé autre chose, que dans l'ouvrage même où il empruntait cette première indication de mes expériences myotomiques chez l'homme, il y avait de quoi faire cesser toute méprise et toute équivoque. On lit en effet à la page 19 de mon ESSAI SUR LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE ce qui suit : « Mes *premières sections sous-cutanées de tendons* datent du commencement de 1836; pendant deux années, je les ai répétées au pied et au col, en me conformant aux règles pratiques précédemment établies. » — Que M. Malgaigne mette en doute ce que je viens de vous citer, c'est conforme à ses habitudes. Mais que, sciemment, il vous cite un passage qui renferme l'équivoque que vous savez, et qu'il passe sous silence le passage d'à côté qui devait empêcher toute méprise, il y a là de quoi confondre, et c'est ce que je ne veux pas qualifier. Mais je ne me borne pas à rétablir un texte altéré par un texte supprimé, je vais mettre l'Académie à même de se convaincre qu'en réalité, au commencement de 1836, j'avais bien pratiqué des sections de tendons. Voici, en effet, dans mon *premier mémoire sur les difformités du système osseux*, page 40, l'observation d'une jeune fille, Elisa Geoffroy, mise en traitement sous les yeux de deux commissions de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, le 14 janvier 1836 : « Cette jeune fille était atteinte, depuis sa naissance, d'une « déviation latérale dorso-lombaire à droite, accompagnée d'un « *pied-bot postérieur considérable.* » En note, on lit : « J'ai fait, sur « le même sujet; et à la même époque, la section du tendon d'Achille, « du long fléchisseur du gros orteil, et d'une portion de l'aponévrose « plantaire. » J'ajoute : « La guérison du pied-bot a été constatée

(1) Le sentiment de l'équité nous oblige à prouver que l'insinuation formulée par l'orateur dans cette longue phrase ne peut se maintenir en présence de la remarque de M. Broca, et surtout en présence du renseignement suivant consigné par M. ROUBAUD dans le dernier numéro de la *France médicale* : « Dans le n° 27 du *Journal de la Librairie*, à la date du 6 juillet 1839, nous avons trouvé annoncée sous le n° 3265 la troisième édition du *Manuel de médecine opératoire* de M. Malgaigne. » Ce renseignement ne comporte pas la moindre *équivoque*.

(*N. du R. en chef.*)

« par une commission de l'Académie des Sciences, ainsi qu'elle l'a « relaté dans son rapport. »

Et en effet, Messieurs, voici le rapport de la Commission pour le grand prix de chirurgie, sur les ouvrages déposés le 1er avril 1836, on y trouve le résumé des sujets traités par moi : « 4 cas de pied-bot, « dont un cas *extrême, consistant dans un renversement en arrière* « *de la partie antérieure du pied, la malade marchant sur la face* « *dorsale du tarse.* » Il ne peut y avoir de méprise. Voici la planche représentant tous les sujets traités, et voici les deux plâtres du pied opéré avant et après le traitement, avec les noms de tous les commissaires et la signature du président. (M. Guérin exhibe les deux plâtres du pied d'Elisa Geoffroy.) Voilà donc un fait certain pour ceux qui voudraient faire, avec un peu plus d'exactitude et de charité que M. Malgaigne, l'histoire de la ténotomie. Et voilà, Messieurs, comment, en réalité, j'ai été....., je n'ose pas dire le mot...., commenté par M. Malgaigne.

L'Académie voudra bien le remarquer, le cas que je viens de citer avait été précédé déjà par d'autres cas de ténotomie. De ce que je ne les avais pas publiés, il ne s'ensuivait pas que je ne les eusse pas pratiqués ; car je n'ai pas l'habitude de publier des opérations qui ne sont qu'une répétition de ce que tout le monde fait. Je n'attache de prix à une observation particulière qu'autant qu'elle renferme une idée nouvelle. Or, le cas que je viens de mettre sous les yeux de l'Académie est certainement un des plus remarquables qui aient été rencontrés : il n'en existe peut-être pas deux exemples ; et, sous le point de vue opératoire, c'est une de mes premières applications de la ténotomie étiologique, qui m'a conduit à la généralisation de la ténotomie, c'est-à-dire à l'institution de la méthode mise en rapport avec toutes les formes et variations de la difformité résultant des applications et distributions diverses de la rétraction musculaire.

J'en ai terminé avec cette accusation principale et capitale de M. Malgaigne. Il ne me reste plus qu'à maintenir l'exactitude et le vrai sens de mes citations, en ce qui concerne les chirurgiens, que j'ai indiqués comme ayant accepté ou appliqué comme méthode nouvelle la méthode sous-cutanée. Je n'entrerai pas dans de longs détails ; je me bornerai à citer trois des noms principaux : M. Bonnet (de Lyon), M. Goyrand (d'Aix) et Dieffenbach. Le peu de mots que je vais vous en dire suffira pour vous faire voir de quel côté sont les citations exactes et les interprétations vraies.

J'avais cité quelques courts passages de M. Bonnet (de Lyon) ; j'en aurais pu citer beaucoup d'autres, car personne n'a jugé mes travaux avec plus de bienveillance, et j'ose dire, personne n'a plus rendu justice à ce que j'ai fait pour la méthode sous-cutanée. Dans un des passage que j'ai omis, passage très-élogieux, d'ailleurs, se trouve une légère restriction, que je puis contester, parce qu'elle résulte du sens différent que nous donnons, M. Bonnet et moi, au mot *principe* de la méthode. Mais cette légère dissidence est plus que compensée par la manière large et élevée, dont notre célèbre collègue apprécie ma part dans l'invention et la constitution de la méthode sous-cutanée : « C'est à M. J. Guérin, dit-il, qu'on doit la *découverte* des phénomènes « intimes dont les plaies sous-cutanées sont le siége. Mais il faut ajou- « ter que là ne se borne point la part de cet auteur dans l'établisse- « ment des principes de la méthode sous-cutanée ; doué de cette puis- « sance d'esprit qui permet d'analyser les éléments d'un problème, « de déduire de cette analyse des lois simples et générales, sachant « poursuivre ensuite un principe nettement formulé dans toutes ses « conséquences, M. Guérin, quoique n'ayant pas été l'inventeur *pro-* « *prement dit* des principes de la méthode sous-cutanée, a contribué, « plus que personne, à lui assigner *son véritable caractère*, et à en « montrer les nombreuses et fécondes applications. » (Bonnet, SECTIONS TENDINEUSES, p. 15.)

Voilà pour M. Bonnet.

En ce qui concerne M. Goyrand, voici une lettre reçue ce matin même de notre savant collègue, qui dit tout ce qu'il faut qu'on sache, sans qu'il soit beson d'y ajouter le moindre commentaire. J'avais prié M. Goyrand de vouloir bien s'expliquer sur le véritable sens des passages si étrangement commentés par M. Malgaigne. M. Goyrand m'a répondu ce qui suit :

« Mon cher confrère,

« J'ai suivi avec un très-vif intérêt les diverses phases de la discus- « sion qui s'agite en ce moment devant l'Académie de médecine, et je « suis d'autant plus disposé à vous rendre le témoignage que vous ré- « clamez de moi, que je n'ai qu'à répéter ici, dans les mêmes termes, « ce que j'écrivais il y a seize ans (janvier 1841), dans le premier nu- « méro des ANNALES DE CHIRURGIE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE : — « La « généralisation de la méthode des incisions sous-cutanées, disais-je à « cette époque, est un immense progrès chirurgical ; chaque jour, on « pourra faire des applications nouvelles de cette méthode. » Et plus « loin : « Les progrès récents de la chirurgie nous ouvrent de nouvel- « les voies : l'innocuité, si bien démontrée par M. J. Guérin, des plaies « sous-cutanées, alors même qu'elles pénètrent dans les articles, m'a « donné l'idée d'une opération nouvelle qui guérira cette infirmité (les « corps étrangers articulaires), sans exposer au moindre danger. »

« Je n'ai pas un mot à ajouter ni à retrancher à cette appréciation « de vos travaux, et je reconnais volontiers, aujourd'hui comme alors, « que c'est dans la lecture attentive de vos deux mémoires sur les « plaies sous-cutanées en général (1839) et sur les plaies sous-cutanées « des articulations (1840), que j'ai trouvé la première inspiration de « mon procédé pour l'extraction des corps étrangers de l'articulation « du genou, procédé que j'ai employé, pour la première fois, le 22 sep- « tembre 1840.

« Agréez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments dé- « voués.
Signé : Dr GOYRAND.

« Aix, 29 mars 1857. »

Dieffenbach est mort, il ne peut donc nous rendre le même service que M. Goyrand. Mais à défaut de Dieffenbach, son élève, son ami, M. le docteur Phillips est là pour édifier l'Académie. Voici ce qu'il m'a répondu il y a peu de jours :

« Mon cher et honoré confrère,

« Je n'ai pas attendu, comme l'a dit M. Malgaigne, jusqu'à l'an- « née 1855 pour faire connaître la noble conduite de mon illustre « maître Dieffenbach à votre égard. Dès l'année 1848, dans une lettre « adressée à l'Académie de médecine de Belgique, j'avais consigné les « belles paroles de Dieffenbach, et vous n'avez fait que les reproduire « telles que je les ai entendues sortir de sa bouche.

« Je suis plus jaloux que personne de la gloire de mon maître, et « c'est pour cela que je vous remercie d'avoir rappelé un fait qui ho- « nore sa mémoire et son caractère.

« Recevez, mon cher confrère, l'assurance de ma considération.
Signé : PHILIPS.

« Le 25 mars 1857. »

Telles sont, messieurs, les explications que j'avais à donner à l'Académie pour maintenir l'autorité et la moralité des documents que M. Malgaigne a si *hardiment* détournés de leur vraie signification. Il en est un dernier, le plus significatif de tous, celui qui a paru le plus embarrassant pour mon adversaire, celui pour lequel il a fait d'incroyables, mais stériles efforts d'explications, de suppositions, d'insinuations. Je n'ai pas besoin de dire qu'il s'agit de l'appréciation faite par M. Malgaigne, en 1843, de mes travaux en général et de la méthode sous-cutanée en particulier. Le seul grief articulé par M. Malgaigne est que je n'ai pas lu en entier l'article dont mes citations sont extraites. M. Malgaigne a pris soin de rétablir la totalité de l'article, et il s'est trouvé que tout était bien comme je vous l'ai lu, sans addition ni interversion. Il n'y manquait que l'appréciation de la personne et des travaux de M. Bouvier, que je n'avais aucune raison de faire intervenir. Mais je laisse M. Malgaigne se débattre avec son article de 1843, et je me borne à en tirer un petit renseignement fort précieux pour l'histoire des opinions du temps.

Vous vous rappelez, Messieurs, que, voulant expliquer les attaques dont j'étais déjà l'objet en 1843, M. Malgaigne vous a dit « qu'il per- « çait à travers les mailles les plus serrées des discours et des écrits « de mes adversaires d'alors, comme un affreux soupçon de fraude « et de mensonge. » Est-ce bien vrai ? Voyons l'appréciation de M. Malgaigne à cette époque : « Pour nous, et nous croyons en ceci « *représenter l'opinion générale*, nous professons une TRÈS-HAUTE ES- « TIME pour l'un et l'autre talent. » — Pour éviter toute équivoque, nous nous plaisons à répéter que ceci était écrit en 1843, et que M. Malgaigne n'est plus du tout de cet avis aujourd'hui.

Arrêtons-nous un instant, Messieurs, pour résumer dans son caractère le plus général et le plus significatif, le système dont je viens de dérouler les applications sous vos yeux. (LE BUREAU. Non, non, cela n'est pas nécessaire.) Mais, au contraire, cela est très-nécessaire, car M. Malgaigne vous a rappelé en termes très-exprès qu'il avait appliqué son système en grand ; j'ai besoin de montrer à l'Académie en quoi il consistait, comment il s'y prenait, comment « il sonnait le tocsin d'une manière si terrible qu'il retentit d'un bout de la France

à l'autre. » Mais quelques mots suffiront pour suppléer à des explications dont je m'abstiendrai, mais qui seraient pourtant nécessaires.

J'avais publié un relevé statistique à propos duquel M. Malgaigne, de concert avec quelques affiliés, avait mis ma loyauté scientifique en cause. « J'avais annoncé des faits controuvés, des guérisons qui n'existaient pas. » C'était comme aujourd'hui, mais sur une plus vaste échelle. Ayant voulu demander compte à mes adversaires, devant la justice, de leur nouveau système de critique scientifique, M. Malgaigne eut recours à une immense équivoque; il sonna le tocsin au profit *du droit de libre discussion*, que je menaçais de supprimer. Il mit véritablement la France médicale en emoi. Beaucoup de gens honnêtes signèrent la protestation sans se douter de ce dont il s'agissait. C'est comme si, aujourd'hui, j'avais déféré à la justice les imputations prononcées à cette tribune par M. Malgaigne, dirait-il que je veux supprimer le droit de discussion académique, et signeriez-vous sa protestation? Mais que M. Malgaigne se rassure; je ne veux pas d'autres juges que vous, ni d'autre tribunal que l'Académie. (Très-bien!) Voilà en quoi a consisté cette terrible application de son système de critique, qui, suivant M. Malgaigne, a été « *moins terrible encore que ce qui en fut l'objet....* » Est-il possible d'aller plus loin? (Le Bureau : Assez, assez!)

Mais Messieurs, si, pour me conformer au vœu de l'Académie, je suis obligé de supprimer une partie de l'histoire, vous me permettrez au moins de vous rappeler comment j'ai eu recours à la science pour protéger ma réputation, sérieusement ébranlée par M. Malgaigne.

J'ai demandé au Conseil général des hôpitaux de vouloir bien nommer une Commission qui s'assurerait de la réalité des faits que j'avais annoncés. Sept de nos plus éminents collègues, aussi haut placés dans la hiérarchie médicale que dans l'estime publique, remplirent cette mission avec un dévouement scientifique sans exemple. Pendant quatre années, ils suivirent assidûment ma pratique, toujours présents, toujours réunis, constatant l'état de tous les malades, assistant à toutes les opérations, prenant, en un mot, toutes les précautions pour que leur contrôle ne fût pas, ne pût être considéré comme illusoire. Voici, après ces quatre années d'un examen assidu, et après avoir rapporté tous les faits dans leurs plus grands détails, comment la Commission s'exprimait : « Tels sont les faits nombreux et remarquables dont les membres de la Commission ont été les témoins « attentifs et consciencieux. Dans toutes les catégories auxquelles ces « faits appartiennent, des succès incontestables ont été obtenus. « Nous signalons expressément ces résultats, parce que dans la polémique ardente soulevée par la publication du relevé de M. Guerin, « la réalité et jusqu'à la possibilité des succès annoncés par lui « avaient été révoqués en doute, et parce que l'utilité même de l'orthopédie avait été mise en question. » Voilà comment la Commission des hôpitaux s'est exprimée sur les faits de guérison qu'elle a observés, en concordance avec ceux portés aux différentes catégories du relevé tant attaqué par M. Malgaigne. Que l'Académie me permette maintenant de lui lire les conclusions par lesquelles la Commission des Hôpitaux a terminé son rapport.

« 1° Les résultats obtenus par M. J. Guérin, sous les yeux de la Commission, pendant les années 1843, 1844 et 1845, dans le traitement du strabisme, du torticolis, des déviations de l'épine, des luxations congénitales, des déviations des genoux, des pieds-bots, des difformités arthralgiques, des excurvations tuberculeuses et des abcès par congestion, sont de nature à établir que la pratique de M. J. Guérin est tout à la fois remarquable par les considérations élevées et judicieuses sur lesquelles elle se fonde, et par l'habileté et souvent la hardiesse heureuse avec laquelle les procédés opératoires sont exécutés.

« 2° Les méthodes, procédés et appareils imaginés par M. J. Guérin pour le traitement des difformités et accidents qui les compliquent, et les règles qu'il a posées pour leur application, constituent un ensemble de moyens et de préceptes à l'aide desquels il a produit des résultats complétement nouveaux; comme l'ensemble de ses recherches et de ses idées sur cet ordre de faits avaient dès longtemps constitué une branche de la médecine presque entièrement nouvelle.

« 3° En raison des progrès qu'il a imprimés à la science des difformités et à l'art de les traiter, en raison des sacrifices qu'il a faits, en raison de la persévérance avec laquelle il a poursuivi de longues et pénibles recherches, la Commission est heureuse de le déclarer, M. J. Guérin a bien mérité de la science et de l'humanité; elle émet, en conséquence, le vœu que le service chirurgical qui lui a été confié par la précédente administration lui soit conservé tout à la fois comme un établissement utile aux pauvres malades et comme une juste récompense de ses travaux. »

Vous savez, Messieurs, comment fut accueilli ce document par M. Malgaigne. Sans souci du caractère des hommes qui l'avaient produit, sans souci des résultats scientifiques remarquables qu'il consacrait, sans souci surtout de la question si grave de moralité scientifique qu'il résolvait, M. Malgaigne y fit l'application de son système de critique, renouvelant ses allégations et ses imputations précédentes. Dès lors, je crus devoir déférer à la justice ces nouvelles attaques, qui eurent bientôt la leçon sévère que vous savez. (Le bureau : Ceci est inutile à rappeler. — D'autres voix : Parlez! parlez.)

Je ne pousse pas plus loin le récit des faits qui me paraissaient pourtant propres à compléter l'édification de l'Académie. Je supprime donc beaucoup d'autres choses importantes, que l'Académie me saura gré de ne point rappeler, et je passe à la fin de ce que j'avais à dire.

A la suite de la leçon sévère que M. Malgaigne avait reçue, il cessa toute attaque pendant quatre années.

Cependant, que s'est-il passé depuis?...

Quatre années de silence pouvaient faire penser que les passions s'étaient amorties, sinon éteintes. Je commençais à recueillir le fruit de mes travaux. Les paroles de justice réparatrice de la Commission des hôpitaux avaient rétabli la confiance dans les esprits; l'Institut avait sanctionné à deux reprises, par ses plus hautes récompenses, le suffrage de nos éminents collègues; il avait couronné la GÉNÉRALISATION DE LA TÉNOTOMIE et la GÉNÉRALISATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE. Mais de tels résultats, qu'on aurait cru devoir imposer silence à toutes les passions, n'ont fait que les rendre plus ardentes, plus audacieuses. Vous les avez entendues, vous les avez vues, s'agitant, s'évertuant à trouver de nouveaux outrages, de nouvelles calomnies, pour ajouter, si cela était possible, aux injures, aux outrages, aux calomnies d'autrefois. Une telle persévérance, une telle opiniâtreté ne sont-elles pas faites pour confondre? et quelle digue opposer désormais à un tel débordement! Vous le savez, Messieurs, j'ai épuisé toutes les juridictions : j'ai demandé satisfaction à la science, et la science me l'a donnée; j'ai demandé satisfaction à la justice, et tous les degrés de la justice me l'ont donnée; j'ai demandé aussi satisfaction à l'homme, mais l'homme m'a répondu par de nouvelles injures, par de nouveaux outrages, par de nouvelles calomnies, me signifiant qu'il ne répondrait jamais autrement. (Bravo! bravo! bruyants applaudissements dans le haut de la salle.)

M. le Président. Je préviens l'Académie que si les interruptions continuent, je leverai la séance. Le bureau ne se laissera pas faire la loi par l'auditoire.

M. J. Guérin. Je n'ai que quelques mots à ajouter, et je termine :

En face d'un tel adversaire, que me reste-t-il à faire, Messieurs? à m'en rapporter à votre justice souveraine, et à répéter avec l'Evangile : *Parce ei Domine, quia nescit quid facit.* » (Bravos! Applaudissements dans le haut de la salle.)

M. le Président. La séance est levée.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places de médecin au Bureau central a commencé aujourd'hui lundi, 6 avril. Le sujet de la composition écrite est ainsi conçu : *De la diarrhée.*

Service médical de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — M. le docteur Devay vient de donner sa démission de médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu, dont il remplissait les fonctions depuis cinq années, concurremment avec celles de professeur de clinique médicale. Par suite de cette démission, M. le docteur Frêne, le plus ancien des médecins suppléants de l'Hôtel-Dieu, entrera en fonctions de médecin titulaire de cet hôpital, le 1er avril de cette année. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 43. 5e année. Jeudi 9 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. 3 mois. 7 fr. 6 mois. 12 fr. 1 an. 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 8 avril 1857.

Exercice illégal de la médecine. — Du somnambulisme pratiqué sous le patronage d'un médecin.

Nous avons essayé, dans un précédent article, de préciser la portée et d'apprécier la valeur que peut avoir, comme document de jurisprudence, l'arrêt rendu par la Cour impériale de Paris, dans l'affaire du curé Fortin. Aujourd'hui, nous avons à rendre compte d'un arrêt bien autrement important, au point de vue doctrinal, que la Cour impériale de Limoges, a rendu à la date du 7 du mois dernier, dans un procès également relatif à un fait qualifié par le ministère public d'exercice illégal de la médecine (1).

(1) Mais avant tout, qu'il nous soit permis d'exprimer le désir qu'on ne se méprenne pas sur le caractère des observations que nous aurons à présenter dans ce journal, pour l'appréciation des décisions judiciaires qui interviennent assez fréquemment en matière de police médicale. Dans l'examen de ces décisions, nous séparons complétement le point de vue doctrinal et jurisprudentiel, le seul auquel nous puissions nous placer avec quelque autorité, du point de vue des intérêts professionnels. Nous nous efforçons, en effet, quand nous rapportons ou analysons un arrêt, d'indiquer avec précision ce que les juges ont entendu ou pu décider, quelle interprétation de la loi ils ont adoptée, soit formellement, soit implicitement; nous nous demandons si leur solution est une solution d'*espèce*, applicable seulement à un cas donné, ou une solution générale; quelle influence cette solution peut obtenir dans la pratique, de quel poids, enfin, elle peut peser lorsque la jurisprudence n'est pas encore fixée, ou lorsque la situation est nouvelle, sur la formation de l'opinion générale des magistrats et des jurisconsultes.

Un tel examen, consciencieusement fait, ne saurait manquer, nous le croyons du moins, de présenter une véritable utilité pour les médecins, pour des hommes placés fréquemment en présence d'un texte de loi pénale, de loi civile ou de loi administrative. Il peut leur faire connaître, avec quelque sûreté, ce que les tribunaux considèrent comme licite ou comme irrégulier, et les points sur lesquels on n'est

FEUILLETON.

DISCOURS

prononcé sur la tombe du docteur Téallier,

le 9 *février* 1857,

Par M. le Dr Costilhes,

Médecin-adjoint de Saint-Lazare, vice-président de la Société médicale du IIIe arrondissement.

Messieurs,

A peine l'année 1857 est-elle commencée, que déjà le Corps médical de Paris vient de perdre l'un de ses praticiens les plus distingués et la Société médicale du IIIe arrondissement l'un de ses présidents fondateurs. Notre collègue, M. le docteur Téallier, s'éteint à 66 ans, à la suite d'une longue maladie contractée, il y a sept ans, en remplissant les devoirs sacrés de médecin et d'ami.

Ce n'était pas assez d'avoir vu naguère succomber, sous le poids de ses pénibles fonctions, notre regretté confrère Braine; il fallait à la tombe une nouvelle victime. Celle-ci était aussi l'une des plus pures et des plus honorables.

M. Téallier est né à Compières (Puy-de-Dôme), en 1791. Son père, avocat distingué, fut nommé cette même année député à l'Assemblée législative ; mais à peine arrivé à Paris, il tomba dangereusement malade et mourut au commencement de la session. Sa mère, restée veuve avec deux enfants en bas âge, trouva dans son amour maternel la force et le courage qu'exige l'éducation de deux enfants; cette bonne et tendre mère eut la satisfaction de voir avant sa mort chacun de ses enfants parvenus à une position honorable, grâce à leurs efforts constants et à leur conduite irréprochable.

M. Téallier avait été placé au Lycée de Clermont-Ferrand. Après avoir achevé ses études humanitaires avec distinction et succès, il se destina à la médecine.

Il commence ses études médicales à l'hôpital de cette ville; mais deux ans après, en 1811, jaloux de suivre les cours de l'Ecole de Paris, illustrée alors par Dupuytren, Boyer, Béclard, Alibert, il vint à Paris et se fit recevoir docteur en 1816.

Mais l'amour de son pays et de sa famille le rappelle bientôt en Auvergne; il va s'établir à Issoire. Là, malgré sa jeunesse, il sait inspirer la confiance qui lui vaut une clientèle nombreuse. Bientôt il s'établit, entre le jeune docteur et les habitants de cette petite ville, des relations si affectueuses, que ce fut avec douleur que M. Téallier s'en sépara au bout de deux ans, lorsque des circonstances étrangères à sa profession le ramenèrent à Paris.

Obligé de se livrer entièrement à la pratique de la médecine, M. Téallier prit la suite de la clientèle d'un de ses confrères que ses longues fatigues forçaient au repos. Cette clientèle nombreuse

Cet arrêt pose nettement, en matière de somnambulisme, la question que M. Amédée Latour a appelée du nom de *compérage médical.*

Nous croyons utile de rappeler, d'abord, deux précédents qui se rapportent à la même question et à la même matière. A l'époque où on avait cru pouvoir poursuivre, comme faisant métier de *deviner* et *pronostiquer,* contravention prévue par l'article 479 du Code pénal, même les somnambules qui donnaient des consultations *médicales;* celles-ci n'ont pas manqué de s'abriter derrière l'assistance du médecin. Il leur a été répondu :

« Attendu, quant au moyen tiré de la présence du médecin et de la prétendue application du somnambulisme à l'art de guérir, que l'assistance du médecin ne modifie en rien le fait principal de la divination; qu'en effet, dans cette situation, le médecin n'agit plus en sa qualité, qu'il n'indique rien par lui-même, mais que renonçant à la science et abdiquant sa profession, il se joint soit au malade qui consulte le devin, soit au devin lui-même, dont il transmet les réponses. » (Jugement du trib. correct. de la Seine, du 7 déc. 1852.) Dans l'espèce, le médecin n'était pas en cause.

Mais, devant la plupart des tribunaux, nous devons le dire, l'application du somnambulisme à l'art de guérir, que les somnambules invoquaient comme une excuse, était considérée comme constitutive elle-même d'une infraction aux lois sur la police médicale. Dans une poursuite exercée en ce sens contre des somnambules, la question de savoir quels effets légaux on devait reconnaître à l'assistance du médecin a été de nouveau posée. Voici la solution qui est intervenue :

La Cour...., en ce qui concerne la prévention d'exercice illégal de la médecine, — attendu qu'il résulte des déclarations des prévenues, contre lesquelles aucune preuve n'est produite, que la femme Barthélemy aurait, en état de somnambulisme, décrit l'état matériel des organes de la personne qui la consultait, mais qu'elle n'avait fourni ces descriptions qu'*en présence d'un médecin,* qui aurait *seul* prescrit les médications; que dans cet état des faits, il n'y a pas eu, de la part des prévenues, exercice proprement dit de la médecine; — décharge les prévenues des condamnations prononcées contre elles par le jugement dont est appel. (C. de Lyon, 9 mai 1855.)

Arrivons maintenant au récent arrêt de la Cour de Limoges. — La femme Cheyroux et son magnétiseur Audiguet avaient été condamnés, à diverses reprises, à Limoges, pour exercice illégal de la médecine. Dans ces derniers temps, ils étaient parvenus, paraît-il, à se faire assister par un médecin. Un sieur Laporte, officier de santé, aurait même contracté avec eux une sorte d'association. Le ministère public crut de son devoir de s'opposer à l'exploitation de l'art de guérir par cette singulière société, et il poursuivit au correctionnel la femme Cheyroux comme coupable d'exercice illégal de la méde-

pas d'accord au palais, sur lesquels, par conséquent, il peut être prudent de s'abstenir.

Maintenant, nous savons bien qu'une solution proclamée par un arrêt peut froisser ou alarmer les intérêts professionnels des médecins. Pour cette nouvelle appréciation des décisions judiciaires, nous devons, on le comprendra, nous récuser, et laisser intacte la part qui appartient, de droit, à notre rédacteur en chef. On remarquera cependant que nous ne manquons pas d'éveiller la sollicitude des médecins, lorsqu'ils ne doivent pas rester indifférents à des débats d'où peut sortir une décision qu'ils auraient à regretter, et qu'ainsi nous ne restons pas étranger à la défense de ces mêmes intérêts.

Mais il faut bien prendre garde, quand on attaque, au point de vue d'un intérêt professionnel, une solution de jurisprudence, de diriger ses critiques là où elles doivent réellement s'adresser. Si l'interprète n'a fait dire à une décision que ce qu'elle renferme implicitement ou formellement, ce n'est pas lui qu'il faut rendre responsable de la solution qu'il constate; et si la solution ne constitue à son tour qu'une application conforme aux principes généraux du droit, c'est à la loi elle-même, insuffisante ou inefficace, que la plainte doit remonter.

Toutefois, il est une appréciation que nous croyons pouvoir faire à l'occasion. Après avoir rapporté un débat, on nous permettra d'exprimer notre sentiment, comme légiste, sur la solution qui a triomphé. Profitant du secours que peuvent nous donner pour une saine appréciation des éléments de ce débat, des relations dont nous aimons à nous féliciter ici, nous espérons pouvoir indiquer avec une plus grande exactitude la signification qu'il convient de donner à un texte de loi dont le sens est mis en question. Cette situation, malgré ses avantages, ne saurait cependant nous donner des illusions ni sur la difficulté qu'il y a à faire sanctionner par la jurisprudence l'interprétation qu'on croit la bonne, ni sur la valeur que peut avoir, dans le monde judiciaire, l'opinion isolée de l'interprète même le mieux autorisé.

E. M.

---

absorba tout son temps et ne lui permit pas de porter ses vues vers l'enseignement auquel il désirait se livrer, ou vers les hôpitaux d'où il était sorti deux ans auparavant et où il lui eût été possible de rentrer.

Pendant plusieurs années, M. Téallier ne s'occupa que du soin de ses malades, se tenant au courant des progrès de la science. Néanmoins, sentant plus tard le besoin de joindre à ses études particulières l'enseignement oral qui résulte du contact avec des confrères éclairés, il se fait recevoir membre du Cercle médical, et bientôt après, en 1829, il est admis comme membre titulaire de la Société de Médecine, dont il devient l'un des plus assidus. Le talent qu'il déploya dans la discussion de différentes matières dont s'occupa la Société de Médecine, les lumières qu'il jeta dans plusieurs questions difficiles, lui méritèrent la considération et l'estime de ses confrères, qui l'appelèrent successivement à toutes les fonctions administratives et même à la présidence.

Depuis son admission dans le sein de cette Société, M. Téallier prit une part active à ses travaux; divers mémoires sur des sujets de médecine ou de thérapeutique qu'il a communiqués, les rapports nombreux qu'il a faits sur des objets étrangers aux travaux ordinaires de ce Corps savant, prouvent assez son érudition, son zèle et l'empressement qu'il a toujours montrés à payer son tribut à la science.

Indépendant par son caractère comme par sa position, M. Téallier n'avait pas de places, il n'en avait jamais sollicité non plus. Les soins de sa clientèle ont suffi à l'emploi de son temps et aux exigences de son ambition.

Toutefois, le gouvernement de Juillet récompensa sa carrière déjà pleinement et noblement remplie, en lui accordant la *croix de la Légion d'honneur,* à laquelle d'ailleurs lui donnaient droit des titres incontestables, ses services pendant son internat à l'hôpital St.-Louis, où, victime de son zèle infatigable, il fut atteint de typhus et de la pourriture d'hôpital, qui faisaient les plus grands ravages parmi les fiévreux et les blessés; et, plus récemment, le dévouement et l'abnégation dont il fit preuve pendant le choléra de 1832 et 1849, alors qu'il décimait les divers quartiers de la capitale.

Lors de la création de votre Société médicale du III[e] arrondissement, un nouvel honneur l'attendait; il fut élevé à la présidence et en dirigea, vous le savez tous, ses travaux avec sagacité et distinction. Il prouva maintes fois qu'il était digne d'occuper le fauteuil dans les discussions qui s'élevèrent alors au sujet de questions morales, professionnelles du Corps médical.

Bien qu'ici ce ne soit pas le lieu de parler des ouvrages et mémoires de celui dont nous déplorons la perte, permettez-moi cependant de vous en énumérer les titres.

Nous citerons particulièrement :

1° Sa *Thèse pour le doctorat : De la diète dans les maladies,* soutenue en 1816 à la Faculté de Médecine de Paris;

cine; les sieurs Audiguet et Laporte comme complices de l'infraction. Au sieur Laporte, il reprocha surtout, à l'audience, de n'avoir donné à ses deux coprévenus qu'une assistance factice, destinée à couvrir d'une apparence de légalité la continuation des faits illicites à raison desquels ceux-ci avaient été précédemment condamnés :

Jugement du tribunal de Limoges qui condamne les trois prévenus en se fondant sur les motifs suivants :

« Attendu que nul ne peut, sans titre, exercer l'art de guérir; que les prohibitions de la loi s'étendent aux somnambules comme à toutes autres personnes, et qu'elles ont pour but de protéger la santé des citoyens contre l'ignorance et le charlatanisme;

« Attendu que la dame Cheyroux a donné des consultations, prescrit des traitements aux malades, et qu'elle a ainsi exercé la médecine sans diplôme ni certificat; que Audiguet n'ignorait pas que la dame Cheyroux se livrait à l'exercice illégal de la médecine, et qu'en la facilitant dans ses pratiques, il s'y est associé et s'est rendu son complice;

« Attendu que s'il est possible d'admettre qu'un médecin auquel s'adresse un malade puisse se servir du magnétisme comme d'un moyen de diagnostic ou de thérapeutique, c'est qu'alors il ne le fait qu'en engageant sa responsabilité d'homme de l'art, qui se trouve directement et principalement mise en jeu, et que sa science et son habileté sont un contrôle et un correctif de ce que les indications du somnambulisme peuvent présenter de hasardé et de dangereux; mais qu'il ne saurait en être de même lorsque le médecin, sans voir ni consulter le malade, sans s'assurer par lui-même de l'utilité des remèdes ordonnés, appose aux ordonnances d'une somnambule une signature aveugle et sans examen;

« Attendu que, dans l'espèce, ce n'est pas à Laporte que s'adressent les malades (suit l'indication de circonstance, de fait établissant, aux yeux du tribunal, que l'assistance de Laporte n'avait pas un caractère suffisamment sérieux), que ces diverses circonstances impliquent nécessairement la complicité légale de l'homme qui a ainsi prêté son concours, etc. »

Les prévenus ayant appelé de cette condamnation, la Cour de Limoges, à la date du 7 du mois dernier, a rendu un arrêt infirmatif ainsi motivé :

« La Cour...., attendu que Laporte est régulièrement inscrit comme officier de santé sur les listes de l'administration; que ce titre, de sa nature indélébile, lui confère le droit absolu d'exercer la médecine dans les limites fixées par la loi, abstraction faite du traitement employé, et sauf toute juste cause de responsabilité; qu'il n'a perdu aucune des prérogatives et immunités qui y sont inhérentes, bien que, *par une participation peu conforme à la dignité de sa profession*, il se soit associé à la femme Cheyroux, somnambule, et à Audiguet, son magnétiseur, au domicile desquels il est dans l'habitude de se transporter, et que, dans l'exercice de son art, il ait recours, en dehors de ses connaissances personnelles, aux indications diagnostiques et thérapeutiques qui lui sont fournies par la femme Cheyroux, pendant son sommeil magnétique;

« Attendu que, sans qu'il soit besoin d'apprécier le magnétisme, considéré comme constituant un ensemble de phénomènes naturels, physiques et physiologiques, sous le rapport de sa valeur comme science pratique ou comme faculté d'intuition appliquée à l'art de guérir, il suffit, pour régulariser aux yeux de la loi les pratiques médicales des trois prévenus, que Laporte, en sa qualité d'officier de santé, suivant son droit, à l'abri de son privilége, mais sous la garantie de sa responsabilité personnelle comme homme de l'art, ait prescrit des médicaments et signé des ordonnances, conformément aux indications qui lui étaient fournies par la somnambule, et qu'il s'appropriait, soit en rectifiant ou non, soit en les modifiant ou non, après inspection ou visite des malades, ou sur renseignements donnés par les tiers consultants, *soit même d'après la divination somnambulique* de la femme Cheyroux;

« Attendu que, dans l'état des faits, tel qu'il résulte de l'instruction et des débats, et quelle que soit la sollicitude de la loi pour la santé publique, aucun des prévenus ne saurait, en l'absence de prohibitions formelles, être considéré comme s'étant rendu coupable, en qualité d'auteur principal ou de complice, d'exercice illégal de la médecine, qu'ainsi la prévention manque de base légale, alors surtout qu'*aucun accident n'est signalé* comme étant la conséquence de leurs actes; par ces motifs, réformant, relaxe les trois prévenus. »

Les textes viennent de passer sous les yeux de nos lecteurs. M. Amédée Latour nous accusera-t-il encore de prêter à la magistrature des solutions impossibles?

Ainsi, trois arrêts émanant de Cours impériales différentes, viennent, à une date rapprochée, d'apprécier, dans le sens d'une solution qu'on semblait croire sortie de notre imagination, le caractère légal du concours prêté par des médecins à des individus qui, agissant seuls, eussent été considérés comme s'immisçant sans titre dans

---

2° Une observation sur une *névralgie pneumo-gastrique*, maladie généralement connue sous la dénomination d'*angine de poitrine*, insérée dans le *Bulletin des travaux du Cercle médical* (septembre et octobre 1826);

3° Un *Mémoire sur des tumeurs et abcès iliaques* (*Journ. gén. de méd.*, juillet 1829);

4° *Du tartre stibié et de son emploi dans les maladies*, ouvrage couronné en 1832 par la Société de médecine de Toulouse;

5° *Du cancer de la matrice, de ses causes, de son diagnostic et de son traitement*, couronné par l'Académie de Lyon, en 1834.

Parlons maintenant de cette vie si bien remplie et de sa carrière médicale à Paris, dont les commencements n'ont pas été sans amertume.

Presque sans fortune personnelle et avec des charges considérables, il parvint cependant à se créer une belle clientèle et une position très-honorable, libre et indépendante. Il aimait ses clients et il en était aimé, estimé et vénéré.

Nous avons parlé des titres scientifiques de notre bon confrère, disons encore quelques mots de ses qualités sociales; mais vous tous qui le connaissiez, vous avez pu sans doute l'apprécier.

Que vous dire, en effet, de son esprit, du bon sens dont il donnait si souvent des preuves? Ceux d'entre vous qui l'avez intimement connu et qui recherchiez sa société, n'avez-vous pas toujours trouvé sa conversation pleine d'intérêt et d'une bonhomie parfaite?

Est-il nécessaire de vous rappeler sa physionomie douce, prévenante et sympathique?

N'était-il pas l'ami d'hommes illustres, de savants, parmi lesquels l'un des plus distingués témoigne par sa présence et le bon choix qu'il savait faire et la solidité de leur affection?

Mais, je m'arrête, Messieurs. . . . .

Pour retracer l'histoire de la vie de celui à qui nous venons dire l'adieu suprême, il faudrait une parole plus éloquente que la mienne.

Encore un mot avant que la terre ne recouvre à jamais ce cercueil. Ta mémoire, cher confrère, ne périra pas dans le cœur et dans la pensée de tes nombreux amis.

Encore une fois adieu, Téallier, toi qui fus pour moi un père, un ami, un conseil toujours dévoué; toi qui fus mon bienfaiteur, tu emportes avec toi dans la tombe mes sentiments ineffaçables de regrets et de reconnaissance.

9 février 1857.

l'exercice de l'art de guérir. Il ne faut pas se dissimuler qu'il y a dans cet accord plus qu'un commencement de jurisprudence, c'est-à-dire une jurisprudence déjà forte, qui ne pourra que gagner du terrain, et dont l'effet moral sera, nous le craignons, difficile à affaiblir.

Dans quel sens prononcera la Cour de cassation? Et, si la décision est contraire, suffira-t-il d'un premier arrêt pour rallier les opinions divergentes? Sur ce point nous voudrions avoir la sécurité et la confiance que M. Amédée Latour paraît puiser dans l'autorité isolée d'un jugement du tribunal d'Avranches, dont il ne nous donne pas même la date, mais que nous croyons, puisqu'il le dit, être une application du système qui admet la culpabilité du médecin.

La loi, il nous en coûte beaucoup de l'avouer, est d'une insuffisance désespérante pour la solution de l'important problème qui a été posé devant les Cours de Lyon, de Paris et de Limoges. Nous n'avons pas et il ne nous serait pas pardonné d'avoir à cet égard les illusions du rédacteur en chef de l'*Union médicale*. La thèse que nous repoussons comme lui, à un autre point de vue, il est vrai, et avec des distinctions qui nous paraissent nécessaires, n'est pas de celles qu'on peut réfuter avec des généralités. Elle demanderait une argumentation serrée, une discussion étendue, que nous regrettons de ne pouvoir aborder ici. Disons du moins quelques mots pour indiquer le siége réel de la difficulté.

Et d'abord, constatons que la question de moralité de l'art a peu de chose à faire dans le débat. Sur cette question, la magistrature, ainsi que nous le déclare formellement l'arrêt de la Cour de Limoges, pense absolument comme l'*Union médicale* et le *Moniteur des Hôpitaux*. Mais ce n'est pas dans l'appréciation des intérêts professionnels qu'elle croit pouvoir puiser les motifs de sa décision.

Le point de vue scientifique doit également être écarté. Quand on est en présence d'un individu sans titre, pratiquant *seul* une opération, ou prescrivant *seul* un traitement, on comprend que vous veniez dire que, pour bien faire ce qu'il entreprend, « il est nécessaire à cet homme de parfaitement connaître la squelettologie d'une articulation, sa syndesmologie, la myologie de la région, les rapports exacts de toutes ces parties entre elles, non-seulement tout cela, mais encore la notion de leurs fonctions partielles et d'ensemble, et beaucoup d'autres choses que vous négligez d'indiquer. » — Nous n'avions même pas besoin de ces renseignements techniques pour admettre, avec presque tous les arrêts, à l'encontre de cet individu dépourvu de titre et agissant *seul*, que l'exercice de l'art de guérir lui est interdit d'une manière générale et absolue, sans distinction entre tel ou tel mode spécial de traitement, entre telle ou telle prescription ou administration de médicaments.

Mais quand on est en présence de deux individus agissant de concert et dont l'un est médecin, on vous répond : Il y avait auprès du malade un homme qui connaissait précisément tout ce que vous énumérez avec tant de complaisance. Si c'est lui qui a décidé du traitement à appliquer, si c'est sa prescription même qu'on a exécutée, que devient l'objection?

« La loi, dit M. A. Latour, n'est pas complaisante, elle est impérative. Elle est faite non pour tolérer, mais pour éclairer et dissiper les préjugés. La loi n'est pas un privilége professionnel, mais une garantie sociale. C'est moins les droits du médecin qu'elle a en vue, que la sécurité des citoyens, du riche comme du pauvre, de l'homme éclairé comme de l'homme ignorant, de ce dernier surtout, qui est plus facilement la proie de la cupidité. »

Ces quelques lignes montrent que M. A. Latour n'a pas compris le point qui est réellement en discussion. La loi de germinal an XI, pour ceux qui l'étudient sérieusement, n'a prévu réellement qu'un délit, celui d'usurpation de la qualité de médecin ; ce n'est que par voie de conséquence qu'on l'applique à celui qui pratique l'art de guérir sans usurpation de titre. Quand M. A. Latour saura que l'on hésite encore aujourd'hui sur la nature de la peine qu'il y a lieu de prononcer dans ce dernier cas, il est probable qu'il sera plus réservé dans les leçons de droit qu'il nous donne pour nous faire comprendre l'esprit de cette loi, dont le texte, voté à la hâte, laisse en dehors de son application tant de choses qu'il fallait prévoir.

Or, dans ce silence de la loi, c'est précisément, au-dessus même des préoccupations que devait faire naître le souci de l'intérêt public, la question de savoir quelle est l'étendue du privilége professionnel qui s'est présentée à l'esprit des magistrats. Le médecin qui, lui, a un titre consacré formellement par la loi pour pratiquer l'exercice de l'art de guérir, a-t-il le droit de chercher la lumière où il le juge à propos? peut-il, lorsqu'il lui est permis de chercher un résultat médical, même par l'emploi de substances dont la combinaison a été rejetée des nomenclatures du *Codex*, demander un secours analogue au concours de l'homme, rebouteur, somnambule ou autre? Si c'est lui qui *dirige*, peut-on analyser et peser les appréciations de sa conscience sans méconnaître ou altérer la présomption légale qui ressort de son titre? — Disons-le sans hésiter, tout cela est plus sérieux, plus difficile à résoudre que ne le pense le rédacteur en chef de l'*Union médicale*.

Nous n'avons entendu, par les observations qui précèdent, que chercher à rétablir sur son véritable terrain la question de droit soulevée par l'assistance du médecin, que cette assistance soit sérieuse et de bonne foi, ou qu'elle ne soit qu'un compérage médical. Nous n'avons voulu encore rien apprécier; peut-être essayerons-nous de démontrer, ce que nous croyons être la vérité, que la solution des cours de Lyon, de Paris et de Limoges, est difficilement conciliable avec les textes. Mais, qu'il nous soit permis de faire remarquer que, si les médecins veulent sérieusement que leur opinion ait quelque poids dans le débat que ne manquera pas de provoquer une jurisprudence qui ouvre, contre le gré même de ses auteurs, une aussi large porte au charlatanisme et aux abus, il est désirable que la presse médicale présente, pour l'appréciation de la question, un ensemble que M. Amédée Latour, par un procédé assez contraire au titre de son journal, s'est hâté futilement de troubler dès le premier jour.

E. MARTIN,
Avocat, docteur en droit.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Traitement de la paralysie faciale par la strychnine,

Par M. THIBEAUD,

Professeur de clinique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

C'est spécialement dans les paralysies qui ne reconnaissent pas pour cause une altération des centres nerveux, que les

moyens de l'art ont plus de chance de succès. Dans ces cas, les médications les plus diverses ont été conseillées.

On connaît les heureux résultats que l'on obtient de l'emploi de la noix vomique et de ses préparations, dans certaines paraplégies et dans les paralysies saturnines.

Dans une paralysie spéciale, le plus ordinairement due à l'influence d'une cause extérieure, dans la paralysie du nerf facial, la strychnine, administrée sous différentes formes, paraîtrait amener plus promptement et plus sûrement la guérison que les divers autres moyens en usage dans cette maladie.

M. Bottu-Desmortiers, dans sa thèse soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, en 1834, recommande, comme un traitement efficace dans cette affection, la strychnine, à la dose de 6 à 10 milligrammes, donnée à l'intérieur, ou employée par la méthode endermique.

Les faits de guérison de paralysie faciale par la strychnine sont donc connus; cependant, comme il n'en a pas été publié un grand nombre, nous avons pensé que ceux que nous allons rapporter pourraient avoir quelque intérêt :

Obs. I. — M[lle] C...., âgée de 45 ans, marchande d'épiceries, demeurant à Nantes, quai de la Fosse, était obligée, par la nature de ses occupations, de se tenir pendant tout le jour au comptoir d'un magasin non clos, et exposé à de forts courants d'air.

Le 2 mars 1850, à son réveil, l'irrégularité qu'elle remarqua sur les traits du visage l'effraya vivement. Les paupières du côté droit ne pouvaient se rapprocher, l'œil restait constamment ouvert, la commissure de la lèvre droite était abaissée, le froncement du sourcil et du front ne pouvaient avoir lieu de ce côté, et pendant la mastication, les aliments séjournaient entre la joue et les arcades dentaires du côté droit. En un mot, tous les signes de la paralysie faciale existaient; et le côté atteint était précisément celui qui avait été frappé par un courant d'air.

Une saignée de bras fut pratiquée, la malade étant d'un tempérament sanguin et non menstruée depuis plusieurs mois.

Le lendemain, on fit dissoudre 5 centigrammes de sulfate de strychnine dans 100 grammes de sirop de sucre, selon la formule du professeur Trousseau.

Le premier jour, un centigramme du médicament fut administré, et pendant les quinze jours qui suivirent, on augmenta graduellement les doses, jusqu'à atteindre 8 centigrammes en vingt-quatre heures.

Les deux semaines suivantes, on appliqua, en outre, à la tempe droite et derrière l'extrémité supérieure de la branche montante de l'os maxillaire inférieur, de petits vésicatoires ammoniacaux, que l'on pansa avec 1 et 2 centigrammes du sel de strychnine.

Il ne se passa rien de particulier pendant les quinze premiers jours du traitement; mais le dix-septième, de vives secousses se firent sentir dans les muscles de la face du côté paralysé, et surtout dans les extrémités inférieures. En même temps, quelques-uns des muscles du côté malade commencent à pouvoir se contracter volontairement. Toutefois, ce ne fut que vers la fin de la quatrième semaine, que le mouvement revint entièrement au front, au muscle sourcilier, à l'orbiculaire des paupières et à la commissure des lèvres. Le muscle buccinateur était devenu moins inerte dès le quinzième jour du traitement.

La guérison était à peu près complète la sixième semaine. Il ne restait qu'un peu de faiblesse de l'orbiculaire, de sorte que les paupières supérieure et inférieure ne pouvaient se rapprocher complétement. Dix à douze jours après, tout signe de maladie avait disparu.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 mars 1857.

Présidence de M. Geoffroy St.-Hilaire.

Glucogénie. — M. Bernard lit un mémoire que nous publierons en entier.

Tremblements de terre. — M. de Sénarmont donne un résumé des détails recueillis sur les tremblements de terre qui ont eu lieu en Algérie du 21 août au 15 octobre 1856.

Asphyxie. — M. Marshal-Hall adresse un mémoire dont les *Comptes rendus* publient les conclusions suivantes :

1° Traiter le malade à l'instant, au lieu même, au grand air, excepté dans les saisons trop sévères;

2° Poser le malade sur la face, afin de débarrasser l'entrée des voies aériennes ;

3° Instituer la pronation avec compression de la poitrine, et l'enlèvement de cette compression avec rotation, alternativement, quinze ou seize fois par minute;

4° Comprimer et frotter les membres par un mouvement porté vers le cœur.

Histoire naturelle. — Le prince Charles Bonaparte présente un tableau des genres des *Psittaci.*

Couperose. — M. Sellier donne lecture d'un mémoire que nous ferons connaître ultérieurement. En attendant, voici l'extrait qu'en donnent les *Comptes rendus :*

Un *Mémoire sur la couperose et sa guérison par l'iodure de chlorure mercureux* a été mis sous les yeux de l'Académie dans la séance du 1er décembre 1851. Depuis cette époque, M. Boutigny (d'Evreux), à qui cette découverte est due, a apporté des modifications très-importantes à son *modus faciendi* pour la préparation de ce composé chimique. Je me suis occupé, à part, du traitement de cette maladie, et j'ai obtenu un grand nombre de guérisons complètes de toutes les espèces d'acnés, beaucoup plus promptement que par le passé. L'action de ce médicament nouveau ne comporte aucun inconvénient; il est d'une grande puissance sur l'économie; au lieu de répercuter, il a la propriété d'appeler à l'extérieur les fluides morbides. Jusqu'à ce jour, je n'ai pas constaté une seule récidive chez les malades guéris depuis plusieurs années, et je n'ai pas eu un insuccès, même chez les personnes d'un âge avancé.

A la fin du traitement, il ne reste plus aucune trace des pustules, des rugosités et de l'érythème de la peau; les veinules variqueuses de la face perdent de leur volume et reviennent à leur calibre normal, les traits du visage reprennent toute leur régularité; les altérations diverses survenues dans les organes et les fonctions disparaissent, les malades recouvrent une santé parfaite.

La médication est tout à la fois externe et interne; je fais des frictions sur la face et je prescris des pilules contenant le même médicament, des boissons dépuratives. Une heure, ou souvent deux heures après les frictions, le médicament étant complétement absorbé, il détermine une très-vive animation de la peau; un mouvement fébrile; c'est alors qu'il s'échappe de toutes les parties de la face une sérosité jaunâtre ou une matière plus épaisse, qui forment des croûtes dont la chute a lieu quelques jours plus tard.

Lorsque tout est détergé, je fais successivement de nouvelles frictions jusqu'à ce qu'il ne sorte plus rien. L'expérience m'a toutefois démontré qu'il est nécessaire de laisser reposer certains malades pendant quelque temps avant de recommencer le traitement.

Je n'ai pas dû reproduire, dans ce mémoire, tout ce qui a été decrit dans la communication du 1er décembre 1851; mais je dois faire remarquer qu'avec l'iodure de chlorure mercureux modifié, j'ai obtenu la résolution de plusieurs goîtres, de plusieurs adénites cervicales, et la prompte disparition des plaques couleur de bronze qui accompagnent la grossesse des femmes et qui persistent souvent si longtemps sur leur figure après l'accouchement.

Géographie. — M. Tardy (de Montravel) lit un mémoire sur la découverte du fleuve des Amazones.

Géologie. — Recherches sur les roches ignées, par M. Durocher.

Physiologie. — M. Giraud-Teulon adresse, sur la physiologie de la marche, un mémoire qu'il résume ainsi :

Il y a une quinzaine d'années, parut en France un ouvrage dû à deux savants allemands, MM. E. et G. Weber, offrant, avec un grand nombre de faits expérimentaux, une théorie de la marche entièrement neuve et qui n'a pas dû peu surprendre les physiologistes. Dans cette théorie, les principes de la physiologie semblent absolument mis de côté, et la locomotion subordonnée aux seules lois de la physique mathématique. On en peut juger par les citations suivantes :

« Dans la marche douée d'une certaine rapidité, le tronc se trouve porté par les jambes, un peu comme une baguette que l'on porte sur le bout du doigt; il s'établit alors entre la gravité, la propulsion en haut et en avant et la résistance du milieu, un certain état d'équilibre qui a pour effet utile la translation du centre de gravité du sujet sur une ligne horizontale. »

Aux yeux de MM. Weber, il semble, en effet, que la force d'impulsion qui, dans la marche, pousse le corps en avant, soit une puissance indépendante de la volonté et de la conscience du sujet, et appelle nécessairement un régulateur sans l'intervention duquel la progression deviendrait uniformément accélérée et échapperait bientôt à toute règle, à toute mesure. Ce point de vue ressort à chaque page de l'ouvrage; avons-nous besoin de longs développements pour montrer combien il est, en réalité, peu en rapport avec les faits?

Le mouvement de la marche, disent MM. Weber, est uniforme dans un plan horizontal. Et ces physiologistes, au moment où ils écrivent ces lignes, viennent d'établir eux-mêmes le fait d'observation qui détruit absolument ce point de départ de leur théorie. « Pendant la marche sur un sol horizontal, le tronc est transporté *presque* en ligne droite. Il *oscille cependant* suivant la verticale, sur une hauteur de 32 millimètres environ entre son point le plus élevé et son point le plus bas. Cette oscillation est constante, quelle que soit la vitesse. »

Si MM. Weber n'ont pas senti *à priori* que des impulsions intermittentes, périodiques, comme celles imprimées par chaque jambe au moment de son extension, ne pouvaient lutter sans des alternatives de succès et de défaites périodiques aussi contre une cause perpétuellement en action comme est la pesanteur, comment du moins n'ont-ils pas été frappés par le fait expérimental des oscillations constatées dans cette dernière proposition? S'il y a des oscillations verticales, il est clair que le mouvement n'est pas uniforme et dans un plan horizontal. La ligne décrite par le centre de gravité n'est donc pas droite; elle n'est pas même continue. C'est une courbe offrant, à chaque pas, un point de rebroussement comme on en observerait dans la représentation d'une série de branches de cycloïdes posées à la suite les unes des autres.

(Nous donnons, dans notre mémoire, l'explication détaillée du mécanisme de ces oscillations et de leur cause prochaine.)

Sur cette donnée inadmissible de l'uniformité du mouvement, MM. Weber ont prétendu fonder une théorie de la marche exclusivement mathématique et dans laquelle les éléments physiologiques ne jouent pour ainsi dire aucun rôle.

« Les organes du corps humain qui servent à la marche et à la course semblent, disent MM. Weber, devoir offrir quelque chose d'analogue (au mouvement du pendule) qui rende possible la continuation uniforme du mouvement, alors même que le marcheur ou le coureur ne dirige pas continuellement son action vers ce but. »

Prenant l'équation générale du mouvement d'un système de points donnée par Poisson, MM. Weber y font les simplifications qui résultent de leur hypothèse de l'uniformité du mouvement et d'une proposition expérimentale, inexacte dans sa formule mathématique et dont voici l'énoncé :

« La jambe oscillante est perpendiculaire au sol au moment même où la postérieure le quitte. »

Proposition qui n'est vraie qu'appliquée à la situation, non de la cotyloïde, mais du centre de gravité.

Nous ne suivrons pas MM. Weber dans leurs longs calculs, nous nous bornons à noter que leur point de départ ne peut être adopté; secondement, qu'en l'admettant on est conduit par eux à des résultats numériques qu'on ne peut davantage accepter.

Leur point de départ, disons-nous, ne peut être adopté. Il suffit, en effet, de jeter les yeux sur le mécanisme de la locomotion dans la marche, pour concevoir qu'avec des oscillations verticales éprouvées à chaque pas par le centre de gravité du corps, et démontrant l'intermittence d'action de la puissance, le mouvement produit ne peut appartenir qu'à la classe de mouvements *périodiquement uniformes* : circonstance fort différente de celle sur laquelle s'appuient MM. Weber. Dans ces sortes de machines, l'égalité du travail moteur et du travail résistant a bien lieu pendant chaque période du mouvement; mais elle n'a lieu que pour les périodes prises dans leur ensemble, et non *en chaque instant de la période*, comme le supposent MM. Weber.

Quant aux résultats des applications numériques des formules trouvées par ces physiologistes, en voici un saillant, et remarqué, paraît-il, par eux-mêmes : « Dans le triangle rectangle formé, suivant eux, pendant la marche, par le sol et les deux membres, l'hypoténuse est la moitié environ du côté vertical. » Cette discordance géométrique se trouverait, il est vrai, corrigée si l'on admettait certaines explications peu claires de ces savants; mais pour les accepter il faudrait également admettre qu'une expression de la forme $(+\theta^2)$ pût figurer dans leur formule finale à titre de quantité *négative*.

Dans leurs bases comme dans leurs conséquences, ces théories choquent donc tout autant les principes mathématiques qu'elles devaient sembler surprenantes aux physiologistes. A ce double titre nous les citons devant le tribunal de l'Académie; la place importante qu'elles ont prises dans l'enseignement de la physiologie leur doit faire accorder cet honneur; car on ne pouvait que gagner à s'en tenir aux opinions classiques qui exposent et commentent le phénomène de la marche.

Chimie. — *Note sur les iodures métalliques*, par M. Doat (les *Comptes rendus* ne donnent que le titre de ce travail.)

Accommodation de l'œil, par M. Foltz (1). — *Expériences.* — L'appareil dont je me sers pour opérer sur l'œil peut être comparé à une œillère taillée dans un morceau de cire. Une plaque de cire de 5 centimètres de côté, de 1 centimètre d'épaisseur, est percée à son centre d'un trou d'environ 2 centimètres de largeur. D'un côté, les bords du trou sont agrandis et la plaque est façonnée par de la cire rapportée de manière à s'adapter exactement au pourtour de l'orbite. De l'autre, on enchâsse un verre courbe semblable à un verre de montre ou plutôt à la cornée. Le verre le plus convenable dont j'aie pu disposer jusqu'à présent appartient à une sphère de 19 millimètres de rayon. Cet appareil, rempli d'eau froide ou légèrement tiède, est appliqué sur l'œil. On comprend que la cornée se trouvant dès lors située entre deux liquides de même indice de réfraction, l'eau et l'humeur aqueuse, sa courbure est annulée et remplacée par celle de la cornée de verre nécessairement invariable qui termine l'appareil.

L'appareil à deux épingles de Müller, d'une sensibilité si délicate pour les moindres degrés de l'accommodation, me sert d'instrument de comparaison. Les épingles sont disposées à 20 centimètres l'une de l'autre. L'œil nu, placé à 15 centimètres de la première épingle, constate très-facilement le phénomène de l'accommodation, qui a lieu d'une manière très-marquée. Il répète la même expérience avec l'œillère vide et observe que le phénomène est tout aussi apparent. Alors, armé de l'œillère remplie d'eau, il procède de nouveau à l'expérience; il regarde les épingles et cherche, en les visant alternativement, à y découvrir les changements d'aspect qui indiquent l'accommodation. Mais l'accommodation n'a plus lieu, les épingles conservent le même degré de netteté respective, quelle que soit celle que l'on regarde. J'ai répété un très-grand nombre de fois cette expérience, et toujours j'ai obtenu le même résultat.

L'expérience a été variée de plusieurs manières. A la distance de 15 centimètres où je place mon œil armé de l'instrument, c'est la seconde épingle que je vois le mieux, parce qu'il y a un peu de presbytie. Je fais de vains efforts pour distinguer aussi bien la première. Mais, si je me recule, c'est la première que je vois le plus nettement, l'accommodation, c'est-à-dire la vision distincte, ne pouvant plus se faire que par un déplacement de l'individu. De sorte que si la cornée était invariable comme le verre de l'instrument, nous ne pourrions accommoder notre œil qu'en nous approchant ou nous éloignant des objets.

Une autre variation de l'expérience a consisté dans l'écartement plus considérable des mires. Je vise et j'aperçois assez nettement une épingle placée à 15 centimètres de l'œil armé de l'œillère; puis je vise un objet éloigné de 4 mètres et plus. L'épingle devient alors un peu confuse et l'objet éloigné plus net. Il y a réellement, dans cette expérience, une léger degré d'accommodation. Mais si on veut bien apprécier à quel faible degré cette accommodation existe, il faut répéter la même expérience avec l'œil nu, où elle devient très-considérable. On juge alors aisément que, dans ces limites extrêmes de l'accommodation, la courbure de la cornée ne suffit plus, et qu'il vient s'y ajouter un autre élément, qui est sans doute un changement dans la longueur de l'axe du globe oculaire.

Enfin, il est un genre de variations dans l'expérience qui donne une idée complète du rôle important que joue la cornée dans la vision, et qui permet d'en mieux apprécier l'utilité et les usages : c'est d'armer l'instrument de verres de formes différentes. Avec un verre plat, l'œil ne distingue guère que la lumière de l'obscurité, tant les

(1) C'est par erreur qu'à l'occasion d'une précédente communication de l'auteur sur le même sujet, on a imprimé M. *Stoltz* au lieu de M. Foltz.

objets sont confus. Un verre d'une faible courbure, comme de 45 millimètres de rayon, rend l'œil presbyte, grossit les objets et les laisse déjà voir, bien qu'ils soient encore très-confus. Un verre plus courbe, comme de 22 millimètres de rayon, permet de les voir assez nettement. Avec un verre courbe de 19 millimètres, ils sont encore plus nets. Un verre de 14 millimètres de rayon, c'est-à-dire d'une courbure double de celle de la cornée, donnerait peut-être le plus de netteté aux objets pour l'appareil que nous avons précédemment décrit. Un verre de 7 millimètres de rayon rend l'œil myope et grossit les objets. Ainsi la netteté de la vision varie avec la courbure du verre, et l'on comprend qu'il en est de même, bien que dans des limites différentes, pour la cornée.

A l'aide de ces expériences, que j'ai répétées un très-grand nombre de fois, il me sera facile de combattre celles d'Young et d'expliquer les résultats opposés qu'il a obtenus. Young avait imaginé un instrument fondé sur les mêmes principes que le nôtre, mais d'une construction et d'une application bien différentes. C'était un espèce d'anneau de verre dans lequel il emboîtait l'œil et le soumettait nécessairement à de certaines pressions. Or, Young ignorait l'influence considérable que les pressions exercent sur l'accommodation de l'œil, influence démontrée dans ma précédente note. Il est donc facile de comprendre comment il a conclu qu'avec son appareil l'accommodation est encore possible. Avec le mien, au contraire, on ne prend de point d'appui que sur le pourtour de l'orbite ; l'œil et les paupières restent entièrement libres de tous leurs mouvements au milieu du liquide où ils sont plongés.

Une autre cause d'erreur pour Young vient sans doute de l'imperfection de ses moyens de comparaison. J'ignore de quelle manière il constatait le phénomène de l'accommodation ; mais sa manière d'opérer n'avait certainement pas la sensibilité et la précision du petit appareil aux deux épingles dont j'ai fait usage. Si, comme il est probable, Young observait alternativement deux objets très-éloignés l'un de l'autre, il n'est pas étonnant qu'il ait pu observer un certain degré d'accommodation, comme nous l'avons observé nous-même.

Conclusions. — 1° L'expérimentation démontre qu'une cornée invariable rendrait nulle ou presque nulle l'accommodation ;

2° Dans les grands mouvements d'accommodation, l'action de la cornée est complétée par un changement probable dans la longueur de l'axe du globe oculaire.

Conservation des corps. — M. DE RIVERO adresse de Bruxelles un mémoire sur les *momies péruviennes* et sur les caractères qui les distinguent des momies de l'ancien monde. Il résulte, tant du témoignage des écrivains contemporains de la conquête que de l'examen même des corps momifiés, que la conservation des parties molles est l'effet d'un dessèchement dû en grande partie à la nature du sol où étaient creusées les sépultures, et non de préparations particulières.

Céphalœmatomes. — M. MOUGEOT soumet au jugement de l'Académie une note sur les *cephalœmatomes* des femmes :

« Cette affection, dit l'auteur, consiste dans une fluctuation apparaissant spontanément au cuir chevelu des femmes, sur les régions pariétales et occipitales qu'elle occupe parfois presque entièrement, s'accompagnant de plus ou moins de sensibilité locale et de céphalalgie, pouvant durer de un à deux septenaires et se terminant par une résolution spontanée. Dans presque tous les cas, l'apparition de ces tumeurs coïncidait avec l'époque de la menstruation. »

Hémorrhoïdes. — M. LEBEL présente une note intitulée : *De l'emploi de la poudre de scordium composée* (base de l'électuaire Diascordium) *pour modérer les flux hémorrhoïdaux trop abondants.*

Géologie. — Note sur une *nouvelle roche de la Flandre occidentale*, par M. PHIPSON.

Diamagnétisme. — Nouvelle communication sur le *diamagnétisme*, par M. MATTEUCCI.

Manganèse. — Recherches sur ses propriétés, par M. C. BRUNNER.

Chrôme. — Note sur le *chrôme cristallisé* et sur ses *alliages*, par M. E. FRÉMY.

Iode et brôme. — Recherches de MM. HENRY et HUMBERT, que nous avons déjà publiées.

Foudre. — M. GUYON transmet la note suivante *sur des lésions produites par la foudre* à bord du brick *la Félicité*, de Saint-Malo, capitaine Durand, le 16 décembre 1856 :

Le navire se trouvait alors par le travers du cap de Garde, à environ douze milles et au nord de ce cap ; une profonde obscurité l'enveloppait, et on n'y distinguait rien.

Dès l'apparence du mauvais temps, le capitaine s'était porté à la barre du gouvernail ; il faisait carguer toutes les voiles, et cette manœuvre s'exécutait, lorsque le navire est assailli par une averse de grêlons gros comme des noix, et qui, du pont où ils tombaient, bondissaient dans la mer, en produisant, par leur choc, un fracas tout particulier. Il en était ainsi, lorsque le capitaine est tout ébloui par un éclair, ou, pour mieux dire, par une gerbe de feu, au bruit semblable à la décharge d'une pièce de quatre-vingts : la foudre avait fait explosion, et le navire paraissait tout enflammé, comme si des feuilles de papier y brûlaient, dispersées, et sur le pont, et dans les vergues, et dans le pourtour du navire. Une très-forte odeur sulfureuse, semblable à celle du soufre qui brûle, se faisait sentir en même temps.

La foudre était tombée sur la pomme (extrémité) du mât de petit perroquet, mât qu'elle avait fendu en plusieurs éclats dans toute sa longueur, jusqu'au mât de misaine sur lequel elle avait creusé un sillon ayant environ 3 mètres de longueur, de 8 à 10 centimètres de largeur et de 5 à 6 de profondeur. Ce sillon s'arrêtait à un entourage en cordes, par-dessus lequel la foudre paraîtrait avoir sauté, pour se porter sur une vis fermant un cerceau autour du mât ; sa trace y était indiquée par la désoxydation complète de la vis, de très-oxydée qu'elle était avant. Là se perdait toute trace de la foudre : on n'en voyait absolument rien au-dessous, ni sur le mât lui-même, ni sur la chaîne en fer qui l'enroulait plusieurs fois, à sa jonction avec le pont. Les avaries des deux mâts précités, le mât de perroquet et le mât de misaine, avaient eu lieu du côté de l'arrière du navire ; elles semblaient avoir été faites comme par une hache, aucun point des deux mâts n'offrant la moindre trace de feu.

La foudre, dans le trajet qu'elle avait parcouru, de la pomme du mât jusqu'au pont, avait frappé six hommes sur huit dont se composait l'équipage, savoir : 1° Roubaud, matelot, qui était sur le mât de petit perroquet pour serrer la voile de ce même nom ; 2° le second du navire, Salveja, le novice Chénel, les matelots Basset et Chiozza, qui tous quatre étaient au pied du mât de misaine, opérant, de concert avec Roubaud, la manœuvre ordonnée par le capitaine ; 3° Joseph, mousse, qui était, seul, sur l'arrière du navire. Les deux hommes respectés par la foudre étaient le capitaine, M. Durand, et le mousse Alphonse, qui était dans la cuisine au moment de l'explosion.

Nous indiquerons successivement la nature des blessures des six premiers ; mais, avant d'aller plus loin, disons tout de suite que le capitaine, qui était à la barre du gouvernail, crut, pendant quelques instants, que tout son équipage était mort ; car, outre que personne n'avait répondu à l'appel qu'il en avait fait après l'explosion, il voyait Roubaud renversé sur lui-même dans la hune, et les cinq autres étendus, sans mouvement, sur le pont, au pied du mât de misaine.

Roubaud était atteint d'une brûlure, au deuxième degré, qui s'étendait de la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, sur la région inguinale correspondante. De plus, au milieu de la brûlure de la cuisse, se voyaient placés, l'un au-dessous de l'autre, trois points, chacun du diamètre d'une pièce de cinq francs, où le derme avait été détruit dans une grande partie de son épaisseur, destruction représentée par trois surfaces déprimées et grisâtres, qui étaient des eschares. La région inguinale et la cuisse tout entière étaient, en outre, noircies comme par du charbon.

Ces parties, la cuisse et la région inguinale, se trouvaient au moment de l'explosion fortement appuyées contre la mât, ce qui explique leur atteinte par la foudre. La marche de celle-ci, pour passer du mât chez Roubaud, étaient d'ailleurs indiquée par une déchirure faite au pantalon du blessé, au point en rapport avec les eschares dont nous avons parlé.

Les eschares de la cuisse se détachèrent insensiblement ; il en restait encore des lambeaux lorsque le malade fut pansé, le 3 janvier, à bord du *Phare*, dans la rade d'Alger.

Roubaud quitta son navire pour rentrer en France, le 10 janvier ; à cette même date, les plaies provenant de la chute des eschares suppuraient encore, en même temps que la partie inférieure du membre était toujours tuméfiée et douloureuse.

Le novice Chénel présentait, dans le pourtour inférieur et postérieur de l'articulation scapulo-humérale, côté gauche, une eschare semblable à celle qu'aurait produite l'application énergique d'un fer

chauffé à blanc; elle pouvait avoir de 6 à 7 centimètres de longueur, sur une largeur de 2 centimètres et plus. Une hémorrhagie abondante avait eu lieu après l'accident, toute la chemise du novice en était imbibée. Chénel présentait encore une forte tuméfaction de l'articulation tibio-tarsienne aussi du côté gauche, et il avait, en outre, non-seulement les parties blessées, mais encore toutes les autres parties du corps noircies comme par du charbon.

A la date du 12 janvier, la partie antérieure de la plaie de l'aisselle n'offrait plus qu'une cicatrice linéaire, tandis que la partie postérieure était encore profondément ouverte. Les bords de la plaie étaient surmontés par des croûtes recouvrant de gros boutons charnus. Son aspect démontrait, du reste, que non-seulement le derme, mais encore une épaisse couche de tissu cellulaire avaient été compris dans l'eschare.

Le bas des jambes était tuméfié et sensible à la pression, et les malléoles externes offraient des traces d'une brûlure légère.

Chénel, dans le moment de l'explosion, avait la main gauche élevée au-dessus de sa tête, tenant une manœuvre, et la foudre semblerait être arrivée à l'articulation qu'elle frappa, par la manche de la chemise. Cette manche, en effet, n'était percée nulle part. En revanche, le corps même de la chemise était tout lacéré et en lambeaux, derrière et sur le côté gauche de la poitrine. De plus, de ce même côté de la poitrine et vers sa partie moyenne, la veste de Chénel offrait une déchirure dans laquelle le pouce passait aisément, et qu'on pouvait considérer comme le point de sortie de la foudre.

Salveja, second du navire, avait été frappé dans la bouche, dont toute la muqueuse, y compris celle de la langue, se détacha par lambeaux les jours suivants. Les dents se trouvaient noircies comme par du charbon; elles avaient été fortement ébranlées, et elles vacillaient encore à notre visite de Salveja, le 12 janvier.

La commotion cérébrale avait été vive, mais la perte de connaissance avait peu duré, car Salveja avait pu balbutier quelques mots à l'appel que le capitaine avait fait de son équipage. Toutefois, à partir de ce moment, Salveja accusa des maux de tête qui, très-violents d'abord, s'affaiblirent insensiblement, mais dont il souffrait encore lorsque nous l'interrogeâmes sur son accident, le jour de notre visite.

Le matelot Basset avait été atteint à l'articulation de l'avant-bras avec la main, côté droit, laquelle articulation était tuméfiée dans tout son pourtour, avec noirceur des téguments. Cette tuméfaction se dissipa insensiblement dans l'espace d'une quinzaine de jours, et à notre visite du blessé, le 12 janvier, il n'accusait plus qu'un peu de sensibilité à la pression des parties qui en avaient été le siége.

Le matelot Joseph avait été frappé à l'avant-bras droit, qui était tuméfié depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts. Tout le membre tuméfié présentait, en même temps, une noirceur semblable à celle offerte par les précédents blessés. La tuméfaction parcourut les mêmes phases que celles observées chez le matelot Basset.

Le mousse François Michel avait tout le bas des jambes, et surtout le pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, tuméfié et rouge, mais sans que cette lésion s'accompagnât, comme chez les précédents, d'une noirceur extérieure. Il resta de dix à quinze minutes sans connaissance, après avoir proféré un cri de terreur.

Ce mousse était sur le pont lors de l'explosion, mais loin des autres, sur l'arrière du navire, et ne tenant aucun cordage. Il avait été frappé au bas des jambes. Or, le second du navire, Salveja, disait qu'au moment de l'explosion il était passé devant lui, avec la rapidité de l'éclair, de l'arrière du navire sur l'avant, où il tomba. En admettant le dire de Salveja, faudrait-il voir, dans la translation rapide du mousse, un effet de la foudre? Quoi qu'il en soit, des effets analogues ont déjà été signalés dans l'histoire du mystérieux fléau. Tous les six blessés, après l'explosion, restèrent plus ou moins longtemps sans connaissance; celui qui y resta le plus longtemps fut Chénel, qui ne reprit ses sens que quarante-huit heures après; tous, revenus à eux-mêmes, avaient une dureté de l'ouïe qui persista les jours suivants; elle était encore assez forte chez Roubaud le 10 janvier, jour de son départ pour la France.

Le capitaine, aussitôt après l'événement, s'était hâté de se diriger sur le fort Génois, refuge le plus voisin du point où il était. Or, pendant tout ce trajet, qui fut de près de trois jours, le navire n'étant arrivé au fort Génois que dans la matinée du 19 décembre, pendant tout ce trajet, Roubaud et Chénel, qui, ni l'un ni l'autre, n'avaient jamais eu le mal de mer, vomirent abondamment tous deux. Ajoutons que les matières du vomissement, d'abord *très-blanches*, exhalaient une forte odeur sulfureuse.

Nous avons visité *la Félicité* le 12 janvier. A cette date, Roubaud avait déjà quitté son navire; mais jusqu'alors il avait été pansé tous les jours par M. de Courtois, ainsi que les autres blessés, à bord du vapeur *le Phare*, sur lequel M. Courtois était embarqué.

Roubaud et Chénel avaient été, le troisième jour de leur blessure, le 19 décembre, vus par MM. les médecins de l'hôpital militaire de Bône, où leur capitaine les avait fait transporter dès son arrivée au fort Génois.

Nous terminerons ce que nous avions à dire sur les accidents qui font l'objet de cette communication par quelques remarques sur la foudre elle-même, dans ses rapports avec le navire.

La foudre, selon le capitaine, tombait perpendiculairement dans la mer, lorsque, arrivée à la hauteur de la pomme du mât de petit perroquet, elle se détourna horizontalement pour s'y porter, attirée, sans doute, par un petit cercle en fil de fer servant à tenir ouvert un cylindre en tissu de laine, qui n'était autre que la girouette du navire (1). Cette girouette était fixée, par une ficelle, à un cône en bois dur qui emboîtait l'extrémité du mât et en formait ainsi la pomme ou le point culminant.

Nous avons déjà dit que le mât de misaine ne présentait aucune trace de la foudre au-dessous d'une vis qu'elle avait complétement désoxydée, et qu'une chaîne qui enroulait le pied du mât plusieurs fois, à sa jonction avec le pont, n'en présentait aucune trace non plus. Ajoutons que le cône en bois dur, qui formait la pomme du mât, avait été respecté aussi, et qu'il en était de même du foin dont le pont du navire était couvert. Ce foin paraîtrait avoir été préservé par l'abri que lui formaient, d'une part, une forte toile goudronnée, et de l'autre, des voiles hors de service.

(1) Le cercle de fil de fer avait pour but d'y donner accès à l'air.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Par décision de S. E. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, une médaille d'argent a été décernée au docteur Cayrel, médecin à Toulouse, en récompense du zèle avec lequel il s'est livré à la propagation de la vaccine, dans le cours de l'année 1854.
(*Journ. de méd. chirurg. et pharm. de Toulouse.*)

Incompatibilité de services dans les hôpitaux de Lyon. — Le Conseil d'administration des hôpitaux de Lyon vient de prendre un arrêté qui déclare incompatibles les fonctions de chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu et celles de professeur de clinique chirurgicale de l'Ecole. En vertu de cet arrêté, M. le docteur Barrier, nommé récemment professeur-adjoint de clinique externe, devra cesser le 1er avril son service de chirurgien titulaire, dans lequel il sera remplacé par M. le docteur Berne. Cette grave mesure soulève une question d'incompatibilité qui n'avait pas encore été entrevue jusqu'ici, et dont la solution actuelle, nous l'espérons, ne sera peut-être pas définitive. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET ET Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 44. 5e année. Samedi 11 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 10 avril 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Iodate de potasse contre les affections de la muqueuse buccale. — Sirop de moules. — Fièvres des pays chauds. — Méthode sous-cutanée.**]

Quoique la discussion sur la méthode sous-cutanée n'ait commencé, dans la dernière séance, qu'à quatre heures, le discours de M. Bouvier n'en a pas moins été le morceau capital de la séance ; devant réserver à notre ami, M. Broca, l'appréciation de ce discours dont la lecture du reste n'a pu être achevée, nous ne dirons ici que quelques mots des communications accessoires qui ont été faites à l'Académie.

Dans la Correspondance, nous mentionnerons d'abord une note de M. Réveil sur la production de l'opium en France, note dont nous ferons connaître *in extenso* le contenu, et une autre de MM. Demarquay et Gustin, sur l'emploi de l'iodate et du bromate de potasse contre les affections de la muqueuse buccale. Des expérimentations faites par ces deux observateurs dans le service de M. Monod, suppléé par M. Demarquay, il résulte que les bons résultats obtenus dans ces derniers temps par l'emploi du chlorate de potasse contre les affections de la bouche et de la gorge, peuvent être obtenus également à l'aide de l'iodate de potasse, et même avec plus de rapidité. Les praticiens s'empresseront sans doute de répéter les expériences de MM. Demarquay et Gustin, qui, si elles viennent à être confirmées, réaliseront un progrès utile en thérapeutique.

— Après la correspondance, l'Académie a entendu, non sans quelquelque regret, un rapport de M. Blache sur un certain sirop de moules. Nous ne sommes pas, on le sait, de ceux qui repoussent systématiquement toutes les innovations pharmaceutiques, et nous croyons que l'Académie aurait agi équitablement en se montrant, dans quelques circonstances, moins sévère qu'elle ne l'a été. Mais dans ce cas spécial, le sujet n'était vraiment pas digne d'occuper aussi longtemps un esprit aussi distingué que celui de l'honorable rapporteur; l'Académie a renvoyé le rapport à la Commission ; nous pensons que la Commission fera bien de le garder dans sa poche.

— A M. Blache a succédé un honorable médecin militaire, qui a pu pendant longtemps étudier sur place les fièvres des pays chauds, et qui a cru devoir faire part à l'Académie des conséquences pratiques auxquelles l'a conduit son observation prolongée.

Nous n'avons pu suivre l'auteur dans l'exposition de sa doctrine, à cause de la faiblesse de son organe d'une part, et des bruyantes distractions de l'Académie d'autre part. Nous ne croyons pas, du reste, avoir à le regretter. Autant que nous avons pu en juger, en effet, M. Philippe a donné à son travail une forme purement dogmatique, et il nous a paru croire qu'une expérience qui se présentait sous la protection du temps pouvait se passer de preuves directes. C'est une erreur que nous avons trop souvent combattue pour avoir besoin, à propos d'un fait isolé, de recommencer contre elle une nouvelle lutte. Il nous suffira de répéter que, même avec le talent de M. Philippe, il ne suffit plus d'exposer les résultats de ses propres impressions pour faire avancer la science ; il faut aujourd'hui des preuves, et en thérapeutique, les preuves, ce sont les observations *pesées* et *comptées*.

H. de Castelnau.

Un médecin cantonal peut-il être conseiller municipal?

[**Solution affirmative.**]

Les médecins cantonaux sont de création récente, et il n'a pas encore été possible de déterminer, d'une manière suffisante, le caractère de leur fonction au point de vue administratif. Cette situation donne un véritable intérêt à une décision rendue, le 26 juillet dernier, par la section du contentieux du conseil d'État, sur la question de savoir si un médecin cantonal peut être élu membre du conseil municipal de l'une des communes dans lesquelles il exerce.

On sait que, d'après la loi du 5 mai 1855, ne peuvent être élus membres du conseil municipal, les agents salariés de la commune. C'est en cherchant à faire appliquer cette qualification aux médecins cantonaux qu'un électeur, le sieur Blondeau, protestait récemment contre l'élection du docteur Quendot, médecin cantonal, en qualité de membre du conseil municipal de la commune de Voulx. Cette protestation ayant été rejetée

par le conseil de préfecture, le sieur Blondeau a présenté une requête au conseil d'État, qui a statué en ces termes :

« Vu la loi du 5 mai 1855; — considérant que le sieur Quendot, chargé, comme médecin cantonal, de donner ses soins aux indigents, reçoit sa commission du préfet et non du maire de la commune de Voulx; que l'allocation annuelle qui lui est accordée est prise sur un fonds commun fourni par les communes du canton de Lorrez, et que la circonstance que la commune de Voulx contribuerait à former ce fonds commun, ne peut avoir pour effet de faire considérer ledit sieur Quendot comme agent salarié de la commune, dans le sens de l'art. 9 de la loi du 5 mai 1855; que, dès lors, c'est avec raison que le conseil de préfecture, par l'arrêté attaqué, a rejeté la protestation du sieur Blondeau; — la requête du sieur Blondeau est rejetée. »

Le but que s'est proposée la loi du 5 mai 1855, en créant l'incapacité relative aux agents salariés de la commune, a été d'écarter du conseil municipal toute personne dont l'indépendance pourrait être mise en doute, et qui pourrait se préoccuper, dans ses actes comme conseiller municipal, de s'assurer la conservation d'une position rétribuée. La circonstance qu'il est nommé par le préfet, a paru s'opposer à ce que le médecin cantonal soit considéré comme *agent* de la commune, et cette autre, qu'il est rémunéré par le canton entier, a semblé exclusive de l'idée d'un *salaire* reçu de la commune. — Ce sont là, on le reconnaîtra, des appréciations délicates sur lesquelles une divergence d'opinions pourrait peut-être s'établir. Toutefois, nous devons dire que, le conseil d'État revenant très-rarement sur ses solutions, on fera bien de considérer la position des médecins cantonaux comme définitivement fixée relativement à l'objet de la contestation dont nous venons de rendre compte.

E. MARTIN.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

Note sur les propriétés thérapeutiques de l'iodate de potasse,

Adressée à l'Académie de Médecine,

Par MM. DEMARQUAY et GUSTIN.

Les résultats heureux que nous avions obtenus avec le chlorate de potasse, dans diverses affections de la muqueuse buccale, nous ont naturellement conduits à nous demander si les propriétés thérapeutiques de ce sel ne lui étaient pas communes avec les autres sels, dont l'analogie avec le chlorate est si frappante au point de vue chimique : nous voulons parler des iodates et bromates alcalins. Guidés par cette idée purement théorique, l'année dernière, nous avons tenté nos premiers essais avec le concours de M. Monod, dans le service duquel nous avons fait nos expériences.

Nous nous sommes d'abord servis d'iodate de potasse que nous avions préparé nous-mêmes, afin de pouvoir répondre de sa pureté chimique; nos succès ont dépassé nos espérances. Pendant l'année qui vient de s'écouler, nous avons constamment substitué l'iodate de potasse au chlorate de la même base.

Notre confiance en l'action de ce médicament augmente chaque jour; aujourd'hui nous pensons que l'iodate peut remplacer le chlorate, attendu qu'il agit plus vite, plus énergiquement et à moindre dose.

L'iodate de potasse nous a donné de très-bons résultats dans quelques cas où le chlorate avait échoué.

La dose à laquelle nous le donnons varie de 0 gr.,25 à 1 gr.,50.

Nous avons donné ce sel dans la diphtérite, dans la stomatite mercurielle surtout, et dans un cas de stomatite gangréneuse; dans cette dernière affection l'efficacité du médicament fut très-prompte.

Son action sur les muqueuses pharyngienne et buccale, à l'état sain, est des plus remarquables. A la dose de 1 gr.,50 à 2 gr., il détermine, dans la bouche et dans la gorge, un sentiment d'astriction tout spécial. La sécrétion glandulaire semble diminuer considérablement, et si, une fois encore, nous nous laissons guider par une idée toute spéculative, nous pensons que, par l'introduction des iodates et bromates alcalins dans la thérapeutique, on fera un pas, peut-être, vers la guérison des affections pseudo-membraneuses.

Dans un mémoire plus étendu, nous ferons connaître d'une manière explicite, le résultat des recherches thérapeutiques et physiologiques que nous poursuivons, depuis plus d'un an, sur les iodates et bromates alcalins.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Traitement de la paralysie faciale par la strychnine,

Par M. THIBEAUD,

Professeur de clinique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

(Suite et fin. Voir le n° 43.)

OBS. II. — Mlle R...., âgée de 13 ans, d'une constitution délicate, et n'étant pas encore réglée, fut atteinte, le 5 mai 1850, après avoir été exposée à un fort courant d'air, d'une paralysie faciale gauche. Le releveur de la lèvre ne se contractant plus, la commissure de ce côté était abaissée. Du reste, tous les signes qui caractérisent la paralysie du facial existaient chez la malade.

11 *mai.* Le sirop de strychnine, préparé suivant la formule précédente, est prescrit. Chaque cuillerée à café de 4 grammes contenait 2 milligrammes de sulfate de strychnine.

Le premier jour, on administre une cuillerée à café du médicament, puis on augmente graduellement les doses.

Le 18, on en donne 6 cuillerées. On observe quelques contractions dans le muscle sourcilier et le releveur des lèvres.

Le 22, 2 centigrammes de strychnine ont été administrés pendant la journée. Le soir surviennent subitement de violentes secousses convulsives dans les jambes, avec faiblesse de la jambe gauche, chute, serrement des mâchoires, délire pendant la nuit.

On cesse l'administration de la strychnine, on prescrit une potion éthérée; des cataplasmes sinapisés sont apposés aux extrémités inférieures.

Le 23, la faiblesse de la jambe gauche persiste; mais les contractions convulsives des muscles ont cessé. La malade peut aujourd'hui froncer le sourcil, la commissure gauche des lèvres commence à obéir à l'action du muscle élévateur, les contractions de l'orbiculaire des paupières sont rétablies, celles-ci peuvent être complétement rapprochées l'une de l'autre.

Le 24, la faiblesse de la jambe gauche persiste, et la malade y ressent en même temps de la douleur; il existe un peu de tremblement des membres supérieurs, mais le trismus a disparu. Le côté gauche de la face paraît revenir à son aspect normal.

31 *mai.* La malade est parfaitement. La jambe gauche est maintenant dans l'état naturel; l'expression de la physionomie est la même des deux côtés : à peine reste-t-il un peu de faiblesse de l'élévateur des lèvres.

Ces deux malades ont été, comme l'on voit, assez rapidement guéries; et surtout, il n'est resté chez elles aucune trace de la maladie, ce qui n'a pas lieu toujours. Il nous arrive de rencontrer assez fréquemment deux femmes chez lesquelles, à la suite d'une paralysie faciale incomplétement traitée, la commissure labiale est demeurée abaissée d'un côté, abaissement qui se produit surtout pendant le rire.

Aux deux faits précédents, nous allons joindre le suivant, où la pile voltaïque fut employée.

C'était en 1841 ; les travaux de M. Duchesne, de Boulogne, sur l'électricité, devaient plus tard étendre bien au delà les applications de ce puissant agent dans le domaine pathologique, apporter à ces applications des modifications radicales, et spécialement, donner lieu à des guérisons beaucoup plus promptes.

Obs III. — Mlle X...., âgée de 18 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin et un peu lymphatique, fut atteinte, simultanément, au commencement de décembre 1841, d'angine tonsillaire et de paralysie faciale, à la suite d'un refroidissement qui s'était fait sentir surtout au côté droit de la face.

Des gargarismes émollients, la diète, des boissons mucilagineuses et un purgatif constituèrent le traitement dirigé contre l'angine.

On se borna, quant à la paralysie, à pratiquer quelques frictions ammoniacales sur le côté droit de la face.

8 *janvier* 1842. La paralysie faciale datant d'un mois, la malade est soumise à l'action de la pile. On se sert de l'appareil à auge, et on agit sur les points de la peau correspondant aux muscles paralysés, au moyen d'un excitateur à boule et d'aiguilles à acupuncture, sans en faire pénétrer la pointe dans les tissus. On donne ainsi, dans l'espace de trois jours, trois séances de 15 à 20 minutes chaque.

Du 11 au 16, on suspend le traitement, pour le reprendre sans interruption jusqu'au 30. On promène la boule de l'excitateur sur la face interne de la joue droite; alors les secousses convulsives deviennent très-fortes et douloureuses, les contractions musculaires apparaissent sous l'aspect de rapides trémoussements. Dans l'intervalle des séances, on n'observe du reste aucun changement.

Cédant aux sollicitations de Mlle X...., qui se plaint des douleurs que lui causent les séances de galvanisation, on suspend le traitement pendant quinze jours.

Le deuxième jour qui suivit cette interruption, on commença à remarquer quelques mouvements dans les points paralysés. La commissure droite des lèvres s'élève un peu, l'occlusion de l'œil droit commence à s'opérer. On donne trois séances galvaniques, les 16, 17 et 18 février, en employant une eau moins acidulée. On avait mis jusque-là un quinzième d'acide sulfurique; on n'en ajoute plus qu'un trentième. Les contractions musculaires produites par la pile sont moins fortes. Cependant, un coryza avec rougeur érysipélateuse de la joue, paraissant s'être développé sous l'excitation de l'aiguille, force encore à interrompre le traitement jusqu'au 24 février. Alors les séances sont reprises, elles se prolongent toujours pendant environ vingt minutes.

Les 6 et 7 mars, pas de séances. On reprend celles-ci et l'on continue pendant environ trois semaines.

A cette époque, des mouvements spontanés s'observent dans les muscles sourciliers, mais la commissure des lèvres n'a pas encore recouvré son mouvement d'élévation. Ce n'est qu'en avril que toute trace de paralysie avait disparu.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 avril 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le Ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. Devergie (Alphonse), à la place vacante dans la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale. Sur l'invitation de M. le président, M. Devergie prend place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de la Moselle, de la Loire-Inférieure, des Deux-Sèvres, de la Haute-Vienne, des Vosges et de la Haute-Saône. (Commission des épidémies.)

Remèdes secrets. — Plusieurs recettes relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Vaccine. — L'état des vaccinations pratiquées en 1835 dans le département de l'Ain. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Fièvre typhoïde. — Notice sur une *épidémie de fièvre typhoïde* observée à Moulins-la-Marche, pendant les années 1855 et 1856, par M. le docteur Ragaine, médecin à Mortagne. (Commission des épidémies.)

Iodate de potasse. — Note sur les *propriétés thérapeutiques de l'iodate de potasse dans la stomatite mercurielle,* par MM. Demarquay et Gustin. (*Voir plus haut.*)

Opium. — Mémoire intitulé : *Nouvelles considérations générales sur l'opium et sur l'importance de sa production en France*, par M. le docteur O. Réveil, professeur-agrégé à l'Ecole de Pharmacie et à la Faculté de Médecine de Paris. (Comm. : MM. Caventou, Boudet et Chevalier.)

Statistique médicale. — M. Larrey présente à l'Académie, au nom de l'auteur, un *Traité de géographie et de statistique médicale,* par M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital du Roule. (Remerciements à l'auteur.)

M. le Président annonce à l'Académie que M. Dieulafoy, membre correspondant à Toulouse, assiste à la séance.

RAPPORT.

M. Blache, au nom d'une Commission composée de MM. Boudet et Blache, donne lecture d'un rapport étendu sur un travail de M. L. Foucher, pharmacien à Orléans, relatif à l'emploi de préparations, notamment d'un sirop de *mytilus edulis* (moule commune) dans les affections des voies respiratoires, etc.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Lecanu, Moreau, Londe, Michel Lévy, Bouchardat, Dubois d'Amiens, Boutron et Velpeau, le rapport et les conclusions sont renvoyés à la Commission, sur la proposition de M. le Président.

LECTURE.

Fièvres des pays chauds. — M. Philippe, médecin à l'hôpital militaire de Lille, lit un mémoire ayant pour titre : *De la haute utilité de la médication évacuante dans le traitement des fièvres des pays chauds et en particulier de celles d'Afrique,* avec des *considérations pratiques sur la géographie médicale de cette contrée.*

L'auteur a résumé son travail dans les propositions suivantes :

1° Les théories admises sur les fièvres des pays chauds sont trop exclusives, en prenant pour point de départ l'étiologie de ces maladies. La symptomatologie doit être invoquée en première ligne pour pouvoir en formuler un traitement rationnel;

2° Il y a deux éléments qui seront pris pour base de ce traitement : l'élément nerveux et l'élément gastrique. Au premier s'adresse l'usage du sulfate de quinine; au second, la médecine évacuante;

3° Généralement, on débutera par la médication vomi-purgative, comme ballon d'essai, si ce n'est dans les fièvres graves, où le sulfate de quinine sera d'abord employé exclusivement;

4° Voici le mode de traitement : dans les cas de fièvre intermittente simple, on commence par un vomitif;

5° Le lendemain, on prescrit la décoction de quinquina ;

6° Le jour suivant, on administre un purgatif;

7° On reprend la décoction ou le vin de quinquina, si la fièvre est dissipée ou notablement atténuée;

8° Cinq ou six jours après, on termine par un sel neutre et l'on revient aux toniques ;

9° Lorsque la fièvre n'est nullement modifiée par le premier vomitif, on en donne un second et l'on revient au traitement précédent;

10° Si cette médication purement évacuante échoue, on a recours au sulfate de quinine, à la dose de 5 ou 6 décigrammes, répétés trois ou quatre jours de suite;

11° Dans les cas graves de fièvre, l'antipériodique sera prescrit à

haute dose. On n'en reviendra aux vomi-purgatifs qu'après la disparition complète des accidents sérieux;

12° Quant aux fièvres typhoïdes, l'alliance de la quinine aux purgatifs a donné de bons résultats;

13° Dans les récidives et les cachexies, la médication évacuante est encore indiquée; cependant, lorsqu'elle a été suivie d'insuccès, l'emploi des agents de cette médication, combiné avec le sulfate de quinine, rend les plus grands services, en même temps qu'on donne les toniques;

14° Toutefois, il est une remarque pratique à faire, qui domine les diverses nuances du traitement que je viens d'exposer : c'est que le médecin aura à la varier dans ses applications, suivant les idiosyncrasies, etc.;

15° Enfin, la médication évacuante pourra être employée comme prophylactique. (Comm. : MM. Bally, Bouvier et Joly.)

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

M. Bouvier. L'Académie, j'ose l'espérer, ne se méprendra pas sur les motifs qui me font prendre la parole. Il a été présenté, à cette tribune, une série de propositions contradictoires à tout ce que j'ai écrit ou enseigné, à tout ce que j'ai fait dans la sphère modeste de mon existence médicale. Je devais éprouver le besoin de justifier mes paroles, mes écrits, mes actes. La lecture du 17 février est un défi scientifique porté à tous ceux qui se sont occupés des mêmes matières; j'ai dû, en ce qui me touche, relever le gant qu'elle a jeté.

Je me propose : 1° de définir la méthode opératoire sous-cutanée; 2° de rechercher la valeur de tout ce qui se rattache à ce genre d'opérations.

Et d'abord, y a-t-il deux méthode sous-cutanées? Non; il n'y en a qu'une, mais elle a plusieurs *procédés*. Ce que ces procédés ont de commun fait le caractère général de la méthode; ce qu'ils ont de spécial fait leur caractère particulier.

Tout procédé sous-cutanée consiste à opérer sous la peau, sans l'entamer vis-à-vis du lieu où l'on opère : voilà le caractère général de la méthode.

Mais, suivant la manière dont on opère, la plaie ressemble plus ou moins à ce qu'elle serait si l'on n'avait pas fait d'ouverture à la peau.

C'est là la source des principales différences qui distinguent les procédés de la méthode.

J'ai appelé ailleurs, et, afin de prévenir toute équivoque, je continuerai d'appeler la méthode sous-cutanée, *méthode stromeyerienne.*

Je lui donne ce nom parce que c'est la ténotomie orthopédique qui, pour la première fois, a étendu, généralisé la méthode sous-cutanée, et parce que à M. Stromeyer revient la gloire d'avoir fondé la ténotomie et la myotomie orthopédiques.

Un seul homme, Dieffenbach, pouvait disputer à M. Stromeyer l'honneur d'avoir doté la chirurgie de cette nouvelle conquête; car, ainsi qu'on l'a rappelé, Dieffenbach avait pratiqué, avant son compatriote, plusieurs sections sous-cutanées de muscles et de tendons. Mais ces faits, comme tant d'autres qu'on vous a justement cités, étaient restés stériles; écoutez plutôt Dieffenbach lui-même :

« Une des plus grandes acquisitions de la chirurgie, disait-il en 1839, est sans contredit la section des tendons et des muscles raccourcis dans le pied-bot, le torticolis et d'autres contractures congénitales ou causées par des maladies articulaires. A Stromeyer appartient le mérite d'avoir été le fondateur de l'orthopédie opératoire. » (*Wochue-scrift für*, etc., Berlin, 1839.)

Dieffenbach répétait, en 1841 : « A Stromeyer appartient l'honneur et le mérite d'avoir été le créateur et le fondateur de l'orthopédie sous-cutanée. Tous les chirurgiens récoltent la moisson dont il a fait les semailles, et les moisonneurs fauchent à qui mieux mieux. » (*Veber die Durchschneidung*, etc., p. 3, Berlin, 1841.)

Quand Dieffenbach portait ce jugement, il connaissait les prétentions reproduites aujourd'hui devant vous. Quelques lignes plus bas, il les repousse par un blâme formel.

Ce que j'invoque ici, ce ne sont pas des paroles fugitives qui se perdent dans les airs, c'est Dieffenbach lui-même, présent dans ses œuvres.

M. Stromeyer ne s'est pas borné, comme on l'a prétendu, à la cure ténotomique du pied-bot et du torticolis. Ce n'est pas non plus seulement comme un *expédient empyrique*, destiné uniquement à prévenir l'exfoliation du tendon, qu'il a inventé son procédé sous-cutané. Dès ses premières publications il a établi, formellement et explicitement, que son but était de prévenir *l'accès de l'air, la suppuration*, et, ajoute-t-il en troisième lieu, l'exfoliation du tendon; — je parle d'après le texte même.

Le fait physiologique de la guérison, sans suppuration, des plaies faites sous la peau, à l'abri du contact de l'air, lui était donc connu, et ce fait constituait, dès l'origine, le point de départ *rationnel*, le principe de sa méthode.

La généralisation de cette méthode est nettement exprimée dans son ouvrage intitulé : *Beiträge*, etc., c'est-à-dire, *Contributions à l'orthopédie opératoire*, ou *Observations sur la section sous-cutanée des muscles raccourcis et de leur tendons*. Vous voyez, au seul titre, que sa méthode embrassait la myotomie aussi bien que la ténotomie. Cet ouvrage, dont on ne vous a pas parlé, est de 1838; M. Stromeyer m'a fait l'honneur de me l'adresser le 19 juillet de la même année :

Page 12 : « Toutes les contractures musculaires ont cela de commun dans leurs résultats qu'elles privent la substance musculaire de son extensibilité, et qu'à la longue les muscles antagonistes, ainsi que les forces extérieures, deviennent incapables de lui restituer sa longueur naturelle. »

Page 14 : « La section des muscles ou de leurs tendons présente dans les cas semblables (les cas de contractions spasmodiques) un moyen de beaucoup supérieur à tous les autres, par son effet direct et rapide. »

Page 17 : « Le procédé dans la cure mécanique opératoire des difformités est à peu près le suivant :

« Ces opérations ont si peu de gravité en elles-mêmes, qu'elles ne causent presque pas de douleurs et n'entraînent pas le moindre danger pour la santé générale du malade. »

Page 93 : « Ainsi, sur les chevaux aussi, la certitude non équivoque du succès est liée à la ténotomie sous-cutanée. »

Page 129 : « Quant au choix du lieu pour la section (du sterno-mastoïdien), il ne peut s'élever aucun doute, si on accorde que la méthode sous-cutanée est préférable à toute autre pour les indications orthopédiques. »

A la suite de ses généralités sur la myoténotomie, M. Stromeyer rapporte non-seulement diverses opérations de pied bot et de torticolis, mais encore trois cas de section des muscles du jarret, un cas de section des muscles pectiné et couturier, un autre relatif aux fléchisseurs des doigts. Il fait mention de la division du biceps brachial. Aucune de ses opérations n'a été suivie de suppuration.

Ces faits et les considérations générales qui les l'accompagnent étaient bien suffisants pour fonder la nouvelle méthode; mais Stromeyer a été plus loin; il a montré l'horizon immense que cette méthode découvrait à nos regards: « Quoique l'on ait déjà appliqué, dit-il, la myoténotomie à plusieurs régions du corps, on est loin d'avoir embrassé dans toute son étendue le cercle d'action de cette opération. » (P. 22.) Et il propose immédiatement deux séries d'opérations nouvelles. L'une a trait aux arthrites ou arthralgies, l'autre est cette myotomie oculaire, devenue si célèbre, et dont cette seule mention valut plus tard à son auteur une haute distinction de l'Académie des sciences.

M. Stromeyer a prévu jusqu'à l'exagération abusive de sa méthode : « Maintenant, dit-il, que la première impulsion est donnée, maintenant qu'on fera un emploi plus général des opérations orthopédiques, je crois que dans peu on sera plutôt disposé à en faire abus qu'à les négliger. » (P. 23.)

Vous pouvez juger, par ce court exposé, de l'exactitude de cette assertion, à savoir, que la méthode stromeyerienne n'avait jamais *songé* à aller au delà de la ténotomie proprement dite, qu'il lui était *interdit* de sortir du cercle de deux ou trois tendons où elle s'était étroitement renfermée.

Ainsi, en 1838, la méthode générale des opérations orthopédiques sous-cutanées était formulée, et qui plus est, appliquée; car, en même temps que Stromeyer écrivait ce que vous venez d'entendre, ses procédés étaient répétés, modifiés, amplifiés, à Strasbourg, à Paris, à Bordeaux, à Montpellier, à Metz, dans tous les États d'Allemagne, en Angleterre, en Russie, aux États-Unis, tout cela avant cette année 1839, date précise, vous a-t-on dit, de la naissance de la méthode sous-cutanée.

Ce n'était donc pas l'expression de la vérité historique, ces paroles prononcées devant l'Académie (séance du 10 mars) : « Il est permis d'assigner au progrès réalisé par M. Stromeyer la valeur qui lui appar-

tient. Or, quelle est cette valeur, sinon celle *d'une circonstance accessoire d'une opération principale (sic)*, réalisée sans autre but que de perfectionner la section du tendon d'Achille, de la simplifier, en remplissant l'indication posée par Delpech. » (*Bull.*, t. XXII, p. 469.)

Cependant, Stromeyer n'avait pas tout fait; il restait à glaner avec fruit dans le champ qu'il avait défriché. De tous côtés on se mit à l'œuvre, et de ces travaux communs est résultée la méthode actuelle, qui n'est que la méthode primitive, agrandie, élargie, portée enfin à un plus haut point de perfection.

Je ne rechercherai pas ce qui revient à chacun dans cette grande œuvre. L'auteur du mémoire du 17 février se fait la part du lion; je me contenterai de dire que je suis peu disposé à jouer le rôle de la génisse ou de la brebis. Pour le reste, je m'en remets à l'équité contemporaine, à la prochaine génération médicale, qui n'est pas loin à mon âge; je ne devancerai pas son jugement.

Je laisse à l'histoire de l'art et de ceux qui le cultivent le soin de qualifier les paroles par lesquelles M. Guérin (réplique du 31 mars) affirme avoir défini son *invention* de telle sorte, qu'il soit devenu *impossible de soutenir* que les opérations sous-cutanées de ses devanciers aient eu le même *caractère*, la même *signification*, le même *but*, le même *résultat* que *sa* méthode. (*Voir* le *Bull.*, t. XXII.)

J'arrive à examiner le produit de ces efforts communs, de ce concours universel, c'est-à-dire, les doctrines, les procédés, les applications pratiques qui en ont été le résultat.

I. DOCTRINES DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

On vous a dit que les ténotomistes, avant 1839, s'efforçaient de remettre en contact les bouts du tendon divisé, *pour éviter l'inflammation suppurative*. « Qu'est-ce que cela, s'est-on écrié, si ce n'est la théorie et la pratique de la réunion par première *intention*, si ce n'est la cicatrisation immédiate des plaies *tendineuse* et cutanée par *l'inflammation adhésive de Hunter?* » (*Bull.*, t. XXII, p. 368.)

D'abord, je ne connais pas un seul ouvrage de ténotomie où il soit dit que l'on rapproche les bouts du tendon pour *éviter la suppuration*. La seule crainte de voir les bouts se cicatriser isolément, ou de les voir se réunir par une cicatrice trop longue ou trop faible, a retenu les premiers opérateurs et leur a fait tenir, pendant quelque temps, les bouts plus ou moins rapprochés. Dès 1837, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, — M. Velpeau vous l'a rappelé, — j'ai montré que cette précaution était inutile, et déjà je n'étais pas le seul à suivre une pratique opposée.

Mais, en outre, sur quoi a-t-on fondé ces dénominations de *ténotomie huntérienne*, de *phase huntérienne* de la ténotomie, de *procédé huntérien*, de *théorie huntérienne*, que l'on a répétées à satiété? Sur ce que, prétend-on, le caractère physiologique de la ténotomie, avant 1839, est *une application à la section des tendons* du principe de la réunion par première intention *au moyen* de l'inflammation adhésive de Hunter. M. Malgaigne a déjà montré que Hunter avait été ici mal compris. Néanmoins, on ne s'est pas amendé; il faut donc rappeler en deux mots la théorie de Hunter, qu'on n'a pas voulu distinguer de celle de M. Palmer, son honorable éditeur.

La réunion par première intention et la réunion au moyen de l'inflammation adhésive étaient, pour Hunter, deux choses différentes.

La réunion par première intention s'opérait *sans inflammation*, au moyen du sang extravasé qui devenait vasculaire.

L'inflammation adhésive était un mode de réunion qui suppléait au précédent, quand celui-ci n'avait pu avoir lieu.

La réunion par première intention, *au moyen du coagulum sanguin*, était la plus ordinaire dans les lésions sous-cutanées sans communication avec l'extérieur.

On ne pouvait donc être *huntérien* en attribuant à *l'inflammation adhésive* la réunion des plaies sous-cutanées, et c'est par une double méprise que le mémoire du 17 février appelle ainsi les ténotomistes qui ne datent pas de 1839.

Mais il y a quelque chose de mieux. La doctrine de 1839 a reproduit, sous le nom d'*organisation immédiate*, l'organisation du sang *sans inflammation*, admise à tort, suivant moi, par Hunter. Que vous en semble? Est-ce que l'auteur de cette doctrine, qui a pris de Hunter la seule erreur peut-être qu'il ait commise sur cette matière, ne vous paraît pas plus *huntérien* que ceux qu'il appelle de ce nom?

Je reviens à la question purement scientifique :

Hunter avait dit : « Les lésions dans lesquelles les parties lésées ne communiquent point avec l'extérieur s'enflamment rarement, tandis que les autres s'enflamment et suppurent ordinairement..... Dans les lésions accidentelles (du premier ordre), aucun autre effet morbide ne dérive de la lésion; aucune irritation, aucune douleur ne survient comme conséquence des opérations de la nature; aucune sympathie générale ou fièvre ne se manifeste; tout est tranquille comme s'il ne fût rien arrivé. » (Loc. cit., p. 183.)

Bichat a dit à son tour : « Le temps de suppuration n'existe point dans la cicatrice des os, dans celle des cartilages rompus, des muscles déchirés, et en général *dans la réunion de tous les organes divisés sans plaie extérieure*. » (*Anat. génér.*, t. I, p. 188, édit. de 1821.)

Voilà l'énoncé du fait capital qui domine toute la méthode sous-cutanée. Il ne restait qu'à l'appliquer aux plaies sous-cutanées intentionnelles; c'est ce qui a été fait plus ou moins explicitement par tous ceux qui ont pratiqué ou proposé des opérations véritablement sous-cutanées.

M. Guérin a donné à entendre (séance du 10 mars) qu'en 1838, je ne *connaissais* ni n'*appréciais* ce grand avantage de la méthode sous-cutanée, son innocuité relative, si on le compare aux opérations *à ciel ouvert*. M. Guérin a trouvé cela dans quatre lignes de moi. Un homme d'Etat célèbre a dit : « Donnez-moi deux lignes de son écriture, j'y trouverai de quoi le faire pendre. » C'est à l'aide de ce genre d'interprétation que mon honorable collègue a trouvé le moyen de me faire dire ce que je n'ai jamais dit, que « je réduisais, en 1838, les avantages de la méthode à une question de *dimension des plaies*, d'une *piqûre à une coupure d'un ou deux pouces, etc.* »

L'article cité par M. Guérin est du 30 août 1838. Or, dans un autre article du 26 mars précédent sur le même sujet, l'opération du torticolis, je disais : « Le procédé par simple ponction ou la division sous-cutanée du muscle a pour elle la *simplicité* de ses suites et le *peu de gravité* de la lésion; » et plus loin : « Le voisinage des deux veines jugulaires rend cette opération (la section à ciel ouvert) assez délicate, et l'étendue de la plaie, l'*inflammation* qui s'en empare, lui donnent *une bien autre gravité* que ne saurait en avoir la légère piqûre du premier procédé (le sous-cutané). » Je concluais que « la section sous-cutanée du sterno-cléido-mastoïdien, *quoique le plus avantageux, quant à la simplicité et à l'innocuité*, de tous les procédés opératoires proposés, n'était applicable qu'à certains cas déterminés. »

Par quel privilége les lésions sous-cutanées accidentelles ou intentionnelles échappent-elles à l'inflammation suppurative, malgré l'écartement des tissus choisis sous la peau?

Lorsque, dans une plaie, les parties divisées restent en contact entre elles ou *avec les tissus placés dans leur intervalle*, l'inflammation ne se manifeste qu'à un faible degré, parce que l'irritation est promptement calmée par ce contact, plus doux que celui de tous nos émollients, de toutes nos pièces de pansement. D'un autre côté, le produit de l'exsudation versé au sein même des organes, et non plus sur une surface libre, fait corps immédiatement avec les parties, et ses premières transformations organiques suffisent pour leur fournir un médium unissant, qui devient bientôt définitif. Si certains éléments du liquide exsudé ne peuvent concourir à la réparation, ils sont enlevés rapidement par l'absorption. Voilà ce qui se passe dans les plaies susceptibles d'être réunies par première intention et dans les lésions sous-cutanées. Comme M. Bouley l'a fort bien dit, il n'y a, sous ce rapport, d'autre différence entre ces deux ordres de lésions, que celle de l'étendue dans laquelle se fait le travail réparateur.

Mais, si les parties divisées sont, suivant l'expression de Hunter, *exposées*, d'une part, cette surface mutilée d'organes jusque-là étrangers au monde extérieur est vivement irritée par le nouveau milieu dans lequel elle vit; de là une plus grande intensité du phénomène *inflammation*. D'autre part, la couche de produit exsudé versée sur une simple surface, n'est pénétrée de la vie *de contiguïté*, si l'on veut bien me passer ce terme, que par une de ses faces, ce qui ralentit d'autant son organisation et la rend même impossible pour une partie de l'exsudat; et pourtant, la réparation est ici bien autrement laborieuse. Ce n'est plus une simple intersection, ou un lien fibro-cellulaire qu'il s'agit de produire; il y a à refaire de toutes pièces une peau, un derme avec son épiderme, un autre tégument externe, en un mot.

A ce propos, je demanderai ce qu'on a voulu dire quand on a affirmé que les plaies qui suppurent ne deviennent le siége d'un travail d'organisation, qu'*après l'occlusion de leur surface par la membrane pyogénique*. Est-ce que la formation de ce tissu pyogénique, de la première couche de granulations cellulo-vasculaires, n'est pas déjà l'organisation nouvelle? Est-ce que le travail de la cicatrisation ne date pas de l'instant où la première goutte fibrineuse se concrète sur la plaie, où les premiers indices de formation sanguine et vasculaire y apparaissent? Deux honorables membres de la section de médecine vétérinaire m'ont paru donner leur assentiment à la méprise que je

signale. J'ai le regret de ne pouvoir partager la manière de voir de ces savants collègues, lorsqu'ils donnent à entendre, si je les ai bien compris, que la cicatrisation des plaies suppurantes a besoin d'un *revêtement* derrière lequel elle puisse s'effectuer, et que c'est seulement *à l'abri* de la membrane pyogénique que le travail de la réparation s'accomplit. La membrane pyogénique, la membrane des bourgeons charnus est la cicatrice même en voie de formation, et c'est au grand jour, à *ciel ouvert*, que son organisation s'achève. Ce n'est même pas à sa face profonde, la plus éloignée de l'extérieur, qu'elle s'accroît : c'est dans son épaisseur et surtout à sa surface externe, là où elle est en présence de cet ennemi de toute organisation réparatrice, de cet air atmosphérique dont on vous a fait un épouvantail. Déjà Burdach (1) avait admis qu'il poussait de nouveaux bourgeons charnus sur ceux qui avaient paru les premiers, et notre collègue, M. Laugier, a montré, par des expériences ingénieuses, qu'en effet l'accroissement graduel da la membrane cicatricielle était principalement dû à la déposition et à l'organisation successives de couches plastiques, incessamment versées au point de contact de la plaie avec l'atmosphère ambiante (2). On sait, depuis longtemps, que la dernière de ces couches, celle qui constitue le nouvel épiderme, se produit encore dans le même lieu.

L'inflammation, avons-nous vu, est plus intense dans les plaies exposées ; elle est à son summum dans les parties les plus superficielles de ces plaies, et tandis qu'elle se termine par résolution dans les parties voisines, elle se montre, à leur surface, avec les caractères de l'inflammation dite *phlegmoneuse ;* elle entraîne, comme celle-ci, la formation d'un liquide spécial. Ce liquide n'est d'abord qu'une sérosité mêlée de sang, la *sanie*, mêlée, en outre, à l'exsudat fibrineux versé par toute blessure. Des globules purulents ne tardent pas à s'y montrer, d'abord en petite proportion ; c'est un pus encore imparfait, séreux, un *séro-pus*. Peu à peu naît le vrai pus, opaque, crémeux, albumino-fibrineux, en grande partie émulsif, essentiellement composé d'un sérum analogue, mais non identique au sérum du sang, de matières grasses et de globules ou cellules spécifiques, les cellules du pus.

Ainsi, l'inflammation, à un degré et dans un mode capables de produire du pus, voilà une première cause de la suppuration des plaies ouvertes. L'absence d'une pareille inflammation dans les plaies fermées, voilà une première raison de leur guérison sans suppuration.

Mais à cette première cause de la différence des plaies au point de vue de la suppuration, l'inflammation, il faut en ajouter une seconde, qui n'a pas été suffisamment prise en considération.

L'exsudat plastique des plaies exposées ne peut devenir une peau nouvelle de *prime saut*, comme dirait Montaigne ; cet exsudat n'arrive, pendant longtemps, qu'à former une peau rudimentaire, imparfaite, comparable, non pas au tégument externe normal, mais bien plutôt à certaines parties de la peau interne ou membrane muqueuse, comme l'a dit Lobstein. Cette pseudo-muqueuse sans épithélium sécrète le pus en vertu de son organisation même. Le pus est son mucus, et ce rapprochement n'a rien de forcé pour ceux qui ont présentes à l'esprit l'extrême analogie de ces deux fluides, l'extrême facilité de la production des globules purulents par les membranes muqueuses.

Rien de semblable ne peut exister dans les plaies fermées qui n'ont pas besoin d'un tégument nouveau.

Il est clair, d'après cela que, pour qu'une plaie exposée guérisse sans suppurer, il faut, ou bien qu'il ne se forme pas de membrane, des bourgeons charnus, ou que cette membrane soit tellement modifiée dans ses propriétés qu'elle parcoure sa période muqueuse sans produire de pus, et en versant uniquement la matière organisable de la cicatrice.

Il est un seul cas, jusqu'à présent, qui offre quelque chose d'analogue : c'est la reproduction, sans suppuration, d'une partie de l'épaisseur de la peau incomplétement détruite. Si l'inflammation est très-peu intense dans ce cas, il ne se forme pas ou presque pas de pus, point de granulation ; l'exsudat plastique s'organise immédiatement. C'est ce que Hunter a décrit sous le nom de *guérison par formation de croûtes*. Cette faculté de réparation immédiate, *à l'air*, paraît s'étendre plus loin dans les animaux même rapprochés de nous ; M. Lebert l'a observée sur un cochon d'Inde auquel il avait enlevé un morceau de derme tout entier. (*Loc. cit.*, p. 84.) D'où l'on voit combien on doit être réservé dans les applications que l'on voudrait faire à l'homme, des résultats d'expériences de ce genre faites sur les animaux.

Au rapport de Hunter, le contact de l'air était généralement considéré, de son temps, comme la cause de la suppuration des plaies. (*Œuvres de Hunter*, traduites par M. Richelot, t. 1er, p. 464 ; t. III, p. 451.) Hunter nie cette influence ; plus tard, John Bell a également combattu cette opinion, allant jusqu'à dire que l'air n'est pas irritant pour nos tissus dénudés. (*Traitement des plaies*, traduit par Estor, p. 388.) Mais tous les raisonnements de ces auteurs justement estimés n'ont pu détruire l'opinion générale, parce qu'elle avait des racines profondes dans l'observation des faits journaliers.

Nous avons déjà vu que c'est parce qu'il partageait à cet égard la croyance générale, que M. Stromeyer a été conduit à inventer la méthode sous-cutanée. La doctrine de 1839, en adoptant le même principe, a voulu en poursuivre toutes les conséquences ; s'écartant de la voie, trop lente à son gré, de l'observation des faits, elle a marché d'hypothèse en hypothèse, et s'est attiré tous les reproches d'exagération justement adressés par J. Bell à Monro ; de là ce nom d'*aérophobie* si heureusement appliqué, quoiqu'il ait été mal compris d'abord de quelques-uns de nos collègues.

Oui, sans doute, l'air nuit aux plaies, aux séreuses, aux synoviales, aux foyers purulents ; oui, sans doute, il altère le sang hors de ses vaisseaux, les humeurs sécrétées ; il amène la putridité. Personne, de notre vivant, n'a découvert cela, car on le savait bien avant nous. Mais quelle est la mesure de cette action de l'air ? Où commence-t-elle ? où finit-elle ?

Pour me renfermer dans le sujet en discussion, je rappellerai que tous nos traités de chirurgie, depuis A. Paré, — je pourrais remonter beaucoup plus haut, — jusqu'à notre maître Boyer, professent que le contact de l'air est nuisible aux plaies. Dans tous les temps, les efforts de la chirurgie ont été employés à rechercher le meilleur mode de pansement pour les préserver de ce contact, depuis les plumes cousues entre deux linges qui formaient les *plumasseaux* des anciens, jusqu'au coton cardé de Mayor et au pansement par occlusion de quelques modernes.

Ecoutez, je vous prie, ces paroles exprimant des opinions couronnées plus d'une fois par l'illustre Académie de Chirurgie.

« Si la peau est entamée comme dans une plaie simple, le contact de l'air en retardera la consolidation, en y provoquant l'inflammation et la *suppuration.* » (Champeaux, *prix de l'Acad. de Chir.*, in-4°, t. V, p. 237.)

« L'attention qu'on porte pour prévenir l'attouchement de l'air, presque dans toutes les circonstances où il est question de plaies, de tumeurs et d'ulcères, est de la plus grande conséquence... Le contact de l'air sur une plaie n'est pas moins à craindre..... Le fond et les bords restent affaissés, d'autres fois ils s'enflamment, etc. » (Lombard, *prix de l'Acad. de Chir.*, p. 985, 986.)

« L'air, en tant qu'air le plus pur et le plus sain même qu'on le puisse supposer, nuit dans la plupart des circonstances que présentent les voies externes. Si l'on est revenu aujourd'hui de la confiance aveugle qu'on donnait autrefois aux onguents... c'est qu'on est bien persuadé que leur plus grande utilité n'a consisté qu'à mettre la partie à l'abri... du contact de l'air. Soit que celui-ci communique *au sang*, aux liqueurs extravasées et *aux solides mis à découvert* une altération semblable *à celle qu'il produit sur les chairs mortes*, soit qu'on en doive rapporter le danger à sa *pression*, qui se fait sentir immédiatement sur le lieu où est la solution de continuité, parce que le fluide aérien ne trouve plus les téguments *pour corps intermédiaire*, il est certain, etc. » (Laflèze, *prix de l'Acad. de Chir.*, in-4°, t. V, p. 166.)

Vous avez reconnu, dans cette dernière citation, plusieurs idées hypothétiques reproduites dans le mémoire du 17 février, cette action de l'air sur *le sang des plaies*, — non pas le sang croupissant, comme dans les cas de M. Renault, — cette altération chimique *des éléments de la chair*, vivante, remarquez-le bien, cette *pression sans intermédiaire* sur les vaisseaux, qu'on vous a présentées comme la *démonstration rationnelle* de la doctrine. (*Bull.*, t. XXII, p. 388.)

Je trouve encore, en fouillant dans les siècles passés, un document assez curieux. Jean Falcon, dans ses *Remarques* sur Guy de Chauliac, dit (p. 785) que « l'air altérant une plaie, en peut empêcher la consolidation en deux façons, à cause de *sa qualité* et à cause de *sa substance*. Premièrement, à cause de *sa qualité*, en *desséchant* les lèvres de la plaie. Secondement, par *sa substance*, quand il pénètre dans la cavité de la plaie.... car.... de l'humidité qui résude d'une lèvre de

(1) *Physiologie*, t. VIII, p. 294.

(2) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1854 ; et Parmentier, *Thèses de Paris*, 1854.

plaie, et de celle qui résude de l'autre.... il se fait une due union et consolidation.... Mais quand l'air est enclos et fermé dedans les lèvres et cavité de la plaie, ces humidités ne se peuvent agglutiner, elles demeurent dedans la cavité de la plaie, en laquelle l'air est retenu, et ne sont plus sous le gouvernement de nature, et par conséquent elles *se pourrissent* et sont converties en sanie. »

N'est-ce pas une des explications qu'on vous a données de l'action de l'air sur les plaies, lorsqu'on vous a parlé, toujours dans la *démonstration rationnelle* de la doctrine, de *putréfaction* par l'action de l'air sur le contenu des plaies, comme d'une des causes essentielles de la suppuration? (*Bull.*, p. 389.)

Mais, dit-on, sans le contact de l'air, les plaies ne s'enflammeraient pas du tout, et par suite guériraient sans suppurer. La preuve, c'est que les plaies sous-cutanées, qui ne sont point en contact avec l'air, ne suppurent pas; c'est que, lorsqu'elles suppurent, cela n'arrive que parce que l'air *pénètre librement* dans leur intérieur; c'est, enfin, que la suppuration des plaies est en rapport avec l'intensité de sa cause, c'est-à-dire de l'action de l'air. On conclut que l'air est l'*agent* de la suppuration des plaies; d'où il résulterait que toute la différence des plaies suppurantes et non suppurantes proviendrait de la présence et de l'absence de ce fluide.

Ces arguments semblent péremptoires; prenons-les un à un.

M. Guérin me permettra de lui signaler, à cette occasion, une petite omission : « Comment, dit-il, prouvait-on naguère que le contact de l'air était l'agent de la suppuration? En montrant que toutes les plaies exposées suppurent. » (*Bull.*, p. 384.) Il faut ajouter : « Et que les plaies non exposées ne suppurent pas. » Car, quoi qu'on puisse dire, ce n'est pas la doctrine de 1839 qui a trouvé ce second fait; avant elle on avait, selon ses expressions, « reproduit expérimentalement les deux faits, » et l'on s'appuyait sur l'un et l'autre pour *démontrer* l'action de l'air sur les plaies.

Mais cette démonstration était-elle suffisante? Si elle l'était, on se demande comment un esprit aussi élevé que celui de Hunter n'en a pas été frappé; car lui aussi connaissait ce second fait, qui, depuis 1839, « *a doté la théorie d'une démonstration directe.* »

Et pourtant, Hunter répond à ceux qui voient dans le contact de l'air la cause de la suppuration des plaies : « L'air n'exerce certainement pas une telle influence, car le même stimulus naîtrait d'une plaie, *même dans le vide.* » (*OEuvres*, t. 1er, p. 464.)

M. Guérin fait peu d'honneur au génie de Hunter, en lui attribuant uniquement une explication « qui n'explique rien. » Il y a bien autre chose dans le texte de ce grand penseur.

M. Renault reprochait l'autre jour à la discussion d'avoir dévié dès le principe; il fallait s'occuper d'abord de l'influence de l'air sur les plaies; car, dit notre savant collègue, « la méthode sous-cutanée n'est que l'application des conséquences de cette influence de l'air. Si l'air n'avait pas d'influence fâcheuse, la méthode sous-cutanée n'avait pas de raison d'être. » J'en demande pardon à M. Renault, dont nul plus que moi ne prise les connaissances profondes; mais je suis obligé de dire qu'ici il s'est mépris.

La méthode sous-cutanée a sa raison d'être, quelle que soit l'influence de l'air sur les plaies. Une plaie sous-cutanée diffère d'une plaie exposée par deux circonstances, et non par une seule. Ces deux circonstances sont : 1° l'absence de l'air dans un cas, sa présence dans l'autre; 2° le contact de parties vivantes dans le premier cas, leur séparation dans le second. Et qu'on ne vienne pas équivoquer sur le mot *contact;* il ne s'agit pas seulement du contact des parties divisées qui produit l'*adhésion immédiate*, mais aussi du contact d'autres tissus vivants avec les parties divisées, malgré l'écartement de ces dernières.

Puisque dans toutes vos expériences comme dans celles qui les avaient devancées, les deux conditions que je viens d'indiquer se sont montrées inséparables, quelle raison avez-vous d'attribuer les résultats à l'une plutôt qu'à l'autre? Vous dites que c'est l'influence de l'air qui fait tout. Si je vous disais que c'est l'influence du contact qui fait tout, qu'auriez-vous à répondre? Vous fondez la méthode sous-cutanée sur l'influence de l'air; si je la fondais sur le contact, en serait-elle moins la méthode sous-cutanée?

Or, l'influence du contact dans tous les genres de plaie, voilà ce que Hunter avait vu. (M. Bouvier appuie cette assertion en citant plusieurs passages des *OEuvres* de Hunter.)

En réalité donc, la première preuve qu'on a donnée de l'influence de l'air dans la suppuration des plaies exposées, à savoir, la non suppuration des plaies qui ne sont point en contact avec l'air, est une preuve insuffisante, parce qu'en même temps ces plaies sont en contact avec des parties vivantes, et qu'on n'a point séparé par l'analyse expérimentale ces deux genres d'influence.

Passons à cet autre argument :

Quand les plaies sous-cutanées suppurent, c'est parce que l'air *pénètre librement* dans leur intérieur.

M. Guérin a vu très-peu de suppurations ténotomiques; sur des milliers d'opérations, il affirme n'avoir *jamais* vu de tendon suppurer. Il avoue la suppuration de deux muscles; mais c'étaient des muscles, ce qui est *bien différent.* D'un autre côté, notre collègue a peu su ce qui s'était passé dans les cas de suppuration observés par d'autres; il vous l'a dit lui-même, il a été *pris un peu au dépourvu* pour citer ces cas (*Bull. de l'Acad.*, t. XXII, p. 475). Cet aveu est précieux; il montre que la Doctrine a assigné une cause à ces faits, sans les connaître.

L'argument que j'examine n'a donc pour base qu'une suppuration. Or, si je consulte les faits, je les trouve contraires à cette supposition. Il est extrêmement rare, daprès l'analyse de ces faits, que l'introduction de l'air précède l'inflammation et la suppuration, qu'elle soit la *cause* de ces accidents quand ils surviennent après la myotomie. Déjà M. Malgaigne a fait voir, par l'examen des cas cités dans la discussion, l'inanité de cette explication, qui ne s'applique à aucun d'eux. Même quand l'air entre, ce n'est pas toujours une preuve qu'il a produit l'inflammation. C'est souvent bien plutôt parce que la plaie s'enflamme et reste béante, que l'air s'y introduit.

Après avoir montré l'insuffisance ou le peu de valeur des deux premiers arguments, m'arrêterai-je au troisième, fondé sur ce que « l'étendue et la fréquence de la suppuration seraient en rapport avec la somme et la durée d'action de l'air? » (*Bull.*, t. XXII, p. 393.) Ce que cette proposition peut renfermer de vrai appartient à des faits d'un autre ordre, que j'ai déjà indiqués et que je vous demande la permission de rappeler une seconde fois.

L'inflammation, ai-je dit, est une cause de suppuration dans les plaies, comme elle en est une non moins évidente dans les cavités closes, dans le tissu cellulaire, dans les parenchymes, hors de tout contact de l'air. Or, l'irritation de ce contact dans les plaies, l'altération des liquides organiques, quand ils croupissent au contact de l'air, comme dans l'intéressante communication de M. Renault, sont des causes manifestes d'inflammation, et par suite peuvent être des causes de suppuration, mais évidemment des causes indirectes, comme toutes les irritations si variées, capables de produire un effet semblable.

On comprend que, dans ce cas, la suppuration puisse se trouver en rapport d'intensité avec la cause qui l'a produite.

Si je ne me trompe, il suit de toutes ces considérations que la doctrine de 1839 n'a fourni ni *une démonstration rationnelle*, ni *une démonstration expérimentale* du fait qu'elle avance, à savoir, que *le contact permanent de l'air est l'agent direct de la suppuration* des plaies. (*Bull.*, t. XXII, p. 384.)

Cette proposition reste ce qu'elle était auparavant, une assertion, une opinion controversable.

A l'aide de certaines méthodes, on a réduit à son plus faible degré l'inflammation des plaies; on a diminué la douleur; la réunion immédiate a été plus facile; la suppuration a été moindre, mais elle a eu lieu dans toutes les parties *exposées.* Tel a été, par exemple, l'effet du pansement *par occlusion* de notre estimable confrère, M. Chassaignac.

On a cherché à favoriser, d'après l'idée et la pratique de Hunter, la formation des croûtes qui mettent la plaie à l'abri du contact de l'air. Le pus s'est formé malgré cet abri, toutes les fois que la lésion pénétrait au delà du derme; on n'a pu qu'abréger la durée de la suppuration, quand elle tirait à sa fin.

On a fait plus; on a submergé les plaies pour les mieux soustraire à l'action de l'air. M. le professeur Langenbeck, successeur de Dieffenbach à la Clinique chirurgicale de Berlin, a adopté ce mode de pansement dans toute une série d'opérations. Il a rendu compte des résultats dans la *Clinique allemande* (15 septembre 1855), où l'on voit la figure de l'appareil mis en usage. De nouvelles observations sur cette méthode ont été publiées depuis dans le même journal (numéros des 13 octobre 1855 et 4 octobre 1856). Dans tous ces cas, soulagement des malades, inflammation peu intense, accidents d'infection purulente prévenus ou conjurés, réunion immédiate favorisée; mais, comme à l'ordinaire, formation de granulations et de pns sur les parties exposées.

Est-ce le contact de l'air atmosphérique qui a fait ici le pus? ou l'eau a-t-elle donc les mêmes propriétés que l'air?

Mais c'était de l'eau aérée! Prenez de l'huile, soit; je crois pouvoir prédire que vous aurez encore des granulations et du pus, *chez l'homme;* car, que l'on y prenne garde, les animaux ne ressemblent pas tout à fait à l'homme sous ce rapport; souvenez-vous des cabiais de M. Lebert; Gueterbock n'a-t-il pas mis des sétons à des lapins, sans pouvoir obtenir de pus? (1)

Et avec les gaz, il y a peut-être quelque chose à faire. Sans doute, Beddoes (2) a déjà constaté, il y a bien des années, que les effets ordinaires du contact de l'air sur les plaies, la douleur, l'inflammation, sont considérablement augmentés quand on substitue à l'air de l'oxygène pur, et qu'ils diminuent proportionnellement, si on le remplace par des gaz inertes, comme l'azote, l'acide carbonique, l'hydrogène. Personne n'ignore les effets d'anesthésie locale obtenus dernièrement par le contact de l'acide carbonique avec les surfaces ulcérées.

Mettez donc les plaies dans l'acide carbonique, dans l'hydrogène; la douleur, l'inflammation, seront amoindries; empêcherez-vous les granulations et la formation du pus? Je suis disposé à présumer le contraire, lorsqu'il s'agira de l'homme. Même sur les animaux, l'expérimentation n'a pas encore prononcé. MM. Dechambre et Marc Sée n'ont pas trouvé de pus au bout de quelques jours; mais la suppuration pouvait n'être que retardée, et malheureusement les animaux n'ont pas assez vécu pour que la cicatrisation fût au moins avancée.

Une circonstance fortifie mes doutes. La doctrine de 1839 s'est occupée des mêmes expériences; elle y travaille, dit-elle, depuis 1840. Elle n'a *pas encore* de résultats assez complets pour les faire connaître. (*Bull. de l'Acad.*, t. XXII.) En dix-sept ans! cela montre bien la difficulté de produire ici des résultats conformes à la doctrine; pour moi, c'est presque une preuve suffisante d'impossibilité.

Au reste, s'il faut encore dix-sept ans pour *compléter* la preuve du contraire, je m'estimerai heureux d'être là pour m'en dédire.

Mais enfin, dira-t-on, il y a une cause à cette suppuration des plaies; si ce n'est pas le contact de l'air, qu'est-ce? L'inflammation, l'existence de la pseudo-membrane sécrétante, causes l'une et l'autre de la formation du pus? de quoi dépendent-elles elles-mêmes?

L'inflammation dépend certainement, en partie, du contact de corps autres que les tissus vivants, pour peu surtout que ces corps soient irritants; mais ce n'est pas sa seule cause. L'action immédiate de l'instrument vulnérant, l'état de séparation, d'interruption dans lequel il a laissé les parties qu'il a divisées, sont par elles-mêmes des causes d'irritation; de là la *réaction traumatique* locale et l'inflammation qui la suit, ou ce qu'on a appelé l'état de *traumatisme*.

On demande encore pourquoi il se produit une membrane des bourgeons charnus.

Mais n'y a-t-il pas, au-dessus et en dehors de ces petites influences de la diversité des contacts extérieurs, une grande loi qui préside à toute production de matière vivante? Est-ce que la cicatrice n'est pas un tégument qui repousse, comme un membre repousse, quand on l'a retranché à un animal inférieur? Vous demandez pourquoi la membrane rudimentaire de cette cicatrice se forme. Demandez donc pourquoi, dans une expérience fameuse de Spallanzani, la salamandre pousse ses quatre membres, avec leurs quatre-vingt-dix-huit os, après qu'on les lui a coupés. Est-ce le contact de l'air qui fait cela? « Un bourgeon charnu, dit Burdach (1), est l'analogue du petit tubercule, premier rudiment de la régénération des membres dans les animaux inférieurs. » C'est qu'en effet, l'un et l'autre sont également le produit de ce grand acte de la nutrition réparatrice, étroitement lié à l'essence même de l'organisation et de la vie dans les êtres qui en sont doués.

J'ai encore un point à examiner dans les doctrines de la méthode stromeyerienne. L'inflammation joue-t-elle un rôle dans la réparation des plaies sous-cutanées? Ces plaies sont-elles même le siége d'une inflammation quelconque? A ces deux questions, la doctrine de 1839 répond: non, dans certaines conditions. De mon côté, j'ai répondu: oui; et M. Malgaigne a exprimé la même opinion. Voyons le pour et le contre de ces assertions contraires.

En dehors de cette Académie, un écrivain, non moins profond que spirituel, se félicitait dernièrement de tomber d'accord avec M. Guérin, au moins sur un point, sur le rôle nul de l'inflammation dans la réunion immédiate des plaies. L'accord n'est pas précisément tel que l'a cru notre savant confrère, M. Broca. (*Monit. des Hôp.* du 5 mars 1857.) Ce n'est pas tout à fait sa faute, il est vrai; la Doctrine vous a dit qu'elle n'avait *jamais varié;* vous allez en juger.

[Suivent des citations de la *Gazette médicale*.]

(1) Article Pus du *Dict. de méd.* en 30 volumes.

(2) *OEuvres* de Hunter, t. III, p. 451, *note* de M. Palmer.

(1) *Physiologie*, trad. par Jourdan, t. VIII, p. 295.

Il résulte du rapprochement de ces textes, qu'en 1840, suivant l'auteur du mémoire du 17 février, tout le monde savait depuis longtemps qu'il n'y avait pas d'inflammation, qu'il se formait une substance intermédiaire, après la section du tendon d'Achille. En 1855, tout le monde n'avait cherché, en coupant les tendons sous la peau, qu'à obtenir une *inflammation* faible. En 1857, tout le monde n'avait jamais pensé, dans la section des tendons, qu'à obtenir la réunion immédiate par *l'inflammation adhésive* de Hunter. En 1855, on s'était jusque-là *peu préoccupé* de la *réunion normale des bouts* du tendon. En 1857, tout le monde n'avait jusqu'alors vu d'autre indication que de *remettre en contact les deux bouts*.

Et voilà comme on écrit l'histoire! mais cela touche encore assez peu au fond même de la doctrine, passons. Je continue les citations:

(M. Bouvier cite d'autres passages de la *Gazette médicale*.)

On peut résumer ainsi ces nouveaux textes: en 1840, *organisation immédiate*, analogue à *l'adhésion immédiate*, et *sans inflammation*, pour toutes les plaies sous-cutanées, quel que soit leur auteur. En 1857, *organisation immédiate*, bien différente de *l'adhésion immédiate*, et également sans inflammation, pour les plaies sous-cutanées de la doctrine; *réunion immédiate par inflammation adhésive*, pour les autres.

Il n'est pas surprenant que M. Broca ait eu quelque peine à se reconnaître au milieu de tout cela; qu'il ait cru ses idées plus rapprochées de celles de M. Guérin qu'elles ne l'étaient réellement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Jeudi 9 avril, un banquet a été offert au docteur DUPRÉ, professeur particulier d'anatomie, dans les salons de Douix, au Palais-Royal.

Plus de cinquante élèves ou docteurs étaient venus fêter leur maître bien-aimé, et les toasts portés par MM. Barré et Fortin et par le docteur Calvo, ont été accueillis avec un véritable enthousiasme. En un mot, l'ovation a été digne de celui à qui elle s'adressait.

Cours public d'accouchements. — M. le docteur MATTEI commencera ce cours le 23 avril, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique de la Faculté, et le continuera à la même heure les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

Il développera dans ce cours:

1° Les conditions qui précèdent ou accompagnent la maternité et qui ont une grande influence sur cette fonction;

2° Toutes les questions qui peuvent intéresser la grossesse (anatomie, physiologie, pathologie, thérapeutique, hygiène, médecine légale);

3° L'accouchement physiologique obtenu par les seuls efforts de la nature ou à l'aide des ressources de l'art.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 45. 5e ANNÉE. Mardi 14 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE MENTALE CLINIQUE.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.—SERVICE DE M. BAILLARGER.

Exemple de contagion d'un délire monomaniaque.

Monomanie héréditaire chez une femme.— Six mois après, son mari, qui a continué à vivre avec elle, est en proie au même délire; il entre à Bicêtre. — Un an après, la femme est placée à la Salpêtrière.

Marie-Sophie L...., âgée de 51 ans, est atteinte d'une monomanie de persécutions. C'est il y a deux ans, à son époque critique, que les premiers symptômes de l'affection se manifestèrent. — Une société de physiciens et de magnétiseurs s'attacha, dit-elle, à la poursuivre; elle changea de logement, mais ne fut pas moins persécutée: depuis lors, elle a été *empoisonnée, lardée, turbatée* de toutes les manières, et sans le lait qu'elle a bu, elle serait morte vingt fois. Retirée dans sa chambre, elle était insultée par des femmes qui entraient chez elle, bien que la porte fût fermée à double tour. A l'hôpital, elle a revu les mêmes femmes; elles viennent la nuit comme des fantômes pour l'étrangler dans son lit. Sous le plancher de sa chambre, elle entendait comme de gros bouillonnements; elle éprouvait des secousses dans tout le corps, et était forcée de se retenir aux meubles, de serrer ses vêtements autour d'elle pour ne pas être enlevée.

Elle *est poursuivie par des idées de malpropreté;* à travers les trous des serrures, les fentes des murailles, on lui soufflait de mauvaises odeurs. Dans sa chambre, il s'est passé des choses fort extraordinaires, on contrefaisait les messes; dans l'appartement situé au-dessous du sien, elle a entrevu des actes obscènes. De sa cheminée, de son tuyau de poêle, elle a vu sortir des espèces d'animaux.....

Et tout en racontant ses hallucinations, elle semble encore en avoir: elle lève les yeux au plafond, les abaisse vers le sol, tourne la tête de côté et d'autre, comme si elle entendait encore parler autour d'elle. Elle se plaint, d'ailleurs, d'être enfermée, ne sait pourquoi on l'a amenée à l'hospice; elle s'étonne et s'irrite des questions qu'on lui adresse: « si elle disait tout ce qu'elle sait, bien des gens seraient compromis, mais le juge de paix du IVe arrondissement racontera toute son histoire, etc. »

Il y a donc, chez la femme L...., une monomanie de persécu-

DÉLASSEMENTS.

Autrefois et aujourd'hui. — Un acte de brigandage en médecine. — La methode sous-cutanée. — Le bout de l'oreille. — Le billet de banque, fable.

Allons, ma Tisiphone, il faut que ta lanière
S'agite dans les airs en guise de bannière;
Que ton puissant larynx de ses cris éclatants
Proclame enfin le jour de guerre aux charlatans,
A ces célébrités de haut et bas étage,
Important dans notre art l'impur agiotage,
Et qui, pour étaler un luxe suborneur,
Encensent la fortune aux dépens de l'honneur.
Surtout répète au loin que le charlatanisme
Ne se confine pas chez ceux dont le cynisme,
Tout révoltant qu'il soit, n'a pourtant confié
Qu'aux murs vespasiens un rob dulcifié;
Que les forbans de l'art ce sont ces fiers confrères,
Parasites vivant de talents arbitraires,
Qu'une intrigue de cours ou de certains couvents
Affubla tout à coup du titre de savants,
Alors que chaque jour leur notable ignorance
Ou leur amour du gain exploite une souffrance;
Alors que maints d'entre eux, sous des airs financiers,
A chaque pas qu'ils font heurtent des créanciers.
Prends donc ton large essor, va remplir ton message,
Sans crainte des clameurs accueillant ton passage,
Et jette avec dédain pour riposte aux affronts
Un de ces coups de fouet qui se gravent aux fronts.

En vérité, à voir ce qui se passe au milieu de nous, ne croirait-on pas que ces vers, écrits et publiés par moi il y a une quinzaine d'années, sont d'aujourd'hui et s'appliquent aux hommes du moment? Que dis-je? Nous avons depuis lors largement progressé dans le mal, et pour peu que cela continue, le domaine de la science, où déjà tant d'intrus s'en vont impunément en fourrageurs, ne sera bientôt plus qu'une lice où prévaudront toutes les turpitudes de l'époque. On en jugera par le fait suivant:

Un de ces faiseurs diplômés et enrubanés qui jettent l'amorce de leurs affiches dans tous les carrefours de Paris et de la banlieue, avait attiré dans ses filets-annonces une jeune femme de chambre servant aux environs de Versailles. Depuis quelque temps, la belle fille avait

tions, avec hallucinations de plusieurs sens; comme étiologie, il faut noter une influence héréditaire : sa mère, à l'âge critique, a été atteinte de la même affection.

Quelques jours après l'entrée de la femme L...., son mari se présenta pour donner des renseignements. Ce ne fut pas sans un vif étonnement que l'on reconnut en lui l'existence d'un délire en tout semblable : il croit aux mauvais traitements dont se plaint sa femme; il se croit lui-même poursuivi; il a aussi des hallucinations, et en parle même avec plus de détails et de précision. Voici du reste ce qu'il raconte :

Sa femme a perdu la tête depuis deux ans, à la suite de persécutions exercées sur elle. Pendant six mois il a refusé d'ajouter foi à ce qu'elle lui disait, sans cependant la regarder comme folle, car il sait bien qu'*avec l'électricité on peut donner au loin des contusions.* Il a été forcé de la croire, quand il a ressenti les mêmes effets. Des magnétiseurs se sont emparés de sa femme, l'ont menée chez un herboriste, l'ont endormie et ont alors commis sur elle des obscénités. Rue de la Monnaie (où ils ont demeuré) il y a un télégraphe électrique, avec lequel on peut atteindre au loin les personnes. Plusieurs fois, en rentrant chez lui, il a trouvé sa femme ainsi endormie par l'électricité, et il n'y avait personne dans la chambre. Lui-même il a reçu des contusions magnétiques : assis sur une chaise, occupé à travailler, il s'est senti frapper et enlever de sa place. Depuis que sa femme est à l'hospice, les persécutions ont augmenté : on lui fait tourner la tête par des doubles vues, aussi n'ose-t-il plus sortir de sa chambre ni même de son lit. Il a entendu dire qu'avec du gaz acide carbonique on peut retirer toute l'énergie d'une personne; c'est encore une expérience qu'on a faite sur eux. Il n'a jamais rien vu d'extraordinaire autour de lui, mais il sent parfois de très-mauvaises odeurs. Des voix inconnues lui parlent pendant la nuit : l'une d'elles lui a dit une fois que depuis onze ans il était condamné à mort, il ne sait pour quel motif. — Il entend rouler des boules au-dessus de sa tête; il entend monter et descendre dans son escalier, et ce ne sont pas des voisins, ce sont des affiliés. — ....

Cet homme raconte lui-même qu'à un moment il fut agité et conduit à Bicêtre : il en est sorti après vingt-huit jours, beaucoup plus calme, mais nullement guéri. *On les enfermerait pendant vingt ans, ajoute-t-il, on ne les guérirait jamais, ni lui ni sa femme, car on ne leur ôtera jamais l'idée qu'ils sont réellement poursuivis par des magnétiseurs.* — Il convient que ces persécutions ont pu leur déranger l'esprit; il ne nie pas d'une manière absolue sa maladie, ni celle de sa femme, mais il ne la voit que dans un certain embarras d'idées, et nullement dans les conceptions délirantes dont nous avons parlé.

Dans une des dernières séances de la Société médico-psychologique, plusieurs faits de ce genre ont été rapportés. Le plus curieux est celui qu'a observé M. Ferrus, d'une famille entière dont tous les membres, au nombre de sept, furent renfermés ensemble dans l'asile de Saint-Dizier. Les exemples de contagion sont assez rares et ne s'expliquent que par une prédisposition toute spéciale. Tel est le cas du mari de la femme L...., il suffit de le voir et de causer un instant avec lui pour deviner qu'il a toujours eu l'intelligence très-faible, tandis que sa femme paraît, au contraire, fort intelligente. Quoi qu'on ait pu en penser, il est même très-rare de voir, dans les asiles d'aliénés, les personnes employées au service des malades, être atteintes elles-mêmes d'aliénation, et quand cela arrive, on trouve l'explication de la maladie dans des causes tout autres que la contagion.

Depuis quelques années, dans le service de M. Trélat, à la Salpêtrière, une surveillante et trois sous-surveillantes ont perdu la tête. Mais l'une était fille d'aliénés, une autre avait des aliénés dans sa famille, les deux dernières avaient déjà eu, antérieurement à leur entrée dans l'hospice, des accès de folie.

Ces faits ont été rapportés par le docteur Trélat lui-même, dans les *Annales médico-psychologiques* de 1856.

PHYSIOLOGIE.

Sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie,

Par M. Cl. Bernard.

(*Lu à l'Académie des Sciences du* 23 *mars* 1857.)

Dans la séance du 24 septembre 1855 (*voir* le *Monit. des Hôp.* du 3 octobre 1855), j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie un premier travail *sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie.* Dans cette communication, je signalais des résultats qui me semblaient incompatibles avec les diverses théories chimiques émises jusqu'alors pour expliquer cette singulière production de matière sucrée dans un organisme animal. Ces expériences m'avaient fait envisager le mécanisme de la fonction glycogénique du foie sous un point de vue nouveau, et elles m'avaient conduit à penser, contrairement aux opinions précédemment rappelées, que le sucre ne se forme

---

vu avec effroi un affreux lipôme se jucher sur sa blanche épaule et y prendre de jour en jour les allures d'un envahisseur. Voulant se débarrasser à tout prix de cet hôte de plus en plus incommode, Mlle W.... fut prendre conseil du médecin qui avait la confiance de ses maîtres. Celui-ci, après un scrupuleux examen, ne vit rien de mieux à faire que d'en pratiquer l'extirpation, et la consultante avait pris jour pour ce faire, lorsque, dans l'intervalle, elle aperçut sur les murs d'une ruelle une vaste affiche annonçant la GUÉRISON RADICALE *des loupes, lipômes et autres tumeurs analogues,* SANS OPÉRATION SANGLANTE.

Rentrée chez elle avec le cœur plein de joie d'une pareille découverte, elle se hâta d'écrire à l'inventeur, qui se rendit incontinent auprès d'elle et la soumit à son fameux traitement. Un à deux mois s'écoulèrent ainsi, sans que les divers caustiques, appliqués tous les deux jours, eussent l'air d'avoir la moindre prise sur le lipôme, qui, attaqué d'un côté, prenait pied de l'autre; si bien que, fatiguée de cette interminable lutte, la patiente manifesta la volonté d'avoir, en pareille occurrence, l'avis de M. Nélaton. — Qu'à cela ne tienne, lui répondit l'Esculape-afficheur, ce professeur est un de mes amis, j'irai le voir et je vous l'amènerai; je suis certain qu'il sera fort satisfait de la circonstance pour connaître comment j'opère. En effet, deux jours après, il arrivait avec le confrère désiré. La consultation ne fut pas longue; ce dernier, étonné, ébahi des effets surprenants du nouveau procédé, félicita hautement la malade d'être tombée dans des mains si habiles, approuva tout, reçut ses honoraires et partit en se promettant de ne plus faire désormais, même l'amputation des membres, que de cette si simple et ingénieuse façon. Cependant, la guérison n'avançant d'aucune manière, la demoiselle W.... se décide à se rendre auprès du savant professeur, pour lui témoigner *de visu* que ses prévisions étaient loin de s'être réalisées. Son tour de réception venu, quelle n'est pas sa surprise de se trouver en face d'un médecin dont la figure lui était complétement étrangère!

— Pardon! fit-elle avec embarras à l'invitation qui lui était adressée de s'asseoir, j'aurais voulu parler à M. Nélaton.

— Eh bien! madame, veuillez me dire ce qui vous amène chez moi.

— Mais je n'ai pas l'honneur de vous avoir jamais vu.

— Je ne crois pas non plus avoir eu cet avantage.

— Vous m'excuserez donc, monsieur, de vous dire la vérité. La confiance, vous le savez, ne se commande pas; or, M. le professeur Nélaton m'ayant donné déjà ses soins, je tiens nécessairement à les continuer.

— Je m'y perds, madame; y a-t-il longtemps de cela?

— Six mois environ. Il a même eu l'obligeance de venir me voir

pas d'*emblée* dans le tissu hépatique, par le dédoublement direct de tel ou tel élément du sang, mais qu'il s'y trouve constamment précédé par la création d'une matière spéciale capable de lui donner ensuite naissance par une sorte de fermentation secondaire. J'ajoutais, en terminant, que pour faire faire de nouveaux progrès à la question glycogénique, il fallait absolument parvenir à isoler cette matière hépatique préexistante au sucre, afin d'étudier ses caractères et de déterminer son rôle physiologico-chimique.

Toutes les vues que j'ai émises dans mon premier travail ont été pleinement vérifiées par l'expérience, et ma communication d'aujourd'hui a pour objet d'annoncer l'existence positive et l'isolement de la matière glycogène qui préexiste au sucre, à laquelle il deviendra très-facile, comme on va le voir, d'assigner son rôle dans le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie.

Il était évident, d'après les faits contenus dans mon précédent mémoire, que la matière glycogène créée par le foie à l'état physiologique pendant la vie, est susceptible de se changer en sucre, uniquement à l'aide d'un ferment et indépendamment de l'influence vitale. L'expérience du foie lavé qui se charge de nouveau de matière sucrée en était la preuve.

Toute la difficulté consistait donc à séparer la matière en question du tissu du foie et à l'isoler du ferment qui l'accompagne. Je ne rapporterai pas tous les tâtonnements par lesquels j'ai successivement passé pour parvenir à ce résultat, parce que la connaissance de ces hésitations devient inutile et même désagréable à l'esprit, dès que la question a été éclairée et simplifiée. Je dirai seulement qu'en voyant la cuisson arrêter la formation d'une nouvelle quantité de sucre dans le foie lavé, j'étais demeuré pendant très-longtemps dans cette croyance fausse que la matière glycogène devait être une substance albuminoïde, altérable par la chaleur, tandis que ce n'était, en réalité, que le ferment seul qui se trouvait détruit par la coction ; c'est ce dont je me suis assuré ultérieurement en faisant fermenter du foie lavé cuit, à l'aide du ferment emprunté à du tissu hépatique frais.

Dès lors, il me fut prouvé que la matière glycogène hépatique avait la faculté de se dissoudre dans l'eau bouillante et qu'elle pouvait être ainsi séparée de son ferment, qui restait coagulé avec les autres matières albuminoïdes du foie ; le procédé d'extraction se trouva ainsi tout tracé (1).

On pourrait, sans aucun doute, imaginer, pour extraire la matière glycogène du foie, une foule de moyens qui offriraient des avantages variés. Je me bornerai à indiquer le procédé auquel je me suis arrêté.

On prend le foie encore chaud et saignant chez l'animal bien nourri et bien portant, aussitôt après qu'il a été sacrifié. On peut employer le foie d'un animal quelconque, soumis aux alimentations les plus diverses. Mais pour simplifier la question sur ce point, je dirai qu'il ne s'agit ici que d'expériences faites avec des foies de chiens nourris exclusivement avec de la viande. On divise le tissu du foie en lanières très-minces, qu'on jette aussitôt dans de l'eau maintenue constamment bouillante, afin que le tissu de l'organe soit subitement coagulé et que la matière glycogène qui se trouve en contact avec son ferment n'ait pas le temps de se changer en sucre, sous l'influence d'une température qui s'élèverait trop lentement. On broie ensuite les morceaux de foie coagulé dans un mortier, puis on laisse cette espèce de bouillie hépatique cuire pendant environ trois quarts d'heure ou une heure, dans une quantité d'eau suffisante seulement pour baigner le tissu, afin d'obtenir de cette façon, dans la décoction concentrée, une plus grande quantité de la matière susceptible de se changer en sucre. On exprime ensuite dans un linge ou sous une presse le tissu du foie cuit, et on jette sur un filtre le liquide de décoction, qui passe avec une teinte opaline. Ce liquide est aussitôt additionné de quatre ou cinq fois son volume d'alcool à 38 ou 40 degrés, et on voit se former sous son influence un précipité abondant floconneux, d'un blanc jaunâtre ou laiteux, qui est constitué par la matière glycogène elle-même, retenant encore du sucre, de la bile et d'autres produits azotés indéterminés. Tout le précipité, recueilli sur un filtre, est alors lavé plusieurs fois à l'alcool, de manière à le dépouiller le plus possible du sucre et des matériaux biliaires solubles. A cet état, ce précipité desséché revêt l'apparence d'une substance grisâtre, quelquefois comme gommeuse, à laquelle on pourrait donner le nom de *matière glycogène brute*. Elle possède la propriété de se redissoudre dans l'eau, à laquelle elle communique toujours une teinte fortement opaline et d'où elle est entièrement précipitable par l'alcool (1) concentré.

Pour purifier cette matière glycogène et la débarrasser des

(1) On pourrait peut-être interpréter les choses autrement en admettant que la matière glycogène extraite par l'eau bouillante ou même froide ne serait pas la matière primitive elle-même, mais résulterait déjà de sa transformation. Cette interprétation, qui me paraît moins probable, ne modifierait d'ailleurs en rien la signification générale de mes expériences au point de vue physiologique.

(1) La dissolution aqueuse de cette matière glycogène brute et avant d'avoir été traitée par la potasse, se colore par l'iode, ne réduit pas les sels de cuivre dissous dans la potasse, ne fermente pas avec la levûre de bière. Cependant, abandonnée pendant longtemps à elle-même, cette substance m'a paru, dans quelques cas, pouvoir se changer partiellement en sucre; c'est sans doute quand elle reste mêlée encore à des matières étrangères.

---

aux environs de Versailles ; mais comme de pareilles visites sont trop onéreuses pour qui sert chez les autres, j'ai obtenu de mes maîtres la permission de me rendre de temps à autre à ses consultations, où je croyais être en venant ici.

De plus en plus étonné de ce dire, le savant professeur prolongea l'entretien, et il en ressortit que le célèbre inventeur avait, ni plus ni moins, présenté sous le couvert d'un grand nom scientifique celui qui lui sert de compère.

O Baglivi ! que n'ai-je ta plume pour flétrir, comme il le mérite, un pareil acte de brigandage en médecine !

A propos de la méthode sous-cutanée :

Je ne sais point le but de ces dissensions ;
Que sert à la science une lutte ennemie
Qui produit au grand jour de telles passions,
Et tend à diviser même l'Académie ?
Disait, le cœur rempli d'amertume, un savant.
Quoi ! cela te surprend ? reprit un sien collègue.
Mon cher, ne voit-on pas chez nous, le plus souvent,
Un confrère nier le fait qu'un autre allègue.
Est-ce vraiment pour rien que l'on fit ce dicton :
Hippocrate dit oui, mais Galien dit non.
Seulement le progrès veut que, sans crainte aucune,
On puisse de nos temps donner un libre cours
A l'animosité d'une vieille rancune,
Et qu'au lieu d'une épée, on manie un discours.

L'honorable professeur X...., après avoir lu le petit récit que nous avons fait de l'acte sans exemple de ladrerie commis par un spécialiste, demandait à un confrère : Qui diable est ce gaillard-là ?

— Comment, vous ne devinez point ? dit ce dernier.

— Il eut fallu pour cela nous montrer au moins un bout de ses *oreilles*.

— C'est juste ; car c'est d'elles qu'il tient toute sa splendeur.

FABLE.

Certain billet de banque, orgueilleux de son titre,
Avec des airs de matador,
Regardait une pièce d'or
Placée auprès de lui sur le même pupitre.
Comment, chétif écu, te mettre à mon côté ?
Disait-il au sterling d'un ton d'impertinence ;
Ignores-tu le taux auquel je suis coté

matières azotées, ainsi que des moindres traces de glycose qu'elle aurait pu encore retenir, on la fait bouillir dans une dissolution de potasse caustique très-concentrée pendant un quart d'heure ou une demi-heure, opération qui ne l'altère pas et n'en change pas les propriétés fondamentales, puis on filtre en ajoutant un peu d'eau, et toute la dissolution est précipitée de nouveau par l'addition de quatre ou cinq fois son volume d'alcool à 38 ou 40 degrés. Agitant alors avec une baguette de verre, la matière précipitée se divise, ayant d'abord une grande tendance à adhérer aux vases. Par des lavages répétés avec de grandes quantités d'alcool, on enlève autant que possible la potasse, la matière glycogène se présente alors sous forme d'une substance comme grenue, presque pulvérulente. Toutefois, cette matière ainsi préparée retient toujours avec elle une certaine quantité de carbonate de potasse, qu'on ne peut pas enlever par les simples lavages à l'alcool ; il faut, pour cela, redissoudre la matière dans l'eau, saturer le carbonate de potasse par l'acide acétique et traiter de nouveau par l'alcool, qui précipite la matière et la sépare de l'acétate de potasse, qui reste soluble dans la liqueur. La matière glycogène perd alors sa forme grenue pour revêtir l'aspect d'une substance blanche, très-finement tomenteuse lorsqu'elle est en suspension dans l'alcool, pulvérulente et comme farineuse quand elle est desséchée.

Ainsi préparée, cette matière hépatique glycogène possède un ensemble de caractères qui la rendent tout à fait analogue à de l'amidon hydraté ayant déjà subi un commencement d'altération. C'est une matière neutre, sans odeur, sans saveur, donnant sur la langue la sensation de l'amidon. Elle se dissout, ou peut-être plus exactement, se met en suspension dans l'eau, à laquelle elle communique une teinte fortement opaline. L'examen microscopique n'y montre rien de caractéristique. L'iode y développe une coloration qui peut varier en intensité, depuis le bleu violet foncé jusqu'au rouge marron clair; rarement la coloration est nettement bleue. Quand on chauffe jusqu'au rouge avec de la chaux sodée, cette matière hépathique ne dégage pas d'ammoniaque, ce qui indique qu'elle ne renferme pas d'azote (1). (La matière glycogène brute traitée de la même manière dégage très-nettement des vapeurs ammoniacales.) Elle ne réduit pas les sels de cuivre dissous dans la potasse, ne subit pas la fermentation alcoolique sous l'influence de la levûre de bière, est entièrement insoluble dans l'alcool fort et précipitable de sa solution aqueuse par le sous-acétate de plomb, le charbon animal, etc.

Mais la propriété de la matière hépatique qui nous intéresse le plus est celle qui est relative à son changement en sucre. C'est là que les analogies physiologiques de cette substance avec l'amidon hydraté se montrent dans tout leur jour. On voit, en effet, que toutes les influences, sans en excepter une, qui transforment l'amidon végétal en dextrine et en glycose, peuvent également changer la matière glycogène du foie en sucre, en passant par un intermédiaire analogue à celui de la dextrine. C'est ainsi que l'ébullition prolongée avec les acides minéraux étendus d'eau, l'action de la diastase végétale et celle de tous les ferments animaux analogues, tels que le suc ou le tissu pancréatique, la salive, le sang, etc., transforment très-facilement la matière glycogène en sucre. Au moment où cette transformation graduelle s'opère, la dissolution de la matière glycogène, d'opaline qu'elle était devient peu à peu transparente et perd en même temps la faculté d'être colorée par l'iode. Mais bientôt après et seulement quand le changement définitif en sucre a été effectué, la dissolution acquiert les propriétés de réduire les sels de cuivre dissous dans la potasse, de fermenter sous l'influence de la levûre de bière en donnant de l'alcool et de l'acide carbonique. J'ajouterai que l'action des ferments diastasiques opère cette transformation en sucre en quelques minutes, quand on a le soin de maintenir les liquides à une température voisine de celle du corps entre 35 et 45 degrés. La dissolution aqueuse de la matière glycogène hépatique ne se change pas spontanément en sucre ; elle ne s'altère que très-difficilement quand elle est abandonnée à elle-même, et résiste en partie à la putréfaction du tissu du foie cuit.

La torréfaction, l'action limitée des ferments et des acides minéraux changent la matière glycogène en un corps qui offre des caractères tout à fait semblables à ceux de la dextrine.

(1) Lorsqu'on broie le tissu du foie frais et qu'on coagule à froid la pulpe hépatique par une quantité suffisante d'alcool à 38 ou 40 degrés, on précipite la matière glycogène avec son ferment. Après avoir, par des lavages à l'alcool répétés, enlevé le sucre et fait sécher la matière qui se réduit à une sorte de poudre de tissu du foie si on la replace dans l'eau froide, on obtient une dissolution opaline qui contient la matière glycogène hépatique et son ferment. Ce qui le prouve, c'est que cette dissolution, abandonnée à elle-même, se charge de sucre très-rapidement. Quand la transformation en sucre est achevée, on peut précipiter par l'alcool le ferment qu'on sépare du sucre et qu'on obtient alors isolé. Mais quand on ajoute de l'alcool à la dissolution avant que le sucre apparaisse, on précipite la matière glycogène avec son ferment. Quand on fait bouillir la matière ainsi obtenue avec de la potasse caustique, il y a un dégagement évident d'ammoniaque qui provient de la destruction de la matière azotée du ferment mélangé à la matière glycogène.

Dans le monde de la finance?
Pardon ! fit celui-ci, je reconnais, milord,
Qu'en titre vous valez bien plus que ma personne;
Mais votre valeur n'est que celle qu'on vous donne,
Tandis que moi je suis et resterai de l'or.
A peine a-t-il parlé qu'une folle étincelle,
D'un bond s'échappant du foyer,
Pour mettre fin à la querelle,
S'élance sur le meuble et vient l'incendier.
Sous l'étreinte du feu tout brûle et se consume;
Le billet disparaît sans laisser de débris,
Alors que le sterling, en fondant, se résume
En un petit lingot qui vaut toujours son prix.

Le sort de ce billet, n'est-ce pas là l'histoire
De tel académicien,
Qui, dédaignant l'auteur d'une œuvre méritoire,
Après sa mort ne laisse rien.

Dr A.-L. Roux.

Nous empruntons au *Journal de médecine de Toulouse* l'anecdote suivante :

Les harengs et les haricots à l'huile contre le choléra. — Une influence typhoïque sévissait dans un petit village de Tarn-et-Garonne. Un serrurier tombe malade ; on envoie quérir le médecin du lieu ; il arrive, prescrit des médicaments et s'en va. Le lendemain, dans sa tournée, il entre chez le serrurier, il interroge la femme :

— Eh bien ! notre malade, comment va-t-il aujourd'hui?

— Ah ! monsieur, figurez vous qu'hier, pendant que je courais chercher les médicaments, mon pauvre homme a mangé deux harengs saurs et un plat d'haricots froids à l'huile !....

— Ah ! mon Dieu ! mais, alors, il est....

— Sauvé, monsieur le docteur !.... il est allé travailler, là-bas, en ville, et il se porte à merveille !

— C'est inouï, s'écria le docteur.... Quelle recette merveilleuse contre la fièvre typhoïde ! Ah ! ah ! si mes confrères se doutaient de la simplicité de ce remède ! Je vais en prendre note !.... et il écrit sur son calepin : Fièvre typhoïde. Remède éprouvé : deux harengs saurs, haricots froids à l'huile.

Deux jours après, un maçon tombe frappé d'une attaque de la même maladie.

— Mon ami, prenez immédiatement, dit le docteur, deux harengs saurs et un plat de haricots à l'huile... Je reviendrai demain.

Le lendemain le maçon était mort !

Et le docteur campagnard, profitant logiquement de sa méthode expérimentale, écrivit aussitôt sur son fameux calepin :

Fièvre typhoïde. Remède : harangs saurs, haricots ; — *Bon* pour les serruriers ; — *Mauvais* pour les maçons.

Cette substance est insoluble dans l'alcool concentré, se dissout dans l'eau en donnant une dissolution transparente, elle ne se colore plus sensiblement par l'iode, ne réduit pas les sels de cuivre dissous dans la potasse, ne fermente pas avec la levûre de bière et dévie à droite le plan de polarisation.

Sur une dissolution aqueuse très peu chargée de cette matière examinée à l'appareil de M. Biot, au Collége de France, dans un tube de 320 millimètres, on a constaté un pouvoir rotatoire très-bien caractérisé vers la droite, avec des développements de teintes très-marqués autour du minimum d'intensité de l'image extraordinaire.

D'après toutes les expériences qui ont été précédemment rapportées, il reste donc parfaitement établi que le foie des chiens nourris exclusivement avec de la viande possède la propriété spéciale et exclusive à tout autre organe du corps de créer une matière glycogène tout à fait analogue à l'amidon végétal, et pouvant comme lui se changer ultérieurement en sucre, en passant par un état intermédiaire à celui de la dextrine.

Sans aucun doute, l'étude de la matière glycogène du foie ne devra pas se borner là. Il faudra connaître exactement sa composition élémentaire et sa constitution ; savoir si cette matière se change totalement en sucre, et si, dans cette transformation, il n'y a pas d'autres produits qui prennent naissance, et soumettre, en un mot, à une étude plus approfondie le parallélisme si apparent qu'offre la transformation en sucre de cette matière glycogène du foie avec la transformation en sucre de l'amidon végétal. Les soins de cette étude appartiennent aux chimistes. Il me suffit, quant à présent, d'avoir prouvé l'existence de cette substance spéciale qui précède toujours l'apparition du sucre dans le foie, pour avoir établi un fait qui est susceptible d'éclairer puissamment le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans les animaux, et de fournir en même temps des conclusions qui intéressent au plus haut degré la physiologie générale.

Relativement à la formation physiologique du sucre chez les animaux, elle doit être nécessairement envisagée, ainsi que je le disais, non comme un phénomène de dédoublement chimique direct des éléments sanguins au moment du passage du sang dans le foie, mais comme une fonction constituée par la succession et l'enchaînement de deux actes essentiellement distincts.

Le premier acte, entièrement vital, ainsi appelé parce que son accomplissement n'a pas lieu en dehors de l'influence de la vie, consiste dans la création de la matière glycogène dans le tissu hépatique vivant.

Le second acte, entièrement chimique et pouvant s'accomplir en dehors de l'influence vitale, consiste dans la transformation de la matière glycogène en sucre à l'aide d'un ferment.

Pour que le sucre apparaisse dans le foie, il faut donc la réunion de ces deux ordres de conditions. Il faut que la matière glycogène puisse être créée par l'activité vitale de l'organe ; il faut ensuite que cette matière soit amenée au contact du ferment qui doit la transformer en sucre.

La matière glycogène se forme comme tous les produits de création organique par suite des phénomènes de circulation lente qui accompagnent les actes de nutrition. Quant à décider si, parmi les nombreux vaisseaux sanguins dont est pourvu le foie, il en est qui sont plus spécialement chargés de cette circulation nutritive, tandis que d'autres seraient plus spécialement en rapport avec les phénomènes de transformation chimique de la matière glycogène, c'est une question physiologique que nous n'avons pas à aborder ici pour le moment. Il nous suffira d'indiquer, d'une manière générale, comment le contact entre la matière glycogène et son ferment peut s'opérer chez l'animal vivant.

J'avais d'abord pensé que le ferment était spécial au foie, comme la matière glycogène elle-même ; j'étais même parvenu à l'obtenir à l'état d'isolement. Mais, voyant ensuite que le liquide sanguin possède la propriété de transformer cette matière glycogène en sucre avec une très-grande énergie, il devint impossible de songer à une localisation du ferment, celui qu'on peut extraire du foie venant très-probablement du sang lui-même. De sorte que si, en dehors de l'organisme, nous avons plusieurs ferments pour opérer la transformation de la matière glycogène en sucre, chez l'animal vivant il suffit d'en admettre un représenté par le sang, qui du reste possède aussi la propriété de changer rapidement l'amidon végétal hydraté en dextrine et en sucre. Sans entrer dans le mécanisme intime de ce contact et dans l'explication des causes physiologiques qui en font varier l'intensité, ce qui nous entraînerait dans des descriptions d'anatomie microscopique et de phénomènes de circulation capillaires qui trouveront ailleurs leur développement, nous nous bornerons à dire que l'observation des phénomènes physiologiques apprend que dans le foie, parallèlement à cette circulation lente et nutritive, il faut encore en considérer une autre, intermittente, variable et dont la suractivité coïncide avec l'apparition d'une plus grande quantité de sucre dans le tissu de l'organe.

Chez les animaux en digestion, la circulation dans la veine porte est surexcitée, et alors la transformation de la substance glycogène est beaucoup plus active, quoique la formation de cette matière ne paraisse pas correspondre à ce moment-là. Cette suractivité circulatoire peut aussi être réveillée en dehors de la digestion ; et alors le même phénomène de transformation de la matière et de l'apparition du sucre a également lieu. Chez les animaux hibernants ou engourdis, comme les grenouilles par exemple, le ralentissement de la circulation qui est lié à l'abaissement de la température, amène une diminution et quelquefois une disparition à peu près complète du sucre dans le foie. Mais la matière glycogène y est toujours, ainsi qu'on le prouve en l'extrayant. Il suffit alors de mettre les grenouilles engourdies à la chaleur pour activer leur circulation et voir bientôt le sucre apparaître dans leur foie. En plaçant de nouveau les animaux dans une basse température, on voit le sucre diminuer ou disparaître pour se montrer de nouveau quand on remet les grenouilles dans un milieu où la température est plus élevée. J'ajoute qu'on peut reproduire plusieurs fois ces singulières alternatives d'apparition et de disparition du sucre sans que l'animal prenne aucun aliment et en agissant seulement sur les phénomènes de la circulation par l'intermédiaire de la température.

Chez les animaux à sang chaud, on peut agir aussi au moyen du système nerveux sur les phénomènes de la circulation abdominale et secondairement ensuite sur la transformation de la matière glycogène dans le foie. J'ai montré que, quand on coupe ou qu'on blesse la moelle épinière dans la région du cou, au-dessous de l'origine des nerfs phréniques, on diminue considérablement l'activité de la circulation hépatique, au point que, après quatre ou cinq heures, il n'y a plus de traces de sucre dans le foie de l'animal, dont le tissu reste cependant encore chargé de matière glycogène. Il est à remarquer que, à la suite de cette opération, la température des organes abdominaux s'abaisse beaucoup en même temps qu'il y a d'autres troubles sur lesquels je n'ai pas à m'arrêter ici.

J'ai prouvé également que, en blessant l'axe cérébro-spinal dans la région du quatrième ventricule, on produit des phénomènes exactement opposés ; la circulation abdominale est très-accélérée, et conséquemment le renouvellement du contact de la matière glycogène avec son ferment considérablement étendu. Aussi la transformation de la matière glycogène devient-elle si active et la quantité de sucre emportée par le sang si considérable, que l'animal, comme on le sait, devient diabétique dans ce cas, c'est-à-dire que l'excès de sucre versé dans le sang par le foie surexcité passe dans ses urines.

Dans les deux cas précités, le système nerveux agit évidemment sur la manifestation purement chimique d'un phénomène physiologique. Mais quand on analyse son mode d'action, on reconnaît que ses effets n'ont été que mécaniques et ont porté primitivement sur les organes moteurs de la circulation capillaire, qui ont eu pour effet tantôt d'amoindrir ou d'empêcher, tantôt d'étendre ou d'augmenter le contact de deux substances

capables par leurs propriétés de réagir l'une sur l'autre ; elles donnent ainsi naissance à un phénomène chimique que le système nerveux règle indirectement, mais sur lequel il n'a pas d'action directe et primitive. Cette vue n'est pas spéciale pour le foie, et je prouverai plus tard que les influences chimiques que l'on reconnaît au système nerveux en général sont le plus ordinairement de cet ordre purement mécanique.

Quant aux conclusions que nous pouvons actuellement déduire, au point de vue de la physiologie générale, du mécanisme que nous avons indiqué pour la formation du sucre dans le foie, il est impossible de ne pas être frappé de la similitude qui existe, sous ce rapport, entre la fonction glycogénique du foie et la production du sucre dans certains actes de l'organisme végétal. Dans une graine, par exemple, qui produit du sucre pendant la germination, nous avons à considérer également deux séries de phénomènes parfaitement distincts : l'un primitif, entièrement vital, est constitué par la formation de l'amidon sous l'influence de la vie du vegétal; l'autre consécutif, entièrement chimique, pouvant se passer en dehors de l'influence vitale du végétal, est la transformation de l'amidon en dextrine et en sucre par l'action de la diastase. Lorsqu'un foie séparé de l'animal vivant continue encore un certain temps à produire du sucre, il est de toute évidence que le phénomène vital de création ou de sécrétion de la matière glycogène a cessé; mais le phénomène chimique continue à se produire si les conditions d'humidité et la chaleur nécessaire à son accomplissement se trouvent réalisées. De même, dans la graine séparée de la plante, le phénomène vital de la sécrétion de l'amidon a cessé avec la vie végétale ; mais, sous l'influence des conditions physico-chimiques favorables, sa transformation en dextrine et sucre, à l'aide de la diastase, peut s'opérer. Enfin, il est facile de voir, par ces observations parallèles, que la formation du sucre dans le foie des animaux passe par trois séries de transformations successives tout à fait analogues à celle de la formation de l'amidon, de la dextrine et du sucre dans la graine des végétaux.

En résumé, d'après tous les faits contenus dans ce travail, nous pouvons conclure que la question de la formation du sucre dans les animaux a réalisé un progrès important par suite de l'isolement de la matière glycogène qui préexiste constamment dans le tissu du foie.

Mais il reste encore à déterminer la forme organique de cette matière glycogène, ainsi que les conditions anatomiques et physiologiques exactes de sa formation dans ses rapports avec les phénomènes de développement et les divers états physiologiques du foie. Des expériences que j'ai déjà entreprises à ce sujet me permettent d'espérer qu'il sera possible d'aller plus avant dans la question glycogénique, et de localiser la formation de la matière glycogène dans des éléments spéciaux de l'organe hépatique.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

TÉRATOLOGIE.

Extrophie de la vessie,

Par M. le D[r] Retsin, de Bruges.

Le 21 décembre 1856, je fus appelé auprès de la femme De C...., qui venait de mettre au monde son dixième enfant, atteint d'une difformité sur la nature de laquelle la sage-femme qui avait assisté au travail ne pouvant se prononcer, désirait avoir des conseils avant de continuer à donner à l'enfant les premiers soins.

Je m'y rendis incontinent, et vis, sur les genoux de la sage-femme, un enfant nouveau-né, à terme, bien proportionné, très-vivant, fortement constitué, et présentant à la région hypogastrique la conformation suivante :

Immédiatement au-dessous de l'insertion du cordon ombilical, lequel est assez gonflé et fortement tordu en spirale, se trouve, sur la ligne médiane, une tumeur d'un rouge vif, lisse au pourtour, grenue à son centre, contractile, large d'environ 5 centimètres, et occupant en hauteur l'espace qui sépare l'ombilic du pubis. Cet espace est plus court que chez les enfants bien conformés et mesure 4 centimètres. La tumeur est bosselée, adhérente, surtout à son pourtour ; trilobée à sa partie inférieure, où, débordant ses attaches, on peut la soulever en partie. Des mucosités mêlées de sang recouvrent sa surface. Elle offre au toucher une sensation molle ; le doigt peut la déprimer et on sent facilement le contour confondu avec les téguments de l'abdomen. Le contact du doigt, d'une compresse de toile tendue par-dessus, un simple froissement, l'impression de l'air même semblent fort douloureux à l'enfant, qui contracte immédiatement les membres et pousse des cris. Dans ces moments la tumeur se gonfle, son volume est presque doublé, sa couleur devient d'un rouge vineux et du sang est exprimé à sa surface. Le doigt explorateur éprouve alors une résistance marquée et une sensation de propulsion sur toute la surface saignante.

Deux sillons verticaux étroits parcourent la moitié inférieure de la tumeur, et la divisent en quelque sorte en trois lobes. La masse, dans son ensemble, a à peu près la forme d'un rein dont le bord interne serait tourné en bas. A l'extrémité de ces sillons, et un peu en dehors, se trouve de chaque côté un renflement mamelonné, d'où suinte continuellement un liquide clair et limpide qui humecte les parties sexuelles de l'enfant. La conformation de ces dernières est anormale par suite de l'écartement qui existe entre les parties latérales. Les parties médianes, mont de Vénus, clitoris, méat urinaire manquent. Lorsqu'on soulève la tumeur on voit qu'elle se prolonge par une attache triangulaire sur la ligne médiane et s'y termine en pointe, sur le bord inférieur de la tumeur. De chaque côté de cette pointe on remarque deux petits appendices aplatis, correspondant aux petites lèvres et placés au-dessous de chacun des sillons précédemment indiqués ; au-dessous de ces petits appendices on voit, de chaque côté, une tumeur à large base, de la grosseur d'un haricot, fort dépressible ; ce sont les deux grandes lèvres.

Les pubis ne sont pas réunis, l'écartement est d'environ 4 centimètres. Un stylet explorant la ligne médiane ne trouve à s'engager dans aucun point de la dépression médiane centrale, correspondante au vagin. J'ai introduit une sonde en gomme élastique par l'anus et en déprimant la tumeur, j'ai senti le bec de la sonde un peu au-dessus de l'aine gauche.

Quelle était la nature de la difformité dont je viens de retracer les principaux caractères?

Le praticien qui se trouverait pour la première fois en présence de cette anomalie, celui qui n'en aurait point vu de représentations graphiques ou plastiques, hésiterait à la définir exactement. Son embarras serait celui des chirurgiens, qui tels que Vander Wiel, Nuck, Highmore, etc., ont, au XVI[e] siècle, rapporté quelques observations de cette conformation vicieuse sans pouvoir en expliquer exactement l'origine. Ce n'est, en effet, qu'en 1761 que la véritable explication a été fournie par Ténon. Après ce chirurgien, c'est Chaussier qui a le mieux décrit l'anomalie qui nous occupe et qui est désignée dans la science sous les noms d'extroversion, d'extrophie ou d'inversion congénitale de la vessie.

Cette difformité, dont nous avions vu, en 1848, deux exemples dans le service de M. P. Guersant, à l'hôpital des Enfants malades à Paris, consiste dans l'absence de la paroi antérieure de la vessie et de la portion correspondante de la paroi abdominale.

Celle-ci est remplacée par une étendue plus ou moins grande de la paroi postérieure du réservoir des urines, attaché par tout son contour aux téguments abdominaux. Par suite de sa faiblesse, cette paroi se laisse distendre et pousser en avant sous forme de tumeur. L'exemple que nous rapportons est remarquable par l'étendue de la lésion. Tandis que le plus souvent, à la naissance, elle n'excède pas le volume d'une cerise, elle atteint ici des proportions beaucoup plus fortes, même quand l'enfant est calme. — Toutes les causes qui, abaissant le dia-

phragme, poussent en bas et en avant les viscères abdominaux développent et tendent la tumeur. Ainsi font les cris, la toux, l'éternument, etc., et nous avons vu que sous ces influences la tumeur atteint un volume presque double.

Toute la paroi postérieure de la vessie est à nu par sa surface interne : elle est d'une sensibilité exquise. Les deux sillons qui la partagent en trois lobes sont formés par l'insertion vésicale des uretères qui s'ouvrent au dehors par les deux petits mamelons continuellement humectés, ainsi que les parties environnantes, par le suintement de l'urine. Nous avons pu introduire un stylet boutonné au centre de chacun de ces mamelons, et le faire pénétrer dans la direction des sillons d'environ 1 pouce et 1/2. L'appareil urinaire, borné à l'organe sécréteur et à son conduit excréteur, n'a pas de réservoir pour recueillir le liquide sécrété d'une manière non interrompue. Dès lors le liquide est directement versé au dehors à travers la lame membraneuse qui représente la vessie; par suite aussi manque le canal d'évacuation de ce réservoir, l'urètre. Le trigone vésical est assez distinct; c'est lui qui forme la surface lisse dont la pointe s'insère entre les deux petites lèvres.

La plupart des observations consignées dans les *Annales scientifiques* ont trait à des sujets mâles. Il s'agit, dans le cas actuel, d'un sujet du sexe féminin. Les anomalies que nous avons décrites dans les parties sexuelles, dépendent évidemment d'un écartement produit sur la ligne médiane dans les parties similaires. Cet écartement lui-même se rattache à l'arrêt de développement qui a produit la difformité principale. Telle est du moins l'opinion de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, qui n'admet pas, avec Chaussier, la destruction partielle ou totale de la paroi antérieure de l'organe comme cause de l'extroversion de la vessie.

L'enfant, comme nous l'avons déjà dit, était fortement constitué; comme il ne devait pas nécessairement trouver dans sa difformité la cause d'une mort prochaine (1), il nous a paru rationnel d'admettre qu'avec des soins convenables, il commencerait franchement une existence qui ne pouvait toutefois être que malheureuse.

La chute du cordon ombilical s'est faite tardivement, mais sans aucun des phénomènes insolites qu'eussent pu faire craindre la grosseur presque herniaire de sa base et l'insuffisance de l'anneau ombilical lui-même, qui, réduit à un segment supérieur, se confondait par ses extrémités dans le contour d'attache de la tumeur extrophique. La chute a eu lieu le douzième jour, après un travail phlegmasique d'expulsion modéré, et aujourd'hui un tubercule cicatriciel résistant en marque la trace à la partie supérieure de la tumeur.

Une hémorrhagie par exsudation a eu lieu par la muqueuse vésicale pendant les huit premiers jours : puis elle a graduellement diminué pour se supprimer définitivement. Quant à la tumeur vésicale, elle a été recouverte de compresses imbibées d'eau fraîche, souvent renouvelées, et on a évité toute pression de nature à produire des froissements douloureux. — L'allaitement s'est fait difficilement, par suite de l'espèce de somnolence que l'enfant a présentée les premiers jours; ce n'est que vers le huitième jour que la lactation elle-même a été assez abondante et que l'enfant a trouvé une nutrition suffisante au sein maternel. Bientôt après, le lait a commencé à tarir, il a fallu recourir à un régime supplémentaire pour soutenir l'enfant. Aujourd'hui (20 janvier 1857), sous l'influence d'une entérite subaiguë, l'enfant a perdu son embonpoint et son énergie. Le pronostic est peu favorable.

L'enfant, ainsi que nous l'avions prévu, s'est graduellement affaibli sous l'influence de l'entéro-colite dont il souffrait; il a succombé le 12 février, dans un état d'émaciation extraordinaire et avec un aspect ridé, véritablement sénile, de la face.

(1) L'extrophie de la vessie n'atteint pas la viabilité des sujets qui en sont affectés, quoiqu'elle soit la cause d'accidents pathologiques divers. Les deux sujets que nous avons vus en 1848 à l'hôpital des Enfants malades à Paris, étaient âgés l'un (un garçon) de 5 ans, l'autre (une fille) de 6 ans.

Voici, au surplus, l'âge de quelques sujets dont l'histoire a été conservée dans la science : 5 ans, 11, 12, 17, 21, 22, 35, 37, 40 ans.

Autopsie vingt-neuf heures après la mort. — Nous avons divisé les parois abdominales par une incision en fer à cheval, appuyant par ses deux extrémités à chacune des épines iliaques, antérieures et supérieures, et atteignant, par le point culminant de sa convexité, le creux épigastrique. Le lambeau rabattu au-devant des cuisses a mis à découvert toute la cavité abdominale. Nous avons eu à diviser à cet effet un cordon fibreux comprenant les vestiges des vaisseaux ombilicaux et se reliant à la veine porte par la veine ombilicale, encore légèrement perméable.

Nous avons vérifié avant tout l'opinion que nous nous étions formée sur le sexe de l'enfant et la signification que nous avions attribuée aux parties sexuelles externes. Dans l'excavation pelvienne nous avons trouvé, au devant du rectum, un utérus bien conformé, ayant ses deux trompes munies de leur pavillon, en regard des ovaires. L'utérus ayant été incisé dans le sens de son grand axe, il s'est écoulé de sa cavité, et en bavant, environ une demi-cuillerée à café d'un liquide de consistance sirupeuse, lactescent, légèrement bleuâtre. Un stylet boutonné, introduit par l'incision et poussé de haut en bas, est venu saillir à l'extérieur entre les deux petits tubercules, que nous avons dit être formés par les petites lèvres. Le vagin perméable était donc oblitéré à son ouverture vulvaire. — Une icision faite dans les bosselures situées au-dessous des précédentes, nous a démontré que c'étaient bien réellement les deux grandes lèvres, écartées et déjetées latéralement. Leur tissu était compacte, serré, légèrement graisseux. Elles ne logeaient point de hernie intestinale.

Toute la portion de paroi abdominale correspondante à la tumeur extrophique présente au toucher une grande mollesse. La surface extérieure est muqueuse, elle est séparée du tissu fibreux qui forme le revêtement intérieur par un tissu cellulaire assez serré et vascularisé. L'ombilic est inséré directement au sommet de la courbe, en sorte que nous ne découvrons aucun vestige de l'ouraque.

Deux stylets boutonnés introduits par les ouvertures des mamelons, dont celle de gauche est ulcérée, ont pénétré directement, de bas en haut et un peu de dedans en dehors, celui de gauche de 11 centimètres, celui de droite de 12 centimètres, sans le moindre obstacle. A ces hauteurs nous trouvons les deux reins, parfaitement sains et de grandeur normale, sans phlogose du bassinet ni des uretères, lesquels ne présentent aucune dilatation anormale sur leur trajet.

Tous les autres organes abdominaux sont régulièrement développés. L'écartement des pubis, que nous avons déjà dit être de 4 centimètres, est rempli par un cordon fibro-élastique très-résistant.

(*Ann. de la Soc. méd.-chir. de Bruges.*)

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité d'anatomie,

Par M. SAPPEY, *professeur-agrégé à l'Académie de Médecine, conservateur-adjoint du Musée d'anatomie comparée.*

(PREMIER FASCICULE DU TOME III.)

M. Sappey, agrégé à la Faculté de médecine, vient de faire paraître le premier fascicule du tome troisième de son *Traité d'anatomie*. La matière de ce petit volume est une étude très-intéressante du tube digestif. Dans un compte rendu nécessairement très-borné, il est difficile d'analyser tout ce qui est relatif au sujet. Un livre d'anatomie n'est pas composé d'une série de propositions qui convergent toutes vers la démonstration de telle ou telle vue de l'auteur; c'est l'exposé du corps de l'homme, machine si compliquée que la démonstration ne peut pas en être faite sans entrer dans des détails si nombreux, que l'analyse en serait fastidieuse.

Après avoir étudié quel est le degré d'importance de l'appareil digestif, M. Sappey arrive à conclure qu'il ne faut pas chercher dans le tube digestif un caractère de l'animalité; puis viennent des considérations générales sur les dimensions, les rapports, la structure du tube digestif, et enfin un parallèle entre la peau et la muqueuse digestive.

M. Sappey fait toujours précéder l'étude de chaque appareil de considérations générales; ce sont autant de chapitres très-remarqua-

bles, qu'on peut lire dans l'ouvrage de l'auteur. Les difficultés très-sérieuses de ce genre d'étude y sont franchement abordées et souvent résolues. Toutes les questions qui tiennent à la philosophie anatomique y sont traitées avec une grande élévation.

La bouche est l'origine du tube digestif; l'étude de cette cavité est très-étendue, elle comprend : les lèvres, les joues, la voûte palatine, le voile du palais, enfin, la muqueuse et les glandes qui en dépendent.

Toutes ces parties sont traitées avec beaucoup de soin. On lira une description toute nouvelle des veines de la bouche, des lymphatiques de la voûte palatine et du voile du palais. Ce dernier organe, si important en chirurgie, est examiné avec grands détails, les muscles sont mieux décrits, et à leur nomenclature M. Sappey a joint l'occipito-staphylin.

Les hypertrophies glandulaires de cette région auraient nécessité une description plus étendue des glandes palatines.

L'auteur mentionne les nerfs du voile du palais, mais il ne semble pas aussi affirmatif que sur d'autres points; il indique, pour les muscles, des nerfs fournis par le spinal et le glosso-pharyngien. Des dissections nombreuses nous autorisent à penser que tous les nerfs du mouvement dans le voile du palais, proviennent tous du facial, soit directement, soit par l'intermédiaire des ganglions otique et sphéno-palatin.

Les vices de conformation de la cavité buccale doivent être considérés comme des arrêts de développement. Un exposé des recherches du professeur Coste ne laisse aucun doute à cet égard.

Les glandes salivaires sont très-bien exposées; de leur étude ressortent des indications très-précises pour l'extirpation de la parotide: cette opération ne peut être complète sans la section du facial de la carotide externe et de la jugulaire externe. Les conduits de la glande sublinguale ont été bien décrits par M. Sappey; l'auteur a le grand mérite, à nos yeux, d'avoir rendu claire une question bien simple, mais embrouillée par suite de l'ignorance de ses devanciers. Il résulte des recherches historiques faites sur ce sujet par M. Sappey, et de ses études anatomiques : 1° Que les conduits de la glande sublinguale, au nombre de quatre, s'ouvrent à la surface de la muqueuse; 2° qu'aucun canal venant de cette glande ne va s'ouvrir dans le conduit de Warton, et que par conséquent le canal de Bartholin n'existe pas; 3° que Rivinus n'a jamais décrit les conduits qui portent son nom, et dont M. Huscke élève le nombre jusqu'à douze ou quinze.

L'anatomie du pharynx et de l'œsophage succède à celle de la bouche. Nous mentionnerons seulement un rétrécissement naturel de l'œsophage, situé, d'après l'auteur, au niveau de la quatrième vertèbre dorsale.

La couche musculaire de l'estomac est envisagée par M. Sappey un peu autrement que par M. Guéneau de Mussy, dont l'auteur n'accepte pas la description. La muqueuse de l'estomac a été l'objet de recherches très-utiles pour le pathologiste qui veut ne pas aller au hasard dans l'étude des altérations que cette membrane peut présenter.

M. Sappey n'accepte pas cette division de l'estomac en deux portions, dont la structure et les usages seraient différents. On ne rencontre, à la surface de l'estomac, ni papilles, ni villosités. L'épithélium est un épiderme de transition entre le pavimenteux et le cylindrique.

L'étude des glandes, si nombreuses et si importantes, qu'on trouve dans toute l'étendue de la muqueuse digestive, permet de formuler une loi presque générale : dans toute la portion sus-diaphragmatique, les glandes sont acineuses; au-dessous du diaphragme, on ne rencontre guère plus que des glandes en tube.

Une des parties les plus originales du livre de M. Sappey est celle qui a rapport à la muqueuse de l'intestin; la structure des villosités, si intéressante au point de vue de l'absorption, est exposée avec une grande clarté; l'auteur a fait à ce sujet un grand nombre de recherches originales, et il a joint des planches fort belles qui facilitent beaucoup l'étude. M. Sappey a constaté cette membrane blanche qui réunit les cellules épithéliales d l'intestin par leur face lisse. Ces cellules ne tombent pas au moment de la digestion, l'auteur a constaté qu'elles renferment alors un grand nombre de granulations graisseuses; mais, moins préoccupé d'une théorie de l'absorption de la graisse que de l'observation exacte, il ne parle pas de ces canaux décrits par Kölliker et qui seraient les agents de l'absorption de la graisse.

L'intestin grêle renferme des follicules et les recherches de M. Sappey lui permettent d'affirmer que ni les viscosités, ni les follicules ne présentent d'orifices ouverts dans l'intestin.

Ce qui est relatif au gros intestin nous a paru moins intéressant. Sa muqueuse est étudiée comparativement à celle de l'intestin grêle. La chirurgie, qui a tant à faire dans les obstructions intestinales, emprunte à l'anatomie des notions très-utiles; nous eussions désiré voir l'auteur traiter plus longuement ce qui a trait à la description et aux rapports du gros intestin. Les rapports du péritoine avec le cœcum nous ont laissé quelques doutes, M. Sappey ne nous paraît pas en avoir donné une idée bien conforme à la réalité. Nous pensons que l'auteur a pressé un peu le pas dans le désir d'aborder l'étude si intéressante du rectum.

Nous engageons beaucoup les médecins et les anatomistes à lire le livre de M. Sappey. Les premiers y trouveront des données positives relatives à la physiologie et à la pathologie du tube digestif. Les seconds apprendront à connaître ces petits moyens nécessaires pour étudier l'anatomie; ils supposeront tout le temps, toute la peine que nécessitent de pareilles recherches. Le livre de M. Sappey est une œuvre de patience et de laborieuses recherches; on voit, en le lisant, l'anatomiste consciencieux qui a observé beaucoup et longuement, puis qui expose le résultat de ses recherches. Chaque partie de ce livre est un véritable mémoire original où toutes les questions sont étudiées longuement, et suivies d'un historique très-intéressant et parfois piquant. Ces longs détails, peut-être superflus pour un traité classique, n'en offrent pas moins un grand attrait. L'auteur se plaît à rassembler les opinions des anciens; on voit qu'il aime à citer les grands noms qui ont illustré les sciences anatomiques; il semble qu'il parle de bons collègues qu'il a connus et dont il donne les noms et prénoms; ainsi, ce n'est pas Albinus, mais bien B. Siébold Albinus.

Historien consciencieux, observateur exact, M. Sappey s'irrite des injustices des uns, des erreurs des autres, c'est méconnaître l'esprit humain. De tous temps on a fait l'histoire sans consulter les originaux; tous les jours on écrit l'anatomie sans vérifier sur le cadavre les propositions les plus contestables.

Que l'auteur achève ainsi son œuvre, et son traité, depuis longtemps classique, prendra le premier rang parmi les ouvrages d'anatomie.

D[r] F. Dolbeau.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

De l'incapacité de recevoir par testament. — Nous avons depuis longtemps promis à nos lecteurs de les tenir au courant de la solution que recevrait l'affaire du docteur Ségur (*voir* le *Monit. des Hôp.* du 28 octobre 1856), comme nous avons l'habitude de les informer exactement de tout ce qui se rapporte aux intérêts professionnels. Ils pourraient donc être surpris de n'avoir pas encore lu dans le *Moniteur* l'arrêt de la Cour de cassation infirmant celui de la Cour de Toulouse, arrêt annoncé il y a quelques semaines par la *Gazette médicale de Lyon*, et, tout récemment, par la *Revue médicale*. La raison pour laquelle cet arrêt n'a pas été annoncé dans le *Moniteur*, c'est qu'il n'a pas été rendu jusqu'à présent, c'est par une erreur que nous ne saurions nous expliquer que nos honorables confrères ont pu croire à l'existence de cet arrêt.

A propos d'intérêts professionnels, nous prierons ceux des journaux qui jugent utile de reproduire les renseignements que nous nous procurons souvent avec beaucoup de peine, de vouloir bien indiquer la source où ils les prennent. C'est là un acte de justice élémentaire que nous regrettons d'avoir à rappeler.

M. Leroy (d'Etiolles) commencera des conférences publiques sur l'*uropathie* et la *lithotritie* en particulier, jeudi 30 avril, à sept heures et demie du soir, au Cercle des Sociétés savantes, quai Malaquais, n° 3, et il les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 46. 5e année. Jeudi 16 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 15 avril 1857.

Dernières observations sur le reboutage et sur le somnambulisme.

Il nous faut aujourd'hui encore dire quelques mots de la question du reboutage et de celle du compérage médical.

Les dernières observations que nous avons présentées sur ce sujet, avaient pour objet de signaler la tendance qu'ont les tribunaux à reconnaître à l'assistance prêtée par un médecin aux pratiques des rebouteurs et des somnambules, des effets légaux dont l'importance, au point de vue de l'exercice de l'art médical, nous a paru mériter d'être signalée.

Dans ces observations nous avons dû répondre à M. Amédée Latour pour rétablir notre interprétation, à laquelle il attribuait un caractère et une portée qu'elle n'avait pas. On verra, par ce qu'il nous reste à dire sur la question, que cette précaution n'était pas inutile. En faisant cette réponse avons-nous manqué de mesure et de convenance? Avons-nous dit quelque chose d'offensant pour le Rédacteur en chef de l'*Union médicale?* A cet égard nous avons pleine confiance dans l'appréciation éclairée de nos lecteurs, et nous ne pouvons que regretter qu'un écrivain de la valeur de M. Latour, ait pu, dans la réception d'une réponse qu'il avait provoquée, pousser la mauvaise humeur jusqu'à dire qu'il ne discuterait plus désormais nos opinions. Est-il bien sûr que les susceptibilités illégitimes ne soient pas de son côté ?

Pour nous, nous n'en continuerons pas moins, dans l'accomplissement de notre modeste tâche, de faire notre profit de tous les renseignements et de toutes les opinions qui nous paraîtront concourir au but que nous recherchons, et nous espérons que l'honorable M. Latour voudra bien revenir de l'intention qu'il a manifestée de nous infliger le châtiment de son silence. Cela dit pour ne pas donner à une question toute personnelle plus d'importance qu'il ne convient, nous voulons essayer d'exposer les motifs qui nous avaient porté à faire de sérieuses réserves, au point de vue du droit, à l'encontre de la jurisprudence récente des Cours de Lyon, de Paris et de Limoges, et de démontrer en quoi la solution sanctionnée par cette juris-

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

QUATORZIÈME LETTRE.

DIGRESSION PHILOSOPHIQUE. — DE L'ÉTAT DE SOMMEIL CONSIDÉRÉ DANS SON OPPOSITION A LA VEILLE.

La première partie de notre travail, celle qui a trait aux principes généraux de la physiologie transcendante, touche à sa fin. Établir les lois générales de l'être, appliquer ces lois à l'organisme, rechercher leur jeu fonctionnel chez l'homme, en déduire une théorie rationnelle de la vie humaine ; montrer comment, dans le système du dynamisme vital, la prédominance de tel centre entraîne celle de tel appareil, réagit sur l'économie entière et détermine la spécificité d'un tempérament ; enseigner, enfin, à quels signes le médecin physiologiste peut reconnaître ce tempérament, et quelles déductions il est en droit d'en tirer comme indication pathogénique, c'était traiter des questions fondamentales, des questions sur lesquelles l'enseignement actuel se tait, avec d'autant moins de raison que, sans leur solution, le praticien est condamné à marcher à tâtons, dans le dangereux labyrinthe de la nosologie. Tel est le travail que nous avons tenté dans les précédentes lettres. Nous pourrions, à la rigueur, entamer immédiatement la question pathologique : il reste, toutefois, en dehors des phénomènes physiologiques purement physiques et des fonctions organiques, si bien décrites par nos maîtres que nous n'en parlons pas ici, certains points peu élucidés, dont l'explication nous paraît le complément au moins utile de cette première étude : j'entends parler du sommeil opposé à la veille, du somnambulisme, des songes et autres dépendances du sommeil. Ce sont là autant de phénomènes qui n'appartiennent pas à la pathologie et sortent cependant du cadre de l'étude de l'homme considéré dans l'activité normale de ses fonctions.

Mais, tout d'abord, une explication rétrospective nous est devenue nécessaire : parmi les lettres que nous a déjà valu la publication de cet essai, plusieurs émanent de personnes étrangères à la médecine; elles concluent généralement à une accusation de philosophie

prudence nous paraît inconciliable avec le texte de la loi de ventôse an XI.

On a remarqué que la Cour de Paris a cru pouvoir baser en partie sa décision, dans l'affaire Fortin, sur la circonstance de *gratuité des soins;* que la Cour de Limoges a invoqué l'*absence d'accidents*, enfin, que les trois Cours ont fait valoir, comme moyen décisif, que le médecin, en assistant, *dirige* les opérations qui sont pratiquées devant lui, qu'il ratifie ou s'approprie les indications qui sont données, qu'enfin il engage sa *responsabilité* comme homme de l'art. Il est utile d'examiner chacun de ces points séparément.

Gratuité des soins. — Il est bien vrai qu'il a été reconnu, par un avis du conseil d'Etat, du 8 vendémaire an XIV, que les prêtres ne doivent pas, lorsqu'ils portent à leurs paroissiens malades des secours et des conseils *gratuits*, être considérés comme exerçant illégalement la médecine, et que cette interprétation a été étendue, d'une manière générale, aux personnes charitables. Mais il est fait allusion, dans cet avis, seulement à ces soins purement domestiques, qui ont pour objet de soulager et de rassurer le malade en attendant l'arrivée du médecin, et non à des prescriptions de médicaments ou a des soins ayant le caractère de traitement médical. La Cour de cassation l'a formellement déclaré dans un arrêt du 27 mai 1854, portant que l'avis précité du conseil d'Etat ne peut être invoqué au profit du reboutage, même exercé dans un but de charité. La gratuité des soins nous paraît donc avoir été relevée à tort dans l'affaire du curé Fortin, car si l'assistance du médecin enlevait aux opérations de ce curé tout caractère illégal, il importe peu qu'elles aient été ou non pratiquées gratuitement.

Absence d'accidents. — Nous devons faire pour cette circonstance, qui n'a d'intérêt qu'au point de vue de l'atténuation, les mêmes observations que pour la gratuité des soins. Elle n'empêche pas, en effet, la contravention d'exister. En s'immisçant sans titre dans l'exercice de l'art de guérir, c'est assez qu'on ait couru le risque d'occasionner des accidents. Si des accidents avaient eu lieu, ce ne serait plus la simple contravention d'exercice illégal de la médecine, ce serait le délit de blessure ou homicide par imprudence et *inobservation des règlements*. La Cour de cassation s'est prononcée en ce sens dans un cas analogue. On sait que la loi défend de faire ou laisser courir les chevaux à l'intérieur des lieux habités; cette défense a pour but aussi de prévenir les accidents. Or, la Cour suprême a cassé des jugements de simple police qui avaient cru pouvoir se fonder sur l'absence d'accidents pour relaxer des individus prévenus d'avoir enfreint cette défense.

Responsabilité du médecin. — Le moyen dans lequel on invoque la responsabilité du médecin ne nous semble pas plus heureux ; il repose, à notre avis, sur une véritable confusion. Ce n'est pas, en effet, la responsabilité d'un homme que la loi a entendu donner au public comme gage de sécurité, mais bien la garantie d'un titre scientifique. La responsabilité intervient pour réparer, dans les limites du possible, le préjudice causé. Or ici il s'agit de prévenir les accidents, de faire profiter le malade de toutes les éventualités favorables que la science peut assurer. C'est donc le titre, c'est donc l'usage réel et sérieux des connaissances qu'il atteste, qu'il faut rencontrer dans la pratique de l'art de guérir. S'il ne s'agissait que de responsabilité, pourquoi ne considérerait-on pas comme suffisante celle du rebouteur, de la somnambule ou du magnétiseur, qui, au point de vue pénal ou civil, est bien plus fortement engagée?

Assistance et direction du médecin. — C'est là qu'est le nœud de la difficulté. Le titre, les connaissances médicales qu'il suppose, il en est fait suffisamment usage, dit-on, lorsque le médecin, en assistant aux opérations du rebouteur ou aux consultations de la somnambule, *dirige* ou *ratifie*. Eh bien! c'est là ce que nous devons contester de toutes nos forces. — Les médecins diront si ce mode de faire usage des connaissances médicales acquises dans les écoles, est véritablement sérieux et suffisant dans l'intérêt de la santé des malades. Nous dirons seulement, nous, qu'il n'est ni régulier ni légal. C'est en vain qu'on allègue le silence de la loi : la loi, nous espérons le prouver, a prévu implicitement la situation dont nous nous occupons ici, et ne l'a pas admise.

Dans deux espèces, elle s'explique formellement sur les effets de l'assistance du médecin. On lit dans l'art. 29 de la loi du 29 ventôse an XI :

---

matérialiste. Il n'est pas dans nos principes d'accoupler des branches d'études étrangères. Du fond de notre obscur village de Mansle, nous n'avons en rien prétendu nous poser en philosophe révolutionnaire, en théologien hérétique; nous pourrions donc justement opposer à ces attaques une fin de non-recevoir. Cependant, nous ne sommes pas de ceux qui pensent qu'on peut pactiser avec les croyances, que tel homme peut professer en médecine des doctrines qu'en religion sa conscience répudie; que le juge, dépouillé de l'hermine et de la toque, est excusable des délits moraux qu'il flétrit sous la robe.

Je vais donc répondre brièvement ici à une inculpation fausse. Et, qu'est-ce donc qu'être matérialiste? sinon nier l'immortalité d'un principe indécomposable, infirmer son unité, admettre la possibilité de son annihilation dans un temps donné. — Qu'avons-nous fait de semblable? En dehors de l'étendue, qui est infinie, de la durée, qui est éternelle, de la spécificité, qui est nécessaire, nous avons constaté que tout est chimère.

Or, prenant l'âme pour autre chose qu'une chimère, nous l'avons enchâssée dans ces trois infinis. Qu'y a-t-il là de matérialiste? Nous avons constaté (on l'avait démontré avant nous) que toutes les facultés morales se ramènent à trois ordres de fonctions, qu'à chacune de ces fonctions, trois grands appareils répondent chez l'homme; nous avons établi que l'organisme physique n'est que l'*incarnation*, la *cristallisation* du dynamisme moral; que la forme explique l'idée, l'effet la cause, le *conamen* le *conatus*. Mais, nous objecte-t-on, vous prétendez que l'âme occupe un lieu dans l'étendue, vous ne pouvez la comprendre qu'en tant que fluide impondéré. Comment un fluide peut-il produire l'idée de justice? A cela je réponds : l'âme, comme force, produit des actes de volition, de sensibilité, d'intellect, et tous ces actes ont les propriétés de l'être ; mais les abstractions que l'esprit déduit de ces actes, telles que les idées de beauté, de bonté, ne sont pas plus des réalités attenantes à l'âme, que l'idée de *cube* n'est une réalité attenante au *sel marin*. Croyez-vous qu'un sel de magnésie s'organise en aiguilles prismatiques? Ce fait est-il dû à des convergences dynamiques matérielles? Vous ne le nierez pas! mais vous reconnaîtrez parfaitement aussi que l'idée de *prisme* n'est pas un *être*, qu'elle n'est pas un *élément* de la *magnésie!* Pourquoi de même ne comprendriez-vous pas que la *monade-âme* rayonne, de la protubérance cérébrale, des influx (aussi subtils que vous pourrez les concevoir) pour la production des actes de volition, de sensibilité, d'intellect? et que les idées de juste, de beau, de bon, ne soient pas des produits de l'être, mais des abstractions, des jugements! Cela du moins n'est pas absurde; tandis que, de votre propre aveu, il est bien absurde d'admettre que *j'ai* une âme qui n'est *nulle part*.

Avec notre théorie, si nous ne pouvons pas tout expliquer, — pré-

.... Ils (les officiers de santé) ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous *la surveillance et l'inspection* d'un docteur, dans les lieux où celui-ci sera établi. Dans les cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et l'inspection prescrites ci-dessus, il y aura recours à indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable.

Et dans l'art. 33 :

Les sages-femmes ne pourront employer les instruments, dans les cas d'accouchements laborieux, sans appeler un docteur-médecin ou un chirurgien anciennement reçu.

Qu'on veuille bien le remarquer, dans ces deux cas, la personne à laquelle l'assistance du médecin est imposée, possède les éléments des sciences médicales; elle a un titre pour pratiquer l'art de guérir, au moins dans certaines limites et dans un ressort déterminé. L'assistance du médecin n'est exigée que comme nouvelle garantie, et quand elle est donnée, elle habilite l'officier de santé et la sage-femme à procéder à des opérations que, livrés à eux-mêmes, ils ne peuvent régulièrement pratiquer.

Là s'arrêtent les indications de la loi. Que penser, après cela, d'une jurisprudence qui pose en principe, formellement ou implicitement, que l'assistance d'un médecin peut habiliter, pour la pratique d'actes rentrant dans le domaine de l'art médical ou chirurgical, des personnes qui n'ont aucun titre, aucun certificat, aucune présomption légale à faire valoir? Le médecin peut-il être, dans ces cas, juge ou garant de la capacité scientifique de celui qu'il dirige? Les précautions imposées par la loi ne sont-elles pas méconnues?

Sans doute, il faut admettre les auxiliaires; mais la position des auxiliaires est fixée par l'avis du conseil d'État du 8 vendémiaire an XIV; ils ne peuvent que seconder l'action du médecin et faire des actes pour lesquels la possession d'un titre n'est pas nécessaire, mais ils n'ont aucune capacité reconnue, à la différence de ce qui a lieu pour les officiers de santé et les sages-femmes, dès qu'il s'agit de prendre une part active, avec le médecin, à des actes qui exigent des connaissances scientifiques attestées par un titre légal, précisément parce que cette immixtion peut faire naître des risques d'accident que la loi n'a pas voulu tolérer et qu'un médecin ne peut pas, même en vertu de son titre, faire courir à un malade.

Telle est l'opinion que nous opposons à un système dont nous ne nous dissimulons pas la force. Nous la livrons sans prétention aucune à nos lecteurs, sans vouloir la soustraire aux critiques de qui que ce soit, mais en demandant seulement qu'on nous permette de la défendre en cas de contestation.

En exprimant dernièrement le vœu que les journaux de médecine soient unanimes dans la répudiation d'une jurisprudence qui compromet, par les abus qu'elle tolère, la dignité de la profession, nous étions loin de prétendre donner le ton à la presse médicale. Ce rôle n'est certes pas dans nos habitudes, et nous devons protester contre l'interprétation peu bienveillante qui a été donnée à cet égard à une phrase détachée de notre dernier article. L'*Union médicale* peut juger aujourd'hui s'il était utile et bien exact, pour les intérêts qu'elle soutient, de faire croire à ses lecteurs que dans les colonnes du *Moniteur des Hôpitaux* on professait ou tolérait des opinions favorables, même au seul point de vue du droit, au reboutage et au compérage médical.

E. MARTIN,
Avocat, docteur en droit.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

De l'emploi du chloroforme et des narcotiques comme agents thérapeutiques, et moyens de diagnostic dans certaines paralysies,

Par M. le Dr O. LANDRY.

Parmi les faits intéressants d'une observation que nous avons publiée dans un précédent article (*voir* l'observation de Mme C..., *Monit. des Hôp.* du 31 mars), deux circonstances étaient surtout importantes au point de vue de l'objet de ce travail :

1° La disparition des phénomènes paralytiques pendant le sommeil;

2° Leur cessation immédiate sous l'influence du chloroforme et des narcotiques.

Il ne s'agit pas, en effet, de particularités exceptionnelles, isolées, et, en quelque sorte idiosyncrasiques, mais de phénomènes communs à un certain nombre de paralysies, physiolo-

---

tention qui serait bien insensée, — nous ne blessons du moins ni les faits, ni la raison. — En est-il ainsi de vous? Comment expliquez-vous le développement de l'esprit simultanément avec l'accroissement d'un corps? Quand votre âme s'unit-elle au corps? est-ce au moment de la naissance? Mais le fœtus qui naît à sept mois de terme n'aura pas une âme du même âge que celui qui vient à neuf! Et d'ailleurs, ce fœtus, dès le sein de sa mère, après cinq mois de conception, se mouvait, respirait, jouissait d'un système spécial de circulation, vivait enfin! Si alors ce *môle informe* n'avait pas d'âme, la vie appartient donc à ce que vous nommez la *matière?* S'il avait une âme, qu'est-ce donc que cette âme enfouie sous un *œuf albumino-cartilagineux*, sans cerveau, sans cœur, sans poumons complets à son service? Si ses propriétés sont si indépendantes de la matière, et qu'elle soit là, animant cet embryon qui déjà se meut, pourquoi est-elle condamnée, pour les manifester, à attendre l'organisation du corps? Comment la *mélancolie* peut-elle conduire à un engorgement du foie, etc., etc.?... Eh quoi! nous serions matérialistes parce que nous refusons d'embrasser ces hérésies de sens commun?

Mais, ajoute-t-on, vous avez analysé l'âme, vous l'avez décomposée! Analysée? oui! Décomposée? je nie! Je ne décompose pas l'or, corps simple, parce que de quelque façon qu'on le traite, il ne peut jamais donner que lui-même; mais je peux très-bien analyser ses propriétés de *ductilité*, de *malléabilité*, de *compressibilité*. Ainsi ai-je fait pour l'âme. Cela n'empêche en rien l'âme de rester dans sa nature, une, immortelle. — Que dis-je? éternelle!

Si nous sommes hardis à repousser des déductions qui n'entraînaient pas nos prémisses, nous sommes, il faut le reconnaître, d'une réserve extrême à poser des affirmations dans le domaine de la philosophie religieuse. Il se peut qu'il serait plus dans les goûts de telle ou telle caste doctrinaire d'affirmer, même au risque de *ruser* avec la logique, certains dogmes que la raison répudie parce qu'elle ne les exploite pas. Nous ne ferons pas cette concession. Si nous avons poussé l'analyse aussi loin que l'exigeait pour nous la connaissance physiologique de l'homme, nous professons que prétendre tout savoir sur Dieu, les destinées futures, c'est faire acte d'un orgueil insensé. Epargnons-nous ce travers. — J'ai presque dit ce péché. —

Constatons seulement qu'il existe en nous une *conscience*, la même pour tous, laquelle fait qu'on croit généralement que si deux est la moitié de quatre, quatre est le double de deux. C'est ce sens intime que nous avons seul interrogé. — Attribuer à la Divinité la faculté de déroger à cette loi de la raison, c'est insulter la Divinité, car la raison que Dieu a mise en nous n'est qu'un reflet de sa propre image. Placer Dieu en dehors du bons sens, c'est mériter un billet d'hôpital à Cha-

giquement explicables, suivant moi, et qui, peut être, constituent les caractères distinctifs d'un groupe nosologique. Or, comme ces faits sont nouveaux, inattendus et de nature à exciter le doute, il est nécessaire de dissiper toute incertitude, et je présenterai dans ce but deux observations empruntées, l'une à Lallemand, l'autre au docteur Bonnefous. Dans la première, comme dans celle de Mme C.... publiée dans mon précédent article, la paralysie disparaissait pendant le sommeil; dans la seconde, elle cédait instantanément aux inhalations du chloroforme.

Obs. I. — « Je viens de voir, à Marseille, un enfant âgé de 3 ans et demi, qui eut à 18 mois des contractions spasmodiques intermittentes dans la main droite, puis des convulsions, puis enfin une *hémiplégie* de tout le côté droit, accompagnée de mutisme, etc... Aujourd'hui, la jambe a repris ses fonctions, mais le bras droit est resté roide et privé de tout mouvement volontaire.... Mais, *quand cet enfant est endormi, les doigts de sa main droite deviennent aussi souples et aussi mobiles que ceux de sa main gauche, il remue le bras paralysé aussi souvent et aussi librement que l'autre; quand il s'éveille et quand il s'étend en bâillant, il allonge et contracte encore également les deux bras; mais, sitôt qu'il est complètement éveillé, il lui est impossible de faire exécuter au membre le moindre mouvement.* » (Lallemand, *Recherches sur l'encéphale*, t. III, p. 312.)

Obs. II (1). — Mme X...., âgée de 24 ans, éminemment nerveuse et soumise fréquemment à de pénibles préoccupations, présentait depuis plusieurs années la série complète de toutes les perturbations nerveuses, avec une chlorose hémorrhagique au point de départ. Chaque période menstruelle était accompagnée de diverses manifestations nerveuses qui cessaient avec l'écoulement utérin, toujours d'une abondance excessive.

Le 11 *mars* 1853, au milieu d'une époque à forme plus hémorrhagique que d'ordinaire, compliquée d'une gastralgie violente et de vomissements très-douloureux, se manifestèrent les premiers symptômes d'une paralysie de tout le côté droit du corps, qui devint rapidement complète et s'étendit le 14 aux quatre membres. Les accidents paralytiques ne portaient que sur la motilité; la sensibilité restait normale. Cette fois, ces désordres persistèrent au lieu de se dissiper, comme d'ordinaire, après la suspension de l'hémorrhagie qui eut lieu le 15.

Le 18, la paralysie des quatre membres restait complète. Mme X.... souffrant ce jour-là beaucoup du côté de l'estomac, fut soumise à quelques inhalations de chloroforme, qui avaient précédemment réussi à calmer une foule de symptômes pénibles. Aussitôt (1), *retour complet du mouvement volontaire dans les parties tout à l'heure paralysées. Mais, à mesure que les effets du chloroforme se dissipèrent, la paralysie se reproduisit comme auparavant.*

D'après cette indication, Mme X.... fut soumise matin et soir à l'action du chloroforme; constamment le sommeil arrivait d'une manière très-rapide; il durait de sept à huit minutes. *La guérison momentanée de la paralysie en était toujours la conséquence.* Dans l'intervalle des deux séances, la malade prenait de 0,05 à 0,06 centigrammes d'opium.

Le 24 *mars*, le mouvement volontaire se rétablit dans le côté droit du corps; le lendemain 25, le côté gauche recouvra aussi la faculté de se mouvoir; et, quelques jours après, la guérison était complète. Le traitement indiqué plus haut a été le seul mis en usage; on l'a tout à fait suspendu le 27 mars. (*Gaz. méd. de Toulouse.* — Observation recueillie par M. le docteur Bonnefous.)

(1) Dans la nécessité d'abréger, j'ai dû modifier la rédaction de cette intéressante observation; mais je n'ai rien changé aux faits si curieux qu'elle contient.

(1) Cette dame présentait une singulière sensibilité à l'action du chloroforme. Chez la malade de la 1re observation, j'ai été également frappé de la rapidité des effets produits par cet agent.

Ainsi, la disparition de certaines paralysies sous l'influence du sommeil et des agents stupéfiants a été observée par d'autres que par moi, et si on se refusait encore à admettre l'authenticité de ces faits, bien étranges, il est vrai, au moins les observations que je consigne dans ce travail devraient-elles être prises en considération et provoquer des investigations ultérieures. Pour moi, laissant au temps le soin de confirmer plus amplement mes recherches personnelles, je vais essayer maintenant d'apprécier la portée de ces nouvelles données. Les observations suivantes me semblent avoir une certaine valeur sous ce rapport.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE.

Observation d'éclampsie puerpérale,

Par M. le professeur Estévenet, de Toulouse.

Une jeune dame, âgée de 17 ans 1/2, d'une bonne constitution, bien conformée et habituellement bien portante, a été mariée à 16 ans 1/2, et n'a pas tardé à devenir enceinte; elle s'est très-bien portée pendant tout le cours de la grossesse. Cependant, durant les deux derniers mois, le ventre ayant acquis un volume énorme, Mme L.... se sentit très-fatiguée, et ce n'était

---

renton. Ne peut-on, de nos jours, se soustraire à cette impiété sans être taxé de matérialisme?

Cela dit pour l'acquit de notre conscience, qu'est-ce que l'état de veille et l'état de sommeil? J'ai bien demandé aux nombreux traités de physiologie tombés sous ma main une solution à ces problèmes délicats; mais les auteurs, beaucoup trop solidistes dans l'analyse des fonctions mixtes, deviennent par trop animistes aussitôt qu'il s'agit d'un phénomène qui échappe au scalpel. — C'est ainsi que Descartes, Condillac, Locke, Mallebranche, Cousin, succèdent tout à coup dans leurs livres à la description des propriétés du chyle ou des mouvements du diaphragme. Ce n'est plus de la physiologie, c'est de la psychologie qu'ils font.

Essayons d'être plus complet.

Le système nerveux qui, médiatement ou immédiatement, établit des relations entre le cerveau et la périphérie du corps, est un point de communication jeté entre le monde extérieur ou objectif, et l'âme ou monade percevante. Le triple influx nerveux de l'intellect, de la sensibilité, de la volition, rayonne du foyer de l'âme jusqu'aux appareils organiques des sens. — De la sorte, le *nerf optique* épanoui sur la rétine est *animé*, et l'homme peut regarder; le *nerf acoustique* distribué dans l'oreille interne est *animé*, et l'homme peut écouter; le *nerf olfactif*, aboutissant à la surface interne des fosses nasales, est *animé*, et l'homme peut exercer le sens de l'olfaction; les *trois nerfs de la langue* (rameau lingual de la cinquième paire, glosso-pharyngien et grand hypoglosse) sont *animés*, et l'homme peut percevoir les saveurs; les *réseaux nerveux, cutanés*, sont *animés*, et l'homme peut pratiquer le tact. — Chacune de ces sensations, avant d'être transformée par l'âme en idées, en volontés, en sentiments, est arrêtée sur le seuil du sanctuaire vital par la conscience, impitoyable Cerbère qui les isole, les classe, et leur délivre une contre-marque, en leur imprimant son sceau.

L'influx de la vie, rayonnant de l'âme à tous les appareils sensitifs, auxquels elle dispense le fluide animal, et rapportant des impressions que la conscience contrôle, tel est l'état de veille; ou, pour mieux dire en deux mots, la veille, chez l'homme, c'est *la conscience en érection.*

Nous venons de montrer comment la force dirigeante de la vie va chercher les sensations pour en tirer des idées, des sentiments, des déterminations. L'application de l'âme à ce travail constitue l'*attention;* chacune des sensations reçues trouve sa place dans une case du cerveau, et quand l'âme les évoque, elle fait acte de *mémoire;* quand elle les compare, de *jugement;* quand elle s'en émeut, de *sentiment;* quand elle les reflète, d'*imagination;* quand elle les traduit en déterminations, de *volonté!* Par là, il est facile de saisir que nous re-

pas sans peine qu'elle faisait tous les jours une promenade qui lui avait été prescrite. Pendant ces deux derniers mois, il survint de l'œdème aux extrémités inférieures, et, à l'époque de l'accouchement, l'infiltration était considérable dans tout le membre pelvien. Probablement les urines étaient albumineuses, mais le fait ne fut pas constaté.

Le 27 mai 1853, Mme L.... sentit vers midi les premières douleurs; celles-ci, très-faibles d'abord, augmentèrent un peu vers le soir, mais ne prirent que peu d'intensité. Je fus appelé vers sept heures du soir, et quoique les douleurs eussent été faibles depuis le début du travail, celui-ci avait néanmoins marché, et quand j'arrivai, je trouvai le col dilaté de la grandeur d'une pièce de 5 francs; la tête se présentait en position occipitale antérieure. Dès mon premier examen, je fus frappé de la forme du ventre : il était extrêmement proéminent et en quelque sorte bi-lobé. Vers le flanc gauche, on sentait une bosse considérable qu'on suivait en descendant vers la fosse iliaque, et qu'on sentait s'enfoncer dans l'excavation pelvienne; à droite, une seconde bosse se sentait dans l'hypochondre, et celle-ci pouvait être suivie dans le flanc et vers la fosse iliaque droite.

D'après ce que la main trouvait du côté du ventre, et d'après ce que le doigt sentait du côté du vagin, il était facile de reconnaître la présence de deux jumeaux, dont l'un, déjà engagé dans le bassin, occupait une position inférieure à l'autre. L'auscultation, faite sur deux points presque diamétralement opposés du ventre, permit d'entendre très-distinctement les battements du cœur des deux fœtus.

J'avertis immédiatement la mère et le mari de l'incident qui se présentait, et me disposai à attendre l'événement. Les douleurs marchèrent avec lenteur, elles furent faibles; cependant elles se succédèrent sans interruption jusque vers trois heures du matin. La poche des eaux se rompit. La tête s'engagea dans l'excavation pelvienne, mais arrivée au détroit périnéal, le mouvement de descente cessa de se faire, malgré la continuation des efforts. Mme L.... les secondait de son mieux. Je la fis marcher dans la chambre, mais de trois à six heures l'accouchement ne fit aucun progrès.

Je jugeai que les contractions étaient insuffisantes, parce qu'une partie des efforts se perdaient sur le corps de l'un des enfants, tandis que celui qui était déjà engagé ne les subissait que difficilement. C'était le cas d'appliquer le forceps. Mme L.... accepta avec quelque répugnance ma proposition, mais elle ne tarda pas à y accéder. Le premier enfant fut donc extrait par cette voie avec la plus grande facilité. C'était une petite fille, bien portante et de moyenne grosseur; son corps avait 49 centimètres. Le cordon fut lié du côté de la mère, et celle-ci replacée sur son lit, en attendant de nouvelles douleurs, à la faveur desquelles le second enfant pût être expulsé.

Il y avait à peine un quart d'heure que le premier enfant était né; j'étais auprès de la personne qui le tenait sur ses genoux, occupée à placer la ceinture autour de l'ombilic, lorsqu'on m'avertit que j'avais à m'occuper de la mère. Une attaque d'éclampsie des plus violentes venait de la prendre. Immédiatement et sans perdre une seconde, je portai ma main dans la matrice; j'en trouvai le col suffisamment ouvert, je sentis le second enfant contenu dans la poche; je rompis celle-ci, allai chercher les pieds, saisis celui qui me tomba le premier sous la main, l'amenai à la vulve, et bientôt après j'eus la satisfaction d'amener au dehors le second enfant, vivant et en très-bon état de santé. C'était un garçon.

L'attaque d'éclampsie durait toujours et avec la même violence; avant qu'elle fût terminée, j'avais pu extraire les deux placentas. L'attaque cessa dès que la matrice fut complétement évacuée, mais la femme ne reprit pas connaissance; elle resta dans un coma profond, n'exécutant d'autre mouvement que celui de la mâchoire inférieure, qui par intervalle produisait une sorte de mâchottement.

La matrice revint sur elle-même et il y eut environ dix minutes de calme, mais une seconde convulsion tout aussi forte que la première eut lieu. Je n'hésitai pas à ouvrir la veine. Le sang coula avec abondance, et quand le pouls commença à faiblir, la face, qui était vultueuse, commença à pâlir, les mouvements convulsifs diminuèrent, s'éteignirent, et l'accouchée présenta tous les caractères de la syncope. J'arrêtai l'écoulement du sang; j'en avais retiré environ 500 grammes.

Mme L.... fut portée du lit de misère sur son lit, dans un état de syncope complète, d'immobilité et d'insensibilité absolue. Je lui fis appliquer des sinapismes aux cuisses; au bout d'un quart d'heure, elle rouvrit un peu les yeux, se plaignit de la douleur occasionnée par les sinapismes; le pouls se releva, et la respiration devint plus sensible. On enleva les sinapismes, et Mme L.... s'endormit profondément pendant deux heures. On surveilla la perte, qui ne fut pas forte. Quand Mme L.... se réveilla, on lui donna un peu de bouillon, et on la laissa se rendormir. Elle dormit presque toute la journée d'un sommeil très-paisible, et le soir elle se trouvait aussi bien que si rien ne se fût passé d'extraordinaire durant son accouchement.

Elle n'avait, du reste, aucune idée de ce qui s'était passé; sa mère, par excès de précaution, a évité de lui parler de ce qui lui était arrivé, et ce n'est que le vingtième jour qu'on lui a dit que l'enfant qu'on lui avait montré n'était pas le seul qu'elle eût mis au monde, et pour la convaincre on a été obligé de les lui

---

poussons la théorie des idées innées, malgré Platon, Descartes et Leibnitz, nos révérés maîtres.

Condillac avait bien raison, les idées sont des sensations transformées; la preuve en est dans ce fait expérimental, que plus on isole l'homme du monde extérieur, plus incomplet est l'état moral de cet homme. L'eunuque est étranger à l'amour s'il est opéré de naissance, l'aveugle-né l'est aux idées de couleurs, le sourd-muet à l'idée d'harmonie. Si une éducation spécieuse a pu fournir des sourds-muets intelligents, ce n'est qu'en leur prêtant des sens artificiels. Mais, admettez la monstruosité d'une créature humaine venue au monde sans aucun appareil sensitif, et osez concevoir que cet homme qui n'a jamais vu, entendu, senti, goûté, touché, puisse se former une seule idée. Aussi bien, cette opinion ne contrarie en rien pour nous les notions nécessaires de bon, de beau, de juste, d'infini, etc., etc. Ce sont des appréciations que le jugement déduit des impressions reçues. Or, tous les hommes puisant toujours leurs sensations dans le foyer du même monde, il est naturel que leur conscience, dont la voix est la même chez tous, leur donne les mêmes révélations sur les vérités radicales.

Quand on s'est fait de l'état de veille une idée vraie et complète, il est facile de comprendre par opposition l'état de sommeil. La dépense de fluide vital que l'âme rayonne par innervation aux appareils sensitifs, implique une déperdition de forces proportionnelle au temps et à l'intensité de cette dépense. La vitalité se fatigue et s'épuise promptement dans ce rôle actif; elle s'*énerve* dans le sens étymologique du mot. La vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le tact refusent le service, graduellement et successivement. L'équilibre se romp peu à peu entre le monde extérieur et le monde interne; l'individu cesse de réagir et son organisme devient un instrument passif; la fatigue s'annonce d'abord par le défaut d'attention, puis, vient la confusion des idées; bientôt la somnolence, et enfin le sommeil complet. L'individu se livre alors à un travail de *réparation*. Si la veille est la conscience en érection, le sommeil est *la détente de l'âme*.

Pendant le sommeil, les facultés de l'âme refluées vers leur centre, ne sont plus, dans leur exercice, présidées par la conscience — cependant, l'encéphale ne cesse pas un seul instant d'être un foyer animé; autrement, ce serait la mort et non le sommeil. — Dans cet état, le foyer cérébral peut être comparé à un instrument qu'a cessé de diriger une main sûre, mais dont les touches peuvent vibrer sous le moindre vent que soulève le hasard. De là ces associations bizarres, qui, sans tenir compte des idées de temps ni de lieu, engendrent des *songes* monstrueux. Une fausse position, une digestion pénible, peuvent les rendre très-douloureux, tandis que d'autres fois ils sont pleins de charmes, ou d'une puérilité qui fait qu'on en rit au réveil.

montrer tous les deux à la fois. Du reste, ces deux enfants se portent très-bien, et par une heureuse rencontre, ils ont pour nourrice les deux sœurs. Le petit garçon a même subi, le huitième jour, suivant l'usage des familles israélites, l'opération de la circoncision, sans être le moins du monde incommodé.

Maintenant, la mère est à merveille, elle se lève plusieurs heures tous les jours, mange de bon appétit, et ne conserve qu'un peu de pâleur, suite probable de la copieuse saignée et de l'état d'anasarque où elle était au moment de son accouchement. L'œdème des extrémités inférieures n'a pas persisté au delà de six ou huit jours.

En résumé, dans cette observation, nous avons la plupart des causes prédisposantes des convulsions réunies : la jeunesse, la primiparité, la grossesse gémellaire, et probablement l'albuminurie. On ne peut pas affirmer ce qui serait arrivé, si l'application du forceps avait été retardée davantage ; il est présumable que les convulsions auraient éclaté avant la sortie du premier enfant, comme elles se déclarèrent avant l'expulsion du second. Je ne mis pas le moindre retard dans l'accomplissement de mes manœuvres pour terminer l'accouchement; mais je dois dire que je ne trouvai pas la matrice sensiblement contractée, que la manœuvre fut facile et prompte pour la version et l'extraction du second enfant, et celle des deux placentas. Ainsi, dans ce cas, la convulsion ne s'était pas étendue jusqu'à la matrice, comme l'affirment quelques accoucheurs. Enfin, s'il est permis d'attribuer à l'opportunité de la manœuvre et à la promptitude de l'intervention de l'art, la conservation de la vie des deux enfants, il l'est aussi d'attribuer à la saignée la cessation des convulsions, qui avaient reparu malgré la délivrance, et qui ne se sont plus reproduites après l'évacuation sanguine.

(*Journ. de méd. de Toulouse.*)

OBSTÉTRIQUE.

Sur l'accouchement par la pression au lieu de la traction,

Par M. de Rilgen.

Il nous est souvent venu à l'idée que l'expulsion naturelle du fœtus avait lieu selon le *principe de la pression,* tandis qu'on n'emploie que le *principe de la traction* à l'expulsion artificielle. Les sections moyennes et inférieures de l'utérus et du vagin compriment le fœtus tout autour et diminuent sa circonférence ; tandis que le fond de l'organe se rétrécit sur toute la masse de l'enfant et la presse de haut en bas pour la faire sortir. Dans la présentation de l'extrémité pelvienne, on ne voit pas le menton s'éloigner de la poitrine ni les bras se relever vers la tête. Le placenta est détaché de la paroi de l'utérus par la pression, et la masse entière de l'arrière-faix est poussée de haut en bas, ainsi que l'enfant, dans le vagin et de là au dehors. L'enfant qui, avec les progrès de la grossesse, est de plus en plus resserré dans son réservoir, reçoit la dernière et la plus forte pression pendant l'accouchement, et la supporte bien.

Qu'est-ce que fait l'accoucheur dans l'extraction manuelle? Il tire sur les pieds, les genoux, les cuisses, les hanches, le tronc, et enfin sur la tête avec la main, le lacs, le crochet et le forceps. Il dérange l'ovoïde formé par l'enfant; alors, les membres se redressent tantôt sur les côtés, tantôt en haut, et il s'empresse de les ressaisir et de les tirer en bas, et c'est rare que l'enfant supporte toutes ces manœuvres.

Il tire sur le cordon, il tire sur le placenta, il tire sur les restes du cordon, du placenta, des membranes même de l'enfant qui, séparées de ce qui est amené au dehors, restent en arrière.

Nous nous demandons souvent : Pourquoi donc *toujours tirer,* et pourquoi pas *quelquefois aussi presser?*

Nous avons vu des confrères qui arrachaient les jambes, les bras, le tronc ou la tête des fœtus encore mous du quatrième jusqu'au sixième mois de la grossesse, et nous étions forcé, pour faire sortir ce qui était encore enfermé, d'introduire la main et de la glisser au-dessus, et de pousser en bas et en dehors avec le creux de la main. C'est ainsi que nous avons appris à employer de prime abord ces manœuvres chez des fœtus pareils, sans essayer aucune traction sur les parties de l'enfant qui se présentaient ou qui suivaient. Nous n'avons pas agi autrement pour des fruits en putréfaction.

Que de fois n'avons-nous pas fait avancer devant le creux de la main le placenta détaché, des caillots de sang qui remplissaient l'utérus, des môles de haut en bas en longeant notre avant-bras.

Si nous sommes forcé de faire sortir, pendant la pause de douleurs, la tête qui se présente avec la pointe de l'occiput à l'orifice du vagin non encore élargi, parce que la force de douleurs ne permet une attente plus longue par crainte de déchirure de l'utérus ou du vagin, nous faisons cette manœuvre par une pression sur le périnée, en arrière du côté de la pointe du coccyx.

Nous ne craignons pas de dire que dans le cas où il s'agissait de faire sortir promptement la tête, qui n'était pas encore descendue assez profondément, nous avons introduit un ou deux doigts bien huilés dans le rectum, et que par une pression diri-

---

J'ai constaté sur moi-même que toute les impressions de l'âme sont décuplées en énergie pendant le sommeil. En en cherchant la raison physiologique, j'ai trouvé qu'elle est celle-ci : dans l'état de veille, les forces de la vie sont distribuées sur différents points qu'elles défendent, et se tiennent sur la limite des sens comme autant de colonnes d'observation distraites du corps central d'une armée : pendant le sommeil, au contraire, tout est rentré au bivouac ; de telle sorte que dans ce dernier état, l'âme qui concentre des impressions est plus forte de tous les faisceaux divisés qu'elle utilisait en les dispersant sur la vue, l'ouïe, l'odorat, etc., durant la veille.

On comprend comment alors elle peut, sur un point donné, porter un plus grand nombre d'éléments vitaux, soit quand un souvenir se réveille, soit dans des combinaisons fortuites. Je m'explique alors pourquoi l'image d'une personne dont j'ai depuis longtemps perdu la faculté d'évoquer la physionomie dans l'état de veille, m'apparaît toujours avec une ressemblance étonnante dans le sommeil : pourquoi un duel, qui me cause dans la réalité de la veille une impression dont je puis très-bien rester maître, devient dans la fiction d'un songe, l'objet d'une douloureuse et insupportable frayeur : pourquoi une symphonie, seulement agréable si je veille, quand je l'entends la nuit, à travers les nébulosités d'un demi-sommeil, me charme et m'enchante au point que je maudis le réveil. Ce sont là autant de phénomènes que chacun peut constater sur soi et dont il n'était pas inutile de pénétrer la cause.

En appliquant la théorie des accumulations du fluide animal en plus ou moins grande quantité sur certains points du cerveau, pendant le sommeil, il serait possible de comprendre les phénomènes du somnambulisme et du magnétisme animal. Je parle des phénomènes réels et non de ceux que le charlatanisme décore.

Mais j'imagine, cher correspondant, qu'il est temps de clore cette longue lettre par laquelle je termine la partie physiologique de mon étude.

Dr Armand de Fleury (de Mansle).

Maladies mentales. — M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les *maladies mentales,* à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 19 avril 1857, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

gée en bas et en avant, au-dessus de la partie de la tête qui s'y trouvait, nous l'avons poussée dehors (1).

Depuis nombre d'années, dans les cas de présentation des pieds, qui demandent une prompte terminaison, nous poussons le tronc dehors, en glissant le plat de la main sur le dos, qui est tourné à droite ou à gauche, en mettant l'index d'un côté du cou, le médium de l'autre sur les épaules, en entourant un des bras avec le pouce, l'autre avec l'annulaire et l'auriculaire, et en faisant ensuite descendre la main jusque près du bassin.

Si l'enfant est fort, les parties étroites, et si le siége est descendu dans l'orifice de l'utérus, on ne peut pas toujours introduire de suite la main au-dessus du dos de l'enfant; on doit, dans ce cas, tenter de la porter dans l'excavation du sacrum et puis dans une des échancrures à côté du promontoire. Mais cela ne réussit pas toujours. Nous nous sommes donc décidé, dans les cas où cela est possible, de repousser avec le creux de la main le siége descendu dans l'orifice interne ou le vagin, et d'introduire après la main au-dessus du dos jusqu'au cou, pour manœuvrer ensuite de la manière indiquée plus haut. Si l'on s'était avisé de tirer sur les pieds, et si les bras se sont un peu relevés, ils redescendent d'eux-mêmes si l'enfant est retiré jusqu'aux genoux.

Si le bassin n'est pas trop étroit dans la direction transversale, on peut pousser la tête, qui vient en dernier, à travers l'entrée du bassin, en appliquant la main sur le sommet, en donnant d'abord à la tête une direction transversale de la suture sagittale, en prenant l'occiput dans le creux de la main et en plaçant les doigts sur le milieu ou le devant du crâne, tandis que la région de l'avant-bras près de la main se trouve dans l'excavation droite ou gauche du bassin.

Pour conduire la tête qui vient en dernier, ayant la suture sagittale en direction transversale, à travers l'entrée du bassin, une seule branche de forceps est souvent très-utile, quand on la place de manière qu'elle dépasse le crâne; le levier, tiré par la poignée, agit alors en poussant sur le crâne.

Nous désirons que ces lignes engagent nos confrères à faire des recherches, pour voir comment le principe de la *pression* doit être mis dans les meilleurs rapports avec celui de la *traction*. (*Monatschrift für Geburtskunde*, 1856, et *Gaz. hebd.*, 10 avril 1857.)

(1) On ne mettra pas sans nécessité son doigt dans le rectum pour produire une pression sur les parties de l'enfant qui s'y présentent; mais il ne faut pas non plus s'exagérer la crainte de léser de cette manière le rectum et principalement la membrane muqueuse. Nous savons que la sensibilité du rectum n'est pas aussi grande qu'on le croit généralement; témoin la réduction de l'utérus gravide dans l'état de rétroversion à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Ces réductions nous ont bien réussi, sans aucun inconvénient pour le rectum, dont le sphincter est très-extensible dans ces cas. Dans notre maison d'accouchement, on touche les femmes enceintes non-seulement par le vagin, mais encore par le rectum, sans occasionner aucune gêne, et encore moins sans produire de lésions.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 7 avril 1857.

DISCUSSION
sur la méthode sous-cutanée.

SUITE DU DISCOURS DE M. BOUVIER.

Les chirurgiens de la jeune école, près de laquelle j'aime à m'instruire chaque jour, rejettent les idées reçues touchant la réunion sans suppuration. La réparation des tissus divisés est, à leurs yeux, dans ce cas, un phénomène de nutrition ou de génération indépendant de l'état inflammatoire.

Ce dogme réunit au prestige de la jeunesse l'autorité d'une respectable antiquité. Il existe dans les bibliothèques un vieux livre, un bouquin, si vous voulez, qui a joué jadis un grand rôle; on l'appelait le *Guidon*, par un de ces jeux de mots familiers à nos bons aïeux. Guy de Chauliac, son auteur, était nommé en latin *Guido*, d'où l'on fit en français le *Guidon* ou *Guide* des chirurgiens; et, en effet, ce fut pendant près de trois cents ans leur *Vade-Mecum*, comme on dirait aujourd'hui. Heureux temps, où les livres ne vivaient pas

. . . . . ce que vivent les roses,
L'espace d'un matin!

Dans cet ouvrage, qui est du XIVe siècle, il est dit que « on appelle la première intention, quand les choses divisées sont rejointes sans moyen étranger, ainsi *par la rosée alimentaire*, laquelle par petite conversion devient chair de tout semblable et conforme à la première... la cause pourquoi l'os n'est consolidé selon la première intention est sa dureté... et la faiblesse de la vertu *nutritive* altérative.» (*La grande chirurgie* de Guy de Chauliac, restituée par L. Joubert, p. 214, Rouen, 1641.) Il n'est pas question d'inflammation. J. Falcon, dans ses *Remarques* sur cet ouvrage, répétait, le siècle suivant: « L'union et agglutination des parties dans les plaies simples, se fait par la *vertu naturelle nutritive.* » (Edit. de Lyon, 1649, p. 760.) Cette doctrine, qui remonte plus haut, qu'on retrouverait dans Galien, a donc régné fort longtemps, et A. Paré n'a pas manqué de la rendre à sa manière en disant: « La première intention est, quand les parties divisées se réunissent ensemble, comme elles étaient auparavant, ainsi par l'aide du *nourrissement.* (*OEuvres d'A. Paré*, l. IX, c. 4.)

J. Hunter vint et créa l'inflammation adhésive. Les jeunes maîtres d'alors virent là un progrès; les Laennec, les Dupuytren furent frappés du rapprochement heureux que ce mot établissait entre l'organisation des pseudo-membranes de la plèvre, du péritoine enflammé, et l'organisation de la lymphe plastique entre les lèvres d'une plaie. Cependant l'ancienne théorie ne disparut pas. Son plus chaud représentant, J. Bell, disait encore, il n'y a pas plus de quarante-cinq ans: « Je ne pense pas que l'on doive appeler du nom d'*inflammation* le procédé par lequel les parties se réunissent..... Une division récente se consolide en vertu d'une propriété *absolument semblable à celle qui, dans l'état normal, préside à la nutrition et à l'accroissement des parties*..... » (*Traité des plaies*, trad. par Estor, p. 37 et 38.) M. Estor ajoute à ces propositions la remarque qu'elles s'appliquent surtout « aux parties divisées, encore recouvertes de leurs téguments naturels; et qui se réunissent *à l'abri du contact de l'air, sans aucun des symptômes ordinaires* de l'inflammation. » Il écrivait cela en 1825.

Les études microscopiques apportèrent de nouvelles lumières pour la solution de cette question. En 1845, M. Lebert conclut des siennes que « des exsudations fort analogues à celles qui constituent les fausses membranes se forment dans la guérison des plaies par première intention (*Physiol. pathol.*, t. I, p. 35); que la guérison des plaies offre partout des phénomènes analogues, *qui sont la combinaison d'un travail phlegmasique et d'un travail de nutrition* » (p. 89). En 1855, M. Lebert admet, dans les plaies sous-cutanée, « une *hypérémie* avec exsudation fibrineuse, qui réunit les parties. » (*Anat. pathol.*, p. 48, fol.)

Suivant M. Robin, il n'y a pas d'*inflammation adhésive*; la réunion par première intention est le plus ordinairement une *production*, une vraie *génération*, à l'aide du blastème exsudé, d'éléments anatomiques nouveaux; l'inflammation qui accompagne le phénomène *n'y est pour rien*; « car, ajoute-t-il, lorsqu'elle est trop intense, le phénomène n'a pas lieu, et il se passe aussi dans les tissus non vasculaires. » (*Dict. de méd.* de Nysten, édit. refondue par MM. Littré et Robin, art. *Production, Accrémentition.*)

Ce peu de notions historiques montre déjà quelles considérations on fait valoir en faveur de cette opinion. Je vais les résumer et les compléter, en y répondant à mesure. Je les rangerai sous quatre chefs:

1° *L'inflammation et la formation d'un tissu nouveau, dans les plaies non suppurantes, sont deux phénomènes d'une nature très-différente. La première détruit, la seconde crée. L'une est un état morbide, l'autre un retour à l'état sain. Celle-là produit de la douleur, souvent une réaction générale, fébrile; celle-ci n'affecte nullement l'économie et se comporte presque comme un phénomène normal.*

Je conviens de ces différences; mais là n'est pas la question; il s'agit uniquement de savoir si, malgré leurs dissemblances, l'un de ces phénomènes n'est pas ce qui amène l'autre. Dans les plaies suppurantes, « la cicatrisation, dit M. Lebert, n'est qu'une modification et une forme de guérison des inflammations en général. » (*Physiolog. pathol.*, t. 1er, p. 85.) Je ne crois pas que cette proposition soit contestée; or, le travail de la cicatrisation, dans ce cas, est assurément aussi un phénomène d'une autre nature que l'état inflammatoire qui le précède et l'accompagne.

2° *L'inflammation, loin de provoquer la réunion, l'empêche ou la retarde*, lorsqu'elle *est trop intense.*

Dès qu'il ne s'agit que d'un excès d'inflammation, il est aisé de

comprendre qu'il exerce une autre influence qu'une inflammation modérée ou même très-peu développée.

3° *La réunion a lieu dans des tissus non vasculaires, tels que la cornée, et non susceptibles d'inflammation.*

D'abord, est-on bien sûr que ces tissus ne puissent pas s'enflammer à leur manière? L'observation ultérieure ne peut-elle pas y faire découvrir des phénomènes qui se rapporteraient à un mode spécial d'inflammation?

Mais ensuite, l'inflammation peut être inutile pour la réunion de la cornée, et nécessaire pour la réunion des tissus pourvus de vaisseaux. On m'objectera que le même phénomène ne peut se produire par deux mécanismes différents. Ce n'est pas tout à fait le même phénomène, puisque c'est la réunion de la cornée dans un cas, et la réunion d'un tissu vasculaire dans l'autre. La peau des animaux inférieurs se refait sans apparence d'inflammation; celle de l'homme ne se reproduit qu'avec l'intervention de l'état inflammatoire. Il entre, dans notre organisation, des solides très-divers au point de vue de la vitalité; il en est qui ne vivent pas plus que le végétal, ou le polype; leurs actes sont pareils à ceux de ces êtres simples; mais ce n'est pas une raison pour qu'il en soit de même dans les tissus plus composés. D'ailleurs, cette unité, que l'on veut établir pour les phénomènes de réunion, est déjà rompue, si l'on admet une exception à l'égard des plaies suppurantes, qui guérissent, au fond, de la même manière que les autres.

4° *L'inflammation, même dans les tissus vasculaires, ne se voit pas toujours; l'auteur du mémoire du 17 février ne l'a jamais aperçue dans les plaies véritablement sous-cutanées. Ces plaies, quels que soient leur nombre, leur étendue, la nature des organes divisés, ne provoquent jamais de réaction fébrile.*

Nul doute que, dans une plaie extérieure peu étendue, exactement affrontée, où l'inflammation, d'ailleurs légère, n'occupe que les surfaces mêmes en contact, l'état inflammatoire ne puisse passer inaperçu, si l'on ne met pas un soin particulier à l'observer. Mais, que l'on sépare les lèvres de la plaie au moment où commence l'exsudation plastique, on y reconnaîtra les symptômes ordinaires de l'inflammation, et le microscope y montrera, tant dans les produits versés que dans les vaisseaux qui les fournissent, tous les attributs caractéristiques des phénomènes inflammatoires.

On vous a dit : « Les plaies sous-cutanées ne s'enflamment pas et s'organisent immédiatement. » (*Bull.*, t. XXII, p. 397.)

Je m'inscris en faux contre cette proposition.

Je ne m'appesantirai pas sur la distinction singulière que j'ai déjà rappelée, entre les plaies sous-cutanées de la Doctrine de 1839, auxquelles M. Guérin applique la proposition que je combats, et les plaies sous-cutanées de *tous les chirurgiens*, qui guérissent, selon notre collègue, par inflammation adhésive.

Il suit néanmoins de cette distinction que, dans la Doctrine de 1839, la réunion par première intention serait due à l'inflammation adhésive, et c'est en cela qu'elle diffère essentiellement de l'opinion de J. Bell, de MM. Robin, Broca, etc., que je discute en ce moment.

Ainsi, d'après le mémoire du 17 février, deux bouts de tendons, de muscle, de ligament, de nerf, qui se touchent dans une plaie sous-cutanée, contractent l'adhésion immédiate par l'effet de l'inflammation adhésive.

Mais si, au lieu d'amener au contact les bouts divisés, vous les écartez plus ou moins, « dans l'étendue d'un à plusieurs centimètres » (*Bull.*, t. XXII, p. 371), l'inflammation adhésive disparaît; le procédé de la nature est transformé. « Un épanchement intermédiaire trouble et empêche l'accomplissement de l'adhérence huntérienne.... Cette matière, *qui n'est pas le ciment de l'inflammation adhésive....* présente toutes les phases de l'organisation d'un tissu nouveau. » (*Bull.*, p. 371.) De là un travail *d'un autre ordre* que celui de l'adhésion, travail auquel il faut *donner le nom d'organisation immédiate.* Et l'auteur ajoute : « Voilà l'idée ou plutôt le fait qui sert de base à la théorie *nouvelle* de la plaie sous-cutanée. »

Cette idée ou ce fait, c'est, en dernière analyse, qu'en tirant sur un tendon divisé, en écartant ses bouts, on s'oppose au développement de l'*inflammation* adhésive et de tout travail *inflammatoire du même ordre;* cela *est* en effet très-nouveau.

M. Guérin a dit, dans une de ses répliques (*Bull.*, p. 473) : « Je n'ai pas donné le fait de l'écartement (des bouts divisés) comme un caractère de vrai procédé sous-cutané; j'ai au contraire reconnu que c'est, *aujourd'hui*, la pratique suivie par tout le monde. » Il n'y a donc plus de ténotomie *huntérienne,* d'école *huntérienne* (p. 371), plus d'*adhésion huntérienne* par rapprochement des bouts! A la bonne heure; si cela est effacé du mémoire du 17 février, qu'il n'en soit plus question, s'il est bien entendu que cela n'existait pas davantage avant 1839.

Les parties divisées étant soustraites à la vue dans les plaies sous-cutanées, il est très-facile de méconnaître leur inflammation, généralement peu marquée et bornée à des couches minces de tissus vivants. Mais, avec de l'attention, on constate aisément du gonflement, de la sensibilité à la pression et à la distension. Dans les autopsies de cas simples, qu'on n'a guère eu occasion de faire que sur les animaux, on trouve de l'injection, et les liquides épanchés présentent, à l'œil nu ou armé du microscope, tous les caractères des produits de l'inflammation. L'absence de fièvre dans des plaies sous-cutanées, même nombreuses et étendues, n'est pas une preuve suffisante de l'absence de l'inflammation, parce que celle-ci peut n'exister qu'à un faible degré dans chaque point.

Si l'on entend par *organisation immédiate*, l'organisation d'une cicatrice intermédiaire aux bouts divisés, sans suppuration préliminaire, je ne verrai pas d'inconvénient à conserver cette expression, quoiqu'elle n'indique pas un fait *nouveau*, et qu'elle soit synonyme de *réparation immédiate*, de *cicatrication immédiate*, qui sont des expressions tout aussi correctes. Mais tant qu'on n'aura pas mieux démontré l'absence de toute inflammation dans les plaies sous-cutanées, je suis autorisé à maintenir que cette *organisation* est le produit d'un travail inflammatoire, et non d'un simple acte nutritif ou générateur purement physiologique. Et comment en serait-il autrement? Est-ce qu'un individu labouré par le ténotome, en surface et en profondeur, dans toutes les régions du corps, est dans un état physiologique? Comment ne pas voir que par une loi générale de l'organisme humain, nos tissus sensibles ne peuvent être atteints par un instrument vulnérant, sous la peau comme à travers la peau, sans qu'il en résulte douleur, irritation, et par suite réaction nerveuse et vasculaire locale? Ah! que dans les sections sous-cutanées, cette réaction soit promptement limitée, d'accord; mais elle n'en a pas moins lieu. Elle se borne au degré qui se termine par l'exsudation plastique, que les jeunes maîtres eux-mêmes regardent comme étant *très-souvent,* — ne pourrait-on pas dire *presque toujours?* — un effet de l'inflammation.

Une grande conséquence pratique découle de cette théorie, fondée sur l'observation et sur l'analyse des faits.

On a fait sonner bien haut *l'innocuité, l'immunité constante* des sections sous-cutanées, pourvu qu'elles soient à l'abri du contact de l'air. On vous conseille de les multiplier sans crainte, de les étendre dans le même moment à dix, vingt, trente muscles à la fois. Eh bien! ne vous y fiez pas. S'il m'est permis de rendre ma pensée par un mot célèbre : *Il n'y a pas loin ici du Capitole à la Roche-Tarpéienne!* Plus les masses musculaires divisées seront considérables, plus elles seront entremêlées de nerfs et de vaisseaux, et plus les chances de danger seront réelles. Ces chances, j'en conviens, seront le plus souvent minimes relativement aux chances de succès et d'immunité; mais encore faut-il en tenir grand compte, surtout lorsqu'on opère pour des affections qui ne compromettent nullement l'existence, surtout lorsqu'on n'est pas assuré d'améliorer sensiblement le sort des malades; témoin cet homme qui, après avoir subi quarante-deux sections myotomiques, n'en était pas pour cela plus agile.

D'où vient le danger de ces cas? Précisément de ce fait, que les parties divisées sont dans un état pathologique, qu'elles ne tardent pas à devenir le siége d'un travail pathologique. L'inflammation que j'appellerai réparatrice et l'inflammation suppurative ne sont que deux degrés de la même affection, qui peuvent devenir deux périodes successives. On comprend dès lors comment une circonstance imprévue peut déterminer, par un hasard malheureux, cette *conversion* de l'inflammation dite *adhésive* en inflammation *suppurative*, qu'on n'était point fondé à rejeter avec dédain dans le mémoire du 17 février. (*Bull.*, p. 369.) Veiller avec soin à éloigner toute cause de surcroît d'irritation, sans négliger assurément de s'opposer à l'entrée de l'air, ne pas tomber surtout dans une sécurité qui pourrait être trompeuse, tel est le précepte pratique que je déduirai de ce fait, précepte déjà sagement posé par M. Malgaigne, lorsqu'il a si judicieusement apprécié les causes de suppuration indépendantes de l'action de l'air, dans les plaies sous-cutanées. Voilà en quoi consistent mes *appréhensions* (*Bull.*, p. 374), voilà en quoi je me *sépare*, en effet, radicalement, de la Doctrine de 1839, qui n'en a *jamais*.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 47. 5e année. Samedi 18 Avril 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 17 avril 1857.

Séances de l'Académie de Médecine des 7 et 14 avril 1857.

[**Discussion sur la méthode sous-cutanée.**]

On dit, mais nous ne voulons pas le croire, qu'il y a de par le monde certains journalistes qui se plaisent à rendre compte d'un livre qu'ils n'ont point lu, d'une séance à laquelle ils n'ont point assisté. Nous n'avons ni tant d'art ni tant de hardiesse. — Absent de Paris depuis quinze jours, nous n'avons pas entendu l'orateur qui a occupé la tribune pendant les deux dernières séances, et nous aurions cru devoir céder la plume à quelque autre mieux renseigné, si M. Bouvier n'avait eu la complaisance de nous communiquer le texte de son discours, tel qu'il l'a *lu* à l'Académie. Ce détail paraîtra peut-être oiseux à quelques-uns; mais puisque la collaboration inattendue d'un huissier a mis le Rédacteur en chef de ce journal dans la nécessité d'annoncer notre absence, il nous a semblé utile de donner cette petite explication, afin que la malveillance ne puisse nous accuser de disserter au hasard sur ce que nous ne connaissons pas.

Avant de parler du discours de M. Bouvier, nous aurions sans doute un petit compte à régler avec l'honorable homme de loi que M. J. Guérin a pris pour plénipotentiaire; M. de Castelnau nous y a en quelque sorte invité dans l'amusant feuilleton où il a incorporé la prose *timbrée* de notre irritable correspondant, mais nous craindrions de gâter l'impression agréable qu'a dû produire cette charmante réplique, et nous nous garderons bien d'y rien ajouter.

Un de nos confrères de la presse, dont nous estimons d'ailleurs le talent, nous a fait l'honneur de s'occuper de notre dernier article, qui lui a paru assez original pour mériter une épithète entièrement neuve. Il a déclaré que cet article était *feutré*. On connaissait jusqu'ici le genre doux, le genre grave, le genre sublime, le genre familier, et une foule d'autres genres plus ou moins littéraires. Il y avait même le genre timbré; on pouvait y ajouter les genres romantiques, tels que le touffu, le branchu, le chevelu, etc.; mais personne encore n'avait songé au genre feutré. Nous avons créé le genre feutré. La méthode sous-cutanée, qui avait déjà inspiré tant de choses, nous a inspiré le genre feutré. Sachons modestement lui en attribuer la gloire, et passons au discours de M. Bouvier.

Ce discours est certainement le morceau le plus complet, le plus achevé, le plus précis que l'Académie ait entendu depuis le début de la discussion. Il est moins incisif, sans doute, et surtout moins personnel que la railleuse allocution de M. Velpeau, et que les improvisations foudroyantes de M. Malgaigne; mais la modération n'exclut pas la fermeté, l'urbanité des formes n'enlève rien à la sévérité des arguments, et aux yeux de beaucoup de personnes, ce langage pacifique a fait plus de mal à la Doctrine de 1839 (comme on l'appelle), que n'aurait pu le faire l'attaque la plus véhémente. M. Bouvier tenait à convaincre les esprits prudents ou timides qui placent le culte des convenances au-dessus du culte de la vérité, et c'est pour cela sans doute que, bien qu'habitué à manier la parole, il a jugé nécessaire de se soustraire aux entraînements de la tribune, en fixant ses idées sur le papier.

Il semblait que les questions d'histoire fussent épuisées; on avait cité tant d'auteurs, déployé tant de textes, qu'il paraissait difficile d'ajouter un nouveau chapitre à la Genèse de la méthode sous-cutanée. M. Bouvier l'a fait cependant, et, quoique entré le dernier dans la lice, c'est lui, nous devons le reconnaître, qui a apporté les documents les plus incompatibles avec les prétentions de M. J. Guérin. Celui-ci, grâce à ses commentaires.... ingénieux, trouvait encore le moyen de dire que ses prédécesseurs étaient des empiriques, qu'ils n'avaient pratiqué ni la ténotomie *étiologique*, ni la ténotomie *intentionnelle*, mais tout au plus la ténotomie expédientielle. Le livre de Vidal, publié en 1838, n'était qu'une émanation de la Doctrine du 13 juillet 1839. Le livre de M. Malgaigne, édité en juin 1839, avait paru, disait-on malicieusement, plus de six mois avant d'être imprimé. Ce n'était point l'opinion du *Journal de la Librairie*, que M. Roubaud a eu la curiosité de consulter, et où il a trouvé l'ouvrage en question annoncé à la date du 6 juillet 1839, huit jours avant la naissance de la Doctrine. Mais on n'y avait pas regardé de si près, et on persistait à dire que la méthode sous-cutanée n'existait pas avant le 13 juillet 1839. On appelle cela, au palais, des fins de non-recevoir. Les dénégations de ce genre ne sont plus possibles depuis le discours de M. Bouvier. Cet honorable académicien, négligeant à dessein la plupart des préliminaires historiques de la méthode sous-cutanée, négligeant même la période de

Delpech et de Dupuytren, a concentré toute son attention sur la période allemande, dont on n'avait parlé jusqu'ici que très-sommairement, et, par un grand nombre de passages empruntés au *Traité d'orthopédie opératoire* de M. Stromeyer, publié en 1838 (1), il a prouvé que ce chirurgien était, sinon le premier, au moins le principal inventeur de la méthode sous-cutanée. C'est lui qui l'a théorisée, régularisée et généralisée. Il a coupé non-seulement les tendons, mais encore les muscles; non-seulement le tendon d'Achille et le sterno-mastoïdien, mais les muscles du jarret, le pectiné, le couturier, le biceps brachial, les fléchisseurs des doigts. Il a proposé, en outre, la section des muscles de l'œil et l'application de la méthode sous-cutanée au traitement des arthrites et des arthralgies. Il a même prévu que ses successeurs ne tarderaient pas à abuser de cette excellente méthode. « Maintenant que la « première impulsion est donnée, a-t-il dit, maintenant « qu'on fera un emploi plus général des opérations ortho- « pédiques, je crois que dans peu on sera plutôt disposé à « en faire abus qu'à les négliger. » (Pag. 23.) Quant à la théorie, M. Stromeyer a nettement annoncé que l'indication capitale était d'empêcher l'accès de l'air et la suppuration. C'est pourquoi M. Bouvier propose de désigner la méthode sous-cutanée sous le nom de *méthode de Stromeyer*, et il est d'accord en cela avec Dieffenbach, dont le certificat posthume ne saurait contrebalancer le témoignage écrit : « Une « des plus grandes acquisitions de la chirurgie, disait « Dieffenbach en 1839, est sans contredit la section des « tendons et des muscles raccourcis, dans le pied-bot, le « torticolis et autres contractures congéniales ou causées « par des maladies articulaires. A Stromeyer appartient « le mérite d'avoir été le fondateur de l'orthopédie opéra- « toire. » Deux ans plus tard, après la publication des premiers mémoires de M. Guérin, Dieffenbach répétait encore : « A Stromeyer appartient l'honneur et le mérite « d'avoir été le créateur et le fondateur de l'orthopédie « sous-cutanée. *Tous les chirurgiens récoltent la moisson dont « il a fait les semailles, et les moissonneurs fauchent à qui « mieux mieux.*» (*Ueber die Durchschneidung der Sehnen und Muskeln*. Berlin, 1841, in-8°.)

M. Bouvier a ajouté une page, et l'une des plus importantes, à l'histoire de la méthode sous-cutanée, et il faut bien reconnaître que les textes nouveaux et nombreux qu'il a cités ne sont nullement d'accord avec les assertions de M. J. Guérin. Mais quelque intéressant que soit le préambule historique de M. Bouvier, il ne saurait nous faire oublier les chapitres didactiques et pratiques qui constituent le corps de ce remarquable discours. Il nous serait difficile, toutefois, de suivre l'orateur dans tous les détails d'une longue exposition, riche de faits et d'idées. Ce que nous en pourrions dire n'en donnerait qu'une image amoindrie, et nous nous contenterons de renvoyer le lecteur au compte rendu *textuel* de la séance, qui fait partie de ce numéro et des numéros précédents. Nous n'avons rien à ajouter aux développements pratiques contenus dans les deux derniers paragraphes, et relatifs aux *procédés* et aux *applications* de la méthode sous-cutanée. Mais nous aurons quelques remarques à faire sur le mode de guérison des plaies pratiquées sous la peau, et soustraites au contact permanent de l'air. M. Bouvier est partisan de l'inflammation adhésive : nous avons déjà eu l'occasion, dans un autre article, d'annoncer que nous n'adoptions pas cette théorie, au moins dans son acception générale. C'est un point, du reste, très-controversable, que nous nous proposons de discuter bientôt avec la déférence que méritent le talent, le caractère honorable et la position éminente de M. Bouvier. PAUL BROCA.

(1) L. Stromeyer, *Beiträge zur operativen Orthopädik, oder Erfahrungen über die subcutane Durchschneidung verkürzter Muskeln und deren Sehnen.* (Traité d'orthopédie opératoire, ou Observations sur la section *sous-cutanée* des muscles raccourcis et de leurs tendons.) Hanovre, 1838, in-8°, avec 8 planches lithogr.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 avril 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Décès. — Lettre de rappel relative à une classification nosologique des décès, qui a été demandée une première fois le 18 octobre 1856. (Comm. : MM. Michel Lévy, Adelon et Quérard.)

Épidémies. — Comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de Seine-et-Oise, de Tarn-et-Garonne, des Basses-Alpes, du Finistère, de la Haute-Saône, de la Nièvre. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Rapport de M. le docteur MARBOTIN, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Commission des épidémies.)

Fébrifuge. — Echantillon d'un nouveau fébrifuge de la composition de M. VOLFELIÈRE, pharmacien à Arles, et envoyée par M. le docteur Crouzat, de Givors. (Commission des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Chlorure d'ammoniaque. — Travail de M. le docteur GUSLER (de Gœttingue) sur les différentes maladies du système muqueux et glandulaire, et sur l'application des vapeurs de *chlorure d'ammoniaque* dans les maladies des organes respiratoires. (M. Trousseau, rapporteur.)

Vaccine. — Mémoire sur la variole et sur les avantages de la vaccine et des revaccinations, par M. le docteur COTHIE (de Montfort). (Commission de vaccine.)

Lettre de M. le docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France à Constantinople, sollicitant le titre de membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. le docteur DUPLAN, membre correspondant à Tarbes, est présent à la séance.

LECTURE.

Amputation scapulo-humérale. — M. Larrey donne lecture d'un rapport sur une *Observation d'amputation scapulo-humérale avec résection partielle de la clavicule et de l'apophyse coracoïde pour une mutilation compliquée de l'épaule,* par M. le docteur MICHOLSKI.

Il est des cas d'amputation de l'épaule qui nécessitent des opérations insolites; ce sont ceux où la résection des os de l'épaule, autres que l'humérus, a été rendue nécessaire par des mutilations graves produites par des agents vulnérants ou des altérations organiques. Il s'agit d'un de ces cas assez rares dans l'observation de M. Micholski.

L'auteur émet tout d'abord une proposition générale tendant à faire supposer que la désarticulation du membre supérieur est plus redoutable que celle du membre inférieur. M. Larrey discute cette proposition et montre qu'elle n'a pour elle, en réalité, ni l'opinion des chirurgiens, ni l'autorité des faits. Le rapporteur arrive ensuite au fait particulier de M. Micholski :

« Un employé du chemin de fer du centre fut atteint dans l'obscurité, le 14 avril 1850, par une locomotive, qui le renversa sur les rails

et lui passa sur le corps. Appelé auprès de lui, le lendemain matin, M. Micholski le trouva dans les conditions suivantes :

« Une première plaie des parois de la poitrine du côté gauche s'étend du milieu de l'espace compris entre le sternum et le creux de l'aisselle jusqu'au bord axillaire de l'omoplate, avec dilacération des muscles grand et petit pectoral, rupture des vaisseaux et des nerfs axillaires et dénudation de l'articulation scapulo-humérale.

« Une seconde plaie contuse de la région mammaire, compliquée d'attrition des muscles et de dénudation des côtes, communiquant en haut avec la première; il existe de plus une vaste contusion des régions cervicales postérieures et dorso-abdominales.

« La lésion principale, enfin, siége à la partie supérieure du bras. Des faisceaux antérieurs du membre deltoïde sont dilacérés; l'humérus est fracturé comminutivement dans son tiers supérieur, et la tête de l'os se trouve broyée dans sa capsule articulaire. L'avant-bras du même côté est cassé dans son tiers inférieur. Une fracture de la clavicule à son tiers externe avec enfoncement des fragments; une triple fracture de l'omoplate à son bord axillaire; à son épine et à l'apophyse acromion, un enfoncement des cinquième et sixième côtes gauches annoncent une fracture; un emphysème de la région antérieure et inférieure du thorax, et une infiltration sanguine considérable au niveau des côtes avec lésion présumée du poumon, tel est, en définitive, l'ensemble des désordres graves produits par ce terrible accident.

L'état général du blessé étant satisfaisant et le moral excellent, M. Micholski se décida à pratiquer l'amputation immédiate du membre dans l'articulation scapulo-humérale, d'après le conseil et avec l'assistance de deux de ses confrères, MM. de la Mothe et Baudron, en adoptant le mode opératoire au délabrement des parties.

« Après avoir anesthésié le blessé avec le chloroforme, il commence par lier l'artère axillaire; il détache ensuite le bras du corps par la section du deltoïde, qui le supportait à peu près seul; il fend la capsule articulaire et il extrait la tête de l'humérus.

« Les vaisseaux, oblitérés par l'écrasement au niveau de la blessure, ne donnent aucun écoulement de sang; la plaie est régularisée. Sauf un peu d'infiltration sanguine, les premiers jours se passent sans accidents. Mais une fièvre traumatique intense ne tarde pas à apparaître, avec les signes de pneumonie. Une ponction pratiquée au-dessous de la sixième côte donne issue à une grande quantité de sang épanché et à une hémorrhagie abondante qui s'arrête bientôt.

« L'état général et l'état local s'améliorent; mais la peau d'une partie de l'aisselle, destinée à la formation des lambeaux, s'est gangrenée, et après quelques jours d'un mieux notable, de nouveaux accidents se déclarent. Le 1[er] mai, l'état général est fâcheux; il se forme un abcès de la région scapulaire. M. Micholski procède, le 10 mai, à une résection partielle, en divisant d'abord la peau décollée par une incision en V très-ouvert à la région scapulo-claviculaire, en relevant le lambeau ainsi formé de bas en haut, et en extrayant une portion de l'acromion fracturé ainsi que des esquilles de l'épine de l'omoplate. Divisant ensuite les ligaments de l'articulation externe de la clavicule, il résèque d'abord le fragment de l'acromion, puis le sommet de l'apophyse coracoïde, ainsi que l'extrémité externe de la clavicule, dénudée par l'élimination de la gangrène.

« Après les premiers jours, la fièvre de réaction s'établit dans de bonne conditions. L'état général et l'état local ne laissent rien à désirer. A la fin de mai, la convalescence est assurée et la cicatrisation avance de plus en plus. La cavité glénoïde se trouve cependant encore dénudée, mais son cartilage ayant été soumis à la cautérisation avec l'acide nitrique, se détache ensuite aisément, et fait place à des bourgeons charnus qui complètent le tissu de la cicatrice; la guérison s'achève dans la première quinzaine de juin, environ deux mois après l'accident. »

M. Micholsky a présenté l'année dernière, au Val-de-Grâce, l'opéré dont il vient d'être question, à M, Larrey. qui l'a trouvé dans l'état suivant :

« L'épaule est élevée en totalité; la clavicule, remontée ainsi, efface le creux sus-claviculaire; le moignon offre, au niveau de la cavité glénoïde, une cicatrice épaisse, adhérente et froncée. L'un de ses plis radiés se prolonge vers l'épine de l'omoplate et correspond à la résection de l'acromion. Une autre cicatrice irrégulière, amincie, s'étend directement en bas, du creux de l'aisselle jusqu'au milieu des huitième et neuvième côtes, en s'étalant sur la paroi thoracique. La sensibilité du moignon lui-même est presque nulle, mais la douleur est à peu près continue dans la cicatrice de l'aisselle, et elle augmente sous l'influence marquée des variations de la température, ou par les moindres attouchements. Le retentissement de la douleur se manifeste surtout dans le pouce, dans l'index et dans l'auriculaire, avec cette sensation particulière que les doigts semblent se rétracter sans pouvoir s'étendre. C'est là, d'ailleurs, l'une des formes des phénomènes nerveux déjà signalés, et que M. Larrey a vérifiés chez bon nombre d'amputés de la campagne de Crimée. Une pression large et uniforme sur tout le côté de la poitrine, comprenant la surface entière de la cicatrice, en diminue la sensibilité, en procurant même du soulagement à l'amputé. »

M. Larrey témoigne le regret que la rédaction défectueuse et diffuse de l'observation en rende la lecture un peu difficile, car elle manque de la précision nécessaire à l'exposé des faits. L'auteur n'expose pas d'une manière assez chirurgicale le mode opératoire qu'il a employé, de sorte que nous ne savons de quelle méthode se rapproche le plus le procédé de nécessité auquel il a eu recours, eu égard au délabrement des parties. Il ne paraît pas non plus avoir fait de recherches sur les cas analogues à celui qu'il a raconté. Il présume, il affirme même qu'il n'en existe point d'une semblable guérison.

Tout en acceptant volontiers ce que ce fait peut offrir de grave et d'insolite en réalité, d'heureux et d'inattendu en résultat, M. Larrey rappelle quelques cas du même genre et les rapproche de celui de M. Micholski.

L'observation de M. Micholski est en définitive un cas rare, dont la place sera marquée désormais parmi les lésions traumatiques les plus graves, les plus compliquées, parvenues à la guérison.

En conséquence, la Commission, en mémoire de Gerdy, a l'honneur de proposer à l'Académie de vouloir bien adresser une lettre de remerciements à M. le docteur Micholski, et de déposer son mémoire dans les Archives.

A la suite de ce rapport, M. Ferrus demande la parole.

M. Ferrus. Les paroles prononcées par M. Larrey n'ont en aucun cas besoin d'être appuyées par des témoignages. Je crois devoir toutefois ajouter quelques mots au récit qu'il vient de faire de l'opération, aussi habile que hardie, pratiquée par son illustre père sur le colonel d'Abboville, très-dangereusement blessé à la bataille de Wagram :

« La plaie, suite de cette mutilation, était effrayante à voir. J'ai eu lieu de m'en assurer personnellement, soit en secondant M. Larrey lui-même dans l'un des pansements consécutifs, soit en m'associant aux soins donnés au colonel et à deux officiers du même régiment (artillerie de la vieille garde), par notre regrettable collègue M. Therrin, premier chirurgien de ce corps.

« Surpris autant que charmés de la marche rapide que suivaient vers la guérison la blessure du colonel et celles des deux officiers amputés avec lui, nous attribuâmes, d'un commun accord, ces favorables résultats non-seulement à la salubrité du lieu qu'ils habitaient, mais plus encore aux puissantes ressources morales dont chacun des blessés était doué.

« Le colonel, doué d'un courage calme et réfléchi, conservait, après son affreuse blessure, la plus grande sérénité d'esprit.

« Un capitaine, M. Laguitte, amateur passionné de musique et habile joueur de flûte, une heure après l'amputation de son bras gauche, n'était occupé que de la possibilité de jouer de la flûte avec une seule main.

« Le deuxième blessé, chef d'escadron, qui plus tard a commandé la place de Vincennes, a voulu absolument être amputé sur l'un des canons placés sous son commandement. L'excellent Therrin souscrivit à son vœu au péril de sa vie. L'opération finie, il parvint enfin à entraîner le blessé loin du champ de bataille, mais celui-ci ne put s'y décider qu'après avoir mis un pied sur le bras amputé, pour retirer lui-même, de l'un des doigts de ce débris, une bague à laquelle il tenait beaucoup.

« Je vis à plusieurs reprises les trois blessés réunis, et je pris part à leurs entretiens, qui étaient tout aussi enjoués que s'il ne leur était rien arrivé. »

J'ai cité ces faits, Messieurs, pour constater une fois de plus combien les hommes énergiques peuvent mépriser la douleur, et combien aussi la fermeté de caractère et le calme moral sont des conditions favorables à la guérison des plus graves atteintes que l'économie puisse éprouver.

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

—

SUITE DU DISCOURS DE M. BOUVIER.

—

II. PROCÉDÉS DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

J'ai dit que l'intégrité de la peau vis-à-vis du lieu où l'on opère, constituait le caractère commun des procédés opératoires sous-cutanés.

A ce point de vue, les opérations sous-cutanées *par excellence* seraient celles où l'on diviserait les tissus profonds, sans faire aucune espèce d'ouverture aux téguments.

Il existe, en chirurgie, des opérations de ce genre; tel est le procédé usité depuis longtemps contre ces petites tumeurs synoviales, pour lesquelles le mot grec *ganglion* paraît avoir été créé.

La rupture du cal difforme, la rupture des ankyloses sont des opérations analogues.

Dans ces circonstances, on retrouve généralement les suites simples des plaies qu'on peut, avec M. Verneuil, appeler *couvertes*, ou des lésions *non exposées* de Hunter.

Mais je ne sais si l'on pourrait jamais utiliser ce mode de séparation des parties pour la division des muscles et des tendons. J'ai entendu raconter qu'un rebouteur empirique prétendait casser le tendon d'Achille dans le pied-bot des petits enfants; je doute qu'il y parvînt véritablement.

L'emploi de l'instrument tranchant a, sur les procédés dont je viens de parler, l'avantage de limiter l'action vulnérante aux tissus à diviser, d'agir sans violence, de ne point produire de froissement, de contusion des parties. Il leur est inférieur en ce point, qu'il faut que l'instrument se fraie une voie à travers la peau et les autres enveloppes des organes à diviser.

Ce désavantage du procédé *par section* disparaîtrait évidemment si, l'instrument une fois retiré, l'ouverture se fermait aussitôt d'elle-même. D'après les observations de notre honorable et excellent collègue, M. le professeur Cloquet, les aiguilles à acupuncture ne font en quelque sorte « qu'écarter les fibres des tissus, et celles-ci se rapprochent dès qu'on fait l'extraction de l'instrument. » Si un pareil instrument pouvait diviser les parties dans les opérations sous-cutanées, les conditions de la méthode seraient manifestement remplies; il n'y aurait pas même à se préoccuper du lieu où l'on traverserait la peau, ni de la direction que l'on donnerait à l'instrument.

Mais un bien petit nombre d'opérations peuvent s'accomplir, sous la peau, avec un instrument aussi ténu. Hunter, dans les expériences sur les chiens, que j'ai déjà rappelées, divisait, dit-on, le tendon d'Achille avec une aiguille à cataracte; ce ne pouvait être que par une suite de dilacérations qui rendraient ce procédé peu convenable chez l'homme. L'abaissement du cristallin est peut-être la seule opération importante qui appartienne à cette catégorie.

Il est une série d'opérations qui, sans rentrer aussi complétement que l'abaissement du cristallin dans cette seconde catégorie de procédés sous-cutanés, peut néanmoins lui être comparée : ce sont les ponctions. L'ouverture faite à la peau par le trocart se ferme si promptement, surtout lorsqu'il est d'un petit diamètre, que la lésion profonde, si elle subsiste, devient presque immédiatement sous-cutanée, même quand la ponction a été directe.

Puisque la plupart des divisions sous-cutanées, celles des muscles et des tendons en particulier, ne peuvent s'effectuer *par rupture* ni à l'aide d'une simple aiguille à cataracte ou à acupuncture, il faut du moins se rapprocher, autant qu'on le peut, des conditions avantageuses qu'offre la lésion dans les deux premiers modes opératoires. On y parvient en donnant à la plaie extérieure des dimensions et une situation en rapport avec le but qu'on se propose :

1° Relativement aux dimensions de l'ouverture extérieure, il est clair que ce qui importe le plus, c'est d'obtenir une plaie cutanée qui se ferme dans le plus court espace de temps possible. De là, l'indication de se servir de ténotomes exigus, de réduire la lésion de la peau à la plus petite piqûre possible, d'éviter avec soin de l'agrandir en coupant le muscle, de lui donner une direction convenable, de favoriser enfin sa prompte cicatrisation. Tout le monde est d'accord là-dessus.

2° Mais, malgré ces perfectionnements, la plaie cutanée subsiste au moins quelques heures ou même quelques jours; des circonstances particulières peuvent d'ailleurs la tenir plus longtemps ouverte. Il fallait donc aussi lui donner une situation qui pût assurer à la plaie profonde, durant cet intervalle, son caractère de *plaie sous-cutanée*. C'est ce que l'on fait, c'est ce qu'on a toujours fait depuis M. Stromeyer, et même avant lui, en piquant la peau non sur l'organe à diviser, mais dans son voisinage, auprès ou à une distance quelconque d'un de ses bords.

On vous a dit, dans la lecture du 17 février, que la condition dont je parle n'était pas remplie dans le procédé ordinaire, parce que la piqûre était trop rapprochée du muscle ou du tendon. Il en résulterait, — on vous l'a encore répété depuis, — que « la plaie tendineuse « et la plaie cutanée *n'en font qu'une;* aucun intervalle ne les « sépare ; d'où une communication directe et constante entre les « deux plaies. » (*Bull.*, t. XXII, p. 473.) Au contraire, si l'on écarte « le plus possible la plaie cutanée de la plaie intérieure (p. 472), au moyen du *pli* dont il a été tant question, on les isole, on les rend *indépendantes* l'une de l'autre, par suite du *tassement* des couches cellulaires qui *oblitèrent*, dans l'intervalle des deux plaies, « le trajet sous-cutané parcouru par l'instrument. » — « D'où l'on peut dire, suivant l'heureuse expression d'un de nos collègues, que la plaie tendineuse est *lutée*, absolument fermée à l'air. (p. 373.) »

Ce n'est pas tout, par l'effet de la communication *constante* et *libre* des deux plaies dans le procédé ordinaire, « il est presque impossible, ajoute l'auteur de l'autre procédé, d'empêcher que la colonne d'air extérieur ne force l'entrée de la plaie cutanée (p. 474). » Or, dans le second procédé, cela n'a point lieu : « la pression extérieure agit en sens contraire, c'est-à-dire favorise l'occlusion du trajet sous-cutané qui sépare les deux plaies (p. 474). Là, dit-on ailleurs, là est la *clef*, le *secret* des résultats pratiques, *si différents* entre les deux procédés, c'est-à-dire des *accidents nombreux* que j'ai signalés d'une part, et, d'autre part, de l'*innocuité constante* de mes résultats (p. 473). »

Il est très-vrai que plus on pique la peau loin du tendon, plus il y a d'intervalle entre la piqûre et la section tendineuse. Mais il n'est pas moins réel que la plaie cutanée et la plaie tendineuse communiquent entre elles, même dans ce cas, par la solution de continuité du tissu cellulaire intermédiaire. Il n'y a là rien de *luté;* on peut trouver le mot *joli*, mais on se gardera de le prendre à la lettre, pour peu qu'on ait jamais passé un stylet aiguillé dans le trajet d'un séton, au moment où il vient d'être fait par une aiguille aussi fine pour le moins qu'un ténotome.

Ce trajet celluleux intermédiaire entre la piqûre entamée et la section du tendon existe également dans le procédé ordinaire; il est seulement plus court; mais il ne manque jamais, par la raison toute simple qu'on ne veut pas s'exposer, en portant le ténotome sur le bord même du muscle, soit à le traverser, si l'on conduit l'instrument au-dessous de lui, soit à agrandir la plaie extérieure, en le divisant de sa face cutanée à sa face profonde.

Quant à la pression atmosphérique, elle agit de la même manière dans les deux cas. Tous ceux qui ont pratiqué la ténotomie ordinaire ou qui l'ont vu pratiquer, savent qu'aussitôt après la section, il se produit ce qu'on nomme le *coup de hache*, toutes les fois que l'écartement des bouts est prononcé et le trombus peu abondant; c'est-à-dire que la peau se déprime entre les bouts, s'applique aux parties profondes par la pression de l'atmosphère à sa surface externe.

Maintenant, quelle influence peut exercer sur la marche de la plaie le plus ou moins de longueur du trajet parcouru par l'instrument dans le tissu cellulaire sous-cutané? Suivant le mémoire du 17 février, « en présence de ce double fait de la communication facile de l'air et de son appel incessant au fond de la plaie tendineuse, » dans le procédé ordinaire, on peut attribuer « à son action (à l'action de l'air), les ténotomies suppurées. » *Bull.*, t. XXII, p. 371. On vient de voir que le *double fait* dont il est ici question n'a rien de réel; la conséquence qu'on en tire tombe donc avec ses prémisses. Mais on a encore mentionné, comme un fait accessoire, un autre effet de la longueur de ce collet ou *goulot* de la plaie, — ainsi que l'a nommé dernièrement un organe de la presse; — cette longueur ferait que, si une des plaies *suppure*, l'autre serait moins exposée à suppurer. (*Bull.*, t. XXII, p. 372.) C'est possible; tout ce que je dirai à cela, c'est que j'ai vu, à la suite des sections ordinaires, la piqûre cutanée suppurer, sans que l'inflammation fût transmise à la plaie musculaire, et que, dans les abcès par congestion, ouverts avec un long trajet sous-cutané, le pus et l'inflammation trouvent fort bien le chemin de la plaie des téguments, quand on n'obtient pas la cicatrisation immédiate.

Je crois qu'il reste peu de chose maintenant de cette théorie, qui s'arrogeait le privilége exclusif d'un procédé vraiment sous-cutané.

Cependant un dernier argument a pu faire impression : M. Guérin affirme que son procédé réussit mieux que le procédé ordinaire.

Je ferai à cela une première objection. Pendant longtemps, l'auteur de la doctrine n'a pas suivi son procédé actuel; il ne l'a jamais suivi

exclusivement; je ne crains pas d'affirmer qu'il ne le suit encore que partiellement. Or, M. Guérin n'a pas vu autrefois plus d'accidents, et n'en voit pas actuellement davantage, en ayant recours au procédé ordinaire, qu'en adoptant le sien propre.

Ces assertions ont besoin de preuves.

En 1838, M. Guérin décrit son procédé pour le torticolis; il faisait bien un pli, mais il a pris soin de vous expliquer lui-même (p. 472 du *Bull*), — dans ce passage d'abord pris par M. Malgaigne pour une citation de Stromeyer, — que ce pli était *tout autre* que celui de la *méthode sous-cutanée*, c'est-à-dire de son procédé nouveau à *écartement;* et cependant aucune de ses opérations de torticolis n'a été suivie d'accidents.

La *Gazette médicale* (des 21 et 28 décembre 1839) contient un travail de son Rédacteur en chef, qui annonce avoir pratiqué jusqu'à cette époque plus de 468 opérations ténotomiques. Il pose, dans ce travail, les règles du traitement chirurgical des pieds-bots. Il n'y est pas dit un mot de la nécessité d'observer une distance quelconque entre les plaies cutanée et tendineuse. Et sur les 468 opérations, il n'y a pas eu un seul accident!

Dans l'exposé même de la Doctrine, lu à l'Académie des Sciences en 1839, publié en 1840, l'auteur, après avoir rapporté un cas de suppuration à la suite de la myotomie, indique comment il modifia son procédé pour éviter cet accident à l'avenir. Vous vous attendez à voir paraître le *vrai pli*, le long trajet *luté*. Pas du tout. « Depuis cet accident, dit simplement M. Guérin, j'ai eu soin de faire de *très-petites* ouvertures à la peau, de n'en faire qu'*une* autant que possible pour chaque opération, d'expulser l'air qui s'y introduisait et de ne pas en faire sortir tout le sang. » Rien, vous l'entendez, sur l'*écartement* des deux plaies; néanmoins, l'auteur ajoute : « Moyennant ces *précautions, il ne m'est plus arrivé le plus petit accident.* » Et, plus loin, il rappelle qu'il a fait remarquer « qu'il fallait, pour que l'organisation immédiate s'effectuât *à coup sûr,* que les ouvertures de la peau fussent *très-petites,* que la plaie fût évacuée de l'air. » Rien de plus.

Dans cette même année 1840, la description d'un nouveau procédé pour la section du sterno-cléïdo-mastoïdien, du procédé du *doigt*, est adressée à l'Académie des Sciences; il consiste à piquer la peau sur la pulpe du doigt indicateur passé derrière le muscle. Il n'y a plus de *pli;* il n'y a plus d'écartement intentionnel entre les plaies cutanée et musculaire; les malades n'en ont pas éprouvé plus d'accidents. La Doctrine de 1839 n'a pas renoncé à ce procédé, et elle a bien fait. Je le trouve mentionné dans une des observations du *Rapport* de 1848 sur les traitements orthopédiques de l'hôpital des Enfants.

Mais il y a une bonne raison pour que M. Guérin ait dévié et dévie encore sans cesse de cette nouvelle règle qu'il vous a fait connaître : c'est tout simplement qu'elle est impossible à appliquer dans une foule de cas.

Ce n'est pas sans étonnement qu'on lit dans le mémoire du 17 février, que « la plaie cutanée est séparée de la plaie tendineuse par un espace celluleux, dont la longueur varie *de 5 à 10 centimètres,* suivant l'extensibilité de la peau et du tissu cellulaire. » (*Bull.*, p. 372.)

Et où les prendrez-vous, ces 5 centimètres *au minimum*, dans la ténotomie des doigts, des orteils, dont toute la circonférence fournit à peine cette dimension? *L'espace s'y refuse,* comme dirait M. Malgaigne. Croyez-vous aussi que la peau du pied, de la main, du poignet, du coude-pied, se prête aisément à cette exigence de 5 centimètres *au moins?* Et dans d'autres régions, au jarret, au pli du coude, à l'aine, au cou même, où la peau est plus lâche, l'espace moins circonscrit, est-ce qu'on ne rencontre pas des vaisseaux, des nerfs importants, dont la situation, les rapports avec les muscles à diviser, doivent bien plutôt déterminer le lieu de la piqûre que la prétendue nécessité d'une distance fixe entre les extrémités de la plaie? Témoin ce procédé *du doigt*, que je rappelais tout à l'heure et dans lequel l'écartement de 5 à 10 centimètres est avec raison sacrifié à la nécessité bien autrement réelle de protéger les vaisseaux.

La Doctrine de 1839 a étendu la méthode sous-cutanée à l'opération du strabisme, dans le procédé *sous-conjonctival.* Il ne peut être ici question de 5, ni même de 1 centimètre d'écartement entre les deux plaies; c'est presque sur le bord du muscle que l'on pique. Cependant ce procédé ne donne lieu, d'après son inventeur, à aucun accident inflammatoire, et la plaie guérit sans suppuration.

Mais si M. Guérin revient forcément au procédé vulgaire dans toutes ces circonstances, si ses malades, d'après ses propres assertions, ne s'en trouvent pas plus mal, vous voyez bien que ce n'est pas son procédé *à longue distance* qui les met à l'abri des accidents, et que si, véritablement, il en a moins que les autres, on doit en chercher ailleurs la cause.

Toutefois, avant de se livrer à cette recherche, il est bon de s'assurer de la réalité de cette opposition de résultats entre les opérations ténotomiques de l'auteur du mémoire du 17 février et celle de *tous* les chirurgiens.

Notre collègue, M. Malgaigne, a déjà fait voir avec quelle facilité la Doctrine met sur le compte des opérateurs les accidents consécutifs à la ténotomie. Je n'ajouterai qu'un mot aux éclaircissements donnés par M. Malgaigne.

On lit dans le *Bulletin* (t. XXII, p. 477) : « MM. Dieffenbach et Phillips citent des cas d'érysipèle, d'abcès, d'inflammation vive, et même de *grands* abcès; ces auteurs font remarquer, etc.; et ils ajoutent : « Les avantages de cette section, etc. »

Vous croyez peut-être que les passages guillemetés par M. Guérin sont tirés de quelque ouvrage fait en commun par MM. Dieffenbach et Phillips; détrompez-vous. M. Phillips a écrit, sous sa propre responsabilité, un ouvrage intitulé la *Chirurgie de Dieffenbach*, qui a fourni la première citation. La seconde est prise dans la traduction que j'ai donnée d'un mémoire de Dieffenbach lui-même *Sur le torticolis.* A quoi se réduit la série d'accidents qu'on vous a complaisamment énumérés? A deux abcès au cou, après la section du sterno-cléïdo-mastoïdien, sur 62 opérations consignées dans le *Traité de ténotomie* de Dieffenbach. C'est de ces deux cas que M. Phillips veut parler; il ne cite lui-même aucun fait. (*Chir. de Dieffenbach*, p. 17.)

Lorsque, dans mes *Réflexions* sur ces observations, j'ai parlé d'*inconvénients* de la section sous-cutanée, au cou, *presque inévitables*, dans certains cas, et *qui pourraient être plus grands encore*, je ne faisais allusion qu'à l'ouverture des vaisseaux et à ses suites, comme le montre clairement le texte, dont M. Guérin, depuis seize ans, tire un autre sens, en en reproduisant sans cesse, toujours avec la même équivoque, le même lambeau.

Je crois inutile d'insister. La vérité est que la suppuration, dans le procédé ordinaire, est un accident rare, on peut dire fort rare. M. Guérin, qui accuse aujourd'hui ce procédé, n'a-t-il pas dit lui-même en 1840 : « Depuis que cette opération (la section du tendon d'Achille) est faite au moyen d'une petite piqûre à la peau et par des personnes qui en ont l'habitude, on n'apprend plus qu'il survienne d'inflammation consécutive. »

Jamais de suppuration dans les plaies sous-cutanées de la Doctrine; *innocuité constante* de l'opération : voilà ce qui vous a été répété sur tous les tons. On convient pourtant de deux exceptions, de deux suppurations après la myotomie; *aucune* ténotomie *n'a suppuré* (*Bull.*, t. XXII, p. 378). On convient encore que, dans d'autres myotomies, on a observé des accidents inflammatoires, enrayés avant la suppuration. Ces faits sont évidemment en contradiction avec les propositions générales de la Doctrine, qui ne peut plus parler d'*innocuité constante,* puisqu'il y a des exceptions. Il faut convenir néanmoins que, sur des *milliers* de cas, ces accidents seraient peut-être en proportion moindre que dans la pratique des autres chirurgiens.

Mais il faut y regarder de près avant d'admettre, sur de simples affirmations, des principes si étroitement liés aux intérêts de la science et de l'humanité. Le mieux, dans le cas présent, est, je pense, de suspendre son jugement jusqu'à plus ample informé. L'histoire de l'art justifierait au besoin cette réserve.

En 1713, une grande solennité réunissait maîtres et disciples à l'école de Leyde; un nouveau professeur, Rau, chirurgien éminent, ami et collègue du grand Albinus, préludait ce jour-là à l'enseignement de l'anatomie et de la chirurgie par un discours sur la manière d'enseigner et d'apprendre l'anatomie, *De methodo anatomen docendi et discendi.* Il introduisait habilement, dans ce discours, l'apologie de sa méthode d'opérer de la pierre. « J'ai pratiqué cette opération *heureusement*, disait-il, avec l'aide de Dieu, sur 1547 individus. » *Quam felici omine in mille quingentis quadraginta septem hominibus Deo bene juvante, peregi.* Rau peignait, sous les plus sombres couleurs, les suites funestes des autres manières de tailler. L'anatomie, ajoutait-il, l'avait conduit à inventer sa *nouvelle* méthode. Cette méthode était la taille latérale; il l'avait prise à Jacques de Beaulieu. On sait aussi que Rau avait eu des revers, que son opération avait été parfois suivie d'hémorrhagies mortelles.

D'où venait donc cette affirmation contraire, dans une circonstance aussi solennelle? Apparemment de ce que l'homme est faillible, de ce qu'il est souvent dupe de ses illusions, de ce qu'il peut manquer de..... mémoire.

A ce propos qu'il me soit permis, en terminant cet article, de rem-

plir une tâche qui m'est douce, d'effacer de pénibles impressions. L'Académie a été un moment contristée par le spectacle affligeant d'accusations réciproques portées à cette tribune touchant la moralité de deux de ses membres. Que l'Académie se rassure, la bonne foi n'a pas cessé de régner parmi nous. Personne, dans ce débat, n'a songé à équivoquer sciemment, à altérer la vérité. Je suis heureux d'être en mesure d'en fournir la preuve. Deux exemples, sans plus, y suffiront.

Un des orateurs, M. Malgaigne, cite une édition de 1839 de son *Manuel de médecine opératoire.* « Il n'existe pas d'édition de 1839, répond M. Guérin, mais une édition de 1840. » Le hasard me fait tomber sous la main un article bibliographique sur ce manuel; le titre, en tête de l'article porte 1839. Cela se trouve à la page 47 du tome VIII, année 1840 de la *Gazette médicale.* La *Gazette* pouvait avoir fait erreur. Je consulte le *Journal de la Librairie;* je vois annoncé dans le numéro du 6 juillet 1839: Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire,* 3e édit. Et cependant M. Guérin avait bien vu 1840 sur la première page du livre. Comment expliquer cela? Rien de plus simple. Un livre voit-il le jour vers le milieu d'une année? la librairie le rajeunit en lui donnant le millésime de l'année suivante. Ainsi a fait l'éditeur de M. Malgaigne. M. Guérin, étranger comme nous aux habitudes de la librairie, ne pouvait pas se douter de cela. Il y a été trompé. Ainsi le premier orateur, M. Malgaigne, avait dit vrai, et le second, M. Guérin, se croyait dans le vrai. Sincérité des deux parts.

M. Malgaigne a nié que son adversaire eût pratiqué la ténotomie avant le 2 décembre 1837. M. Guérin nous a fourni la preuve du contraire; mais, a-t-il ajouté, M. Malgaigne devait comprendre que la date de décembre 1837 se rapportait à la myotomie et non à la ténotomie. (*Bull.,* t. XXII, p. .) C'est la seconde fois que cette confusion de muscle et de tendon jette le trouble dans la discussion, et vraiment cela paraît assez facile à comprendre. Mais, dit encore M. Guérin, comment M. Malgaigne, citant une phrase de mon travail de 1840 sur les plaies sous-cutanées, passe-t-il une phrase d'*à côté* qui empêchait toute méprise? Ce passage d'*à côté* n'existe pas dans le travail cité par M. Malgaigne et publié dans la *Gazette médicale* de 1840. Il ne se trouve que dans une *introduction* ajoutée dans le *tirage à part,* introduction reproduite dans la *Gazette* de 1841, et, en vérité, il fallait le savoir là pour l'y aller chercher. Ici donc encore, les deux orateurs ont parlé sincèrement.

Ce que je viens de démontrer dans ces deux exemples, je pourrais le démontrer à l'égard de toutes les imputations du même genre qui ont désagréablement affecté vos oreilles. On a pu se tromper, mais les intentions ont été pures de tout déguisement, de tout artifice, indignes d'hommes qui ont l'honneur de siéger sur ces bancs.

III. APPLICATIONS DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE.

Notre A. Paré a dit quelque part : « Les complications se font en trois manières : maladie avec maladie, maladie avec cause, et maladie avec symptôme.... Pour savoir traiter toutes ces complications, on doit suivre la doctrine de Galien.... Et en ceci l'*empirique* demeure vague, incertain.... mais le médecin *rationnel,* au contraire, est dirigé par ces trois petits mots dorés (maladie, cause, symptôme). » (*Œuvres* d'A. Paré, p. 279; Lyon, 1652, fol.)

Tout le monde saisit, dans ce passage, le sens des mots *empirique, rationnel;* il est moins facile de les comprendre dans la Doctrine de 1839, qui les répète souvent. Ainsi, avant elle, tout était *empirique* dans la méthode sous-cutanée; elle seule a fondé cette méthode et ses applications sur des *données rationnelles.* Qu'est-ce que cela veut dire? Que les opérateurs ne savaient pas pourquoi ils opéraient sous la peau? ce n'est pas supposable; ou que leurs raisons d'opérer n'étaient pas les mêmes que celles de la Doctrine? Mais alors ce n'était pas de l'empirisme.

Les applications de la méthode sous-cutanée peuvent se diviser en celles qui sont relatives à l'orthopédie opératoire, et celles qui sont du domaine de la chirurgie générale. C'est un sujet vaste, déjà en partie traité par MM. Velpeau et Malgaigne. Je me contenterai de signaler quelques points.

1° *Chirurgie orthopédique.* On se rappelle l'ardeur qui suivit l'invention de M. Stromeyer, l'extension que chacun s'efforçait de donner aux applications de sa méthode. C'était, d'un bout du monde à l'autre, un assaut général de ténotomie. La Doctrine de 1839 prit une grande part à ce mouvement; elle se distingua, j'en conviens, par un véritable excès de zèle. Mais nul, je pense, n'accordera à son auteur que ce mouvement lui appartînt exclusivement, qu'il en fût en quelque sorte la personnification. Je n'insisterai donc pas là-dessus. Je ne citerai qu'un fait, qui montrera mieux que tout autre à quel point tous les esprits s'élançaient d'eux-mêmes vers cet agrandissement de la méthode.

La myotomie rachidienne est une des applications dont on rapporte généralement la première idée à la Doctrine. Eh bien! cette idée avait été enfantée avant 1839.

Dès 1838, M. Pauli, de Landau, écrivait : « A ma connaissance, on n'a encore proposé pour aucune forme de la courbure latérale de l'épine la section des muscles raccourcis qui produisent cette difformité. Mais je ne verrais rien d'extraordinaire à ce que l'on essayât la section des portions musculaires rétractées dans des courbures qui ne proviendraient pas primitivement d'une affection osseuse, et qui résisteraient à tout autre traitement. » (F. Pauli, *De la cataracte et des courbures;* Stuttgart, 1838, p. 377.) Ceci n'est que le commencement d'un article de deux pages sur ce sujet.

On lit dans le *Bulletin* (p. 374) : « Que la ténotomie *huntérienne* ralentissait (à cette époque) la marche de la ténotomie *étiologique* de toutes ses incertitudes, de toutes ses appréhensions, de toutes ses *oppositions.* » Je ne sais si cette phrase est une allusion indirecte, mais en la prenant pour telle, je répondrai que je m'applaudis, pour ma part, d'avoir quelquefois joué un rôle dans ces *oppositions.* Sans ces oppositions, dont on paraît se plaindre, la myotomie rachidienne, la myotomie coxale, dans les luxations fémorales congénitales, et d'autres encore, ne seraient peut-être pas aujourd'hui universellement jugées comme elles le méritent.

Même page (374), il est dit que ces deux ténotomies ont fini par *se séparer* comme « deux personnes antipathiques. » C'est, bien entendu, une figure de rhétorique qui exprime simplement le contraste des idées scientifiques. J'accepte, pour la seconde fois, cette expression en ce qui me concerne; oui, je ne règle pas les indications de la ténotomie tout à fait de la même manière que la doctrine de 1839. La considération de la *cause* ne me suffit pas; je veux encore, comme le dit A. Paré, avoir égard à la *maladie* et au *symptôme;* je crois être *rationnel.* J'ai déjà consacré nettement ailleurs cette *séparation* de la ténotomie dite *étiologique* de celle qui puise ses inspirations à des sources plus complètes. Mes principes, sur ce point, ont été exposés, par M. le docteur Richard Maisonneuve, dans mes leçons de 1856, avec un soin dont je lui témoigne ici ma reconnaissance.

2° *Chirurgie générale.* Après l'invention de la méthode stromeyerienne, la chirurgie orthopédique devait naturellement refléter ses nouvelles lumières sur la pratique de la chirurgie générale.

Cependant, le dirai-je? la plupart des chirurgiens montrèrent d'abord de l'indifférence ou de la tiédeur à s'engager dans cette nouvelle voie. Les uns semblaient renoncer à regret à ces incisions cutanées où se déployaient la dextérité et l'élégance de leur bistouri. D'autres n'étaient peut-être pas assez convaincus de l'énorme différence des résultats de l'ancienne et de la nouvelle méthode. Un autre motif était plus sérieux. Le chirurgien, disait-on, doit, avant tout, *voir* ce qu'il fait; ce n'est pas à l'aveugle que vous pourrez pratiquer sûrement le débridement des hernies, la ligature des artères, et tant d'autres opérations délicates où la main peut s'égarer, privée du secours des yeux.

Il y avait là évidemment, pour un esprit actif, ami du progrès, matière à un beau travail. Il y avait à entraîner les convictions incertaines, à systématiser les faits, à les compléter, à en marquer les conséquences au point de vue pratique. C'est ce que notre collègue, M. Guérin, entreprit. Tel est en effet, le sens de son mémoire de 1839, imprimé en 1840, dans lequel l'auteur a vu, après coup, l'*invention,* la *découverte* de la méthode sous-cutanée.

Je n'ai point à m'expliquer sur la valeur de ce travail; je dirai seulement que son auteur eut un tort : ce fut de dédaigner l'histoire de l'art.

Par *histoire de l'art,* je n'entends pas un vain luxe de dates et de noms propres; j'entends cette étude qui met le savant en communauté d'idées avec ses semblables de tous les temps, de tous les pays.

Voulez-vous un exemple entre mille, de ce que peut l'histoire de l'art? Ouvrez vos actes, les mémoires de cette Académie; vous y verrez ceci :

Un horrible fléau, la *morve,* frappait chaque année quelques victimes humaines, sans qu'on vît d'où partaient les coups. On avait bien à l'étranger, donné son signalement, dépeint sa physionomie, ses allures : on avait décrit ses ravages, mais tout cela était ignoré en France. Un de nos confrères les plus éminents, M. Rayer, savait l'histoire de l'art; il épie le mal, il le découvre, nous le montre à tous, de manière que nous puissions à jamais le reconnaître, de manière que nul désormais ne puisse s'y méprendre. Vous savez le reste : le tra-

vail de M. Rayer, sur la morve, devint son plus beau titre de gloire; il plaça notre savant collègue au rang des juges suprêmes de la science où tous ses autres travaux n'avaient encore pu le faire monter; et la pathologie, l'hygiène, eurent un chapitre de plus.

Voilà ce que fait l'histoire de l'art!

Mais si cette étude est nécessaire à tout médecin jaloux de se tenir à la hauteur des progrès de la science, elle vous est bien autrement indispensable, lorsque la soif des *découvertes* vous dévore. Négligez-vous alors l'histoire de l'art? Vous croyez à tout instant inventer ce que cent autres ont trouvé avant vous. Vous croyez avoir construit tout un édifice, quand vous n'avez fait qu'y apporter une pierre. Vous croyez avoir créé la lumière au sein des ténèbres, quand vous n'avez fait que dissiper quelques ombres qui l'obscurcissaient aux yeux de la multitude. Vous vous croyez enfin *inventeur*, alors que vous n'êtes que systématiseur, que *vulgarisateur*.

S'il est vrai de dire que la chirurgie orthopédique a puissamment contribué à appeler l'attention des chirurgiens sur l'emploi de la méthode sous-cutanée, l'histoire de l'art n'en démontre pas moins que des applications importantes de cette méthode à la chirurgie générale ont précédé la ténotomie stromeyerienne. C'est là une vérité que MM. Velpeau et Malgaigne ont mise hors de doute. Néanmoins, la persistance de M. Guérin, dans sa dernière réplique, m'oblige à l'appuyer de nouvelles preuves.

Le mémoire du 17 février apprécie, comme il suit, les rapports divers de la méthode sous-cutanée chirurgicale et de la méthode sous-cutanée orthopédique.

Les opérations sous-cutanées anciennes sont uniquement « des *expédients* inspirés par des *cas particuliers*, sans *idée* ni *principe*, bornés au cas particulier qui les suggère, et qu'on *oublie presque aussi vite qu'on les a conçus*. » (*Bull.*, p. 469.)

Avant la doctrine de 1839, « les accidents et les principes de la ténotomie étaient comme *deux épouvantails* qui arrêtaient toute extension du procédé opératoire..... en dehors de la ténotomie (p. 479, 480). »

Suivant M. Guérin; c'est seulement à partir de la promulgation de ses idées « qu'un grand nombre de chirurgiens s'empressèrent de réaliser la plupart des applications chirurgicales qu'il avait lui-même indiquées. »

C'est aussi à l'occasion de la doctrine de 1839 que, pour la première fois, on aurait parlé des opérations anciennes, de ces *expédients* « qui lui doivent leur résurrection. »

Il y a plusieurs méprises dans toutes ces affirmations; je n'indiquerai que les principales.

Il n'a pas suffi, pour éclairer M. Guérin, de lui rappeler des opérations sous-cutanées anciennes, *rationnelles*, fondées sur ses propres principes; citons les textes.

Bichat, décrivant le procédé de Desault pour l'extraction des corps étrangers articulaires, dit : « Lorsque l'extraction est opérée, l'aide qui retire en devant la peau du côté interne de l'articulation, l'abandonne sur-le-champ à elle-même; et alors, revenue à sa place naturelle, elle recouvre l'ouverture de la capsule; en sorte que les deux incisions, qui se correspondaient à l'instant de l'opération, changent de rapport, l'une devenant interne, l'autre restant externe. De là résulte un double avantage : l'*entrée de l'air* dans l'intérieur de l'articulation est prévenue, et la portion flottante de la capsule vient se coller au condyle, etc. » (*OEuv. chir.* de Desault, t. I, p. 299.) Et l'innocuité de cette plaie articulaire sous-cutanée est établie par cinq succès. Y avait-il là une *idée*, un *principe?* Était-ce un *expédient* pour un cas particulier; aussitôt *oublié* que *conçu*.

A qui persuadera-t-on que le nombre immense d'opérations ténotomiques pratiquées sans accidents, avant 1839; que le principe de l'innocuité relative de ces opérations, reconnu et proclamé bien avant la même époque, fussent des *épouvantails* capables de détourner les chirurgiens de procédés dont ils avaient déjà antérieurement reconnu les avantages?

Et croyez-vous que ce mode d'extraction des corps étrangers du genou, qui était inventé avant Desault, soit tombé dans l'oubli après lui, qu'il doive sa *résurrection* à la discussion actuelle?

Ouvrez l'ouvrage classique de Boyer, t. IV, p. 447, vous y trouverez le même procédé opératoire, dont la description a été reproduite depuis dans tous les traités de chirurgie.

On nous a dit que M. Goyrand devait à la Doctrine de 1839, l'idée de son procédé pour l'extraction des corps étrangers du genou; on le lui a même fait certifier par écrit. Ce qui n'est pas moins certain, c'est que le procédé de M. Goyrand n'est qu'une modification de celui qu'on trouve, avec des faits à l'appui, dans dix auteurs plus anciens que la doctrine.

Boyer décrit encore une opération du même genre, basée sur les mêmes principes :

« La simple ponction (des ganglions), dit-il, expose beaucoup moins aux accidents inflammatoires que l'ouverture de la tumeur par une longue incision... En la faisant, on doit avoir l'attention de *tirer* la peau et de diriger *obliquement* l'instrument, afin qu'après la sortie du liquide il n'y ait *plus de parallélisme* entre l'ouverture de cette membrane et celle du kyste, et que la surface de celui-ci ne puisse être *en contact avec l'air.* » (T. II, p. 7.) Cela s'imprimait en 1826. Si MM. Barthélemy, Chaumet, Maréchal, ne connaissaient ni Aston Key, cité par M. Malgaigne, ni Cumin, qui a aussi décrit ce procédé en 1825 (1), ces honorables confrères avaient du moins lu la *Chirurgie* de Boyer. Comment donc la Doctrine de 1839 aurait-elle le moindre droit à la découverte du principe qui leur a inspiré une opération semblable?

M. Ricord a décrit, en 1839, la ligature sous-cutanée des veines dans le varicocèle, et je suis heureux d'ajouter qu'il en a obtenu depuis de beaux succès. Autre produit du nouvel ordre d'idées que j'ai révélées, vous dit M. Guérin. Il n'y a à cela qu'un léger inconvénient : la ligature sous-cutanée des veines était inventée dès 1830; M. Ricord n'a fait que la mettre en pratique. Le texte est encore ici indispensable; il faut montrer que ce n'est pas un *expédient*, que c'est toujours la même *idée*, le même *principe*, idée et principe qui avaient depuis longtemps cours dans la science, avant qu'ils ne fussent *découverts* par l'auteur du mémoire du 17 février.

Voici ce qu'on lit dans la *Thèse* de M. Gagnebé, et ce qu'on trouve répété dans une *Thèse de concours* de 1830, de M. Maréchal, ainsi que dans la *Médecine opératoire* de M. Velpeau :

« Les ligatures, telles qu'elles ont été pratiquées jusqu'à présent, exposent à la phlébite, dont la cause me paraît tenir peut-être à la constriction que la ligature exerce sur la veine; mais l'action que l'*air* exerce sur ce vaisseau *mis à découvert* ne me semble pas étrangère à la production de cette maladie.... D'un autre côté, la *suppuration* qui s'établit aux environs de la veine, agit sur elle comme corps irritant.... De telles considérations m'ont porté à faire des recherches pour découvrir un moyen de faire la ligature des veines sans les mettre à nu. Je crois être parvenu au but que je m'étais proposé d'atteindre. » Suivent la description du procédé et le récit d'une expérience faite avec succès sur un chien.

Une des belles applications de la méthode sous-cutanée, dans les cas de cavités closes accidentelles, est celle qui a rapport aux abcès par congestion symptomatique du mal vertébral. La Doctrine de 1839 n'a encore ici à réclamer que l'adoption du principe de la méthode, non le principe lui-même, posé depuis longtemps par Abernethy.

Les *OEuvres chirurgicales* d'Abernethy furent publiées dans les dernières années du XVIIIe siècle. On y trouve un mémoire sur ce qu'on nommait alors les *abcès lombaires* : ce sont les abcès qui, de la colonne vertébrale, descendent à la cuisse. Abernethy était *aérophobe*, du moins dans ce cas, et bien lui en prit. Il redoutait l'introduction de la plus petite quantité d'air dans le foyer, à cause de l'inflammation qui devait s'en suivre. Il imagina, en conséquence, d'ouvrir ces abcès, en conduisant l'instrument obliquement entre la peau et le foyer, l'espace d'un demi-pouce environ. Il prescrivait de ne pas laisser l'écoulement du pus s'interrompre, de peur de l'entrée de l'air. Il refermait ensuite avec grand soin la plaie extérieure. « Un abcès traité de cette manière, dit-il, est aussi exempt d'inflammation qu'il l'était avant la ponction. » Voilà pour l'innocuité. La plaie cutanée guérissait ordinairement par première intention. On réitérait les ponctions autant qu'il le fallait, et on s'occupait en même temps de l'état général du sujet. Abernethy a guéri plusieurs malades.

La méthode d'Abernethy ne s'est pas plus perdue que les procédés sous-cutanés que j'ai déjà cités. Elle a été adoptée, décrite, commentée par un grand nombre de praticiens, en Angleterre et en Allemagne. Elle était connue sous le nom de méthode *valvulaire*, à cause de l'espèce de valvule formée par la paroi du foyer, entre l'ouverture qui la traverse et la plaie des téguments.

Les guerres de la République et de l'Empire empêchèrent cette méthode de s'introduire en France; mais elle y fut inventée par Boyer, qui employa un procédé à peu près semblable; toutefois, il n'eut pas de succès bien constaté.

Il est temps de restituer cette méthode à Abernethy, son véritable

(1) *Archiv. gén. de méd.*, t. XIV, p. 252 (1825).

auteur, dont le travail est encore presque inconnu en France, de ceux-là même à qui la nature de leurs recherches imposait le plus l'obligation de le nommer. Les personnes qui ne pourraient pas lire l'original dans les *Surgical Works* d'Abernethy, en trouveront des extraits dans mes *Leçons* de 1855, recueillies par M. le docteur Bailly, et dans la thèse de ce médecin modeste et éclairé.

C'est ce procédé d'Abernethy et de Boyer que la Doctrine de 1839, après d'autres, qui avaient déjà tenté de l'améliorer, a notablement modifié en donnant plus d'écartement aux ouvertures extérieure et intérieure, en ajoutant un robinet au trocart, en y adaptant une seringue à aspiration; et, comme vous l'a déjà dit M. Malgaigne, notre collègue M. Guérin « a le droit de figurer *à son rang* » dans l'histoire de cette application heureuse de la méthode sous-cutanée.

Je m'arrête, Messieurs. Sera-ce assez? Faudra-t-il revenir encore sur ces tristes questions de priorité, qui mettent tant de passions en jeu et qui profitent si peu à la science? Questions, hélas! de tous les temps, car l'humanité a toujours les mêmes faiblesses. De pareils débats ont agité les Corps savants les plus élevés, ils ont passionné jusqu'aux génies les plus éminents. Vous voudrez donc bien ne pas nous refuser votre absolution si, nous aussi, nous n'avons pu nous défendre d'en être quelque peu émus.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Concours pour l'agrégation en médecine et en chirurgie. — Les argumentations sur les thèses ont eu lieu ou auront lieu dans l'ordre suivant, pour la *section de médecine* :

Mercredi 15 avril,	M. Duriau : *Parallèle du typhus et de la fièvre typhoïde* (argumenté par MM. Charcot et Tholozan).
—	M. Barnier : *Des paralysies sans lésions organiques appréciables* (MM. Lorain et Empis).
Jeudi 16,	M. Racle : *Des diathèses* (MM. Hérard et Axenfeld).
—	M. Chauffard : *Parallèle entre la goutte et le rhumatisme* (MM. Montanier et Duriau).
Vendredi 17,	M. Charcot : *De l'expectation en médecine* (MM. Tholozan et Barnier).
—	M. Lorain : *Du régime dans les maladies aiguës* (MM. Empis et Racle).
Samedi 18,	M. Hérard : *De l'expérimentation en médecine* (MM. Axenfeld et Chauffard).
—	M. Montanier : *Des conditions pathogéniques et de la valeur séméiologique de l'albuminurie* (MM. Duriau et Charcot).
Lundi 20,	M. Tholozan : *Des métastases* (MM. Barnier et Lorain).
—	M. Empis : *De l'incubation des maladies* (MM. Racle et Hérard).
Mercredi 22,	M. Axenfeld : *Des influences nosocomiales* (MM. Chauffard et Montanier).

Les thèses de la *section de chirurgie et d'accouchement* n'étant pas encore remises, nous ferons connaître plus tard le sujet de ces thèses et l'ordre des argumentations.

Hospice de convalescents à Lyon. — Parmi les malades qui sortent guéris de nos hôpitaux, un très-grand nombre est encore dans un état de faiblesse qui les empêche de reprendre immédiatement leur travail habituel, et qui leur fait souvent regretter d'avoir recouvré cette incomplète santé qui les met aux prises avec la misère. Il faudrait, à la plupart de ces malheureux, au moins quelques jours de repos dans des conditions hygiéniques tout autres que celles qu'ils ont pu trouver dans les salles de malades, et meilleures, à coup sûr, que celles qu'ils vont rencontrer chez eux.

Des R. P. Dominicains ont établi, à la Croix-Rousse, rue Saint-Pothin, 17, un hospice de convalescents destiné à combler cette lacune. Cette œuvre, encore au berceau, a donné déjà d'heureux résultats, et ce qu'elle a fait, depuis trois mois qu'elle existe, donne la mesure des services immenses qu'elle rendra plus tard. Confiants dans la bienfaisance proverbiale de notre ville, et forts de leur ardente charité, ces religieux ont entrepris de transformer en maison de campagne des pauvres un bâtiment, on peut dire presque délabré, dont les proportions sont hélas! bien étroites, si l'on songe aux misères qu'il aurait à soulager, mais où les fondateurs espèrent admettre jusqu'à soixante convalescents, en se logeant eux-mêmes sous les combles.

La maison est et sera exclusivement destinée aux hommes; les seules conditions d'admission sont d'être invalide et pauvre. En échange d'une aération magnifique, de promenades dans un vaste clos bien ombragé, d'une nourriture appropriée à leur faiblesse, on n'impose aux pensionnaires ni pratiques religieuses particulières, ni travaux pénibles; on exige seulement de leur part qu'ils se soumettent aux règlements de la maison, et qu'ils se rendent utiles, dans la mesure de leurs forces, ceux-ci à ramasser un peu d'herbes ou quelques morceaux de bois, ceux-là à éplucher des légumes à la cuisine, d'autres à bêcher un peu de terre ou même à des occupations de lingerie ou de devidage.

Une infirmerie de trois lits pour les maladies de peu de durée, des dortoirs spacieux, suffisamment élevés et percés de croisées nombreuses, des réfectoires analogues, une jolie chapelle et jusqu'à un parloir commode où les convalescents pourront recevoir, les jours de pluie, la visite de leurs parents, font de cette maison née d'hier, un établissement déjà complet. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

---

* Dans le *Siècle* du 13-14 courant, entre le résumé du journal le *Chroniqueur* et la réclame du *Steeple-Chase*, on lit l'annonce du cours de clinique de M. le professeur Piorry. — Les lecteurs du *Siècle* ont dû être bien satisfaits d'apprendre cette importante nouvelle — et le caissier aussi.

* **L'essence d'Amazilly et les aphorismes de M. Bouchut.** — D'abord, qu'est-ce que l'essence d'Amazilly? Demandez-le à l'un des spirituels rédacteurs du *Figaro*, qui signe A. Legendre, ou plutôt demandez-le à l'inventeur de cette eau merveilleuse, M. Duprat, parfumeur et sans doute un peu coiffeur : voici ce que vous répondra cet honorable inventeur dont M. A. Legendre a fidèlement recueilli la prose dans le *Figaro* :

« Elle » (l'essence d'Amazilly) « rajeunit, *vivifie* et rétablit dans tout l'*éclat* de ses perfections primitives *qu'il avait perdu* ce *merveilleux organe, chef-d'œuvre du Créateur*, dont la forme élégante, si pure et si gracieuse, fait le splendide ornement de la plus belle moitié du genre humain; et cependant, sans le secours *providentiel* de notre découverte, cet *ornement*, aussi *fragile* que *précieux*, semblable par la délicatesse et le *charme* de sa *mystérieuse structure* à une *tendre et sensible fleur qui se fane au premier souffle de l'orage*, n'aurait *brillé* qu'un *fugitif instant* dans sa *magnificence* pour se *flétrir* à jamais sous l'*haleine délétère* de la maladie, les fatigues de l'allaitement, ou les *étreintes* non moins *pernicieuses* de l'*impitoyable* corset. »

Si M. A. Legendre est aussi complaisant que spirituel, il nous donnera quelques informations sur M. Duprat, notamment sur son âge. Nous soupçonnons fort cet honorable écrivain (M. Duprat, s'entend) d'être un élève de M. le professeur Bouchut, à moins qu'il n'en soit le maître, et nous tiendrons à dissiper nos doutes. M. Legendre jugera, par l'échantillon suivant, que nos présomptions ne manquent pas de fondement :

« L'ÂGE EXPRIME LA PUISSANCE QUI PROCÈDE DE LA FÉCONDATION, SA FORCE ET SON AVENIR, COMME LE CHIFFRE DU CADRAN EXPRIME L'AURORE, LA PLÉNITUDE ET LE DÉCLIN DU JOUR. (Bouchut, *Aphorismes du trait. des malad. des enfants*, 2e édit., p. 152.)

Le célèbre médecin a enfanté plus de deux cents aphorismes de cette force, ce qui nous porte à penser qu'il est bien le maître et non l'élève de M. Duprat, lequel ne paraît avoir poétisé qu'une seule essence d'Amazilly.

Maladies des voies urinaires. — *Cours d'opérations.* M. Caudmont commencera ce cours le mercredi 22 avril, dans l'amphithéâtre no 1 de l'Ecole Pratique, à deux heures.

Cours clinique. Les mardis, jeudis et samedis, à midi, au Dispensaire, rue Larrey, 8.

Maladies mentales. — M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les *maladies mentales*, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 19 avril 1857, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 48. 5e année. Mardi 21 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 20 avril 1857.

Séances de l'Académie des Sciences.

La discussion sur la méthode sous-cutanée, que nous avons tenu à donner complète, parce qu'elle constitue et constituera, surtout plus tard, un des épisodes les plus intéressants de l'histoire de la chirurgie, nous a mis un peu en retard avec l'Académie des Sciences ; nous allons nous remettre aujourd'hui au courant, aux dépens du feuilleton.

— La séance du 30 mars ne doit pas nous arrêter; elle n'a rien présenté qui pût nous intéresser, si ce n'est une communication de M. Thore sur le délire des maladies aiguës, dont l'auteur a jugé à propos de faire une forme de folie. A un certain point de vue, cette réforme pathologique pourrait être utile, mais l'auteur ne s'est point placé à ce point de vue, et ne paraît guère disposé à s'y placer; en sorte que sa réforme consiste dans un changement de mots dont l'utilité ne nous a pas paru évidente.

— La séance du 6 avril a offert, au contraire, un intérêt spécial, trop grand même pour que nous puissions apprécier ici comme il conviendrait chacune des nombreuses communications que l'Académie a reçues. Nous ne pourrons donc qu'en tracer une rapide analyse.

— Dans un mémoire sur les blessures de la guerre de Crimée, M. Baudens a annoncé que la *gravité* de ces blessures ne tenait pas seulement aux boulets et à la mitraille, mais aussi au perfectionnement des armes de précision, à la substitution aux balles rondes des balles coniques, dont la *rapidité plus grande produit des éclats d'os plus nombreux.* Nous ne savons si, en effet, dans les fractures de Crimée, les éclats d'os ont été plus nombreux que dans les autres fractures par armes à feu; M. Baudens n'a donné dans son mémoire aucun renseignement qui puisse nous éclairer à cet égard; ce que nous savons, avec tous les physiciens, c'est que plus le mouvement d'une balle est rapide, moins elle doit produire d'*éclats* en traversant, soit un os, soit tout autre corps solide. Nous pensons qu'après avoir repassé son Pouillet, M. Baudens se rangera à notre avis.

— Un jeune chimiste, de qui la chimie organique semble devoir attendre ses plus grands progrès contemporains, M. Berthelot est parvenu à produire la fermentation alcoolique dans des corps qui ne sont point classés parmi les sucres (on sait qu'on désigne sous le nom de *sucres* un groupe de corps susceptibles d'éprouver la fermentation alcoolique), tels sont la mannite, la glycérine, etc. Nous ne pouvons que mentionner ici ce beau résultat. On verra, par les conclusions qui terminent le mémoire de M. Berthelot, et que nous avons reproduites dans notre Compte rendu, quel avenir il est permis d'espérer, pour l'explication de quelques phénomènes importants de chimie animale, des nouvelles recherches de l'habile expérimentateur.

— M. Larcher a communiqué un fait qui serait très-intéressant s'il venait à se confirmer; c'est l'hypertrophie du cœur *normale* pendant l'état de gestation. Les hommes les plus spéciaux que nous avons consultés, paraissent peu disposés à admettre une telle hypertrophie ; mais c'est là une présomption qui ne prouverait rien contre les faits. Espérons que M. Larcher aura pris toutes les précautions nécessaires pour se mettre à l'abri d'une erreur de diagnostic, ce dont il n'a pas d'ailleurs administré la preuve dans l'extrait de son mémoire publié par les *Comptes rendus*.

— M. L. Corvisart, à qui la physiologie doit de si curieuses et de si utiles recherches sur la digestion stomacale, dont les lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux* ont pu lire tous les détails, vient d'y ajouter des expériences qui ne paraissent pas devoir offrir moins d'intérêt, touchant l'action du suc pancréatique sur les aliments. Toutefois, l'extrait que publient les *Comptes rendus* est insuffisant pour donner une idée du travail de M. Corvisart; ce sont des conclusions auxquelles il manque les preuves ; nous espérons qu'il nous sera possible de publier ultérieurement le travail de l'auteur avec des développements qui permettront à nos lecteurs de s'en faire une idée complète.

— Les expériences communiquées par M. Gallois sur l'action de l'urée ne sont pas les moins intéressantes qui aient été communiquées dans cette séance; elles ne seraient peut-être pas non plus les moins fécondes en applications utiles; mais avant de s'engager dans une voie pratique, on jugera sans doute prudent de contrôler les recherches de l'habile expérimentateur, recherches qui, malgré les garanties d'exactitude qu'elles nous offrent, ne peuvent cependant être acceptées que sous bénéfice d'inventaire.

— Un savant anatomiste qui a déjà enrichi la science de plusieurs faits curieux ou importants, M. *Charles* Robin (qu'il ne faut pas confondre avec M. *Édouard* Robin), paraît être arrivé à résoudre définitivement une question de fine anatomie déjà posée et intuitivement résolue par MM. Serres et Doyère. Les recherches de M. Robin se résument dans un fait expérimental dont il a présenté lui-même la meilleure interprétation et les meilleurs commentaires. Nous ne pourrons donc que renvoyer à son intéressante note, textuellement reproduite dans notre Compte rendu.

— Une nouvelle observation de peau bronzée, communiquée par M. Puech, vient de porter un nouveau coup à la doctrine d'Addison, déjà bien malade, malgré l'accueil enthousiaste que lui avait fait notre élégant professeur de thérapeutique. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Note sur la récidive des difformités après la ténotomie, par rétraction de la substance intermédiaire,

Par M. A. VERNEUIL, *chirurgien des hôpitaux.*

Les auteurs citent un certain nombre de cas dans lesquels la section sous-cutanée des tendons ayant été pratiquée pour remédier à des difformités, telles que le pied-bot ou la flexion permanente des doigts, l'attitude vicieuse, d'abord corrigée par l'opération, s'est reproduite au bout d'un certain temps, ce qui a nécessité une opération nouvelle ou a forcé le chirurgien à abandonner la difformité sans amélioration. Nous trouvons, dans Boyer, un fait de ce genre : « Un jeune homme de 17 ans présentait une déviation du petit orteil gauche. Le tendon du muscle extenseur soulevait la peau du pied et formait une saillie remarquable ; cette difformité était très-incommode. La section du tendon fut décidée. Elle fut exécutée de la manière suivante : le tendon fut mis à nu par une incision longitudinale, puis coupé transversalement, à l'instant les deux bouts s'écartèrent l'un de l'autre de manière à laisser entre eux un intervalle considérable, qui augmenta encore quand l'orteil fut ramené à sa position naturelle, qu'on eut soin de maintenir en fixant cet orteil opéré contre son voisin. La plaie fut réunie au moyen de bandelettes agglutinatives, et, en quatre ou cinq jours, la réunion fut parfaite. L'usage de la bande, qui servait à fixer l'orteil dans sa position naturelle, fut continué pendant longtemps, et l'on ne permit au malade de l'interrompre que lorsque l'orteil put, sans être soutenu, conserver sa nouvelle rectitude. La guérison parut alors complète. Mais bientôt il se forma, entre les deux bouts du tendon qui avait été coupé, une substance dure et solide qui en rétablit la continuité et rendit par degré, à l'orteil, sa direction vicieuse, à mesure sans doute que la substance intermédiaire acquérait elle-même une solidité plus considérable, en sorte que, six mois après l'opération, cette direction était aussi prononcée qu'auparavant. »

Boyer recommença son opération ; il mit de nouveau le tendon à nu ; mais, cette fois, il en reséqua 1 pouce 1/2 ; il réunit encore par première intention, la guérison de la plaie s'opéra sans accident. L'appareil contentif fut longtemps maintenu en place, et la difformité fut définitivement abolie. (*Maladies chir.*, t. III, p. 1088 ; édit. Ph. Boyer, 1845.)

Aucun commentaire n'acompagne cette observation et ne nous éclaire sur le mécanisme de cette récidive. Nous allons tâcher d'y suppléer.

Un tendon a été coupé, la peau qui le recouvrait réunie par première intention ; il n'y a point eu de suppuration, l'inflammation a été par conséquent fort modérée. Le travail de réunion des deux bouts s'est donc opéré à peu près comme dans la ténotomie sous-cutanée, c'est-à-dire sans inflammation vive. L'écartement considérable, produit au moment même de la section et augmenté par la situation donné à l'orteil, démontre que la réunion des deux bouts a dû s'effectuer au moyen d'une substance intermédiaire, exactement comme dans la ténotomie ordinaire. Dans ces cas, la substance de nouvelle formation qui reproduit le tendon s'étant formée sans inflammation suppurative et par le seul fait de la lymphe plastique, n'est point considérée comme tissu inodulaire dans le sens que Delpech donnait à cette expression, c'est-à-dire qu'elle ne possède point la propriété inhérente à ce tissu : je veux dire la rétractilité inévitable. On sait que Delpech avait établi une telle solidarité entre l'inflammation suppurative et la production des inodules, que pour lui un seul de ces actes physiologiques suffisait pour démontrer l'autre dans le passé et dans l'avenir ; et ce fait est assez généralement accepté pour qu'on considère la réunion immédiate comme un moyen préventif certain contre les cicatrices vicieuses. C'est cette proposition trop générale que je veux combattre par des faits concluants.

Supposons un instant que Boyer ait opéré à ciel ouvert et qu'il ait laissé la plaie suppurer. La couche granuleuse, après avoir rempli l'écartement, se serait rétractée lentement, et la difformité se serait reproduite par la cicatrice cutanée d'abord et ensuite par la traction opérée sur les deux bouts opposés du tendon, à l'aide du tissu inodulaire du fond de la plaie. Personne aujourd'hui n'en serait surpris ; mais la plaie n'ayant pas suppuré, les bourgeons charnus ne se sont pas fermés. Il ne reste donc, pour expliquer la récidive, qu'une seule hypothèse, c'est-à-dire la rétraction de la substance intermédiaire, qui a soudé les deux bouts du tendon, rétraction tardive, lente, graduelle, ayant mis six mois à s'effectuer, et qui, en résumé, présente tous les caractères de la rétraction des cicatrices qui succèdent aux plaies exposées.

Mais dira-t-on, s'il en est ainsi, la récidive aurait dû également se produire à la suite de la seconde opération. A cela, je répondrai qu'en enlevant un pouce et demi du tendon, on a cette fois augmenté tellement l'écartement des deux bouts que le muscle, raccourci outre mesure, a pu, par sa résistance à la distension, lutter plus efficacement contre la rétractilité inodulaire, propriété qui, comme chacun le sait, a des limites et aussi une durée qui ne sont point indéfinies, comme on le répète trop souvent.

Le tendon ayant été mis à nu, disséqué, la réunion de la plaie s'était accompagnée sans doute d'un certain degré d'inflammation. Le fait que je viens de présenter est passible de certaines objections, et si je n'avais que lui pour établir mon argumentation, j'aurais sans doute différé cette dernière ; mais je vais fournir des exemples de rétraction secondaire aussi évidente à la suite de ténotomies sous-cutanées, et dans lesquels l'inflammation ne saurait guère être invoquée comme cause efficiente.

Malheureusement, ces faits ne sont pas suffisamment détaillés ; cependant, ils sont concluants, parce qu'ils offrent les trois conditions essentielles, savoir : 1° la section du tendon ; 2° l'écartement des bouts divisés et la production d'une substance intermédiaire ; 3° le retour consécutif à l'attitude vicieuse.

Au dire de M. Bouvier, Blandin a observé un cas de ce genre. Je reproduis le paragraphe tout entier : « M. Blandin a coupé avec succès le tendon d'Achille dans plusieurs cas. Il s'est servi d'un bistouri pointu, qu'il a glissé tantôt sous le tendon, tantôt entre le tendon et la peau, mais toujours sans le faire ressortir du côté opposé. Le pied a généralement été redressé en quelques semaines, *dans un seul cas la rétraction de la cicatrice n'ayant pas été suffisamment combattue par l'appareil, il fallut recourir à une nouvelle section, qui cette fois réussit complétement* (1). Ce court passage indique que M. Bouvier

(1) Bouvier, *Mémoire sur les pieds-bots*, in *Mém. de l'Acad. de Méd.*, 1838, p. 479.

admet la rétraction de la substance intermédiaire comme possible, et qu'il est nécessaire de la combattre par les appareils, si l'on ne veut pas s'exposer à un insuccès.

Du reste, Stromeyer songeait aussi à cette rétraction, car dans les réflexions qui suivent sa première observation, il nous dit : « La substance intermédiaire n'avait eu aucune tendance à se rétracter (1). »

Nous devons encore à M. Lesser l'indication d'un fait analogue, dépourvu de détails comme les autres : « Les tendons « fléchisseurs des trois derniers doigts furent divisés ; les doigts « furent quelque temps redressés et sans mouvements, *puis ils « se retractèrent de nouveau au même degré qu'aupara- « vant* (2). » Je ne puis attribuer cette reproduction de la difformité qu'à la rétraction consécutive de la substance intermédiaire, puisque les doigts restèrent droits pendant quelque temps.

Tous ces faits étant fort incomplets, je ne puis que les rassembler pour appeler l'attention sur une des causes d'insuccès de la ténotomie. Il existe un certain nombre d'observations de pieds-bots dans lesquelles la section du tendon d'Achille a été inefficace ou a dû être répétée deux fois. J'ai cité celle de Blandin ; Stromeyer en rapporte une autre (3) ; on en trouvera trois exemples d'insuccès dans le travail de M. Bouvier, deux lui sont personnels (4). M. Duval en signale également un sixième (5). La rétractilité de la substance intermédiaire ne doit pas toujours en être accusée, mais elle doit figurer dans les causes d'insuccès, et peut-être on l'aurait déjà notée plus souvent, si on avait suivi les opérés plus longtemps que ne l'indique les observations publiées. On s'explique du reste comment cette rétraction est rare après la section du tendon d'Achille ; en effet, les appareils d'abord, la marche ensuite, opèrent sur la substance intermédiaire une extension continue ou au moins fréquemment répétée, qui finit par anéantir dans le tissu de nouvelle formation la tendance à la rétractilité ; et je profiterai de cette occasion pour dire en passant que la tendance à la rétractilité, dans le tissu inodulaire même qui succède à la membrane granuleuse, n'est pas aussi éternelle que le pensait Delpech. Elle a une durée variable, mais dont on peut triompher par les moyens mécaniques continués avec une patience suffisante. C'est là un point pratique de la plus haute importance dans le traitement des cicatrices vicieuses, car il indique la possibilité qu'a le chirurgien de lasser, si je puis ainsi dire, la rétractilité à force de persévérance. Je reviendrai plus tard sur ce point.

En résumé, j'ai écrit cette note dans le seul but de démontrer que *la substance intermédiaire qui réunit les bouts des tendons divisés, quoique prenant naissance sous la peau, sans suppuration et sans inflammation vive, n'en est pas moins quelquefois douée de la propriété fondamentale du tissu cicatriciel qui prend naissance après la suppuration, c'est-à-dire que, comme ce dernier, il peut posséder la rétractilité.*

La grande et intéressante question de la cicatrisation des plaies étant remise à l'ordre du jour par la discussion académique, je me propose de publier sous forme de notes les diverses observations et remarques que j'ai faites sur ce sujet. Depuis près de deux ans j'étudie les cicatrices vicieuses et les phénomènes qui les engendrent. Je crois posséder sur ce point quelques notions qu'il serait utile de vulgariser.

---

(1) *Archiv. gén. de méd.*, 1834, 2e série, t. IV, p. 106.

(2) *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1842, t. VIII, p. 149.

(3) *Archiv. gén. de Méd.*, 1834, 2e série, t. V, p. 195.

(4) *Mémoire cité sur le pied-bot*, 1838, p. 452, 475.

(5) *Traité pratique du pied-bot*, 1839, 1re édit., p. 277, obs. 61.

MÉDECINE.

De l'emploi du chloroforme et des narcotiques comme agents thérapeutiques, et moyens de diagnostic dans certaines paralysies,

Par M. le Dr O. Landry.

(Suite. Voir le n° 46.)

Obs. III. — *Paraplégie chez une femme enceinte, guérie immédiatement après l'accouchement.— Disparition de la paralysie pendant le sommeil : somnambulisme.*

Résumé. — Une jeune dame, mariée à l'âge de 18 ans et très-bien portante jusqu'à cette époque, fut prise, au troisième mois d'une première grossesse, de symptômes nerveux multiformes : tristesse, penchant au suicide, accès d'hystérie, de catalepsie, de mort apparente ; état d'obtusion ou d'excitation extrême de la vue, de l'ouïe, etc. ; accidents qui persistèrent tout le temps de la grossesse. Après un séjour au lit de quelques jours, quand la malade voulut se lever et marcher, les membres inférieurs s'affaissèrent sous elle. Ils lui paraissaient complétement engourdis et extrêmement lourds ; les pieds lui semblaient fortement fixés au sol comme par une boue épaisse, et elle ne pouvait les soulever ni leur imprimer les mouvements nécessaires à la marche. Au lit, elle pouvait, cependant, mouvoir ces membres, quoique sans énergie ; mais ils restaient très-engourdis et étaient le siége de crampes fréquentes. Les membres supérieurs étaient aussi, parfois, tout à fait privés de mouvement, mais seulement d'une manière passagère ; habituellement la malade les faisait servir à tous les usages, quoiqu'ils fussent toujours un peu faibles. La paralysie des membres inférieurs présentait même quelques intermittences, car certains jours la malade pouvait marcher un peu ; mais d'ordinaire, la marche et la station debout étaient absolument impossibles. Miction et défécation normales. — Rien ne put modifier cet état jusqu'à l'accouchement.

Au huitième mois de la grossesse, des accès de somnambulisme se joignirent aux autres phénomènes nerveux : *la malade, privée de l'usage des membres inférieurs pendant l'état de veille, se levait la nuit au milieu du sommeil, et, tout endormie, se promenait dans sa chambre. Une nuit on la trouva debout sur un meuble où elle n'avait pu monter qu'en déployant une certaine force.*

L'accouchement fut heureux et rapide ; il fut suivi de la cessation immédiate de tous les symptômes nerveux. Lorsque la malade commença à se lever, au huitième jour, elle reconnut avec joie que la station debout et la marche étaient possibles et faciles, malgré la faiblesse consécutive à un long séjour au lit et à l'accouchement. Les membres n'étaient plus ni lourds ni engourdis.

Est-il nécessaire de chercher à démontrer la nature sympathique de cette paralysie développée dans le cours de la grossesse, et subitement guérie après la délivrance, comme, d'ailleurs, toutes les autres manifestations nerveuses? Ce fait porte avec lui, il me semble, un caractère d'évidence qui me dispense d'insister. Je répéterai seulement ce que j'ai déjà dit : c'est qu'il est impossible d'attribuer la perte du mouvement, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, à la compression des nerfs du bassin par l'utérus. Chez cette malade, en effet, cette explication ne rendrait compte ni des autres désordres nerveux, ni des phénomènes paralytiques passagèrement observés du côté des membres supérieurs ; elle ne permettrait pas davantage de comprendre le retour des mouvements et la possibilité de la marche pendant le sommeil. Je crois, d'après ces motifs, pouvoir classer ce fait parmi les névroses sympathiques.

Nous trouvons donc chez cette malade, comme chez celle de la première observation, ce phénomène singulier, la cessation de la paralysie pendant le sommeil ; et c'est un rapprochement d'autant plus important à faire qu'il s'agissait, dans ces deux cas, d'affection de même nature. Aussi, conduit par cette ana-

logie, je me suis cru autorisé à donner une interprétation semblable aux particularités de l'observation suivante :

OBS. IV. — *Paralysie générale aiguë, survenue au milieu d'un état nerveux très-complexe. — Possibilité des mouvements pendant le sommeil. — Disparition immédiate mais momentanée de la paralysie sous l'influence du chloroforme.*

Résumé. — Mlle B...., âgée de 21 ans, assez fortement constituée, mais d'un tempérament essentiellement nerveux, était atteinte, depuis plusieurs années, d'une chloro-anémie profonde avec dysménorrhée, accidents nerveux multiformes, surtout aux époques menstruelles, et paralysie complète des muscles des mains et des avant-bras (1). Cet état, excessivement grave par ses effets, et, comme on le verra, par ses résultats ultimes, avait été modifié de la manière la plus complète et la plus inespérée, par l'emploi de l'hydrothérapie, sous la direction de M. L. Fleury. Mais, le 9 février 1856, se manifestèrent de nouveau des symptômes alarmants, et Mlle B.... fut aussitôt transportée à Bellevue. Ces phénomènes, qui succédaient à une suppression de règles, étaient absolument semblables à ceux qu'elle avait éprouvés auparavant, presque toujours dans les mêmes circonstances. Ils consistaient principalement en douleurs atroces, ayant d'abord leur siége à l'hypogastre et aux lombes, mais s'irradiant ensuite dans tout l'abdomen, surtout à l'épigastre, et s'accompagnant de vomissements verts, d'une excitation remarquable du côté des organes génitaux, d'un état nerveux général, d'une souffrance universelle, d'altération profonde de la face, de cris violents, puis d'accidents hystériformes, etc. D'ailleurs, l'absence complète de fièvre, la diminution des douleurs abdominales par la pression, leur intermittence, et, enfin, leurs déplacements assez fréquents, ne permettaient pas d'attribuer ces désordres à un état inflammatoire du péritoine ni de l'utérus ou de ses annexes. Les douleurs hypogastriques et lombaires, seules, étaient permanentes, quoique plus ou moins vives aux divers moments de la journée. Tous ces symptômes s'amendèrent graduellement, et, au bout de quinze jours, Mlle B.... put être soumise au traitement hydrothérapique qu'il avait été impossible d'appliquer pendant toute cette période.

Malheureusement, le 21 avril, encore après une suppression des règles à la suite d'une frayeur, les mêmes phénomènes se développèrent avec la plus grande violence, accompagnés d'une extrême excitation du côté des organes génitaux, et compliqués, en outre, d'une hyperesthésie générale. Ces désordres persistèrent et augmentèrent sans qu'il fût possible d'en modérer l'intensité autrement que par des inhalations de chloroforme fréquemment répétées, et l'administration de l'opium à dose assez élevée. Un mois entier se passa dans cet état sans grand changement : la malade dormant à peine, mangeant fort peu, et, d'ailleurs, tourmentée par des vomissements presque continuels, tomba graduellement dans un véritable état de marasme. Le pouls était, en général, rapide (de 100 à 120), mais très-variable dans son rythme. La température de la peau n'a jamais été augmentée.

Du 23 au 26 *mai*, les règles semblèrent vouloir se montrer ; mais tout se borna à un peu de leucorrhée et un léger écoulement sanguinolent qui dura quelques heures. Cette apparition fut précédée et accompagnée d'un retour de l'excitation génitale qui avait disparu, de mouvements convulsifs de la tête seule, de gastralgie très-vive, de vomissements plus opiniâtres, de douleurs lombaires et hypogastriques violentes, enfin, d'un ictère général. — Pouls à 115, sans augmentation de la température du corps.

Le 26, à tous ces phénomènes, succède une sédation générale qui est attribuée à l'administration de vingt gouttes de laudanum de Sydenham en lavement. Les douleurs sont peu vives, la gastralgie est nulle, les vomissements ont cessé, les aliments sont bien supportés ; le pouls est subitement tombé à 80, les mouvements convulsifs de la tête ont disparu. En un mot, la surexcitation énorme à laquelle la malade était en proie depuis un mois, et surtout depuis la manifestation des dernières règles, est complétement calmée ; aujourd'hui, c'est l'affaissement qui domine.

Le 27, Mlle B.... accuse, dans les parties supérieures des membres thoraciques, jusqu'alors non paralysées, une pesanteur et une difficulté de mouvement inaccoutumées.

Le 28, il est évident que le mouvement volontaire est très-affaibli dans ces parties. La malade se plaint aussi d'une sensation d'engourdissement dans les membres inférieurs, où l'hyperesthésie des jours précédents est remplacée par une anesthésie générale, mais incomplète. Les contacts, les piqûres superficielles ou profondes et la température sont très-peu senties.

Dans la journée, les orteils cessent de se mouvoir volontairement ; un peu plus tard, cette impuissance de se mouvoir gagne les pieds en totalité, puis les jambes.

Le 29. Ce matin, il existe une paralysie à peu près complète des quatre membres, qui ne peuvent être mus volontairement, en totalité ou en partie, quels que soient les efforts tentés par la malade. Il lui est, par conséquent, impossible de changer de place, et on est obligé de lui donner la position qu'elle désire, mais elle retombe toujours dans la position horizontale. Insensibilité presque complète des membres inférieurs à toutes les excitations (attouchements, piqûres, froid ou chaud) ; persistance de l'hyperesthésie dans toute la partie supérieure du corps. On n'observe ni mouvements convulsifs spontanés, ni mouvements inflexes sous l'influence de diverses excitations ; pas de contracture. Pas de tremblement fébrillaire. Irritabilité musculaire partout bien conservée ; l'électricité provoque toujours des effets beaucoup plus marqués quand un des excitateurs est porté sur un cordon nerveux. Pas d'embarras de la parole, pas de tremblement des lèvres ni de la langue, pas de déviation de la bouche. Tous les sens sont intacts. L'intelligence n'est nullement modifiée. Miction et défécation normales.

3 *heures*. Je trouve la malade *endormie. Elle est couchée sur le côté et se maintient très-bien dans cette position. J'interroge les personnes présentes pour savoir si on l'a aidée à la prendre, et on m'affirme que non. Quelques moments après, je la vois remuer très-évidemment les membres et leur donner d'elle-même une autre position. Sans doute éveillée par le bruit, elle se retourne vers nous comme pour interroger. Mais dès qu'elle est complétement éveillée, je l'engage inutilement à se mouvoir dans son lit ; elle ne peut imprimer à ses membres la moindre oscillation ; il lui est également impossible de changer de position spontanément ; elle ne peut se maintenir couchée sur le côté, comme pendant son sommeil, et retombe aussitôt sur le dos. Plusieurs fois dans la journée on l'a vue remuer ainsi en dormant.*

A son réveil, Mlle B.... se plaint d'une certaine gêne de la respiration et d'un sentiment de compression circulaire du thorax. Il n'y a pourtant pas de toux ; l'auscultation et la percussion ne révèlent aucun état morbide des poumons ni du cœur.

10 *heures*. En ce moment, il existe une paralysie complète de tous les muscles du corps, excepté le diaphragme. Immobilité absolue des côtes ; pas de contractions des scalènes, des sterno-mastoïdiens, ni des autres muscles cervicaux. Expression cadavérique de la face : les traits sont allongés et tout à fait immobiles, la bouche est ouverte, la mâchoire abaissée, les dents recouvertes d'un enduit sec ; les globes oculaires sont tournés en haut et incomplétement recouverts par les paupières. Aphonie complète ; dysphagie. Les mouvements des lèvres sont presque nuls ; ceux de la langue sont très-restreints, fort lents, et la malade ne peut tirer cet organe hors de la bouche. Si on lui parle, elle répond à voix éteinte quelques mots entrecoupés et mal prononcés. D'ailleurs, pas de tremblement des lèvres ni de la langue. Pas de mouvements convulsifs spontanés ou réflexes ; pas de contracture ni de tremblement en aucun point du corps. Tous les membres sont dans un état de flaccidité remarquable. — La malade vient encore d'uriner volontairement.

Minuit. Les mouvements du diaphragme sont presque nuls ; à peine l'abdomen est-il légèrement soulevé pendant les inspirations. Impossibilité complète d'émettre le plus léger son. Immobilité absolue des lèvres, de la langue, de la face et des yeux ; quelques oscillations de la mâchoire inférieure expriment seules que la malade com-

(1) Cette paralysie, caractérisée par l'abolition complète de l'irritabilité musculaire et un léger degré d'atrophie, n'était pas, par conséquent, de nature hystérique.

prend les questions qu'on lui adresse et voudrait y répondre. Face cadavérisée, très-pâle, sans expression et couverte de sueurs froides. Pouls insensible.

La mort paraît immédiatement imminente.

Devant ce péril extrême, comme ressource ultime, j'essaye avec les plus grandes précautions de faire inspirer quelques gouttes de *chloroforme* à la malade. *Aussitôt et après quelques inspirations seulement, on la voit remuer les lèvres et prononcer quelques mots; en même temps, la face reprend une certaine expression. J'insiste : la parole revient, la respiration diaphragmatique se rétablit énergiquement; la malade ouvre les yeux et leur imprime les mouvements ordinaires; puis elle remue la tête et la respiration costale reparaît; enfin, à mesure que j'augmente la quantité de chloroforme, les membres supérieurs et ensuite les inférieurs recouvrent la faculté de se mouvoir.*

La disparition de la paralysie s'effectue ainsi de haut en bas, en sens inverse de son invasion; les extrémités des membres restent toujours plus paralysés que leurs parties supérieures. Il est surtout remarquable que ces effets du chloroforme ne portent nullement sur les doigts ou les mains. Lorsque je suspends les inhalations, la paralysie ne tarde pas à se reproduire, pour disparaître de nouveau rapidement dès que j'y reviens. Mais elle perd peu à peu de son intensité, et, à chaque fois, elle est de moins en moins complète et générale. A deux heures, Mlle B...., aidée de deux personnes, peut s'asseoir sur un vase de nuit : évacuation très-normale des selles et des urines. — Le reste de la nuit se passe tranquillement, mais la paralysie se reproduit, bornée seulement aux quatre membres.

Obligé de supprimer les nombreux détails secondaires de cette observation, j'ajouterai que la paralysie a persisté avec des intermittences et de grandes variations d'intensité et d'étendue, mais se généralisant parfois, comme nous l'avons vu précédemment, et mettant alors la vie de la malade en danger. Jamais les muscles n'ont cessé d'obéir très-normalement à l'électricité, excepté ceux des avant-bras et des mains paralysés depuis longtemps. Constamment les effets du chloroforme ont été les mêmes. Plus tard, de graves complications se sont manifestées; un état paralytique permanent, à marche progressive ascendante, lente et régulière, avec abolition de l'irritabilité musculaire s'est établi, et la malade a succombé, asphyxiée par la paralysie graduelle des muscles respirateurs.

Il importe, cependant, de rapporter ici quelques particularités dont on appréciera la valeur lorsqu'il s'agira de discuter la nature de cette paralysie.

Il s'était manifesté une douleur siégeant tantôt à la région précordiale, tantôt à la région hépatique, ou bien, enfin, dans ces deux parties à la fois. Cette douleur, très-superficielle, augmentée par les moindres attouchements et surtout par le contact des corps froids, intermittente, revenant par accès irréguliers d'une intensité extrême, ne tardait pas à provoquer divers autres phénomènes nerveux, soit des mouvements convulsifs de la tête et des membres, soit une rigidité musculaire plus ou moins étendue, soit enfin ces curieux phénomènes paralytiques précédemment décrits. Il y a mieux, on les provoquait à volonté par des attouchements brusques des parties douloureuses, ou en y faisant l'application d'une vessie remplie de glace. Tout aussitôt, la physionomie de la malade exprimait une vive souffrance et de l'anxiété, les membres s'alourdissaient, leurs mouvements devenaient moins faciles, puis complétement impossibles, les muscles respirateurs cessaient d'obéir à la volonté, la langue s'embarrassait, la voix s'éteignait, et, en un instant, le corps entier se trouvait dans un état de paralysie complète, allant parfois jusqu'à un état asphyxique. Mais lorsque l'action prolongée du froid avait affaibli ou aboli la douleur précordiale, ces accidents cessaient graduellement, la motilité redevenait partout normale et il s'effectuait un changement général des plus étonnants. On obtenait aussi toujours les mêmes effets au moyen de quelques inspirations de chloroforme. La malade semblait alors guérie, riait, causait, avait de l'appétit, jusqu'à ce que de nouvelles douleurs vinssent provoquer les mêmes phénomènes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 mars 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Folie. — Sous le nom de *folie aiguë*, M. THORE communique des remarques et observations sur le délire dans diverses maladies fébriles. Ces observations ne présentent rien de nouveau, si ce n'est le nom. L'auteur dit s'être très-bien trouvé des opiacés contre cette forme de *folie*.

Prix. — L'Académie reçoit divers mémoires destinés aux concours pour les prix de médecine et de chirurgie, etc.

Séance du 6 avril 1857.

Thé de foin. — M. Isidore PIERRE adresse des recherches sur les infusions et macérations à froid de foin, dites *thé de foin*, et qu'on donne aux jeunes veaux quand on veut les faire passer du régime lacté au régime végétal.

Ethnologie. — M. DUREAU DE LA MALLE donne lecture d'une *Fantaisie sur les immigrations anciennes des peuples* et notamment sur la dispersion des 80 individus formant la famille de Noé, après leur sortie de l'arche.

Plaies par armes à feu. — M. BAUDENS donne lecture d'un mémoire sur le *traitement des blessures à l'armée de Crimée.* C'est une N^{me} répétition des idées bien connues de l'auteur, sauf une ou deux particularités qui seront signalées dans le *premier-Paris*.

Fermentation alcoolique. — M. BERTHELOT lit un mémoire où il expose qu'il est parvenu à produire la fermentation alcoolique dans plusieurs substances que, par d'autres considérations, il avait été conduit à rapprocher des sucres, notamment la glycérine, la mannite, la dulcine. Après être entré dans des détails circonstanciés sur les conditions où cette fermentation se produit, l'auteur termine son mémoire par le résumé suivant :

« D'après l'ensemble des faits que je viens d'exposer, la glycérine, la mannite, la dulcine, la sorbine, le sucre de lait, le sucre de canne et le glucose, appartiennent à une même catégorie générale de composés organiques, caractérisés non-seulement par une composition, par des qualités physiques et par des fonctions chimiques analogues, mais aussi par la propriété singulière de se décomposer sous l'influence des acides lactique, acétique et butyrique. Cette aptitude à fermenter, tout à fait prononcée dans le glucose, déjà moins évidente dans le sucre de canne, moins encore dans le sucre de lait et dans la sorbine, devient de plus en plus difficile à mettre en jeu dans les matières qui renferment un excès d'hydrogène, telles que la mannite, la dulcine et surtout la glycérine. Ces matières, plus stables vis-à-vis de la chaleur et des réactifs, résistent aussi davantage à l'influence des ferments azotés; mais les métamorphoses semblables qu'elles peuvent cependant éprouver sous cette influence tendent à les rapprocher des sucres proprement dits.

« Si l'on considère que ces corps analogues se trouvent en abondance, libres ou combinés, dans les tissus végétaux, qu'ils se rattachent directement aux principes insolubles qui en forment la trame; enfin, que la plupart des phénomènes de la physiologie botanique semblent rouler sur leurs transformations, il sera facile de comprendre quel intérêt s'attache à l'étude de leurs réactions. Les métamorphoses qu'ils éprouvent par voie de fermentation offrent un intérêt tout particulier, en raison de la ressemblance qui existe entre ces phénomènes si différents des affinités ordinaires, et les phénomènes vitaux proprement dits. Etudier les fermentations, les diriger à volonté vers l'accomplissement de transformations chimiques définies, c'est mettre en œuvre des mécanismes analogues à ceux qui président aux métamorphoses de la matière dans les êtres vivants. »

De l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse, et de son importance pathogénique. — M. LARCHER adresse un mémoire dont il donne l'extrait suivant :

Mon travail se divise en deux parties : la première expose la constatation du fait anatomique, l'hypertrophie normale du ventricule gauche du cœur pendant la gestation et après la parturition, en même temps qu'elle en fait connaître les conséquences physiologiques.

Le cœur est normalement hypertrophié dans l'espèce humaine pendant la gestation.

L'épaisseur des parois du ventricule aortique est augmentée d'un quart au moins, d'un tiers au plus; le ventricule droit et les oreillettes conservent leur épaisseur normale; le ventricule gauche, seul, devient plus épais, plus ferme, et se colore d'un rouge plus vif.

Ainsi formulé, le fait anatomique s'appuie sur plusieurs centaines d'observations, et la résultante physiologique se traduit, à l'auscultation, par le bruit du soufflet constamment perçu, dans cette circonstance, à la région précordiale.

J'appelle l'attention des savants sur l'importante loi des coïncidences entre l'hypertrophie du ventricule aortique et celle de l'utérus, sur la parfaite harmonie qui existe pendant la grossesse entre l'état pléthorique ou polyémique d'une part, d'une autre l'hypertrophie normale et temporaire du cœur, et enfin, la force formatrice (*nisus formativus*) propre à la femme dans ces mêmes conditions. On peut remarquer, à cette occasion, que le ventricule gauche hypertrophié apporte à la fois son contingent d'énergie, et dans l'organisme créateur (la mère), et dans l'organisme créé (le fœtus).

Après avoir constaté dans la première partie de mon mémoire le fait anatomique, et en avoir fait ressortir les conséquences physiologiques, je m'attache, dans la seconde partie, à en démontrer l'importance pathogénique. Je vois, dans l'hypertrophie normale du cœur pendant la gestation, une prédisposition nécessaire aux diverses lésions du centre circulatoire, alors que, dans certaines conditions, les grossesses sont trop multipliées, trop rapprochées. J'attribue également à l'état hypertrophique du cœur le caractère de persistance de la bronchite chez les femmes enceintes. Je rapporte à la même cause la gravité et le danger, plus considérables, de la pneumonie pendant la gestation, et, comme conséquence, l'aptitude plus prononcée à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. C'est également, selon moi, le cœur normalement hypertrophié qui provoque ou favorise, dans les mêmes circonstances, l'épistaxis, l'hémoptysie, la métrorragie, l'hémorrhagie cérébrale.

C'est en poussant le sang artériel vers le produit de la conception, que le ventricule gauche tient dans une sorte d'arrêt la tuberculisation pulmonaire, et cela au profit du nouvel être créé. C'est, au contraire, au profit de l'œuvre de destruction qu'agit le cœur, encore hypertrophié après l'accouchement, alors qu'il vient aggraver les phlegmasies intercurrentes.

Sur une fonction peu connue du pancréas, la digestion des aliments azotés. — M. L. CORVISART communique un mémoire qu'il résume ainsi :

Purkinje et Pappenheim ont affirmé (1839), avoir retiré du pancréas un liquide doué, comme le suc gastrique, de la propriété de dissoudre les aliments azotés : jusqu'à présent on n'avait point démontré qu'il opérât une transformation digestive.

Le suc pancréatique, en digérant les aliments albuminoïdes, opère en eux une transformation identique ou analogue à celle que l'estomac produit. Mais le liquide du pancréas n'agit que sur la partie de l'aliment qui a échappé à la digestion gastrique. La partie de l'aliment transformée par le suc de l'estomac est un *produit définitif* sur lequel le pancréas n'a plus d'action.

La pancréation agit par elle-même, indépendamment du milieu ambiant; en sorte que, dans la digestion intestinale, le suc pancréatique, qu'il soit neutre, acide ou alcalin, dissout la même quantité d'aliment, donne naissance à une albuminose semblable.

Lorsque les deux liquides digestifs sont séparés, ils exercent leur fonction dans sa plénitude et doublent ainsi le produit de la digestion. S'ils se rencontrent à l'état pur, les deux digestions cessent de s'exercer; loin que le produit digéré soit doublé, il se réduit à rien. Les deux ferments (pepsine-pancréatine) s'entre-détruisent. Dans l'état normal, la nature prévient ce conflit par trois moyens : 1° le pylore, qui sépare les deux ferments; 2° la digestion gastrique même, pendant laquelle la pepsine se détruit; 3° la bile, qui anéantit au passage l'activité de cette dernière. C'est ce conflit qui m'a empêché sans doute de réussir, quand j'ai essayé de la pancréatine contre les troubles de la deuxième digestion, comme j'administre la pepsine contre ceux de la première. Pendant une période digestive, il se forme à peu près autant de pepsine que de pancréatine; si le suc gastrique paraît plus abondant, c'est qu'il est plus aqueux; si le suc pancréatique paraît plus fort, c'est qu'il est moins dilué. La bile ne précipite pas le produit qui a été digéré par l'estomac, de sorte que la digestion en soit détruite ou à refaire; au contraire, c'est l'acide de cette dernière qui précipite la bile elle-même. En effet, le précipité ne se forme point ou se détruit dans un milieu alcalinisé, le fût-il même par la bile.

Chimie médicale. — M. DE LUCA communique une note sur l'analyse du cyclamen, dont nous extrayons le fragment suivant :

L'analyse élémentaire de la cyclamine donne les nombres ci-après :

	I.	II.
Carbone.	54,55	54,54
Hydrogène	9,11	9,12

L'action du jus des tubercules de cyclamen et celle de la cyclamine sur l'économie animale, sont dignes d'être signalées; en effet, le jus de ces tubercules introduit dans l'estomac d'un lapin, à la dose de 10 grammes et même de 20 grammes, ne donne pas la mort à l'animal, et il n'est pas inutile de faire remarquer ici que les porcs mangent, sans inconvénient, les tubercules de cyclamen. Au contraire, le même jus agit comme toxique sur les petits poissons tenus librement dans une grande quantité d'eau (1 centimètre cube de jus dans 2 à 3 litres d'eau).

M. Bernard a bien voulu faire quelques essais avec le jus extrait de deux tubercules que j'avais mis à sa disposition, en l'injectant dans le poumon et dans le tissu cellulaire, pour voir si la matière active offre quelque analogie avec le curare. Il a employé le jus qui avait été exprimé depuis trois jours, et il a fait les expériences suivantes : 1° il en a injecté 2 grammes dans le jabot d'un gros verdier, qui mourut avec une grande rapidité; 2° il en avait injecté 4 grammes dans la trachée d'un lapin, qui est mort en dix minutes avec convulsions; 3° un gramme du liquide, introduit sous la peau d'un verdier, a produit la mort, au bout de vingt minutes, avec convulsions; 4° une grenouille qui a reçu sous la peau 2 grammes de la dissolution est morte au bout d'une demi-heure : le cœur ne battait plus, les nerfs et les muscles étaient très-peu excitables, les intestins étaient considérablement météorisés et distendus par des gaz.

Toutes ces expériences montrent que la matière active contenue dans le tubercule du cyclamen agit sur l'économie animale à peu près comme le curare, mais d'une manière moins énergique que ce dernier. La solution aqueuse de cyclamine agit d'une manière analogue.

L'action toxique de la cyclamine et du jus de cyclamen est presque neutralisée par le brome. Voici quelques expériences qui ont été faites dans le laboratoire de M. Bernard pour apprécier si le brome agissait sur la cyclamine de manière à annuler ses effets sur l'économie animale, comme il le fait pour le poison du curare. 1° On a introduit sous la peau d'une grenouille un centimètre cube d'une solution aqueuse de cyclamine, et elle mourut au bout de cinq minutes; 2° une seconde grenouille, par le même traitement, mais en opérant avec la solution de cyclamine saturée de vapeurs de brome, est morte après trois heures et demie; 3° on a introduit sous la peau d'une autre grenouille 2 centimètres cubes de jus de cyclamen, et elle est morte avec convulsions au bout de vingt minutes; 4° la même quantité de jus saturé de vapeurs de brôme, a produit la mort d'une grenouille après quatre heures.

La cyclamine, par sa propriété de se coaguler par la chaleur, ressemble à l'albumine; par la manière de se déposer de ses solutions alcooliques, se rapproche de la mannite; par le caractère de mousser par l'agitation de la solution aqueuse, paraît analogue à la saponine; par sa solubilité dans l'eau après coagulation, on pourrait la confondre avec quelques sels organiques de chaux; par son action sur l'économie animale, elle se comporte comme le curare, et par ses dédoublements elle présente les caractères de la salicine et de la populine.

La solution aqueuse de cyclamine observée avec les appareils de M. Biot présente un faible pouvoir rotatoire à gauche.

Je dirai en terminant que j'ai été beaucoup aidé, dans toutes les expériences, par mon ami M. Ubaldini.

Physiologie. — *Urée et urates.* — M. GALLOIS communique un mémoire dont il donne l'extrait suivant :

Dans un mémoire présenté à la Société des Sciences de Gœttingue, en février 1848, MM. Wœhler et Frerichs avaient annoncé, en termes très-succincts, que l'urée introduite dans les voies digestives se retrouvait intacte dans l'urine. Mais d'autres observateurs non moins distingués ayant émis une opinion différente, j'ai voulu, à l'aide d'expériences sur les animaux, essayer de jeter quelque jour sur la question.

Pour retrouver plus facilement dans l'urine l'urée introduite dans les voies digestives, il me fallut recourir à un animal dont l'urine contient normalement peu d'urée : c'est du lapin que je fis choix. Je

le soumis au régime des carottes, et je maintins cette alimentation exclusive pendant toute la durée de mes recherches.

Je commençai par doser le plus exactement possible, à l'aide du procédé de M. Millon, la proportion d'urée qui se trouvait contenne normalement dans son urine des vingt-quatre heures; puis, dans une première série d'expériences, je lui injectai dans l'estomac, trois jours de suite, 5 grammes d'urée. Dans une seconde série d'expériences, je lui injectai également, trois jours de suite, 5 grammes de la même substance. D'abord je recueillis avec soin, et en une fois, l'urine des vingt-quatre heures, et j'établis très-facilement cette première proposition : L'urée injectée dans l'estomac des lapins passe intacte dans leur urine, et en proportion notable.

En second lieu, je recueillis l'urine par fractions, pour voir combien de temps il s'écoulait avant que l'urée apparût dans le produit de la sécrétion rénale, et au bout de combien d'heures les reins cessaient de l'éliminer. Or, voici comment je puis résumer les résultats que l'expérience m'a fournis : l'élimination de l'urée est déjà notable après trente à quarante minutes, et elle cesse au bout de soixante à soixante-dix heures, quelle que soit du reste la proportion d'urée injectée.

De l'action toxique de l'urée. — Aucun traité de toxicologie n'a fait mention jusqu'à présent des propriétés délétères de l'urée sur l'organisme vivant. C'est cependant pour les lapins un poison assez actif. Les auteurs se contentent de dire que quand l'urée s'accumule dans le sang, elle détermine, par suite de sa transformation en carbonate d'ammoniaque, une série de symptômes qui constituent l'urémie. Or, cette dernière opinion me paraît fort contestable, comme je vais essayer de le démontrer tout à l'heure.

J'ai administré l'urée à la dose de 20 grammes à cinq lapins dont le poids variait entre 1500 et 2000 grammes, et tous ont succombé avec les mêmes symptômes. Les symptômes de l'empoisonnement par l'urée, chez les lapins, peuvent se résumer ainsi : accélération de la respiration, affaiblissement des membres, tremblements avec soubresauts, convulsions générales, puis tétanos et mort. Les lésions cadavériques sont le plus souvent nulles.

J'ajoute, et j'insiste à dessein là-dessus, que l'urée naturelle empoisonne les lapins exactement comme l'urée artificielle, et qu'on ne peut imputer la mort aux cyanures qui seraient contenus dans l'urée artificielle, car les réactifs chimiques n'avaient nullement décélé la présence de ces corps dans celle dont je me suis servi.

De plus, je crois pouvoir conclure de mes expériences que l'urée empoisonne en tant qu'urée, et sans se transformer en carbonate d'ammoniaque, car, au moment même où mes animaux succombaient en proie aux accidents les plus aigus, jamais, dans l'air qu'ils expiraient, je n'ai pu constater la présence du carbonate d'ammoniaque.

D'après MM. Wœhler et Frerichs, l'acide urique, introduit dans l'économie, contribuait à la génération des calculs mûraux, en se transformant en acide oxalique, en urée et en allantoïne. Ces savants observateurs n'ont point retrouvé l'allantoïne, mais ils disent avoir constaté la production de l'acide oxalique et de l'urée. Pour moi, voici ce que j'ai observé : la proportion d'urée n'a point été augmentée dans l'urine du lapin auquel j'avais injecté, dans l'estomac, une première fois 2^{gr},50, une seconde fois 7^{gr},30 d'urate de potasse. Au contraire, elle a paru moindre qu'avant l'administration de l'urate, et le résultat opposé obtenu par MM. Wœhler et Frerichs, me paraît tenir à ce qu'ils ont peut-être analysé l'urine d'une émission quelconque, au lieu d'analyser l'urine des vingt-quatre heures. L'examen microscopique de cette urine ne m'y a point fait trouver d'oxalate de chaux. Je n'en ai point observé non plus dans l'urine du chien, auquel j'avais injecté dans la jugulaire 3 grammes d'urate d'ammoniaque en deux fois. Enfin, j'ai fait deux expériences sur moi-même : la première fois, j'ingérai 5 grammes d'urate de potasse, la seconde fois 4^{gr},10. Après la première ingestion, je trouvai de nombreux cristaux d'oxalate de chaux dans mon urine, et après la seconde, je n'en trouvai aucun.

De ces expériences, je crois pouvoir conclure qu'il y a probablement un rapport entre les diathèses urique et oxalique. Mais l'acide urique, en s'oxydant dans l'organisme, ne donne point toujours de l'urée, de l'allantoïne et de l'acide oxalique. Sans tenir compte des produits intermédiaires et qui me semblent variables, l'acide oxalique paraît être réellement un produit de la combustion de l'acide urique dans l'économie, et en se combinant à l'ammoniaque, il peut, par des réactions ultérieures, engendrer de l'oxalate de chaux.

Etude des ostéoplastes au moyen de l'action particulière exercée par la glycérine sur les éléments anatomiques des os frais. — M. Ch. Robin adresse la note suivante :

On sait que la structure intime de la substance qui forme les tissus compactes et spongieux des os est caractérisée par une matière homogène, organique et calcaire, creusée de petites cavités, de la périphérie desquelles partent des canalicules ramifiés, très-minces, anastomosés avec les conduits semblables des cavités voisines.

Autrefois appelées *corpuscules osseux* ou *calcaires*, ces petites excavations, de forme caractéristique, ont été reconnues comme réellement creuses, sur les os secs, et dépourvues de la poussière calcaire qu'on croyait y avoir vue. La démonstration de ces faits est due à MM. Serres et Doyère (*Comptes rendus*, t. XIV, p. 296).

A cette époque, MM. Serres et Doyère se posèrent cette question : « Que contiennent pendant la vie ces cavités et le réseau des canaux « qui les fait communiquer entre elles ? » Et ils ajoutèrent : « Un « fluide, sans aucun doute. »

Le but de cette note est de démontrer l'existence d'un liquide organique dans les ostéoplastes et dans leur réseau de canalicules déliés, à l'exclusion de toute matière solide.

Cette démonstration n'est elle-même que le résultat d'une action spéciale de la glycérine sur le liquide des ostéoplastes.

Le phénomène dont il s'agit s'opère toutes les fois qu'un *os frais*, dépouillé de son périoste, ou réduit en lames minces, vient à être plongé dans la glycérine qui l'imbibe. Il consiste en un dégagement de gaz qui se produit dans le liquide des ostéoplastes et de leurs canalicules au moment où la glycérine imbibe la substance osseuse et arrive à ce liquide.

Lorsque les os sont réduits en lames minces, le phénomène se passe sous les yeux de l'observateur. Il voit alors les cavités et leurs minces conduits anastomotiques passer de l'état transparent, qu'ils offrent quand ils sont pleins de liquide, à l'état opaque propre aux très-petites bulles d'air placées sous le microscope. Difficiles à étudier sur les os frais, avant cette action de la glycérine, les ostéoplastes et leurs canalicules deviennent aussitôt faciles à poursuivre jusque dans leurs moindres détails.

Ce dégagement de gaz, dont toutes les phases peuvent être observées dans l'intervalle de quelques minutes et venant dessiner immédiatement un ensemble de dispositions anatomiques auparavant presque imperceptibles, est un des phénomènes des plus curieux qui puisse s'offrir à l'anatomiste.

Il reste assez souvent quelques ostéoplastes dans lesquels la glycérine n'arrivant pas, par suite des circonstances indéterminées, le gaz ne se dégage pas. Cette particularité, loin d'être nuisible à l'étude, met en relief les différences qui séparent les ostéoplastes, pleins de liquides et incomplétement visibles, de ceux qui se sont remplis de gaz, et peuvent être étudiés jusque dans les moindres détails de forme, de volume et d'anastomoses à l'aide de leurs canalicules.

Le dégagement de gaz semble dû à ce que, lorsqu'on mêle de la glycérine, même en petite quantité, à de l'eau ou à un liquide organique tenant un gaz en dissolution, on voit aussitôt se dégager des bulles de ce dernier, parce que la glycérine ayant plus d'affinité pour l'eau, s'en empare.

Lors donc que la glycérine, par imbibition de la substance osseuse en pénétrant par les canalicules ouverts à la surface de l'os, vient se mêler au contenu des ostéoplastes d'où partent ces conduits déliés, elle déplace les gaz en dissolution par le mécanisme qui vient d'être indiqué. Ces derniers, mis en liberté, chassent à leur tour le liquide lui-même qui les dissolvait. Ils remplissent ainsi l'ostéoplaste et ses canalicules, et l'œil suit facilement les phases de l'expulsion du liquide par le gaz.

Plus tard, dans l'espace de vingt-quatre à soixante-dix heures, lorsque la glycérine est ajoutée en grande quantité, elle pénètre lentement par les canalicules superficiels jusque dans les ostéoplastes, au sein desquels elle avait produit précédemment le dégagement gazeux. Elle vient ainsi remplir à son tour ces cavités, en remplaçant le gaz dont elle avait suscité l'apparition. Il en résulte qu'après avoir suivi le développement du gaz et la réplétion des ostéoplastes devenant ainsi opaques, l'anatomiste voit la glycérine restituer de nouveau à chacun de ceux-ci sa transparence primitive et les rendre de nouveau difficiles à étudier, comme avant l'action de la glycérine même.

Ce passage alternatif des ostéoplastes et de leurs canaux anastomotiques de l'état pâle à l'état opaque, dû au gaz dont on voit le dégagement, puis à l'état transparent de nouveau, causé par un seul agent neutre, la glycérine, dont on suit la progression dans ces ca-

naux microscopiques, est un fait des plus instructifs pour le physiologiste.

En résumé, sous l'influence de la glycérine, de ce dégagement dans les ostéoplastes d'un gaz dont on voit les bulles s'étendre dans leurs canalicules anastomotiques, qu'elles rendent opaques en chassant devant elles un liquide transparent, il résulte manifestement que ce n'est pas un corps solide ou demi-solide qui remplit les cavités caractéristiques des os.

Ce dernier fait ne résulte pas moins évidemment de la réplétion consécutive de ces canaux microscopiques par le liquide même qui avait causé le dégagement gazeux, lorsqu'il est ajouté en quantité surabondante.

Nouvelle observation de peau bronzée sans altération des capsules surrénales. — M. Puech adresse l'observation suivante :

« Camille Poey, âgé de 54 ans, natif du Puy (Haute-Loire), entré à l'Hôtel-Dieu à la fin de décembre 1856, avait eu, il y a plus de trente ans, un chancre dont il avait été traité fort incomplétement, car quand nous l'avons vu, il présentait des croûtes d'ecthyma et une extose à l'angle supérieur de l'occipital (1).

« Malgré une vie dure et laborieuse, il s'était assez bien porté, lorsque il y a un an et demi, il remarqua que sa peau brunissait et prenait une teinte sale de plus en plus prononcée. Il n'y attacha aucune importance et ne réclama aucun soin ; toutefois il se sentit moins fort, moins actif que par le passé ; des vomiturilions, des nausées, des alternatives de constipation et de diarrhée accusaient la souffrance des voies digestives. Tel était son état au mois d'août dernier, lorsqu'il contracta la dysenterie ; guérie, après un mois elle récidiva à la suite d'un écart de régime. Depuis cette dernière atteinte, sa santé resta toujours chancelante et ses digestions difficiles ; bientôt il accusa, outre des selles fétides et noirâtres, une douleur sourde dans la fosse iliaque droite, douleur qui s'exaspérait à la pression. Des vomissements survenant, il succombe le 1er janvier 1857, à une péritonite déterminée par une perforation de l'intestin. »

L'auteur donne ici l'autopsie complète du sujet ; son étendue ne permettant pas de la reproduire en entier, nous en extrayons seulement les indications nouvelles :

« *Aspect extérieur.* Les cheveux sont noirs, la face est brunie ; mais la poitrine, l'abdomen, la partie antérieure et interne des cuisses sont revêtues d'une teinte sépia générale. Cette teinte, plus ou moins foncée suivant les points, n'a pas de limites arrêtées ; elle s'efface graduellement sur les côtés du tronc pour disparaître complétement au dos. Sur les membres supérieurs, la teinte est plus marquée sur le plan postérieur que sur l'antérieur. Sur le devant de, la poitrine existent des croûtes d'ecthyma ; lorsqu'on le détache, on trouve au-dessous une peau blanche qui contraste avec les parties voisines. Un morceau de peau, conservé dans l'alcool, n'a, après trois mois, rien perdu de sa coloration.

« Le *foie*, de volume moyen, offre des collections multiples, variant du volume d'une cerise à celui d'une noix ; les unes sont franchement purulentes au centre, les autres sont jaune-paille et ramollies ; les unes et les autres, nettement limitées, tranchent vivement avec le tissu sain des parties voisines. La vésicule contient une bile safranée ; elle est petite et adhère au colon. Le pancréas est blanchâtre et mollasse.

« La *rate*, à coque grisâtre, est fixée en dehors par des tractus fibreux ; près de son hile un ganglion arrondi la rappelle par son aspect et sa structure.

« Les *capsules surrénales*, minutieusement examinées, n'offrent pas la moindre altération. »

Couperose. — M. Rochard adresse une lettre que nous sommes obligé de renvoyer au prochain Compte rendu.

(1) L'autopsie a de plus fait reconnaître une périostose sur le corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Concours pour l'agrégation. — Les argumentations des thèses auront lieu dans l'ordre suivant, pour la *section de chirurgie et d'accouchements :*

Jeudi 23 avril,	MM. Legouest : *Des kystes synoviaux de la main et de la partie inférieure de l'avant-bras* (argumenté par MM. Houel et Fano).
Jeudi 23 avril,	MM. Morel-Lavallée : *De la valeur relative des méthodes de traitement des rétrécissements de l'uréthre* (MM. Ollier et Foucher).
Vendredi 24,	Duchaussoy : *Des kystes des mâchoires* (MM. Béraud et Jamain).
—	Trélat : *De la nécrose causée par le phosphore* (MM. Legendre et Bauchet).
Samedi 25,	Houel : *Des plaies et ruptures de la vessie* (MM. Fano et Morel-Lavallée).
—	Ollier : *Des plaies des veines* (MM. Foucher et Duchaussoy).
Lundi 27,	Béraud : *Des maladies de la prostate* (MM. Jamain et Trélat).
—	Legendre : *De la valeur comparative des diverses méthodes de traitement des fractures* (MM. Bauchet et Legouest).
Mercredi 29,	Fano : *Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais* (MM. Morel-Lavallée et Ollier).
—	Desrivières : *De l'accouchement prématuré artificiel* (MM. Blot et un des juges du concours).
Jeudi 30,	Foucher : *De l'anus contre nature* (MM. Duchaussoy et Béraud).
—	Jamain : *Des plaies du cœur* (MM. Trélat et Legendre).
Vendredi 1er mai,	Bauchet : *Des tubercules au point de vue chirurgical* (MM. Legouest et Houel).
—	Blot : *De l'anesthésie appliquée à l'art des accouchements* (MM. Desrivières et un des juges du concours).

École de Médecine de Lyon. — M. le Directeur de l'École de Médecine de Lyon a adressé quelques observations à M. le Sénateur sur la mesure prise par le Conseil d'administration des hospices, et qui déclare incompatibles les fonctions de chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu et celles de professeur-adjoint de clinique chirurgicale. M. le Directeur craint que cette mesure particulière ne devienne générale et nuise à l'avenir de l'enseignement clinique, qui, dès la fin du siècle dernier, avait été confié, d'abord par l'administration elle-même, puis par l'Université, aux médecins et aux chirurgiens en exercice. La renommée de l'École lyonnaise a justifié cette espèce de privilége. M. le Directeur espère que M. le Sénateur modifiera la mesure proposée, dans le sens des intérêts de l'enseignement, et conformément aux traditions de l'École lyonnaise, qui ne diffèrent pas en cela des usages des autres écoles de l'Empire. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Cours complet de médecine opératoire. — M. Chassaignac, agrégé libre à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera ce cours le jeudi 7 mai 1857, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique), et le continuera les mardi, jeudi et samedi.

Les conférences cliniques de l'hôpital Lariboisière seront continuées durant tout le semestre d'été. Visite des malades à huit heures. — Opérations principales tous les lundis à neuf heures.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 49. 5e année. Jeudi 23 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 22 avril 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Importance de la méthode sous-cutanée. — Fonctions du pancréas.**]

Puisque M. Velpeau n'a pu terminer son discours et que notre cher collaborateur ne prend pas aujourd'hui la plume pour en dire son opinion, il nous sera bien permis, sans entrer plus qu'il ne nous convient dans la méthode sous-cutanée, de féliciter le savant professeur de son exorde et de nous en applaudir. M. Velpeau a commencé, en effet, par appuyer de sa grande autorité ce que nous avons dit dans notre dernier numéro même sur l'importance de la question qui s'agite devant l'Académie, question qui porte, a dit M. Velpeau, « *sur une des plus belles acquisitions du* XIXe *siècle, sur une opération qui jouera dorénavant un rôle* IMMENSE *dans la pratique chirurgicale.* » Si nous n'y avions été résolu d'avance, l'opinion de M. Velpeau nous aurait décidé à continuer de mettre, comme par le passé, sous les yeux de nos abonnés, tous les éléments de cet important débat scientifique, qui, nous l'espérons, n'intéresse pas moins nos lecteurs d'aujourd'hui qu'il n'intéressera dans dix ans, dans vingt, dans cent ans ou plus, les hommes assez instruits et assez intelligents pour comprendre que l'histoire de l'art n'est ni une puérilité, ni une superfluité. Nous l'avons dit et prouvé plus d'une fois : quoique nous donnions toujours le pas, dans ce journal, aux faits d'application qui intéressent directement la pratique, nous avons néanmoins la prétention de ne pas faire du *Moniteur* un recueil de formules et de ne pas écrire un journal pour les cuisiniers médicaux ; la cuisine a du bon, sans contredit, mais nous ne pensons pas que le médecin digne du nom qu'il porte en doive faire l'objet exclusif de ses méditations, sous peine de justifier le parallèle, qu'établissent trop de malades, entre lui et la première commère qui cherche à devenir sa rivale, et qui le deviendrait sérieusement du jour où la cervelle du médecin ne serait qu'un dépôt de recettes. Cela dit pour justifier la place que nous continuerons à donner aux grands débats académiques, et, en général, à tout ce qui pourra élever le niveau de l'esprit médical, disons un mot de la bonne fortune qu'a eue hier l'Académie d'entendre M. le professeur Bérard.

Et d'abord, commençons par nous accuser avec bonheur d'une erreur de pronostic.

Quand M. Bérard fut atteint du cruel accident qui l'éloigne depuis si longtemps de l'enseignement et de l'Académie, nous avions, d'après les détails qui nous avaient été donnés, exprimé la crainte que l'intelligence de l'éminent professeur ne se rétablît jamais dans toute son intégrité ; ceux qui ont eu le plaisir d'entendre hier M. Bérard ont pu s'assurer qu'elle est redevenue ce qu'elle était avant la maladie; que rien n'y manque, pas même un petit grain de malice,

Les co-commissaires (pardon du mot) de M. Bérard ont pu tout particulièrement s'apercevoir de cette dernière qualité; ils ont même prouvé qu'ils s'en étaient trop aperçus, en voulant se justifier d'un reproche qui n'avait, sans doute, d'autre but que de mettre précisément en lumière la conservation de la faculté satyrique du rapporteur, et nullement de porter atteinte au caractère ou même au zèle de ses co-commissaires. En fait de caractère, M. Bouley, en particulier, ne peut avoir rien à craindre, et le seul reproche qu'il puisse encourir sous ce rapport, c'est celui de se croire obligé à une justification; ce tort, il se l'est donné hier pour la seconde fois, depuis son entrée à l'Académie.

Pour arriver au fond de la question, M. Bérard, dans un rapport aussi élégamment écrit que savamment pensé et vigoureusement raisonné, s'est proposé de démontrer à l'Académie que le suc pancréatique n'est point nécessaire à l'émulsionnement des corps gras introduits dans le tube digestif, et que le chyle n'est ni moins gras, ni moins bien émulsionné, quand on s'oppose à toute introduction de suc pancréatique dans l'intestin que lorsqu'on ne met aucun obstacle à cette introduction. On sait que cette thèse est celle que M. Colin a soutenue dans un mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 1er juillet 1856.

Les nouvelles expériences faites par M. Bérard pour contrôler celles de M. Colin, ne semblent pas laisser de jour au moindre doute. Nos lecteurs en jugeront eux-mêmes en lisant le rapport du savant professeur, que nous mettrons textuellement sous leurs yeux dans notre prochain numéro. Dans les limites posées par la conclusion de M. Bérard, à savoir que *le suc pancréatique n'est pas nécessaire à l'émulsionnement des corps gras,* nous ne voyons pas ce qu'on pourra lui répondre, à moins qu'on ne parvienne à démontrer que les expériences ont été mal faites, ce qui semble peu probable, quand on songe aux détails

que M. Bérard a consignés dans son mémoire (car c'est un véritable mémoire), et d'ailleurs aux difficultés peu considérables qu'offrent ces expériences.

Toutefois, et malgré ces circonstances, tout le monde regrettera avec nous que M. Bérard n'ait pas insisté davantage auprès de ses collègues pour donner à ses constatations, au moins un témoin de plus; l'éminent professeur est assurément assez éclairé pour pouvoir se passer de tout témoignage; mais la sécurité dans les expériences ne saurait être trop grande, et quand il s'agit de faits qui se passent en plusieurs temps, ces faits sont quelquefois tellement subtils, qu'il faut toujours un peu *timere Danaos* et les hasards de l'expérimentation.

M. Bérard, en concluant contre la doctrine imaginée par M. Bernard et acceptée avec tant de confiance par les physiologistes, a présenté quelques rapides considérations de philosophie scientifique qu'il a émaillées d'une citation prise, autant que nous avons pu en juger, dans son *Cours de physiologie*. Avant de présenter sur ce point spécial du rapport de M. Bérard quelques réflexions, qui nous paraissent utiles, nous avons besoin d'avoir la citation textuelle sous nos yeux. Ce sera donc pour un prochain numéro. H. DE CASTELNAU.

Le premier cas de mort par l'amylène.

L'amylène, ce nouvel anesthésique que M. Snow a introduit dans la pratique, et que M. Giraldès a le premier fait connaître en France, vient de produire un accident qui refroidira peut-être le zèle des expérimentateurs. Un malade, dont nous donnons aujourd'hui l'observation, a succombé pendant l'administration de l'amylène, entre les mains de M. Snow lui-même.

On sait depuis le premier jour que l'amylène est très-volatile, qu'il bout à la température de 35°, qu'il est par conséquent très-difficile à manier, surtout en été, et qu'il ne peut être administré sans appareil; on s'accorde encore à reconnaître que cet agent est et restera plus coûteux que le chloroforme, qu'il est moins énergique, et qu'il produit plus lentement l'anesthésie. Ces conditions et les difficultés qui en résultent dans la pratique, ont été exposées il y a quelques semaines dans ce journal, par M. Jules Rouyer (*Monit. des Hôp.*, 31 mars 1857). Mais on avait, pour continuer les expériences sur l'amylène, des motifs qui, s'ils eussent été fondés, auraient certainement suffi pour contre-balancer les inconvénients que nous venons de signaler, et pour décider tous les chirurgiens à renoncer au chloroforme. On croyait, ou plutôt on espérait que l'amylène serait un agent tout à fait inoffensif. Cette espérance ne s'est pas réalisée; quelques mois à peine se sont écoulés depuis que M. John Snow a publié son premier travail : les chirurgiens qui ont employé le nouvel anesthésique sont jusqu'ici peu nombreux, et déjà cependant la science est obligée d'enregistrer un revers décourageant. Nous n'en voulons rien conclure encore. Il serait *possible*, quoique cela nous paraisse peu probable, il serait possible, disons-nous, que l'amylène, sans être absolument inoffensif, fût moins dangereux que le chloroforme. L'expérience ultérieure pourra seule prononcer sur ce point. Mais nous ferons remarquer qu'on a beaucoup exagéré les dangers du chloroforme, que cet agent convenablement administré, ne donne lieu à des accidents que dans des cas infiniment rares; que la plupart des faits malheureux (non tous) peuvent être attribués à l'imprudence, et que, de tous les anesthésiques employés sur l'homme, l'amylène est jusqu'ici celui qui a le plus promptement fourni son premier revers. Après ces courtes réflexions, nous livrons au lecteur l'observation de M. Snow, telle qu'elle vient de paraître dans le *Medical Times and Gazette* (april 18, 1857, p. 381). P. BROCA.

Observation d'un cas de mort par l'amylène,

Par M. John SNOW.

Le 7 avril dernier, M. Fergusson me pria de l'assister dans une opération qu'il devait pratiquer sur un gentleman atteint de fistule à l'anus. Le malade, âgé de 33 ans, jouissait d'ailleurs d'une bonne santé. M. Fergusson l'avait ausculté quelques jours auparavant, et avait trouvé les bruits du cœur parfaitement normaux. Moi-même, avant de commencer l'inhalation, je tâtai le pouls, qui était naturel, quoique un peu accéléré, comme cela arrive ordinairement avant les opérations. Je versai dans l'appareil environ six drachmes d'amylène, et le malade, couché sur le côté, commença à respirer doucement et avec confiance. L'opercule (1) fut poussé graduellement jusqu'au point de couvrir les trois quarts de l'ouverture du masque, et au bout d'environ deux minutes, le malade parut privé de connaissance. A ce moment, il fit quelques inspirations plus rapides, mais il resta du reste parfaitement calme. Aussitôt, M. Fergusson examina le pouls et le trouva très-bon; je répétai cette exploration avec le même résultat. Je regardai à ma montre : deux minutes et trente à quarante secondes s'étaient écoulées depuis le début de l'inhalation. M. Fergusson introduisit alors la sonde dans la fistule, et voyant que le malade ne bougeait pas, il commença à se servir du bistouri. Cela ne provoqua aucun mouvement, mais les membres se roidirent. Je jetai les yeux sur le masque; l'opercule avait glissé et recouvrait maintenant tout à fait l'ouverture de l'air; cela ne m'inquiéta pas, parce qu'il m'est arrivé fréquemment, en administrant l'amylène, de fermer entièrement l'opercule. En tous cas, j'étais certain qu'il ne s'était pas écoulé plus de quelques secondes depuis l'occlusion complète, car, plus occupé de l'anesthésie que de l'opération, j'avais concentré toute mon attention sur l'appareil. L'inhalation fut aussitôt suspendue; l'opération, qui n'avait consisté qu'en une simple incision, était déjà terminée. Je tâtai de nouveau le pouls, par curiosité plutôt que par crainte; mais quoique je l'eusse trouvé en bon état une demi-minute auparavant, je fus surpris de ne plus le sentir du côté gauche; à droite, il y avait encore une très-faible ondulation. Néanmoins, la respiration était bonne et même tout à fait naturelle; de légers mouvements des membres et de la face paraissaient indiquer que le malade allait se réveiller. J'attendis avec anxiété, pensant que, sans doute, la conservation de la respiration suffirait pour rétablir le pouls. Toutefois, au bout de deux à trois minutes, le malade parut devenir plus insensible, la respiration se ralentissait, et l'attouchement des paupières ne provoquait plus le clignement. Je fis part de ces observations inquiétantes à M. Fergusson, et à M. Price, qui avait assisté à l'opération. Ces deux chirurgiens furent fort surpris, car rien n'avait pu leur faire craindre le moindre accident, soit pendant, soit après l'inhalation. Il jetèrent de l'eau froide sur la figure du patient; cela n'eut aucun résultat. La respiration s'embarrassait de plus en plus; la figure devenait livide. Bientôt, le malade cessa de respirer, à l'exception de quelques soupirs profonds et éloignés. Nous eûmes aussitôt recours à la respiration artificielle, suivant le procédé de M. Marshall-Hall, au

(1) L'appareil de M. Snow se compose d'un vase où on verse l'amylène, d'un tube qui en sort et d'une sorte de masque qui embrasse à la fois la bouche et le nez. Vis-à-vis l'ouverture buccale, le masque présente un trou assez large qui permet au malade, au début de l'inhalation, d'aspirer une grande quantité d'air atmosphérique. Ce trou est muni d'un opercule mobile que le chirurgien pousse ou retire à son gré, selon qu'il veut augmenter ou diminuer la quantité d'air mêlée aux vapeurs anesthésiques. (*Note du trad.*)

moyen de pressions alternatives sur la poitrine, pendant que M. Price maintenait la bouche ouverte. On entendait distinctement le bruit que faisait l'air en traversant le larynx. Après avoir inutilement varié ce genre d'épreuves, nous essayâmes l'insufflation de bouche à bouche, qui réussit moins bien encore. Quoique pendant les dix minutes qui suivirent la disparition du pouls, le malade eût fait quelques inspirations, il fallut reconnaître que les moyens précédents avaient été inefficaces. Je crus, il est vrai, même après ce laps de temps, entendre dans la poitrine un léger mouvement du cœur; il est probable que ce ne fut pas une illusion, car exactement au même instant, M. Fergusson sentit au poignet droit une faible pulsation. Mais ce fut le dernier signe de vie, quoique nous ayons eu soin de continuer la respiration artificielle pendant longtemps encore.

J'ajouterai qu'au moment de l'opération le malade était à jeun. Il y avait plusieurs heures qu'il n'avait pris aucune nourriture; mais il avait bu environ une pinte d'ale quelques instants avant l'opération.

La quantité d'amylène employée était peu considérable, car il en restait encore au bout d'une heure et demie une notable quantité dans l'appareil, quoiqu'on n'eût pas pris soin de remettre le couvercle.

L'autopsie fut faite quarante-huit heures après la mort. Le corps était roide. Il y avait sous la peau une épaisse couche de graisse. Les cartilages des côtes étaient ossifiés. Les poumons étaient amples, et ne s'affaissèrent pas. Ils continuèrent à remplir complétement la cavité de la poitrine; ils paraissaient emphysémateux, quoiqu'on n'aperçût pas à leur surface de cellules élargies. Il y avait un peu de congestion à la partie postérieure du poumon gauche seulement. Le péricarde renfermait un peu de sérosité transparente. Le cœur était chargé de graisse, et un peu plus gros qu'à l'état normal. Trois ou quatre onces de sang noir s'écoulèrent par les gros vaisseaux lorsqu'on retira cet organe de la poitrine. Le ventricule droit parut seul un peu dilaté; les parois du ventricule gauche étaient épaisses et contractées au point d'en effacer presque entièrement la cavité. Le foie était congestionné, noir et friable. L'estomac, parfaitement sain, ne renfermait qu'un peu de mucus. Les autres organes ne furent pas examinés. Le cadavre n'exhalait pas l'odeur de l'amylène.

Malgré toutes les précautions que j'ai prises pendant la durée de l'inhalation, la mort du malade me paraît devoir être attribuée à l'action de l'amylène; on ne peut songer à l'attribuer à la douleur de l'opération, puisque l'insensibilité était complète lorsque l'incision a été pratiquée... .

Je *crois* que le malade avait un emphysème des poumons, car la respiration artificielle n'a pas été faite avec assez de force pour distendre, d'une manière permanente, les cellules aériennes. En outre, la dilatation du ventricule droit du cœur indique l'existence d'un obstacle déjà ancien à la circulation pulmonaire.....

La persistance de la respiration si longtemps après la cessation des battements du cœur, dans le cas qui précède (comme dans plusieurs cas de mort par le chloroforme), est un phénomène extrêmement curieux. Il fallait que la circulation ne fût pas entièrement anéantie, et que le cerveau reçût encore une petite quantité de sang. Mais alors on se demande pourquoi l'action du cœur n'a pu se rétablir.....

Le malade était le cent quarante-quatrième à qui j'administrais l'amylène. Il est impossible, avec ce seul cas, de prendre une moyenne. Je ne vois pas pourquoi un pareil accident n'aurait pas pu m'arriver dans l'un des premiers cas où j'ai employé le chloroforme, ni pourquoi je n'aurais pas pu employer l'amylène pendant quatre à cinq ans sans éprouver aucun accident. J'espère donc que l'avenir des inhalations d'amylène ne sera pas compromis par ce cas malheureux.

Londres, 18 avril 1857.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

PHYSIOLOGIE.

De l'emploi de l'amylène chez les enfants malades,

Par M. Isid. Henriette,

Professeur de clinique à l'hôpital Saint-Pierre.

Voici le résultat de trois expériences auxquelles nous nous sommes livré; nous terminerons par quelques conclusions que nous croyons n'être dépourvues ni d'intérêt ni d'utilité :

Obs. I. — X...., jeune fille âgée de 10 ans, très-nerveuse, atteinte d'une coxalgie pour laquelle on veut lui appliquer un bandage inamovible. Les mouvements étant très-douloureux, on cherche à obtenir l'anesthésie à l'aide de l'amylène, apporté par M. Alex, chirurgien-dentiste, qui l'avait reçu de Londres.

L'enfant est très-effrayée par l'idée qu'on va lui faire subir une opération grave; néanmoins elle se présente assez bien aux inspirations d'amylène.

Le pouls et la respiration examinés au préalable donnent, le premier 128, et la seconde 13 à la minute.

Dix grammes environ d'amylène sont versés sur de la ouate contenue dans un cornet en gutta-percha, puis celui-ci est placé devant le nez et la bouche de la petite malade, qui s'agite aussitôt et se plaint de ce que le liquide lui coule dans la bouche. Puis, au bout d'une minute, elle dit : je m'endors; on la pince fortement sans qu'elle paraisse le sentir, mais cela ne dure qu'un instant, et, bien qu'elle continue les inspirations, elle revient à elle et la sensibilité reste aussi vive qu'à l'état normal. Cette première expérience dure quatre minutes.

On recommence encore à trois reprises différentes les inspirations qui durent chaque fois trois minutes, mais on n'obtient plus rien. On a employé, tant à l'aide du cornet que d'un appareil fourni par M. Alex, 30 grammes d'amylène. La malade ne s'est plaint que de l'introduction du liquide dans sa bouche, l'odeur ne l'a point incommodée, les lèvres et le nez qui ont été en contact avec le liquide, n'ont présenté aucune trace d'irritation.

Le pouls exploré pendant toute la durée des inspirations n'a présenté aucun changement, ni dans sa force, ni dans sa fréquence, ni dans son rhythme.

Obs. II. — L'enfant qui fait le sujet de cette seconde observation est une petite fille de 3 ans, atteinte de teigne faveuse. A plusieurs reprises nous avons procédé à l'épilation selon la méthode que nous avons fait connaître il y a six ans. Mais chaque fois que nous procédions à cette opération qui est très-douloureuse, l'enfant jetait des cris et versait d'abondantes larmes.

Nous résolûmes donc de la soumettre à l'action anesthésique de l'amylène, en apportant toutefois certaines modifications aux procédés suivis dans l'observation précédente. Ainsi, au lieu de la position horizontale que nous avions donnée à notre première malade, nous tînmes celle-ci dans une position verticale, l'enfant resta assise dans une chaise; au lieu de verser à plusieurs reprises l'amylène sur le tampon de ouate au fur et à mesure qu'il se volatilisait sous le nez et devant la bouche de la malade, nous en versâmes tout d'un coup quinze grammes. Les effets furent rapides, l'instantanéité d'action remarquable : *cinq secondes* suffirent pour abolir la sensibilité : un douzième de minute !

Aussitôt que les effets de l'amylène se produisent, les yeux des malades s'injectent, ils deviennent brillants, larges, ouverts; les enfants paraissent en extase, la figure reste colorée, la circulation n'éprouve pas de changements considérables. Le pouls conserve un peu de fréquence, mais n'offre pas d'irrégularité ni d'intermittence. La respiration reste calme, sans troubles apparents. Il y a résolution des membres, mais elle est loin d'être aussi grande que celle qu'on observe chez les individus soumis à l'action du chloroforme; la petite malade resta la tête fixe, les bras appuyés sur sa chaise, ayant l'air de me regarder pendant

tout le temps, qu'avec de fortes pinces je lui arrachais les cheveux de la tête. L'insensibilité était donc complète.

Tous ces phénomènes, de même qu'ils se produisent avec une rapidité surprenante, se dissipent promptement; s'ensuit-il qu'il faut prolonger les inhalations aussi longtemps que dure l'opération? Ici nous les avons répétées trois fois, et voici ce que nous avons observé. Les effets de ces trois inhalations successives se prolongèrent, ceux de la première quarante-deux secondes, de la deuxième, trente-deux secondes, de la troisième, trente secondes, une demi-minute. Passé ce laps de temps, l'intelligence et la motilité de l'enfant momentanément abolies, revenaient peu à peu, quoique la sensibilité fût encore abolie. Notre petite malade se prêtait alors à l'opération, tournait la tête pour me faciliter la besogne, me donnait la main quand je la lui demandais, et ne manifestait aucune douleur pendant tout le temps que dura l'épilation, c'est-à-dire *quatorze minutes*. Je la fis lever enfin de son siége et elle s'en retourna seule à son lit.

Obs. III. — Le sujet de cette troisième observation est une petite fille de 6 ans, atteinte d'un favus en cercle, et d'adénite scrofuleuse; elle est d'une sensibilité extrême, aussi avions-nous depuis quelque temps renoncé à l'épilation comme moyen thérapeutique. Nous résolûmes donc d'employer ici l'amylène, curieux que nous étions de voir si les phénomènes extraordinaires observés chez la petite malade, sujet de l'observation qui précède, se renouvelleraient. L'enfant fut placée sur une chaise, quinze grammes d'amylène versés sur un tampon de ouate contenu dans un cornet en gutta-percha furent rapidement portés devant la bouche, et au bout de *sept secondes* nous pûmes enlever sans occasionner de douleurs, les bandelettes que nous avions placées au préalable sur le cuir chevelu. Les effets de cette première inhalation se prolongèrent pendant 45 secondes et puis comme l'épilation n'était pas achevée, nous eûmes recours à une deuxième et enfin une troisième inhalation dont les effets se firent sentir 30 secondes et 28 secondes.

Comme dans l'obs. II, l'enfant paraissait en extase, la figure colorée, les yeux ouverts, la respiration calme, profonde, la circulation normale, le pouls peu accéléré, mais très-égal, très-régulier; l'intelligence, momentanément abolie, de même que la motilité se réveillent d'abord, la sensibilité ne revient qu'ensuite, c'est-à-dire que des fonctions cérébrales celle que nous voulons suspendre est précisément celle que l'amylène atteint. Cette espèce de discernement du nouvel agent anesthésique qui lui fait produire plus spécialement son action sur la sensibilité et à un bien moindre degré sur l'intelligence et la motilité est de la plus haute importance. Aussi a-t-il besoin pour être mis hors de doute d'expériences plus nombreuses.

Le 8 avril, je soumis cette même petite fille à de nouvelles inhalations, et l'épilai de nouveau. Cette fois il nous fallut une demi-minute pour réussir et l'amylénisation dura 45 secondes, au bout desquelles l'enfant, qui n'avait rien ressenti de l'enlèvement d'une douzaine de bandelettes, s'en retourna à son lit, et se mit à manger avec appétit une tartine que la sœur lui donna.

Conclusions : Par suite des expériences auxquelles nous nous sommes livré, nous croyons pouvoir constater dès à présent :

1° Que l'amylène chez les enfants est un excellent anesthésique, qu'il produit l'extase et non le coma.

2° Qu'il agit avec une rapidité plus grande que le chloroforme;

3° Que ses effets se dissipent plus promptement;

4° Qu'il ne produit ni accès de toux, ni nausées, ni vomissements;

5° Qu'il n'occasionne pas la période convulsive que le chloroforme produit assez fréquemment;

6° Que son action s'étend à toutes les fonctions cérébrales, mais c'est la sensibilité surtout qui est spécialement et le plus longtemps abolie;

7° Que la circulation et la respiration n'éprouvent aucun trouble considérable et de nature à inspirer des inquiétudes sérieuses;

8° Qu'il trouvera une large application en chirurgie toutes les fois qu'on devra faire une opération de courte durée, telle que l'incision d'un phlegmon, l'ouverture d'un abcès, l'extraction d'une dent, la réduction d'une luxation, l'extirpation de loupes, le cathétérisme, etc.;

9° Que la position assise est préférable à la position horizontale;

10° Que la dose d'amylène doit être versée en une fois et placée vivement sous le nez des malades de manière que l'évaporation n'ait pas le temps de s'opérer. (*Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 avril 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Un rapport de M. le docteur Masson, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaune, sur une épidémie de *fièvre typhoïde* qui a régné dans la colonie pénitentiaire de Cîteaux, en novembre 1856. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Un rapport de M. le docteur Revillout, médecin-inspecteur des *Bains de mer du Croisic*, sur le service médical de cet établissement pendant les années 1854, 1855 et 1856.

— Un rapport de M. le docteur Isarié, médecin-inspecteur des *Eaux-Chaudes* (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Vaccine. — Le tableau des *vaccinations* pratiquées, en 1855, par M. le docteur P. Hullin. (Commission de vaccine.)

Méthode sous-cutanée. — M. Barthélemy, dont le nom a été cité souvent dans la discussion sur la méthode sous-cutanée, adresse la lettre suivante à l'Académie :

« Dans l'éclatante discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie sur la méthode sous-cutanée, mon nom a été prononcé plusieurs fois d'une manière si bienveillante par les principaux orateurs, que je crois devoir commencer par les en remercier.

« Cependant, comme ces citations ont été faites à des points de vue diamétralement opposés, il a dû rester un certain doute dans l'esprit de l'Académie sur la modeste part que j'ai eue, il y a vingt ans, dans la propagation de la méthode sous-cutanée.

« Je crois donc convenable de venir rappeler :

« Que dans le cours de l'année 1838, assistant, rue de Duras, à une section de sterno-mastoïdien que M. J. Guérin pratiquait pour un torticolis chronique, l'idée me vint, séance tenante, d'appliquer les sections sous-cutanées à l'opération des ganglions synoviaux, et que c'est ainsi que j'imaginai et publiai mon procédé dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 27 novembre 1838.

« En 1839, M. J. Guérin fit connaître les formules générales qui sont la base de sa méthode sous-cutanée, et plus tard, il dit, par inadvertance sans doute, que mon procédé se trouvait *implicitement* renfermé dans ces mêmes formules.

« Il me fut aisé de démontrer à cet honorable confrère qu'il se trompait, puisque mon procédé avait précédé les formules générales de près d'une année.

« La vérité est donc que, bien que mon procédé soit une inspiration de la méthode sous-cutanée de M. Guérin, il n'en a pas moins présenté dans le temps un côté nouveau, en ce sens que j'ai appliqué le premier au traitement des ganglions synoviaux, les sections sous-cutanées, qui ne l'avaient été jusqu'alors par tous les chirurgiens et par M. Guérin lui-même qu'à la ténotomie.

« J'ai l'honneur, etc. Barthélemy (de Saumur). »

LECTURE.

Chirurgie. — M. le docteur P. Hutin, chirurgien en chef des Invalides, donne lecture d'une observation ayant pour titre : *Ablation du corps de l'os maxillaire inférieur par un boulet de canon. Réparation des parties molles. Résultats consécutifs observés quarante-huit ans après la mutilation.* Voici un résumé succinct de cette observation :

Un militaire, J.-B. Retrouvé, âgé de 21 ans, avait déjà reçu deux blessures à la bataille de Wagram, le 6 juillet 1809, lorsqu'il fut atteint par un boulet de petit calibre qui lui enleva le corps de la mâchoire. Le blessé ne s'aperçut de cette mutilation qu'en voulant parler, et en portant la main sur la blessure. Peu de temps après, en se retirant, il s'affaissa, épuisé par la perte de sang, et resta ainsi sans perdre connaissance pendant trente heures; l'hémorrhagie s'était arrêtée. Il fut relevé ensuite.

La bouche n'avait plus de plancher; la langue, privée de ses points d'attache par la disparition de la majeure partie de la mâchoire, était pendante au devant du cou. Il n'y eut pas une seule esquille à enlever, ni une seule ligature à pratiquer; un lambeau qui restait pendant fut réappliqué sans qu'on en régularisât les bords; on le maintint par des points de suture. La langue n'ayant fait aucun mouvement rétrograde, elle ne devint l'objet d'aucune attention particulière, et il ne survint aucun accident relatif à cette complication. On put faire prendre des boissons sans sonde ni biberon. La dégluglition, quoique entravée, se faisait relativement assez bien.

Une inflammation vive fit relâcher les sutures, et la plaie qui existait au-dessous de la lèvre inférieure conservée se rouvrit, et donna passage peu à peu à une partie de la langue, qui contracta des adhérences avec les bords de l'ouverture.

Quatre mois après, on appliqua au malade, dans l'hôpital des Invalides, un menton d'argent qu'il conserva depuis. Il se maria ensuite, et revint plusieurs fois à l'hôpital des Invalides, notamment en 1834, où on lui proposa de fermer l'ouverture sous-mentale par la suture, après avivement des bords. Mais cette opération ne fut pas faite, et le malade sortit. Il revint en 1850, et c'est alors pue M. Hutin put examiner les résultats sur lesquels il appelle l'attention de l'Académie.

La lèvre inférieure s'est inclinée en avant et dépasse la supérieure. Il existe au plancher de la bouche une ouverture de 6 cent. 1/2 transversalement, sur 2 1/2 d'avant en arrière.

La langue a conservé des adhérences avec le bord de l'ouverture sous-mentale; ses mouvements sont bornés; cependant, le blessé peut, en ramenant la pointe en arrière, l'appliquer sur l'ouverture et fermer celle-ci.

Il ne reste plus trace des glandes sub-linguales et de la sous-maxillaire droite, ni de leurs conduits excréteurs. Les nerfs maxillaires inférieurs déchirés ne se décèlent par aucun renflement terminal sensible.

Les joues ont été sans cesse attirées vers la ligne médiane par leur poids et par la rétraction du tissu cicatriciel de toute la masse charnue, et notamment par un cordon fibreux qui occupe l'épaisseur du plancher de la bouche. Elles ont exercé sur les os maxillaires supérieurs une pression latérale, faible à la vérité, mais incessante. Cette pression a dû porter son action sur les dents d'abord, puis sur les arcades dentaires elles-mêmes; par sa persistance, elle a vaincu la résistance des lames palato-maxillaires, qui sont déformées et rétrécies par suite d'atrophie et peut-être aussi par un refoulement partiel de leur suture commune vers les fosses nasales, phénomènes que l'autopsie seule pourrait constater. Dans l'état naturel, la mâchoire inférieure protége la supérieure contre cette pression des joues, qu'elle maintient à distance, et elle forme en même temps aux os de la face un arc-boutant s'opposant à un tel mouvement de concentration.

RAPPORT.

Physiologie du pancréas. — M. Bérard, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Longet, Bouley et Bussy, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Colin : *De la digestion et de l'absorption des corps gras sans le concours du suc pancréatique.*

Nous publierons prochainement ce travail.

Après la lecture de ce rapport, M. Bouley demande la parole.

M. Bouley. Je repousse énergiquement le reproche qui m'a été adressé par M. Bérard. Les expériences ont été faites sans que je fusse prévenu : une seule fois j'ai été convoqué, je m'y suis rendu; pour les autres séances, il eût été bien facile de me prévenir, puisque je me trouve dans l'établissement même, à Alfort.

M. Bussy. Je me trouve dans le même cas que M. Bouley : j'ai assisté à une séance d'expériences, et depuis je n'ai pas été prévenu; on m'a seulement envoyé une fois un liquide pour déterminer quelle quantité de sucre il renfermait. J'ai répondu qu'il n'y en avait pas, et depuis je n'ai plus entendu parler des travaux de la Commission.

M. Bérard. Je demande très-humblement pardon à mes collègues si mes paroles ont pu les blesser. On comprend très-bien que l'état de ma santé ne me permet pas d'être à la fois le secrétaire et le rapporteur de la Commission, et j'avoue que je n'ai pas prévenu mes collègues. Quant à M. Bouley, il aurait pu parfaitement assister aux expériences qui se faisaient dans l'établissement dont il est un des administrateurs, à quelques mètres de distance de son habitation. Les portes de la salle où nous expérimentions sont toujours restées ouvertes; pouvait entrer qui voulait, et c'est même parce que l'on y entrait que je me suis pressé de lire ce rapport. Mais je crois qu'il y a une autre raison qui éloignait de nous M. Bouley, c'est qu'il n'avait pas encore pu se mettre d'accord avec M. Colin sur la question de la *ligature de l'œsophage.*

M. Bouley demande la parole.

Plusieurs membres proposent de passer à l'ordre du jour.

M. Bouley. On ne peut pas m'empêcher de répondre sur un fait aussi personnel, et je désire ne pas rester sous le coup d'une imputation du genre de celle qui vient d'être formulée par M. Bérard.

M. Bérard me prête là des sentiments qui feraient supposer que des considérations mesquines et personnelles peuvent me faire manquer à un devoir dont m'a chargé l'Académie.

(Interruption; plusieurs membres reproposent de passer à l'ordre du jour.)

M. le Président. Il est acquis que les membres de la Commission n'ont pas été prévenus; cette raison suffit pour expliquer leur absence.

Je propose de passer à l'ordre du jour. M. Velpeau est inscrit pour prendre la parole dans la discussion sur la méthode sous-cutanée.

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

M. Velpeau. Qu'est-ce que la méthode sous-cutanée? Cette question, qui a pu surprendre d'abord, avait réellement besoin d'être posée, l'Académie doit le voir aujourd'hui. Les assertions, les preuves et contre-preuves émises ou rapportées jusqu'ici, sont loin toutefois d'avoir épuisé le sujet.

En réalité, la méthode sous-cutanée s'entend ou doit s'entendre des opérations qui se pratiquent sous la peau, à l'aide d'une ouverture des téguments aussi étroite que possible.

Tel est le fait brut, absolu d'où il faut partir. Cette opération consiste d'ailleurs en des sections, lacérations ou perforations qui s'appliquent ou peuvent s'appliquer à tous les tissus de l'organisme, qui ont été appliquées en particulier aux tendons, aux muscles, aux ligaments, aux aponévroses, aux brides, soit fibreuses, soit celluleuses, au tissu cellulaire, à différents kystes, à certaines cavités closes, aux hernies, aux phlegmons, aux résections, aux amputations même.

Avant d'aller au fond du sujet, il importe de le dégager des éléments de confusion, de faire disparaître les erreurs, les équivoques, les malentendus, les diverses méprises qui s'y sont introduits sous ce rapport, l'Académie me permettra donc, j'espère, de revenir un instant sur ce qui a été dit par divers orateurs, et en particulier sur ce que M. Guérin a cru devoir répondre, soit à moi, soit à d'autres.

Il s'agit ici, Messieurs, d'une grande question, d'une des plus belles acquisitions du XIXe siècle, d'une opération qui jouera dorénavant un rôle immense dans la pratique chirurgicale.

Qui, mieux que les contemporains, pourrait en tracer jamais l'histoire? Et nous le pardonnerait-on, à nous qui avons été témoins de sa naissance, qui l'avons suivie dans tous ses méandres, qui avons assisté à toutes ses transformations, qui avons été, en un mot, acteurs ou témoins de ses évolutions, de ne pas en établir, avant de la léguer à la génération qui doit nous succéder, un historique exact et impartial?

Ce n'est donc pas un travail de pure curiosité, d'intérêt personnel, de valeur secondaire que celui qui consiste à mettre en lumière les droits de ceux qui ont inventé ou perfectionné la méthode sous-cutanée, comme de montrer à ceux qui se l'attribuent à tort leur illusion et leur injustice.

Pour s'entendre sous ce rapport, il faut absolument y mettre du calme et de la bonne foi, il faut, s'il se peut, ne pas se mettre en défiance les uns contre les autres, ne pas raisonner à la manière des

avocats, qui veulent à tout prix gagner leur cause, mais discuter à la manière de savants qui, de part et d'autre, veulent arriver franchement à la vérité.

Ce préambule m'a paru nécessaire à l'égard de celui de nos collègues qui s'est plus particulièrement mis en cause dans ce débat. Soit dans son exposition, soit dans ses réponses, M. Guérin a toujours paru croire que notre intention était de le dépouiller de ses droits à la reconnaissance publique; aussi, l'avez-vous entendu parler de coalitions, de gens affiliés contre lui, se donner comme une victime, comme un savant persécuté. Je ne veux point rechercher s'il y a eu par moment quelques apparences en faveur de sa supposition; ce qu'il y a de certain, c'est qu'il s'est défendu, a répliqué de manière à se tenir souvent en dehors du vrai, à répondre du moins par des raisonnements ou des preuves qui n'éclaircissent rien, qui sont fréquemment à côté de la question.

Je vais à ce sujet lui soumettre un certain nombre de remarques :

Ainsi, M. Guérin croit que le débat n'est pas sérieux entre nous. Il a été, dit-il (*Gaz. méd.*, p. 177), « provoqué la veille d'une décision qui devait honorer la méthode.... dans l'espoir de prévenir cette décision.... il n'a été repris que dans le but de réformer le jugement qu'on n'avait pu empêcher. »

C'est là, il est vrai, un langage qu'il attribue à ses amis, et il pourrait en décliner la responsabilité: mais cela n'entre point dans ses intentions, car il ajoute : « Partageant leur avis sur le caractère et le véritable motif de la provocation, etc. » Une pareille interprétation aurait droit de me surprendre, de me blesser même, car c'est bien à moi que l'accusation s'adresse ; eh bien ! pour en faire voir toute l'injustice à mon honorable collègue, il me suffira de lui indiquer, de lui démontrer même, s'il l'exige, qu'il a commis là une erreur matérielle.

C'est le 13 janvier 1857, en effet, que j'ai demandé à cette tribune ce que c'était que la méthode sous-cutanée; or, c'est le 29 décembre précédent que la décision dont il parle a été prise, et c'est le 5 janvier qu'elle a été adoptée en comité secret par l'Académie des Sciences; il ne pouvait donc pas entrer dans mon esprit d'empêcher cette décision quand je suis venu ici demander qu'on discutât la méthode sous-cutanée, huit jours *plus tard*.

Avec d'autres sentiments, avec moins de préventions, M. Guérin eût, je suppose, répondu avec plus d'abandon, et de manière à nous éclairer davantage.

Par exemple, croit-il sincèrement avoir prouvé que tels ou tels procédés lui sont dus, que la méthode sous-cutanée lui appartient, en invoquant le témoignage d'un certain nombre de confrères? Qu'est-ce qu'on lui conteste? D'avoir inventé ou constitué la méthode. Qu'ont dit les hommes dont il invoque le nom? Les uns, qu'ils avaient été inspirés par ses travaux, d'autres, qu'il avait puissamment contribué à répandre cette méthode, quelques-uns, qu'il avait un grand talent et un esprit aussi ingénieux qu'aventureux. Mais en est-il un seul qui lui ait attribué l'invention? C'est pourtant là le seul fait en discussion. Je maintiendrais donc volontiers, quant à moi, comme exacts, comme mérités les éloges qu'il a rappelés, sans que cela répondît en quoi que ce soit à nos objections.

Et puis, quand même tous ces noms lui auraient certifié l'exactitude ou la justesse de ses prétentions, est-ce que cela pourrait décider le fait? Qu'est-ce que des attestations pareilles, fussent-elles en italien, comme celle de M. Pacchiotti (*Gaz. méd.*, 1857, p. 251), peuvent prouver en fait d'histoire? Ces sortes de certificats n'ont-ils pas l'inconvénient d'être donnés volontiers à tous ceux qui les demandent? Si je voulais aussi, moi, en invoquer de contraires, cela me serait-il bien difficile? Notre collègue vous a cité avec satisfaction la générosité posthume de Dieffenbach ; eh bien ! M. Sédillot, qu'il a invoqué avec la même intention, et qui est encore, lui, par bonheur, au nombre des vivants, n'entend pas de la même oreille. Voici ce qu'il m'écrit *spontanément* :

« M. Guérin m'a fait paraître comme ayant renoncé à mes anciennes opinions; c'est une erreur, je n'ai pas varié à cet égard sur la valeur et les indications de la méthode sous-cutanée. »

Vous me permettrez de ne pas lire le reste....

Préoccupé comme il l'est, M. Guérin ne fait pas assez d'attention aux preuves dont il se sert. Vous l'avez entendu m'opposer un passage où je suis censé dire que c'est lui, que ce sont ses travaux qui m'ont porté à tenter la méthode sous-cutanée pour la cure radicale des hernies. Il est pourtant vrai que je n'ai jamais écrit rien de pareil, et que l'article d'où est tirée sa phrase appartient à l'un des rédacteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, qui a d'ailleurs mis son initiale au bas de l'article. (*Gaz. des Hôp.*, 1840, n° 84.)

Que dit, d'un autre côté, le médecin russe dont M. Guérin a parlé? Que ceux qui nous écoutent aillent lire d'un bout à l'autre le travail cité, tome 1er, page 158, des *Annales de la chirurgie française*, et je crains bien qu'ils n'en reviennent avec une opinion tout autre que celle qui pourrait convenir à notre collègue.

Un argument qui a paru faire impression sur l'assemblée, et que M. Guérin a fait valoir avec une certaine malice (que je ne lui reproche pas d'ailleurs), est tiré du silence que j'aurais gardé dans mon *Traité de médecine opératoire*, eu égard à la méthode sous-cutanée. Cet argument est fort singulier.

Comment ! je n'aurais rien dit de la méthode sous-cutanée, quand j'ai consacré dans mon premier volume, de la page 498 à la page 591, aux faits qui concernent cette méthode; lorsque, après avoir traité de la ténotomie en général et de ses différents procédés, après avoir dit (p. 538) en particulier: « C'est donc, en définitive, pour remédier à des difformités que la ténotomie doit être conservée. Sous ce point de vue elle s'applique, ou peut s'appliquer, à tous les tendons et aux muscles longs qui ne sont séparés de la peau par aucun organe important; » après l'avoir décrite pour les difformités du pied, de la jambe, de la main, de l'avant-bras et du cou, pour les tendons extenseurs, pour les tendons fléchisseurs des doigts, pour le triceps, pour le biceps du bras; pour les tendons ou muscles de l'aisselle, pour les extenseurs et pour les fléchisseurs des orteils, pour les tissus fibreux de la plante du pied, pour le jambier antérieur, le jambier postérieur, les tendons du gros orteil, les péroniers latéraux, pour les tendons de la jambe, du jarret, pour les muscles du cou, etc., il serait permis de dire aujourd'hui que j'ai passé cette méthode sous silence !

M. Guérin n'a donc pas vu (t. III, p. 154), que je l'ai désignée sous son nom actuel en parlant des kystes et à titre de ponctions sous-cutanées; et qu'à la page 180 de ce même volume, j'avais déjà attribué les ponctions *sous-cutanées* à M. Cumin, en faisant remarquer que cet auteur en avait eu l'idée dès 1827, de même que M. Hening et M. Marshall-Hall s'en étaient servi, dès 1831, contre les tumeurs érectiles? N'a-t-il pas vu à cette occasion (*Archiv. de méd.*, 1834, p. 210), que M. Tarral dit nettement que cette opération se pratique *sous la peau?*

Si j'étais disposé à incriminer les intentions de M. Guérin ou à suspecter sa bonne foi, ne serais-je pas autorisé à dire que, pour ne pas trouver ce qu'on lui indique dans un livre, il a soin de l'aller chercher dans le deuxième volume, je suppose, lorsque le fait se trouve dans le volume premier, c'est-à-dire à gauche quand on lui parle de droite; mais moi, qui suis convaincu de son amour de la vérité, je me borne à croire qu'il se fait illusion et que ses préoccupations l'empêchent de bien voir ce qu'on veut lui montrer.

Voici une autre équivoque que je recommande à son bon vouloir. Il m'a fait dire que le travail de réparation après la ténotomie était un travail inflammatoire, et, pour preuve, il est venu l'autre jour, mon livre à la main, montrer qu'en parlant de la ténotomie dans certaines régions, à la main et au pied, par exemple, je regardais cette opération comme dangereuse à cause des inflammations qu'elle pourrait faire naître dans les toiles synoviales; or, je le demande, quel rapport y a-t-il entre ces deux choses : l'inflammation possible, à titre d'accident, dans une région spéciale, et le travail réparateur après la ténotomie comme méthode générale et suivant sa marche régulière?

Passons à un autre fait. Voulant prouver qu'il avait inventé une méthode sous-cutanée différente de l'ancienne, M. Guérin nous a dit qu'avant lui les chirurgiens étaient convenus que : « Après la section du tendon, les deux bouts divisés doivent être remis en contact pour favoriser leur réunion. » (*Gaz. méd.*, p. 117), et il reproduit cette assertion dans vingt endroits de ses discours; ici, par exemple (*Gaz. méd.*, p. 124) : « La ténotomie *huntérienne* a pour caractère la négation d'un *fait capital*, l'écartement des parties divisées. »

Ainsi voilà un fait positif, capital, l'ancienne ténotomie était basée sur le rapprochement des bouts du tendon divisé, et il fonde la nouvelle sur leur écartement. « J'ai fait ressortir comme caractère fondamental de la méthode sous-cutanée, dit-il, le fait de l'écartement des parties divisées, tendons, muscles, etc. » (*Gaz. méd.*, p. 123.) C'est bien entendu, il veut que les bouts du tendon soient écartés; les autres, au contraire, prescrivent de les tenir en contact ; or voici ce qu'il en est en réalité; pour remonter à une époque en dehors de toute discussion, prenons Delpech (*Maladies réputées chirurgicales*, 1816, t. 1er, p. 670) : « Les bouts du tendon coupé, dit cet auteur, peuvent contracter une union *médiate* à la faveur de laquelle l'organe peut recouvrer encore une partie de ses fonctions. » Pour moi, voici ce que j'en dis (p. 549, 550) : « . . . . . Je regarde comme très-important de

pratiquer la ténotomie : 1° par une ponction étroite de la peau ; 2° de couper aussi complétement que possible le tendon, en ayant soin de ménager sa gaîne celluleuse ; 3° d'éviter avec précaution les vaisseaux, etc.; 4° de *redresser sur-le-champ la partie s'il n'est pas nécessaire de solliciter un écartement de plus de 1 pouce 1/2.....* »

Voilà de quelle manière les auteurs qui ont précédé 1839 ont établi, en principe, qu'il fallait remettre les bouts du tendon coupé en contact après la ténotomie, et veuillez bien remarquer que M. Held, M. Bouvier, comme les autres chirurgiens, n'ont pas plus établi que Delpech et moi, la nécessité que nous attribue M. Guérin.

Je me suis demandé d'où pouvait venir cette méprise de notre collègue, et j'ai cru la trouver dans ce fait, à savoir qu'il a pensé que dans la théorie de Hunter, la réunion immédiate des parties divisées ne devait s'entendre que de la réunion par rapprochement des tissus remis et maintenus en contact par leurs bouts. Partant de cette supposition que nous admettons le contact des deux bouts du tendon coupé après l'opération : « Qu'est-ce que cela? s'écrie-t-il, si ce n'est la théorie et la pratique de la réunion par première intention? » — « Tout le monde le pensait, le professait, ajoute-t-il, les hommes les plus experts.... le déclaraient explicitement dans leurs écrits. » Un peu plus loin, il dit encore : « Relativement à l'idée, on recherchait la cicatrisation immédiate des plaies tendineuses. » (*Gaz. méd.*, p. 117.) Mais qui a dit cela? où a-t-il vu de pareilles doctrines?

Cette doctrine, attribuée par lui à Hunter, il me la fait adopter, en me rangeant parmi ceux qui recommandent de mettre les deux bouts du tendon en contact. Là encore M. Guérin me paraît avoir confondu deux choses fort différentes dans les doctrines de Hunter. Comme M. Ammon l'a fait plus tard, Hunter explique le rétablissement de la continuité des tissus, des tendons en particulier, par une substance intermédiaire ayant pour origine du sang épanché qui s'organise et subit diverses transformations. J'adopte si peu cette doctrine, tout opposée d'ailleurs à celle que suppose M. Guérin, que j'explique par cette phrase ma pensée à ce sujet : « La bride ou le tissu qui rétablit à la fin la continuité de l'organe divisé, ne résulte point d'un épanchement de fibrine ou de sang, au moins dans la plupart des cas ; elle résulte bien réellement du rapprochement, de la concentration, de l'hypertrophie ou de la transformation fibreuse des lames celluleuses du voisinage. » (*Ouvrage cité*, p. 547.)

Vous voyez donc bien que M. Guérin s'est complétement mépris sur le fait de l'écartement des bouts du tendon après la ténotomie, et je lui demande, en conscience, s'il n'est pas permis d'être surpris, après cela, de l'entendre dire dans son dernier discours : « Je n'ai pas donné le fait de l'écartement comme un caractère du vrai procédé sous-cutané. » (*Gaz. méd.*, p. 178, deuxième colonne.) Par quelle inadvertance cet écartement, qui était un *caractère fondamental* de la méthode dans le premier discours, n'est-il donc plus un *caractère du vrai procédé* sous-cutané dans la dernière argumentation ?

Que M. Guérin ait reconnu qu'il s'était trompé en s'attribuant un fait que tout le monde connaissait avant lui, rien de plus simple, mais qu'il vienne dire, comme il le fait page 178, que ce sont ses contradicteurs qui maintenant « s'accordent avec lui pour reconnaître qu'il se fait entre les deux bouts un écartement, » cela n'est vraiment pas conforme à une bonne argumentation ; car, on le voit, c'est lui qui s'accorde maintenant avec nous, et non pas nous qui nous accordons avec lui.

Cette manière de répondre aux objections qu'on lui fait, est, on le devine, assez embarrassante, et comme elle se retrouve à chaque instant dans le langage de notre collègue, il est réellement difficile de le suivre. Qu'il me soit permis d'en donner d'autres preuves.

Pour montrer combien ce que j'avais dit du précepte qui consiste à tirer la peau dans un sens ou dans l'autre avant de l'inciser sur les articulations ou sur la poitrine, dans le but de détruire le parallélisme entre la plaie des téguments et la plaie de la membrane séreuse, dans le but d'éviter l'entrée de l'air au sein des cavités. Il a dit que ce fait devait avoir bien peu d'importance, puisque je le rejetais formellement. Je lui en demande bien pardon, mais je ne vois pas ce qu'il a cru prouver par là. Ne pas adopter une doctrine n'empêche pas, il me semble, cette doctrine d'exister, et je m'étonnee de retrouver ce raisonnement plusieurs fois sous la plume ou dans les discours de M. Guérin. J'ai dit que beaucoup d'auteurs avaient proposé certains genres d'incisions pour éviter l'entrée de l'air dans certaines cavités pendant les opérations, c'est là un fait que M. Guérin ne conteste plus, qu'il ne peut pas contester ; et qu'importe ensuite que ce fait, ce conseil me paraisse bon ou mauvais, que je l'adopte ou que je le rejette? il existe, il existait avant que M. Guérin l'eût réinventé, et voilà ce que j'ai voulu prouver.

Comment se fait-il que, en citant mes paroles à ce sujet (*Gaz. méd.*, p. 182), M. Guérin ait pu extraire au dépens de mon texte, une phrase ainsi conçue : « Pour M. Velpeau, dit-il, l'incision *la plus directe, la plus perpendiculaire* est la meilleure, » en ayant soin de mettre les mots *direct* et *perpendiculaire* en italique pour mieux faire voir qu'il a cité textuellement.

Il y a tout simplement (*Médecine opératoire*, t. III, p. 253) : « L'incision la plus prompte et la plus nette est évidemment la meilleure, » comment, je le répète, a-t-il pu transformer *prompte* en *directe* et *nette* en *perpendiculaire ?* Si j'étais de mauvaise humeur, je pourrais crier au texte falsifié, aux citations dénaturées ; ce n'est point là ma pensée.

M. Guérin n'avait aucun intérêt à mettre les mots qu'il m'attribue à la place de ceux qui existent, et moi je ne verrais aucun inconvénient à m'être servi des uns plutôt que des autres; si donc j'ai relevé cette petite inexactitude, c'est pour faire voir à M. Guérin lui-même que ses préoccupations peuvent le porter, même sans le vouloir, à lire dans les écrits de ses adversaires ce qui ne s'y trouve pas, tout aussi bien qu'à n'y pas voir ce qui y existe réellement.

J'aurais beaucoup d'autres remarques du même genre à invoquer encore, mais elles se retrouveront quand je traiterai de la méthode sous-cutanée elle-même.

[L'heure avancée oblige M. Velpeau à s'interrompre dans son discours, qu'il doit terminer dans la prochaine séance.]

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité d'électricité (1)

Par J. Gavarret,

Professeur de physique médicale à la Faculté de Médecine.

Il existe, à certaines époques, dans les sciences, un désaccord manifeste entre l'abondance des matériaux fournis par l'expérience et la pénurie des idées générales nécessaires pour les grouper philosophiquement. Si un savant se dévoue à la tâche difficile de rassembler les faits épars, de discuter les théories, de les exposer avec simplicité ; s'il écarte ce qui est mauvais et obscur pour mettre en lumière ce qui est important et utile, il rend à la science un véritable service, et augmente le nombre de ses adeptes. Telle est l'œuvre que vient d'accomplir M. Gavarret, professeur de physique à la Faculté de Médecine, par la publication de son *Traité d'électricité*.

Parler aujourd'hui des services rendus aux arts, à l'industrie, à la physiologie, à la médecine pratique elle-même par l'électricité, est un de ces thèmes qu'il faut s'interdire sous peine de banalité; mais on ne peut méconnaître que cet agent a envahi si grandement l'existence moderne, qu'il excite la curiosité universelle, même celle des personnes que leurs occupations habituelles tiennent le plus éloignées du mouvement scientifique. Un livre qui met chacun en état de comprendre l'ensemble des phénomènes engendrés par l'électricité et d'en saisir avec facilité toutes les applications, doit obtenir un légitime succès, surtout si les démonstrations rigoureuses, par le fond, sont rendues simples et élémentaires par le talent de l'écrivain ; nous prédisons cet heureux avenir à l'ouvrage dont nous allons essayer, par une courte analyse, de donner une idée à nos lecteurs.

Le livre de M. Gavarret sera publié en trois volumes ; les deux premiers, désignés par le titre de *Traité d'électricité*, formeront un cours complet sur la matière, contenant toute la partie théorique de cette branche importante de la physique ; le troisième volume sera spécialement consacré aux applications médicales. Cette dernière portion de l'œuvre formera la deuxième publication de la série des monographies que le professeur de la Faculté s'est engagé à donner au public sous le titre de *Physique médicale*, et qu'il a si heureusement inaugurée par ses études sur le développement de la chaleur dans les êtres organisés. L'auteur, comme il le dit lui-même, a, de longue main, et avec tout le soin possible, réuni les matériaux de ce travail, et ce qu'il nous livre aujourd'hui est seulement l'exposition des principes indispensables à l'intelligence d'une portion de la science qui, pour les médecins, doit être considérée comme le couronnement de son *Traité d'électricité*.

(1) Paris, Victor Masson, 1857.

Le premier volume est partagé en trois sections : la première comprend l'histoire de l'électricité statique; la seconde est consacrée à l'étude du magnétisme; la troisième, à la recherche des sources et à l'examen des effets de l'électricité dynamique.

M. Gavarret, en rapportant dans son exposition de l'électricité statique les faits constatés par les premiers observateurs qui posèrent les bases de cette partie de la science, a su rajeunir un sujet vieilli et lui donner un grand intérêt par une analyse savante des recherches de M. Faraday sur l'influence électro-statique. Dans aucun ouvrage didactique publié jusqu'ici, les idées élevées de l'illustre physicien n'ont été exposées avec autant de clarté et de précision. Nous croyons seulement que la désignation d'induction électro-statique adoptée par l'auteur rapproche, grammaticalement au moins, les phénomènes d'influence et ceux d'induction électro-dynamique. Comme il existe physiquement une différence absolue entre les deux ordres de faits, peut-être eût-il été prudent de prévenir les esprits contre toute assimilation erronée, en conservant les dénominations anciennes.

D'après les travaux de Faraday, M. Gavarret donne dans ce chapitre une explication satisfaisante de la manière dont la charge électrique, dans un corps conducteur, reste localisée à la surface extérieure, sur laquelle elle a été développée. L'intervention des corps diélectriques (isolants ou conducteurs imparfaits) lui permet également de faire comprendre que le fluide électrique n'est pas maintenu à la surface des corps par une action mécanique de pression due à l'atmosphère, mais qu'il y reste accumulé par la tension polaire des molécules d'air en rapport immédiat avec cette surface, aussi bien que par la résistance que ces molécules opposent à son passage.

Dans toute cette partie de son ouvrage, M. Gavarret a franchement secoué le joug des idées anciennes, auxquelles personne ne croit plus, mais qu'on répète par routine, et il a rendu aux élèves le service de leur révéler des travaux estimés des savants, et qui, bien que remontant à plus de vingt ans, n'avaient point encore pris droit de cité dans les livres élémentaires.

C'est aussi en se fondant sur les faits nombreux et les expériences de Faraday, que l'auteur a su donner un intérêt très-grand à la description des phénomènes engendrés par les appareils de condensation. En traitant de la bouteille de Leyde et de la batterie électrique, il discute la théorie de la décharge produite par ces appareils; puis, à l'exemple du physicien anglais, il la divise en *décharge conductive* et *décharge descriptive*, suivant que les fluides séparés se transportent au moyen d'un bon conducteur, ou bien qu'ils se frayent un brusque passage dans un corps isolant, en écartant avec violence ses molécules, ce qui n'a jamais lieu sans production de lumière et de bruit.

La deuxième section, consacrée à l'étude du magnétisme, renferme seulement un exposé bien fait de nos connaissances sur les aimants, des lois des attractions et des répulsions magnétiques, et des propriétés de l'aiguille aimantée. C'est un chapitre de transition destiné à mettre les élèves en état de saisir les rapports remarquables de l'électricité et du magnétisme.

Le livre de M. Gavarret prend un haut intérêt dans la troisième section, où se trouve traitée l'électricité dynamique. L'auteur, après avoir donné une idée rapide de la découverte de Galvani et de l'introduction de Volta dans la question du galvanisme, montre comment les idées du physicien de Pavie l'ont conduit à la découverte de l'admirable instrument dont il a doté la science. Prêt à reconnaître et bientôt à démontrer, à l'aide de tous les travaux modernes, que Volta s'est trompé en plaçant au contact des métaux hétérogènes la source de l'électricité de la pile, il rend justice à ce savant illustre, en proclamant hautement que tous les observateurs ont pleinement confirmé l'exactitude de la définition de la force électro-motrice, telle qu'il l'a donnée à l'origine de sa découverte. Placez à la partie du couple où s'exerce l'affinité chimique la force que Volta suppose exister à la surface du contact des métaux, et vous puiserez dans ses idées ce qu'il y a de mieux établi relativement aux phénomènes de la pile.

Suivant Volta, en effet, la force électro-motrice détermine dans le couple isolé une distribution des deux fluides électriques telle, que les tensions de ses deux éléments métalliques sont égales et de nature contraire; ces tensions opposées ne peuvent pas se neutraliser à travers le couple lui-même; et enfin, la différence algébrique de ces états est constante et sert de mesure à la force électro-motrice qui les tient en équilibre. On peut dire sans hésiter que la science eût marché d'un pas plus sûr si, dans la suite, ces principes de Volta n'eussent pas été méconnus; on n'eût pas vu des physiciens parler, dans leurs ouvrages, du courant voltaïque revenant sur lui-même dans la pile, lorsque les résistances qu'on lui offre à franchir deviennent trop considérables, et accumuler les propositions les plus contradictoires, tout en reprochant à Volta ses erreurs de principes.

M. Gavarret, à la suite des Wollaston, des de la Rive, des Faraday, s'est prononcé en faveur de la théorie chimique de la pile, et dans tout son ouvrage, on le trouve fidèle à ce drapeau. Il accumule, à l'appui de ses opinions, un ensemble formidale de preuves, et quand il est certain de ne plus laisser sur ce point fondamental la moindre hésitation dans l'esprit de ses lecteurs, simplement, nettement et sans aucune de ces préparations oratoires, voile ordinaire des opinions mal arrêtées, il donne la théorie du couple voltaïque. Passant alors à une série de couples, il montre comment les tensions s'échelonnent et la théorie de la pile est constituée. Toute cette partie du livre est vraiment remarquable; on sent que l'auteur s'est profondément identifié avec son sujet; tous les faits découlent facilement d'un petit nombre de principes bien démontrés; cette exposition est tellement limpide, que plus d'un lecteur sera étonné d'avoir compris, sans nul effort, toute cette théorie dont on semble s'être plu souvent à faire un mystérieux arcane.

Nous dépasserions les bornes d'une simple analyse si nous voulions seulement énumérer tous les points que M. Gavarret a traités dans son livre; il faudrait passer en revue l'influence des courants sur les courants, la théorie des phénomènes chimiques produits par l'électricité, et mille faits de détail qui n'ont pas échappé à sa curieuse investigation. Bornons-nous à l'indication des théories fondamentales que nous avons fait connaître; elle est suffisante pour donner à beaucoup de médecins le désir de connaître un ouvrage destiné à généraliser une foule de notions qu'il n'est plus permis d'ignorer.

Du reste, la forme de l'ouvrage répond au fond même; l'éditeur n'a rien ménagé pour arriver au succès; tout plaît dans ce petit volume, jusqu'à cette profusion de planches signées par Wormser, et qui vous font assister, sans effort et sans déplacement, aux expériences que décrit le professeur. Le *Traité d'électricité* sera certainement un des plus précieux recueils de cette encyclopédie scientifique que M. Victor Masson a entreprise depuis quelques années. Sous la forme modeste de traités élémentaires, elle est déjà riche de plusieurs chefs-d'œuvre, connus et appréciés dans le monde entier.

J. Regnauld.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La Faculté de Médecine de Strasbourg (de même probablement que les deux autres Facultés) a été consultée par M. le Ministre de l'instruction publique sur l'opportunité d'exiger de ceux qui se destinent au doctorat en médecine, les deux diplômes de bacheliers ès sciences et *ès lettres*. La Faculté n'a pas encore répondu.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

En ce qui concerne la Faculté de Paris, nous savons qu'elle a, en effet, été consultée sur la question dont parle notre confrère, et nous croyons savoir qu'elle a répondu, *à l'unanimité*, qu'il y a lieu de rétablir le baccalauréat ès lettres, tout en conservant le baccalauréat ès sciences.

Cours de pathologie interne. — M. le docteur A. Becquerel, professeur-agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, a commencé aujourd'hui mercredi 22 avril, à trois heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique, un *Cours de pathologie interne;* il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

La pathologie interne sera traitée complétement dans les deux semestres d'été 1857 et 1858.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 50. 5e année. Samedi 25 Avril 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal parait 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 24 avril 1857.

Séance de l'Académie des Sciences.

[Les questions de prix. — Eaux minérales de Plombières, de Vichy et de Contrexeville.]

Nous n'avons pas, et pour cause, de fréquents rapports avec la section de géométrie ; mais en ce qui concerne le fonctionnement, cette section ressemble à toutes les autres, et ce qui est bon à réformer chez elle est bon à réformer ailleurs. Or, l'aveu qu'elle vient de faire par l'organe du plus jeune de ses membres, M. Bertrand, nous fournit l'occasion de revenir une fois encore sur une réforme dont nous n'avons pas été le seul à signaler la nécessité à l'Académie, dans l'intérêt de la science, dans l'intérêt des travailleurs, dans l'intérêt de l'Académie elle-même.

M. Bertrand est venu avouer qu'une question pour le grand prix de mathématiques, mise au concours en **1843**, n'a séduit jusqu'en 1857, soit en QUATORZE ANS, qu'un seul candidat, qui, à la vérité, ne l'a pas traitée à la satisfaction de l'Académie.

On supposera peut-être qu'après un tel succès, l'Académie a renoncé à rédiger d'avance les questions de prix, et qu'elle a résolu de décerner les couronnes mathématiques ou autres, aux auteurs qui auront réalisé un progrès dans les sciences qu'ils cultivent, quel que soit d'ailleurs le sujet que ces auteurs aient traité. Pas du tout : en retirant la question du concours, l'Académie avoue bien, après *quatorze ans* d'attente (on voit que l'accouchement n'était pas facile), qu'elle n'était pas précisément entrée dans la direction de l'esprit des travailleurs, ni peut-être dans le véritable sentiment des besoins de la science, mais elle n'avoue pas que son erreur puisse se renouveler, et elle propose une nouvelle question qui, dans quelques lustres, pourra bien la conduire à un autre aveu...., à moins que cette question ne soit rédigée en vue des travaux, plus ou moins connus, de tel ou tel savant, qui pourra ainsi apporter une apparence de justification au système suivi par l'Académie, et cueillir une couronne, grâce à quelque hasard protecteur. C'est là le seul avantage de ce système;

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

DEUXIÈME PARTIE. — PATHOLOGIE.

QUINZIÈME LETTRE.

DES ÉTATS MORBIDES GÉNÉRAUX.

Les principes généraux de physiologie transcendante, dont nous avons achevé l'esquisse dans la dernière lettre, ne sont pas l'exposé d'un système exclusif : ils sont les premiers jalons qui doivent marquer la route au médecin philosophe pour entrer dans la voie de la méthode scientifique universelle, celle de l'analyse expérimentale et de la synthèse rationnelle. Conservons ce premier cadre, et, appuyé sur les données précédemment acquises, appliquons la même méthode aux notions générales de la pathologie.

La maladie, telle que nous l'avons définie, est *un travail de divergence dans le dynamisme vital*, une tendance à la rupture de l'équilibre et de l'harmonie des forces organiques. « Mais, pourrait-on objecter, un élément nécessaire fait défaut à votre définition : la maladie implique la souffrance, et vous ne parlez pas de la douleur; votre définition est fausse, parce qu'elle est incomplète. »

Sur ce point, je réponds aux doctrinaires :

C'est avec intention qu'on a banni de ce travail des termes superflus : une certaine combinaison de forces engendre un organisme dont le jeu normal constitue la santé. Si, par une cause que je n'analyse pas, vous ébranlez cette harmonie, l'équilibre chancelle, et l'état de maladie succède à l'état de santé. Je n'ai pas à constater ici que les centres de l'intellect, de la volition, de la sensibilité, ne peuvent être lésés sans lésions des fonctions dépendantes de ces centres ; cela va de soi. Je me garde bien surtout de glisser le mot vague de douleur dans ma définition, car il me faudrait aussi définir la douleur, et j'en viendrais bientôt à tout embrouiller, résultat que je n'envie pas à mes devanciers. Aussi bien, qu'adviendrait-il de notre soumission irrationnelle, s'il était acquis à l'expérience que certaines maladies excluent la douleur, comme certaines souffrances peuvent ne pas impliquer la maladie? La folie n'est-elle pas une maladie? Et cependant on peut en être frappé sans douleur ; ainsi de l'amaurose idiopathique. Par contre, l'extraction d'une dent n'engendre-t-elle pas la douleur? et cependant, cette opération ne constitue pas une maladie. Tenons-nous-en donc au langage abstrait, pour traduire des idées abstraites.

il est vrai que cet avantage pourrait bien passer, aux yeux de quelques-uns, pour un grave inconvénient ; mais ce qui passera certainement pour vrai aux yeux de tous les gens sensés, c'est qu'un système qui affiche la prétention de régenter tout ce qu'il y a et doit y avoir de plus libre, de plus spontané au monde, l'esprit d'investigation, le génie des découvertes, est un système tout simplement ridicule, que ce système appartienne à un individu ou à un corps quelconque. C'est assez dire que ce qui est vrai de la section de géométrie de l'Académie des Sciences est vrai de toutes les compagnies. Celles qui voudront réellement concourir le mieux possible aux progrès des sciences devront donc encourager les travaux originaux ou les applications utiles, sans exiger que les préoccupations des travailleurs soient exactement calquées sur leurs propres préoccupations.

— Dans la séance dont nous rendons compte aujourd'hui, l'Académie n'a reçu, qui puisse nous intéresser particulièrement, qu'une communication d'un chimiste fort distingué, M. Nicklès, qui a signalé la présence du fluor dans quelques eaux minérales, et qui est disposé à attribuer à cet élément une grande partie des propriétés curatives de ces eaux. C'est là une vue dont l'expérience seule peut nous démontrer la justesse ou l'inexactitude.

H. DE CASTELNAU.

Un pharmacien peut-il refuser d'exécuter les ordonnances d'un médecin?

Cette question nous a été soumise, mais dans des termes un peu moins généraux, par un de nos lecteurs, qui a bien voulu trouver quelque intérêt aux articles de jurisprudence médicale et pharmaceutique que nous avons publiés dans ce journal.

Voici à peu près comment s'exprime notre correspondant :

« Dans une ville comme Paris, par exemple, un pharmacien est-il obligé de délivrer les médicaments prescrits par le médecin, ou bien peut-il, sans s'exposer à aucune peine, en refuser la délivrance ? »

La loi, on doit le regretter, ne s'est pas expliquée sur ce cas ; mais nous lisons dans un auteur :

« Quoique la profession de pharmacien ne soit pas, à proprement parler, privilégiée, et que le nombre des pharmaciens soit illimité, néanmoins, comme ils ont seuls le droit de vendre des remèdes, nous pensons que l'obligation de préparer et de vendre les remèdes qui leur sont demandés est une conséquence du droit exclusif qui leur est attribué. Le droit de *refuser le secours* de leur art peut avoir de trop fâcheuses conséquences pour qu'on doive l'admettre ; et s'il n'y avait pas lieu, dans tous les cas, d'appliquer les dispositions de l'art. 475-12° du Code pénal, il y aurait toujours lieu de demander des dommages-intérêts (1).

Dans l'opinion ci-dessus transcrite, on paraît s'être préoccupé principalement de l'intérêt du malade; nous avons à nous occuper aussi et surtout de l'intérêt du médecin.

Nous devons dire que le texte pénal invoqué ne paraît pas applicable ; nos lecteurs le connaissent, c'est celui qui punit le refus de service ou de secours. Il suffira de rappeler que, d'après une jurisprudence constante de la Cour suprême, le refus n'est punissable qu'autant qu'il est opposé à une réquisition de l'autorité, et, en outre, à une réquisition faite dans un intérêt public.

Si le fait ne constitue pas, à l'égard du malade, un refus de secours délictueux, il peut quelquefois, à l'égard du médecin, constituer une diffamation, lorsque le pharmacien a donné à l'appui de son refus des motifs susceptibles de nuire à la considération de celui qui a prescrit les médicaments. En effet, d'après les auteurs qui ont traité, avec le plus d'autorité, de ce qui concerne les délits de la parole, il faut reconnaître un caractère diffamatoire au propos qui a pour objet de répandre l'opinion qu'un médecin traite mal ses malades (2).

Mais un propos diffamatoire, on le sait, n'est atteint par la loi pénale qu'autant qu'il a été tenu dans un lieu public. L'officine d'un pharmacien ne paraît pas, hors le cas de circonstances particulières, pouvoir être considéré comme

(1) *Répertoire général de jurisprudence*, de MM. Dalloz, 2e édit., v° Industrie, n° 228.

(2) MM. Chassan (t. I, p. 341 et 342); de Grattier (t. I, p. 184 et 185).

Ce théorème étant démontré, que la maladie est un trouble dans l'équilibre des forces fonctionnelles, il importe de chercher de combien de manières cet équilibre peut être altéré.

L'analyse nous apprend que toutes les modifications qui peuvent troubler l'équilibre dynamique se rattachent à trois modes radicaux : augmentation, diminution ou déviation de l'état normal, d'où trois grands états morbides généraux, parfois isolés, plus *souvent combinés*, qui dominent toutes les affections pathologiques, et servent à la détermination de la nature morbifique; ils lui donnent un cachet, et sont à l'individualité nosologique ce que la *couleur locale* est à une œuvre d'art.

Ainsi nous avons :

A. *Elévation d'une ou plusieurs forces du dynamisme au-dessus du niveau normal : hyper-sthenie.*

B. *Abaissement d'une ou plusieurs forces du dynamisme au-dessous du niveau normal : hypo-sthenie.*

C. *Déviation d'une ou plusieurs forces du dynamisme au dehors de la convergence normale : dia-sthenie.*

Quel que soit le sujet, quelle que soit la maladie, le praticien philosophe doit toujours, et avant toutes choses, constater lequel de ces trois états généraux prédomine dans l'espèce observée. Il y gagnera de pouvoir en tirer immédiatement cette notion première et capitale, que l'ensemble de sa médication doit se tourner vers les *contro-stimulants*, les *toniques* ou les *anti-ataxiques*.

Des signes nombreux lui seront fournis par les symptômes que donnent l'examen de l'habitude extérieure du corps et celui des fonctions.

A. Si le pouls est fréquent, plein, rebondissant, la peau brûlante, la respiration oppressée, la sclérotique injectée de sang; s'il y a *surexcitation* dans les idées, les mouvements, les sensations, le moins gradé des étudiants diagnostiquera sans faillir l'*hyper-sthenie*.

B. Le pouls est-il lent, petit, mou ; l'épiderme décoloré, la chaleur animale diminuée, les tissus *anesthésiés*, l'intelligence paresseuse, la sensibilité émoussée, les mouvements pénibles ou abolis ; les faisceaux musculaires atrophiés, les muqueuses relâchées; il n'est pas un officier de santé qui ne soit capable de reconnaître à ce symptôme l'*hypo sthenie*.

C. Enfin, si le pouls, tout en conservant son calibre normal, est devenu inégal, vascillant, saccadé; si l'isochronisme des oscillations est manifestement détruit; si des organes, des appareils, des fonctions, des tissus sont déviés, des forces détournées ; si l'esprit déraisonne, si la sensibilité se fausse, si les actes se dérèglent , sans

un lieu public. Il ne faut donc pas espérer sérieusement pouvoir réprimer le refus du pharmacien, autrement que par l'action en dommages-intérêts devant le tribunal civil.

Le malade et le médecin peuvent demander des dommages-intérêts.

Le malade trompé par le refus du pharmacien sur la valeur ou le caractère de l'ordonnance, a pu s'abstenir d'un traitement qui, on doit le présumer, pouvait amener sa guérison ; ou bien il a pu éprouver, pour l'exécution de ce traitement, un retard préjudiciable.

La position du médecin est bien autrement sérieuse. Le refus du pharmacien opposé dans le quartier même où le médecin est établi et où il exerce, peut avoir des conséquences désastreuses pour celui-ci, et le ruiner moralement dans l'esprit de sa clientèle. La répression civile d'une manœuvre aussi nuisible devrait nécessairement être fort sévère.

Les motifs de cette sévérité sont ceux-ci :

Le médecin ne peut exercer sa profession qu'avec le concours du pharmacien ; il ne peut lui-même délivrer les remèdes qu'il prescrit. Ce concours lui étant imposé, il doit avoir les moyens de l'obtenir. Le pharmacien ne peut donc, quand une prescription médicale lui est présentée, qu'examiner si elle émane d'un médecin inscrit sur les listes de l'administration, et ayant qualité pour exercer, et de plus, si elle est libellée dans les formes prescrites. Mais il ne peut en apprécier la valeur au point de vue médical.—Il n'est pas permis aux pharmaciens, suivant M. Trébuchet (*Jurispr. de la médecine,* p. 352), de rectifier les ordonnances dans lesquelles ils croient apercevoir des erreurs. Leur devoir, dans ce cas, est d'en référer immédiatement au médecin, sous peine d'encourir une responsabilité qui pourrait avoir de graves conséquences. A plus forte raison, ne leur est-il pas permis de se rendre juges de l'aptitude scientifique d'un docteur-médecin, et de le mettre en quelque sorte hors la loi, en refusant d'exécuter ses prescriptions. — Ce fait nous paraît avoir en droit un tel caractère de gravité, que s'il s'est présenté, en effet, à Paris, comme les renseignements qu'on nous transmet nous portent à le croire, l'absence d'un ouvrage élémentaire, qui fixe les pharmaciens et les médecins sur leurs véritables droits et devoir légaux, est la seule circonstance à laquelle nous puissions l'attribuer. Cette circonstance ne peut que nous encourager à propager dans le corps médical, suivant la mesure de nos forces, des notions qui éviteront peut-être aux médecins et aux pharmaciens plus d'une méprise, plus d'un danger, et qui leur procureront, par cela même, plus d'un avantage.

E. MARTIN,
Avocat, docteur en droit.

Nous publions aujourd'hui, ainsi que nous l'avions annoncé, le remarquable rapport de M. Bérard. Nous n'avons pas trouvé dans la version de ce rapport, publiée par la *Gazette hebdomadaire*, le passage qui nous avait frappé à la lecture, relativement à la facilité avec laquelle les physiologistes avaient adopté, en France, la doctrine de M. Bernard, et sur les réserves que M. Bérard aurait faites depuis longtemps à l'égard de cette doctrine. La suppression du passage en question rendrait sans objet les remarques que nous avons annoncées dans notre dernier numéro. Peut-être ne sera-t-il pas inutile pourtant de rappeler que, dans son *Cours de physiologie*, le savant professeur de la Faculté de médecine admet pleinement la doctrine de M. Bernard, sans laisser entrevoir que des objections sérieuses peuvent lui être opposées?

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le professeur VELPEAU.

Polype muqueux des fosses nasales très-volumineux, datant de quarante-quatre ans. — Déformation considérable du nez. — Extirpation par arrachement.

(*Observation recueillie par* M. Eugène NÉLATON, *interne du service.*)

Hézard, âgé de 60 ans, jardinier à Etampes, doué d'une constitution robuste et d'une santé générale excellente, entre à l'hôpital le 4 février 1857 (salle Sainte-Vierge, n° 19).

Cet homme est un exemple curieux et assez rare du temps considérable et presque indéfini pendant lequel peuvent persister et s'accroître les polypes bénins, les polypes muqueux des fosses nasales qu'on néglige de faire opérer, et cela, sans faire courir de danger pour la vie, sans provoquer même de douleur,

---

qu'il y ait cependant ni surexcitation prédominante, ni anesthésie marquée, on ne saurait méconnaître la *dia-sthenie*.

Ajoutons, afin d'être complet, que ces trois états se succèdent souvent dans une même maladie, que parfois deux d'entre eux luttent ensemble, et que la prédominance de l'un dans une région peut provoquer celle des autres dans une région différente.

Quoique notre prétention soit de publier une coordination méthodique de principes incontestables, nullement de viser au périlleux honneur de fonder une doctrine, nous sommes contraint, pour éviter le reproche de plagiaire, de dire deux mots du système de *Brown,* dans lequel on retrouve les idées et les locutions de *sthénie* et d'*asthénie*.

Brown eut une pensée vague du dynamisme vital ; mais il ne prit aucun soin d'analyser les forces complexes de l'homme, ce qui l'amena à confondre l'individu humain avec tous les êtres vivants, à poser en principe qu'il ne diffère des corps inorganiques que par la propriété d'être affecté par les choses externes. — Pour ce philosophe, l'homme devient un automate : il ne doit la vie qu'à son *incitabilité,* propriété de stimulation dont tous les êtres sont doués à un degré qui mesure la puissance de leur dynamisme. Les agents externes sont les causes *incitantes;* l'incitation est générale ou locale.

La prédisposition aux maladies n'est, pour Brown, qu'une *opportunité* à être incité en plus ou en moins. — De là découle naturellement sa grande division en deux classes de maladies, celles dites *asthéniques,* et celles réputées *sthéniques.* — Un système aussi tronqué souffre à peine la critique. Il y appert d'abord que l'auteur retire au principe de la vie toute spontanéité ; qu'il infirme la réaction de la lésion locale sur l'organisme général, et réciproquement, en dehors des agents externes ou incitants ; qu'il confond le travail morbide générateur de la maladie avec la maladie même ; que par suite, il supprime forcément une foule d'affections de premier ordre ; que les idiosyncrasies, les diathèses, les constitutions, les modifications qu'un même état morbide subit, suivant qu'il se porte sur tel ou tel appareil, n'entrent pour rien en ligne de compte dans ses indications thérapeutiques. — Méthode d'autant plus vicieuse, qu'elle implique identité chez tous les sujets et dans toutes les maladies de même genre.

Mais si l'abus de la généralisation poussa Brown à promulguer un système qui n'offre, en pratique, que le défaut d'être impraticable, il y aurait injustice à méconnaître qu'une grande pensée vit à l'état de germe dans sa doctrine. — Cette idée générale et vraie implique que la maladie n'est pas un changement dans la nature, mais bien dans le degré de virtualité des forces dynamiques. — Toutes les erreurs théoriques de Brown ont fait moins de mal à la médecine que cette seule idée juste pouvait lui faire de bien. Elle fournit, à mon sens, le

ni d'hémorrhagie inquiétante, ni aucun trouble notable dans les fonctions des organes voisins, sans constituer autre chose, en un mot, qu'une simple difformité qui, du reste, peut devenir extrêmement choquante par suite du développement que prend le polype du côté des narines, dans la cavité du nez proprement dit, comme on peut l'apprécier chez notre malade qui, jusqu'à ce jour, a paru peu soucieux de la régularité de son visage.

Le début de l'affection remonte à 1813, c'est-à-dire il y a quarante-quatre ans. Notre homme, alors âgé de 16 ans, eut quelques épistaxis, et le polype se développa graduellement, d'abord dans la fosse nasale droite, qui ne tarda pas à s'obstruer, et, bientôt après, dans celle du côté opposé.

En 1821, au moment de se marier, il se fit opérer pour la première fois par Dupuytren, qui lui pratiqua l'arrachement; le polype à ce moment, dit-il, remplissait complétement les deux fosses nasales; il évalue son volume à celui du poing, ce qui est sans doute un peu exagéré, d'après ce que nous voyons aujourd'hui. Depuis ce temps, le malade ne s'en est plus inquiété, et l'a laissé se développer tout à son aise, sans s'en trouver incommodé le moins du monde; il avoue cependant en avoir de temps en temps arraché lui-même quelques fragments exubérants.

Rarement il éprouvait un léger épistaxis; plus souvent, un peu de céphalalgie, mais cela ne le dérangeait nullement de son travail habituel; ne pouvant respirer par le nez, il respirait simplement par la bouche, et en était quitte pour la tenir continuellement ouverte.

Dernièrement, sans y apporter une grande importance, sans y mettre, comme on le devine, beaucoup d'empressement, il s'est adressé à la consultation de M. Velpeau, dans le but de se soumettre à une opération, s'il était possible de remédier par là à la déformation toujours croissante de son visage, déformation qui en est enfin arrivée au point d'éveiller son attention, ce qui n'est pas peu dire.

Le nez, considérablement dilaté par le développement du polype, atteint aujourd'hui un volume monstrueux qui attire singulièrement l'attention : ses limites latérales atteignent le milieu des régions malaires, de sorte qu'il n'a pas moins de 9 1/2 à 10 centimètres dans ce diamètre transversal, et 4 centimètres 1/2 de projection antéro-postérieure. Les parties molles du nez ne sont pas les seules qui participent à la déformation; les os nasaux eux-mêmes ont été écartés, refoulés en dehors avec les apophyses montantes, et restent éloignés l'un de l'autre de 4 centimètres inférieurement. Les narines, également très-élargies, comme on le pense bien, laissent voir et toucher facilement la substance du polype qui s'arrête à leur niveau sans les dépasser. Cette partie accessible de la tumeur est rosée, granuleuse, d'une consistance assez ferme, mais élastique; les bosselures que l'on peut atteindre plus profondément sont plus souples, plus grisâtres. La voûte osseuse du palais n'est point perforée, ni déformée, mais seulement amincie, car elle se laisse facilement déprimer avec le doigt, en provoquant ainsi la même sensation que la paroi flexible des kystes osseux. Au fond de la gorge, la vue ne découvre aucun indice de la tumeur, mais le toucher constate, immédiatement au-dessus du voile du palais, la présence de masses lobulées, multiples, souples et dépressibles, remplissant tout le haut du pharynx et les arrière-narines, et rappelant tout à fait la forme, la consistance des polypes muqueux.

Comme nous l'avons dit, point de douleur, point d'épiphora; la respiration et la déglutition ne sont compromises en aucune manière.

Le 17 *février*, M. Velpeau, après avoir passé en revue la valeur relative des divers procédés employés et conseillés pour l'extirpation de ces polypes volumineux, tels que la ligature, l'excision, la cautérisation, soit par les voies naturelles, soit à la faveur d'une division artificielle de la région palatine, ou même de l'ablation du maxillaire supérieur, donne sans hésiter, pour le cas actuel, la préférence à l'arrachement pur et simple, tant à cause de la facilité, de la simplicité du procédé, qu'en considération de la rareté des hémorrhagies, de l'absence de toute mutilation, et du peu de souci que l'on doit avoir d'ailleurs d'une cure tout à fait radicale, en présence de l'âge assez avancé du malade et des allures toutes bénignes qu'affecte le polype, depuis quarante-quatre ans qu'il persiste sans altérer la santé.

M. Velpeau croit prudent, en tenant compte du volume de la tumeur, de ne point débarrasser à la fois les deux fosses nasales : il est, en effet, de toute évidence, que si quelques dangers doivent se manifester du côté de l'hémorrhagie, de l'inflammation, de la suppuration consécutive, leur gravité serait en raison directe de l'étendue des surfaces saignantes.

L'opération est donc pratiquée, aujourd'hui même 17 février, du côté gauche seulement, et sans difficulté réelle, sans éveiller beaucoup la sensibilité du malade, qui, du reste, supporte toutes les manœuvres avec une rare patience. Le chirurgien peut amener au dehors, à plusieurs reprises et à l'aide de tractions modérées, une douzaine de lambeaux, de fragments de polype à surface lisse, lobulée, munie d'appendices piriformes jaunes grisâtres, peu vasculaires, demi-transparents, infiltrés d'une sérosité abondante, retraçant en un mot, par leur structure et leur aspect, les caractères distinctifs des polypes muqueux; les lobules les plus extérieurs offrent seuls une texture plus serrée, par suite d'une infiltration plastique ayant sans doute sa cause

---

secret tout ensemble et la justification de la grande vogue dont jouit si longtemps le réformateur anglais.

Est-il besoin maintenant de relever en quoi la proposition que nous établissons dans cette lettre, touchant les états morbides généraux, diffère du système de Brown?

J'observe tout d'abord que si les mots de sthénie et d'asthénie se rapprochent des expressions dont je me sers, et décèlent une idée analogue sur certains points, notre *troisième état* (d'asthénie) exprime une modification importante, sur laquelle Brown se tait, et qui n'est pas moins fondamentale que les deux autres. J'ajoute que la composition de forces dont j'ai fait découler mon dynamisme, et qui embrasse — je l'ai démontré — tout l'homme, n'a aucun rapport avec la théorie de l'incitabilité. J'insiste surtout sur le point capital que, tandis que pour Brown toutes les maladies sont désignées par deux mots : sthénie et asthénie, j'établis que l'état morbide général est absolument distinct de l'individualité nosologique, dont la connaissance complète implique bien d'autres données. Je termine enfin par ce résumé qui ne laissera aucun nuage sur ma pensée.

Le système dynamique de la vie n'admet en principe que trois modifications dominantes : *hypersthénie* ou surexcitation, hyposthénie ou abaissement, diasthénie ou détournement du faisceau sthénique. Ces trois états radicaux révèlent le ton d'une maladie; leur étude doit être le premier travail du médecin. Mais cette étude serait superflue et parfaitement insuffisante, si l'inspection des régions, l'examen des appareils lésés, des organes et tissus altérés, des tempéraments, des constitutions, des climats, des influences épidémiques, des professions, des sexes, des âges, des idiosyncrasies, des diathèses et des sympathies, ne venaient rectifier l'idée première en remplissant un cadre dont un seul vide constitue une omission grave.

D[r] Armand de Fleury (de Mansle).

Cours complet de médecine opératoire. — M. Chassaignac, agrégé libre à la Faculté de Médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera ce cours le jeudi 7 mai 1857, à quatre heures de l'après-midi (amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique), et le continuera les mardi, jeudi et samedi.

Les conférences cliniques de l'hôpital Lariboisière seront continuées durant tout le semestre d'été. Visite des malades à huit heures. — Opérations principales tous les lundis à neuf heures.

dans les irritations répétées auxquelles a dû les exposer leur situation, leur exposition permanente à l'air et aux influences du dehors.

L'écoulement du sang, assez considérable pendant l'opération, s'arrêta peu de temps après, mais se renouvela dans le courant de la journée, assez abondamment pour nécessiter le tamponnement joint à une application de perchlorure de fer, car les aspirations d'eau alumineuse, les applications d'eau glacée n'avaient point suffi pour amener l'hémostase.

Le 20 *février*, on supprime les bourdonnets de charpie qui ont servi au tamponnement; l'hémorrhagie n'a pas d'autre suite.

Le 27, M. Velpeau opère aujourd'hui le côté droit, toujours par arrachement, par torsion et sans plus de difficulté que la première fois. L'implantation des masses polypeuses se fait ici, comme dans la fosse nasale gauche, sur toute espèce de points, en toute sorte de direction, quelquefois en dedans, d'autres fois en dehors sur les cornets, les os nasaux et même la face interne de l'aile du nez, le plus souvent en haut, du côté de la voûte nasale; le doigt peut constater l'intégrité de la cloison qui n'est point perforée, comme on aurait pu s'y attendre. — Point d'hémorrhagie consécutive; l'écoulement sanguin cessa vers la fin de l'après-midi, sous l'influence des aspirations alumineuses.

Les jours suivants, la respiration s'exécute très-facilement par les deux narines; les parties molles du nez, cessant d'être dilatées par le polype, reviennent peu à peu sur elles-mêmes, mais les os du nez restent dans leur position vicieuse, c'est-à-dire très-écartés l'un de l'autre, de même que le bord antérieur des apophyses montantes qui fait saillie sous la peau.

Le 27 *mars* et le 13 *avril*, M. Velpeau achève de débarrasser les fosses nasales de quelques petites productions polypeuses disséminées sur les parois des fosses nasales, et qui avaient échappé aux opérations précédentes. A ce sujet, il a soin de faire remarquer, aux personnes qui suivent sa clinique, que c'est un fait habituel, à la suite de l'ablation des polypes muqueux très-volumineux, de voir ainsi pulluler, sur toutes sortes de points à la fois, ces végétations plus ou moins développées, ces germes de nouveaux polypes, qui, longtemps comprimés par la tumeur principale, restaient affaissés, flétris, cachés dans les diverses anfractuosités des parois, et échappaient ainsi à l'exploration du doigt immédiatement après la première opération, tandis qu'ils se développent rapidement et deviennent accessibles au doigt et aux instruments dès que la désobstruction des fosses nasales les a délivrés de toute compression.

Le 14 *avril*, notre malade quitte l'hôpital en parfaite santé, ayant certainement gagné aux opérations successives qu'il a subies. En effet, la difformité, sans être totalement effacée, à cause de la persistance des déformations osseuses, se trouve cependant sensiblement amoindrie, beaucoup plus tolérable; en outre, les fosses nasales restent parfaitement libres pour le passage de l'air, pour l'exercice de l'olfaction et de la respiration.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

ADDITION à la séance du 6 avril 1857.

Thérapeutique. — M. F. ROCHARD adresse la lettre suivante à l'Académie des sciences :

« L'extrait (fait par l'auteur) que publient les *Comptes rendus des séances de l'Académie*, d'un mémoire lu par M. le docteur Sellier dans la séance du 23 mars dernier, commence par ces mots : « *Un mémoire sur la couperose........ a été mis sous les yeux de l'Académie, dans la séance du* 1er *décembre* 1851. »

« Permettez-moi, Monsieur le Président, de compléter cette indication en ajoutant que ce mémoire a été présenté à l'Académie par M. Sellier et par moi.

« En donnant ainsi une indication complète, M. Sellier n'aurait été que juste et n'aurait fait d'ailleurs que suivre l'exemple que je lui ai donné moi-même en associant son nom au mien, lorsque, dans une publication faite ultérieurement par moi seul (*voir* le *Monit. des Hôp.* du 11 juin 1855), je trace un rapide historique des recherches déjà faites sur l'emploi, en thérapeutique, de l'iodure de chlorure mercureux.

« Cet acte de justice était d'autant plus obligatoire pour M. Sellier, que ce médecin ne peut avoir oublié que c'est moi qui l'ai initié aux applications médicales diverses de l'iodure de chlorure mercureux dont il n'avait aucune connaissance avant notre première entrevue, et qu'il ne peut ignorer que *cinq ans avant notre commun travail*, j'avais déjà adressé à l'Académie l'exposé de recherches étendues sur le traitement de diverses affections scrofuleuses et cutanées (parmi lesquelles la couperose) par le nouveau médicament, avec de nombreuses observations de guérison à l'appui. (Voir *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, séance du 20 avril 1846.)

« M. Sellier se félicite, dans sa communication, des perfectionnements qui auraient été apportés, depuis nos communes expériences, dans la préparation faite par M. Boutigny lui-même de l'iodure de chlorure mercureux. Quoiqu'il soit assez difficile de concevoir les perfectionnements que peut subir un médicament qui, jusqu'à ce jour, a réussi, entre mes mains, dans tous les cas où il a pu être appliqué régulièrement, je ne nie pourtant pas d'une manière absolue ces perfectionnements; je demande seulement, avant de les admettre, que l'inventeur ou le préconisateur mette le public scientifique à même de les apprécier par des expériences publiques et authentiques, comme je l'ai fait moi-même depuis plus d'un an dans les services de M. le professeur Nélaton, de MM. Piédagnel, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Monod, chirurgien de la Maison municipale de Santé, etc. »

Séance du 13 *avril* 1857.

M. MONTAGNE, en son nom et au nom de M. Barreswill, dépose sur le bureau un échantillon d'une *nouvelle matière lichenoïde qui forme des taches lilas sur la peinture à l'huile*, et donne quelques détails sur ce sujet.

Commission des arts insalubres. — Sont nommés membres de cette Commission MM. BOUSSINGAULT, DUMAS, COMBES, CHEVREUL et PELOUZE.

Géologie. — MM. Ch. SAINTE-CLAIRE DEVILLE et Félix LEBLANC adressent un premier mémoire *Sur la composition chimique des gaz rejetés par les évents volcaniques de l'Italie méridionale.*

Chimie. — M. WURTZ adresse un travail *Sur la formation artificielle de la glycérine.*

— M. PIERLOT envoie une note *Sur la préexistence de l'acide valérianique dans la racine fraîche de valériane.*

— M. DÉDÉ annonce qu'il est parvenu à isoler et à obtenir à l'état cristallin le principe aromatique des eaux-de-vie des Deux-Charentes, principe qu'il désigne sous le nom de *vinitine* et dont un échantillon accompagne la lettre.

— M. J. NICKLÈS adresse une note *Sur la présence du fluor dans les Eaux minérales de Plombières, de Vichy et de Contrexeville :*

« On s'explique peu l'efficacité de certaines eaux minérales, quand on les considère au point de vue de leur composition chimique. L'eau minérale de Plombières est dans ce cas; les substances qu'on y a rencontrées jusqu'à ce jour n'offrent rien de particulier sous le rapport de leurs propriétés thérapeutiques, et, de plus, elles ne s'y trouvent pas en proportions bien grandes.

« On peut en dire autant de l'eau minérale de Contrexeville, bien que cette eau soit plus riche en principes minéralisateurs.

« Le peu de rapport qu'il y a entre la composition chimique et les propriétés thérapeutiques de ces eaux, conduit à penser que ces dernières contiennent des principes dont on n'a pas encore signalé la présence; conformément à cette vue, j'y ai recherché le fluor et j'en ai trouvé en quantités sensibles, à l'état de fluorures.

« L'eau de Contrexeville en est bien plus riche que celle de Plombières, elle imprime à la lame de cristal de roche des marques visibles à l'œil nu, tandis qu'une même quantité d'eau de Plombières (4 litres) n'impressionne cette lame que passagèrement.

« L'eau de Vichy, si riche en principes minéralisateurs, contient également des fluorures, mais en proportions moindres que les eaux de Plombières et de Contrexeville, de telle sorte que, pour en trouver, il faut opérer sur une plus grande quantité d'eau, 8 litres au moins.

« Il est presque superflu de dire que les réactifs employés dans cette recherche doivent être préalablement éprouvés; qu'il faut re-

jeter l'emploi de la lame de verre et suspecter l'acide sulfurique, même *pur*, des laboratoires; n'employer, pour dégager l'acide fluorhydrique, que des acides exempts de ce composé hydrogéné, ou, s'il y a lieu, purifier, au moyen de la cilice, l'acide sulfurique que l'on se propose d'employer. »

Météorologie. — M. J.-T. Phipson envoie un travail *Sur quelques phénomènes météorologiques observés sur le littoral de la Flandre occidentale.*

Prix. — M. Bertrand lit un rapport d'où il résulte que la question pour le grand prix de mathématiques, mise au concours en 1843 pour 1847, puis pour 1854, puis pour 1857, n'a suscité qu'un seul concurrent auquel l'Académie n'a pu décerner le prix. La commission propose de retirer la question du concours, et de la remplacer par une autre dont il nous paraît inutile de publier le texte.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 21 avril 1857.

RAPPORT DE M. BÉRARD.

De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.

Messieurs, le 1er juillet 1856, M. Colin, chef des travaux anatomiques à Alfort, donnait lecture à l'Académie d'un mémoire ayant pour titre : *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans le concours du fluide pancréatique.* Dans ce peu de mots se révélait toute la portée du travail qui vous était soumis. L'Institut avait ouvert ses portes au physiologiste, que l'on regardait en France comme l'auteur de la doctrine nouvelle sur les fonctions du pancréas, et l'on venait vous déclarer que cette doctrine n'était pas fondée. On en appelait devant l'Académie de médecine du jugement porté par l'Académie des sciences sur cette partie des travaux de M. Bernard.

Dans cette conjoncture délicate, l'Académie nomma une Commission. Elle chargea MM. Longet, Bussy, Bouley et Bérard d'examiner le mémoire de M. Colin. Ce que fit cette Commission ne manque pas de précédents dans les Académies. Ce fut d'abord une grande ferveur, un zèle fort louable, et, quelque temps après la séance de l'Académie, on voyait les commissaires réunis à Alfort autour d'une table sur laquelle était couché un chien auquel on avait lié trois jours auparavant le canal pancréatique. Une fistule établie, séance tenante, au canal thoracique, donnait un chyle bien émulsionné. L'expérience paraissait concluante, lorsqu'un des commissaires, qui n'avait pas encore oublié ce qu'il avait écrit et fait imprimer sur l'appareil excréteur du pancréas, rappela que, chez le chien, cette glande avait deux conduits excréteurs ouverts séparément dans l'intestin. Or, on n'en avait lié qu'un. Le suc pancréatique avait donc continué de couler sur la masse alimentaire, et il n'était point étonnant, dès lors, qu'un chyle opaque, c'est-à-dire émulsionné ou chargé de graisse, eût été versé par le canal thoracique. C'était à recommencer.

Mais il n'arrive guère qu'on ait la bonne fortune de réunir plusieurs fois de suite les membres d'une Commission de l'Académie. Le zèle s'était tout à coup refroidi. Un seul commissaire (vous devinez que c'était le rapporteur) assistait à la deuxième séance; et, depuis ce moment, c'est-à-dire depuis huit mois, il a dû poursuivre, sans le concours de ses honorables collègues et avec M. Colin seul, la solution du problème épineux porté devant l'Académie.

Nos recherches ont été nombreuses et variées : chaque expérience laissait un point douteux à éclaircir ou suggérait quelque idée nouvelle qui nous mettait encore une fois le scalpel à la main. C'est ainsi que nous sommes arrivés à sacrifier 36 chiens, 3 chevaux, 5 taureaux, 4 vaches, et j'ai le regret d'ajouter que ce n'est pas fini.

On s'est pris, depuis quelque temps, d'un tendre intérêt pour ces pauvres animaux qu'on ouvre vivants; on a prêché une sorte de croisade contre l'abus des vivisections; on a taxé les physiologistes de cruauté. Ce reproche, Messieurs, ne peut guère m'atteindre. J'ai eu, on le sait, le cœur trop facile à émouvoir pour faire mon chemin tout comme un autre; et jamais le désir de voir mon nom inscrit sur une liste de présentation à l'Institut n'a pu me faire surmonter la répugnance qu'une vivisection m'inspire. Mais ce que ni la vanité ni l'intérêt personnel ne m'ont conseillé, l'amour de la science me l'a fait faire. J'ai été séduit aussi par l'importance du résultat vers lequel nous marchions. Ce résultat, je vais tout d'abord le faire connaître, et en intervertissant l'ordre de nos travaux. Je ne veux pas faire passer l'Académie par les détours que nous avons dû faire, lui exposer tous nos tâtonnements, lui montrer nos incertitudes et comment nous sommes parvenus à les dissiper: il faudrait donner lecture de ce formidable recueil de nos expériences; ce serait abuser du tour de faveur que l'on a bien voulu m'accorder. Vous êtes venus ici, Messieurs, pour entendre des orateurs qui, depuis plus de deux mois, ont le privilége de tenir en haleine l'attention de l'Académie, et j'ai hâte de leur céder la parole.

Eh bien ! l'humeur contenue dans tous ces bocaux, cette masse solide provenant de l'évaporation d'une énorme quantité de chyle, et dont l'éther peut extraire de la graisse, tout cela, Messieurs, sort des canaux thoraciques d'animaux qui ne recevaient pas une goutte de suc pancréatique dans leur tube digestif. Voilà une proposition bien grave. Il faut la justifier dans chacun de ses termes; car elle ruine de fond en comble les idées qui ont cours en France, où il semble qu'il ne soit plus permis de parler de l'absorption des graisses sans rappeler les *recherches de M. Bernard sur les fonctions du pancréas.* Les premières expériences dont nous allons appuyer notre proposition sont les dernières de celles que nous avons pratiquées. Elles ont été faites sur de grands *ruminants* (vaches, taureaux).

Disons d'abord comment nous détournons le suc pancréatique. (*Le rapporteur montre ici plusieurs préparations anatomiques.*)

On dirait que, dans l'espèce bovine, la nature a tout préparé pour faciliter les recherches sur l'appareil excréteur du pancréas et pour diminuer les dangers de l'expérience. Une simple incision, peu étendue, sous le bord inférieur de la dernière côte droite, vous fait tomber sur le canal pancréatique, que n'accompagne pas ordinairement, jusqu'à l'intestin, le tissu de la glande, comme cela a lieu chez le chien, où le pancréas enveloppe et masque son propre canal jusque dans les parois du duodénum.

Voilà pour la facilité de l'expérience.

Son innocuité relative tient à une disposition anatomique qui n'est peut-être connue que des vétérinaires, et encore leurs livres classiques ne s'y arrêtent-ils guère. Cette disposition consiste en ce que le duodénum et le pancréas se trouvent en contact avec les parois abdominales, en dehors du sac épiploïque qui recèle le reste du tube digestif et qui communique seulement avec la grande cavité péritonéale par une ouverture située à l'entrée du bassin. La péritonite générale est donc peu à craindre après la ligature si facile du conduit pancréatique. Effectivement, nous n'avons eu qu'un exemple de cet accident. Voici donc comment on termine cette partie de l'expérience. On jette sur le canal une ligature que l'on serre tout près de l'intestin : on ouvre le canal en dehors de la ligature; on y introduit un gros tube de verre qui se trouve à l'aise dans ce vaste conduit excréteur (vous voyez que l'injection lui donne le volume du doigt); on assujettit par une seconde ligature le conduit sur le tube, dont l'autre extrémité s'ajuste à une sonde de gomme élastique qu'on laisse pendre en dehors du ventre. On réunit la plaie par suture. Voilà donc le suc pancréatique détourné; il coule au dehors, et, par moments, avec une abondance extrême. Remis sur pied, l'animal, qui s'est à peine aperçu qu'on lui a fait quelque chose, mange et rumine comme par le passé. Telle est au moins la règle; les exceptions sont sans importance.

Mais je me hâte de répondre à une objection qui, j'en suis sûr, se présente en ce moment à l'esprit de plus d'un membre de l'Académie. On dit : « Vous détournez en effet le suc pancréatique, mais vous ne le détournez pas en entier. M. Poinsot a montré, ici même, un petit canal pancréatique ouvert dans les voies biliaires, et, par leur intermédiaire, dans le duodénum. » Ce fait a produit une grande sensation, et on l'a considéré comme une dernière confirmation de la doctrine si bien exposée par M. Bernard. Pardonnez-moi quelque vivacité de langage, Messieurs; j'admire avec quelle légèreté on prend parti pour telle ou telle opinion dans un sujet aussi grave.

Nous devions faire de sérieuses recherches sur le degré de fréquence de la particularité anatomique que l'on vous avait signalée, sur le diamètre moyen de ce petit conduit, *quand il existe.* Et ne croyez pas, Messieurs, que ces recherches offrent la moindre difficulté. Un étudiant de première année y réussirait aussi bien que l'anatomiste le plus consommé. L'erreur est impossible; je répète ces mots : *l'erreur est impossible,* si on opère comme je vais le dire. L'animal étant tué et le duodénum ouvert, on adapte à la sonde de gomme élastique qui a servi à détourner le suc pancréatique et qui est encore en place, le tube d'une seringue remplie d'essence de térébenthine ; on presse sur le piston de la seringue. A l'instant même, on voit se tuméfier extraor-

dinairement ce gros conduit et toutes ses ramifications. Si le petit canal existe, on voit sourdre l'essence de térébenthine par l'orifice du canal cholédoque ; s'il manque, il ne coule rien dans l'intestin. L'essence de térébenthine est si pénétrante, qu'elle arriverait encore dans l'intestin, dans le cas même où le petit canal n'aurait que le diamètre d'un cheveu. On peut répéter l'expérience, aussi souvent qu'on le veut, sur la même pièce. On ôte la seringue, la térébenthine revient, expulsée qu'elle est par le ressort élastique des conduits. On remet la seringue et l'on presse ; les conduits se distendent de nouveau ; et, si le petit conduit existe, la térébenthine recommence à sourdre par le canal cholédoque, etc. Après ces préliminaires, on passe à un second temps de l'administration anatomique, pour parler le langage des maîtres des deux derniers siècles. On substitue, dans la seringue, une injection solidifiable à la térébenthine, on la pousse, on étale la pièce et on obtient successivement les bonnes préparations que vous avez sous les yeux. Voyons ce qu'elles nous apprennent. J'ai tenu compte du précepte d'Horace :

« Segnius irritant animos demissa per aurem,
« Quam quæ sunt oculis subjecta fidelibus.... »

Eh bien! sur cette pièce n° 1, le petit conduit est absent.

Sur cette pièce n° 2, il manque également.

Il manque encore sur cette pièce n° 3.

Sur cette pièce n° 4, il existe. Il est bien grêle, et cependant la térébenthine coulait dans l'intestin, et cependant notre injection solidifiable l'a pénétré, ce qui vous prouve que nous ne le manquons pas quand il existe.

Sur cette pièce, enfin, n° 5, il n'y a pas de petit conduit.

Nous avons laissé au logis 9 préparations. Sur 6 d'entre elles, le canal manque. Il est présent dans les 3 autres, et n'offre pas plus de volume qu'ici.

Raisonnons maintenant.

Nos animaux opérés, et qui nous ont donné ce chyle, peuvent être divisés en deux catégories : les uns sont munis du petit canal, les autres, non. Supposera-t-on que, chez les premiers, le gros canal a été suppléé par le petit ? J'aimerais autant dire que la Seine peut être suppléée par la rivière de Bièvre! Mais, ajoutera-t-on, le petit canal se dilate quand on a interrompu la circulation dans le gros. Ceux qui tiendraient ce langage commettraient deux erreurs au lieu d'une : 1° le cours du suc pancréatique n'a rencontré aucun obstacle dans nos expériences, puisque ce liquide, se répandant librement au dehors, n'était point sollicité à refluer vers le petit conduit ; 2° dans les cas que nous vous présentons, le gros canal a été lié, et cependant, comme vous le voyez, le petit ne s'est pas dilaté.

Mais pourquoi nous arrêter à des faits de seconde importance? quand nous avons ceux de l'autre catégorie. Ici, Messieurs, point de petit canal : donc, issue complète du suc pancréatique par le tube adapté au conduit excréteur. Que manque-t-il à cette partie de la démonstration ? Rien, absolument rien.

Poursuivons.

Notre animal ne reçoit plus de suc pancréatique, il ne doit plus faire de chyle émulsionné, si la doctrine accueillie en France est fondée. Que faut-il faire pour savoir si l'animal forme du chyle émulsionné? Lui ouvrir, au cou, le canal thoracique ou l'une des grosses branches qui le représentent, et recueillir le liquide qui s'en écoule. Nous avons dit que cet animal continuait de manger et de ruminer : on pourrait donc établir la fistule du canal thoracique le jour même où l'on a pratiqué la fistule pancréatique. Mais nous nous gardons bien d'y apporter cette précipitation : on nous dirait que le chyle obtenu a été émulsionné par le suc pancréatique que l'intestin avait reçu et gardé avant l'opération. Nous laissons donc l'animal manger et ruminer tout le jour et toute la nuit, persuadé qu'il épuise ainsi cette petite réserve de suc pancréatique. Vient le second jour : on pourrait ouvrir alors le canal thoracique; mais nous portons loin la prudence et la crainte de donner prise aux objections même les plus futiles. L'animal est encore laissé en paix tout le jour et toute la nuit, et comme il mange et rumine, les aliments achèvent d'entraîner, s'il en restait encore, les dernières traces du suc pancréatique. Le troisième jour enfin, l'établissement de la fistule est décidé. M. Colin, avec une précision, une adresse que peu de personnes sauraient égaler, va chercher au milieu des gros vaisseaux de la partie inférieure du cou, et sans répandre de sang, le canal thoracique ou l'une des grosses branches qui le représentent. Le canal est ouvert, un tube d'argent y est introduit, et le vaisseau lié sur le tube. Le chyle coule, et on le recueille à mesure. Je dis le *chyle*, Messieurs; car le liquide recueilli ne diffère en aucune façon, dans son apparence extérieure au moins, de celui que fournit un animal qui n'a subi aucune opération sur le pancréas et son conduit. Ce chyle est donc émulsionné, moins opaque pourtant que celui d'un chien ; mais nous pouvons lui donner les qualités de celui d'un carnivore en faisant avaler à l'animal des boulettes de tourteaux de plantes oléagineuses, nouvelle preuve que la matière grasse pénètre les chylifères sans le concours du suc pancréatique. Ajoutons que la lymphe des animaux qui nous donnaient ce chyle émulsionné était parfaitement transparente. Mais, dira encore une fois un contradicteur, vous avez obtenu du chyle blanc parce qu'il restait dans l'intestin du sucre pancréatique des anciennes digestions. Ce que je vais dire en réponse à cette objection va causer une sorte de stupéfaction dans l'auditoire. Le chyle, cette humeur précieuse que quelques-uns de ceux qui m'écoutent n'ont peut-être jamais vue, et que les physiologistes ont rarement le bonheur de recueillir autrement que par échantillons, pour ainsi dire, savez-vous combien un de nos ruminants nous en fournissait, par sa fistule, en vingt-quatre heures? Quarante litres ! ! ! Je reste au-dessous de la vérité. Et remarquez, Messieurs, que nous n'avons détourné dans chaque expérience qu'une partie du chyle de l'animal, puisque nous avons mis notre tube dans une des divisions d'un canal multiple et non dans un canal thoracique unique, disposition anatomique très-rare chez le bœuf. Dans un cas où il n'y avait qu'un canal, il a fourni à M. Colin 50 litres de chyle en douze heures! Et l'on viendrait nous dire que c'est l'humidité pancréatique, encore adhérente aux parois de l'intestin, trois jours après la ligature du canal pancréatique, et chez un animal qui n'a pas cessé de prendre des aliments, que c'est, dis-je, ce résidu de suc pancréatique qui a émulsionné la graisse de ces 50 litres de chyle! On n'entre point en discussion avec des raisonneurs de cette force.

Messieurs, nous allons résolûment au-devant de toutes les objections ; nous ne reculons devant aucune vérification. Nulle cause plus qu'une autre n'a nos sympathies, si ce n'est celle de la vérité. Nous reconnaissons qu'un complément encore peut être ajouté à notre démonstration ; nous allons vous le donner.

Nous avons retiré un chyle blanc d'animaux qui ne mettaient pas une goutte de suc pancréatique dans leur intestin, cela ne peut pas être contesté. Mais cette couleur blanche est-elle due à de la graisse? Y a-t-il réellement eu absorption de graisse? un chimiste ne ferait pas cette question ; nous la posons pour satisfaire les gens difficiles. Eh bien! nous rappelons, en premier lieu que, chez un animal auquel nous faisons manger des tourteaux de plantes oléagineuses, le chyle devient opaque comme celui d'un carnivore : c'est donc de la graisse émulsionnée qui lui donne cette teinte laiteuse.

Mais ce n'est encore qu'une induction. Voici une preuve directe : nous extrayons la graisse de ce chyle. Après avoir fait évaporer celui-ci jusqu'à consistance d'un extrait sec, nous traitons cet extrait par l'éther, qui dissout la graisse et la laisse, ensuite, isolée en s'évaporant. Celle que je vous présente, Messieurs, a été retirée d'environ quatre litres de ce chyle, fait sans l'intervention du suc pancréatique. On dirait du beurre, mais ce beurre est extrait du chyle et non du lait; ce beurre provient d'un taureau et non d'une vache. Les analyses qui seront faites d'ici à quelques jours me permettront sans doute de tenir sur cette question un langage plus positif (1). Ces analyses nous diront encore si la matière grasse du chyle est diminuée par le fait de la ligature du canal pancréatique, question intéressante sans doute, mais dont la solution, comme on a pu le voir, n'était pas nécessaire à l'élucidation du problème que nous avons agité devant vous.

Messieurs, nous vous avons fait connaître plus d'un fait nouveau, si je ne me trompe. On pourrait s'étonner que ces faits aient passé inaperçus des physiologistes qui, depuis quelques années, se sont occupés des fonctions du pancréas et de la formation du chyle. Mais ces hommes distingués ont manqué d'occasions semblables à celles que nous avons mises à profit. Où sont, je vous le demande, les physiologistes disposés à faire emplette d'une douzaine d'animaux de l'espèce

(1) M. Wurtz, auquel j'avais donné une certaine quantité de chyle à analyser, m'a remis, séance tenante, la note suivante :

Analyse d'un chyle défibriné.

Eau.	95,942
Matières albuminoïdes et sels. . . .	3,601
Matières grasses.	0,450
	100,000

La proportion des matières grasses s'élevait à 11 p. 100 du résidu solide.

bovine, sans autre but que de leur établir pendant quelques jours des fistules au conduit excréteur du pancréas et au canal thoracique? Pour certains personnages, sans doute, cette dépense serait légère; mais ceux-là ne se préoccupent guère des fonctions du pancréas. On peut donc croire que la science eût encore attendu longtemps les renseignements qu'elle ne pouvait obtenir que de l'expérimentation sur les grands ruminants, si, plus heureux que nos devanciers, nous n'eussions trouvé à Alfort des facilités qui leur ont manqué sur un autre théâtre. Une fois par an, au printemps, les élèves de cet établissement, qui sont exercés habituellement sur des chevaux vivants à la pratique des opérations de l'art vétérinaire, sont appelés à les faire sur des ruminants. Pour cela, l'administration achète et fait venir à Alfort un certain nombre de taureaux et de vaches. C'est sur ces animaux, et avant qu'ils fussent livrés aux opérateurs, qu'il nous a été permis d'expérimenter.

Mais deux ou trois semaines, tout au plus, sont données par an à cette sorte de session opératoire. Nous vous avons dit que, depuis huit mois, nous nous livrions à des recherches auxquelles nous avions sacrifié déjà trois chevaux et trente-six chiens : il est évident qu'il nous reste quelque chose à vous communiquer; mais ce sera pour une autre fois. Je prie l'Académie de recevoir, en attendant, un pli cacheté contenant l'indication de la communication qui lui sera faite.

Il me reste, à l'occasion de ce travail, à tirer une conclusion qui, bien entendu, ne peut engager l'Académie, et à faire une proposition sur laquelle elle aura à délibérer. La *conclusion*, la voici :

Puisque, chez les animaux de l'espèce bovine, on peut, trois et même quatre jours après qu'on leur a lié le conduit excréteur du pancréas et détourné le suc pancréatique au dehors, retirer du canal thoracique, en vingt-quatre heures, plus de 40 *litres de chyle bien émulsionné, et dont l'éther extrait une notable quantité de graisse, le suc pancréatique, chez ces animaux, n'est nécessaire ni pour l'absorption des corps gras, ni pour la formation d'un chyle émulsionné.*

Vous remarquerez, Messieurs, que je dis *nécessaire*, et non *utile;* vous remarquerez aussi que ma conclusion ne comprend, pour le moment, que les animaux de l'espèce bovine, malgré le puissant secours que je puiserais, dès aujourd'hui, dans l'analogie, si je voulais généraliser davantage. Vous remarquerez, enfin, que je n'affiche pas la prétention de mettre à néant la doctrine de M. Bernard; je reste, comme je l'ai toujours été, admirateur de ses belles recherches, et je conviens que la propriété dont jouit le suc pancréatique, des carnivores surtout, de former avec les graisses une émulsion persistante, ne peut être négligée dans la question qui nous occupe.

Quant à ma *proposition*, elle est :

1° De remercier M. Colin de sa communication;

2° De l'inviter à poursuivre ses investigations, ce à quoi il ne faillira certainement pas;

3° D'envoyer son travail au comité de publication.

CORRESPONDANCE.

Amylène.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

Dans les considérations qui précèdent l'observation de M. Snow, publiée dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 23 avril, mon collègue Broca paraît trouver d'autres objections à l'emploi de l'amylène comme agent anesthésique.

Ainsi, la difficulté à manier, à administrer ce produit, son prix de revient, plus cher que le chloroforme, seraient à son avis, toutes choses étant égales d'ailleurs, deux grandes objections à son emploi.

Depuis le commencement de février jusqu'aujourd'hui, j'ai administré l'amylène, en place du chloroforme, un très-grand nombre de fois; j'avoue que je n'ai pas trouvé la moindre difficulté à administrer cet agent, depuis que je me sers d'un appareil aussi simple que peu coûteux. Cet appareil consiste en un ballon à deux tubulures, avec un tube en caoutchouc terminé par un coulant de la même substance, avec ou sans soupape, pour être appliqué sur la bouche et les narines du malade. Cet appareil qu'on trouve partout, aussi simple que commode, permet de suivre avec beaucoup de précision les mouvements respiratoires et d'économiser l'amylène.

Pour ce qui regarde le prix de revient de ce produit, le professeur Tourdes s'est déjà chargé de lever l'objection; il dit (*Gaz. méd. de Strasbourg*, du 25 mars 1857, p. 99, 1re colonne) : « Le prix de revient de l'amylène, préparé dans le laboratoire des hospices civils de Strasbourg, est de 16 à 18 francs le kilog.; c'est le prix du chloroforme absolu à 1,500 degrés de densité, préparé dans le même établissement. »

Maintenant, sans me prononcer d'une manière absolue sur l'innocuité et la valeur thérapeutique de l'amylène et du chloroforme, question qu'une expérience très-étendue pourra seule résoudre, je ne crains pas d'ajouter qu'aujourd'hui, dans l'état où en est la question, je n'hésiterai pas dans certains cas, chez des enfants, à préférer l'amylène au chloroforme. J. GIRALDÈS.

Cours de médecine expérimentale. — M. Claude BERNARD reprendra son *Cours de médecine expérimentale* au Collége de France, mercredi 29 avril, à une heure.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 51. 5e année. Mardi 28 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Du traitement de l'acné par les préparations d'iodure de mercure,

Par M. Hardy, *médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc.*

Parmi les maladies de la peau, l'acné est une des plus fâcheuses par son siége à la figure et par sa ténacité; elle est ordinairement très-rebelle aux moyens de traitement employés communément contre elle, et qui sont recommandés par les auteurs classiques : les tisanes amères, les purgatifs, les règles hygiéniques échouent presque constamment, et je me suis convaincu, depuis plusieurs années, qu'il ne fallait nullement compter, dans cette affection, sur les remèdes dérivatifs ni sur les moyens thérapeutiques généraux qui agissent sur la constitution. Les seuls moyens qui ont réussi dans certaines circonstances sont les remèdes topiques, lotions ou pommades, plus ou moins irritants, et opérant dans le sens d'une médication substitutive. On peut citer des observations de guérison d'acné par les lotions d'ammoniaque, par les lotions de solution de sublimé, par les préparations sulfureuses employées localement, par des vésicatoires même appliqués sur la figure; des malades ont été guéris par des pommades dont on ignore la composition, mais dont le premier effet a toujours été de produire une inflammation locale. Dans ces derniers temps, M. Rochard a publié plusieurs faits intéressants d'acnés rebelles guéries par une pommade ayant pour base le chlorure d'iodure de mercure. Ces exemples prouvent évidemment que l'acné n'est pas une maladie incurable et que sa guérison peut être obtenue par une médication topique irritante et substitutive. Partant de ces données, et convaincu par mes observations que l'acné est une maladie locale, indépendante de toute diathèse et de tout autre affection, j'ai expérimenté plusieurs substances, et je suis arrivé, en dernier lieu, à des résultats très-heureux avec les pommades à base de proto-iodure et de bi-iodure de mercure. Je crois être utile en publiant quelques observations dans lesquelles l'efficacité de ce traitement ne me paraît pas contestable. La plupart des malades dont je vais donner l'histoire ont été vus à ma clinique l'été dernier, et les résultats thérapeutiques ont été constatés par les élèves et les médecins qui ont suivi mes leçons.

Voici ces observations :

Obs. I. — *Acne simplex et indurata. — Traitement par le proto-iodure de mercure.* — M. A...., ancien notaire, âgé de 37 ans, d'un tempérament nerveux, d'une bonne santé habituelle, avouant un assez

DÉLASSEMENTS

A mon ami Joulin, absent. — **Le rossignol et le seigneur**, fable. — **Un gendre et son beau-père.** — **Le curé oculiste.**

Ami, t'aurais-je donc perdu
Que maintenant, l'âme chagrine,
A travers le sentier ardu
Du feuilleton, seul, je chemine?
Pourquoi, Joulin, m'avoir quitté?
Quel acte ai-je fait qui te blesse?
Aucun. Hélas! c'est ma faiblesse
Qui t'aura sans doute irrité.
Vois-tu, la force est répartie
Entre nous comme l'est tout bien,
Tel en reçoit bonne partie,
Celui-ci peu, celui-là rien.
Donc, qui n'a rien ou peu de chose,
Le faible enfin, pour parvenir,
Sur le bras du fort se repose;
Ne veux-tu plus me soutenir?
Mais, après tout, que vas-tu faire?
Peut-être tenter un chemin
Conduisant vers une autre sphère;
Y trouveras-tu notre main?
Va! si devant le sort contraire
Ton pas jamais est arrêté,
Reviens vers nous, reviens en frère
Reprendre ici ta liberté.
En attendant l'heure espérée
De te revoir, oh! laisse-moi
Te dire une fable inspirée
Par l'amitié que j'ai pour toi.

Maint laboureur et sa famille,
A l'heure du repos des champs,
Assis au pied d'une charmille,
Prêtaient l'oreille à de doux chants.
Là, du milieu de la ramée,
Le rossignol, près de son nid,
Redisait sa chanson aimée
Dès l'aube, ou quand le jour finit.

grand nombre d'excès en tout genre, fait dater le commencement de sa maladie à deux ans environ, pendant son séjour à Lambessa (Afrique), où il était détenu pour cause politique. Des petites pustules se succédant sans interruption, et accompagnées d'une rougeur vive de la peau, se montrèrent d'abord aux joues, puis s'étendirent au front. La maladie persista avec des variations d'intensité, mais sans intermittence réelle.

Entré, le 13 février 1856, à l'hôpital Saint-Louis, dans les chambres payantes, M. A.... présente sur le nez, sur les joues, sur le front, une couleur rouge violacée; sur cette teinte foncée existent un assez grand nombre de petites pustules acuminées qui durent trois ou quatre jours et se renouvellent incessamment; au front, les pustules sont moins nombreuses, mais plusieurs présentent à leur base une induration assez résistante, et constituent la variété connue sous le nom d'*acne indurata*. Il existe à la figure un sentiment habituel de chaleur, quelques élancements s'y font sentir de temps en temps, principalement au moment où se développent de nouvelles pustules. Comme traitement préparatoire, et pour diminuer la congestion de la figure, je prescris au malade une tisane de pensée sauvage et de séné (pensée sauv., 15 gr.; foll. de séné, 8 gr. pour un litre d'eau), et un bain de vapeur tous les deux jours.

Le 21 *février*, la rougeur est un peu moins vive; j'ajoute au traitement une onction faite tous les jours une fois, sur les parties malades, avec une pommade composée *d'axonge, 30 grammes, et de proto-iodure de mercure, 1 gramme*. Dans les premiers jours de l'usage de cette pommade, on voit se développer, aux endroits frictionnés, plusieurs petites pustules analogues à celles de l'*acne simplex*, mais ayant une durée plus éphémère; l'épiderme devient sec, cassant, et se fendille en présentant de la desquammation.

Le 3 *mars*, le front ne présente plus une rougeur uniforme, quelques points rouges seulement se détachent sur la coloration à peu près normale de la peau; la joue droite est bien et ne présente plus aucune pustule; quelques pustules se montrent à la joue gauche; des deux côtés il y a une desquammation fendillée, effet évident de la pommade. (*Continuation de la tisane purgative, des bains de vapeur et des onctions avec la pommade de proto-iodure*).

Le 11, les deux joues ont un aspect bien meilleur; il existe encore quelques points rouges très-limités au front. (*On supprime la tisane purgative, on continue les bains de vapeur et la pommade*).

Le 20, le nez, les joues sont en très bon état et présentent une teinte légèrement rosée; il reste encore au front quelques taches rouges, et on y voit trois ou quatre pustules; la pommade doit être appliquée sur le front seulement, on n'en fera pas usage sur le reste de la figure.

Le 22, le front est moins rouge, les autres régions de la face sont toujours bien; le malade sort de l'hôpital et interrompt tout traitement; nous le considérons comme guéri, et, en effet, la maladie ne s'était pas reproduite lorsque le malade a été rencontré trois mois après sa sortie.

Dans cette observation le traitement a compris trois choses, la tisane purgative, les bains de vapeur et les onctions avec la pommade au proto-iodure; mais, sans nier l'effet adjuvant des deux premiers moyens, j'attribue la guérison presque exclusivement à la pommade, les purgatifs et les bains de vapeurs, employés seuls dans des cas moins graves ne m'ayant jamais donné que des résultats incomplets. Dans l'observation suivante nous allons voir, d'ailleurs, les topiques hydragyriques employés exclusivement.

Obs. II. — *Acne rosacœa simplex.* — Mme Pl...., âgée de 27 ans, une de mes clientes habituelles, vint me consulter chez moi, au mois de décembre 1855, pour une névralgie faciale, et en même temps elle me demanda si j'avais un moyen pour guérir les *rougeurs* qu'elle avait à la figure; elle présentait, en effet, sur les deux joues et sur le nez, une rougeur brune un peu violacée; aux joues, au milieu de la teinte rouge, existaient quelques pustules du volume d'une tête d'épingle; la figure était le siége de chaleurs et de cuissons. Cette affection existait depuis trois ou quatre ans, d'abord d'une manière intermittente; depuis plusieurs mois elle avait persisté. Outre le traitement spécial à la névralgie, je prescrivis de laver tous les jours, matin et soir, la figure avec une solution de sublimé (sublimé, 0,75 centigrammes, eau distillée, 125 grammes; une cuillerée à café de cette solution dans un verre d'eau), et tous les soirs, après la lotion, d'étendre sur la figure une couche de la pommade suivante : axonge, 30 gram.; proto-iodure de mercure, 0,75 centigr.

Pendant les premiers jours de ce traitement, la peau du visage devint plus chaude, plus rouge, un peu fendillée, de légères douleurs suivaient le contact de la pommade, mais la malade persista, et je ne l'avais plus revue lorsque, dans le mois de juillet dernier (le 28 juillet 1856), appelé auprès de son mari malade, je pus constater sa guérison complète; la peau de la face était dans un état complétement normal, et il ne restait depuis longtemps aucune trace de l'affection cutanée. Cette dame avait continué à se laver, matin et soir, avec la solution de sublimé et à étendre tous les soirs une très-légère couche de pommade qui, depuis longtemps, ne déterminait ni rougeur ni cuisson. Considérant la guérison comme assurée, je conseillai de cesser le traitement qui avait été continué au delà du terme nécessaire; Mme Pl...., revue le 20 août, était toujours très-bien; elle m'avoua alors qu'avant de me demander conseil pour son affection de la figure, elle avait déjà employé infructueusement plusieurs moyens prescrits par un de mes collègues de l'hôpital Saint-Louis.

Un beau soir que sous le feuillage
La lignée entière écoutait,
Passa le seigneur du village
A l'instant que l'oiseau chantait :
— Oh! oh! fit-il, l'âme ravie,
Mon beau chanteur, qui que tu sois,
Je le proclame : de ma vie
Je n'entendis si belle voix.
Que fais-tu dans cette fourrée,
Jetant tes notes aux vallons?
Viens, dans une cage dorée
Tenir ta place en nos salons.
— Mille pardons! à votre Grâce,
Répond le petit obstiné,
Comme à mes chants il faut l'espace,
Je reste aux lieux où je suis né.

Au rossignol comme au génie,
L'un pour répandre sa clarté,
L'autre ses notes d'harmonie,
Il faut d'abord sa liberté.

Un certain confrère, qui se donne de grands airs d'importance sous le confort d'une maison montée et d'un attelage à deux chevaux, que lui a apportés en dot la fille d'un gros herboriste retiré des affaires, et décoré comme ancien capitaine de la garde nationale, ne désigne jamais son beau-père que par le titre de *chevalier*. Cette qualification, peu importante en apparence, a pourtant le double avantage de faire accroire au client que le docteur s'est allié à quelque famille de vieille souche, et de flatter l'amour-propre de l'ex-capitaine, dont le nez et le menton ont militairement conservé la moustache et la mouche traditionnelles. Ces jours derniers que notre Esculape célébrait pour la première fois l'anniversaire de son alliance avec le brave chevalier, il reçut la visite d'un sien cousin, exerçant modestement dans le village qui les vit tous deux naître. Celui-ci, ébloui du luxe qui se déployait devant ses yeux en comparaison de la simplicité mobilière d'un médecin de village, serra fortement la main de son parent qui lui disait : J'espère que tu vas accepter à dîner avec nous sans façon. Seulement, tiens, donne-toi un coup de peigne, rajuste un peu ta cravate, arrange le collet de ton habit, donne un coup de mouchoir à tes bottes, et surtout redresse-toi. Diable! il ne faut pas avoir l'air trop campagnard devant des Parisiens; si tu savais comme ces gaillards-là sont difficiles sur l'étiquette! Cela fait, ils entrèrent dans le salon.

Ces deux observations me paraissent mettre hors de doute la possibilité de guérir l'acné à l'aide des pommades ayant pour base le proto-iodure de mercure; mais je dois ajouter que ce traitement ne réussit pas toujours, et que, dans un grand nombre de cas, on a besoin d'employer contre l'acné, surtout lorsque la maladie est ancienne, un remède plus énergique que le proto-iodure. Dans ces circonstances j'ai trouvé, dans le bi-iodure de mercure, un modificateur puissant. J'ai d'ailleurs été amené à employer ce sel par l'exemple des heureux effets de son application dans des maladies cutanées plus graves encore, dans les diverses formes de lupus que je désigne habituellement sous les noms de *scrofulides*.

Considérant l'acné comme une maladie locale, indépendante de tout trouble organique ou fonctionnel, je n'ai employé le bi-iodure de mercure qu'à l'extérieur sous forme de pommade; mais je l'ai employé sous deux formes bien différentes, à faible dose et à forte dose; comme nous allons le montrer dans les observations suivantes, les effets physiologiques de ces deux modes d'administration sont bien différents. Nous allons commencer par exposer quelques observations dans lesquelles le bi-iodure a été employé à faible dose, à la dose de 0,10 à 0,25 centigrammes pour 30 grammes d'excipient graisseux.

Obs. III. — *Acne rosacœa.* — *Quelques pustules d'acne indurata.* — Noël, âgé de 46 ans, ouvrier sellier, ne donnant aucun renseignement sur la santé de ses parents, se plaignant de douleurs cardialgiques depuis l'époque de la puberté, a vu venir, il y a six mois, des boutons et de la rougeur sur sa figure, il a senti dans les mêmes parties des picotements, un peu de chaleur, et il a éprouvé quelques douleurs de tête pendant son travail; il travaille la tête penchée en avant et il lui arrive souvent de veiller assez tard.

Il entre à l'hôpital Saint-Louis (salle Henri IV, n° 47), le 8 mars 1856, sans avoir fait aucun traitement. A ce moment on constate une rougeur diffuse et violacée sur le nez et sur la partie antérieure des deux joues, il existe en même temps sur les joues quelques pustules isolées, à base dure, appartenant *à l'acne indurata*. Comme nous l'avons déjà dit, le malade se plaint de picotements et d'un sentiment de chaleur vers les parties affectées. La santé est bonne d'ailleurs, sauf les douleurs gastralgiques que nous avons déjà mentionnées. Je prescris une tisane de houblon et une onction à faire tous les jours une fois avec une pommade composée de 0,25 centigrammes de bi-iodure de mercure pour 30 grammes d'axonge.

La première application de la pommade produit une cuisson assez vive qui dure trois ou quatre heures, et détermine une éruption de petites vésiculo-pustules confluentes, mais dont la durée est éphémère; ces vésicules laissent à leur place une desquammation superficielle qui se prolonge pendant plusieurs jours; le traitement topique est néanmoins continué.

Le 14 *mars*, la rougeur est moins vive, le malade n'accuse plus à la figure ni chaleur, ni picotements; on ajoute au traitement un bain alcalin tous les deux jours.

Le 20, la rougeur a presque complétement disparu à droite, elle est un peu plus marquée à gauche; il restait à peine de la desquammation, et depuis trois jours l'application de la pommade ne causait plus ni cuissons, ni rougeurs. Un changement considérable s'est accompli en douze jours, et le malade sort à ce moment en très-bonne voie de guérison.

Obs. IV. — *Acné rosacée, simple, indurée, sébacée, fluente.* — S. Deshayer, âgée de 23 ans, dévideuse, a commencé à avoir des *boutons* sur la figure et sur la poitrine à l'âge de 15 ans, au moment de la première apparition des règles; depuis ce temps la maladie a persisté avec une intensité variable. La santé générale est bonne; cette femme a l'apparence de la force et de la santé; sa mère et sa sœur sont atteintes de la même maladie.

Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 15 avril 1856, cette femme paraît horriblement défigurée; on voit sur sa face un mélange d'acné ponctuée, d'acné simple, d'acné indurée, et des cicatrices déprimées consécutives à d'anciennes pustules; le fond du teint est d'un rouge foncé, les vaisseaux capillaires sont dilatés et variqueux, et de plus il existe sur toutes ces parties, dont la peau paraît épaissie, une couche huileuse due à une acné sébacée fluente des mieux caractérisées; sur une des joues on voit même deux ou trois tumeurs fluctuantes du volume d'un gros pois, constituant de véritables abcès cutanés. Sur le devant de la poitrine, sur le dos existent quelques tubercules pustuleux et de nombreuses cicatrices semblables à celles de la variole, mais dues à d'anciennes pustules d'acné, la malade n'ayant jamais eu ni variole, ni varioloïde, et rapportant la cause des cicatrices à la maladie qui existe actuellement.

Comme traitement préparatoire opposé aux phénomènes d'inflammation locale si prononcés, je prescris une tisane purgative de pensée sauvage et de séné, des cataplasmes de fécule appliqués la nuit sur la figure, un bain de vapeur tous les deux jours.

Le 1er *mai*, au bout de quinze jours de ce premier traitement, la figure est moins turgescente, la rougeur a un peu diminué, la couche huileuse est moins épaisse, mais les pustules d'acné simple et indurée persistent, quelques nouvelles pustules d'acné simple se sont développées à la poitrine et même sur la cuisse droite. Le même traitement est continué, et, le 10 mai, on commence à faire sur la figure et sur la poitrine une onction quotidienne avec une pommade composée de 0,25 centigrammes de bi-iodure de mercure pour 30 grammes d'axonge. L'application de cette pommade produit une cuisson assez

---

— Chevalier, fit le gendre, je vous présente mon cousin, médecin en chef de l'hôpital de la ville de *Cubas* (1), qui, au débotté de son voyage, s'est empressé de me donner sa première visite, sans songer même à faire un peu de toilette.

— Soyez le bienvenu, major, articula caverneusement l'herboriste en retraite, je vous félicite d'être arrivé à si bon port. Vous devez avoir furieusement appétit; attention donc au commandement: par file à gauche, par file à droite, en avant, marche! Pardon! si je vous sers de chef de file.

Voilà nos gens à table. A peine le potage est-il fini, que le convié se frappe tout à coup le front, se dresse brusquement sur sa chaise et s'écrie:

— Et moi qui n'y pensais plus!

— A quoi donc? major.

— Eh! mon Dieu, à mon ver rongeur.

— Sacrrrebleu! vous avez un pareil ennemi? jura l'ancien débitant de simples, qui, ne connaissant pas le sens qu'on attache à cette expression, pense aussitôt au ténia ou ver solitaire.

— Oui, et depuis assez longtemps.

(1) Petite ville de la Creuse, d'environ 800 habitants.

— Je vous plains fort, mon brave; mais, que voulez-vous y faire?

— M'en débarrasser au plus vite, si vous voulez bien me le permettre.

— Mille canons! vous auriez dû y penser avant d'entrer à la cantine, major.

— Vous avez raison, mon commandant; mais je ne pensais pas rester à dîner avec le cher cousin. (Et ce disant, mon oublieux court bien vite renvoyer son cabriolet de place et remonte aussitôt reprendre son assiette.)

— Quoi! déjà de retour de l'expédition, exclame en le revoyant l'ex-capitaine; voilà qui s'appelle une manœuvre lestement faite.

— Vous trouvez?

— Sacrrrebleu, docteur, assez causé militairement; maintenant, raisonnons comme des gens civils. Vous avez là un secret qui vaut une fortune.

— Je ne vous comprends pas.

— Voyons, chevalier, interrompit aussitôt le maître de céans, qui rougissait en voyant la bévue que commettait son noble beau-père, parlons de choses plus intéressantes.

marquée et une sécheresse épidermique très-prononcée, suivie de desquammation : l'épiderme est cassant et se détache peu à peu par petites plaques.

Le 24, l'amélioration est déjà très-marquée, la rougeur est toujours vive, mais la peau est devenue unie, il n'y a plus de pustules, ni à la figure, ni à la poitrine, la sécrétion sébacée est diminuée et paraît à l'état normal. (Continuation des bains de vapeur et des onctions avec la pommade.)

Le 29, la teinte du front et du nez est presque naturelle, la rougeur est circonscrite aux joues. Plus de pustules, plus d'humeur sébacée.

Le 8 *juin*, les onctions avec la pommade sont faites tous les deux jours seulement; le 14 juin, la malade sort complétement guérie; il reste seulement çà et là quelques points d'acné ponctuée, et les joues sont le siége d'une rougeur arborisée due manifestement à l'injection des capillaires sanguins dilatés.

La malade est rencontrée trois mois plus tard par un de mes élèves, qui a pu constater la persistance de la guérison.

Cette observation nous montre un cas d'acné des plus graves et des plus compliqués; l'ancienneté de la maladie, l'association des diverses formes d'acné se réunissaient pour augmenter la gravité du pronostic. Néanmoins, la guérison a été obtenue très-promptement : après un traitement préparatoire de trois semaines, la pommade a été appliquée seulement pendant cinq semaines. Parmi les faits assez nombreux que j'ai déjà recueillis, c'est un de ceux dans lesquels l'efficacité de la pommade de bi-iodure à faible dose ait été le mieux démontrée.

Nous allons maintenant présenter l'observation de deux malades chez lesquels la maladie a été combattue à l'aide de la pommade de bi-iodure de mercure à dose concentrée :

Obs. V. — *Acné très-intense.— Acne simplex, indurata, rosacœa et sebacœa.—Traitement par la pommade au bi-iodure de mercure à forte dose.*—Marie Nazareth, âgée de 34 ans, domestique, forte, bien constituée, a toujours eu une santé générale excellente; elle a toujours été bien réglée, elle n'a jamais souffert de l'estomac; elle ne peut donner de renseignements sur la santé de ses parents, qu'elle n'a pas connus. Accouchée il y a cinq ans, elle a nourri son enfant pendant deux ans passés, et six mois après la cessation de la nourriture, elle a commencé à voir venir sur sa figure des boutons semblables à ceux qui existent maintenant et qui ont toujours présenté des éruptions successives depuis la première apparition.

Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 5 novembre 1855, elle présente, dispersées sur les joues, sur le menton, sur les ailes du nez, une assez grande quantité de pustules, les unes petites, sans base dure (*acne simplex*), les autres volumineuses, dures, et formées principalement par une base très-solide (*acne indurata*); toutes ces pustules sont entourées d'auréoles rouges qui, en se confondant les unes avec les autres, donnent au teint une couleur d'un rouge vif (*acne rosacœa*); en même temps, dans certains points, on peut constater dans l'épaisseur de la peau la présence d'un lacis vasculaire très-fin, mais très-apparent. La peau est manifestement épaissie, les ouvertures des follicules sont agrandies, et toute la face est couverte d'une couche huileuse caractérisant l'acné sébacée fluente. Il résulte de toutes ces altérations un aspect de la face véritablement repoussant. La malade est mise d'abord à la tisane de houblon; on lui donne un bain de vapeur tous les deux jours; elle mange trois portions d'aliments.

Le 7 *novembre*, on fait une première application de bi-iodure de mercure, sous la forme d'une pommade liquéfiée par la chaleur et composée de 10 grammes d'axonge et de 8 grammes de bi-iodure de mercure; cette substance n'est pas appliquée en couche uniforme, elle est déposée sous forme de plaques de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, distribuées à peu près également sur toute la figure, et à distance les unes des autres d'environ 1 ou 2 centimètres. Une heure environ après l'application, la malade ressent dans la figure une douleur assez vive, et le soir, sur tous les points touchés, on voit, mélangées avec la pommade, des croûtes jaunâtres analogues aux croûtes de l'impétigo; la figure est gonflée, la peau est rouge dans l'intervalle des parties croûteuses.

Le lendemain, la douleur n'existe plus depuis la veille au soir; il y a encore un peu de gonflement dans la face; la malade accuse un peu de roideur et de gêne dans les mouvements musculaires qui ont lieu à la face; au bout de quatre ou cinq jours, les croûtes commencent à tomber. On continue la tisane de houblon et les bains de vapeur.

Le 15, la figure est sans croûtes; les parties qui paraissent avoir été modifiées le plus avantageusement sont la joue droite et la moitié gauche du menton; dans ces parties, la rougeur est manifestement diminuée, et il n'y a ni pustules, ni tubercules; on rencontre trois petites pustules nouvelles à droite, sur le menton, et on voit encore à la joue gauche, près du sillon naso-labial, deux tubercules d'*acne indurata*, à base rouge et saillante, et qui ont persisté. Sur le nez, sur les deux joues on remarque d'ailleurs un aspect gras et luisant, semblable à celui qui résulterait d'une couche de pommade étendue sur ces parties; l'acné sébacée fluente est très-manifeste.

Les jours suivants, l'amélioration augmente et se généralise; la partie inférieure du visage pâlit visiblement.

Le 19, deuxième application de bi-iodure dans les mêmes proportions, mais le nombre des points touchés est moindre et la couche de pommade est moins épaisse; cependant la douleur est très-vive pen-

— Sacrrrebleu! Saturnin, on voit bien que vous n'avez jamais rien compris aux affaires commerciales.

— Mais, chevalier!

— Chevalier! chevalier! tant qu'il vous plaira, mais avant de l'être, j'ai été commerçant, et sacrrrebleu! on ne laisse pas échapper, de gaîté de cœur, une affaire qui tient pour ainsi dire à notre ancienne spécialité, et qui se présente avec de pareils bénéfices.

— Mais, chevalier, vous commettez en ce moment-ci une grave erreur....

— Comment! le cousin ne vient-il pas de nous dire qu'il avait un ver rongeur?

— Et dont je me suis, Dieu merci! débarrassé.

— Eh bien! je dois humblement avouer que moi, pendant mes vingt années d'herboristerie, j'ai vainement essayé toutes les simples connues, et que jamais, pas plus que mes confrères, je ne suis parvenu à trouver un remède contre un pareil parasite.

— Quel parasite?

— Sacrrrebleu! cousin, vous faites l'ignorant.

— Ah! c'est juste! vous appelez un cabriolet de place, vous autres Parisiens, un parasite au lieu d'un ver rongeur, termina, en appuyant avec intention sur tous ces mots le modeste médecin de province, édifié désormais sur la valeur personnelle du chevalier, beau-père de son brillant cousin.

Le chevalier resta ébahi, son gendre se mordit les lèvres. Lequel des deux fut le plus sot?

On s'est assez occupé, dans ce journal et ailleurs, du curé Fortin; en voici un autre dont on pourrait bien s'occuper, le parquet surtout, et pour les mêmes raisons. Pour les mêmes raisons n'est peut-être pas le mot propre et technique, car il y a bien quelques différences entre le curé Fortin et le curé ou l'abbé .....ski : d'abord, l'un habite les verdoyantes rives de l'Yonne; l'autre, les bords *fleuris* (selon Mme Deshoulières) de la Seine (1); l'un m'a tout l'air d'être Français, la désinence de l'autre sent fortement le polonais; celui-là est rebouteur, celui-ci n'est qu'oculiste, enfin, différence essentielle, le curé Fortin remet gratuitement, à ce qu'il paraît, les membres démis, tandis que le curé .....ski prend très-cher pour ne pas remettre les yeux malades; très-cher! ce n'est pas moi, c'est lui qui le dit.

Une jeune personne, dont les yeux sont depuis longtemps atteints d'une maladie chronique grave, se dirigeait, il y a quelques semaines,

(1) Demander à notre collaborateur, M. Payen, de quelle Seine Mme Deshoulières entendait parler.

dant plusieurs heures, la malade dit même avoir souffert plus que la première fois.

Le 24, les croûtes sont tombées; les jours suivants, quelques petites pustules se développent encore, mais le visage est plus lisse et plus pâle.

Le 3 *décembre*, troisième application de pommade plus limitée et en couches plus minces : la douleur est moindre et l'effet moins prononcé.

Le 14, on voit encore une pustule d'acné indurée sur le menton; mais le teint est plus pâle et la sécrétion sébacée est de beaucoup diminuée.

Le 19, quatrième application de pommade avec douleur très-prononcée.

Le 28, cinquième application également douloureuse.

15 *janvier* 1856, sixième application.

1er *février*. La face est modifiée très-avantageusement : le côté gauche conserve encore une légère rougeur, le côté droit est revenu à l'état de coloration presque normale; il existe à peine de l'humeur sébacée, mais on voit encore de temps en temps quelques pustules éphémères d'*acne simplex*.

Le 14, septième application de pommade.

1er *mars*. Amélioration de plus en plus prononcée; plus d'humeur sébacée, à peine une coloration plus foncée du teint; de loin en loin, encore quelques pustules fugitives d'*acne simplex;* la malade étend tous les jours sur le visage une légère couche de pommade au biiodure à faible dose (axonge, 30 gr., bi-iodure de mercure, 0,10 cent.); elle prend tous les deux jours une douche de vapeur aqueuse sur la figure.

Le 15 *avril*, il reste à peine une teinte un peu plus foncée au visage; depuis plusieurs jours on n'a pas vu de nouvelles pustules.

La malade sort de nos salles le 19 avril; mais elle reste employée dans l'hôpital. Nous avons eu occasion de la revoir à plusieurs reprises : la guérison s'est pleinement confirmée; la figure a sa coloration normale, elle n'est nullement huileuse, la peau n'est plus épaisse. La malade a seulement de loin en loin quelques petites pustules éphémères. Lors de ces éruptions, elle se sert pendant quelques jours de la pommade à faible dose (0,10 cent. pour 30 grammes d'axonge) et la figure redevient nette.

OBS. VI. — *Acne simplex, rosacœa, indurata. — Traitement par la pommade au bi-iodure de mercure à forte dose.* — Au n° 68 de la salle Henri IV, est entrée, le 23 février 1856, Marie Denar, âgée de 30 ans, couturière, d'une bonne santé générale, abondamment et régulièrement réglée, accusant de temps en temps quelques aigreurs d'estomac.

Il y a sept à huit ans, cette femme eut dans le dos des boutons qui duraient huit à dix jours, et qui se succédaient continuellement sans beaucoup de douleurs (éruption d'acné). Au bout de cinq ans, cette éruption disparut complétement sans qu'il y eût eu de traitement. Depuis un an, la malade a commencé à voir sur la face des boutons semblables à ceux du dos, qui, d'abord bornés au menton, n'ont pas tardé à s'étendre sur toute la figure; en même temps, elle a éprouvé des pesanteurs de tête, presque constamment un sentiment de chaleur au visage, et de temps en temps quelques troubles dans la vision, devenue par moments moins nette et incertaine. La santé générale a persisté, les règles n'ont pas été modifiées. L'affection de la figure a continué en s'aggravant. La malade entra à l'hôpital sans avoir essayé auparavant aucun moyen de guérison.

Le 23 *février* 1856, on constate sur les joues, sur le menton, sur le nez et sur la partie moyenne du front une coloration rouge violacée, à nuances inégales, des petites pustules en assez grand nombre, distribuées inégalement, mais surtout nombreuses au menton; au même endroit, des pustules plus grosses, du volume d'un pois, à base dure, violacée et non suppurée. Ainsi que nous l'avons dit tout à l'heure, la malade accuse dans la figure un sentiment de chaleur; elle a des pesanteurs de tête. Comme traitement préparatoire, je prescris une tisane de salsepareille et un bain de vapeur tous les deux jours.

Le 26, première application de pommade au bi-iodure de mercure liquéfiée par la chaleur (axonge 15 grammes, bi-iodure 15 grammes). Cette pommade est appliquée sur ces parties malades sous forme de taches de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, distribuées à peu près également, en laissant entre chacune un intervalle de 3 ou 4 centimètres. Une heure après l'application, la malade commence à ressentir des douleurs vives, semblables à celle d'une brûlure; ces douleurs persistent pendant cinq ou six heures.

Le lendemain, les parties touchées sont couvertes de croûtes jaunâtres, assez épaisses, semblables aux croûtes de l'impétigo; autour de ces croûtes, la peau est rouge, luisante, légèrement tuméfiée. Il n'y a plus de douleurs, mais seulement un léger sentiment de tension et de chaleur dans la figure.

Le 10 *mars*, les croûtes sont tombées depuis deux ou trois jours, la rougeur du visage est moins intense, les pustules dures sont affaissées, quelques petites pustules se sont développées; quelques-unes ont également paru dans le dos.

Le 14, deuxième application de bi-iodure, suivie également de douleurs et de croûtes impétigineuses.

Le 28, troisième application de bi-iodure suivie des mêmes phénomènes consécutifs.

Le 14 *avril*, la figure est en bon état, à une légère rougeur près sur les joues et sur le nez; il existe encore quelques petites pustules au menton. On prescrit à la malade de faire tous les soirs, sur les

---

conduite par sa mère, vers un cabinet de consultation plus connu peut-être du public que celui du docteur Sichel. En entrant dans une vaste antichambre, elle se trouve en présence d'une trentaine de personnes des deux sexes, ayant toutes les yeux bandés, ce qui provoqua de la part de la jeune malade cette exclamation : Maman, est-ce qu'on joue ici à colin-maillard? La question était peut être plus opportune que ne pouvait le supposer la jeune consultante; car, malgré les droits des premiers occupants, on l'introduisit presque immédiatement, ce qui semblait indiquer qu'un grand nombre des consultants étaient là pour faire tapisserie.

Introduite dans le cabinet de l'oracle, la mère de la jeune malade commença par lui faire la confidence qu'elle n'était que très-médiocrement favorisée de la fortune, pensant bien, du reste, d'après le costume du guérisseur, que cette circonstance ne saurait changer ses dispositions. Mais elle eut bientôt renoncé à ses illusions : — « J'en suis désolé, Madame, lui dit aussitôt le curé .....ski, car je prends très-cher. » — Helas! Monsieur, me voilà donc obligée de renoncer à vos soins éclairés, dont j'attendais de si heureux résultats ! — « Attendez, Madame; votre position m'intéresse, et *par charité* (*sic*) je veux bien vous donner un conseil; mais, surtout, retenez-le bien, le voici : Gardez-vous bien de laisser saigner votre fille, de lui laisser subir aucune application de sangsues, de lui laisser prendre de l'opium, de la belladone ou du sirop de Flon. Allez, Madame, et que Dieu vous ait en sa sainte et digne garde. »

Après cette consultation, gratuite il est vrai, et donnée par charité, notre pauvre malade et sa mère durent gagner la porte sans répliquer.

Tout est véridique dans cette histoire, et ce qui ne l'est pas moins, c'est que le curé .....ski exerce sa profession d'oculiste non moins librement que celle d'ecclésiastique.

Dr A.-L. ROUX.

Consommation de l'opium en Angleterre. — En 1830, on recevait à Londres 103,711 l. d'opium; en 1852, le chiffre s'était élevé à 250,790. Cette augmentation a été en progressant pendant plusieurs années.

Il est à remarquer que la ville de Wissbeach, où se consomme proportionnellement la plus grande quantité de spiritueux, est aussi celle où la consommation de l'opium est le plus considérable. Quelques personnes ont cru trouver l'explication réelle de cette augmentation dans l'emploi plus général que l'on fait de cette substance dans la médecine vétérinaire. (*Medical Times.*)

parties malades, une onction avec une pommade contenant 0,10 centigrammes seulement de bi-iodure pour 30 grammes d'axonge.

Trois jours plus tard, le 17 avril, la rougeur paraissant augmenter, on revient à la pommade à forte dose et on procède à une quatrième application, et à une cinquième le 28 avril.

Le 15 *mai*, il reste à peine quelques pustules ; la rougeur est à peine marquée ; la malade est mise à l'usage de douches de vapeurs aqueuses dirigées sur la figure et prises tous les deux jours.

Le 30, une sixième application de pommade est faite sur le menton et sur les parties latérales du nez, qui conservent une légère coloration et où l'on peut voir encore de temps en temps quelques pustules. A partir de ce moment, l'amélioration se soutient : il ne revient plus ni rougeurs, ni pustules, ni tubercules. La malade sort complétement guérie le 25 juin. Nous avons eu occasion de la revoir au mois d'août suivant, et la guérison ne s'est pas démentie.

Comme on le voit dans les observations précédentes, nous avons employé, pour combattre les diverses formes d'acné, deux modes de traitement, semblables pour le but, mais différents dans l'intensité de l'agent modificateur. Le premier consiste dans des onctions journalières avec une pommade mercurielle contenant pour 30 grammes d'axonge de 0,75 centigrammes à 1 gramme de proto-iodure de mercure, ou bien de 0,10 centigrammes à 0,25 centigrammes de bi-iodure de mercure. Ces onctions sont suivies d'un peu de chaleur à la peau, d'une légère cuisson ; la coloration rouge est augmentée pendant quelques jours, l'épiderme devient sec, cassant et s'exfolie, puis l'amélioration survient progressivement et la guérison peut être obtenue complétement après un, deux ou trois mois de traitement, même dans des cas graves, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant avec attention la quatrième observation.

Dans le second mode de traitement, la modification est bien plus puissante. La pommade, contenant partie égale d'axonge et de bi-iodure, est appliquée, liquéfiée par la chaleur, sous forme de pâte liquide sur les parties les plus malades : cette application est suivie de douleurs vives, de rougeur, de gonflement et d'une sorte de vésication promptement recouverte par des croûtes molles, jaunes, inégales, absolument semblables aux croûtes impétigineuses. Après plusieurs applications (de 4 à 7 ou 8), renouvelées à une dizaine de jours de distance, une modification suffisante est habituellement obtenue, et la guérison est complète. Mais on ne peut pas se dissimuler que ce moyen de traitement a un grand inconvénient, c'est la douleur très-vive qui suit les applications de pommade ; cette douleur, qui dure de quatre à six heures, devrait empêcher un assez grand nombre de malades de se soumettre à un traitement régulier, et, après plusieurs essais, nous pensons qu'on doit lui préférer habituellement les onctions faites avec la pommade de bi-iodure à faible dose ; nous pensons qu'on ne devra employer la pommade concentrée que dans les cas les plus graves, alors que les pustules d'acné indurée dominent, et surtout lorsqu'il existe une hypertrophie notable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (acné hypertrophique), ou bien comme dernier moyen, lorsque la maladie a résisté aux faibles doses. Quand à la pommade au proto-iodure, elle nous a paru surtout efficace dans les cas légers et récents.

Les résultats de notre traitement par la pommade concentrée présentent une assez grande ressemblance, dans leurs effets physiologiques et thérapeutiques, avec ceux qui ont été obtenus par les onctions avec la pommade d'iodure de chlorure de mercure. Les onctions faites par M. Rochard ont également l'inconvénient de provoquer de très-vives douleurs ; ces douleurs ont été assez fortes pour empêcher certains malades de poursuivre le traitement ; elles produisent une éruption, des croûtes impétigineuses, une exacerbation momentanée dans les parties malades ; puis, après plusieurs applications, une modification heureuse finit par s'établir. Nous pouvons donc faire au traitement de M. Rochard les reproches que nous adressions tout à l'heure aux applications de pommade au bi-iodure à forte dose, et nous croyons qu'il vaudrait mieux, si l'on voulait employer le chlorure d'iodure mercureux, amoindrir la dose de manière à diminuer les douleurs et à affaiblir l'éruption artificielle. Mais pour expliquer ma préférence pour les pommades à l'iodure de mercure sur celles contenant le deuto-sel de M. Boutigny, je dois ajouter que cette dernière préparation n'est pas encore bien connue, et que suivant plusieurs chimistes distingués, le chlorure d'iodure mercureux n'existerait même pas en proportion bien définie ; par conséquent, en le prescrivant, on ne serait pas certain d'employer toujours la même substance au même degré, inconvénient grave, lorsqu'il s'agit d'un médicament aussi énergique.

Aux observations que j'ai citées je pourrais en ajouter plusieurs autres que j'ai eu occasion de recueillir cet hiver, soit en ville, soit à l'hôpital ; mais je crois en avoir dit assez pour établir l'efficacité des pommades à base d'iodure de mercure contre les diverses formes d'acné. J'ajouterai en terminant que, comme moyens adjuvants du traitement topique principal, j'ai employé souvent au début les purgatifs et les bains de vapeur ; les douches de vapeur simples ou sulfureuses m'ont paru utiles vers la fin pour compléter la modification heureuse déjà obtenue. J'ai également employé avec avantage les lotions sur la figure avec de l'eau très-chaude ou mieux encore avec de l'eau chaude additionnée d'une légère dose de sublimé. Ce dernier moyen doit même être continué pendant plusieurs mois pour empêcher le retour de la maladie. Enfin, quoique nous pensions qu'on a exagéré dans l'étiologie de l'acné l'influence fâcheuse des excès de boisson et de nourriture, on ne doit pas oublier de mentionner la nécessité d'un régime de nourriture peu excitant et d'une bonne hygiène habituelle.

Histoire de la chirurgie.

Étude sur Fabrice de Hilden,

Par M. le Dr Perret,

Ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Société de Chirurgie.

(SUITE ET FIN.)

(Suite. Voir les nos 29, 35 et 40.)

Il faut, avant l'opération, bien juger l'état du malade ; s'il est débile, prostré, si le mal n'a pas atteint jusqu'au lieu de l'amputation, il faut, autant que possible, empêcher l'écoulement du sang, de peur de voir arriver la syncope. On doit cautériser les vaisseaux avec le cautère actuel et ne pas se fier à la poudre hémostatique, si bonne qu'elle soit ; car le jet du sang repousse la poudre et l'empêche d'arriver aux vaisseaux pour y exercer son action. Aussi, les chirurgiens qui s'en servent dans toutes les opérations sont-ils coupables : pendant qu'ils sont occupés à saupoudrer, le sang coule, le malade meurt. Telle est l'observation de ce noble Allemand, que j'ai rapportée au chapitre XV de cet ouvrage et dans ma troisième centurie (*obs.* 82).... Si la corruption arrive jusqu'au point de l'amputation, il faut que le sang coule, de peur que si on le laisse dans les vaisseaux, la maladie ne reparaisse. Pour s'opposer aussi au trop grand écoulement du sang par un vaisseau pendant qu'on en cautérise un autre, on opérera avec deux cautères, un de chaque main. Le chirurgien devra donc être ambidextre.

Enfin, pour empêcher l'hémorrhagie ou tout au moins pour la rendre moins abondante, on a inventé un cautère coupant, dont je me suis souvent servi, au grand bien des malades : on incise la chair jusqu'à l'os en cautérisant en même temps les artères, les veines et les nerfs. Il est nécessaire que le dos de ce cautère ait plus que l'épaisseur du pouce, de manière à conserver assez longtemps la chaleur, et il doit être pointu, de manière à pouvoir couper la chair entre les deux os. (Ce couteau-cautère ressemble assez bien à une demi-feuille de myrthe ; il est pointu et le tranchant est convexe.)

Si, contre toute attente, le sang coulait pendant la section avec le couteau-cautère, comme cela m'est quelquefois arrivé, on arrêterait l'hémorrhagie avec des cautères sphériques ; ensuite on coupe l'os avec la scie. Ce mode d'amputation trouve surtout son application chez les individus débilités. Je ne saurais assez me louer de ce cautère. Il s'oppose à l'écoulement immodéré du sang et l'opération est moins douloureuse qu'avec le rasoir, comme l'expérience me l'a souvent appris; car aussitôt que les nerfs, les parties nerveuses et le périoste sentent le fer rouge, ils se rétractent aussitôt et la scie ne peut les léser. Quoique le rasoir sépare assez bien exactement le périoste pour frayer un libre chemin à la scie, elle offense cependant le périoste et excite de vives douleurs, de l'insomnie, de la fièvre, des phlegmons, car cette membrane est douée d'une esquise sensibilité. Quand la chaleur est languissante dans une partie, si on pratique l'amputation à froid, la débilité du malade s'exagère encore, de là de grandes douleurs. C'est aussi le sentiment d'Hippocrate. Quel chirurgien ne sera pas de cet avis? — Le périoste, comme je l'ai dit, est entièrement divisé par le couteau-cautère; aussitôt qu'il sent la force du feu, il se retire en haut et en bas, et la scie trouve un chemin libre au milieu des parties nerveuses. D'une autre part, l'action du feu rend de la vigueur à la partie épuisée, la douleur est moindre et tout se passe convenablement. Je parle d'après mon expérience : j'ai amputé de la sorte une multitude de membres, et j'ai rendu la santé aux malades qui se sont plaints à peine de la douleur. Je dois dire aussi que le gonflement du moignon est beaucoup moindre......

Si le malade est robuste et jeune, il faut laisser couler une certaine quantité de sang après l'opération; par là, l'opéré sera moins sous l'imminence morbide et les symptômes seront moins graves. Chez les malades qui se trouvent dans de telles conditions, j'ai arrêté l'hémorrhagie avec ma poudre hémostatique et sans le secours du cautère, cependant celui-ci est plus expéditif. Si la poudre hémostatique ne suffit pas, cautérisez.

On ne doit point s'en tenir à l'application d'un seul coussin d'étoupes, il faut en appliquer plusieurs, attendu qu'un seul peut à peine parvenir jusqu'aux vaisseaux, et c'est comme s'il n'y en avait pas, car le jet du sang le déplace. Le chirurgien aura donc plusieurs coussins serrés et trempés dans du blanc d'œuf et saupoudrés de poudre hémostatique, qu'il placera l'un après l'autre sur l'orifice des vaisseaux, jusqu'à ce que le tronc soit couvert de toutes parts. Il aura en outre un autre coussin assez grand et préparé de la même façon pour couvrir le tout. Les coussins seront maintenus par la vessie de bœuf et entourés de bandes trempées dans du blanc d'œuf qui, par une légère compression, appliqueront la poudre sur les vaisseaux.

Celse, Galien, et, après eux, Avicenne et quelques autres auteurs, font mention d'un autre moyen d'arrêter l'hémorrhagie et qu'ils disent excellent, c'est la *ligature* (en marge, l'auteur cite encore Guidon, Vésale et Ambroise Paré). Elle convient surtout chez les sujets robustes, chez lesquels l'hémorrhagie est moins à redouter; car pour lier les vaisseaux les uns après les autres, à moins que le chirurgien ne soit très-expéditif, il faut du temps, et pendant ce temps le sang coule, aussi ne doit on l'employer que chez des sujets robustes. On ne peut le faire sans péril chez les individus délicats, car avant tout il faut arrêter le sang le plus vite possible. La ligature convient encore chez les sujets pusillanimes qui redoutent le cautère actuel.

Aussitôt après la section de l'os, le chirurgien saisit le plus grand vaisseau avec une pince et l'attire légèrement à lui, un aide passe alors un fil sur le vaisseau et le lie. Pendant que l'aide et le chirurgien lient ainsi les vaisseaux, un second aide applique les doigts sur ceux qui sont encore béants : la ligature de quelque partie molle avec le vaisseau n'a pas d'inconvenient, l'oblitération ne se fait pas moins. Après la ligature, on placera, pour plus de sûreté, sur les bouches des vaisseaux, des coussinets de poil de lièvre ou de coton trempés dans du blanc d'œuf et saupoudrés de poudre hémostatique; puis, ainsi que je l'ai dit plus haut, on recouvre le tout avec la vessie de bœuf et on applique les bandes.

Le fil avec lequel on fait la ligature doit être placé au niveau de l'articulation de la pince, autour de laquelle il forme un nœud non serré. Aussitôt que le chirurgien a saisi l'artère, l'aide fait couler le fil jusque sur elle et serre le nœud. (A l'une des branches de la pince est un ressort qui la tient ouverte : cette même branche présente à son extrémité un œil dans lequel est passé un fil métallique destiné à accrocher une crémaillère à six dents, qui se trouve au côté externe de l'autre branche. Les mors de la pince, larges d'environ 1 centimètre, sont dentelés). Si une veine ou une artère est rétractée de façon que la pince précédente ne puisse la saisir, on se servira d'une pince en forme de bec de cigogne.

Quelques chirurgiens, après avoir amputé et arrêté le sang, traversent les lèvres de la plaie avec une aiguille et les rapprochent avec un fil croisé en sautoir sur l'aiguille. Je ne suis pas partisan de cette méthode; car après l'opération il se produit du gonflement. La suture produit des douleurs et coupe la peau jusqu'à ce qu'elle soit relâchée; elle devient pour lors inutile : elle empêche, en outre, d'appliquer la poudre hémostatique s'il se produit une nouvelle hémorrhagie. Il est préférable d'employer les agglutinatifs, comme je le dirai tout à l'heure.

On doit laisser le premier appareil pendant trois jours, pour se garder de l'hémorrhagie, à moins qu'il n'y ait de la douleur; pendant ce temps, le bras ou la cuisse seront oints deux fois par jour d'huile de roses ou de myrthe. Quand, après trois ou quatre jours, on placera un nouvel appareil, on tiendra prêts des coussins d'étoupe ou de coton aspergés de poudre hémostatique. On enlèvera doucement les pièces du pansement; toutefois, si les gâteaux du premier appareil tiennent quelque peu, on les laissera jusqu'au prochain pansement, de peur d'hémorrhagie; on en applique de nouveaux et de secs sur les os. Le reste de la plaie sera recouvert d'onguent digestif (suit la formule de l'onguent).

Il faut attirer en bas la peau et les muscles pour qu'ils recouvrent l'extrémité de l'os, afin qu'après la cicatrisation ils lui servent comme de coussin. J'ai dit que des chirurgiens employaient la suture, mais que je n'en était pas partisan. Je me sers de coussins, de bandes et d'agglutinatifs de la manière suivante : On entoure le membre d'une longue bande et l'on met de l'onguent agglutinatif sur les lèvres de la plaie, mais pas sur la plaie elle-même, de façon qu'il y ait un petit intervalle entre la plaie et l'amplâtre. Quand l'emplâtre est sec et que son adhérence est devenue assez forte, je passe dans son épaisseur une aiguille enfilée d'un fil, et je rapproche ainsi les lèvres de la plaie, comme si j'avais perforé la chair et la peau (vient la formule de la substance agglutinative). On peut encore se servir de peau de mouton enduite de colle de poisson, de colophane ou de choses analogues.

Quelquefois l'agglutinatif se relâche, soit parce qu'il est trop mou, soit parce que le pus est très-abondant. Dans ce dernier cas, on saupoudre la plaie avec une poudre siccative qui n'ait pas d'action mordante, et qui procure la chute de l'extrémité de l'os. Ce moyen est très-sûr, il ne produit pas de douleur, il n'est point périlleux et l'on peut s'en servir dans tous les cas qui réclament l'emploi de la suture. Enfin, pendant que la plaie marche vers la cicatrisation, il faut favoriser la chute de l'extrémité de l'os qui a été lésée par l'action de l'air et celle de la scie; pour cela on appliquera des poudres cotagmatiques.

Quand les os sont dénudés, le chirurgien doit s'abstenir de les enduire de substances humides et huileuses. Aussitôt après l'opération, on doit couvrir l'os de toile sèche et de poudre cotagmatique. On accélèrera encore la chute de l'os si, aussitôt après l'opération, on cautérise légèrement avec le cautère actuel, lequel est préférable au cautère potentiel, et qui fortifie l'os, ainsi que l'a démontré Pierre Favius, célèbre professeur d'anatomie et de botanique. La cautérisation sera légère, parce que l'os n'est point carié, mais altéré seulement par l'air et par la scie; en outre, une forte cautérisation enflammerait la moelle.

L'euphorbe, ainsi que je l'ai amplement démontré dans la quatre-vingt-douzième observation de ma deuxième centurie,

hâte la chute de l'os, il en est de même de l'emplâtre de bétoine.

J'ai dit qu'après l'amputation, l'os qui, par conséquent, se trouve dénudé, devait être recouvert de toile sèche jusqu'à sa chute, qui s'effectue de dix à quatorze jours environ après l'opération, et qui est produite par la pression des chairs de nouvelle formation. Aussi, les chirurgiens qui, chaque jour, grattent les os, comme je l'ai vu faire quelquefois, ont grandement tort, de même aussi ceux qui détruisent ces chairs avec des caustiques. Il en résulte des ulcères malins d'une durée indéfinie. Il faut simplement réprimer les chairs avec l'alun ou quelque cathérétique analogue.

Si la main seule est malade, il faut amputer dans le carpe. On applique une ligature sur la peau relevée vers le coude, de même que nous l'avons dit pour l'amputation de la jambe. On trace une ligue à l'encre autour de la jointure. Un aide tient fermement le bras; de sa main gauche, le chirurgien saisit la main malade, et de la droite, il coupe en suivant le tracé à l'encre; il abaisse la main et la désarticulation est aussitôt faite, et le rasoir finit l'opération sans obstacle. Même pansement que pour la jambe.

Si le bras doit être coupé en dehors de l'article, il faut inciser la peau et la chair jusqu'à l'os avec le couteau-cautère décrit plus haut ou avec les autres couteaux. On fait ensuite la section de l'os avec la scie et non avec des couteaux et des haches, comme le pratiquent les empiriques ignorants de notre art. Pour faciliter l'opération, on attachera le bras sur un banc. On pourra aussi se servir du manchon que j'ai décrit.

Telle est, mon cher confrère, la pratique de Fabrice de Hilden dans les grandes amputations; je ne vous parlerai pas de l'amputation des doigts, il me suffira de vous dire que pour les enlever, notre auteur adopte la pratique de Léonard Botot, qu'il a si vertement condamnée tantôt, par la raison, dit-il, que les doigts sont très-difficiles à amputer autrement.

Enfin, cher lecteur, dit-il en terminant, si vous désirez savoir comment il faut adapter une jambe de bois au membre inferieur, et un bras de fer au membre supérieur, méditez le livre XXIIIe d'Ambroise Paré. Mais, mon cher confrère, comme il est peu probable que vous ayiez entre les mains le *Paré* de Fabrice de Hilden ou même seulement un exemplaire de l'édition qu'il possédait, je vous dirai, moi, prenez le second volume de la belle édition de notre excellent maître, M. le professeur Malgaigne, et cherchez au chapitre 17, vous trouverez là tous les renseignements désirables.

Je finis en résumant les points les plus saillants de l'opération de notre chirurgien. Le malade est assis sur un banc et la cuisse attachée à ce banc. Le pied repose également sur un autre banc et est de même lié très-fortement. On applique alors un lien au niveau du point où l'on doit amputer, lien qui sert à rétracter les chairs, à produire la compression, et, jusqu'à un certain point, à amener l'insensibilité: deux lacs latéraux sont fixés à ce lien et servent encore à faciliter la rétraction des parties molles. Un manchon dont l'ouverture inférieure peut se fermer comme une bourse à coulisses, enveloppe le membre, et sitôt que les chairs sont coupées, l'aide qui tient le genou le fait glisser jusqu'au niveau de la plaie et serre les cordons de sorte que la scie ne frotte pas contre les tissus; il empêche en outre le jet du sang et permet au chirurgien de voir ce qu'il fait.

Pour faire la section des chairs, Fabrice se sert de rasoirs, de couteaux, mais il affectionne surtout le couteau rougi, qui, en même temps qu'il coupe, cautérise les vaisseaux. Il me paraît avoir généralisé, dans sa pratique, l'emploi de cet instrument; toutefois, comme il le dit, il n'est point de son invention. Fallope, avant lui, n'amputait jamais autrement et il me paraît que Maggius s'en est servi le premier, je ne voudrais cependant point l'affirmer, mais un fait positif, c'est que les Arabes n'en parlent pas, ni même les arabistes, comme nous aurons plus tard occasion de le voir. Quant aux moyens hémostatiques, Fabrice en avait plusieurs à sa disposition; en première ligne, le cautère actuel, puis la fameuse poudre hémostatique, et enfin la ligature, sur laquelle, sans aucun doute, la lecture d'Ambroise Paré a attiré son attention. Il l'a certainement pratiquée plusieurs fois, mais il en parle comme d'un procédé renouvelé des Grecs; et tandis qu'il cite Celse, Galien, Avicenne, le nom d'Ambroise Paré se trouve modestement relégué sur la marge. Fabrice a senti le besoin de recourir aux grandes autorités, et, en effet, un docteur ne devait pas descendre jusqu'à reconnaître le mérite d'un petit barbier; aussi, pas une louange, pas un mot flatteur pour notre illustre chirurgien. Mais la postérité l'a bien vengé du dédain de Messieurs les érudits ses contemporains, en lui donnant le titre glorieux de régénérateur de la chirurgie; elle lui a donné la première place, et a marqué d'un long intervalle la distance qui le sépare de tous les chirurgiens de son temps.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Empoisonnement par l'aconit. — Le *Medical Times* emprunte aux journaux irlandais la nouvelle suivante: Un fermier nommé James M'Creary, pendant la nuit de samedi dernier, but une goutte d'un liniment contenant de l'aconit qui avait été prescrit par le docteur Maxwell, pour des douleurs de la jambe. Le malade mourut au bout d'une heure. On avait mis néanmoins sur la fiole l'étiquette usitée: *Pour usage externe.*

Cours public sur les maladies des organes urinaires et génitaux. — M. le docteur Aug. MERCIER commencera ce cours le mercredi 6 mai, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Il traitera particulièrement des rétentions d'urine et de la lithotritie.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 52. 5e ANNÉE. Jeudi 30 Avril 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 29 avril 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Suite et fin de la méthode sous-cutanée.**]

Il a été un temps où la présidence de l'Académie était une honorable sinécure, où l'ordre du jour, fixé d'avance par le bureau, suivait son cours sans contestation, et où le rôle du président consistait seulement à agiter la sonnette en faveur des orateurs qui ne savaient pas se faire écouter. Cet heureux temps n'est plus. Le calme a fait place à la tempête ; le vent de la discorde a soulevé des flots amers, et au milieu de la tourmente les vagues tumultueuses ont rejailli jusque sur le tillac. M. Michel Lévy, qui tenait le gouvernail d'une main vigoureuse, a eu besoin de tout son sang-froid, de toute sa présence d'esprit, pour sauver non sa dignité, que nul ne pouvait mettre en cause, mais la dignité de l'Académie qui, avec un pilote moins habile, était menacée de faire naufrage. Cette lutte contre les éléments déchaînés a duré pendant toute la séance, c'est-à-dire pendant plus de deux heures. Qu'il nous soit permis de féliciter M. Michel Lévy de la sagesse et de l'énergie qu'il a montrées dans cette circonstance.

Le moment le plus critique a été celui où M. J. Guérin a réclamé, avec sa ténacité habituelle, la lecture publique d'une lettre adressée par M. Schnepf à l'Académie. M. Guérin prétend que cette lettre est nécessaire au débat, qu'elle est même indispensable, parce qu'elle renferme des documents sur la chirurgie allemande, et parce qu'on y trouve la réfutation des *prétendues* citations de M. Bouvier. Prétendues ! s'écrie M. Bouvier, je vous défie d'y trouver la moindre inexactitude ! Là-dessus M. J. Guérin répond que puisque M. Bouvier *soutient* que les citations sont exactes, c'est la preuve qu'il le *prétend*. Il ne s'agit en toutes choses que de s'entendre sur les mots ; mais n'est-il pas déplorable d'entendre aujourd'hui de pareilles arguties ? Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que M. J. Guérin n'a point dit que les passages empruntés par son adversaire au livre de Stromeyer fussent apocryphes. Il a dit seulement que M. Bouvier n'avait pas cité tout Stromeyer. Eh, sans doute ! Est-ce qu'on peut lire à la tribune tout un volume in-octavo ? Il est vrai qu'en altérant ou tronquant les textes, on peut dénaturer la pensée des auteurs. Nous en avons vu quelques exemples dans ces derniers temps, et plus d'une fois nous avons entendu redresser de *prétendues* citations. Mais les passages invoqués par M. Bouvier sont clairs, complets, et ne prêtent, pour parler le langage du jour, à aucune *équivoque*. Ces passages ont-ils été, oui ou non, écrits par Stromeyer en 1838 ? Si c'est non, il faut le dire ; si c'est oui, la pensée de Stromeyer est évidente, et, quoi qu'il ait pu écrire ailleurs, il est le légitime propriétaire des idées et des procédés que M. Bouvier lui a attribués. Il n'y a pas de milieu.

M. J. Guérin s'est plaint avec quelque aigreur de la partialité du bureau, qui n'a pas voulu permettre la lecture de la lettre de M. Schnepf. En cela le bureau est resté dans la ligne qu'il a suivie depuis le début de la discussion. Plusieurs lettres, hostiles à M. Guérin, ont été supprimées comme celle de M. Schnepf, même la lettre de M. Dechambre, quoique celui-ci eût à défendre la priorité de ses expériences, contre une réclamation formulée en séance par M. J. Guérin. Le bureau, qui, dans cette lutte acharnée, a constamment joué le rôle de modérateur, n'a pas cessé de montrer l'impartialité la plus scrupuleuse, et on peut même dire qu'en plusieurs circonstances, touché sans doute de la position isolée d'un homme qui n'avait pu trouver un seul défenseur parmi ses collègues, il a témoigné à cet homme une généreuse bienveillance. En deux mois et demi, cinq séances ont été entièrement remplies par les discours de M. J. Guérin. On lui a accordé la parole sept ou huit fois, au moins, à la fin des autres séances, deux ou trois fois à l'occasion du procès-verbal. Aujourd'hui encore, on l'avait inscrit pour la séance prochaine, et si la clôture a été prononcée, c'est par la volonté de l'Académie, et non par la volonté du bureau.

Un exemple suffira pour montrer si le bureau est entré dans la *coalition*, comme les plaintes de M. J. Guérin tendraient à le faire croire.

Il y a quelques semaines, en dissertant sur la méthode de Descartes, à l'occasion de la méthode sous-cutanée, M. Malgaigne a voulu réfuter un article de journal, publié sur ce sujet par M. Pidoux. Le président l'a interrompu : « M. Pidoux, a-t-il dit, il est étranger à l'Académie, il ne « peut pas répondre à cette tribune ; vous ne devez pas « le mettre en cause. » Et M. Malgaigne s'est aussitôt conformé à cette invitation.

Aujourd'hui, M. Velpeau a voulu répondre à un article de journal où M. Guérin, à propos de la dernière séance, a manifesté l'intention de *remettre les choses et les hommes à leur place*. La place de M. Velpeau, à tout prendre, n'est déjà pas si mauvaise; il est douteux qu'il ait envie d'en sortir, et s'il la quittait par hasard, ce qui pourrait lui arriver de plus heureux, ce serait d'y être ramené. Toutefois, quelque avantageuse que pût lui paraître, dans le fond, la proposition de M. Guérin, dans la forme elle n'était pas précisément aimable. — Il se disposait donc à rendre ce coup d'épingle, mais le président, considérant que la phrase incriminée avait vu le jour en dehors de l'Académie, a prié M. Velpeau de supprimer sa réplique. M. Velpeau s'est soumis sans difficulté.

Ainsi, il est bien entendu que les adversaires de M. Guérin n'ont été admis à s'occuper ni des personnes étrangères à l'Académie, ni des articles du journal où M. Guérin épanche le supplément de ses impressions. Or, il se trouve que M. Guérin a été beaucoup plus favorisé que les autres orateurs. Il lui a plu un jour d'ouvrir sur nous le robinet de ses rancunes et de laisser tomber sur notre tête, du haut de la tribune, un petit jet d'injures qui n'a pas altéré notre gaîté. Nous étions coupable d'avoir écrit un article qui avait eu le malheur de lui déplaire. M. le président l'a laissé faire à son aise. Il est vrai qu'il eût été fâcheux de supprimer une péroraison si artistement préparée; l'Académie, d'ailleurs, riait autant que nous. Mais enfin, M. Guérin n'a pas été interrompu. Ses adversaires l'ont été dans des conditions beaucoup moins graves. De quoi se plaint-il donc aujourd'hui?

Il se plaint, — non dans son intérêt, certes, mais dans l'intérêt des malades, des pauvres malades, — d'une chose à laquelle on ne s'attend guère : c'est que personne, aujourd'hui encore, ne comprend la méthode sous-cutanée. O méthode pleine de mystère ! qui pourra donc te rendre intelligible, si ton père lui-même, ton père de 1839, n'a pu réussir à dissiper l'obscurité qui t'entoure ? Quoi ! tant de discours écrits ou improvisés, tant d'allocutions, tant de citations, tant d'encre, tant de paroles pour n'être compris de personne ! Quand on songe que les innombrables chirurgiens qui ont créé, généralisé, décrit et appliqué la méthode sous-cutanée avant et après 1839, — quand on songe que les académiciens, les docteurs, les étudiants et autres qui ont assisté à la longue discussion de l'Académie ignorent encore aujourd'hui ce que c'est que la méthode sous-cutanée, — on éprouve une déception voisine du découragement. Ceci est bien fait pour humilier l'orgueil de l'homme, et en présence de tant de misères, nous n'avons pas la force d'aller plus loin.

PAUL BROCA.

Patente des médecins. — Double résidence. — Saison des eaux.

Quelques médecins sont obligés, pour exercer leur profession, de résider alternativement dans deux communes. Telle est la position de ceux qui ont des relations avec un directeur d'établissement d'eaux minérales. Lorsque la saison des eaux est finie, ils sont souvent obligés de rentrer dans la commune plus importante où ils ont établi leur domicile. Cette nécessité de déplacement, qui entraîne déjà tant de frais, a encore le désavantage d'amener une augmentation du chiffre de la patente. C'est ce qui résulte d'une décision rendue, le 9 juillet dernier, par la section du contentieux du conseil d'État, dans les circonstances qui suivent :

Le docteur Lambron, qui réside habituellement à Levroux (Indre) possède, à Bagnères-de-Luchon, une habitation meublée qu'il vient occuper pendant la saison des eaux. Pour ce fait, il a été porté au rôle des patentes de la commune de Bagnères-de-Luchon, en qualité de docteur-médecin. Le docteur Lambron a réclamé contre cette imposition, en se fondant sur ce que déjà il était imposé en la même qualité à Levroux, lieu de son domicile; subsidiairement, il a demandé à n'être au moins imposé, à Bagnères-de-Luchon, que pour les six mois qu'il vient y passer. La réclamation ayant été rejetée par le conseil de préfecture de la Haute-Garonne, le docteur Lambron s'est pourvu devant le conseil d'État, qui a statué en ces termes :

Vu la loi du 25 avril 1844, notamment l'art. 23, § 4, ainsi conçu : « Ceux qui entreprennent après le mois de janvier une profession « sujette à patente, ne doivent la contribution qu'à partir du 1er du « mois dans lequel ils ont commencé d'exercer, à moins que, par sa « nature, la profession ne puisse pas être exercée toute l'année; dans « ce cas, la contribution sera due pour l'année entière; » — vu la loi du 18 mai 1850, et le tableau G y annexé;

En ce qui touche la demande en décharge : considérant qui si le sieur Lambron réside habituellement dans la commune de Levroux (Indre), où il est imposé à la contribution des patentes en qualité de docteur-médecin, il résulte de l'instruction qu'il a, depuis 1853, dans la commune de Bagnères-de-Luchon, une habitation meublée qu'il occupe pendant la saison des eaux, et où il exerce sa profession; que, dans ces circonstances, c'est avec raison que le sieur Lambron a été imposé au droit proportionnel de patente, pour l'année 1855, dans la commune de Bagnères-de-Luchon, en qualité de docteur-médecin;

En ce qui touche la demande en réduction : considérant que si le sieur Lambron se rend à Bagnères-de-Luchon pour y exercer sa profession pendant la saison des eaux, il résulte de l'instruction que l'habitation meublée qu'il occupe est à sa disposition pendant toute l'année; que, dès lors, la disposition de l'art. 23 ne lui est pas applicable, et que c'est avec raison que le conseil de préfecture de la Haute-Garonne l'a maintenu, pour toute l'année 1855, à la contribution des patentes en qualité de docteur-médecin.

La solution de l'arrêté qu'on vient de transcrire conduit à un résultat qui choque. En effet, si un commerçant peut être réputé exercer sa profession pendant toute l'année dans deux communes éloignées par une distance importante, il ne saurait en être de même du médecin qui pratique son art directement et sans intermédiaire. Quelque singulière que soit cette conséquence, il ne faut cependant en accuser que la loi, dont l'insuffisance a mis la jurisprudence dans la nécessité d'assimiler la contribution professionnelle des médecins à la patente des commerçants, en vue d'arriver à l'application des mêmes règles.

En droit, la solution du conseil d'État paraît donc inattaquable, car l'art. 23, invoqué dans l'espèce par le docteur Lambron, a seulement pour objet de fixer, pour la première année de leur entreprise, la position de ceux qui *commencent* après le 1er janvier une profession sujette à patente.

E. MARTIN.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Deux observations de plaies des doigts, pour servir à l'histoire de la greffe animale,

Par M. le Dr BITOT,

Professeur à l'École de Médecine de Bordeaux, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés.

Les succès de greffe animale relative aux parties d'un petit volume, et principalement aux oreilles et au nez, ne sont plus con-

testés. Les faits de Garengeot et de Fioraventi ont été corroborés par d'autres qui ne permettent plus la méfiance. Tels sont quelques-uns de ceux que M. Bérard a réunis dans un rapport inséré dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Les deux observations suivantes, où la séparation des parties n'a pas été tout à fait complète, n'ont pas le même degré d'importance; mais elles ont offert quelques particularités qui, n'ayant peut-être pas encore été notées, pourront servir à l'histoire de ces sortes de traumatismes. C'est à ce titre que je les rapporte.

OBS. I. — *Désarticulation traumatique presque complète de la phalangette de l'annulaire.* — *Rétablissement de l'état normal.*

Dans le mois de mars 1850, un enfant de 8 ans, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, reçoit un coup de ciseau de menuisier à la partie dorsale de l'articulation phalangini-phalangettienne de l'annulaire gauche, la main appuyant sur un plan résistant. Je suis immédiatement appelé, et je constate que la phalangette est pendante et qu'elle ne tient plus que par un pédicule filiforme. Les artères collatérales saignent abondamment; je les comprime, et je découvre facilement que l'articulation a été ouverte dans toute son étendue, mais que les cartilages sont parfaitement intacts. Le sang arrêté, je lave la plaie avec de l'eau tiède très-pure, je relève la phalangette et la maintiens dans sa position normale au moyen de deux bandelettes agglutinatives (la première antéro-postérieure, la seconde latérale) croisées sur l'extrémité du doigt. Elles sont elles-mêmes fixées par une circulaire. Je m'assure que les rapports des surfaces divisées sont exactement rétablis; pour prévenir autant que possible le déplacement, j'entoure ensemble le doigt malade et le médius de quelques tours de bande ordinaire, me servant ainsi du troisième doigt comme d'une attelle. Enfin, je fixe la main sur une palette en bois. L'âge, le caractère turbulent de l'enfant, la nature des surfaces de la plaie, rendaient ces mesures de précaution indispensables. Le malade garde le lit; sa main est placée dans l'élévation. Les parents, bien convaincus que la guérison ne peut être obtenue que grâce à la plus incessante surveillance, ne le perdent pas un instant de vue, ni nuit ni jour.

Le troisième jour, je promène la pointe d'une aiguille sur une partie de la phalangette qui se trouve à nu. Le malade, non prévenu, perçoit cette impression.

J'enlevai et je renouvelai l'appareil le huitième jour. A ce moment, le succès n'était plus douteux. Cependant, la cicatrisation fut très-lente. Chaque jour, alors que déjà, suivant les circonstances ordinaires, la circonférence de la solution de continuité eût dû être parfaitement sèche, je trouvais les pièces à pansement imbues d'un liquide qui, desséché, rendait le linge roussâtre et roide comme si on l'eût humecté avec une solution sirupeuse. Le tissu cicatriciel était mou, grisâtre, en apparence d'une cohésion très-faible. Il était continuellement le siége d'une transsudation séreuse, qu'on prenait pour ainsi dire sur le fait, après qu'on avait eu soin d'étancher convenablement la partie au moyen d'un linge fin. Incontestablement, la synovie, sécrétée en plus grande abondance qu'à l'état normal, forçait le tissu de nouvelle formation, trop faible encore pour la contenir dans sa loge, et par sa présence incessante mettait obstacle à l'agglutination parfaite de ses molécules. Ce phénomène s'est produit pendant plus de deux mois, nonobstant l'emploi du diachylum, du cérat de Goulard, de l'eau blanche. Il paraît avoir cédé à l'action du tannin en solution. Maintes fois, ayant eu l'occasion de revoir le jeune malade, j'ai pu constater que la phalangette avait recouvré toutes ses propriétés sensitives et motrices.

OBS. II. — *Amputation traumatique d'une grande partie de la phalangette du pouce.* — *Guérison avec allongement notable de la phalangette.*

Le nommé Pointet, âgé de seize ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution plutôt forte que faible, entre à l'hospice des Enfants-Trouvés, le 24 décembre 1856, pour une plaie du pouce. Il fournit des renseignements qui paraissent exagérés et dont on se méfie. Il prétend que le bout de son doigt, saisi dans une roue d'engrenage, est tombé à terre, qu'il l'a immédiatement ramassé et remis en place, où il a été maintenu par des bandelettes agglutinatives appliquées par un pharmacien. On l'interroge de toute manière pour bien connaître la vérité; il persiste dans ses affirmations et ajoute qu'il a perdu beaucoup de sang. On ne touche pas à l'appareil, dans la crainte de nuire à l'adhésion des parties.

Le lendemain, à ma visite, je constate que le pouce, tuméfié, est couvert d'un sang noir et desséché qui ne permet pas de préciser le siége et l'étendue de la plaie. Du reste, à mon tour, j'essaie, mais inutilement, d'obtenir de Pointet des renseignements autres que ceux qu'il a fournis la veille. Je respecte l'appareil, qui me paraît très-convenablement appliqué. Le malade n'accuse pas de douleur, et il ne s'astreint pas à garder sa main en écharpe.

Le 2 *décembre*, j'enlève avec précaution toutes les pièces de l'appareil, et je puis suivre la plaie dans tout son pourtour. Ce pourtour, commençant à la racine de l'ongle, n'est pas tout à fait circulaire; il est interrompu à la face antérieure au niveau du pli articulaire; ses deux extrémités se dépassent un peu, en interceptant une partie saine, large de 2 millimètres au plus. L'ongle est noirâtre. (J'applique de nouvelles bandelettes.)

En présence d'une preuve aussi évidente, le blessé, auquel j'adresse de vifs reproches et des menaces, ne persiste plus dans ses mensonges, et avoue enfin que le doigt n'a pas été complétement séparé et qu'il a tenu par un pédicule.

Je n'ai pas voulu taire cette circonstance; elle justifie le rire que suscite encore aujourd'hui la lecture de *certains* faits de greffe animale. Pour mon compte, je suis porté à croire que la religion des médecins qui les rapportent a été trompée.

Le 6, le malade, indocile et désireux de savoir définitivement si le bout de son doigt avait repris, enlève le pansement et détache l'ongle qui ne tenait presque plus. (Pansement simple avec un linge cératé et une bandelette ordinaire.)

Le 8, à la place de l'ongle, s'élève un bourrelet noirâtre, gros comme la moitié d'une petite cerise, très-mou, saignant très-facilement. C'est une espèce d'hypertrophie du tissu sous-unguéal; je ne m'en préoccupe pas, persuadé qu'il disparaîtra bientôt sous la pression de l'ongle de nouvelle formation. Je fais panser avec un linge imbibé de glycérine, afin d'obvier à la malpropreté du doigt.

Le 12, en arrière et au-dessus de la saillie vasculaire, on aperçoit une zone d'un blanc mat, large de 1 millimètre environ. A 2 ou 3 millimètres en arrière de cette zone, existe une lamelle de même aspect, mais un peu plus large. Les jours suivants, ces deux parties prennent franchement les caractères du tissu corné et s'unissent pour ne former qu'une lame. D'après cela, il est bien certain que l'ongle ne procède pas seulement du sillon qu'on est convenu d'appeler sa matrice, mais encore du tissu sous jacent à son corps.

Le 10 *février*, l'ongle n'est pas encore complet. Le pourtour de la plaie, qui primitivement contournait toute la partie dorsale de la phalangette au-dessus de l'ongle, a subi une espèce de déplacement. On dirait que la solution de continuité devait partir du milieu de l'ongle à droite et à gauche.

Aujourd'hui, 20 *mars*, la ligne cicatricielle a changé encore de position; elle est au niveau du sommet de l'ongle. Si je n'avais pas soigné le malade attentivement et d'une manière suivie, je croirais que la solution de continuité s'est faite obliquement du sommet de l'ongle au pli palmaire de l'articulation phalangini-phalangettienne, de manière à séparer nettement la portion pulpeuse de la portion unguéale.

La phalangette paraît sensiblement allongée; mesurée avec précaution, à différentes reprises, par M. Sous, interne de l'hospice, et par moi, elle présente au moins 1 centimètre de plus que celle du côté opposé. Le pouce malade est donc d'autant plus long que l'autre. Les mouvements de la phalangette sont faciles, sa sensibilité est obtuse.

Les deux observations qui précèdent sont propres à étayer les succès que possède la science sur la greffe animale concernant les parties d'un petit volume. Dans les recherches que j'ai faites, je n'ai pas trouvé un seul cas dans lequel la séparation des surfaces articulaires fût aussi nette que dans ma première observation. Elle tend à démontrer : que la greffe est possible

pour les *désarticulations* comme pour les plaies dans la continuité, avec cette différence, cependant, que dans le premier cas la guérison serait plus longue, plus difficile, sans doute, à cause de l'infiltration synoviale dont le tissu de nouvelle formation est le siége, à cause des cartilages d'incrustation dont la présence diminue de beaucoup les chances d'adhésion.

D'après la seconde observation, il me paraît bien établi : que pour la greffe *dans la continuité, un doigt peut augmenter notablement en longueur.* Je ne sache pas qu'on ait encore fait cette remarque. J'en conclus aussi que la position du tissu cicatriciel définitif ne permet pas de préciser le véritable siège de la plaie au moment où elle a été produite.

(*Journ. de méd. de Bordeaux*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 *avril* 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Après la lecture et à l'occasion du procès-verbal, une discussion s'engage au sujet du travail qui a été lu dans la dernière séance par M. Bérard.

M. Bouley. Ce n'est pas au nom d'une Commission que ce rapport a été fait, puisque les membres de cette Commission n'ont pas eu connaissance des expériences dont il est question, ni de la rédaction de ce travail. Ce n'est pas un rapport d'ailleurs, c'est une communication faite au nom de M. Bérard et de son collaborateur, et à la suite de cette communication, M. Bérard a déposé un paquet cacheté relatif à ces expériences qui n'ont pas été publiques, et c'est pour cette raison que le dépôt est fait.

M. Depaul, *secrétaire annuel.* Je ferai remarquer que cela n'attaque en rien la rédaction du procès-verbal. Je n'ai fait que reproduire exactement ce qui a eu lieu, ce qui a été dit dans la dernière séance.

M. Bouley. Il faut remarquer que la discussion de la dernière séance a eu lieu après l'adoption des conclusions, sans quoi, ces conclusions n'eussent pas été adoptées aussi facilement, je crois.

M. Bérard. Les expériences n'ont pas été faites secrètement, et je puis en appeler sur ce sujet à un professeur de l'Ecole d'Alfort, notre collègue ici présent. Ces expériences ont été faites avec l'aide de plusieurs élèves de l'Ecole, et c'est à cause de cette publicité que nous avons voulu prendre date par le dépôt d'un paquet cacheté.

M. Bussy. Je suis resté étranger aux expériences et à la rédaction du rapport de M. Bérard, et je ne comprends pas qu'il ait été lu en mon nom.

M. Delafond. Les expériences n'ont pas été faites secrètement. Pour ma part, j'ai assisté à trois séances de ces expériences.

M. le Président. Nous n'avons pas souvenance que des expériences aient jamais été faites secrètement, et quant à celles-ci, elles ont reçu une certaine publicité....

M. Bouley. Pourquoi alors déposer un paquet cacheté?

M. le Président. Les réclamations de MM. Bouley et Bussy seront consignées au procès-verbal, et constateront leur non-participation à ces expériences.

M. Cazeaux. Le vote fait dans la dernière séance a été en quelque sorte surpris. Si l'on avait su ce qui en était relativement à ce rapport, les conclusions n'auraient peut-être pas été adoptées aussi facilement. Si c'est une communication simple, il n'y avait même pas lieu de voter.

M. Bouley. Ce n'est certainement pas un rapport, et il n'y avait pas lieu à voter.

Plusieurs membres. Ce n'est pas un rapport.

M. le Secrétaire perpétuel. Je crois qu'il y a un moyen fort simple de terminer cet incident. Déjà, plusieurs fois, des réclamations ont été faites au sujet de plusieurs rapports, et, toutes les fois, on s'est borné à consigner ces réclamations au procès-verbal de la séance où elles ont été faites.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements du Gard, de l'Oise, de la Manche, des Pyrénées-Orientales et de la Seine-Inférieure. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Les rapports de MM. Verdier et Blouquier sur les Eaux minérales de *Cauvalat* et de *Fonsanche*, — de M. Loubier, sur les Eaux de *Propiac*, — de MM. Tellier et Rérolle, sur les Eaux de *Bourbon-Lancy.* (Commission des Eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Huile de foie de morue. — Une note sur la fabrication de l'huile de foie de morue, par M. Hogg.

— Plusieurs mémoires de *Physiologie* et de *Chirurgie*, par M. Tigri, de Sienne. (Comm. : MM. Blache, Lecanu et Poiseuille.)

Méthode sous-cutanée. — Une lettre de M. le docteur Schnepf, sur la méthode sous-cutanée. (A mentionner simplement au *Bulletin.*)

M. Guérin. Dans la Correspondance se trouve une lettre adressée par M. Schnepf; je crois que l'on devait donner lecture de cette lettre. Comme il est à craindre que la discussion ne soit pas continuée jusqu'à ce que la lumière puisse se faire, on eût trouvé dans cette lettre des documents intéressants puisés dans les auteurs allemands et qui produisent les opinions prétendues des auteurs qui ont été cités ici.

M. Bouvier. Il n'y a rien de *prétendu* dans ce que j'ai dit : les textes sont formels (interruption) : je demande que M. Guérin retire le mot PRÉTENDU.

M. le Président. Chacun sait que tout ce qui est présenté est d'abord discuté par le bureau avant d'être produit à la séance ; nous avons reçu une lettre dans laquelle l'auteur annonce l'intention de rectifier des méprises de M. Bouvier. On n'a pas lu cette lettre, parce qu'une personne étrangère à l'Académie ne peut intervenir dans une discussion, et répondre à un orateur, qui répondrait lui-même ensuite, ce qui amènerait une nouvelle lettre et ainsi de suite. On comprend dans quelle voie l'Académie se trouverait entraînée.... (Approbations.)

M. Guérin. Le mot *prétendu* n'a rien qui doive blesser M. Bouvier : j'exprime un fait. M. Bouvier a lu des textes qui énoncent certaines idées selon lui, et auxquelles je crois que l'on peut attribuer un auteur seul, et c'est dans ce but que cette lettre a été écrite.

M. le Président. Je pense que l'on peut considérer cet incident comme terminé. Il est d'ailleurs un argument qui, je pense, suffira pour faire cesser toute insistance à cet égard. Depuis le commencement de cette discussion, l'Académie a reçu un assez grand nombre de lettres peu favorables à M. Guérin. L'Académie a cru devoir les supprimer, afin de garder l'impartialité dans cette question.

M. Longuet fait hommage à l'Académie d'un nouveau fascicule de son *Traité de Physiologie.* Cette partie de l'ouvrage contient la physiologie de la *digestion.*

LECTURE.

Chirurgie. — M. Alquié donne lecture d'un travail relatif à la *rhinoplastie.* [Nous publierons un extrait de ce travail dans un prochain numéro.]

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

M. Velpeau termine son discours.

M. Velpeau. L'idée de la méthode sous-cutanée est évidemment venue de ce qui se passe dans une série de maladies ou d'accidents très-communs. On a observé de tout temps que les fractures sans plaie, que les luxations, quoique accompagnées de déchirures, d'épanchements, de délabrements considérables, guérissent sans faire naître de suppuration. Il en est de même des ruptures de tendons et de muscles, de tout autre organe, de tout autre tissu dans l'épaisseur des membres. Il en est de même encore des collections de sang ou de sérum qui s'établissent au milieu des chairs, au-dessous de la peau ou entre les aponévroses. Un fait si général, qui a été signalé par tant

d'observateurs, était de nature à faire supposer que des incisions, des sections pratiquées au fond des organes par une plaie aussitôt refermée qu'effectuée se comporteraient de la même façon.

D'un autre côté, les dangers des fractures, des luxations avec plaies, etc....., et l'innocuité générale des mêmes lésions dépourvues de plaies, ayant de tout temps été attribués à l'introduction ou à l'absence de l'air dans le foyer morbide, on s'explique tout d'abord pourquoi, dès les premiers temps, la méthode sous-cutanée a émis le principe de pratiquer ces opérations à l'abri du contact de l'air.

Cette opération est donc naturellement fondée sur trois idées : faire disparaître la difformité ou la maladie; diviser les tissus de manière à ce que les plaies ne deviennent le siége d'aucune inflammation suppurative. Pour atteindre ce double but, on doit ne pratiquer aux téguments que des plaies très-petites, capables de se réunir par première intention, et ne pas permettre à l'air de pénétrer au fond du foyer, ni de rester en contact avec les tissus divisés.

Tels sont les faits, les éléments constitutifs de la méthode : que l'incision de la peau soit faite par la pointe d'une lancette ou la pointe d'un bistouri, ou bien par l'extrémité du ténotome, pourvu qu'elle soit nette et très-petite, peu importe. Pour la section du tendon ou de l'organe à diviser sous la peau, que ce soit avec un instrument particulier, ou avec le même instrument qui a servi pour l'incision cutanée, pourvu qu'elle ait respecté les organes qu'il importe de ménager, le reste n'est plus qu'une affaire de goût et de commodité.

Il n'en est pas de même du lieu où la peau doit être incisée. Beaucoup de praticiens, en effet, font cette ponction assez près du tendon à diviser, d'autres, au contraire, veulent qu'elle en soit le plus éloignée possible, et cela dans le but d'empêcher plus sûrement l'air de pénétrer au fond de la plaie. Cet élément du *Manuel opératoire* est, on l'a vu, un de ceux qui ont le plus excité les prétentions de M. Guérin, non-seulement sur l'importance du fait, mois encore sur la manière de le réaliser. Au fond, il y a deux procédés entre lesquels on peut choisir pour mettre la plaie des téguments très-loin de la plaie de l'organe coupé sous la peau. Dans l'un, dont la première idée remonte à Henry Bass, et qui a été reproduit par une foule de chirurgiens, on tire du plus loin qu'on peut la peau vers l'organe qu'on a l'intention de couper. L'opération sous-cutanée étant terminée, la peau, abandonnée à elle-même, retourne à sa place primitive, de manière que tout parallélisme entre la plaie externe et la plaie interne se trouve détruit par un intervalle qui peut être considérable.

L'autre procédé consiste, on l'a souvent répété ici, à faire un pli aussi large qu'on le peut, pour enfoncer le ténotome à la base de ce pli, à aller couper les organes au-dessous, et à le relâcher ensuite pour que la plaie de la peau s'en aille très-loin de la plaie sous-cutanée.

M. Guérin trouve une différence capitale entre ces deux procédés, et il rejette formellement le premier; il m'est impossible de partager son avis et de comprendre ses motifs.

Qu'est-ce qu'on veut en pareil cas? Eviter le parallélisme, éloigner les plaies autant que possible l'une de l'autre. Or, je le demande, n'atteint-on pas le but des deux façons, ainsi que M. Bouvier l'a démontré l'autre jour? ce pli n'est-il pas impossible dans une foule de cas ou de régions?

Je ne comprends donc pas l'intérêt que M. Guérin attache à cette invention.

A la fin de ma première argumentation, voulant être généreux, j'avais accordé à notre collègue la propriété de ce pli; mais voilà que M. Malgaigne, moins débonnaire, vient le lui réclamer pour moi.

Que fait M. Guérin (*Gaz. méd.*, p. 178)? il dit : « En réalité, il y a quatre espèces de plis, dont un à M. Velpeau..... Ce pli, qui n'est indiqué (*Médecine opératoire*, t. I, p. 543) qu'une fois..... est fait après la ponction de la peau, dans le but de faciliter l'introduction du ténotome entre la peau et la face superficielle du tendon. »

Voilà donc mon pli tel que l'a compris M. Guérin; ayez la bonté d'en écouter la description telle que je l'ai donnée :

« Le membre étant placé convenablement, le chirurgien saisirait avec les doigts d'une main, un pli *aussi large* et *aussi épais que possible* de téguments. Portant ensuite le bistouri à plat dans la *base du pli*, il s'en servirait pour couper la bride, l'aponévrose, le ligament ou le tendon.... sans percer de nouveau l'enveloppe cutanée. »

Il est vrai que le pli dont je viens de parler se trouve dans le *Dictionnaire de médecine* (t. XIV, p. 136 et 137), tandis que M. Guérin est allé le chercher dans la médecine opératoire; il voudra bien remarquer, du reste, que ma description à moi est de 1836, antérieure de trois ans à la sienne, par conséquent.

Voulez-vous voir maintenant quel est son pli à lui ?

« On fait à la peau, qui cotoie le tendon, un large pli qui la dé-
« tache de celui-ci, et soulève, en les distendant, les couches de tissu
« cellulaire compris dans ce pli. A la base de ce pli, on pratique avec
« un instrument à lame étroite, dit *ponctionneur*, une ponction qui
« pénètre jusqu'au tendon. » (Voir *Gaz. méd.*, p. 118.)

Je le demande, quelle différence y a-t-il entre le pli que M. Guérin réclame en 1857 et le pli que j'ai indiqué en 1836? Voyez pourtant, et moi qui lui en avais fait cadeau!.... comme il m'en a su gré, comme il m'en a récompensé!... S'il y tient, pourtant, je le lui abandonnerai volontiers de nouveau, car je persiste à croire que ceci n'est que d'une très-mince valeur dans la méthode sous-cutanée.

On me permettra néanmoins de faire ressortir qu'il ne s'agissait point, quand j'ai décrit ce pli, d'un cas particulier, d'un simple *expédient*, comme dirait M. Guérin, mais bien d'un précepte général, et à l'occasion, d'un autre précepte qui montre bien que déjà, à cette époque, c'est-à-dire en 1836, je parlais de la méthode sous-cutanée comme d'une méthode bien établie, s'appliquant à toutes sortes de sections.

En effet, après avoir discuté la nature et les différentes difformités du genou ou du jarret, après avoir indiqué les médications variées qu'il est permis de leur imposer, j'ajoute :

« Pour peu que la peau fût mobile, ou pût être écartée de la bride,
« j'aimerais mieux alors me servir d'un *bistouri étroit*, et, par ponc-
« tions latérales, suivre de tout point enfin la méthode employée
« pour la section du tendon d'Achille. »

Et plus loin :

« Pour les indurations plus profondes, même tenant à l'aponévrose
« ou aux ligaments latéraux de la rotule, cette méthode serait égale-
« ment meilleure.... il en serait de même pour la rétraction des
« muscles et des tendons. »

Et c'est après ces paragraphes que je donne ma description du pli et du manuel opératoire relaté plus haut.

On conviendra, il me semble, que ce langage ne diffère guère de celui qu'on tient aujourd'hui, et que, dès cette époque, je n'aurais pas eu grand besoin de ce qui a été dit plus tard par notre collègue pour indiquer le manuel opératoire des sections sous-cutanées.

Un autre point.

Tout le monde ayant dit d'éviter les vaisseaux et les nerfs, de refermer la plaie des téguments aussitôt après l'opération, il a été tacitement convenu aussi qu'on aurait une incision de la peau aussi nette, aussi régulière, aussi étroite que possible, en même temps qu'on ne laisserait dans le foyer sous-cutané aucune matière étrangère, qu'on en expulserait par des pressions convenables l'air ou le sang. A ce sujet, nulle difficulté, personne n'ayant réclamé ni l'invention, ni la priorité du précepte. On peut en être surpris toutefois, car là se trouve une des sources principales des succès de la méthode sous-cutanée.

C'est évidemment parce que la plaie des téguments est immédiatement refermée, qu'elle ne suppure pas, que les sections sous-cutanées ne font point naître ni inflammation, ni suppuration; c'est là, à n'en pas douter, ce qui assimile ces opérations aux fractures, aux luxations, aux ruptures, aux déchirures non compliquées de plaie, et qui, comme on le sait, doivent à cette particularité de ne presque jamais faire naître de suppuration.

Si bien donc que l'essentiel, après la section sous-cutanée, est d'agglutiner exactement les côtés de la piqûre ou de l'incision; on peut être sûr alors qu'elle ne suppurera pas, et que, fût-elle très-rapprochée du foyer profond, il n'y aura rien à craindre non plus de ce côté.

Personne ne conteste l'*innocuité* générale de la méthode sous-cutanée. Ce qui en a fait la vogue, ce qui fait qu'elle s'est répandue en quelque sorte avec la rapidité de l'éclair, c'est précisément cette innocuité qu'il n'a plus été possible de révoquer en doute, dès que les premières opérations de M. Stromeyer ont été publiées. Il est parfaitement établi, en effet, que, pratiquer comme je viens de le dire, les opérations sous-cutanées, à quelques rares exceptions près, ne provoquent ni inflammation notable, ni suppuration, que, dès le lendemain ou le surlendemain, la plaie de la peau est cicatrisée et que le travail de réparation qui s'opère graduellement dans le foyer de la section profonde s'effectue sans bruit, avec peu de douleur et presque sans réaction appréciable.

Voilà ce que j'avais avancé en répondant la première fois à M. Guérin, et, je l'avoue, il m'a singulièrement étonné quand je l'ai entendu soutenir de nouveau, pour justifier ses prétentions à l'inven-

tion d'une méthode nouvelle, que avant lui la méthode sous-cutanée engendrait de nombreux accidents. Ces accidents si *nombreux* que tous les chirurgiens avouaient, il n'en a pu trouver que douze à quinze, et je le prie de bien vouloir suivre avec moi l'appréciation qu'il est permis d'en faire.

D'abord, il les prend dans la pratique de huit à dix chirurgiens, ce qui en fait une ou deux au plus pour chacun en les acceptant comme vraies. Qu'en conclure en faveur de ce qu'il appelle sa méthode? puisque à lui seul il lui en est arrivé au moins cinq.

Et puis, comment ne s'est-il pas aperçu que ces accidents étaient étrangers à la méthode sous-cutanée? M. Malgaigne et M. Bouvier le lui ont fait assez vivement sentir pour que je n'y revienne pas. Qu'il me soit permis de lui faire voir néanmoins qu'il n'est pas heureux dans le choix de ses matériaux.

Ainsi, dans le fait qui me concerne, il y a deux points qui auraient dû le frapper. Ce n'est pas moi qui en ai publié l'observation; c'est un jeune chirurgien dont l'initiale est au bas de l'article, et qui s'était donné la mission de prouver que le redressement des membres par la méthode de M. Louvrier valait mieux que la ténotomie; les accidents de ce jeune malade sont arrivés quinze jours après l'opération, alors que les plaies cutanées étaient depuis longtemps guéries, et par le fait de tractions, de pressions exercées sur le membre prématurément.

Puis tous ces faits se rapportassent-ils réellement à la méthode sous-cutanée, ils ne prouveraient absolument rien dans la thèse de notre collègue. Il veut prouver quoi?.... qu'avant lui la méthode sous-cutanée donnait souvent naissance à des accidents graves, et que c'est pour éviter ces accidents qu'il a imaginé ou fait connaître une nouvelle méthode en 1839. Or, voilà qu'à l'appui de ses assertions, pour détruire nos doutes ou nos négations, il apporte quoi? des observations recueillies en 1840 et plus tard. Il est, en effet, positivement vrai que les accidents empruntés à M. Guersant, à Blandin, à M. Pirgoff, sont en effet, comme le mien, postérieurs à la promulgation de la prétendue nouvelle méthode.

Encore une base des inventions de notre collègue à mettre de côté.

En faisant voir que les accidents qu'il nous attribue ne sont pas réels ou ne se rapportent point à la cause qu'il a supposée, et qu'en outre ils sont postérieurs à l'époque qu'il lui faudrait, ce n'est point pour en nier la possibilité toutefois, car, cette possibilité, je l'ai admise dès le principe dans notre pratique comme dans celle de M. Guérin.

Il me sera permis néanmoins de faire remarquer que, pour des méprises infiniment moins graves, M. Guérin se montre infiniment susceptible. Veut-il que je lui en rappelle un exemple? il avait dit:

« Jamais, sur un nombre considérable de sections de tendons, je n'avais vu survenir d'inflammation suppurative. » (*Gaz. méd.*, p. 117.) Il répète le même fait à la page 118, en ajoutant:

« A l'exception de deux fois, mes opérations n'ont jamais produit le moindre accident de suppuration. » (*Gaz. méd.*, p. 120.)

Ce qui est plus clair encore et plus général, il dit ailleurs:

« Les plaies pratiquées sous la peau, *quelle que soit la nature des tissus divisés*, ne s'enflamment ni ne suppurent pas. (*Gaz. méd.*, p. 120.)

M'étant permis de faire allusion à cinq cas d'inflammation appartenant aux opérations de M. Guérin et avoués par lui, j'en avais naturellement conclu que ses axiomes n'étaient pas exacts. Que m'a-t-il répondu?

1° « Qu'il ne faut pas confondre la ténotomie avec la myotomie. » (*Gaz. méd.*, p. 149.)

Comme si, dans la phrase sus-indiquée, il était question de cette distinction.

2° « Que c'est une équivoque de ma part. »

Qu'il aurait « peut-être le droit de traiter plus sévèrement cette facilité, cette légèreté d'interprétation.... » Mais, ajoute-t-il, « mes explications suffiront » (*Gaz. méd.* p. 138) pour remettre les choses et les hommes à leur place!

Voilà qui est fier, j'espère! Seulement, j'en appelle à ceux qui nous entendent ou nous lisent, j'en appelle à M. Guérin lui-même, de quel côté se trouve l'équivoque ici? et qu'est-ce qui aurait le plus droit de remettre les choses et les hommes à leur place?

Le fait est que les sections sous-cutanées ne donnent que rarement lieu à l'inflammation suppurative, et qu'elles sont d'une innocuité merveilleuse. C'est un fait incontestable et incontesté bien avant 1839. Il était spécialement admis qu'après sa section ou sa rupture, la continuité du tendon était à jamais perdue. Un des premiers, je pense, j'ai essayé, en rassemblant de nombreuses observations, de montrer que c'était là une erreur, que la continuité des tendons se rétablissait très-bien après leur rupture ou leur section. L'ancienne opinion empêchait naturellement les chirurgiens de songer à la ténotomie. Cette opération est venue, au contraire, faire ressortir la justesse de l'opinion nouvelle, car elle a bientôt mis hors de doute qu'il se reforme une corde tendineuse à la place de celle qu'on a divisée.

C'est donc un fait acquis: la continuité et les fonctions des tendons se rétablissent plus ou moins complétement après la ténotomie.

Maintenant, quel est le travail, par quel mécanisme s'opère un pareil phénomène? Ici les doctrines sont diverses. Les uns ont cru, avec Hunter et M. Ammon, qu'il se fait un épanchement de sang dont les matériaux coagulables ou la fibrine organisable subissent de telles transformations, qu'une sorte de tendon nouveau finit par en résulter.

Alors que M. Guérin croyait avoir inventé une ténotomie nouvelle, il nous a dit, vous le savez, que, dans sa méthode à lui, on effectuait l'écartement des tissus divisés aussitôt après l'opération, tandis que, dans la méthode ancienne, on prescrirait de les tenir en contact. Ayant surabondamment démontré qu'à ce sujet il s'était trompé; que, dans la méthode usuelle, on ne songeait point à ce contact des bouts de l'organe divisé; que tous les chirurgiens ou à peu près avaient précisément conseillé le contraire, et que M. Guérin n'avait absolument rien innové sous ce rapport, je n'y reviendrai plus.

On me permettra de faire remarquer cependant que notre collègue, fût-il réellement l'auteur de ce précepte, cela ne lui donnerait aucun droit de propriété sur la méthode sous-cutanée, attendu qu'il ne s'agit là que d'une dépendance, d'un accessoire de la méthode, et non de la méthode elle-même. En effet, qu'on écarte ou qu'on n'écarte pas les parties, cela empêche-t-il d'avoir pratiqué une opération sous-cutanée, et n'y a-t-il pas une foule de sections où cette dépendance de l'opération n'a rien à voir? — En lui-même, du reste, le précepte ne doit pas être trop absolu. La plus simple réflexion, la moindre habitude des opérations montrent que, aussitôt divisés, les deux bouts du tendon s'écartent nécessairement d'eux-mêmes. Personne n'a donc pu avoir la pensée d'en obtenir la réunion par affrontement, puisque c'est à cause de sa brièveté, de son raccourcissement, que l'on coupe ce tendon, cela ne peut pas être dans le but d'en remettre aussitôt les bouts en contact comme pour les ressouder.

Voici ce qui a eu lieu: on s'est demandé: les tendons ainsi divisés ne seront-ils pas impuissants dans la suite à transmettre l'action de leurs muscles aux parties, aux organes qu'ils doivent mouvoir? Les chirurgiens se sont alors divisés en deux classes: les uns ont pensé qu'il ne fallait redresser le membre difforme que par degré, afin de laisser à l'organisme le temps de combler insensiblement le vide que laissent entre eux les deux bouts de l'organe en s'écartant; d'autres ont cru, au contraire, et ont essayé de prouver qu'il n'y a pas d'inconvénient sérieux à effectuer sur-le-champ un écartement assez considérable.

La valeur de ces deux pratiques est discutable, mais il saute aux yeux que cela ne touche en rien au fond de la question, c'est une manière de voir que chacun peut défendre sans que cela donne le droit à personne de se dire inventeur de la méthode, ni même d'un procédé, puisque le tout se réduit à une simple opération. Il est bien certain, du moins, qu'en préférant une pratique intermédiaire, je ne me suis point imaginé avoir inoculé la méthode sous-cutanée.

C'est là une opinion à peu près abandonnée aujourd'hui et que j'ai combattue moi-même depuis 1838.

D'autres ont cru qu'il s'opérait, entre les deux bouts de l'organe divisé, un travail sub-inflammatoire ayant pour but de congestionner, d'imbiber, d'hypertrophier les couches voisines, afin de combler l'écartement. Là on reconnaît la doctrine de l'inflammation adhésive, qui s'entend des tissus intermédiaires, et non pas, comme l'a supposé M. Guérin, du travail adhésif des deux extrémités tendineuses préalablement ramenées en contact.

Un troisième ordre de chirurgiens ont expliqué le fait par la doctrine de la réunion immédiate ou par première intention, c'est-à-dire par le recollement primitif et sans phlegmasie des différentes couches organiques mises à nu sous la peau. C'est ce genre de réunion que M. Guérin s'attribue, parce qu'il lui a plu de la désigner par le nom d'*organisation immédiate*.

Que l'une de ces explications soit plus près de la vérité que l'autre, nul ne le contestera; mais, ce qui n'est pas moins incontestable, c'est qu'aucune d'elles ne donnera le droit, à celui qui l'aurait réellement imaginée, de s'en faire un titre pour réclamer l'invention de la mé-

thode sous-cutanée. A ce titre, j'aurais aussi ce droit, moi, car je me suis permis, comme les autres, d'expliquer à ma façon le mode de reproduction des tendons divisés !

Du reste, ces questions doctrinales, qui ne me paraissent pas avoir l'importance qu'on leur attribue, ont été trop savamment discutées (*Gaz. hebd.*) par M. Verneuil pour que je m'y arrête ici. J'ajouterai pourtant que cette réparation des tissus me semble s'opérer comme toutes les autres soudures de lamelles organiques remises en contact après leur division, c'est-à-dire par le fait d'un *plasma*, d'une matière plastique, de l'exsudation agglutinative qui s'échappe naturellement, ou qui tend à suinter des bords de toutes plaies, de toute lamelle de tissu vivant récemment divisé, soit que les organes coupés soient remis et maintenus bout à bout, soit que les faces des couches voisines viennent s'appliquer et se coller entre elles.

Au demeurant, la différence est-elle réellement radicale entre ceux qui, comme M. Bouvier, M. Sédillot, entre autres, admettent un certain degré d'inflammation adhésive, ceux qui, comme Hunter, M. Guérin et moi, en nient la nécessité, et ceux qui, comme Hunter et M. Ammon, invoquent le concours du sang épanché ou de la fibrine organisable?

L'une de ces explications exclue-t-elle absolument les autres ? Ne serait-on pas plus vrai en admettant qu'une certaine quantité de fibrine organisable, la lymphe plastique, le *plasma* proprement dit, peuvent suffire, sans inflammation adhésive véritable, et qu'un certain degré de cette inflammation, sans fibrine épanchée, peut réaliser le fait dans certains cas, sans être de nature à l'empêcher dans d'autres?

Quoi qu'il en soit, l'inflammation qui s'établit dans le foyer de l'opération sous-cutanée ne doit être qu'adhésive, jamais suppurative, et l'on peut dire qu'elle reste à peu près toujours dans ces conditions-là.

Maintenant, pourquoi les opérations sous-cutanées ne sont-elles presque jamais suivies de suppuration? Voilà la question la plus délicate, la plus sérieuse du sujet. Est-ce à l'absence de l'air au fond de la plaie? Ceci n'est pas douteux pour presque tous les chirurgiens. Là-dessus, M. Guérin entre autres, n'a jamais hésité : c'est pour éviter l'accès de l'air au fond des plaies que la méthode sous-cutanée a été, en définitive, inventée. Je crois pourtant que le fait est loin encore d'être démontré et qu'en fait l'air n'est pas aussi nuisible qu'on le dit.

Voici quelques-uns des motifs qui me font élever des doutes à ce sujet : l'air atmosphérique placé entre les lèvres d'une plaie au milieu de tissus sains, n'agit guère là que comme corps étranger, en quelque sorte mécaniquement. Sous la peau et dans les cavités closes en général, il s'enkyste, s'y décompose bien vite et ne tarde pas à disparaître par résorption, par exosmose. J'en ai introduit une infinité de fois dans la tunique vaginale et dans des kystes séreux constituant des hydrocèles ; j'en ai vu un grand nombre de fois dans le tissu sous-cutané de presque toutes les régions du corps, au front, à la face, par le fait de fracture des os du nez, de l'ethmoïde ou de l'os unguis, au tronc, à la poitrine dans les cas de fracture de côtes, à l'aisselle, à l'épaule, par le fait de plaie des téguments ou de fracture de la clavicule, au cou à l'occasion de blessure de la trachée ; eh bien, dans tous ces cas, la présence de l'air n'a produit aucun accident sérieux, et toujours ce gaz a fini par disparaître en peu de temps.

D'un autre côté, y a-t-il un chirurgien qui n'ait été souvent témoin d'inflammation purulente ou d'exacerbation, de transformation de l'inflammation purulente dans des foyers, dans des abcès attaqués par la ponction, sans que l'air y ait pénétré?

Les exemples en pullulent partout, on en voit journellement dans les hôpitaux.

Un homme adulte vient à la Charité avec un vaste abcès froid au pli du bras ; après la seconde ponction, pratiquée selon les règles de la méthode sous-cutanée, et sans qu'il se fût introduit la moindre bulle d'air dans la poche, l'abcès est passé à l'état aigu, la peau s'est amincie, le dépôt s'est ouvert et a donné issue à un pus roussâtre, sanieux, fétide, tandis que celui qu'on avait extrait par les deux ponctions était blanc et inodore.

Un autre malade dont je ponctionne un abcès considérable et symptomatique, au-dessus du genou gauche, est bientôt pris du même travail, qui se termine exactement de la même façon.

Un troisième, qui avait un abcès par congestion à la partie supérieure de la cuisse, est également ponctionné deux fois sans difficulté, sans accident d'aucune sorte ; l'inflammation n'en finit pas moins par devenir aiguë dans le foyer, qui ne tarde pas à s'amincir, à s'ouvrir et à répandre une quantité énorme de pus roussâtre, floconneux et fétide.

De pareils faits sont si communs et si connus, qu'il serait superflu d'en citer un plus grand nombre. Quel rôle voudrait-on faire jouer à l'air en cas pareil ? Il n'en est certainement pas entré une parcelle, au moment de l'opération, dans les abcès, et il n'en est pas sorti la moindre apparence par les ouvertures qui se sont faites à la peau.

Bien plus, c'est qu'il pourrait en sortir quand l'abcès s'ouvre, sans qu'il fût venu du dehors. J'ai eu souvent la preuve, en effet, que des gaz se forment assez souvent et spontanément, dans certaines espèces d'abcès, soit au sein, soit à l'anus, soit dans les parois du ventre ou de la poitrine, soit autour du larynx et de la trachée, etc.

Quelques-uns de ces changements, dans l'aspect et la nature du pus après les ponctions, ne s'expliqueraient-ils pas mieux par la différence de pression des liquides après la ponction? Enkystés, bien pressés de toutes parts, les matériaux, les molécules du pus restent volontiers inertes et tranquilles les uns à l'égard des autres. Qu'on vide au contraire le kyste, et ses parois, mal soutenues, permettront au reste du liquide ou à la sécrétion nouvelle une réaction, une tendance à la raréfaction capable d'expliquer bien des choses. Cette hypothèse, qui me vient de mon ancien maître, M. Cloquet, rendrait mieux compte des changements et du travail pathologique indiqué plus haut, qu'une action de l'air, qui manque évidemment en cas pareil.

Pour qu'il nuise dans les plaies sous-cutanées, dit M. Guérin, « il ne s'agit pas du contact passager ou plus ou moins prolongé de l'air, mais de la communication non interrompue des plaies avec l'atmosphère ; là est la condition absolue du résultat absolu. » (*Gaz. méd.*, p. 121.)

S'il en est ainsi, on ne doit rien craindre dans les opérations sous-cutanées, car aucune d'elles ne reste dans ces conditions-là, et quand de l'air entre au fond de la plaie, ce n'est jamais qu'en petite quantité et pour un temps très-court, attendu qu'il n'est pas un chirurgien pratiquant comme on le fait partout, avant comme depuis M. Guérin, qui ne prenne la précaution ainsi formulée : « Après l'opération, on expulse l'air qui a pu s'introduire dans la plaie. » (*Gaz. méd.*, p. 118.)

Voulant à toute force avoir une méthode particulière, et voulant distinguer cette méthode de l'ancienne, M. Guérin s'exprime ainsi :

« Dans la méthode ancienne, communication facile de l'air et son appel incessant au fond de la plaie tendineuse. » (*Gaz. méd.*, p. 117.)

Plus loin (*Gaz. méd.*, p. 178), pour mieux peindre le contraste, il dit :

« Dans un cas, la plaie tend toujours à devenir exposée, dans l'autre, une fois l'air expulsé, la plaie reste sûrement non exposée. »

Je m'explique mal ces assertions. J'ai pratiqué bien des fois la ténotomie et d'autres opérations sous-cutanées ; je l'ai vu pratiquer par beaucoup d'autres chirurgiens ; je crois savoir ce qui a été dit de la manière de la pratiquer à peu près partout, et je n'ai jamais vu que les plaies effectuées de la sorte fissent un *appel incessant* à l'air dans leur foyer, ni qu'elles eussent la moindre tendance à devenir *exposées*.

Au tendon d'Achille, pour exemple : avec la pointe d'une lancette, on pique la peau à une certaine distance sur le côté, qu'on ait fait ou non un pli aux téguments ; le ténotome, glissé par là, va diviser le tendon roidi par la flexion du pied ; si un peu d'air pénètre en ce moment dans le vide, on l'expulse aussitôt, ainsi que le sang, s'il y en a, par de douces pressions ; puis les deux lèvres de la plaie, soigneusement nettoyées et remises en contact, sont aussitôt couvertes d'une mouche de taffetas. Cette plaie est ordinairement cicatrisée le lendemain pour ne plus se rouvrir, et il n'y a plus à revenir sur ce qui concerne la peau.

Je le demande, par quelle voie l'air peut-il, en cas pareil, rentrer sous la peau ? Qu'est-ce qui lui fait appel? Comment la section sous-cutanée tend-elle alors à devenir exposée? Quand même la petite piqûre de lancette ne serait pas fermée ou couverte, est-ce que, abandonnée à elle-même, elle resterait là, bouche béante, avec les qualités d'un tube aspirateur? Est-ce qu'il ne faut pas un vide entre les différentes couches qu'on a labourées, pour que l'air puisse y entrer, et peut-il y avoir le moindre vide entre les bouts du tendon et sous les téguments de la jambe après une opération pareille? Enfin, chacun ne sait-il pas que les parois du trajet parcouru par l'instrument sont aussitôt remises en contact par la pression du dehors? Pour moi, je ne crains pas de le dire, toutes les suppositions, à ce sujet, sont complétement illusoires ; l'air n'entre point dans les plaies sous-cutanées après l'opération, et celui qui s'y engage parfois est incapable de causer les accidents dont on l'accuse.

(*La fin au prochain numéro.*)

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES.

Notice sur les eaux minéro-thermales de Luxeuil et spécialement sur le bain ferrugineux (1),

Par M. le Dr A. Billout.

M. le docteur Billout donne, dans cette notice, des détails intéressants sur les eaux de Luxeuil, qui avaient déjà précédemment été étudiées par M. le docteur Revillout, en 1838. M. le docteur C. James leur consacre également quelques pages dans son *Guide pratique aux eaux minérales*.

L'auteur de ce nouveau travail donne d'abord une esquisse topographique de Luxeuil, ville fort ancienne, et dont les eaux minérales jouissaient déjà d'une certaine vogue du temps des Romains. Une inscription, trouvée en 1755 dans des fouilles faites aux bains, constate qu'elles étaient connues déjà cinquante-huit ans avant l'ère chrétienne. Voici cette inscription : *Lixovii thermas reparavit Labienus, jussu C. J. Cæsaris imperatoris.*

La ville de Luxeuil est située dans un pays pittoresque, bien arrosé; elle est entourée de promenades, et présente quelques monuments anciens, remarquables, dont quelques-uns ont acquis une célébrité historique.

« L'établissement thermal de Luxeuil est, sans contredit, un des plus beaux qui existent en France. Le bâtiment qui renferme les bains et les différentes sources est situé au milieu d'un magnifique jardin, précédé d'une cour grandiose, dans laquelle on pénètre par une grille magnifique, ornée d'un élégant portail. Ce bâtiment se divise en trois ailes principales qui contiennent, en commençant par la gauche : le logement du concierge, le cabinet du médecin-inspecteur et le bureau du régisseur des bains, le *bain des Bénédictins*, le *bain des Dames*, le *bain des Fleurs*, le *bain Gradué*, un salon d'attente, le *grand Bain*, la *salle Neuve*, la turbine, le *bain des Cuvettes* qui, recouvert depuis quelques années, sert de péristyle au *bain ferrugineux* situé derrière lui, la lingerie, les cabinets de douches ascendantes, et enfin le *bain des Capucins.* »

M. Billout donne ensuite quelques détails sur les diverses sources de l'établissement, et principalement sur le *bain ferrugineux*, qui présente une salle oblongue, décorée avec luxe et élégance, dans laquelle s'ouvrent neuf cabinets dont chacun contient une baignoire en granit rose des Vosges, enfoncée dans le sol, et dans le fond de laquelle est disposé un appareil très-commode pour les injections vaginales : c'est également par le fond de la baignoire qu'arrive l'eau ferrugineuse destinée au bain, disposition qui évite toute déperdition de gaz et de chaleur. La température de cette eau, qui vient d'une source abondante, est de 28 à 29° centigrades. Le nombre de ces cabinets étant insuffisant, l'administration s'occupe d'en faire construire douze semblables, qui seront ouverts pour la saison prochaine.

On trouve, outre les sources citées plus haut : la *source d'Hygie* ou *Savonneuse*, la *Fontaine des yeux*, à laquelle le vulgaire attribue des propriétés spéciales pour les maladies des yeux, et enfin la *Fontaine des abeilles* qui, selon la tradition populaire, opéra des prodiges, lors d'une épidémie de dysenterie qui régna en 1719 à Luxeuil et dans les environs.

L'analyse de ces eaux a été faite par Braconnot, de Nancy, et par M. Chevalier.

Ces eaux, dont la température varie de 30 à 56° centigrades, contiennent des sels minéraux, dont les plus abondants sont le chlorure de sodium et de potassium. La source ferrugineuse contient des sels de potasse, de soude, de chaux, de magnésie, de l'oxyde de manganèse, de l'oxyde de fer, et, en outre, du phosphate et de l'arséniate de fer.

La source ferrugineuse produit un dépôt ou ocre qui a été analysé par les deux chimistes que nous venons de nommer, et par M. O. Henry fils.

M. Billout donne ensuite des détails sur le mode d'administration de ces eaux : on les prescrit en boissons, en bains frais, tièdes ou chauds, en douches et en vapeur. L'eau ferrugineuse tire des propriétés plus efficaces, suivant l'auteur, de la présence du manganèse qu'elle contient, et peut être prescrite avec avantage aux malades atteints de névroses, gastralgiques, dyspeptiques; dans les cas d'écoulements chroniques, catarrhes, etc., principalement pour la leucorrhée chronique et le catarrhe uréthro-vaginal.

La ville de Luxeuil est située dans le département de la Haute-Saône, sur la limite des Vosges, près de Plombières. Les eaux de Luxeuil sont rapprochées de celles de Plombières, non-seulement par leur position géographique, mais aussi par leur composition et leur action thérapeutique.

J. Rouyer.

(1) Broch. in-8° de 72 pages. Paris, 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

La *Société médicale des hôpitaux* de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses comités pour l'année 1857-1858. M. Legroux a été nommé *président* et M. Barth *vice-président;* M. Roger (Henri) a été réélu *secrétaire général;* ont été pareillement réélus *secrétaires particuliers :* MM. Moutard-Martin et Woillez; *trésorier :* M. Labrie.

Ont été nommés pour le *conseil d'administration :* MM. Beau, Blache, Bouvier, Moissenet et Vernois; pour le *conseil de famille :* MM. Guérard, Gilette, Guillot (Natalis), Hervez de Chégoin et Trélat; pour le *comité de publication :* MM. Béhier, Labrie, Moutard-Martin, H. Roger et Woillez.

La Société médicale des hôpitaux se compose de membres titulaires, de correspondants et d'associés. Sont admis comme membres *titulaires*, les médecins des hôpitaux civils et les pharmaciens en chef; les médecins en chef des hôpitaux militaires, sur leur demande écrite et après lecture d'un mémoire original inédit. Sont admis, à ces mêmes conditions, et en acquittant un droit de diplôme, comme *correspondants*, les chefs de service d'un hôpital civil ou militaire en province et à l'étranger; et comme membres *associés*, les docteurs en médecine résidant à Paris.

Les séances sont publiques : elles ont lieu au grand amphithéâtre de l'Administration des hôpitaux, les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois.

La Société a proposé un prix de la valeur de *quinze cents francs*, à décerner, en 1858, à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question : *Des congestions sanguines dans les fièvres.* Les mémoires devront être adressés au secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine, avant le 31 décembre 1857.

Conférences cliniques. — M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur-agrégé à la Faculté, reprendra ses *Conférences cliniques* à l'hôpital Saint-Antoine, le vendredi 1er mai, à neuf heures du matin, et les continuera les lundis et vendredis, à la même heure, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, les mercredis, au lit des malades.

La Conférence de vendredi sera spécialement consacrée à une leçon sur les affections utérines.

Visite des malades à sept heures du matin.

Cours public sur les maladies des organes urinaires et génitaux. — M. le docteur Aug. Mercier commencera ce cours le mercredi 6 mai, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole Pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Il traitera particulièrement des rétentions d'urine et de la lithotritie.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Des kystes synoviaux du poignet et de la main, *thèse de concours pour l'agrégation* (1857), par M. Legouest, chirurgien-major et professeur-agrégé au Val de-Grâce, chevalier de la Légion d'honneur et de l'Ordre impérial du Medjidié. — In-8° de 136 pages, prix : 2 fr. — Chez Delahaye et Chatel, libr., place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

De la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal, par le docteur A.-L. Magne. — *Deuxième édition* (Paris, 1857). — Broch. in-8° de 51 pages, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 53. 5e année. Samedi 2 Mai 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

De l'emploi du chloroforme et des narcotiques comme agents thérapeutiques, et moyens de diagnostic dans certaines paralysies,

Par M. le Dr O. Landry.

(Suite. Voir les nos 46 et 48.)

Les détails précédents sont extraits d'une longue observation que j'ai recueillie pendant mon séjour à l'établissement de Bellevue. Les phénomènes si complexes de cette affection singulière ont prêté, pendant la vie de la malade, à des appréciations dont il a été impossible de vérifier la valeur après sa mort. Un des médecins les plus distingués de Paris, aux soins duquel Mlle B... avait été confiée, voyait dans ces accidents multiples les signes d'une affection organique de la moelle, tandis que M. L. Fleury et M. Cruveilhier, appelés en consultation, les rapportaient à une névrose. Pour ma part, le début et la marche de cette maladie, l'intermittence, la mobilité, la multiplicité et les transformations si fréquentes des symptômes, les caractères intimes de la paralysie même, lorsqu'elle s'est manifestée, les excellents effets de l'hydrothérapie, ceux du chloroforme en dernier lieu, tout me semble autoriser cette dernière opinion et infirmer la première. Mais si, d'après ces probabilités, les centres nerveux n'étaient pas anatomiquement affectés, les désordres observés du côté du sentiment, du mouvement et des fonctions cérébrales tendent à prouver qu'ils jouaient un rôle important dans ces manifestations. On reconnaît dans cet ensemble les caractères de certains états morbides étudiés sous le nom d'*irritation cérébrale* ou *cérébro-spinale*, principalement par les auteurs anglais et américains (1), et englobés de nos jours dans cette monstrueuse entité qu'on appelle l'hystérie. Mais ce n'est pas ici le lieu d'aborder une question de doctrine.... Il s'agit en ce moment de déterminer la nature et la source des phénomènes paralytiques observés chez Mlle B....

Mlle B...., d'un tempérament primitivement nerveux, et cependant d'une santé assez bonne, était devenue dysménorrhéique et chlorotique à la suite d'une suppression accidentelle des règles. Depuis, elle avait été en proie à un état nerveux vague, au milieu duquel se dessinaient quelques phénomènes hystériformes, spécialement à chaque époque. Par la suite, de nouvelles suppressions de l'hémorrhagie mensuelle furent *constamment* suivies de manifestations morbides graves et, comme on l'a vu, c'est au milieu de semblables circonstances que les derniers accidents se sont développés. *Constamment* aussi, ces suppressions ont eu pour premier effet des symptômes excessivement douloureux du côté des organes contenus dans le bassin, avec une excitation génésique très-remarquable. Puis, ces premiers symptômes s'irradiaient graduellement et ouvraient, en quelque sorte, la scène à un ensemble formidable, évidemment consécutif au trouble des fonctions utérines, et ne pouvant être considéré que comme sympathique. Or, ce qui se passait pour les phénomènes de surexcitation qui constituaient ordinairement cet état pathologique, est aussi arrivé pour la paralysie. Rappelons-nous que le 26 mai, au lendemain d'une période menstruelle incomplète, accompagnée d'une plus grande excitation génitale, d'hyperesthésie générale, de mouvements convulsifs, de contracture, de gastralgie violente et de vomissements, se manifestèrent l'anesthésie et la faiblesse musculaire. Fallait-il aussi considérer comme sympathiques ces nouveaux accidents? L'analogie et les conditions au milieu desquelles ils se sont développés semblent autoriser cette appréciation ; voyons si elle est acceptable.

On sait qu'il existait chez Mlle B.... une paralysie ancienne des muscles des mains et des avant-bras, présentant comme signes distinctifs une abolition à peu près complète de l'irritabilité musculaire et un léger degré d'atrophie. Ces circonstances et son caractère de fixité, de permanence, la distinguaient, par conséquent, de la paralysie intermittente qui s'était accidentellement développée sous nos yeux, et dans laquelle, d'ailleurs, les muscles ni les cordons nerveux n'avaient rien perdu de leur excitabilité. En outre, l'une cédait au chloroforme, qui restait impuissant sur la première. Ces deux états, dont les effets étaient analogues, se trouvaient donc essentiellement différents dans leur nature. Et, en effet, si je ne me trouvais limité par des bornes étroites, je pourrais démontrer que l'ancienne paralysie consistait en un état pathologique du muscle lui-même et étranger au système nerveux, tandis que la paralysie récente dépendait d'une modification fonctionnelle du système nerveux central. C'est un remarquable exemple de ces combinaisons de formes morbides que j'ai signalées ailleurs, et qui répandent tant d'obscurité et de difficulté dans l'étude des affections nerveuses, lorsqu'on néglige de soumettre chaque cas au crible d'une minutieuse analyse.

(1) Parrish, *Remarks on spinal irritation, in the Medical Journal of the med. sciences*, août 1832, p. 293; et in *Archiv. gén. de méd.*, Paris, 1833, t. I, p. 388. — Ch. Burns (de Glasgow), *On irritation of the spinal nerves*, *Glasgow Med. Journ.*, 1828, n° 11, et in *Archiv. gén. de méd.*, t. XIX, 1829, p. 423. — Dorwal, *Observation on some form's of spinal irritation*, 1829, in-8°. — Burns, *Traité des accouchements*, p. 474 et suiv., classe parmi les irritations cérébro-spinales des phénomènes propres aux femmes, qu'il s'attache à séparer de l'hystérie et qui offrent une ressemblance frappante avec l'état de Mlle B....

Il existait donc chez cette malade des phénomènes paralytiques de deux ordres, les uns rentrant dans le sujet de ce Mémoire, les autres n'ayant aucun rapport avec lui ; par conséquent, il ne peut être question que des premiers.

Or, si l'on tient compte de leur intermittence, de l'intégrité, de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilité des troncs nerveux et, en même temps, de l'absence de mouvements convulsifs spontanés ou réflexes dans les parties actuellement paralysées, enfin de l'influence du sommeil et du chloroforme sur le désordre du mouvement, on n'hésitera pas à considérer tout cet état paralytique comme indépendant d'une lésion artérielle de l'encéphale ou de la moelle, pour peu qu'on soit familiarisé avec la valeur des signes que je viens d'énumérer. La marche envahissante particulière du mal confirme encore cette appréciation : cette paralysie à invasion progressive régulière qui, partie des extrémités des quatre membres, s'élève peu à peu vers leurs régions supérieures, puis atteint successivement les muscles du tronc, du cou, de la face, de la langue, de la mâchoire inférieure, en respectant jusqu'à la fin la vessie et le diaphragme, la marche de cette paralysie, dis-je, présente une physionomie tout à fait insolite et étrangère aux lésions du système nerveux ; ici, comme dans l'agonie, comme sous l'influence du chloroforme, le mouvement s'éteint, non d'après l'ordre anatomique, mais d'après l'ordre physiologique, en sorte que l'influence morbide semble agir sur le système nerveux ou moteur dans un ordre conforme à la résistance vitale de leurs diverses parties et porter plutôt sur la fonction que sur la structure. Des autopsies actuellement nombreuses m'ont démontré, en effet, qu'alors l'état anatomique du cerveau, de la moelle, des nerfs et des muscles n'a subi aucune modification appréciable. Aussi, cette forme particulière, que je nomme *progressive ascendante*, et que je me propose de faire plus amplement connaître dans un prochain Mémoire, est-elle vraiment spécifique, pathognomonique et, suivant moi, sa constatation suffit pour autoriser à nier l'existence d'une altération organique.

Tout cet ensemble symptomatique distinguait donc nettement la maladie de Mlle B.... des affections matérielles du système nerveux, lors même qu'on ne prendrait nullement en considération les autres circonstances de cet état morbide complexe. Il s'agit, par conséquent, de chercher, parmi les paralysies dites essentielles, de quelle espèce se rapproche l'affection de Mlle B....

J'éliminerai d'abord tout un groupe caractérisé par la diminution de l'irritabilité musculaire, puisque cette propriété de tissu n'a jamais été modifiée chez notre malade. Ce groupe comprenant, parmi les plus communes, les paralysies chlorotiques et anémiques, les paralysies saturnines, celles que produit l'action du froid et de l'humidité (contrairement à l'opinion de M. Duchenne), nous n'aurons plus à nous occuper de ces espèces ; j'éliminerai de même les paralysies rhumatismales proprement dites, aucune circonstance de la maladie ne permettant d'y songer. Il nous reste alors à choisir entre des espèces excessivement rares, que rien n'autorise à suspecter, et les paralysies hystériques et sympathiques. En définitive, le diagnostic différentiel doit avoir pour objet ces deux dernières catégories.

Mais ici se produit une difficulté à peine aperçue de ceux qui ont abordé le même sujet, et dont la solution est pourtant du plus haut intérêt au point de vue pratique :

Qu'est-ce qu'une paralysie hystérique ?

Il existe dans la science un immense chaos sur cette question. On a confondu et on confond tous les jours des états dont la pathologie et, par conséquent, les indications thérapeutiques sont essentiellement différentes. Quiconque a observé des paralysies *dites hystériques,* a pu remarquer la diversité des circonstances qui président à leur développement. Les unes, *les paralysies hystériques proprement dites*, succèdent à des accès convulsifs plus ou moins violents, et se dissipent après quelques instants, quelques heures ou quelques jours de durée, à moins que les accès se répétant fréquemment, n'entretiennent cet état du système musculaire. Mais lorsqu'ils viennent à cesser spontanément ou lorsqu'on obtient artificiellement ce résultat, les parties paralysées ne tardent pas à revenir à leur état normal. S'il en est autrement, l'observation démontre que derrière la cause apparente se cache une autre influence, agissant directement sur la sensibilité et le mouvement.

Les autres sont indépendantes des accès convulsifs, se développent collatéralement et comme une manifestation particulière de l'état nerveux ; on les voit même survenir chez des sujets n'ayant pas de convulsions. D'ailleurs, comme les premières, elles peuvent être mobiles, intermittentes, très-variables dans leur siége et leur marche ; mais souvent aussi, elles ont une fixité qui n'appartient nullement à l'espèce précédente.

Dans la première de ces catégories, on peut considérer la paralysie comme le résultat d'une sorte d'épuisement nerveux qui, d'ailleurs, n'est pas spécial à l'hystérie et se manifeste dans une multitude de circonstances où il y a eu dépense excessive d'action nerveuse. On l'observe, par exemple, après quelques attaques d'épilepsie et d'éclampsie ; on l'a vue survenir à la suite d'un coït très-fatigant, et c'est un fait, à ce qu'il paraît, assez commun chez le cheval ; c'est aussi l'un des effets de la foudre, et on peut le produire artificiellement, chez les animaux, en les soumettant à de violentes commotions électriques localisées sur diverses parties du corps. Dans presque tous ces cas, je le répète, le mouvement ne tarde pas à se rétablir. Il y a quelques années, un homme, foudroyé sur le pont d'Austerlitz, fut conduit à l'Hôtel-Dieu, complétement paraplégique ; quelques heures après, il pouvait se servir de ses membres inférieurs, et quitta bientôt l'hôpital tout à fait guéri. On peut donc attribuer ces sortes de paralysie à un véritable épuisement nerveux, soit qu'on admette une dépense excessive de fluide nerveux, soit qu'on suppose une hyposthénisation fonctionnelle des centres nerveux. L'impuissance ou la faiblesse musculaire momentanée qui succède aux fatigues de la marche est encore un fait presque normal très-analogue à ces phénomènes pathologiques. Qui n'a pas éprouvé cette impuissance du mouvement dans les mains ou les bras après un déploiement énergique de force ou à la suite d'un effort longtemps soutenu ?

Mais, dans la seconde catégorie, impossible de faire intervenir cette explication, la paralysie se développant en dehors des phénomènes convulsifs et souvent en leur absence complète. Le mécanisme de l'affection est bien différent ; c'est, comme je l'ai dit, une manifestation spéciale qui naît directement de la cause d'où procèdent les autres phénomènes nerveux. Dès lors, on le comprend, les indications curatives sont toutes différentes et doivent s'adresser, non plus comme tout à l'heure, à l'un des phénomènes de la névrose générale, mais à la cause ou aux causes qui en dominent les manifestations multiples.

Si j'ai été assez heureux pour faire saisir cette importante distinction, on comprendra, d'après ce qui précède, que la qualification d'hystérique, appliquée aux paralysies de cette seconde espèce, est excessivement vague et a le défaut de confondre des états à pathogénie et indications curatives bien distinctes. On sait, en effet, que les états nerveux complexes désignés sous la dénomination générique d'hystérie, peuvent naître sous l'influence d'une multitude de causes. On admet généralement une hystérie idiopathique, symptomatique et sympathique. Sans vouloir discuter ici l'existence de l'hystérie idiopathique, je puis citer comme symptomatique celle qui se développe chez les chloro-anémiques ; parmi les hystéries sympathiques, la plus anciennement connue, celle qui a valu son nom à l'affection, c'est l'hystérie liée à une affection de l'utérus ou de ses annexes. Les nombreuses manifestations de l'hystérie peuvent donc être idiopathiques (?), symptomatiques ou sympathiques, et on doit appliquer ces données à la paralysie, aussi bien qu'aux autres phénomènes de l'affection. C'est ainsi que, dans l'observation IVe, la paralysie était évidemment sympathique de la grossesse, aussi bien que tous les autres accidents, puisqu'elle a disparu comme eux après l'accouchement.

Continuons maintenant l'analyse de la Ve observation. La

paralysie dont Mlle B.... était atteinte rentrait assurément, si on la considère d'après les idées généralement reçues, dans la classe des paralysies dites hystériques. Mais au point de vue où je viens de me placer, l'appréciation de ce fait ne peut pas être aussi absolue, et on doit se demander à quelle catégorie il appartenait. Était-ce une paralysie hystérique proprement dite? Était-ce une névrose paralytique, symptomatique ou sympathique?

En procédant encore par voie d'exclusion, on arrive à rapprocher cette paralysie de la seconde espèce, car les paralysies de la première catégorie, comme nous le verrons plus loin, ne cèdent pas immédiatement au chloroforme et même augmentent sous l'influence de cet agent. C'était l'une des expressions de cette névrose complexe, qui avait pour point de départ un état pathologique de l'utérus consécutif à la suppression des règles. Le trouble du mouvement constituait donc un phénomène sympathique au même titre que tous les autres accidents nerveux. A l'appui de cette appréciation, je rappellerai encore une fois que la paralysie, chez Mlle B...., ne présentait aucun des symptômes propres aux lésions du système nerveux, ni aux paralysies chloro-anémique, saturnine ou par froid; qu'il n'était pas possible de la rapporter au rhumatisme, qu'elle ne s'est pas développée à la suite d'accès convulsifs comme les véritables paralysies hystériques et qu'elle en différait par sa manière de se comporter sous l'influence du chloroforme; qu'enfin elle a présenté cette particularité de disparaître pendant le sommeil comme dans les obs. I et IV, qui étaient bien certainement sympathiques et par les inhalations de chloroforme, comme dans l'obs. I (Mme C....). En outre, un détail de ce fait confirmait encore ce diagnostic : c'est la possibilité de développer à volonté des accès très-graves et très-complets de cette paralysie en surexcitant la sensibilité dans les parties hyperesthésiées, au moyen d'attouchements ou du contact d'un corps froid.

Ainsi, dans les obs. I, IV et V, les accidents paralytiques, qui cédaient au sommeil et à l'emploi des agents stupéfiants, étaient sympathiques d'un état morbide primitivement étranger au système nerveux et musculaire. Les remarquables particularités que je viens d'exposer seraient-elles donc spéciales aux paralysies sympathiques et serions-nous sur la voie d'un moyen de diagnostic important?

Je pose cette question ; mais, tout en penchant pour l'affirmative, je m'abstiendrai de présenter des conclusions exclusives avant de nouvelles recherches. Je dois cependant motiver en quelques mots l'opinion vers laquelle j'incline.

Les faits que j'ai réunis sont au nombre de six. Sur ce nombre, cinq fois les caractères de la paralysie et les circonstances concomitantes ne permettaient pas d'admettre une lésion organique du système nerveux. Une seule fois, dans le cas de Lallemand (obs. II), il peut y avoir doute à ce sujet; mais cette observation est trop incomplète pour autoriser même une discussion sur l'interprétation qu'en donne Lallemand (1), et, dès lors, elle ne saurait infirmer les conséquences des autres. D'ailleurs, depuis le commencement de mes recherches, j'ai soumis à l'action du chloroforme trois individus devenus hémiplégiques à la suite d'une apoplexie cérébrale, sans obtenir la moindre modification dans l'état des parties paralysées; je me suis assuré aussi, autant que possible, que le sommeil n'y apporte aucun changement. M. Briquet et son interne actuel, M. Labbé, ont également essayé le chloroforme chez une femme évidemment atteinte d'une affection de la moelle : cet essai n'a eu d'autre effet que de diminuer la tendance à la contracture et l'action réflexe; mais la paralysie est restée ce qu'elle était. Je ne puis admettre, par conséquent, que les phénomènes dont il s'agit puissent exister dans le cas d'affection matérielle des centres nerveux.

Il faut donc les rapporter à cette grande classe des paralysies dites essentielles. Or, parmi ces dernières, certaines sont caractérisées et constituées par la diminution ou l'abolition de l'irritabilité musculaire et quelques-unes par de l'atrophie. Il n'est pas probable que le chloroforme puisse rétablir le mouvement lorsque l'instrument du mouvement est altéré dans ses propriétés de tissu ou dans sa structure. Et, en effet, chez Mlle B.... (obs. V), il n'agissait nullement sur les muscles de l'avant-bras et de la main, privés depuis longtemps de leur irritabilité, on peut s'assurer qu'il ne réussit pas davantage dans les paralysies saturnines.

Restent les paralysies essentielles avec conservation de l'irritabilité musculaire, parmi lesquelles se placent : les paralysies hystériques, les paralysies sympathiques, quelques paralysies de nature rhumatismale, et certaine forme encore mal définie, propre aux gens nerveux des deux sexes, et, suivant moi, voisine des paralysies hystériques. Des expériences ultérieures nous apprendront, j'espère, ce que le chloroforme, les narcotiques et le sommeil peuvent sur chacune de ces espèces. Jusqu'ici mes investigations n'ont porté que sur les paralysies sympathiques et hystériques, et on verra, par les obs. VII et VIII, que, dans ces dernières, les stupéfiants et le sommeil restent sans effet.

Nous arrivons ainsi à limiter, jusqu'à nouvel ordre, cette curieuse action du chloroforme et du sommeil naturel aux paralysies sympathiques, puisque telle était, incontestablement, la nature des accidents paralytiques chez trois des six malades qui ont présenté ces phénomènes. On trouverait d'ailleurs dans cette interprétation une explication simple de faits aussi insolites ; le sommeil et les moyens stupéfiants agissent, en pareil cas, en diminuant le retentissement sympathique, quel que soit, du reste, le mécanisme de cet effet.

Toutefois, je le répète, cette manière de voir ne saurait être acceptée avant d'avoir été confirmée par des recherches nouvelles. Si elle paraît conforme au plus grand nombre des faits qui me sont propres, il n'est pas certain qu'elle soit applicable à l'observation de Lallemand, par exemple, ni même à celle de M. Bonnefous. Cependant la grande analogie de ce dernier cas, avec les détails de l'obs. V (Mlle B....), me porte à penser qu'il s'agissait, chez ces deux malades, d'une affection de même nature. Mais je reste dans un doute absolu au sujet d'un sixième exemple, dont voici le résumé :

Obs. V. — M. L. D...., âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution peu robuste, a conservé, depuis une pleurésie qu'il eut à l'âge de 7 ans, un état d'essoufflement continuel et des palpitations très-pénibles. A ces accidents se sont successivement ajoutés des accès de suffocation vers l'âge de 10 ans, plus tard un état nerveux avec accès hystériformes, qui persistent encore aujourd'hui; enfin des pollutions nocturnes, puis une spermatorrhée diurne, surtout pendant la défécation.

M. L. D.... entre dans cet état à l'établissement de Bellevue, le 16 février 1856. Mais outre les phénomènes précédents, l'examen stéthoscopique et plessimétrique fait reconnaître tous les signes d'une hypertrophie considérable du cœur, conformément au diagnostic déjà porté par M. Barthez. Le malade accuse aussi des douleurs parfois très-vives à la région précordiale. De plus, je découvre les signes et les troubles fonctionnels caractéristiques de la *paralysie du diaphragme*. M. L. D.... après plusieurs mois de traitement hydrothérapique, sous la direction de M. L. Fleury, quitte Bellevue dans un état d'amélioration très-sensible. Mais au bout de six semaines ou deux mois, tous les accidents prennent une intensité nouvelle, et, à la suite de fatigues et d'émotions fréquemment répétées, les symptômes du côté du cœur prennent un caractère aigu, avec fièvre, voussure précordiale, douleurs vives, etc. Pendant ce temps, les troubles de la respiration augmentent : dyspnée extrême, aphonie presque complète, etc. Le calme se rétablit après un repos prolongé. Néanmoins, quand je revois M. L. D...., à Paris, je le trouve dans le même état qu'avant son entrée à Bellevue.

8 *février* 1857. Tous les signes d'une affection du cœur persistent ainsi que les douleurs précordiales; seulement le volume de l'organe est peu considérable. Les symptômes de la paralysie du diaphragme restent les mêmes. Cette affection a toujours présenté et présente en-

(1) Lallemand, admettant une lésion cérébrale, y voyait une preuve de l'indépendance d'action de la moelle.

core des particularités remarquables : comme dans tous les cas de ce genre, l'épigastre et les hypochondres se dépriment pendant l'inspiration et font saillie dans l'expiration. Mais chez M. L. D...., cette dépression est portée à un tel point, surtout pendant les grandes inspirations, que les parois abdominales s'accolent littéralement à la base du thorax de manière à en dessiner la coupe transversale. Les mouvements respiratoires sont très-fréquents et constamment proportionnés à la rapidité des battements du cœur qui est considérable. Le pouls marquant de 90 à 108 et le malade étant calme, je compte toujours de 32 à 40 inspirations volontaires par minute ; mais, en outre, il existe des mouvements d'inspirations et d'expirations qui semblent complémentaires et qui sont tout à fait indépendants de la volonté. Ceux-là sont parfaitement isochrones aux battements du cœur dès que le malade est agité et quand les douleurs précordiales sont plus vives. Lorsque M. L. D.... est calme et ne souffre pas, on en compte seulement de 60 à 70 par minute, le pouls restant à 108. Un autre fait à signaler, c'est que chaque grande inspiration produit une intermittence complète du pouls artériel.

Sur des interrogations directes le malade assure que, lorsqu'il s'éveille la nuit ou le matin, l'état de la respiration est bien différent de ce qu'il est pendant le jour. Ces désordres ne se manifestent bien que dix minutes ou un quart d'heure après le réveil. J'ajouterai, dès à présent, que, sur ma recommandation, *la respiration de M. L. D.... a été spécialement surveillée pendant son sommeil par ses parents. Ils affirment qu'elle diffère beaucoup de son état habituel, qu'elle est calme, bien régulière et en tout semblable à celle d'une personne bien portante ; l'épigastre fait saillie pendant l'inspiration et s'affaisse dans l'expiration.*

Je soumets aujourd'hui le malade à des inhalations de chloroforme. *Le sommeil se produit très-lentement ; mais, à mesure que les effets se manifestent, les battements du cœur diminuent de fréquence, et les mouvements involontaires d'inspiration et d'expiration ne tardent pas à cesser. A ce moment, le signe pathognomonique de la paralysie du diaphragme, la dépression de l'épigastre et des hypochondres pendant l'inspiration, est plus apparent que jamais. Peu à peu, quelques soulèvements de l'épigastre se manifestent pendant l'inspiration, et bientôt la respiration s'effectue de la manière la plus normale. A chaque inspiration l'épigastre et les hypochondres se soulèvent, puis s'affaissent pendant l'expiration. Alors le nombre des mouvements respiratoires est descendu à 10 ou 12 par minute, et les battements du cœur et du pouls ne dépassent pas 63 à 65. Les intermittences que j'ai signalées dans le pouls à chaque grande inspiration n'ont plus lieu. A l'auscultation, les bruits du cœur ont maintenant un timbre très-normal et une régularité parfaite. A mesure que les effets du chloroforme se dissipent, tout se reproduit par degré.* Mais pendant une demi-heure environ après le réveil, le pouls reste à 69. Le nombre des inspirations ordinaires ne s'élève pas au-dessus de 12 à 15, et les mouvements involontaires ne reparaissent qu'un peu plus tard.

Déjà, à Bellevue, j'avais constaté ces mêmes effets du chloroforme chez M. L. D...., et je les ai encore observés depuis l'essai que je viens de raconter. Sur cette indication, je prescris l'application d'un petit vésicatoire à la région précordiale, et je le panse moi-même avec 0,025 *milligr. de chlorhydrate de morphine*. Une heure environ après l'application de la morphine, le pouls s'abaisse de 108 à 90, 82 et 75 ; les mouvements inspirateurs involontaires deviennent très-faibles et tombent à 40 par minute; les inspirations ordinaires descendent de 35-40 à 30, 25 et 20. En même temps, et d'une manière très-manifeste, la dépression de l'épigastre devient moins évidente pendant l'inspiration, et la volonté du malade peut même soulever légèrement cette région. Au bout de deux heures, le désordre reprend le dessus.

Ces vésicatoires et ces pansements ont été continués pendant plus d'un mois : les mêmes modifications ont toujours eu lieu, mais d'une manière de plus en plus marquée. Peu à peu, l'amélioration, d'abord très-passagère, est devenue permanente et très-appréciable. Malheureusement, une éruption furonculeuse m'a obligé à suspendre ces applications ; néanmoins, l'amélioration obtenue a persisté. M. L. D.... est maintenant soumis à une médication complexe, dirigée contre la spermatorrhée et l'état de débilitation générale dans lequel il se trouve. Aujourd'hui, malgré les signes physiques incontestables d'une hypertrophie du cœur, je mets en doute l'exactitude de cet alarmant diagnostic, et je me demande, avec M. L. Fleury, s'il ne s'agissait pas d'un simple état congestif analogue à celui que les affections chroniques développent fréquemment dans le foie et la rate.

Ce malade est encore soumis à mon observation. Peut-être la marche ultérieure de l'affection me fournira-t-elle des données plus satisfaisantes sur la véritable nature de cette paralysie ; mais jusqu'alors je m'abstiendrai de toute discussion à ce sujet. Remarquons cependant les singuliers rapports qui existent chez M. L. D.... entre l'état du cœur et les troubles de la respiration.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Anévrysme poplité guéri par la compression,

Par le Dr SCAVRANZIO.

Nous trouvons dans le premier numéro d'un nouveau journal, la *Presse médicale d'Orient,* publié à Constantinople, la mention du fait suivant. Nous regrettons qu'il soit rapporté aussi brièvement ; car il vient à l'appui des résultats fournis par la compression dans le traitement des anévrysmes, méthode dont M. Broca a fait ressortir l'importance dans son excellent ouvrage sur les *Anévrysmes et leur traitement.*

M. le docteur Scaranzio donne la description d'un cas intéressant d'anévrysme traumatique à la région poplitee, traité et guéri radicalement par la compression de l'artère fémorale, dans la clinique chirurgicale dirigée par le professeur Porta. On s'est servi du compresseur articulé de Broca, placé contre la branche horizontale du pubis, appliqué pour quelques heures pendant les premiers jours, et laissé ensuite en permanence. La guérison radicale a été obtenue après cinquante-trois jours de séjour à l'hôpital et constatée de nouveau quatre mois après. Le sujet de l'observation, qui était villageois, avait pu reprendre et continuer sans difficulté les travaux de sa condition.

(*Annali univ. di medicina,* Milan, 1856.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 28 *avril* 1857.

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

DISCOURS DE M. VELPEAU (suite).

Si donc des accidents sont possibles ou ont été observés dans les opérations sous-cutanées, l'explication doit en être cherchée ailleurs.

Ce que je viens de dire de la ténotomie s'applique de tout point aux incisions sous-cutanées des kystes à parois molles; ainsi on ponctionne un kyste séreux, je suppose, il se vide et il y entre de l'air; aucun accident n'en sera la suite. Une autre fois, le sac se vide et rien n'y pénètre; il n'en arrive pas moins que dans certains cas, l'inflammation et la suppuration finissent par s'y établir. Tant de précautions dans le manuel opératoire sont d'ailleurs inutiles alors, car en supposant que la pression de l'atmosphère n'aplatisse pas les parois du sac à mesure qu'on le vide, toujours est-il qu'après l'opération, il serait facile d'en expulser l'air, et que ce gaz ne pourrait pas y rentrer. Excepté pour les cavités anfractueuses, à parois en partie solides comme celles des articulations, celles de la poitrine, celles du bassin et quelques cavités pathologiques à parois lardacées et déjà enflammées ou en suppuration, l'entrée de l'air au fond du foyer ou des plaies comme danger est, il me semble, une véritable chimère.

De ce que je conteste la valeur ou l'importance du fait, il ne faudrait pourtant pas en conclure, comme M. Guérin semble disposé à le faire (*Gaz. méd.*, avril 1857), que l'opinion contraire n'ait pas été

soutenue par une infinité d'auteurs avant lui, et qu'il faille lui en attribuer la priorité; c'est, je le répète, une opinion ancienne que je combats, mais une opinion que M. Guérin a reprise et qu'il soutient avec plus d'ardeur et plus de talent, plus de preuves qu'aucun de ceux qui l'avaient défendue jusqu'à lui.

Si l'innocuité des plaies sous-cutanées ne trouve pas sa raison d'être dans l'absence de l'air, à quoi tient-elle? Elle tient en partie, comme l'a dit M. Bouvier, au contact qui s'établit sur-le-champ entre les tissus vivants presque aussitôt qu'ils ont été divisés. Pour quiconque y regarde de près, rien n'est prompt comme l'agglutination de deux couches organiques exactement réappliquées l'une contre l'autre après leur division. Voyez ce qui se passe entre les deux faces d'une portion de peau qu'on vient d'inciser et qu'on place entre les deux branches d'une serre-fine; vingt-quatre heures après, au bout de six heures, de deux heures même quelquefois, l'agglutination paraîtra complète. Sous la peau les agents de pression extérieure ne réappliquent-ils pas en les moulant exactement l'une sur l'autre, les différentes couches qu'on vient de diviser ou d'écarter? Si le travail réparateur qui s'opère dans un pareil milieu est si doux, si prompt, si dépourvu de danger, ne faut-il pas l'attribuer, comme l'a dit M. Sales-Girons (*Revue méd.*, avril 1857), à ce que la nature, l'action organique ou la puissance vitale, comme on voudra l'appeler, reste libre avec toutes ses ressources au-dessous de la peau; à ce que n'étant troublée, pour ainsi dire, par aucune action extérieure, ni par l'air, ni par la lumière, ni par une température différente de la sienne, elle jouit de tous les accessoires dont elle a besoin pour accomplir heureusement son rôle, à l'instar du savant, dans le silence du cabinet, à l'abri de toute distraction, au lieu de travailler sur la place publique en querelle avec tous les spectateurs.

Règle générale pourtant, quand on veut ouvrir les articulations, les grands abcès et la poitrine surtout, plus l'ouverture des téguments est éloignée de l'ouverture interne ou du foyer morbide, moins il y a de danger de faire naître une inflammation purulente. Il me paraît démontré que, assez souvent au moins, cette différence d'innocuité est indépendante de la présence ou de l'absence de l'air qui, d'ordinaire, ne pénètre pas plus au fond de la plaie dans un cas que dans l'autre; mais enfin c'est un fait dont l'explication serait intéressante à trouver. Est-ce parce que, dans les plaies directes, l'inflammation une fois établie, soit à la peau, soit à la division interne, passe facilement de l'une à l'autre, tandis que, dans les plaies obliques, l'espace intermédiaire étant long et rapidement comblé, les deux plaies se cicatrisent ou s'enflamment presque toujours séparément? J'avoue que je n'ai aucune opinion arrêtée à cet égard, et que c'est un sujet qui me paraît avoir besoin et être bien digne de nouvelles recherches.

Après être convenu et avoir établi que les opérations sous-cutanées ne s'enflamment ni ne suppurent, il convient d'examiner à quelle catégorie d'affection cette méthode peut convenir.

Nul ne conteste aujourd'hui que, pour la section des tendons, des muscles, des tissus fibreux en général, les sections sous-cutanées ne doivent être préférées aux opérations à découvert; en est-il de même pour une foule de maladies appartenant à d'autres systèmes organiques, et auxquels elles ont été appliquées ou qu'on a proposé d'y soumettre?

Est-il légitime, par exemple, d'appeler sous-cutanées les ouvertures qu'on pratique par ponction aux cavités closes, soit naturelles, soit accidentelles, dans le but de donner issue aux matières pathologiques que ces cavités contiennent?

Ne paraît-il pas singulier, au premier abord, d'entendre appeler la ponction d'un kyste synovial, d'une hydarthrose, d'un kyste de l'ovaire ou même d'un foyer purulent, opération sous-cutanée?

Voyons, toutefois, et distinguons d'abord les cavités closes distendues par un produit de l'inflammation, de celles qui n'ont point subi ce travail; ne confondons pas les hydropisies et les hématocèles avec les abcès.

Aux hydropisies, aux kystes synoviaux, par exemple, que peut faire la méthode sous-cutanée? Qu'on les perce directement ou par ponction oblique, à la base d'un pli ou sur la peau rétractée avec les doigts; que la plaie perde ou conserve son parallélisme, le résultat ne sera-t-il pas le même? Car, que veut-on? éviter l'action de l'air; mais l'air n'entre point dans de pareilles poches quand on vient de les vider; une fois la matière expulsée, leurs parois se mettent en contact et y sont maintenues par la pression atmosphérique; il faudrait le faire exprès; je doute qu'aucun chirurgien y ait jamais constaté la présence de l'air par le fait d'une ponction quelconque; bien plus, le kyste serait fendu largement que l'air ne s'y introduirait pas.

Si en pareil cas, le kyste s'enflamme et suppure, c'est du pus, non de l'air, qui stagnera dans les anfractuosités, et qu'on en pourra faire sortir par la pression.

Ainsi, premièrement, l'introduction de l'air ne se fait point dans les kystes séreux à parois souples, quelle que soit l'espèce de ponction employée pour les vider.

Secondement, la présence de cet agent dans de pareils kystes n'a rien de dangereux; si la piqûre de la peau n'entre point en suppuration, on peut être sûr qu'il disparaîtra sans provoquer d'accident sérieux; c'est un fait que j'ai constaté souvent au lit des malades, et qui est hors de toute contestation.

Non, l'air n'entre pas dans le kyste, et y entrât-il, il n'en résulterait aucun danger. Aussi est-il réellement peu important de s'attacher, dans les ponctions, à tenir les deux plaies de la peau et du sac séreux très-éloignées l'une de l'autre. Toutefois, comme ce défaut de parallélisme favorise manifestement la cicatrisation immédiate des deux plaies, je ne vois nul inconvénient à ce que l'on préfère la ponction oblique à la ponction directe.

Ce que je viens de dire des kystes synoviaux doit s'entendre bien mieux encore des hydrocèles. Les ponctions de l'hydrocèle se comptent par milliers dans la pratique; elles se font, elles ont toujours été faites sans précaution spéciale contre l'entrée de l'air; qui a jamais remarqué cependant que ce gaz se soit introduit dans la tunique vaginale au moment de la ponction ou après la ponction, excepté quand on l'y pousse par mégarde avec la seringue? N'est-il pas étrange, après cela, de vouloir appliquer à une opération si simple, d'une innocuité si constante et si incontestée, les préceptes de la méthode sous-cutanée?

Il n'est pas nécessaire, je suppose, d'invoquer d'autres exemples, de faire remarquer que dans les collections séreuses de toutes les régions du corps, du cou, de la mamelle, de l'aisselle, des aines, du corps des membres, les ponctions qui précèdent les injections médicamenteuses ou qui sont simplement destinées à la cure palliative du mal ne donnent pas plus lieu que dans l'hydrocèle à la pénétration de l'air.

Est-il besoin de rappeler, d'un autre côté, que dans ces kystes, comme dans les collections séreuses du scrotum, de l'air a souvent été injecté avec le liquide médicamenteux et par défaut de précaution? En est-il jamais résulté le moindre accident? Y a-t-il un seul chirurgien pratiquant au grand jour dans un hôpital qui osât s'en plaindre?

Quel serait donc le but ou l'avantage de la méthode sous-cutanée? Est-ce que cette méthode aurait le privilége d'amener, plus que les ponctions directes, l'oblitération de la cavité close? Il faudrait, pour le soutenir, ignorer qu'en vidant toutes ces collections on ne fait que pallier la maladie; que le liquide se reproduit bientôt et que le kyste n'est point guéri, de là le titre de méthode palliative donné à ce genre d'opération.

Que tous les kystes séreux, que les différentes espèces d'hydrocèles, que les kystes de l'ovaire, que les hydrothorax même, que les hydarthroses soient vidés par une ouverture ou par une ponction, accidentellement ou par la main du chirurgien, il est parfaitement établi que, à l'exception de quelques cas rares, la maladie ne tardera pas à se reproduire, pour peu qu'elle soit ancienne ou en dehors de l'état aigu.

Veuillez me dire en quoi une ponction sans parallélisme des plaies mettrait ici mieux à l'abri des récidives qu'une ponction directe. Si l'une permet de scarifier, de lacérer l'intérieur du sac, offrant ainsi quelque chance de guérison radicale, l'autre ne permet-elle pas d'en faire autant?

Pour les cavités purulentes, une partie des remarques qui précèdent ne doivent pas être tout à fait oubliées. Les dangers de l'introduction de l'air ont été, là comme ailleurs, plutôt supposés que démontrés; en effet, les chirurgiens ouvrent tous les jours des abcès, tantôt avec le trocart, tantôt avec le bistouri; est-ce que aucun d'eux a jamais vu, après l'opération, l'air venir prendre la place du pus? L'expérience ici est de tous les jours; il suffit de suivre la moindre visite d'hôpital et d'y regarder pour être édifié à ce sujet.

Il est si vrai qu'on fait jouer à l'air, dans tout cela, un rôle qui ne lui appartient point, qu'une foule de plaies sous-cutanées avec une grande division de la peau ne subissent pas plus le contact de ce gaz que celles qui n'ont été faites que par une piqûre refermée par première intention.

Est-ce que les chirurgiens n'ont pas tous les jours l'occasion, à la suite des grandes et des petites opérations, des décollements de tissu, de réappliquer des lambeaux plus ou moins larges contre les surfaces traumatiques, tout en laissant ouverte la plaie des téguments, sans que pour cela l'air pénètre au fond des foyers?

Je crois donc qu'il y a au fond de tout cela une grande erreur, qu'on n'a saisi qu'un fantôme en croyant mettre la main sur une importante vérité. Faut-il le dire? si les sections sous-cutanées ne causent ni inflammation, ni suppuration, c'est quand la plaie du dehors ou parce que la plaie du dehors est réunie par première intention et ne suppure point elle-même. En voulez-vous, entre mille, une preuve que je crois sans réplique?

La saignée n'a point été, que je sache, jusqu'ici rangée parmi les opérations sous-cutanées, eh bien, pourquoi la saignée bien faite ne suppure-t-elle pas? C'est évidemment parce qu'on a grand soin de remettre et de maintenir exactement en contact les lèvres de la petite plaie, préalablement nettoyée de toute matière étrangère. Pourquoi, au contraire, la saignée mal faite devient-elle quelquefois cause de phlébite, de phlegmon diffus, d'angioleucite, d'érysipèle? Est-ce parce que l'air pénètre sous la peau? Non; c'est parce que la petite plaie extérieure, mal affrontée, ou mal nettoyée, ou faite d'une manière inégale, entre en suppuration par ses bords, et que, de là, la phlegmasie gagne les couches profondes.

Après tout, l'inflammation ou la suppuration devrait être attribuée au contact de l'air après la ponction des cavités closes, il y aurait toujours lieu de se demander si les ponctions avec défaut de parallélisme viennent réellement de la méthode sous-cutanée. Il faudrait convenir alors que la méthode sous-cutanée est bien antérieure aux dates qu'on lui fixe, puisque le précepte de percer la peau loin de l'endroit où l'on veut percer la cavité close est appliqué à toutes ces opérations-là depuis au moins un siècle par une infinité d'auteurs.

Si ceux qui veulent faire dériver la ponction d'un kyste synovial de la section sous-cutanée du muscle voulaient y réfléchir un instant, il leur serait facile de voir que la méthode sous-cutanée tout entière dérive bien plus directement encore des opérations de Desault pour les corps étrangers du genou, des opérations de Boyer ou d'Abernethy pour les abcès par congestion, des conseils de Dupuytren et autres pour l'opération de l'empyème.

Mais, dira-t-on peut-être, vous niez donc toute action malfaisante de l'air et la possibilité de son introduction dans les cavités morbides? En aucune façon. Je l'ai déjà dit; s'il se fait un vide réel dans la cavité close qu'on vient d'ouvrir, l'air s'y introduira; mais cela n'est possible que dans des cas déterminés, tout à fait exceptionnels. Que les parois du foyer fassent partie d'une enceinte osseuse, ou soient collés contre quelque point du squelette, qu'elles tiennent à quelques brides, à quelque couche, à quelque organe inflexible, comme les aponévroses, qu'il y ait impossibilité à ces parois de revenir sur elles-mêmes, l'air y pénétrera sans doute; mais hors de la poitrine ou du bassin et de quelques articulations, hors de certains kystes à parois épaisses, lardacées ou ostéïformes, où est-ce que ces conditions se rencontrent?

Une fois introduit, l'air peut-il nuire? Dans les cavités séreuses, dans le tissu cellulaire, au milieu des parenchymes non enflammés, en dehors de la *continuité atmosphérique*, non; il ne produit pas d'accidents sérieux, il se décompose et disparaît bientôt insensiblement sans laisser de traces.

Dans les cavités, sur les tissus malades, au contraire, son contact m'a toujours paru dangereux, et il y a longtemps que je l'ai dit, quoique ce soit, selon moi, par un mécanisme différent de celui qu'on lui attribue généralement. Voici d'ailleurs toute ma pensée à ce sujet, telle que je l'exprimais, telle qu'elle est exprimée dans un livre qui date de 1832, qui n'a point été rédigé, par conséquent, pour les besoins de la discussion actuelle.

« Sans être irritant ni malfaisant par lui-même, comme l'admettent encore beaucoup d'auteurs, l'air n'en exerce pas moins, le plus souvent, une fâcheuse influence sur les suites de la maladie. Introduit dans la poitrine par une ouverture ordinairement très-petite, il s'échauffe, se mêle à la couche morbide qui enduit ou baigne les plèvres (je parle de l'empyème), se combine en se décomposant avec les restes de la matière épanchée, qui revêt promptement des caractères d'âcreté, de putridité qui lui étaient étrangers et dont l'organisme ne supporte point l'action sans inconvénient. C'est cette nouvelle matière, non l'air proprement dit, qui enflamme le foyer pathologique et produit une réaction générale, quelquefois fort intense et trop souvent funeste; c'est elle aussi qui, pénétrant en plus ou moins forte proportion dans la masse des fluides circulatoires, les infecte, et donne lieu à ces phénomènes adynamiques auxquels succombent un grand nombre des malheureux ainsi traités. » (*Méd. opérat.*, 1832, t. II, p. 254.)

Voilà comment je comprends l'action de l'air dans les cavités pathologiques; que ce soit dans les plèvres, dans les articulations, dans les abcès par congestion, dans toutes les cavités où le pus peut stagner. Ainsi que l'a bien dit M. Bouvier, il y faut encore cette condition-là; si les liquides altérés avaient une issue libre par le point déclive du foyer, les dangers dont je parle cesseraient en effet sur-le-champ; nous en avons la preuve à chaque instant dans les hôpitaux, et c'est un fait si vulgaire que le moindre élève sait bien en tenir compte de lui-même dans les pansements.

Les recherches intéressantes que nous a communiquées M. Renault, et les observations qu'il est venu raconter à cette tribune sont parfaitement d'accord avec les miennes sur ce point; mais je n'en conviens pas moins que c'est là une question sérieuse, difficile, qui réclame de nouvelles recherches. Puissent celles qu'ont entreprises MM. Dechambre et Marc Sée nous édifier complétement sous ce rapport.

Puisque nous en sommes à l'empyème, me sera-t-il permis de demander ce que la méthode sous-cutanée est venue y ajouter? Avant elle comme depuis, les médecins formaient deux camps, les uns faisant tout pour éviter l'entrée de l'air au moment de l'opération, les autres s'en préoccupant peu. Aujourd'hui, en est-il autrement? M. Trousseau, par exemple, qui a pratiqué tant de fois la paracentèse thoracique, tient-il à éviter l'action de l'air? Il est là pour nous le dire. Après avoir mis en usage les préceptes de la méthode sous-cutanée, n'y a-t-il pas renoncé par le fait des mauvais résultats qu'elle lui a donnés? Appliquée sur sept malades de M. Michel Lévy, notre honorable président, n'a-t-elle pas vu trois de ses opérés succomber au bout d'un certain temps?

Puis, en admettant qu'elle soit utile ou préférable à l'autre, en quoi diffère-t-elle aujourd'hui de ce qu'elle était autrefois, du temps de B. Bell par exemple? Est-ce que ce fameux pli, dont nous avons déjà tant parlé et qui est certainement applicable là mieux qu'ailleurs, empêchera plus sûrement l'entrée de l'air que l'incision de la peau d'après le précepte que voici?

« .... Le chirurgien fait tirer la peau avec force en haut.... » l'opération terminée, « la peau est abandonnée à elle-même, afin de détruire son parallélisme entre son ouverture et celle de la plèvre. » (Bégin, *Dict. en* 15 *vol.*, 1831, p. 182, 183.)

Tout est semblable ici; on redoute l'entrée de l'air dans la poitrine; pour l'empêcher, il faut que les deux plaies ne se correspondent pas. On arrive à en empêcher le parallélisme en retirant la peau par glissement en haut, aussi bien qu'en en faisant un pli, et à l'aide du pli cutané tout aussi bien que par des tractions à plat.

Rien donc de nouveau sur ce chapitre, pas même le pli, ainsi qu'on l'a vu, puisque je l'avais moi-même décrit d'une manière générale dès 1836 et sans m'en donner comme l'inventeur.

A propos des inventions relatives à l'empyème, il ne sera pas superflu, je crois, de montrer comme quoi l'assentiment de quelques personnes ne suffit en aucune façon pour prouver qu'un fait ou une découverte appartient bien réellement à celui qui s'en dit le légitime possesseur.

Ainsi, tout le monde est persuadé que la canule armée de baudruche introduite dans la poitrine ou dans les grandes cavités pathologiques pour en extraire les liquides, sans permettre l'entrée de l'air, appartient à M. Reybard; je l'ai cru moi-même, à tel point que j'ai contribué à faire obtenir un prix Montyon à l'auteur pour cette invention. Il est pourtant vrai que l'idée de ce procédé, que le procédé à peu près tout entier n'appartient point à M. Reybard : vous allez en juger :

« .... Presque tous les praticiens pensent qu'on sauverait plus souvent les malades si l'on pouvait évacuer le pus sans laisser pénétrer l'air dans la cavité de la plèvre......

« Il me semble qu'on y parviendrait en usant d'un appareil que j'ai entendu décrire dans les cours particuliers de chirurgie de M. Dupuytren..... Ce célèbre professeur a imaginé d'introduire dans la plaie une petite canule dont l'extrémité, placée à l'extérieur, sera un peu renflée, afin d'y adapter un tube de quelques pouces de longueur, fait avec une substance très-souple et très-flexible (comme par exemple la vessie de quelques animaux domestiques). D'abord, cet appareil permettrait au pus de s'écouler continuellement, goutte à goutte, dans un réservoir de gomme élastique adapté à l'extrémité libre du tube, et qu'on fixerait sur le côté malade, puis il s'opposerait à l'entrée de l'air dans la poitrine; car aussitôt que le pus aurait traversé la partie du tube la plus rapprochée de la canule, l'air en comprimerait les parois, et les mettant parfaitement en contact l'une avec l'autre, il se fermerait à lui-même toute espèce d'accès. »

Ceci n'est pas d'une date discutable; je le trouve (p. 24) dans une thèse soutenue à Paris, sous le numéro 77, le 22 juillet 1814, par M. Boyron.

Ceci montrera, j'espère, à notre honorable collègue, M. Guérin, que ce n'est pas par des attestations d'hommes plus ou moins au courant des questions qu'ils traitent, qu'on peut établir ses titres réels à l'invention, j'y ai moi-même été pris comme les autres; j'ai cru, j'ai attesté que M. Reybard était l'inventeur de ce petit appareil, et que feront mes attestations et celles de l'Académie des sciences aux yeux de l'histoire, devant l'article de cette impitoyable thèse? A quoi a-t-il servi, d'un autre côté, que j'aie abandonné un pli que j'avais décrit longtemps auparavant à M. Guérin; à quoi servirait-il que je le lui abandonnasse encore? Ma générosité ou mon bon vouloir empêcheraient-ils ceux qui auront la fantaisie de s'en occuper plus tard de constater que ma description date de 1836, tandis que celle de M. Guérin n'a été imprimée qu'en 1839 au plus tôt?

Un mot encore sur l'utilité des ponctions sans parallélisme aux abcès, et je passe au résumé général de la question.

Comme pour tous les autres états morbides, il me paraît démontré que les ponctions obliques des grands abcès, des grands abcès par congestion surtout, telles que les pratiquaient Boyer, et mieux encore, telles que les pratique M. Guérin, sont plus efficaces et moins dangereuses que les ponctions directes, seulement, il ne faudrait pas s'imaginer que la ponction oblique soit, plus que la ponction directe, le remède radical des abcès symptomatiques d'une lésion éloignée du squelette.

Quand on a vidé l'abcès, la carie vertébrale n'en existe pas moins, ni la suppuration non plus; on répéterait vingt fois la ponction, que la lésion des os n'en serait guère amoindrie, si on ne l'attaquait pas elle-même par une médication appropriée. Cette ponction n'est donc en définitive qu'un palliatif qui a sa valeur sans doute, mais dont il ne faudrait pas s'exagérer l'importance.

Si on ne voulait prendre que *le fait* pour base de la méthode, c'est évidemment à Hunter qu'il faudrait la faire remonter. Voici en effet la phrase textuelle de Drewry Ottleg, biographe de Hunter (*Œuv.* de Hunter, t. 1, p. 49, trad. franç.) :

« Il divisa le tendon d'Achille, dit-il, sur *plusieurs* chiens, avec « une aiguille à cataracte, qu'il introduisit au-dessous de la peau à « quelque distance du tendon. »

Tout y est; c'est au-dessous de la peau, c'est à quelque distance du tendon qu'on enfonce l'instrument; l'aiguille à cataracte du temps de Hunter était une sorte de fer de lance d'un bien autre calibre que nos aiguilles d'aujourd'hui; nos ténotomes actuels n'ont guère plus de volume, d'ailleurs il s'agissait de tendons de lapins, organe très-petit par conséquent.

Objecter que cette description n'est pas de Hunter lui-même ne change rien au fait, que cette notion vienne d'une source ou d'une autre, qu'elle se rappporte à un acte supposé ou réel, cela n'y fait rien; elle n'existe pas moins dans la science, et celui qui vient la reprendre plus tard n'a pas le droit de s'en dire l'inventeur.

Cependant Hunter ne proposait point cette manière de faire à titre d'opération, c'était pour lui une expérience, non un moyen thérapeutique. Il faut donc sauter, en réalité, jusqu'à Delpech, en 1816, pour apercevoir la méthode sous-cutanée sous forme d'opération chirurgicale, il est positif, du reste, que le chirurgien de Montpellier l'avait comprise dans ses termes principaux, après en avoir expliqué les conséquences dans les cas de difformité, il ajoute (*Maladies réputées chirurgicales*, t. 1, p. 670) : « Cette opération est praticable, pourvu qu'elle soit faite avec précaution et de manière à prévenir le *contact de l'air*. »

N'oubliez pas que ce passage date de 1816. Delpech, toutefois, n'avait encore qu'une idée vague du fait dont il parle, et son opération valait moins en elle-même, quant au manuel, que celle de l'expérience de Hunter.

Nous arrivons de la sorte à Dupuytren, qui réalise le procédé sous-cutané et appliquant à la section du muscle sterno-mastoïdien sous forme d'opération chirurgicale, le manuel opératoire de l'expérience des chirurgiens anglais.

Une objection, que je crois sans valeur, a été faite ici, dès le principe de nos débats : on ne sait pas, a-t-on dit, quelle a été l'intention de Dupuytren dans cette occasion; on ne sait même pas au juste comment l'opération a été faite; son histoire n'est pas racontée de la même manière par ceux qui disent en avoir été témoins, etc.

Une pareille fin de non-recevoir m'a toujours paru étrange. Est-il vrai, oui ou non, que M. Coster en 1822, que M. Ammon en 1823, aient publié l'histoire d'une section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien à l'aide *d'une simple ponction*, avec un bistouri étroit porté d'un côté à l'autre du tendon? Qu'importe ensuite la réalité de l'observation dès que le fait est ainsi entré dans le domaine public? Qu'il vienne de Dupuytren, qu'il ait été inventé soit par M. Coster, soit par M. Ammon, soit par tout autre, il est là à la disposition de chacun et sans que personne ait besoin, pour s'en servir de nouveau, de savoir quelles ont été les raisons ou les intentions de son inventeur.

De là on passe graduellement, mais sans bruit, jusqu'en 1831; alors la méthode sous-cutanée se dévoile complétement; les opérations de M. Stromeyer, bientôt imitées par Dieffenbach et d'autres Allemands, ne tardent pas à éveiller l'attention, et leurs publications dans les *Archives de médecine*, en 1833, sont l'occasion d'un mouvement considérable parmi les chirurgiens français, puis de toute l'Europe. Aussi voit-on tout à coup les ténotomies se multiplier presque à l'infini, et par centaines dans l'espace de moins de deux années. C'est en 1835 que M. Duval semble donner le premier exemple de cette opération à Paris; c'est à la fin de la même année ou au commencement de 1836, que M. Stœss la pratique à Strasbourg; c'est en 1835 que M. Bouvier y a recours de son côté l'un des premiers, si ce n'est le premier parmi nous; si bien qu'en 1837, M. Duval l'avait pratiquée plus de deux cents fois, que Dieffenbach m'a dit en posséder alors un nombre semblable d'exemples, et que déjà elle était devenue une opération vulgaire. Remarquez que les éléments de son manuel étaient déjà si bien arrêtés que, de tous côtés, les esprits se repliant sur eux-mêmes, se mirent à l'œuvre pour en étudier le mécanisme et les conséquences physiologiques. C'est ainsi que divers travaux avaient été entrepris soit par M. Gunther, directeur d'une école vétérinaire en Allemagne, soit par M. Ammon, soit par M. Bouvier comme par M. Held, pour décider expérimentalement par quel travail les organes divisés se cicatrisent, comment leur continuité se rétablit, et quels sont les moyens employés par la nature pour réunir les tissus que divise l'opération.

A dater de ce moment la méthode sous-cutanée est donc parfaitement constituée.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

LETTRE

A Monsieur le Rédacteur en chef du MONITEUR DES HOPITAUX

SUR

le mamamouchi, la mamamouchie et la méthode sous-cutanée.

Monsieur le Rédacteur,

Permettrez-vous à un vieil abonné qui vous veut du bien, de vous donner un conseil? Si vous le permettez, voici comment j'userai de la permission :

Hâtez-vous, vous dirai-je, d'apprendre le mamamouchi. Le mamamouchi est à la mode; il faut que tout le monde sache le mamamouchi. Annoncez à vos lecteurs que toute demande d'abonnement ou de renouvellement doit être écrite en mamamouchi, sous peine d'être refusée, et qu'on enverra quittance en mamamouchi. Exigez que quiconque aspire à l'honneur d'être rédacteur, imprimeur, correcteur, administrateur ou abonné du *Moniteur des Hôpitaux*, d'abord soit vacciné comme tout honnête Français doit l'être, et ensuite qu'il sache s'exprimer en mamamouchi aussi purement que notre ami Covielle.

Ce bon M. Jourdain, qui n'était pas précisément polyglotte, se laissa persuader que Covielle parlait turc. Les Turcs sont encore un peu nos alliés, et je ne veux pas en médire; mais il est certain que leur langue ne peut soutenir la comparaison avec le mamamouchi. Personne aujourd'hui, sans doute, ne confondra la Turquie avec la Mamamouchie, ni les Turcs avec les Mamoucherons, ni les odalisques avec les mamamouchettes.

Passons donc le Jourdain, monsieur le Rédacteur, et entrons en Mamamouchie. C'est un beau pays favorisé du ciel, un pays chrétien, situé par delà les Alpes, un pays qui possède des institutions libérales, une Université royale, une Faculté de médecine et un Collége de docteurs agrégés à ladite faculté. C'est même l'importance des thèses qu'on soutient pour être agrégé à ce collége, *per essere aggregato al collegio*, etc., qui a valu à la langue mamamouche la grande célébrité et la grande popularité dont elle jouit en France depuis huit jours. J'espère que, d'ici à peu de temps, non-seulement votre journal, mais

tous les journaux de médecine remplaceront *le premier-Paris* par un *premier-Mamamouchi.* Un seul jusqu'ici a osé prendre cette initiative, et le succès qu'il a obtenu prouve qu'il est souvent bon, quoi qu'on en dise, de tenir la tête du progrès. Le *Moniteur des Hôpitaux*, qui n'est pas en général à la queue, s'empressera, je l'espère, de suivre cet exemple; car, à parler sans fausse modestie, il ne faut pas, monsieur le Rédacteur, qu'un journal qui a la faveur de nous avoir pour abonnés, moi et quelques autres de ma trempe, recule devant les innovations utiles.

Toutefois, le mamamouchi n'étant pas encore devenu la langue universelle, et tous vos lecteurs n'étant peut-être pas aussi polyglottes qu'on pourrait le désirer, vous agirez sagement, je crois, et, en tous cas généreusement, en leur accordant trois mois pour apprendre le mamamouchi. Passé ce délai de rigueur, vous devrez mamamouchiser tout le journal, depuis le *premier-Paris* jusqu'aux *variétés scientifiques*, depuis *il capo* jusqu'au *il coccygruano*; y compris *il fronto* et *il folletto*, c'est-à-dire le titre et le feuilleton.

Et pour que nul ne puisse arguer de son ignorance, il vous faut incontinent faire imprimer une grammaire et un dictionnaire mamamousques, que les abonnés pourront faire prendre au bureau du journal, sans supplément de prix bien entendu.

C'est d'ailleurs avec un bien vif regret que je nous vois, vos autres lecteurs et moi, privés pendant trois mois encore, des jouissances que nous procurera cette langue harmonieuse et limpide. Je le regrette d'autant plus, que la littérature mamouchique nous fournirait des documents très-précieux pour la présente discussion sur la méthode sous-cutanée. Il y a surtout certaine thèse soutenue à Mamamouchopolis, le premier Auguste de l'année dernière, et d'où nous pourrions extraire des *premiers-mamamouchi*, bien intéressants et bien instructifs. L'auteur, je dois vous l'avouer, n'est pas tout à fait d'accord avec les chirurgiens de votre Académie sur quelques-uns des points qui font le sujet du débat actuel. Au dire de plusieurs mamamouchistes qui ont lu sa thèse, il aurait tranché certaines questions un peu légèrement. On prétend que n'ayant entendu qu'une cloche, il n'a pu entendre qu'un son, et l'on ajoute qu'il aurait peut-être tenu un autre langage, s'il avait connu les textes et les faits récemment mis en lumière par MM. Velpeau, Malgaigne, Bouvier, et par plusieurs organes de la presse. Il serait possible en effet qu'il eût changé d'opinion, comme l'ont fait une foule d'honnêtes gens qui ont perdu depuis quelque temps beaucoup d'illusions sous-cutanées. Quoi qu'il en soit, ce qui est écrit est écrit, et ce qui est écrit en mamamousque ne peut manquer d'être plein d'autorité. — Ainsi, son ou écho, compilation ou production originale, œuvre d'érudit ou de perroquet, ladite thèse existe; elle est imprimée depuis bientôt un an; elle est dans le domaine public; et comme moi, vous reconnaîtrez qu'un journal polyglotte a le droit d'y puiser de toutes pièces des articles de fond; je crois que vous ferez bien d'user de ce droit. D'abord, cette manière de rédaction est très-commode pour vous. Elle n'exige ni frais d'imagination, ni frais de traduction, et s'il arrivait par hasard que l'écrivain vous fît des compliments d'une force difficile à supporter en français, vous auriez encore l'avantage de ne les trouver que modérés en mamamouchi, car le mamamouchi est à la modestie ce que le latin est à l'honnêteté.

Au surplus, Monsieur le Rédacteur, en ce qui me concerne, et quoi qu'en disent certains esprits contempteurs du progrès, je fais le plus grand cas de cette thèse, et il me suffira, j'ose le croire, pour vous ranger à mon opinion, de vous citer quelques-uns des aphorismes qui la terminent, car la mode des aphorismes a franchi les Alpes et gagné la Mamamouchie, si même elle n'est passée de la Mamamouchie en France. En voici un entre autres, dont le célèbre Coccigruus lui-même n'aurait pas décliné la responsabilité :

Oustin yoc catamalequi basum base alla moran (p. 158).

Ce qui veut dire en latin :

« Se un muscolo è piuttosto estensore che flessore o vice versa, « ciò non procede già da una diversa proprietà del muscolo, nè da « una proprietà particolare dei nervi che a lui vanno, ma si dalla ma « posizione e dalle sue inserzioni nelle ossa. »

Et en français :

« Si un muscle est plutôt extenseur que fléchisseur ou réciproque- « ment, cela ne dépend ni d'une propriété spéciale de ce muscle, ni « d'une propriété particulière des nerfs qui s'y distribuent, mais de « sa situation et de ses insertions sur les os. »

Quelque hardie que soit cette proposition, elle est loin d'avoir le degré de nouveauté et d'ingéniosité qui distinguent la suivante :

Ambonsahim o qui boraf, giourina, salamalequis (p. 158).

Ce qui veut dire en grec :

« Il cuore chè l'organo che primo si muova e cessi ultimo di muo- « versi, si raffigura col suo pericardio una specie di articolazione « che ha con quello dello scheletro analogie anatomiche, fisiologiche « e patologiche. »

Tous nos lecteurs savent assez de grec pour comprendre que cela signifie :

« Le cœur, organe qui se meut le premier et qui cesse le dernier de « se mouvoir, forme, avec son péricarde, une espèce d'articulation « qui a, avec celle du squelette, une analogie anatomique, physiolo- « gique et pathologigue. »

Ces deux exemples suffiront sans doute, Monsieur le Rédacteur, pour vous donner une idée de la concision nerveuse de la langue mamamouche, qui dit tant de choses en si peu de mots, et aussi pour vous faire apprécier l'originalité de la thèse que je viens de signaler à votre attention. Puisse votre articulation cardio-péricardique être à l'abri des entorses, des luxations et des tumeurs blanches!

Mais croyez-moi, laissez de côté toutes vos autres affaires pour concentrer toutes vos facultés sur l'étude du mamamouchi. Apprenez le mamamouchi, vous dis-je, pour que le Ciel vous donne la force du lion et la prudence du serpent.

Como chamara, Monsieur le Rédacteur, et *bel-men*, ce qui veut dire : portez-vous bien et aimez-moi, car je suis votre très-humble

vale

Dre DELLACORTE.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

* **Inscription du tombeau d'Hippocrate.** — On écrit d'Athènes à notre collaborateur, M. Briau : « Un de nos confrères de Larisse, en Thessalie, m'a envoyé une inscription très-intéressante *prise sur le tombeau d'Hippocrate*. Pressé par mes occupations, je me borne à vous en donner ici une copie; mais, dans le prochain cahier de l'*Abeille médicale d'Athènes*, je publierai les détails de la découverte de cette inscription, qui, à ce que je crois, n'a jamais été publiée, comme je donnerai aussi sur la valeur de cette inscription l'opinion des archéologues grecs. » — Nous publions cette nouvelle sous toutes réserves. (*Gaz. hebd.*)

Cours clinique d'accouchement. — M. le docteur Hippolyte BLOT, ex-chef de clinique d'accouchement de la Faculté, commencera la deuxième partie de son cours public le mercredi 22 avril, à midi, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole Pratique, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis.

Il y traitera exclusivement de la dystocie et des opérations obstétricales.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

PRIX DES INSERTIONS : 5 FRANCS LA LIGNE.

Des métastases, *thèse de concours pour l'agrégation* (1857), par M. J.-D. THOLOZAN, professeur-agrégé à l'Ecole impériale de médecine militaire. — Broch. in-8° de 124 pages, prix : 2 fr. — Chez DELAHAYE et CHATEL, libr., place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 54. 5e ANNÉE. Mardi 5 Mai 1857.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 4 mai 1857.

Séances de l'Académie des Sciences.

[**Sensibilité des ligaments, de la dure-mère, du périoste. — Développement de la cellule animale.**]

Nos lecteurs n'ont pas oublié les belles expériences, belles à cause de leur simplicité et de leur facilité même, par lesquelles M. Flourens (1) établissait que les tendons, qui ne sont pas sensibles à l'état normal, le deviennent quand on provoque sur eux un certain degré d'irritation. Peut-être n'ont-ils pas oublié non plus le regret que nous exprimions dans notre appréciation de la séance (2) que le célèbre secrétaire perpétuel ne se fût pas livré, à propos de ses expériences, aux généralisations que comportait si bien le fait remarquable qu'il venait de communiquer à l'Académie. Dans la séance du 20 avril dernier, M. Flourens est venu répondre, en grande partie, au *desideratum* que nous avions exprimé. D'après ses nouvelles expériences, ce ne sont plus seulement les tendons qui deviennent sensibles sous l'influence d'une action irritative, ce sont les *ligaments*, la *dure-mère*, le *périoste*. A l'opposé des tendons, la dure-mère est même quelquefois sensible à l'état normal, au moins chez les chiens. C'est là une observation pleine d'intérêt et qui prouve combien il est indispensable de varier les expériences de physiologie comparée avant d'en tirer des conclusions générales.

Au point où M. Flourens a conduit l'expérimentation, on peut toutefois, sans trop de témérité, présumer sinon conclure définitivement qu'il n'existe pas dans l'économie de tissu absolument insensible, à moins qu'on ne donne le nom de tissu aux produits épidermoïdes; on peut répéter avec M. Flourens, *la sensibilité est partout.* Nous n'entrerons pas ici dans les détails des expériences de M. Flourens, que nos lecteurs trouveront textuellement à notre compte rendu ; nous dirons seulement que, dans quelques-unes d'entre elles, celle, par exemple, faite à la fois sur une portion saine et sur une portion enflammée de la dure-mère d'un même chien, l'évidence prend un caractère pittoresque.

Il ne reste à M. Flourens, pour mettre le dernier couronnement aux recherches qu'il a entreprises, qu'à porter sur la question de la sensibilité ou de l'insensibilité du cerveau, la lumière dont il vient d'éclairer la question de la sensibilité des tissus fibreux. Les expériences, faites jusqu'à ce jour sur la sensibilité du cerveau, ne nous ont, en effet, jamais paru complétement concluantes. Nous aurons occasion, prochainement, de dire en quoi elles laissent à désirer.

— Dans les deux séances dont nous publions aujourd'hui le compte rendu, M. L. Mandl a communiqué deux notes relatives au développement de la cellule animale et des tissus fibrillaires. Ces deux notes faisant partie d'un ensemble de recherches histologiques qui ne peuvent être appréciées que lorsqu'on en possède tous les éléments, nous attendrons que M. Mandl ait épuisé ses riches cartons avant de tenter un jugement sur son œuvre laborieuse, jugement que nous laisserons d'ailleurs à une plume plus compétente que la nôtre. H. DE CASTELNAU.

(1) Voir *Monit. des Hôp.*, t. IV, p. 957.

(2) Voir *Monit. des Hôp.*, t. IV, p. 969.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Deux observations sur des accidents qui compliquent le diabète,

Par M. DIONIS DES CARRIÈRES,

Ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de Paris (grand prix de l'Ecole Pratique).

Pendant de longues années, la médecine s'est bornée à l'étude des lésions des solides. Depuis trente ans seulement, mettant à profit les moyens d'investigation fournis par la chimie et la physique, ces deux sciences modernes, elle a étudié d'une façon spéciale, à l'état physiologique et pathologique, les liquides de l'économie, et on sait à quel résultats brillants elle est arrivée. Tout le monde connaît les travaux de nos compatriotes, MM. Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, sur la composition et les altérations du sang. Personne n'ignore que l'albuminurie est une découverte toute moderne. Il y a très-peu de temps encore qu'on a publié pour la première fois des observations de leukémie; que M. le professeur Trousseau, se fondant sur une observation recueillie dans son service et sur une autre publiée par mon ami Féreol, a appelé l'attention du public médical sur une maladie nouvelle dite *maladie bronzée,* laquelle

tient probablement à une altération du sang. Enfin, pour en revenir au sujet qui m'occupe, le *diabète* et sa cause n'ont pas cessé depuis quelques années d'être à l'ordre du jour. Cette thèse est loin d'être épuisée.

M. Marchal (de Calvi) a publié le premier, en 1853 et 1856, des observations de gangrène chez les diabétiques, bien propres à éclairer l'histoire de cette affection et celle des gangrènes dites *spontanées*. Aujourd'hui j'en publie deux qui ne sont pas moins intéressantes. Seulement, pour qu'une observation ne soit pas comptée deux fois dans les relevés qui pourraient être faits plus tard, je dois prévenir qu'il a été fait mention, m'a-t-on dit, du malade de mon obs. I dans la *Gazette hebdomadaire* (décembre 1856), dont l'habile rédacteur avait été consulté en 1855.

Obs. I. — *Troubles de la vision. — Gangrène de la peau du talon. — Nécrose des orteils. — Pétéchies et furoncles chez un diabétique. — Amélioration. — Diabète durant depuis dix ans.*

M. X...., âgé de 67 ans, ancien notaire, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait été, pendant son enfance, assez malingre et difficile à élever. Il a été affligé, pendant plusieurs années de cette période de sa vie, d'une teigne faveuse qui avait fini par guérir au moyen de la calotte. Depuis lors sa santé raffermie n'avait pas éprouvé d'altération notable.

Pendant les quatre ou cinq ans qu'il passa à Paris pour ses études de droit, il ne laissa pas que de s'adonner aux plaisirs et cependant n'y contracta d'autre affection vénérienne qu'un léger écoulement qui fut promptement guéri et n'eut aucune suite. Depuis ce temps, retiré dans son village et célibataire, il y a mené une vie assez peu régulière. M. X.... n'a jamais eu d'autre affection de la peau que celle dont j'ai parlé plus haut, jamais d'hémorrhoïdes ou de flux anormal; il est très-irascible et se rappelle qu'à l'âge de 30 ou 35 ans, il a été sujet à quelques palpitations nerveuses qui ont cédé promptement à l'emploi de l'éther.

Vers l'âge de 55 ans, M. X.... commença à éprouver quelques douleurs passagères, revenant à certains intervalles dans les membres et dans les lombes. En même temps la soif augmenta d'une manière sensible; il buvait une grande quantité de bière et d'eau sucrée. Les urines augmentèrent en proportion. Ces deux symptômes attirèrent à peine son attention.

La première fois que M. Villepique fut appelé à lui donner des soins, ce fut en 1846, M. X.... était effrayé de ce qui lui arrivait; déjà borgne depuis longtemps (il portait sur l'œil gauche un ptérygion qui avait envahi la cornée transparente et dépassait presque les limites de la pupille), il venait de s'éveiller avec un trouble nouveau dans la vision; il ne percevait plus sainement la distance qui le séparait des objets; elle était augmentée ou diminuée. En outre, les objets placés devant lui lui semblaient être à sa gauche et à demi-renversés, c'est-à-dire que ceux qui avaient une position verticale lui semblaient en avoir une horizontale et réciproquement. L'œil droit et la peau du front autour du sourcil du même côté étaient le siége d'une douleur peu vive qui augmentait à la pression; il y avait, en outre, quelques troubles légers des voies digestives.

Depuis l'apparition de ces troubles visuels, les douleurs des lombes et des membres avaient disparu, et à plusieurs reprises, dans le cours de cette maladie, il y eut une espèce d'antagonisme entre l'apparition et la disparution de ces deux ordres de phénomènes. D'après les conseils de son médecin, M. X.... goûta son urine, ne la trouva pas sucrée. On s'en tint à cette simple exploration, et on crut à une affection rhumatismale.

Après deux ou trois mois d'un traitement qui consista dans l'emploi d'un purgatif, d'un vomitif, de bains de vapeur, d'eau de seltz et d'eau de Vichy, les fonctions visuelles et la santé se rétablirent; la soif était moins impérieuse, l'urine moins abondante, il y avait de l'appétit.

C'est dans cet état de santé que, vers le milieu de l'année 1853, M. X.... commença à éprouver quelque chose d'anormal du côté des pieds. Il y avait, dans les deux premiers orteils de chaque pied, une diminution notable de la sensibilité et de la chaleur, à un tel point qu'un jour dans le bain, ayant mis ses orteils sous la cannelle par où s'écoule l'eau chaude, ses orteils lui semblèrent toujours froids; il éprouvait encore cette singulière sensation qu'en marchant sur un sol même très-uni, il lui semblait mettre les pieds sur un tissu de petites cordes à larges mailles; les mouvements des pieds et des orteils existaient dans toute leur intégrité.

A la fin de cette même année 1853, à son retour d'un voyage de Paris, pendant lequel il éprouva un froid assez vif aux pieds, M. X.... remarqua à l'extrémité des deux premiers orteils du pied gauche et au gros orteil du pied droit, de petites phlyctènes remplies d'un liquide roussâtre.

Ces ampoules étaient de la grandeur d'une lentille. L'épiderme qui les formait ayant été enlevé, on vit des escharres blanchâtres plus ou moins épaisses, mais qui n'occupaient que dans quelques points toute l'épaisseur du derme. Les orteils, toujours pâles et un peu froids, particulièrement les gros, étaient insensibles, surtout à la face palmaire. Il n'existait, dans les points sphacélés, aucune douleur; le crayon de nitrate d'argent, promené sur les petites plaies, ne fut même pas senti. Les escharres, tombées après six jours, laissèrent à nu de petites plaies qui furent promptement cicatrisées. Cette guérison apparente ne fut pas de longue durée.

Le 26 janvier 1854, après un court voyage qu'il avait fait la veille, M. X.... fut pris d'un accès de fièvre avec perte d'appétit et douleurs générales. Le lendemain apparut une nouvelle phlyctène à la face dorsale du deuxième orteil du pied droit, au niveau de l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange. Cette fois il survint une vive douleur dans le pied et la jambe avec œdème, rougeur érysipélateuse jusqu'à la moitié de la hauteur de la jambe. Sous l'influence d'un traitement émollient, ces symptômes diminuèrent; mais la plaie de l'orteil commença à suppurer abondamment. Cette plaie consistait en une petite ouverture de 2 millimètres de diamètre du fond de laquelle, après avoir introduit un stylet mousse et franchi un trajet fistuleux de quelques millimètres, on arrivait sur l'os qu'on sentait dénudé. Il n'y avait plus de doute sur l'existence d'une nécrose.

Une circonstance importante à noter, c'est que vers le 10 février il survint une éruption pétéchiale consistant en des petites taches noires qui persistaient sous la pression du doigt et disparurent au bout de dix jours.

Au mois d'avril survint un nouvel accès de fièvre, puis un abcès à la base de l'orteil; il fut ouvert à la face plantaire et à la face dorsale et on put sentir à nu la première phalange et la tête du deuxième métatarsien; deux séquestres assez petits, mais dont je ne connais pas le volume exact, furent extraits par la première plaie.

Dans le courant des mois de juillet et d'août, M. X...., qui avait eu précédemment une phlébite de la saphène, éprouva des frissons intenses et irréguliers; de nombreux abcès se formèrent; ils communiquaient avec les abcès précédemment formés.

C'est à cette époque que je fus appelé pour voir le malade. Je pus constater au pied droit une nécrose des phalanges de deux orteils et d'un métatarsien, des ouvertures fistuleuses nombreuses, un stylet introduit par une de ces ouvertures situées à la face plantaire, près de la racine des orteils, me fit reconnaître un trajet sinueux s'étendant jusqu'à deux travers de doigt de la malléole interne; je pratiquai une contr'ouverture. Le malade, fatigué par une longue suppuration, d'un caractère très-vif et très-impatient, était déterminé à l'amputation; me rappelant ce qu'il avait dit sur la soif vive qu'il éprouvait pendant un certain voyage qu'il fit à Paris, je voulus, avant de lui répondre, analyser ses urines, bien qu'il n'eût en ce moment aucun des symptômes apparents du diabète, ni diurèse, ni soif vive, ni faim excessive. De l'urine mélangée avec du caustique de Vienne, le seul réactif que j'eusse sous la main, soumise à l'influence de la chaleur, me décéla la présence d'une notable quantité de sucre (une deuxième analyse, plus détaillée, faite plus tard avec la liqueur de Froomertz confirma la première).

Je conseillai alors l'usage des alcalins, des eaux de Vichy, de l'opium, du vin, des toniques, du carbonate d'ammoniaque, du pain de gluten. Des pansements méthodiques furent faits pour faciliter la sortie du pus, et des séquestres. Il n'y avait rien du côté de la poitrine.

Au mois de novembre, époque à laquelle je le vis pour la deuxième fois, le pied était toujours empâté, ainsi que le bas de la jambe; la suppuration, très-abondante, fusait depuis le talon jusqu'à l'orteil par où avait commencé la maladie; des douleurs vives occupaient le talon, les malléoles et la longueur de la jambe; l'autre pied était et avait toujours été le siége de quelques douleurs. Il y avait de la fièvre, de l'émaciation, une inappétence complète. La quantité d'urine rendue par jour était de 2 à 3 litres; elle n'atteignit même pas cette dernière limite. Même coloration foncée des urines quand, mélangés avec du caustique de Vienne, on les soumettait à l'action de la chaleur. Le pouls battait 90 par minute; il était d'une grande faiblesse. M. X.... éprouvait des défaillances quand on le retournait dans son lit. Le stylet, introduit dans les plaies, ne sentait pas de séquestres mobiles.

Le malade ne voulait plus entendre parler de thériaque ou de carbonate d'ammoniaque. Il me parla encore d'amputation. Continuation du vin (2 litres par jour) et de l'eau de Vichy.

Depuis cette époque, je n'ai plus vu M. X....; mais, grâce à l'obligeance de mon confrère, M. Villepique, qui savait combien cette observation m'intéressait, j'ai été mis au courant de sa santé.

Voici dans quel état il était :

Au mois d'avril 1855. Il y avait peu d'amélioration dans l'état du malade; de nouveaux clapiers s'étant ouverts au voisinage de la malléole externe; les ouvertures fistuleuses de la face plantaire s'étaient fermées et d'autres s'étaient ouvertes. Vers le milieu de janvier, la face postérieure du talon, au niveau et au-dessus de l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum, avait été frappée de gangrène, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. Après la chute de l'escharre qui pouvait avoir 7 centimètres, le tendon d'Achille s'était complétement exfolié, et la plaie avait marché rapidement vers la cicatrisation. Deux petits séquestres étaient encore sortis au niveau de la troisième articulation métatarso-phalangienne par l'ouverture de la face dorsale. Les autres ouvertures, à la suite de vives douleurs, avaient laissé échapper une poussière osseuse noire mêlée à une grande quantité de pus. Le pus n'a cessé d'être louable.

A l'autre pied, deux phlyctènes assez larges s'étaient produites successivement et à un long intervalle: la première sous la deuxième phalange du gros orteil, et la deuxième sur la tête du premier métatarsien. Les phénomènes de leur apparition et de leur cicatrisation se sont succédés avec une lenteur extraordinaire; le pied et la jambe de ce côté, très-amaigris, toujours pâles et froids, paraissaient ne jouir que d'une vitalité très-bornée. Trois furoncles s'étaient montrés depuis le mois de septembre : le premier dans l'aine et à droite, les deux autres sur le raphé périnéal. Ce dernier avait plutôt les caractères d'un abcès.

La quantité de l'urine n'avait pas varié beaucoup; il y avait un peu de toux, des sueurs prononcées pendant la nuit. L'urine contenait toujours du sucre, mais peut-être en moins grande quantité, autant qu'on en pouvait juger du moins par l'aspect plus ou moins foncé qu'elle présentait quand on la traitait par la chaux ou la potasse.

L'état général s'était un peu amendé; l'émaciation était moins considérable, l'appétit était revenu; le malade avait rarement de la fièvre, les selles étaient naturelles. Il vivait toujours au lit; on le portait d'un lit dans un autre; les frissons, précurseurs d'un travail de suppuration nouvelle, étaient bien plus rares. Depuis trois mois, il n'en avait guère éprouvé qu'un seul.

Le traitement, à cause de l'extrême indocilité du malade, se bornait à une pilule d'extrait gommeux d'opium (0,07 centigr.) alternativement tous les deux jours, gelée d'huile de foie de morue et huile de proto-iodure de fer, mais en petite quantité; régime animal; vin généreux. A la vérité, il mangeait très-peu de pain (il n'avait pu se procurer de pain de gluten), mais souvent encore il mangeait des pruneaux, quelquefois du riz et toujours un peu de sucre dans certaines boissons.

Vers le commencement de mai, par l'une des plaies fistuleuses sortit une masse fibreuse qui n'était autre que l'aponévrose plantaire en partie putréfiée. A partir de ce moment, la suppuration devint de moins en moins abondante, les fistules se fermèrent les unes après les autres.

Dès lors, M. X.... reprit des forces, quoique lentement; le facies devint meilleur. Au mois de juin, on put placer le malade dans sa voiture, ce qui lui permit de faire quelques promenades en plein air. Jusque là le malade n'avait cessé de prendre de l'opium. La dose d'extrait gommeux avait été portée successivement de 0,02 centigr. à 0,20 centigr. par jour; il avait continué l'huile de foie de morue et l'huile d'iodure de fer. Le malade n'avait cessé de suivre un bon régime, de manger généralement de la viande et de boire journellement au moins une bouteille de bon vin vieux.

En juillet, M. X.... s'affermit sur ses jambes, soutenu par des béquilles; il commença à marcher sur un sol uni.

Vers la fin d'août survint de l'enflure aux deux jambes vers le soir, surtout à droite, où elle s'élevait au-dessus du genou.

Au mois de septembre 1855, M. X.... vint à Paris voir l'Exposition, et il en profita pour prendre l'avis de quelques confrères de Paris. Il vit MM. Dechambre, Grisolle et Nélaton. On lui prescrivit des douches sulfureuses et l'emploi de la teinture d'iode en topique sur les jambes, de sachets de sable chaud.

En octobre 1855, il existait le long de la crête du tibia une infiltration offrant une consistance particulière et qui devait diriger l'attention vers l'état du périoste. Le malade exécutait avec peu d'exactitude l'ordonnance prescrite à Paris.

Du reste, pas d'aggravation ni d'amélioration dans son état. L'appétit était bon, il dormait bien; toujours un peu de sucre dans les urines, malgré l'usage prolongé du bi-carbonate de soude et de l'eau de Vichy. Sur la crête du tibia, vers le tiers inférieur, il existait un peu de douleur, qui se manifestait quelquefois spontanément par élancements et correspondait avec une douleur pareille dans le gros orteil. Cette douleur existait à la pression et faisait craindre une périostite.

Enfin, voici quel est actuellement sa position :

Coloration du visage, embonpoint, sommeil, pas d'altération. La marche, quoique lente et difficile, est cependant possible à l'aide d'un bâton. Le pied droit présente de nombreuses cicatrices; il est toujours tuméfié et légèrement œdémateux, ainsi que la jambe. L'extension du pied sur la jambe est très-bornée, la flexion des orteils impossible; il y a toujours de temps à autre quelques douleurs dans le pied et la jambe. L'urine exhale une odeur fortement ammoniacale, ce qui n'avait pas lieu autrefois. De temps à autre, cependant, il survient quelques phlyctènes à la face palmaire des orteils, mais elles dessèchent promptement.

M. X.... se borne à une consommation très-restreinte de substances féculentes et sucrées, à un régime tonique et à quelques prises, de temps en temps, de bi-carbonate de soude.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 28 *avril* 1857.

DISCUSSION

sur la méthode sous-cutanée.

DISCOURS DE M. VELPEAU (suite et fin).

Notre collègue M. Guérin avait-il eu quelque part dans ce mouvement? Je suis disposé à le croire, puisqu'il l'affirme; cependant j'ai besoin de lui soumettre ici une nouvelle remarque : c'est que rien dans ses publications ni ailleurs n'en avait fait mention jusqu'en 1838. La manière dont il a répondu le 31 mars dernier, et qui lui a paru péremptoire (*Bull. de l'Acad.*, t. XXII, p. 567), n'est réellement pas claire pour ceux qui, comme moi, désirent aller au fond des choses et ne pas s'en tenir aux apparences. Ainsi, pour prouver à M. Malgaigne qui le conteste, qu'il a coupé des tendons en 1836, M. Guérin invoque une note qu'on trouve effectivement dans son *Mémoire sur les déviations de l'épine* (p. 40), et qui indique *une* ténotomie qu'il aurait pratiquée à cette époque. D'abord ce mémoire n'a été publié qu'en 1838, et ensuite la note se réduit à une simple affirmation. Pour ceux qui, comme moi, sont disposés à croire M. Guérin sur parole, cela suffirait peut-être; mais, dans les sciences d'observation, il ne suffit pas d'affirmer, il faut prouver; aussi se hâte-t-il d'ajouter que « *La guérison* du pied-bot dont il parle a été constatée par une commission de l'Académie des Sciences, ainsi *qu'elle l'a relaté dans son*

rapport, » le fait est donc sans réplique ; il ne peut, dit-il, y avoir de méprise. Des planches et des plâtres concernant le pied opéré après et avant le traitement, nous ont été montrés de manière à ne laisser aucune lueur de doute dans les esprits.

Eh bien ! ceci, à mon sens, n'en reste pas moins fort obscur; il a voulu prouver sans doute que la jeune fille dont il parle a été opérée devant la Commission de l'Académie des Sciences, que les commissaires ont assisté à l'opération, qu'ils en ont constaté les résultats et qu'ils les ont indiqués ou relatés dans leur rapport. Tout le monde a effectivement compris que les choses s'étaient ainsi passées.

Or, j'ai là le rapport en question sous les yeux, et je n'y trouve rien qui vienne à l'appui des interprétations de M. Guérin; rien, absolument rien. Il y a donc là-dessous quelque malentendu. J'y vois bien les quatre cas de pieds-bots indiqués, et en particulier celui de la jeune fille citée; mais il est dit que ces pieds-bots ont été traités et guéris par des appareils mécaniques, un sabot à triple flexion en particulier, et pas un mot qui concerne la ténotomie, non, pas un mot. Voilà le rapport, j'ai mal cherché probablement. Qu'on veuille donc bien y regarder et voir si j'ai mal lu.

M. Guérin. Je demande à donner une explication.

M. Velpeau. Je ne m'y oppose pas. Je serai très-heureux que vous dissipiez l'obscurité qui règne sur ce fait.

M. J. Guérin. Je n'ai nullement affirmé que la Commission de l'Académie des Sciences ait constaté que j'avais pratiqué la ténotomie chez Elisa Geoffroy.

M. Velpeau. Si vous ne l'avez pas dit catégoriquement, vous vous êtes exprimé de façon à ce que je l'ai cru et à ce que tout le monde, je pense, a dû le croire.

M. Guérin. La Commission n'avait pas à constater ce fait. Mais j'ai dit et je maintiens que chez cette malade, vue par la Commission, j'ai pratiqué la ténotomie en 1836. Cette jeune fille est un enfant des Orphelins; on peut la retrouver et se convaincre de la vérité de ce que j'affirme.

M. Velpeau. Il me suffit de constater que la Commission ne paraît pas avoir été témoin de la ténotomie, et ce qui porterait à croire qu'elle n'a même point fait attention à ce fait, c'est que six pages plus loin, dans les conclusions relatives à un mémoire de M. Bouvier qui eut un deuxième prix dans le même concours, elle s'exprime de la sorte :

« Enfin, des observations nouvelles sur *la section du tendon* d'Achille que l'auteur, M. Bouvier, a pratiquées un des premiers à Paris, et pour laquelle il a imaginé d'ingénieux et utiles procédés. » (p. 259 du *Rapport* de 1837.)

J'avoue que, à moins d'un autre passage plus explicite qui m'aurait échappé, je ne comprends rien à ce qu'a voulu prouver M. Guérin; s'il a pratiqué l'opération, comme je n'en doute pas, c'est d'ailleurs un fait de nulle valeur dans la discussion actuelle, car les autres chirurgiens n'ont évidemment pas pu en profiter, puisqu'il n'en est fait mention nulle part. Le rapport de l'Académie des Sciences, rendu public en août 1837 seulement, n'en disant mot, il faut simplement s'en rapporter à la note de notre collègue, imprimée en 1838 pour la première fois, si l'on veut lui accorder le fait qu'il revendique.

En 1838, la méthode sous-cutanée, sous forme de ténotomie ou de myotomie, était déjà si bien constituée, tellement vulgaire, que tous les chirurgiens la pratiquaient, que les thèses de la Faculté, témoin celle de M. Pivain et de M. Duval, en renferment des centaines d'exemples; que tous les journaux de médecine en sont remplis, en même temps que des mémoires spéciaux se publient de tous côtés sur ce sujet; que les ouvrages didactiques eux-mêmes, les traités classiques, celui de M. Vidal et le mien en particulier, et jusques aux simples manuels, comme celui de M. Malgaigne, croient devoir la faire entrer dans leur cadre. C'est à partir de cette époque aussi que, passant des tendons et des muscles, on s'applique à la transporter aux kystes, aux cavités closes, comme le montrent les observations de MM. Barthélemy, Marchal (de Calvi), Chaumel (de Bordeaux), Thierry et Malgaigne. Bientôt après, son extension ne connaît en quelque sorte plus de bornes; on la multiplie à l'infini partout, en l'appliquant à tout, en essayant pour ainsi dire de tout lui rapporter.

De ce qui a été dit à cette tribune, soit par M. Malgaigne, soit par MM. Renault et Bouley, soit par M. Bouvier, soit par moi, soit par M. Guérin dans ses quatre discours, consacrés à l'exposition ou à ses réfutations (je dis quatre, attendu que son discours sur les ponctions de l'ovaire a été le véritable point de départ de la discussion actuelle) de tous les détails, dis-je, que l'Académie a entendus de part et d'autre, il me semble résulter clairement :

1° Qu'il n'y a qu'une *méthode sous-cutanée ;*

2° Que les sections sous-cutanées se pratiquent aujourd'hui comme avant 1839, et à peu de chose près, de la même façon par tout le monde;

3° Que le but de cette opération est et a toujours été le même, à savoir la destruction de la difformité ou de la maladie;

4° Que tout le monde, à présent comme autrefois, pratique cette opération à travers une ouverture aussi petite que possible de la peau;

5° Qu'en 1836 et 1837 on pratiquait cette incision, comme de nos jours, en dehors de l'organe à trancher, à une distance plus ou moins grande, mais de manière à éviter le parallélisme entre la plaie du dehors et la plaie sous-cutanée;

6° Que l'idée dominante des chirurgiens a toujours été, comme elle l'est encore, qu'il fallait éviter à tout prix l'introduction de l'air dans le foyer;

7° Que les accidents attribués aux opérations sous-cutanées d'autrefois ont été aussi rares que ceux qu'il est permis d'attribuer aux opérations d'aujourd'hui;

8° Que le précepte d'opérer l'écartement des bouts de l'organe divisé sous la peau après sa section existait d'une façon parfaitement explicite avant 1839;

9° Que le mécanisme de la cicatrisation, du rétablissement de la continuité des organes coupés a été expliqué de différentes manières par différents pathologistes;

10° Que sous ce rapport, les uns acceptant une des explications de Hunter, ont fait intervenir l'organisation de la fibrine épanchée, tandis que d'autres s'en sont tenus à l'inflammation adhésive, et que plusieurs ont cru que c'était le résultat de la *réunion immédiate* ou de l'*organisation immédiate* (deux termes qui paraissent avoir la même signification), tandis que d'autres attribuent ce rétablissement à un travail hypertrophique des lamelles voisines, travail qui s'approprie la lymphe plastique, le *plasma,* la matière agglutinative, en un mot, qui exsude à la surface de tous les tissus vivants en état de traumatisme.

Ainsi, il est parfaitement établi qu'au milieu de cet historique, il n'y a point de place pour les inventions réclamées par M. Guérin, si quelque chose permettait de le distinguer des autres pathologistes sous ce rapport, à titre d'inventeur, ce ne serait du moins que par de simples nuances dans les éléments du procédé opératoire, ou dans la manière d'entendre, d'expliquer l'action de l'air, ou enfin par quelque doctrine spéciale sur des points secondaires de la méthode.

Par les quatre propositions suivantes, M. Sédillot, qui me les adresse, répond-il à notre collègue comme le fera le public chirurgical qui se tient au courant des choses?

« A-t-il donné son nom à la méthode sous-cutanée? se demande l'habile professeur de Strasbourg. Non.

« Est-ce lui qui a fait connaître l'innocuité habituelle des lésions sous-cutanées? Non.

« Est-ce lui qui a inventé les procédés actuels de cette méthode? Non.

« Est-ce lui qui en a expliqué les résultats et qui en a donné une théorie rationnelle? Non.

« Quel a donc été son rôle? »

Ici, je ne peux plus m'associer à M. Sédillot, dépouillé, en apparence du fruit de ses veilles, de ses efforts incessants, je comprends qu'un homme de la valeur de M. Guérin, de son intelligence, qui s'est livré à tant d'études, d'expériences, de recherches, qui travaille depuis près de trente ans avec une si grande ardeur, souffre de s'entendre dire qu'il n'a rien fait.

Qu'il se rassure! Quoiqu'il m'accuse de vouloir barrer le passage aux travailleurs, aux idées nouvelles, à ceux qui cherchent le progrès, ce n'est pas moi qui refuserai de lui rendre justice dans le contingent de la méthode sous cutanée. Non, à ce sujet comme presque partout, il ne m'a point compris.

Barrer le passage aux travailleurs, moi qui n'ai de sympathies que pour ceux-là, qui n'ai jamais rien tant estimé, tant aimé que le tra-

vail! M'opposer au progrès, aux idées nouvelles, moi qui les excite et les ai toujours provoquées de toutes mes forces! Seulement mon amour pour les travailleurs, les idées nouvelles et le progrès, ne va pas jusqu'à me faire prendre pour tels, les apparences pour la réalité, le faux pour le vrai, le mouvement en arrière pour des découvertes véritables; et cet amour ne m'empêche point de lutter dans la mesure de mes forces contre ceux qui par erreur ou au autrement s'attribuent le travail, les idées ou les découvertes des autres.

Amoindrir l'importance de la personnalité scientifique de M. Guérin n'est jamais entré dans mon esprit, quoi qu'il en ait pu penser; j'ai à cœur autant que personne l'honneur et la gloire de mon pays et de ma profession, je suis toujours heureux par conséquent de voir grandir les hommes de mon temps qui cultivent notre science avec éclat. M. Guerin étant de ces hommes-là, je gémirais au lieu de me réjouir, si je voyais ses titres à l'estime publique disparaître.

Mais est-il donc indispensable au maintien de son prestige de lui accorder ce qu'il n'a pas fait, ce qu'il ne peut pas conserver?

Ce n'est point mon avis, et je suis persuadé que ce qui lui revient réellement suffira pour transmettre son nom à la postérité.

En renonçant à cette malencontreuse prétention d'avoir créé, inventé, constitué la méthode sous-cutanée, il ne perd pas tout :

1° C'est lui qui, dans l'immense travail dont le rapport de l'Académie des Sciences nous a donné un extrait en 1837, a infiniment mieux fait connaître que ses devanciers le rôle que jouent les rétractions musculaires ou fibreuses dans les difformités du tronc et des membres.

2° Cette connaissance plus exacte de ce qui concerne la rétraction musculaire lui a permis, quand la ténotomie a été inventée, de mieux en préciser les applications, de la soumettre à des règles, de lui imposer des lois mieux raisonnées, plus générales qu'on ne le faisait avant lui.

3° L'action de l'air indiquée, discutée partout, n'a cependant été étudiée, soumise à autant d'expériences, été le sujet d'autant de recherches par personne comme par lui ;

4° Avec cette pensée que le contact de l'air dans les plaies sous-cutanées est la source de tous les accidents, il a mieux montré que tout autre l'utilité de pratiquer l'incision des téguments à une assez grande distance de l'organe à diviser sous la peau ;

5° Personne n'a aussi bien que lui embrassé du même coup tout ce qu'il serait possible de faire par la méthode sous-cutanée;

6° C'est lui qui, par l'extension qu'il lui a donnée, qui, en la multipliant au delà de toute mesure, en la portant jusqu'autour des articulations les plus profondes et les plus larges, en a le mieux montré l'innocuité;

7° C'est lui qui le premier a renouvelé en France la tentative de Dupuytren, c'est-à-dire la section sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien, opération que MM. Syme, Dieffenbach et Stromeyer ont effectuée en Angleterre et en Allemagne avant lui, mais qu'il a mieux étudiée et mieux comprise qu'eux en montrant comment elle peut, comment elle doit être appliquée aux différents faisceaux constituants du muscle ou des muscles rétractés de cette région ;

8° C'est lui encore qui a porté hardiment (je ne dis pas que ce soit heureusement) les sections sous-cutanées sur les muscles et tendons de l'épine vertébrale ;

9° C'est lui qui, voulant tout rapporter à cette méthode, s'est emparé d'une foule de maladies qu'on traitait ou qu'on avait de tout temps traitées par les ponctions, afin de les rattacher à la méthode générale ;

10° De là quelques modifications dans le traitement des kystes séreux, des collections hématiques et des grands abcès ;

11° C'est lui aussi qui a imaginé d'appliquer la méthode sous-cutanée au débridement des hernies, au traitement de certains phlegmons et du strabisme;

12° C'est lui enfin qui, imbu de ces idées générales, semble avoir conçu le projet de faire passer en quelque sorte toute la chirurgie par la méthode sous-cutanée ;

13° Me permettra-t-on d'ajouter que si, pour les abcès, pour les grandes cavités séreuses, pour les collections de liquide, il n'a rien ajouté au manuel opératoire de la ponction, il n'en a pas moins été utile sous deux points de vue spéciaux.

En insistant plus que personne sur l'utilité d'éloigner les deux plaies l'une de l'autre, il a réellement obtenu que la suppuration de ces plaies devînt moins fréquente.

Quoique dès la plus haute antiquité on eût déjà imaginé des instruments pour aspirer, pour pomper les matières morbides, l'eau ou le pus épanchés dans les grandes cavités closes (témoin le *pyulcon* des anciens, témoin l'espèce d'instrument à soupape proposé il y a une trentaine d'années par M. Gabriel Pelletan), quoique, pour se mettre à l'abri de l'entrée de l'air dans les cavités à parois solides, on eût dans la canule à baudruche de Dupuytren ou de M. Reybard un excellent appareil, il n'en est pas moins certain que l'instrument à robinets et à soupapes, que la seringue de M. Guérin est un appareil infiniment supérieur, sous ce point de vue, à tous ceux qui l'ont précédé, que cet appareil a surtout le précieux avantage de pouvoir vider par aspiration jusqu'à la dernière goutte des liquides épanchés, d'en extraire même dont l'état grumeleux et la consistance n'en permettraient que difficilement l'expulsion par toute autre méthode.

A ce point de vue donc, le procédé de notre collègue, appliqué aux grands abcès par congestion, aux épanchements thoraciques, aux grandes collections à parois anfractueuses ou inflexibles, peut rendre de véritables services, constitue un perfectionnement dont la pratique devra lui savoir gré.

Voilà, messieurs, comment, pour mon compte, j'entends dépouiller M. Guérin et le cas que je fais de ses travaux. S'il voulait s'en tenir à ce chapitre dans la méthode sous-cutanée, au lieu de réclamer une création, une invention, qui ne lui appartiennent pas, la paix, la concorde, renaîtraient aussitôt parmi nous.

Ayant apporté sa pierre à l'édifice, renonçant à exiger le tout pour la partie, il n'aurait plus à craindre ce qu'il appelle des coalitions. Au lieu de lui *barrer* le passage, les autres chirurgiens lui viendraient en aide, il ne les appellerait plus devant les tribunaux, sur un autre terrain que celui de la science; au lieu de se perdre en vaines discussions, tous les efforts mis en commun compléteraient le perfectionnement, le progrès scientifique de la méthode qu'il tient tant à répandre.

S'il continue, au contraire, s'il recommence à réclamer ce qu'il appelle ses droits, sa méthode, il retrouvera dans l'avenir, je l'en préviens, la même opposition, les mêmes obstacles, attendu que si les chirurgiens d'aujourd'hui venaient à se fatiguer où à y renoncer, il aura certainement pour adversaires les chirurgiens de demain, qui ne lui permettront pas plus de passer que ceux d'hier ou ceux d'aujourd'hui.

Au demeurant, qu'il se contente ou non de la part que je viens de lui faire, ce n'en sera pas moins, si je ne me trompe, le fond de ce que lui en conservera l'histoire, cet inflexible miroir que le temps traine partout avec lui, afin que la génération et les hommes qui arrivent puissent y voir en passant les faits et gestes des générations et des hommes qui ne sont plus.

M. J. Guérin. S'il ne s'agissait que de moi, je me contenterais peut-être de la part que M. Velpeau a voulu me faire dans la méthode sous-cutanée. J'ai plaidé la cause des idées, de la science, et, j'ose le dire, celle des malades. Il ne résulte pas pour moi, de cette discussion, que la méthode sous-cutanée soit bien comprise par tous les chirurgiens. Il y a ici des questions de science qui n'ont été que posées, dans le discours de M. Bouvier, par exemple; je citerai, entre autres, la grande question de savoir si la réunion des plaies sous-cutanées se fait par inflammation adhésive ou par organisation immédiate. M. Velpeau, dans ses différentes argumentations, a constamment confondu les anciens errements que l'on a prétendu se rapporter à la méthode sous-cutanée, errements abandonnés par tout le monde, avec la méthode sous-cutanée elle-même; d'où il résulte que, si un médecin de province venait à en essayer l'application, il pourrait arriver, dans un cas donné, que le malade vînt à mourir des suites de l'opération, parce qu'on aurait appliqué les mauvais procédés que l'on persiste à confondre avec la méthode. Il importe que l'Académie soit éclairée, et je crains bien que la lumière ne puisse se faire complétement, grâce à la confusion jetée dans le débat. Je demande donc à l'Académie que la parole me soit accordée, dans la prochaine séance, pour résumer une dernière fois les bases et les caractères de la méthode sous-cutanée, et les différences qui existent entre ma méthode et la pratique ancienne. Je me propose de laisser de côté, d'ailleurs, toutes les questions personnelles, dans lesquelles je ne veux plus entrer.

M. Velpeau. Je n'accepte pas que la méthode sous-cutanée, telle que nous l'entendons, telle qu'elle est décrite dans les traités généraux et spéciaux de médecine opératoire, soit de nature à faire périr les malades plutôt que celle de M. Guérin. Ce que M. Guérin a donné comme bases de sa doctrine ne lui appartient pas, et je me trouve

ramené à lui demander de nouveau ce que c'est que sa méthode. Je croyais m'être montré généreux dans la part que je lui avais faite.

M. J. Guérin. Il n'est pas besoin de générosité, je ne demande que de la justice, de la justice pour les idées et non pour l'homme. J'affirme, puisque M. Velpeau me demande des affirmations nettes et précises, que la méthode sous-cutanée est toute autre chose que ce qu'il a donné comme tel, et qu'il ne la comprend dans ses principes et dans ses applications.

M. H. Larrey (et plusieurs autres membres) demandent la clôture de la discussion.

M. le Président met la clôture aux voix.

Après une épreuve et la contre-épreuve, la clôture de la discussion est adoptée.

M. J. Guérin demande si, par ce vote, l'Académie entend que la discussion demeure entièrement close.

L'Académie, consultée de nouveau, décide que la discussion est et demeure close, et qu'il ne sera plus accordé la parole à personne.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 avril 1857.

Présidence de M. Geoffroy St-Hilaire.

Physiologie expérimentale. — M. Flourens lit une *Note sur la sensibilité de la dure-mère, des ligaments et du périoste* :

Dans la séance du 27 septembre dernier, j'ai présenté à l'Académie une suite d'expériences desquelles il résulte que les *tendons,* qui sont complétement insensibles à l'état normal, prennent, ou, plus exactement, manifestent une sensibilité très-vive à l'état d'irritation ou d'inflammation (1).

Après m'être bien assuré de cette loi physiologique qui dissimule ou cache la sensibilité dans le tendon à l'état sain, et qui l'y démasque à l'état malade, je me suis occupé de la dure-mère.

I. Sur l'insensibilité de la *dure-mère,* Haller n'est pas moins absolu que sur celle des tendons. Il dénie à la dure-mère toute espèce de sensibilité.

« J'ai fait plus de cinquante expériences, dit-il, sur la dure-mère. Elles ont toutes réussi avec la même évidence et sans laisser de place à un doute raisonnable : je les crois suffisantes pour démontrer que la dure-mère est insensible (2). »

A la suite de ses propres expériences, il cite celles de ses élèves, Zinn, Zimmermann, Lœber, Walstorf, etc., toutes conformes aux siennes ; mais il est obligé de citer aussi celles de Lecat, Whytt, Laghi, Lorry, etc., qui toutes leur sont contraires.

Quoique Haller se vante du nombre de ses expériences sur la dure-mère, il est probable que j'en ai fait beaucoup plus que lui, non, à la vérité, pour la dure-mère elle-même, mais pour arriver, par la dure-mère, jusqu'au cerveau ; et voici le résultat général de ce que j'ai vu :

Jamais, ni sur les oiseaux, ni sur les lapins ou les cochons d'Inde, je n'ai trouvé la dure-mère sensible. Sur les chiens, je l'ai trouvée tantôt sensible et tantôt insensible ; et je ne suis pas le seul physiologiste à qui cela soit arrivé. « J'ai souvent vu, dit M. Magendie, la dure-mère d'une sensibilité très-vive, particulièrement au voisinage du sinus (3). »

Ainsi, la dure-mère, à la différence des tendons, est quelquefois sensible, du moins dans certains animaux, même à l'état normal.

A l'état d'irritation ou d'inflammation, elle l'est toujours, comme les expériences suivantes vont le faire voir.

J'avouerai d'abord que je n'ai pas réussi tout de suite à provoquer un certain état d'inflammation dans la dure-mère. De simples excitations mécaniques, des piqûres, des déchirures, des incisions, etc., n'y suffisaient pas. Enfin, j'ai imaginé de recourir à l'emploi d'une poudre épispastique (1) ; et bientôt l'inflammation a paru, et avec l'inflammation, une sensibilité constante et très-vive.

Après avoir fait trépaner plusieurs chiens, j'ai fait appliquer immédiatement sur la dure-mère une couche de pommade épispastique.

Au bout de vingt ou vingt-quatre heures, la dure-mère a paru rouge, épaissie, enflammée : on l'a très-légèrement piquée, ou plutôt à peine touchée, et l'animal s'est agité ; on l'a piquée plus rudement, et l'animal a poussé des cris très-vifs.

Sur quelques-uns de ces animaux, la dure-mère a été ouverte et le cerveau mis à nu : on a piqué la dure-mère enflammée, et l'animal s'est violemment agité ; on a piqué le cerveau, et l'animal est resté immobile : contraste curieux et profondément instructif ! D'une part, la sensibilité très-vive de la dure-mère aux moindres excitations, et, de l'autre, l'impassibilité absolue du cerveau, même sous les excitations les plus fortes, tant qu'on ne dépassait pas certaines limites bien entendu, limites que j'ai, le premier, marquées à l'impassibilité de cet organe (2).

Sur un de ces chiens en particulier, à côté de la première couronne de trépan, qui m'offrait la dure-mère enflammée, j'en ai fait pratiquer une seconde, qui m'a offert la dure-mère à l'état sain.

On pouvait alors piquer, à côté l'une de l'autre, la portion de la dure-mère enflammée et la portion de la dure-mère à l'état sain ; et selon qu'on piquait l'une ou l'autre, ou l'animal souffrait, criait et s'agitait, ou l'animal ne sentait rien : sous l'une et l'autre des deux portions, le cerveau était également impassible.

II. Je passe à mes expériences sur les *ligaments.*

J'avais déjà fait, il y a longtemps, quelques expériences sur le ligament de la rotule ou *tibio-rotulien.*

Ce ligament est parfaitement insensible à l'état normal, comme le *tendon d'Achille,* dont j'ai parlé dans ma précédente note (3) ; et, comme le tendon d'Achille, il prend ou manifeste une sensibilité très-vive, lorsque, par des excitations prolongées (piqûres, déchirures, incisions, etc.), on l'a porté à un certain degré de rougeur et d'inflammation.

J'ai imaginé de faire appliquer une couche de pommade épispastique sur le ligament. Vingt ou vingt-quatre heures après, ce ligament a manifesté une sensibilité extrême.

J'ai fait appliquer une pareille couche de pommade épispastique sur le tendon d'Achille ; et vingt ou vingt-quatre heures après, la sensibilité de ce tendon a été également excessive, extrême.

Dans ces deux cas, je n'agissais que sur un *ligament,* que sur un *tendon,* et pourtant qui n'en eût pas été averti, aurait certainement pu croire, aux cris de l'animal, que j'agissais sur les parties les plus sensibles du corps vivant, sur les parties sensibles par excellence, et les seules qui le soient par elles-mêmes, c'est-à-dire sur les *nerfs* (4).

III. J'arrive au *périoste.*

Tout ce que je venais de voir m'avait singulièrement étonné, et certes en avait bien le droit ; ce que m'a offert le périoste m'a plus étonné encore.

S'il est une partie, une membrane, qui soit naturellement, constamment, continuellement insensible, que chacun sache être insensible, c'est, sans contredit, le périoste.

J'ai fait découvrir, sur plusieurs chiens, le périoste à la face antérieure et interne du tibia, là où le périoste est seul. J'ai fait ensuite appliquer immédiatement sur ce périoste, mis à nu, une couche de pommade épispastique.

Quinze, vingt ou vingt-quatre heures après, l'épispastique a été enlevé, et le périoste s'est montré rouge et un peu gonflé.

On l'a piqué alors, on l'a incisé ; et à chaque piqûre, à chaque incision, l'animal a poussé des cris aigus (5).

(1) Voir les *Comptes rendus,* t. XLIII, p. 639.

(2) *Mémoires sur les parties sensibles et irritables du corps animal,* t. I, p. 156.

(3) Voir son édition du *Traité des membranes,* de Bichat, p. 153. Un des élèves d'Haller avait été témoin d'un fait semblable. « On a cité avec emphase, s'écrie Haller, la conversion d'un de mes élèves ... ; c'est M. Ramspeck.... Il croit avoir vu effectivement un chien marquer du sentiment, quand on lui attaquait la dure-mère.... » (*Mém. sur les parties sensibles et irritables du corps animal,* t. IV, p. 65.)

(1) De la poudre de cantharides.

(2) Voir, sur ce point, mon livre intitulé : *Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux.*

(3) *Comptes rendus,* t. XLIII, p. 639.

(4) Ce qui, outre ses expériences, toutes faites sur l'animal sain, confirmait encore Haller dans son opinion touchant l'insensibilité des parties dont il s'agit, c'est qu'il ne connaissait les nerfs d'aucune ; il les niait dans toutes, et toutes en ont, comme chacun le sait aujourd'hui.

(5) Je ne parle point, dans cette note, du périoste interne ou *membrane médullaire,* parce qu'Haller déclare ne l'avoir point soumis à l'expérience (voir ses *Mémoires sur les parties sensibles et irritables du corps animal,* t. IV, p. 87). Pour

Toutes ces expériences sont nettes et décisives. Toutes parlent. Toutes accusent la sensibilité des parties fibreuses et tendineuses, latente ou cachée à l'état sain, et manifeste, patiente, excessive à l'état malade. Une grande contradiction de la science disparaît donc enfin! Ces mots : *douleurs de la goutte, du rhumatisme articulaire, des os, etc.*, ont enfin un sens; je dis un *sens physiologique*, car tant que les parties, siége de ces douleurs, passaient pour absolument insensibles, ces mots n'en avaient pas. Comment expliquer l'existence de la douleur, et des plus cruelles douleurs, avec des parties insensibles?

Haller n'a donc vu que l'état normal, que l'état sain. Toutes ses expériences ne se rapportent qu'à cet état. Au fond, et quoi qu'il en ait dit, lui et son école, qui, sur ce point, domine depuis un siècle, il n'y a point de partie absolument *insensible* dans le corps vivant.

La *sensibilité* est partout; et, dans les parties même (les tendons, les ligaments, la dure-mère, le périoste) où habituellement elle est le plus obscure, il suffit d'un degré d'irritation ou d'inflammation donné, pour la faire passer aussitôt de l'état latent et caché à l'état patent et manifeste.

Organogénie. — M. MANDL adresse une note intitulée : ***Recherches** sur le développement de la cellule animale.*

Voici l'extrait qu'en publient les *Comptes rendus :*

Dans les cellules animales on a signalé divers modes de développement et de multiplication que nous allons examiner successivement.

A. Le *parenchyme glandulaire* se développe soit par formation libre, soit par formation endogène des cellules. Suivant nous, le premier mode de développement est le plus répandu dans le système glandulaire; suivant d'autres (Remak), il n'y aurait que multiplication endogène ou par scission; suivant d'autres enfin (Kœlliker), la formation libre est limitée aux ganglions lympathiques, aux glandes vasculaires, à l'ovaire, etc. Les premières traces de la formation libre des cellules sont de petits corps arrondis, homogènes ou finement granulés, ayant 0,002 à 0,005 de millimètre de diamètre. Ces corpuscules primitifs (*noyaux*) sont placés au fond des culs-de-sac glandulaires, dans une substance amorphe, finement granulée, plus claire et plus transparente que le corpuscule et qui est la substance fondamentale. Ces corpuscules s'agrandissent peu à peu et présentent bientôt, dans leur intérieur, une foule de granules et un grain plus gros, le *nucléole*. Ce dernier ne précède donc pas le noyau et ne détermine pas sa formation. Lorsque les corpuscules primitifs, les noyaux des cellules futures, sont formés, ils s'entourent d'une masse plus ou moins grande de substance fondamentale qui se solidifie, alors seulement une membrane vient entourer cet élément qui, avant l'apparition de l'enveloppe, n'était qu'un corpuscule composé, l'analogue des formations que nous avons rencontrées dans le développement des tissus fibrillaires. Cette membrane d'enveloppe, qui ne forme pas l'épaississement superficiel de la substance fondamentale, apparaît quelquefois tardivement, d'autres fois de bonne heure. Nous avons des exemples manifestes de l'apparition tardive dans l'œuf de quelques animaux, ainsi que l'ont démontré les recherches de M. Coste (*voir* B). Mais, le plus souvent, on trouve dans les glandes des cellules très-petites, auprès de noyaux libres et de cellules développées, dans lesquelles la membrane entoure étroitement le noyau, de sorte que la quantité de la substance fondamentale renfermée (contenu de la cellule) est très-minime. La membrane, ainsi que le contenu, subissent des métamorphoses ultérieures; celle du contenu est habituellement la liquéfaction, qui procède tantôt de la membrane vers le noyau, tantôt de la partie centrale vers les parties externes.

B. Dans la *formation endogène* (œuf), comme dans la formation libre des cellules, la partie la plus essentielle consiste toujours dans le corpuscule primitif (vésicule germinative), qui précède constamment la formation de la cellule; nous voyons, en outre, que la substance fondamentale (substance vitelline), s'amasse autour de lui comme centre d'attraction pour constituer un corpuscule composé, et que, plus tard enfin, se développe la membrane (vitelline). C'est là le procédé fondamental, que la cellule-mère persiste ou qu'elle se dissolve, que la substance fondamentale se groupe autour du noyau aussitôt après sa formation, ou que la multiplication des noyaux précède le développement des corpuscules secondaires, que la membrane se développe tôt ou tard. Dans la formation endogène, comme dans la formation libre, les cellules se développent donc toujours d'après la même loi fondamentale.

C. La multiplication des cellules dans les cartilages est une génération endogène *par scission.* On observe tout d'abord un partage du noyau en deux parties, puis les deux noyaux s'écartent l'un de l'autre, enveloppés chacun de la moitié du contenu. Celui-ci est dépourvu d'une membrane particulière, de même que les segments de vitellus. Ce ne sont donc pas des utricules primordiaux. La membrane externe ne se forme que plus tard, lorsque s'arrête la scission, la segmentation. Le mode de formation que nous venons d'indiquer se répète ordinairement dans les cartilages avec une grande régularité et successivement un grand nombre de fois.

moi, je l'ai toujours trouvé *très-sensible*, je dis *très-sensible* à l'état normal; et, bien longtemps avant moi, Duverney, le père de l'anatomie comparée moderne, avait vu et dit là-dessus tout ce qu'on peut en voir et en dire : « Quant au sentiment de la moelle, dit-il, dont on a fort douté, on voit par les expériences que j'en ai faites, qu'il est très-vif et très-exquis. » (*Mém. de l'Acad. des Sciences*, année 1700, p. 15.)

Vers à soie. — M. DUMAS donne lecture d'un *second rapport sur la maladie des vers à soie*, à propos de communications faites à l'Académie par M. Coste, M. Martins et M. Hardy.

— Les *Comptes rendus* publient un extrait du rapport de M. HARDY, directeur de la pépinière d'Alger, *sur les opérations de la filature de soie pendant l'année* 1856.

Chimie agricole. — M. Paul THENARD donne lecture d'un *Mémoire sur la fixation des parties riches du fumier sur les terres.*

Géologie. — M. DAUBRÉE lit un travail sur des *Expériences démontrant la cause de la pénétration mutuelle des galets calcaires ou quartzeux dans les poudingues de divers terrains.*

Physiologie. — M. MANDL présente un mémoire contenant des *Recherches sur le développement des tissus fibrillaires.*

— M. MIRLEAU D'IHIERS soumet au jugement de l'Académie une note sur le *pralinage des céréales.*

— M. THELLIER-VERRIER adresse, de Lille, un mémoire intitulé : *Découverte d'un nouveau procédé de peinture : pétrification des bois par les pierres dures et les terres calcinées.*

Couperose. — M. SELLIER adresse au Président la lettre suivante :

« Je viens vous demander la permission de rectifier l'erreur qu'a commise M. Rochard dans la lettre qu'il a adressée à l'Académie le 6 de ce mois, et dans laquelle il rappelle les expériences que nous avons faites ensemble avant 1851. S'il avait lu avec attention le compte rendu de la séance du 23 mars, il aurait apprécié qu'il s'agit d'un médicament nouveau; que j'emploie aujourd'hui, pour la guérison de la couperose, l'iodure de chlorure mercureux *modifié*, qui me donne des résultats constamment heureux et beaucoup plus prompts.

« Lorsque M. Boutigny (d'Évreux) publiera son *modus faciendi actuel*, on verra que l'agent chimique diffère essentiellement de l'ancien, qui est loin d'avoir la même puissance sur l'économie, et la même régularité dans son action.

« Je ferai remarquer encore que les modifications apportées à la médication et aux doses du médicament, indiquées d'ailleurs dans mon mémoire, constituent un traitement différent.

« Quant à la prétention de M. Rochard, je dirai simplement (ce que tout le monde sait) qu'on a publié il y a environ dix ans, dans plusieurs Annuaires de thérapeutique, la découverte de M. Boutigny, ainsi que ses diverses formules (1), et qu'il était conséquemment impossible d'ignorer ces faits.

« M. Rochard, pour être juste lui-même, aurait dû dire franchement, tout d'abord, que M. Boutigny, qui est à la fois médecin et chimiste, a *le premier employé, en* 1838, puis donné le conseil d'employer cet agent médicamenteux contre les dermatoses et les affections scrofuleuses, et que c'est à lui que revient principalement le mérite des cures signalées.

« L'énergie d'action de l'iodure de chlorure mercureux modifié est connue d'un grand nombre de médecins; la plupart des guérisons ont été obtenues sur des malades qu'ils ont bien voulu m'adresser. J'ai cité dans mon mémoire les noms de plusieurs; j'aurais pu en nommer beaucoup d'autres, si je n'avais craint de dépasser les limites qu'impose habituellement une communication faite à l'Académie des sciences.

(1) Voir le *Journ. de chimie méd.*, mars 1847, p. 121.

« Incessamment, des malades affectés de couperose seront soumis à l'action de ce médicament, à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. le professeur Jobert, de Lamballe, et à l'hôpital Saint-Louis, dans les salles de M. le docteur Devergie ; nous devons cette faveur à l'extrême obligeance de ces honorables confrères. »

— M. Dalmas envoie de Marseille une *Note sur la substitution de l'acide carbonique à la vapeur d'eau comme puissance motrice.*

Géologie. — M. Valenciennes présente, au nom de M. Hornbeck, une carte de l'île danoise de Saint-Thomas.

— M. Boznemann adresse à M. le Secrétaire une *Lettre sur les phénomènes éruptifs de la Sardaigne.*

— M. Wohler adresse à M. Dumas une lettre *sur un nouvel oxyde de silicium.*

— M. F. Pisani envoie une *Note sur un dérivé nouveau de l'acide anisique.*

— M. Faivre adresse une lettre concernant son *Mémoire sur le cerveau des distiques,* considéré dans ses rapports avec la locomotion.

Séance du 27 avril 1857.

M. Laugier présente un mémoire intitulé : *Expériences sur la sensibilité de l'œil dans les pointés astronomiques.*

— M. Thénard, au nom de la Commission qui avait été chargée de l'examen des recherches de M. Berthelot, *sur le soufre*, fait de vive voix un rapport favorable sur ce travail.

— M. d'Archiac est nommé membre de l'Académie à la place laissée vacante par la mort de M. Constant Prévost, dans la section de minéralogie et de géologie.

Candidatures. — Une Commission composée de MM. Liouville et Pouillet, Chevreul et Rayer, MM. Séguier et le maréchal Vaillant, M. Geoffroy Saint-Hilaire, est chargée de présenter une liste de candidats pour la place d'académicien libre, vacante par suite du décès de M. de Bonnard.

— M. Verdier, médecin inspecteur des eaux de Cauvallat (Gard), présente un mémoire ayant pour titre : *Quelques mots sur le parasitisme, la suette et le choléra.*

— M. A. Passy présente un travail ayant pour titre : *Essai sur les contrées naturelles de la France.*

— M. Durocher soumet à l'Académie un travail intitulé : *Recherches sur les roches ignées.*

— M. Louis Mandl présente un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur le développement de la cellule animale.* (*Voir* plus haut.)

Vers à soie. — M. Guérin-Méneville envoie une note sur les éducations de graines qu'il conviendrait de faire aujourd'hui pour atténuer les désastreux effets de l'épizootie des vers à soie.

— M. Bégin prie l'Académie de le comprendre au nombre des candidats à la place d'académicien libre, vacante par suite du décès de M. de Bonnard.

— M. A. Passy envoie une *Carte géologique du département de l'Eure.*

— M. Muston présente une *Note sur une secousse de tremblement de terre* ressentie aux environs de Montbéliard. — Liste des tremblements de terre ressentis à Montbéliard durant le XVIIe siècle.

— M. Manzy envoie une note sur les couches traversées dans le forage du puits artésien de Passy.

— M. Abate envoie une lettre concernant son mémoire sur un nouveau système de construction des maisons destinées aux classes moyennes et aux classes ouvrières.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Cher ami,

Serez-vous assez bon pour donner place, dans vos colonnes, aux remerciements que je veux offrir à cet excellent Roux ?

— Mais certainement, avec plaisir.

— J'en étais sûr ; alors, merci et bien à vous.

Dr Joulin.

Mon cher Roux,

Dire que vos vers sont charmants, serait vous répéter ce que tous nos amis vous ont déjà dit cent fois. Je vais donc leur chercher des défauts et me créer par cela même et d'emblée une belle réputation de modestie ; car, jusqu'ici, on n'a jamais vu un écrivain chercher à critiquer la louange mise en beaux vers à son intention.

Je trouve donc à vos vers un grand défaut, il est vrai que je n'en trouve pas d'autre : c'est que vous me faites la part trop belle à vos dépens, vous gaspillez si bien votre amour-propre pour le compte de vos amis, que lorsqu'il s'agit de parler de vous, il ne vous reste plus que de la modestie, et vous êtes bien forcé de vous en contenter.

Mais la modestie d'un homme de talent est une lanterne dont le public se charge de fournir la bougie, comme il se charge d'éteindre le lampion que s'allume la vanité exagérée de certains auteurs ; et votre lanterne éclaire la route de manière à ce que les imprudents qui viendront vous heurter ne puissent invoquer l'excuse des ténèbres ou de l'heure avancée.

Ah ! cher ami, écrivez tous les mardis une fable aussi charmante que celle dont je vous remercie, et l'on m'aura bientôt oublié (si la chose n'est déjà faite).

Ne parlez donc plus de ma supériorité imaginaire et ne laissez jamais, surtout, supposer qu'un nuage peut voiler notre amitié, car je suis aussi fidèle à mes amis qu'à mes instincts d'indépendance, et n'ai de commun avec le rossignol auquel vous me comparez, qu'un éloignement invincible pour tout ce qui ressemble à une cage.

Recevez, etc. Dr Joulin.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un des hommes qui ont porté avec le plus de dignité le titre de médecin et de membre de l'Académie de Médecine. M. Guéneau de Mussy, père de M. Henri Guéneau de Mussy et oncle de M. Noel Guéneau de Mussy, a succombé jeudi soir à une récidive de pneumonie. Nous publierons ultérieurement quelques détails sur la vie si honorable de ce regrettable praticien.

Concours pour l'agrégation. — Le concours de l'agrégation près la Faculté de Médecine de Paris vient de se terminer par les nominations suivantes :

En médecine : MM. Chauffard, Hérard, Axenfeld et Empis.

En chirurgie : MM. Duchaussoy, Fano, Trélat et Foucher.

En accouchement : M. Blot.

— Le défaut d'espace nous oblige à remettre à un prochain numéro deux articles que nous avons reçus à propos de la publication de notre excellent collaborateur, M. Hardy.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Monographie pharmacologique et thérapeutique de l'iodure de fer, par F. Gille, pharmacien à Paris. — Chez Labé, libraire. — Prix : 4 fr. 50 c.

Cet ouvrage est délivré *gratuitement* au bureau du journal, à tous les abonnés du *Moniteur des Hôpitaux*. MM. les abonnés de province qui voudraient le recevoir *franco* par la poste, n'auront qu'à en faire la demande par lettre affranchie, accompagnée d'un bon de UN FRANC ou de timbres-poste pour la même somme.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 55. 5e ANNÉE. Jeudi 7 Mai 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Deux observations sur des accidents qui compliquent le diabète,

Par M. DIONIS DES CARRIÈRES,
Ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de Paris
(grand prix de l'École Pratique).

(Suite et fin. Voir le n° 54.)

Je dois l'observation suivante à l'obligeance de mon confrère M. Tortera, qui fut à même de donner des soins assidus au malade :

OBS. II. — *Eruption furonculeuse. — Ulcération de la jambe gauche et gangrène des extrémités chez un diabétique. — Mort. — Maladie ayant duré huit ans au moins.*

En 1834, M. M.... a 50 ans au plus; il est d'une constitution robuste, d'une santé bonne, d'un tempérament sanguin-bilieux; il est frugal, et mène une vie très-active.

Il a dû avoir à une époque fort reculée, vers 1815, une éruption furonculeuse considérable, car il en parle souvent. Quelques années auparavant, il a eu une syphilis constitutionnelle dont il a été convenablement traité, aucune manifestation syphilitique nouvelle ne s'étant reproduite depuis ce temps chez lui ou les siens.

Après deux mois de courses journalières employées à la surveillance d'un nombreux atelier, dont le travail intéresse et passionne M. M...., il se sent brisé, courbaturé; le repos, les bains ne rétablissent pas sa santé; une saignée est réclamée. La circulation est bonne, une émission sanguine paraît indiquée, et pourtant elle produit immédiatement un effet mauvais. L'équilibre de la santé se détruit; la fièvre s'allume, devient continue, prend le caractère de fièvre typhoïde à forme muqueuse. Symptômes peu alarmants, mais atonie profonde, insensibilité remarquable à l'action des agents thérapeutiques. Cet état dure six semaines. — La convalescence est longue, pénible; le malade sent son existence compromise; ses médecins le croient menacé d'une cachexie quelconque. Régime analeptique; les amers et les ferrugineux sont prescrits.

Les effets de ce régime restant peu fructueux ou peu rapides, il change de médecin et s'adresse à un de ses parents, M. Guillemineau, qui exerce la médecine dans le Loiret. Il revient persuadé qu'il porte une entérite chronique. Il se soumet pendant plusieurs années au régime et au traitement antiphlogistiques, sangsues, bains, diète végétale, lactée, etc.

Sa santé s'altère de plus en plus. En 1840, traitement homœopathique; résultats infructueux.

En 1841, M. M.... (57 ans) se perd dans ses vêtements; peau terreuse, démarche vacillante, état de décrépitude. Après quelques mois de soins domestiques donnés infructueusement à une ulcération de la jambe gauche, mon honorable confrère, M. Tortora, est appelé de nouveau. Il reconnaît un *ulcère atonique* sur un membre variqueux et promet une guérison facile de cette affection : il est effrayé de la maigreur squelettique du malade et de l'aspect parcheminé de sa peau. Souffrances nulles, appétit bon, digestions faciles. Rien ne gênerait le malade, dit-il, sans cette inflammation intérieure qui lui donne une *altération incessante*, jamais satisfaite, et qui grandit depuis dix ans. Non-seulement il boit avidement, mais il ne peut manger que des aliments frais. Il vit de lait caillé et de pain émietté dans de l'eau; des masses de ces substances sont ingurgitées et ne produisent pas de sentiment de gonflement, tant elles sont vite passées et rendues par les urines aussitôt que prises, dit le malade.

Un examen fait le lendemain permet de constater que M. M.... rend, par vingt-quatre heures, six litres d'urine, d'une odeur plutôt miellée qu'ammoniacale. Pour le convaincre, on place sur le feu un peu de son urine contenue dans un vase de fer, et on lui fait apprécier à la vue et à la saveur un sirop très-épais d'abord, puis se convertissant en masse noirâtre et parfumant l'appartement d'une odeur très-caractérique de caramel, bien pure de vapeur ammoniacale.

Le régime et le traitement sont radicalement modifiés; le malade se sent renaître, et quinze jours plus tard, sa jambe, dont l'ulcère a été renfermé sous une cuirasse de bandelettes agglutinatives deux ou trois fois renouvelée, se trouvant guérie, il se rend à Auxerre pour consulter, puis à Paris où il voit M. Bouchardat.

Il se trouva tellement bien des avis qui lui furent donnés, que six mois après il urinait seulement 1 litre 25 centilitres d'urines très-ammoniacales par 24 heures; sa peau, perspirable, souple, s'était tendue sur des muscles régénérés. L'embonpoint était revenu, et M. M.... retrouva sept années d'une existence active et fructueuse.

Pendant cette période, il resta par prudence et un peu par nécessité, soumis au régime animalisé et alcoolisé, ainsi qu'aux médications spécifiques, sels ammoniacaux, ferrugineux, amers, iode, etc. De loin en loin, les urines soumises à l'action des réactifs, tantôt contenaient de la glucose, tantôt n'en renfermaient pas de quantité appréciable. Cet état se prolongea jusqu'à la fin de 1848.

En janvier 1849, M.... devient boiteux; il s'en prend à la goutte; plus tard, c'est seulement un cor au pied qui le gêne pour monter à cheval. Après quelques semaines de souffrances peu intenses, il appelle son médecin.

Le 22, à la partie interne de l'orteil médius du pied gauche, au niveau de la première articulation des phalanges, la peau sur une étendue moindre d'un centimètre, est altérée dans sa structure; elle n'a pas l'aspect lamelleux ou corné d'un cor. Cette surface, à peine élevée, est molle, spongieuse, grise; touchée avec le stylet, elle reste insensible; les fibres qui la constituent se laissent assez facilement écarter et le stylet tombe dans l'articulation sèche, rugueuse, sans synoviale et sans cartilage; l'œil peut apprécier la couleur grise, terne des deux têtes des phalanges qui sont nécrosées. Aucun travail d'élimination n'existe. La circulation artérielle locale ne présente aucun obstacle appréciable; la circulation générale est normale.

On prescrit le traitement préconisé par Pott, l'opium et les applications émollientes. Il prend, en outre, du vin de quinquina et des tisanes amères. Rien de salutaire ne se produit; loin de là, l'orteil se flétrit, change de couleur, se sphacèle, et bientôt il faut en faire l'ablation (le 10 février) pour débarrasser le malade de l'odeur fétide qu'il exhale.

Les jours suivants, la base des orteils se tuméfie à la face dorsale et à la face plantaire, le sphacèle s'étend; la marche du mal prend une progression rapide. Plusieurs médecins des environs sont appelés. Au jour désigné pour l'amputation (24 février), toute la partie postérieure de la jambe est sphacélée, nulle ligne de démarcation ne s'établit. L'opération est ajournée; le malade meurt le lendemain.

Enfin, pour terminer, disons que jamais M. M.... n'a eu de troubles de la vision ou d'accidents du côté du système cérébro-spinal.

Ces deux faits, auxquels j'en pourrais ajouter un troisième, si je ne tenais avant tout à donner des observations aussi complètes que possible (celui d'un parent du sujet de mon obs. II, chez lequel on vient de reconnaître un *diabète,* et qui porte depuis longues années un *ulcère à la jambe*), méritent, je crois, avec ceux qu'a cités M. Marchal (de Calvi), d'attirer sérieusement l'attention des praticiens.

Il y a longtemps déjà qu'on a signalé des diabètes qui n'étaient caractérisés par aucun des symptômes ordinaires (soif, diurèse ou boulimie).

Il y a quelque temps aussi qu'on en a cité qui avaient duré, comme chez ces deux malades, un grand nombre d'années. Mais ce qu'on ne savait pas avant M. Marchal, c'est que cette affection peut se compliquer de gangrène dans différents points du corps (furoncles, escharres); ce qu'on ne savait pas, je crois, avant les deux observations qui précèdent, c'est que le diabète peut être accompagné d'*ulcères aux jambes* dont la cause restant méconnue, il est très-difficile de triompher avec les moyens employés ordinairement.

Les troubles du côté de la vision avaient déjà été signalés par M. Bouchardat. Tous ces accidents s'expliquent très-bien par une altération du sang, par la présence du sucre dans les différentes humeurs de l'économie. La gangrène a été observée, en effet, dans beaucoup de maladies caractérisées par une altération du sang.

Quant aux symptômes de paraplégie notés par M. Marchal et observés chez M. X...., au lieu de les regarder comme des effets de la maladie, ne pourrait-on pas les regarder comme liés intimement à la cause même du diabète? Depuis les belles expériences de M. Cl. Bernard, l'influence du système nerveux sur la sécrétion du foie n'est un mystère pour personne. Pour soutenir une semblable thèse, une lésion du système cérébro-spinal, il faudrait, j'en conviens, des données nécroscopiques qui n'existent pas encore.

Avant donc de poser aucune conclusion, il faut attendre de nouveaux faits, et je ne saurais trop engager à examiner les urines des malades qui maigrissent rapidement, qui sont affectés d'ulcères aux jambes, d'éruptions furonculeuses, de gangrène, d'amaurose et de paraplégie.

MÉDECINE.

Études pratiques sur l'hydrothérapie,

Par M. le Dr E. Collin,
Médecin des salles militaires de l'hôpital de Billom.

(*Extrait d'un mémoire lu à la Société de médecine de Clermont-Ferrand.*)

En 1855, je soignais depuis longtemps une dame atteinte d'un engorgement de l'utérus avec antéversion, abaissement considérable, accidents nerveux portés à leur summum d'intensité, etc. J'écrivis à M. le docteur L. Fleury, qui me répondit qu'il regardait l'hydrothérapie comme le moyen le plus efficace pour remédier aux accidents que je venais de lui faire connaître.

Mme X.... fut enlevée de son lit, portée à la diligence de Clermont, où elle arriva après des souffrances atroces et des crises suivies de perte de connaissance; le lendemain, elle partait pour Bellevue.

Trois mois après, je voyais revenir ma malade, aussi bien portante que possible. L'engorgement avait totalement disparu, et si, depuis, Mme X.... a eu quelques rares souffrances, car chez elle les mêmes causes tendent toujours à produire les mêmes effets, toujours le traitement hydrothérapique a triomphé d'une congestion jusqu'alors rebelle à tout traitement.

Quelques mois après, je conseillai le traitement par l'eau froide à un nouveau malade, M. de X...., qui était regardé, par tous les médecins consultés, comme affecté d'un ramollissement cérébral, suite de congestions fréquentes accompagnées de perte de connaissance.

Ce malade, atteint depuis longtemps d'une affection goutteuse, était réduit à la dernière extrémité : amaigrissement considérable, sensation d'un cercle de fer lui comprimant la tête, impossibilité absolue de poursuivre une idée, pleurs survenant à la moindre émotion, inappétence complète, vertiges continuels et permettant à peine quelques pas au malade, etc.

Malgré les conseils de plusieurs des médecins consultés, malgré l'immense responsabilité que j'assumais sur moi, jeune médecin, responsabilité qui aurait pu, peut-être, je pourrais dire certainement, briser ma carrière, en cas d'insuccès, j'accompagnai M. de X.... à Bellevue, car, quelques jours auparavant, M. Fleury m'avait fait l'honneur de m'écrire la lettre suivante :

Monsieur et cher confrère,

Je n'hésite pas à répondre à la note que vous avez bien voulu m'adresser :

1° Il est évident que les accidents sont dus à des congestions encéphaliques;

2° Ces congestions ne me paraissent point se rattacher à une lésion organique du cerveau, à un travail de ramollissement, etc.;

3° Les émissions de sang ne sont qu'un fâcheux palliatif;

4° L'indication curative est de recourir à un traitement révulsif et antigoutteux;

5° Pour accomplir cette indication, je ne connais pas de modificateur plus sûrement efficace que l'hydrothérapie appliquée avec méthode et discernement, etc., etc.

Le voyage se fit assez bien; mais, arrivé à la gare du chemin de fer de Versailles, une fois descendu de voiture, la marche devint complétement impossible; il nous fallut rester pendant une heure assis sur un banc du vestibule, et j'avoue que je désespérais de faire gravir à mon malade les marches qui conduisent à la voie.

Soutenu par deux bras, M. de X.... arrive enfin; nous montons en wagon, nous voici à Bellevue.

Le lendemain, j'assistai à la première douche. Si M. Fleury veut bien se le rappeler, il vit M. de X...., homme autrefois fort, vigoureux, d'un caractère ferme, d'une constitution robuste, habitué aux exercices du corps les plus violents, il le vit, dis-je, pleurer comme un enfant au récit de ses maux, tant la susceptibilité

nerveuse était grande. Quelques minutes après, la douche était donnée, parfaitement supportée, et, pendant cinquante-cinq minutes, M. de X.... se promena dans le jardin de l'établissement; ce ne fut que sur mes instances qu'il rentra dans sa chambre, le cœur plein d'un espoir de guérison qu'il ne possédait pas quelques instants avant, et qu'il me témoignait par les protestations d'une reconnaissance sans bornes. Quelques semaines plus tard, M. de X.... était complétement guéri.

Ces faits, qui seront certainement publiés *in extenso* par M. Fleury, me frappèrent. Je résolus d'expérimenter l'hydrothérapie par moi-même. Je suis heureux et fier, tout à la fois, d'être le premier dans mon département et dans les départements voisins, à faire connaître les avantages de cette médication par des faits dont je renvoie tout le mérite et tout l'honneur à M. Fleury, dont les écrits et les exemples ont été mes seuls guides dans cette difficile entreprise.

Je sais bien, et cela par ma propre expérience, que ce mode de traitement soulève encore bien des oppositions, oppositions qui ne sont pas toujours très-désintéressées et très loyales; mais je ne crains pas d'avancer, et je suis certain de ne pas être désavoué par ceux qui l'ont sérieusement étudié, que M. Fleury a rendu un service immense à la thérapeutique et à l'humanité, en tirant l'hydrothérapie de l'empirisme au milieu duquel elle était restée depuis la découverte de Priessnitz.

Mon but, dans ce travail, n'est pas de dire quelque chose de neuf, de formuler quelques nouvelles théories; je veux simplement, glanant après le maître, apporter ma pierre à l'édifice qui s'élève; heureux si mes observations peuvent contribuer pour une part, quelque faible qu'elle soit, à engager mes confrères à étudier sérieusement cette partie si importante de l'art de guérir!

Je passerai donc en revue les différentes affections que j'ai traitées par l'hydrothérapie.

Avant d'entrer en matière, il est une question que je ne peux passer sous silence, car elle domine le traitement par l'eau froide, c'est l'intervention directe du médecin pendant l'opération.

Pour le médecin, je ne dirai pas qu'il est occupé spécialement d'hydrothérapie, mais pour celui qui a tout simplement réfléchi quelques instants sur l'action puissante de ce traitement et sur les dangers qui peuvent en résulter entre des mains mercenaires, il serait complétement inutile de prouver que l'homme de l'art peut seul diriger les effets et prévenir les accidents funestes. Mais il est nécessaire pour les gens du monde de leur faire comprendre combien sa présence est indispensable.

Pour le traitement des hommes, la difficulté n'existe pas; mais il n'est pas une femme qui ne soit effrayée à l'idée de cette intervention, et qui ne nous objecte que dans tel ou tel établissement, les choses ne se passent pas ainsi.

Or, qu'au point de vue de l'hygiène, un homme, parfaitement bien portant, dont toutes les fonctions s'exécutent aussi bien que possible, vienne se mettre chaque jour, pendant quelques secondes, sous une douche en pluie, je le comprends; mais qu'un malade, quelle que soit son affection, prétende qu'il peut impunément se doucher ou se faire doucher en dehors de la présence du médecin, je ne verrai toujours dans cette assertion qu'une présomption absurde ou une raison économique plus absurde encore.

En hydrothérapie, comme dans toutes les sciences, chaque jour de pratique amène son degré d'expérience. J'entends une pratique bien entendue, basée sur des données scientifiques au niveau des connaissances du jour, et non la pratique routinière dans laquelle restent plongés quelques médecins qui se targuent hautement du titre de médecins praticiens parce qu'ils reçoivent un journal de ce nom, qu'ils ne lisent pas, et qui viennent, par exemple, vous dire avec la plus grande assurance et le plus grand sang-froid « qu'ils guérissent chaque jour le croup avec « des vésicatoires et des applications de sangsues, que la cau- « térisation est *chimérique* et la trachéotomie *plus chimé-* « *rique encore*..... » A bon entendeur, salut!

Je n'hésite donc pas à déclarer que, pour moi, la nécessité de l'intervention directe du médecin dans l'administration des procédés hydrothérapiques est *absolue*, et pour justifier cette opinion, je ne saurais mieux faire que de renvoyer le lecteur aux belles pages que M. Fleury a consacrées à cette question (1).

Ce travail sera divisé en quatre chapitres :

Le premier contiendra des observations de *fièvres intermittentes;*

Le second, des observations de *rhumatismes et de névralgies;*

Le troisième, des observations de *chlorose, d'anémie et d'hystérie;*

Le quatrième, des observations d'*uréthrite chronique.*

(La suite à un prochain numéro.)

De l'emploi du chloroforme et des narcotiques comme agents thérapeutiques, et moyens de diagnostic dans certaines paralysies,

Par M. le Dr O. Landry.

(SUITE ET FIN.)

(Voir les nos 46, 48 et 53.)

Nous avons vu que certaines paralysies cèdent immédiatement à l'influence des agents stupéfiants et surtout du chloroforme. Ces mêmes moyens sont encore applicables au traitement de quelques autres paralysies, mais avec des effets moins rapides. Alors, leur action, au lieu de s'adresser directement au trouble fonctionnel, porte sur la cause qui en a provoqué le développement. C'est ainsi qu'a évidemment agi le chloroforme dans une observation dont voici les principaux détails :

Obs. VI. — Une femme de 23 ans, depuis longtemps chloro-anémique, était tombée graduellement dans un état nerveux vague, mais très-pénible, lorsque, à la suite d'une émotion morale vive, elle fut prise de convulsions hystériques. Cet accident se reproduisit d'abord de loin en loin et à l'occasion de diverses impressions physiques ou morales.

Plus tard, les accès devinrent très-fréquents et se manifestèrent d'une manière toute spontanée, sans aucune provocation; enfin, ils finirent par avoir lieu presque tous les jours. Dès le début, la malade remarqua qu'après chaque accès les deux membres inférieurs restaient très-faibles pendant quelques heures; elle éprouvait aussi une certaine difficulté à fermer ou étendre les doigts. D'abord, cette faiblesse n'eut qu'une courte durée; mais, quand les accès se rapprochèrent, cet état se dissipa chaque fois moins complétement; au lieu de présenter des intermittences de quelques semaines ou de quelques jours, comme auparavant, il prit, pour ainsi dire, un type subintrant, puis simplement rémittent. Il s'établit alors une véritable paralysie qui, très-complète après les attaques, diminuait un peu dans leur intervalle, et alors la malade pouvait marcher, quoique avec peine; mais un nouvel accès augmentait encore l'affaiblissement. Enfin, la paralysie devint tout à fait permanente.

Lorsque je vis cette jeune femme pour la première fois, le 10 mars 1855, la marche, la station debout et même les mouvements des membres dans le lit étaient impossibles. Les doigts de la main gauche ne s'ouvraient et ne se fermaient qu'avec peine. Miction et défécation normales; analgésie presque générale; irritabilité musculaire intacte; pas d'atrophie; pas de mouvements réflexes ni convulsifs spontanés en dehors des accès; pas de contracture, etc.

Outre le traitement antichlorotique, dans le but de combattre les attaques ou d'en modérer la violence, je prescrivis progressivement à la malade de 0,25 centigr. d'extrait gommeux d'opium à 0,15 centigr. par jour. En outre, elle prit trois fois par jour une cuillerée à café d'éther sulfurique dans un demi-verre d'eau; enfin, dès qu'elle commençait à éprouver les phénomènes précurseurs des accès, on lui

(1) L. Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, 2e édit., p. 176-181.

faisait inspirer de trente à quarante gouttes d'un mélange à parties égales de chloroforme et d'éther.

Dès les premiers jours, ce dernier moyen eut pour effet de prévenir les convulsions ou de les arrêter quand j'arrivais trop tard ; mais l'irrégularité des heures des accès fut d'abord un obstacle à l'emploi des inhalations en temps opportun, jusqu'à ce que j'aie cru prudent d'autoriser les parents à agir seuls. A partir de ce moment, les attaques furent graduellement plus rares, et, au bout de six semaines environ, on put se passer du chloroforme, de l'éther et de l'opium. A mesure que les accès s'éloignèrent, la paralysie devint chaque jour moins complète ; celle de la main gauche disparut la première. Le 15 avril, la malade put marcher dans la chambre ; le 25, elle fit une promenade à pied dans Paris, et dès lors la guérison persista.

Pendant les inhalations de chloroforme et d'éther, je n'ai jamais remarqué la moindre modification favorable dans l'état des parties paralysées. La malade se plaignait, au contraire, d'une plus grande lourdeur dans les membres, et la pression de la main gauche était manifestement encore plus faible.

J'ai appris récemment que cette jeune femme est morte en province avec les symptômes d'une phthisie pulmonaire.

Chez cette malade, la paralysie avait été évidemment consécutive aux attaques hystériques dont elle subissait toutes les fluctuations, disparaissant ou diminuant quand elles cessaient ou s'éloignaient, et se reproduisant dès qu'elles devenaient plus fréquentes ou plus intenses. Le chloroforme et l'éther, en prévenant les convulsions ou en modérant leur violence, remplissaient donc, vis-à-vis du trouble du mouvement, une indication capitale ; aussi, lorsque, par l'emploi de ces moyens, on fut parvenu à éviter les accès pendant un certain temps, les membres inférieurs revinrent à leurs fonctions. J'interprète d'une manière identique les effets du chloroforme dans une seconde observation, très-analogue à la précédente, qui a été publiée *in extenso* par M. L. Fleury (*Monit. des Hôp.*, décembre 1856). Je rappellerai seulement de ce fait ce qui a rapport à mon travail :

Obs. VII. — M. L...., âgé de 17 ans, très-grand et faiblement constitué, d'un tempérament nerveux, fut atteint, vers l'âge de 12 ans, d'une fièvre intermittente tierce, puis quotidienne, qui céda d'abord à la quinine, mais qui devint, par la suite, rebelle à toutes les médications employées. Cette affection se dissipa spontanément au retour de la belle saison, pour reparaître au commencement de l'hiver suivant. Pendant quatre années consécutives, les choses se passèrent ainsi ; mais en 1856, la fièvre persista malgré le retour de l'été. Outre les accidents fébriles, il s'était développé chez M. L.... un état nerveux, vague, général. Le 5 février 1856 eut lieu une attaque convulsive semblable à celles que j'ai pu observer plus tard. Dès lors, chaque jour, il y eut un ou deux accès, d'abord à des heures irrégulières, puis régulièrement à l'heure de l'accès fébrile, pendant la période de froid. Cependant, toute impression physique ou morale provoquait encore des convulsions en dehors du moment de la fièvre.

Dès les premières attaques, les membres inférieurs s'affaiblirent, et, au bout d'un mois, il y avait une paraplégie complète qui persista aussi bien que les convulsions et les accès fébriles, malgré un traitement actif. Le malade fut envoyé dans cet état à Bellevue, le 10 juillet 1856, cinq mois après le début de ces accidents graves.

Chaque jour, vers quatre heures, un accès fébrile. Pendant la période de froid éclatent de violentes convulsions sans perte de connaissance, qui sont nettement hystériques. — Paralysie complète du mouvement des membres inférieurs. Miction et défécation normales. Irritabilité musculaire et excitabilité des cordons nerveux bien conservées. Pas d'atrophie. Pas de mouvements réflexes ni de mouvements convulsifs spontanés dans les parties paralysées, excepté pendant les accès. Alors les membres inférieurs sont agités de convulsions plus violentes que le reste du corps. Pas de contractures ni de contractions fibrillaires. Hyperesthésie presque générale, mais surtout marquée à la région vertébrale et sur la moitié inférieure du tronc. Dans ces points, la sensibilité est telle que le moindre attouchement provoque des cris et même des convulsions.

Le 11 juillet, le traitement hydrothérapique est commencé par un enveloppement dans un drap mouillé. Mais cette application détermine immédiatement l'accès fébrile, puis un accès convulsif plus long et plus violent que d'ordinaire. Le 13, aux premiers mouvements convulsifs, le malade est soumis à des inhalations de chloroforme, et l'accès avorte. Chaque jour, la même précaution est prise, et les convulsions n'ont plus lieu qu'à des intervalles de plus en plus éloignés.

Du 13 *juillet* au 4 *août*, il n'y a eu que deux accès qui, d'ailleurs, ont été rapidement arrêtés au moyen du chloroforme. Le 21 juillet, les membres inférieurs exécutent quelques mouvements ; les jours suivants, ils prennent de la force.

Le 30, la station debout est possible.

Le 3 *août*, le malade peut marcher, et le 6, il fait deux kilomètres à pied. Dès lors, cette paralysie datant de cinq mois est complétement guérie après trois semaines de traitement.

Jamais la paralysie n'a diminué pendant la chloroformisation ; dans ces moments, au contraire, les mouvements légers que le malade pouvait imprimer d'ordinaire aux parties supérieures des membres pelviens devenaient tout à fait impossibles. Le malade a été aussi surveillé pendant son sommeil, et on n'a pas remarqué que la paralysie fût alors modifiée.

A partir du 19 juillet, les enveloppements ont été supportés sans chloroforme, et le traitement hydrothérapique a été complétement appliqué, et avec les résultats les plus satisfaisants.

La paraplégie avait rapidement succédé aux premiers accès convulsifs ; on voit qu'elle a disparu de même quand les convulsions sont devenues plus rares et moins violentes. L'emploi du chloroforme n'avait eu primitivement pour but que de prévenir chez ce malade les violentes attaques provoquées par les premières applications froides ; mais il est certain que le retour du mouvement ayant coïncidé, comme dans l'obs. VII, avec la disparition graduelle des convulsions, on doit faire honneur de ce résultat plutôt à l'agent anesthésique qu'aux procédés hydrothérapiques, qui, dans le principe, exaspéraient tous les phénomènes nerveux, malgré leur incontestable utilité vis-à-vis de l'affection générale.

Ainsi, dans ces deux cas, ce n'est plus à la paralysie même que s'est adressé le chloroforme, mais à la cause d'où elle procédait, c'est-à-dire aux accès convulsifs. Ici, la paralysie, loin de diminuer immédiatement sous l'influence du chloroforme, comme dans les premières observations, semblait encore augmenter. Or, je crois inutile d'élever une discussion sur la nature de la paralysie chez ces deux malades : il s'agissait évidemment d'une paralysie hystérique proprement dite. J'ai constaté une troisième fois la résistance des paralysies de cette espèce à l'action directe du chloroforme avec M. Labbé, chez une femme du service de M. Briquet, atteinte d'une hémiplégie hystérique. Enfin, j'observe encore actuellement une dame hystérique qui, après chaque accès, éprouve pendant quelques heures une impuissance musculaire complète dans les membres inférieurs. Les inhalations d'éther et de chloroforme ne changent rien à cet état. Ajoutons que dans aucun de ces cas le sommeil ne paraît avoir modifié la paralysie, et j'ai particulièrement observé le jeune L.... (obs. VII) sous ce rapport.

Le chloroforme et, probablement, tous les agents capables d'exercer sur le système nerveux une influence stupéfiante, peuvent donc intervenir dans la thérapeutique des paralysies, mais d'une manière différente, selon la nature de l'affection. Tantôt c'est directement et comme modificateurs immédiats de la perturbation nerveuse qui produit le désordre fonctionnel ; tantôt c'est par une action éloignée sur la cause déterminante du mal. Dans le premier cas, la paralysie cède instantanément, mais pour se reproduire ensuite ; dans le second, elle se dissipe progressivement après un temps plus ou moins long, suivant les changements apportés à la cause dont elle est la conséquence. Quelques-unes des observations consignées dans ce travail feront comprendre la nature des services que de tels moyens peuvent rendre dans la pratique. Ainsi, dans l'obs. IV (Mlle B...),

l'usage du chloroforme a rappelé la malade à la vie, au moment où la mort semblait imminente.

Mais outre ces données thérapeutiques nouvelles, les faits dont il vient d'être question me paraissent conduire à des conclusions importantes au point de vue du diagnostic. En effet, chez ceux de ces malades dont j'ai pu recueillir moi-même les observations (obs. I, IV, V, VI, et VII), les symptômes intimes, caractéristiques de la paralysie, ont toujours été identiques. Chez tous j'ai noté : la conservation de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilité des cordons nerveux ; l'intégrité de la nutrition musculaire ; l'absence de mouvements réflexes ou convulsifs spontanés, de contracture, de contractions fibrillaires et de tremblement dans les parties actuellement privées de mouvements volontaires et en dehors des accès convulsifs généraux, quand il y en avait.

Or, cet ensemble constitue la symptomatologie spéciale d'un groupe dans lequel viennent se placer un certain nombre d'espèces de nature différentes, entre autres et surtout les paralysies hystériques et sympathiques. Entre ces diverses espèces, il serait donc heureux de trouver des phénomènes distinctifs. Pour ma part, je suis porté à croire que les différences d'action du sommeil, du chloroforme et des autres agents stupéfiants, vis-à-vis des paralysies de ce groupe, constituent un élément de diagnostic précieux. Suivant moi, les paralysies sympathiques seules sont aptes à subir ces rapides modifications signalées dans les six premières observations, et elles se distingueraient ainsi des paralysies hystériques proprement dites, sur lesquelles ces mêmes moyens n'ont aucune influence immédiate.

J'ai cherché à appeler l'attention, dans ce mémoire, sur des faits presque complétement inconnus, mais dont la valeur pratique n'échappera à personne. Si la nature de cette étude m'a conduit à des commentaires trop étendus, on ne doit pas oublier qu'il s'agit d'une des parties les moins explorées de la pathologie et les moins familières aux médecins. En abordant un tel sujet, il ne suffit pas d'énoncer les résultats de ses recherches, il faut surtout en démontrer l'exactitude. J'ai essayé de le faire, en discutant avec soin mes observations personnelles, en les appuyant d'exemples qui me sont étrangers, et, enfin, en invoquant, suivant les nécessités de mon sujet, les données physiologiques ou pathologiques actuellement acquises à la science. Le résumé suivant dissipera, d'ailleurs, je l'espère, ce que les développements dans lesquels je suis entré peuvent avoir laissé d'obscurité à ma pensée.

Conclusions.— 1° Il existe un groupe de paralysies du mouvement, caractérisées par un ensemble symptomatique dont voici les traits spécifiques : conservation de l'irritabilité musculaire et de l'excitabilité des troncs nerveux ; — intégrité de la nutrition musculaire ; — absence de mouvements réflexes, de mouvements convulsifs spontanés, de contractures, de contractions fibrillaires et de tremblement dans les parties actuellement privées du mouvement volontaire ;

2° Dans ce groupe se rangent surtout les paralysies hystériques et les paralysies sympathiques, généralement confondues sous la dénomination commune d'*hystériques;*

3° Quelques-unes de ces paralysies disparaissent pendant le sommeil et cèdent immédiatement à l'action du chloroforme (probablement aussi de l'éther) et des narcotiques ; les autres ne sont nullement modifiées par ces diverses influences ;

4° Les premières paraissent appartenir à la catégorie des paralysies sympathiques ; les secondes sont les paralysies hystériques proprement dites ;

5° Ces phénomènes constitueraient donc un moyen de diagnostic entre les paralysies hystériques vraies et les paralysies sympathiques ;

6° Ils séparent, en tout cas, les paralysies dans lesquelles on les observe de toutes celles qui dépendent d'une lésion organique du système nerveux ou musculaire ;

7° Enfin, les agents stupéfiants et anesthésiques peuvent intervenir dans la thérapeutique des paralysies, soit comme moyens curatifs, soit comme palliatifs, ou simplement à titre d'auxiliaires.

MÉDECINE LÉGALE ET TOXICOLOGIE.

Remarque sur la recherche toxicologique de l'arsenic,

Communiquée par le Dr Blondlot (de Nancy).

Lorsque, il y a vingt ans, Marsh produisit sa méthode pour la recherche chimico-légale des composés arsenicaux, un grand nombre de chimistes s'efforcèrent, comme à l'envi, d'y apporter quelques perfectionnements, les uns en modifiant les appareils, et les autres en produisant différents procédés pour détruire les matières organiques qui recèlent la substance toxique (1). Aujourd'hui, à cette espèce d'émulation, a succédé une sorte d'indifférence, qui semblerait indiquer que, sur ce point important, la science a dit son dernier mot. Or je me propose de démontrer qu'il est loin d'en être ainsi, et qu'en opérant comme on a coutume de le faire, on perd constamment une proportion plus ou moins considérable d'arsenic ; de sorte que, lorsque les tissus n'en recèlent que des traces, on court le risque d'en méconnaître complétement la présence.

Les recherches dont il s'agit portent exclusivement sur la destruction des matières organiques par l'acide sulfurique, d'après le procédé de MM. Danger et Flandin, qui est adopté par la plupart des toxicologistes. Du reste, pour exposer les faits que j'ai à produire, je crois ne pouvoir mieux faire que de les présenter dans l'ordre même où ils se sont offerts à mon observation.

En procédant à l'autopsie de trois personnes qui avaient succombé depuis une huitaine de jours, après l'ingestion d'une forte dose d'acide arsénieux, je remarquai dans les replis de la muqueuse stomacale, des parcelles de cet acide, très-faciles à reconnaître d'après leurs caractères physiques, à cela près qu'elles étaient d'un beau jaune à la surface. Je présumai tout d'abord que ce résultat provenait de l'acide sulfhydrique engendré par la putréfaction, ce que des expériences ultérieures ne tardèrent pas à confirmer. Je me demandai alors ce qui devait advenir à l'acide arsénieux, dissous et disséminé dans le parenchyme des organes, pendant la putréfaction de ceux-ci, et je restai convaincu alors qu'une proportion plus ou moins considérable et, parfois même, la totalité de ce toxique devait passer à l'état de sulfure insoluble, que la méthode de MM. Danger et Flandin est impuissante à déceler.

En effet, lors de la carbonisation par l'acide sulfurique, le sulfure d'arsenic engendré par la putréfaction ne subit évidemment aucune atteinte, et reste, par conséquent, dans le charbon aussi insoluble qu'auparavant. Il est vrai que ce charbon doit ensuite être *humecté* avec de l'acide azotique ou de l'eau régale, afin de suroxyder l'acide sulfureux dont il est imprégné, et de faire passer en même temps l'acide arsénieux à l'état d'acide arsénique plus soluble (2). Or, on pourrait peut-être croire que, par la même occasion, le sulfure d'arsenic se transforme en produit soluble. Ce serait une erreur ; car il n'est personne, ayant quelque habitude des manipulations chimiques, qui ne sache que, pour opérer cette transformation, l'acide azotique ou l'eau régale ont besoin d'être ajoutés à plusieurs reprises, dans un certain excès et à l'état de concentration, conditions qui ne sauraient être remplies ici que très-imparfaitement, eu égard

(1) J'ai moi-même publié sur ce sujet, en 1845, un mémoire qui a pour titre : *Nouveaux perfectionnements à la méthode de Marsh, pour la recherche chimico-légale de l'arsenic.*

(2) MM. Barse et Chevallier pensent que cette partie de l'opération n'est point indispensable ; j'ai d'ailleurs prouvé que la double indication dont il s'agit pouvait être remplie plus facilement par un léger courant de chlore. (*Loc. cit.*)

à la masse charbonneuse dans laquelle le sulfure est disséminé.

Ces différentes considérations m'amenèrent à faire l'expérience suivante :

Une partie du foie, la rate et les reins de l'un des sujets empoisonnés, dont il a été question ci-dessus, ayant été abandonnés pendant six mois dans un vase de grès recouvert de parchemin, s'étaient convertis en une sorte de putrilage. Ayant pesé 500 grammes de cette matière, je les ai carbonisés avec 100 grammes d'acide sulfurique concentré, et le charbon, devenu sec et friable, a ensuite été traité par 30 grammes d'acide azotique fumant, avec toutes les précautions recommandées en pareil cas. Après avoir de nouveau desséché le charbon, je l'ai traité par l'eau bouillante, et, l'ayant jeté sur un filtre, je l'ai épuisé par lixiviation, avec de l'eau chaude, de toutes ses parties solubles. J'ai obtenu ainsi près d'un litre d'un liquide jaunâtre A, que j'ai réduit par l'évaporation à un décilitre à peu près. J'ai de nouveau ajouté, peu à peu, sur le charbon, de l'eau distillée bouillante, et j'ai obtenu un second liquide B, que j'ai concentré comme le précédent. Cela fait, j'ai arrosé le charbon, à plusieurs reprises, avec une solution étendue d'ammoniaque, et le liquide noirâtre qui en est résulté ayant été évaporé à siccité dans une capsule de porcelaine, a été traité à chaud par une quantité suffisante d'acide azotique fumant. Après avoir évaporé de nouveau à siccité, j'ai repris par l'eau distillée et j'ai filtré, ce qui m'a donné un décilitre d'un liquide jaunâtre C.

Trois appareils de Nierth ayant été montés, j'ai introduit dans l'un d'eux le premier liquide A, qui n'a pas tardé à former un anneau arsenical au delà de la portion échauffée du tube de dégagement.

Dans un second appareil, j'ai introduit le liquide B, et, au bout d'une demi-heure, il ne s'était pas déposé la moindre trace d'arsenic dans le tube : ce qui prouve que la totalité du toxique à l'état soluble avait été enlevée par les précédents lavages.

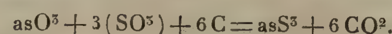
Enfin, dans le troisième appareil, j'ai introduit le liquide C, provenant des lavages à l'ammoniaque ; or, au bout de quelques minutes, un anneau arsenical commençait à se former, et, en très-peu de temps, il égalait presque le premier en épaisseur et en étendue.

Ce résultat, qui dépassait de beaucoup mon attente, m'ayant fait faire de mûres réflexions, j'en vins à me demander si tout le sulfure arsenical dont cette expérience accusait l'existence dans le charbon, avait bien été exclusivement produit par la putréfaction, et si le traitement de la matière organique par l'acide sulfurique ne pouvait pas avoir pour effet d'en produire aussi une certaine proportion. Pour m'en assurer, je fis l'expérience suivante :

Je pris 250 grammes de poumon de bœuf à l'état frais, et, après les avoir grossièrement découpés, j'y ajoutai 100 grammes d'acide sulfurique concentré ; puis, quand la matière se fut liquéfiée, j'y versai une solution filtrée de 2 centigrammes d'acide arsénieux dans un peu d'eau distillée. Le reste de l'opération s'étant effectué comme il a été dit plus haut, j'obtins finalement trois solutions, qui me donnèrent des résultats semblables aux précédents ; c'est-à-dire que le liquide B n'ayant donné aucune trace d'arsenic, le liquide C, provenant de la solution ammoniacale, fournit, au contraire, un anneau presque égal à celui du liquide A.

Cette expérience extrêmement importante ayant été reproduite plusieurs fois, avec des résultats sensiblement identiques, il restait démontré qu'indépendamment de la quantité plus ou moins grande de sulfure d'arsenic qui a pu prendre naissance par l'effet de la putréfaction, la carbonisation par l'acide sulfurique en produit à elle seule des proportions considérables, qui, d'après ce qui a été dit plus haut, échappent à peu près complétement à l'analyse d'après les procédés usités.

Du reste, pour rendre compte de la transformation d'une partie de l'arsenic en sulfure, on peut admettre que, par suite de l'affinité prédisposante qui tend à réunir le soufre à l'arsenic, l'acide sulfurique à l'acide arsénieux, qui, pris séparément, ne seraient pas réduits à leurs radicaux par le charbon, dans les conditions de température où l'on opère, éprouvent, quand ils sont tous deux en présence de ce corps, la décomposition exprimée par la formule suivante :



$$asO^3 + 3(SO^3) + 6C = asS^3 + 6CO^2.$$

Au surplus, cette transformation de l'acide arsénieux explique un fait signalé depuis longtemps par MM. Barse et Chevallier, qui s'expriment ainsi dans leur *Manuel pratique de l'appareil de Marsh* (p. 154) :

« La carbonisation par l'acide sulfurique qui, selon divers auteurs, est la plus parfaite, selon nous, fait perdre des quantités d'arsenic assez importantes ; dans certains cas, cette perte s'élève à près de la moitié de la quantité contenue dans les matières. Ainsi, un mélange de 10 grammes de matières animales avec 5 centigrammes d'acide arsénieux, carbonisé à l'air libre par l'acide sulfurique, sans pousser le résidu à une haute dessiccation, ne donne que moitié ou deux tiers, au plus, d'arsénite d'argent, dans l'appareil Lassaigne. »

Est-ce à dire que la carbonisation par l'acide sulfurique doive être abandonnée, malgré les avantages incontestables qu'elle présente sous d'autres rapports ? Non, assurément ; puisque, comme les expériences rapportées ci-dessus le démontrent, il est un moyen bien simple de remédier au grave inconvénient que je signale. On pourra donc continuer à opérer comme on l'a fait jusqu'ici ; seulement, après avoir épuisé le charbon par des lavages à l'eau distillée bouillante, des acides arsenicaux qu'il renferme à l'état soluble, on procédera à un second lavage avec de l'eau ammoniacale qui enlèvera le sulfure. Après avoir évaporé à siccité, avec les ménagements convenables, on traitera le résidu par l'acide azotique concentré et bouillant, ajouté à plusieurs reprises par petites quantités ; puis, l'excès de cet acide étant expulsé, on reprendra par l'eau et l'on obtiendra ainsi une seconde solution arsenicale qui, ajoutée à la première, constituera définitivement la liqueur suspecte destinée à être introduite dans l'appareil de Marsh.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

THÉRAPEUTIQUE.

Préparation de glycérine, d'alun et de précipité blanc, contre l'érysipèle et quelques affections cutanées,

Par M. le Dr H. Anciaux.

Il y a des médicaments que la pratique des grands maîtres a reconnus fort actifs et a vulgarisés, mais qui ont quelquefois, dans la clientèle ordinaire, des contre-indications qui naissent de considérations prises en dehors de l'état morbide et de l'ensemble du sujet malade.

Le traitement, sans doute fort puissant, indiqué contre l'érysipèle, par M. Velpeau, est dans ce cas. En effet, les sels de fer, que le savant professeur a préconisés contre l'érysipèle, laissent sur le linge des taches indélébiles, et la perte qui en résulte fait quelquefois regretter à certaines personnes une guérison rapide, mais achetée trop chèrement à leurs yeux.

Le désagrément que quelques praticiens ont éprouvé à ce sujet a contribué à faire rejeter par plusieurs d'entre eux ce médicament qui est particulièrement actif, quand il est dissous et qu'on l'emploie en lotions, mais c'est surtout sous cette forme qu'il est plus apte à détériorer le linge qui entoure le malade.

J'ai eu occasion de voir plusieurs fois les dégâts causés par ce médicament. La crainte d'un préjudice toujours assez fâcheux m'a engagé de m'adresser à d'autres substances médicamenteuses, et j'ai pris la glycérine dont les effets bienfaisants, dans les affections cutanées, ont été vantés dans ces derniers temps.

L'union de l'*alun* et du *précipité blanc* à cette substance

m'a paru, dans un bon nombre de cas, aider puissamment sa vertu médicatrice. Voici comment je les prescris :

℞ Alun réduit en poudre impalpable. 30 grammes.
Précipité blanc. . . . . 1 —

Triturez ensemble ces deux substances jusqu'à mélange parfait ; introduisez dans un flacon et ajoutez :

Glycérine. . . . . . . 90 à 100 grammes.

Agitez le flacon jusqu'à ce que le mélange prenne la consistance d'un liquide crémeux ; on renouvelle cette agitation toutes les fois qu'on se sert du médicament.

Cinq cas d'érysipèle guéris en fort peu de temps par cette préparation, quelques affections cutanées rapidement soulagées et même guéries, m'ont engagé à appeler l'attention des praticiens sur elle.

Le prix que les pharmaciens font payer cette préparation n'est pas assez élevé pour que son usage ne puisse se vulgariser, et il ne sera pas sans doute une raison pour qu'on la rejette de la pratique.

L'auteur rapporte le sommaire de quatre observations, deux d'érysipèle, une d'eczéma du scrotum et une d'ulcère atonique très-rebelle, et dont les sujets ont été guéris par les applications topiques de la préparation qui précède à laquelle il a associé quelques purgatifs. (*Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 mai 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique transmet un certain nombre d'exemplaires d'une circulaire que le Congrès d'ophthalmologie de Belgique lui a adressée.

Épidémies. — M. le Ministre du commerce adresse le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Ardèche en 1856. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Un envoi d'échantillon d'eaux minérales d'une nouvelle source découverte près de l'ancienne fontaine des Célestins, à Vichy, avec demande d'avis.

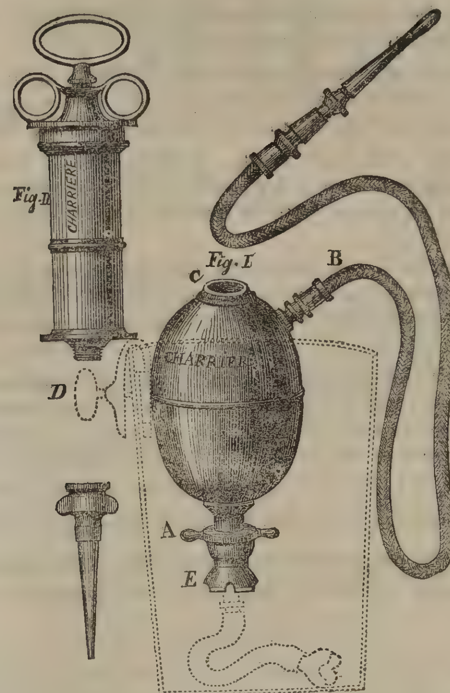
— Une demande d'autorisation pour l'exploitation de deux nouvelles sources minérales à Contrexeville.

— Les rapports de MM. les médecins inspecteurs des Eaux minérales du département des Landes pour l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. le professeur HEYFELDER adresse un opuscule sur la *ligature de l'œsophage.* (Renvoi à la Commission nommée.)

Appareil à douches. — M. CHARRIÈRE fils présente à l'Académie un appareil à douches portatif, constitué par un simple récipient d'eau et d'air indépendant avec ses deux soupapes et d'un volume assez petit pour être placé dans la trousse, il a pour moteur la simple seringue à hydrocèle en étain ou tout autre métal que tous les médecins et chirurgiens possèdent dans leur arsenal ; enfin, le tuyau d'un irrigateur que l'on visse sur un récipient sert à conduire le liquide. Ces pièces, petites et peu dispendieuses, suffisent pour projeter, à tous les degrés désirables et pour toutes les douches, un jet rendu continu par la pression qu'exerce l'air accumulé à la partie supérieure du récipient. Dans les cas où les douches devraient se prolonger longtemps, il a fixé le récipient à un réservoir quelconque, afin de pouvoir fonctionner avec une seule main. Les accessoires nécessaires dans ce cas, pointillés sur la planche ci-contre, consistent en un crochet et une vis de pression qui assemblent solidement l'appareil avec le seau ; si ce dernier est profond, on peut ajouter le tuyau plongeur pour aspirer le liquide jusqu'au fond du vase ; s'il s'agit de douches sulfureuses, l'appareil se construit en zinc.



Description des figures.

FIG. I. — Récipient d'eau et d'air, muni de deux soupapes que l'on démonte à volonté en les dévissant par le bouton *A.* — *B*, tuyau d'un irrigateur monté à vis et à frottement sur le récipient.

FIG. II et III. — Seringue et sa canule en étain ou autre métal, avec trois anneaux ou à poignée, que l'on visse dans l'ouverture *C*, au sommet du récipient.

Les pièces que nous venons d'indiquer sont complétement suffisantes pour aspirer avec les deux mains ; si, au contraire, on veut se servir d'une seule main, on fixe l'appareil sur un réservoir quelconque, comme on le voit pointillé dans la figure ci-contre, au moyen du crochet *D*, avec les arcs de pression, qui assemblent le récipient avec le seau du liquide. — *E*, tuyau plongeur que l'on visse à la partie inférieure du récipient ; il est terminé par une boule en plomb.

RAPPORTS.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. ROBINET donne lecture de plusieurs rapports relatifs à des remèdes secrets et nouveaux.

Un de ces rapports a pour objet un *fébrifuge* qui pourrait, au dire des auteurs, être substitué avec avantage au sulfate de quinine. C'est au sel mixte formé par le mélange d'un sel ferro-cyanique, le ferrocyanure de sodium, et d'un principe immédiat végétal connu, la salicine. Les auteurs, MM. H. D. et G., demandent qu'il soit fait à ce sel une application du décret du 3 mai 1850.

La combinaison proposée, dit le rapporteur, n'a rien de vraiment nouveau. Si elle possède, en effet, des propriétés fébrifuges dont les deux composants, pris séparément, sont certainement dépourvus, ce n'est qu'à la suite d'une longue expérimentation publique que la pharmacologie officielle pourra enregistrer la formule du nouveau sel.

M. LONDE. Le médicament (hydro-ferro-cyanure de sodium et salicine), auquel la Commission refuse de faire l'application du décret, réussit 80 fois sur 100 ; les médecins de l'armée d'Orient l'ont expérimenté, et M. le Président sait bien combien son action est salutaire.

M. LE PRÉSIDENT. Pendant mon séjour en Orient, ce médicament n'a pas été employé une seule fois ; et je me serais opposé de toutes mes forces à son emploi.

M. LONDE. Le sulfate de quinine manquant, les médecins de l'armée eurent recours à cet agent, et ces médecins jouissent de toute l'estime de M. Lévy.

M. BOUCHARDAT. Il faudrait qu'on fît d'abord connaître la formule de ce médicament ; alors seulement on serait en droit de venir demander à l'Académie si on le peut faire entrer dans le *Codex*.

M. le Président. Le rapport de M. Robinet s'oppose à l'insertion au *Codex* dans le cas particulier dont il s'agit. Ce rapport doit être adopté ou rejeté, voilà tout.

M. Guérin. Les diverses substances qui composent ce médicament ont-elles déjà été expérimentées ensemble?

M. Chevalier. On vous présente une formule. Bonne ou mauvaise, il faut l'expérimenter. Or, si ces expériences réussissaient, ce serait un bienfait, à cause du prix fort élevé du sulfate de quinine.

M. Guérard. J'ai expérimenté, à l'Hôtel-Dieu, le médicament qu'on vous propose. Depuis deux ans, je n'ai pas eu de succès bien avérés. Je n'ai pu encore faire la mention de ces expériences et de leurs résultats.

M. Cloquet. Je pense, comme M. Chevallier, que l'invention du succédané du quinquina serait un grand bienfait et qu'il serait utile d'instituer des expériences relativement au nouvel agent qu'on propose.

M. Guibourt. Le sulfate de quinine qui précédemment coûtait 15 fr. l'once, ne coûte plus que 6 fr. Quant à l'hydro-ferro-cyanure de sodium, c'est un corps absolument identique, à part le nom, à l'hydro-ferro-cyanure de potassium. La salicine est une substance inerte. Je crois que les conclusions du rapport doivent être adoptées.

M. le Président met le rapport aux voix. Le rapport est adopté.

La Commission propose de répondre à M. le Ministre qu'il n'y a pas lieu de faire à la formule l'application du décret du 3 mai 1850.

LECTURES.

M. Blondlot donne lecture de deux mémoires : l'un de toxicologie (comm. : MM. Wurz, Devergie et Poggiale), l'autre de physiologie (comm. : MM. Beau, Delafond et Bérard). [Nous publions plus haut le premier de ces mémoires; nous publierons le second dans notre prochain numéro.]

Huile de foie de morue ferrugineuse. — M. L. Vezu, pharmacien et membre du Jury médical du Rhône, donne lecture d'un travail intitulé : *De la solubilité du fer et du protoxyde de fer gélatineux dans l'huile de foie de morue et dans les huiles fixes.* (Comm. : MM. Gibert, Joly et Guibourt.)

L'auteur rend compte de plusieurs essais et expériences entreprises sur ce sujet, et termine son travail par les conclusions suivantes :

« Ces essais prouvent :

« 1° Que le fer métallique et le protoxyde gélatineux se dissolvent à froid dans l'huile de foie de morue;

« 2° Que l'eau est indispensable, dans presque tous les cas, pour favoriser la dissolution, excepté avec le fer réduit par l'hydrogène, dont la réaction se fait sans le concours de cet auxiliaire;

« 3° Que l'huile d'amandes douces se combine aussi avec le fer; qu'elle se colore en rouge acajou;

« 4° Que les huiles d'olives, d'œillette, de ricin, etc., dissolvent le fer sans changer notablement de couleur;

« 5° Que l'oxyde de fer se combine avec d'autant plus de facilité qu'il est récemment préparé et humide, et qu'il n'a pas subi le contact de l'air;

« 6° Que le fer dissous dans l'huile de foie de morue se trouve, dans tous les cas, à l'état de protoxyde;

« 7° Que l'éther dissout ces huiles comme dans leur état naturel;

« 8° Que les autres oxydes de fer ne sont presque pas solubles dans les huiles, ni à chaud, ni à froid. »

Maladies de l'oreille. — M. Ménière lit un mémoire intitulé : *De l'auscultation appliquée aux maladies de l'oreille.* (Comm. : MM. Louis, Londe et Bérard.)

L'auteur commence par étudier le mécanisme de l'entrée de l'air dans la caisse du tympan. Cette entrée est sous la dépendance des contractions de la partie supérieure du pharynx, dans cette réunion de mouvements qui constituent la déglutition. Les mouvements respiratoires n'ont, au contraire, aucune influence, ainsi que l'auteur a pu s'en assurer, en faisant faire de profondes inspirations et expirations alternatives à des malades dont il regardait la membrane du tympan. Cette membrane se meut dès qu'un bruit très-aigu ou très-grave vient à la frapper; sa forme conchoïde augmente ou diminue, ce qu'on peut voir facilement. Or le sujet exécute-t-il un mouvement de déglutition, l'air arrivant en plus gande abondance dans l'oreille moyenne, la forme de la membrane qui l'obture se modifie aussitôt. De plus, il se passe dans la trompe un phénomène particulier qui, jusqu'ici, n'a jamais été signalé. C'est un mouvement alternativement d'abaissement et d'élévation, dont l'auteur s'est aperçu pour la première fois en pratiquant le cathétérisme de la trompe d'une malade, dont une large perforation des fosses nasales permettait de voir à nu le fond du pharynx.

L'étendue de ce mouvement était considérable; M. Ménière l'évalue à plus de 2 centimètres.

Non content de ce premier fait, M. Ménière ayant souvent observé les mouvements du pavillon de la sonde pendant les mouvements de déglutition, fit contracter le pharynx pendant que la sonde était dans la trompe, et aussitôt il observa le même mouvement alternatif d'élévation et d'abaissement. Le doute n'était plus permis. Les muscles du pharynx font mouvoir la portion cartilagineuse de la trompe d'Eustache.

Or, au moment où le mouvement de la trompe pendant la déglutition détermine l'entrée, dans ce conduit, d'une bulle d'air, l'oreille appliquée sur le côté mis en expérience permet de percevoir un bruit de cliquetis très caractéristique. C'est parce que la membrane muqueuse de la trompe est tuméfiée dans certaines angines que les temps de la déglutition, habituellement confondus, sont plus longs et plus distincts, plus d'efforts étant nécessaires pour faire arriver dans la caisse l'air sans lequel il y a surdité immédiate.

Ayant établi ce fait physiologique, l'auteur en tire des conséquences. Il déclare d'abord que dans les mouvements normaux de la respiration, l'oreille la mieux exercée ne perçoit aucun bruit dans l'oreille moyenne. Si ces mouvements sont exagérés, on entend seulement un bruit explosif et un léger cliquetis. De même dans l'état pathologique, quel que soit le genre de lésions de l'appareil auditif, jamais les actes successifs d'inspiration et d'expiration ne donnent lieu, dans la cavité du tympan, à des bruits particuliers à cet organe. On n'entend jamais que l'écho affaibli des bruits qui se passent dans le thorax. Les perforations de la membrane du tympan ne donnent pas lieu elles-mêmes à ces bruits anormaux, et ce n'est que quand le malade fait une expiration forcée, le nez et la bouche étant fermés, qu'on peut entendre sortir des bulles d'air à travers cette ouverture accidentelle. Mais, chez beaucoup d'individus, la perforation n'est pas franchissable, à cause du siége particulier qu'elle occupe.

La position de la fistule du tympan, son volume et sa forme influent beaucoup sur l'espèce de bruit que l'air fait en entrant dans la caisse. Souvent ce bruit existe au niveau de l'orifice tympanique de la trompe, et les signes particuliers qu'il peut fournir à un observateur exercé, forment une partie importante de la séméiotique des affections de l'oreille, dont l'auteur d'une communication faite au mois d'octobre 1856, à l'Institut, n'a tenu aucun compte.

Conclusions. — En résumé : 1° L'inspiration et l'expiration n'exercent aucune influence appréciable sur l'air contenu dans la cavité du tympan;

2° L'air qui circule dans le haut du pharynx ne peut traverser la trompe pour pénétrer dans la caisse qu'à l'aide d'un mouvement de déglutition;

3° L'arrivée du bol aérien dans la caisse trouve un auxiliaire puissant dans les oscillations de la trompe d'Eustachi;

4° La fonction respiratoire à l'état normal ne peut fournir aucun signe diagnostique des maladies de l'oreille moyenne;

5° Ces signes ne deviennent évidents que par suite des mouvements de déglutition, ou quand une forte expiration, le nez et la bouche fermés, pousse l'air dans la caisse;

6° Les bruits respiratoires, nasaux ou pharyngiens, sont perçus à l'auscultation des parties latérales de la tête, mais ils n'ont pas de valeur comme signes d'une affection quelconque de l'oreille.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Une circonstance indépendante de notre volonté, nous oblige à remettre au prochain numéro notre appréciation sur la séance de l'Académie.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 56. 5e année. Samedi 9 Mai 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Études pratiques sur l'hydrothérapie,

Par M. le Dr E. Collin,
Médecin des salles militaires de l'hôpital de Billom.

(*Extrait d'un mémoire lu à la Société de médecine de Clermont-Ferrand.*)

(Suite. Voir le n° 55.)

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Au nombre des plus belles et des plus utiles découvertes thérapeutiques de ce siècle se place, certainement, le traitement de la fièvre intermittente par les douches froides. Et rien ne manquera à la gloire de M. Fleury, pas même l'opposition systématique des hommes qui prennent à tâche de retarder, suivant la mesure de leurs forces, l'avénement de tout progrès scientifique qui n'émane point d'eux.

Je m'estimerais trop heureux si les observations qui vont suivre pouvaient avancer, ne fût-ce que d'une heure, au profit de la science et de l'humanité, le triomphe de la cause que défend avec tant d'énergie et de talent l'illustre médecin de Bellevue.

Je n'ai plus à entrer dans des détails historiques que tout le monde connaît aujourd'hui, et je vais exposer d'emblée les faits qui se sont présentés dans ma pratique.

Obs. I. — *Fièvre intermittente quotidienne ayant résisté au sulfate de quinine. — Guérison après quatre jours de traitement.*

B...., du 12e régiment d'artillerie, est âgé de 28 ans, tempérament nerveux, bonne constitution; il a joui d'une parfaite santé jusqu'à son entrée au service.

Le 1er août 1856, il voit paraître sur la verge des chancres qui nécessitent le 13 son entrée à l'hôpital de Bourges; le 3 septembre, les chancres ont disparu, mais le malade est pris d'une fièvre intermittente, type quotidien, contre laquelle on administre le sulfate de quinine à doses croissantes jusqu'à 1 gramme. La sortie est prononcée le 26; depuis deux jours il n'y a plus de fièvre. B.... part le 27 en chemin de fer. Il est pris dans le wagon d'un nouvel accès très-violent; il arrive le 28 à Billom, où il se met immédiatement au lit qu'il ne quitte que le 3 octobre pour entrer à l'hôpital.

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

Lettres à M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

SEIZIÈME LETTRE.

DES LÉSIONS DE FONCTIONS ET APPAREILS.

La pratique médicale se tint dans le vague des hypothèses et en fut réduite aux seules ressources de l'observation empirique jusqu'au moment où l'anatomie pathologique fut créée. En effet, dès ce moment seulement, on put se rendre un compte exact des lésions. Morgagni d'abord, puis, à des points de vue et dans des buts divers, Bichat, Broussais, J. Franc, Piorry firent tourner au profit de la thérapeutique la science exacte de ces lésions. Corvisart, Bayle, Avenbrugger, Legallois, Buisson, et, plus près de nous, MM. Magendie, Flourens, Amussat, Bouillaud, etc., s'appliquèrent à porter sur le terrain de la physiologie pathologique la précision d'analyse que le scalpel donne aux recherches de l'autopsie. L'auscultation, la percussion, la palpation furent créées, réglées, perfectionnées. Mais l'attrait de cette voie nouvelle séduisit les enthousiastes adeptes, au point de leur faire négliger l'examen de l'état général.

Dès le commencement, Sthall et Barthes; de nos jours, Récamier et Pidoux, de Paris, MM. Fuster et Ribbes, de Montpellier, tentèrent, en rappelant aux principes généraux du vitalisme, de s'interposer dans la lutte. En réalité, c'est toujours la guerre des animistes et des solidistes, portée du domaine de la physiologie sur le terrain de la pathologie. Si les conciliateurs sont peu ou point écoutés, de telle sorte qu'aujourd'hui nous avons plutôt des *Facultés* que des *Écoles*, dans le sens doctrinaire du mot, c'est que les conciliateurs, sommés de se mettre d'accord, sont impuissants à faire cadrer leur doctrine pathologique avec leurs opinions physiologiques. La méthode philosophique leur fait défaut.

Essayons d'être plus précis et plus complet.

L'homme, que la faculté abstraite de la raison élève au-dessus de

On administre des purgatifs et le sulfate de quinine à la dose de 8 décigrammes.

Le 8, la fièvre n'a pas reparu depuis quatre jours; on donne la poudre de quina et le 12 le malade demande et obtient sa sortie.

Le 14, B.... se présente à la visite; il a eu pendant la nuit, vers deux heures, un accès très-violent.

Le 15, nouvel accès à la même heure et encore plus violent que celui de la veille. Je vois ce jour-là le malade et lui propose un traitement hydrothérapique qu'il accepte avec joie et qu'il commencera le lendemain.

Etat actuel. Le facies est fortement altéré, le teint pâle, les nuits sans sommeil, l'appétit presque nul et les quelques aliments ingérés font éprouver au malade des douleurs très-vives. Tous les accès ont été marqués par un froid intense et une sueur plus considérable encore. Une céphalalgie violente se fait sentir pendant toute la journée.

Le foie ne présente rien d'anormal; la rate, dans son diamètre vertical, a 10 centimètres.

Rien du côté du cœur et des poumons.

16 *octobre*. Huit heures du matin. B.... a eu cette nuit un accès de fièvre dont le stade de sueur n'a point encore complétement disparu, aussi n'ose-t-il pas descendre à la douche et ce n'est qu'encouragé par mes vives instances qu'il se soumet. — Douche en pluie et en jet, pendant quelques secondes seulement et difficilement supportées.

Le soir, même traitement supporté encore avec peine, malgré son peu de durée. La réaction se fait bien.

Le 17, l'accès a paru vers la même heure que les nuits précédentes (2 heures), mais la sueur a été moins abondante, le malade a pu dormir une heure environ. Les douches sont mieux supportées que la veille et la douche en jet fortement dirigée sur la région splénique.

Le 18, vers trois ou quatre heures du matin, B.... ne peut préciser, il a senti un léger frisson qui l'a éveillé, mais bientôt après il s'est rendormi jusqu'au matin.

Le 19, vers six heures du matin, il y a eu quelques bouffées de chaleur de courte durée.

La percussion montre que le diamètre de la rate est de 8 centimètres.

Depuis le 20 octobre jusqu'aujourd'hui 20 mars, la fièvre n'a pas reparu et B.... a repris l'embonpoint et l'aspect de santé qu'il avait avant sa maladie.

Cette fièvre, bien que née sous notre climat, résiste au sulfate de quinine, au quinquina, aux purgatifs; mais elle cède à l'hydrothérapie, et celle-ci justifie complétement ces paroles de M. Fleury :

« Dès la première douche l'accès est moins intense et plus « court; l'amélioration devient de plus en plus tranchée après « chaque nouvelle douche, et enfin la fièvre est *définitivement* « coupée. »

OBS. II. — *Fièvre intermittente tierce. — Congestion chronique du foie.—Troubles digestifs et nerveux.— Anémie.— Guérison.*

C...., appartenant au 12[e] d'artillerie, est âgé de 30 ans; tempérament névroso-sanguin, bonne constitution; il a joui d'une parfaite santé jusqu'à l'âge de 16 ans, époque à laquelle il a quitté sa famille pour aller habiter Lyon.

Dès son arrivée, il prend une uréthrite, qui devient chronique, résiste à tous les traitements qu'on lui oppose et ne disparaît qu'après le retour du malade dans sa famille.

En 1846, nouvelle uréthrite, deux mois de traitement. Copahu, injections au nitrate d'argent.

En 1849, uréthrite, chancres à la verge, un an de durée, éruption de taches syphilitiques.

Traitement avec le proto-iodure de mercure.

En 1852, nouvelle uréthrite.

En 1853, nouveaux chancres à la verge, qui disparaissent sans traitement après un mois de durée.

En 1854, nouveau chancre, auquel le malade n'oppose que la tisane de salsepareille.

En 1855, C.... voit tout à coup sa santé s'altérer rapidement, les digestions deviennent difficiles et accompagnées de renvois fréquents; l'appétit, d'abord capricieux, finit par disparaître presque entièrement, et le peu d'aliments ingérés déterminent de vives douleurs. Bientôt des envies de vomir succèdent à chaque repas, quelque modique qu'il soit, accompagnées toujours de douleurs très-vives.

Vers le milieu de l'année 1855, C.... est pris d'un accès de fièvre qui dure quinze heures, avec froid intense et sueur abondante. Deux jours après survient un nouvel accès. Un médecin consulté fait prendre du sulfate de quinine, qui n'arrête la fièvre que pour quelques jours. Le malade entre alors à l'hôpital. La fièvre est tierce, les accès violents et d'une durée de dix-huit à vingt heures.

Vomitifs répétés, sangsues à l'épigastre, sulfate de quinine à haute dose.

Un soulagement momentané permet au malade de quitter l'hôpital, mais la fièvre revenant bientôt, C.... se gorge lui-même de sulfate de quinine *pendant plusieurs mois*, sans arriver au résultat qu'il attend. Découragé alors et voyant sa fièvre revenir avec une ténacité désespérante, il abandonne tout traitement sérieux pour faire les mille remèdes que chacun lui donne, et il arrive jusqu'à boire pendant un mois un verre de son urine chaque matin.

Cet anti-périodique, d'un genre tout à fait nouveau, ne réussit pas

---

tous les êtres de ce globe, jouit, ainsi que nous l'avons établi, d'une vie une et triple. L'intellect, la volition, la sensibilité trouvent dans son organisme des foyers et des appareils spéciaux, quoique reliés symphatiquement par des filets nerveux.

Sans nous répéter ici dans les détails, nous rappellerons qu'il existe un appareil nutritif pour la vie organique de l'individu; un appareil générateur pour la vie de reproduction de l'espèce; un appareil de perception pour la vie intelligente du type. Nous ajouterons qu'en dehors de ces trois appareils distinctifs de notre nature, un quatrième, qui est à la conservation de l'organisme ce que le soufflet est à la forge, *l'appareil de circulation et de respiration*, doit entrer en ligne de compte. C'est qu'en effet la rénovation et l'impulsion d'un liquide, qui, suivant Barden, n'est que de la *chair coulante*, peut être d'une médiocre importance comme division philosophique radicale, mais comme élément extrinsèque et mixte, il importe de le mettre au premier rang parmi ceux qui régissent la santé.

Quand une maladie grave prend ses assises sur un sujet donné, il devient urgent de diagnostiquer celui des appareils dont la lésion fonctionnelle prédomine, de démêler par quel enchaînement sympathique, en même temps que la maladie devient plus sérieuse, tous les grands centres de la vie sont frappés. L'avantage immédiat d'une semblable méthode est de faciliter un traitement préventif, en indiquant quelle cause il faut attaquer pour détruire ou atténuer un effet donné. De la sorte, le médecin se met sur la voie des fonctions à ménager dans la médication; autrement, des symptômes semblables sur les mêmes tissus, mais se rattachant à des lésions de différents foyers vitaux, exposeraient aux plus fâcheuses déductions.

Après avoir constaté le type nosologique (état général) prédominant sur le malade, un praticien philosophe doit donc explorer soigneusement les régions, afin de distinguer si la lésion fonctionnelle relève idiopathiquement de l'appareil, siége de la douleur, ou sympathiquement, d'un centre représenté par un appareil différent.

Il est nécessaire de s'expliquer par un exemple :

Trois sujets se plaignent simultanément d'une douleur intense dans le cervelet. La localisation du mal affecte la même région. — Mais, chez tous les trois, l'examen du type nosologique prédominant, celui des diverses fonctions, diffère notablement en révélation pathogénique.

Dans l'un, la face est animée, le pouls ample, fréquent, la langue saburrale au centre, rouge sur les bords, les urines briquetées, d'une émission pénible; il y a de la soif, l'œil injecté soutient mal la lumière, sifflements dans les oreilles, irritation de l'appareil diges-

mieux que les autres; cependant, les accidents s'aggravent, l'appétit est complétement perdu, et il faut que C.... se force pour prendre quelques aliments, qui le font toujours énormément souffrir. L'abdomen se tuméfie tellement, qu'il est obligé de faire élargir la ceinture de ses habits et de ses pantalons. C'est dans ces conditions que je vois le malade, qui m'est recommandé par son capitaine commandant, et que je lui conseille un traitement hydrothérapique, qu'il commence le 1er août 1856.

Etat actuel. Le facies est d'une pâleur légèrement ictérique et exprime la souffrance; la langue est saburrale, l'appétit nul, les digestions sont très-longues et très-douloureuses; des battements continuels se font sentir en différents endroits de l'abdomen et sont identiques aux battements du pouls. Pendant la digestion, les douleurs sont quelquefois tellement vives, que le malade est obligé de s'asseoir et de placer les mains fortement appuyées sur son ventre pendant que le tronc est fléchi sur les cuisses; la constipation est opiniâtre, les urines souvent sédimenteuses, le forces musculaires ont diminué beaucoup et le moindre travail est suivi d'une fatigue excessive. Le moral est fortement affecté; C.... est regardé comme un ***hypochondriaque*** par ses camarades et par ses supérieurs, qui, précisément à cause de son état maladif et de ses excellents services antérieurs, excusent souvent des faits qui, sans cela, seraient sévèrement punis. Depuis quelques mois, le malade ressent souvent des maux de tête violents qui sont suivis d'étourdissements et de vertiges.

Le foie est volumineux, le malade étant debout, il dépasse le rebord de trois travers de doigt et la ligne médiane de six. La rate ne me présente pas de dimensions anormales. Rien du côté des poumons; un léger bruit de souffle accompagne le premier temps du cœur.

La fièvre, qui pendant quelques mois n'avait paru que tous les huit ou dix jours, est redevenue franchement tierce, chaque accès est toujours de dix-huit à vingt heures et laisse le malade dans un état d'affaissement physique et moral impossible à décrire-

14 *août*. La fièvre a cédé dès les premières douches et n'a plus reparu depuis; les forces reviennent, l'appétit est bon, les digestions se font mieux, et le malade se trouve assez fort pour aller faire un voyage à Paris, où il est appelé par des affaires pressantes.

Le 26, C.... me dit que pendant son séjour à Paris il s'est aussi bien porté que possible, et que les bénéfices de l'eau froide s'y sont fait sentir. Comme pèlerinage de reconnaissance, il a voulu aller visiter Bellevue, dont je lui avais souvent parlé.

15 *septembre*. Le mieux est allé en augmentant; le malade, qui est aujourd'hui bien convaincu qu'il guérira complétement, ne se plaint que de battements qu'il ressent toujours dans le ventre. Le foie ne dépasse plus que de deux travers de doigt le rebord costal et de deux et demi environ la ligne médiane. Le bruit de souffle a complétement disparu.

15 *octobre*. Il serait impossible, en voyant C...., de croire qu'il a été aussi gravement malade; l'embonpoint est revenu et cependant il a dû faire rétrécir ses pantalons et ses habits, devenus beaucoup trop larges. Les digestions sont bonnes, les aliments sont pris indistinctement, les selles sont régulières et faciles.

15 *novembre*. Tous les symptômes relatés ont complétement disparu, le foie est revenu à ses limites normales. « Je me porte parfaitement, me dit C.... en quittant l'établissement, et de toute ma maladie, il ne me reste plus que quelques battements, que je sens encore quelquefois dans le ventre. »

Cette fièvre est encore plus grave et plus rebelle que la précédente; elle est accompagnée d'une congestion du foie, de troubles digestifs, d'un état général très-fâcheux.

L'hydrothérapie fait justice de tous les accidents et son action se manifeste d'une manière conforme à la loi établie par M. Fleury :

La fièvre est coupée dès les premières douches, le foie rentre graduellement dans ses limites physiologiques, et, enfin, l'on voit disparaître l'anémie et par conséquent les troubles digestifs et nerveux.

Obs. III. — *Fièvre intermittente contractée en Crimée et rebelle au sulfate de quinine et au quinquina.* — *Guérison.*

Lal...., du 12e régiment d'artillerie, est âgé de 30 ans, bonne constitution, tempérament lymphatico-sanguin, haute stature; il a joui d'une parfaite santé jusqu'à l'âge de 29 ans. Au mois d'août 1855, il a été pris, en Crimée, d'une fièvre intermittente à type quotidien, *et dont les accès ont été parfaitement réguliers pendant soixante-deux jours, malgré un traitement par le sulfate de quinine et le quinquina*. Pendant quarante jours il prit tous les matins, vers huit heures, un paquet de 10 grammes environ de quina, et à midi du sulfate de quinine à une dose qu'il ne peut indiquer. Pour tisane, de l'eau ferrée.

L.... quitte la Turquie dans un état de prostration extrême; douleurs erratiques, inappétence, transpirations abondantes pendant la nuit; affaiblissement général. Arrivé en France, la santé de L.... paraît s'améliorer, mais après une route fatigante pour venir à Billom, il est repris de la fièvre et forcé d'entrer à l'hôpital de cette ville le 11 avril.

La fièvre est enrayée après trois jours de traitement à l'aide d'un purgatif et du sulfate de quinine donné à haute dose. L.... sort le 20, et y rentre à nouveau le 8 mai.

---

tif, etc., etc,; l'*hyper-sthénie* prédomine, la respiration est d'ailleurs précipitée.

Dans le second, la face est pâle, le regard éteint, les paupières battues, le pouls lent, déprimé, fuyant; la douleur s'étend de la base du cervelet au rachis; pesanteur sourde et gravitante dans les hypocondres; incontinence des organes sécréteurs, etc.; le type nosologique évident est l'hypo-sthénie.

Chez le troisième, les appareils de la vie, de nutrition, de reproduction, de circulation et d'hématose n'ont pas cessé de fonctionner régulièrement. Le pouls n'est ni élevé, ni amorti; il est inégal et irrégulier. Les lèvres sont légèrement déviées; le malade délire, il est frappé d'insomnie, il ressent des douleurs de fourmillement sous le crâne; ses mouvements sont déréglés.

Un examen attentif permet de constater que les fonctions de l'intelligence sont seules lésées; la dia-sthénie est ici l'état morbide général prédominant.

Chez ces trois malades, le siége de la douleur est dans le cervelet (on est autorisé à diagnostiquer la *cérébellite*). — Mais les symptômes idiopathiques et sympathiques donnent, chez tous les trois, des signes si variés, que le praticien doit aussitôt recourir à l'étiologie. Il apprend que l'un est tombé malade à la suite d'abondantes libations alcooliques; le second doit son état à des excès vénériens poussés jusqu'à l'épuisement; le dernier a été frappé après un abus violent et prolongé de travail intellectuel.

Dans le premier cas, la connaissance de la cause, l'état à la fois inflammatoire et saburral de la muqueuse gastro-intestinale, la soif violente, l'anorexie, les crampes d'estomac, tout indique que la vie primitivement lésée est la vie du centre digestif; la commotion au cerveau est due à une réaction sympathique qu'expliquent parfaitement les rapports nerveux. Une potion diaphorétique à l'ammoniaque, des révulsifs aux extrémités inférieures, une saignée générale copieuse dans la crainte d'une apoplexie sanguine, seront indiqués comme médication certaine.

Dans le second cas (cérébellite par excès vénériens), ce n'est plus la sympathie de deux centres différents, telle que celle de l'estomac et du cervelet : c'est la réaction de l'appareil génital sur son centre passionnel, le *cervelet*, par l'intermédiaire du cordon nerveux sacro-lombaire. Ici, l'asthénie générale est due à une irritabilité locale. On la combattra par une médication tonique à l'intérieur (ferrugineux, quinquina), à l'extérieur, par des topiques sédatifs aux régions occipitale et génitale.

Chez le troisième malade (cérébellite due à un excès de travail intellectuel), la nature du travail morbide a bien été dia-sthénique. La monade centrale concentrant son travail dans les lobes antérieurs

Cette fois, comme la première, la fièvre résiste aux antipériodiques. Le malade demande la sortie de l'hôpital le 21, et vient, le 22, commencer à mon établissement un traitement par les douches froides.

Etat actuel. Le facies est celui de la cachexie paludéenne; l'amaigrissement considérable, les digestions pénibles, le tronc est légèrement incliné en avant, les forces presques nulles.

Le foie ne présente rien d'anormal; mais le diamètre de la rate est de 12 centimètres.

L'accès de fièvre revient périodiquement tous les soirs vers huit heures.

Douche générale en pluie et en jet; celle-ci étant spécialement dirigée sur la région splénique.

Le 23, la fièvre a été retardée de trois heures, et le stade de sueur bien moins marquée que d'habitude. Même traitement deux fois dans la journée.

Le 25, un léger frisson, survenu au milieu de la nuit, a marqué seul le moment de la fièvre.

Le 26, plus de fièvre.

Je fais continuer jusqu'au 28 le traitement par mesure de précaution. La rate a repris ses dimensions normales, et depuis cette époque jusqu'aujourd'hui L.... s'est parfaitement porté et n'a plus eu le plus léger accès fébrile.

Ici la fièvre est née en Crimée, et c'est la rate qui présente une hypertrophie considérable; la maladie résiste au quinquina, aux purgatifs, au sulfate de quinine à haute dose, deux douches la font disparaître sans retour.

Obs. IV. — *Fièvre intermittente. — Epistaxis répétées. — Anémie. — Guérison.*

G...., âgé de 16 ans, taille 1 mètre 41 centimètres, tempérament lymphatique. A six ans il a été pris de fièvre intermittente contre laquelle on a administré le sulfate de quinine. Depuis cette époque jusqu'à 14 ans, la fièvre est revenue chaque année et a toujours été arrêtée par le sulfate de quinine ou le quina. La santé cependant a toujours été assez mauvaise pendant l'intervalle des accès.

A 14 ans, aux accès de fièvre succèdent des épistaxis abondantes à intermittences assez franches, et affaiblissant considérablement le jeune malade. Plusieurs poudres dont on ignore le nom ont été administrées sans résultat. Je vois cet enfant le 6 septembre en allant donner des soins à sa mère, il est complétement anémique; ses forces sont presque nulles, ce qui lui attire les mauvais procédés d'enfants bien plus jeunes que lui; il suffit de le pousser légèrement pour amener une chute. Je prescris du quinquina, des préparations ferrugineuses; les épistaxis sont arrêtées pendant un mois, mais la céphalalgie persiste.

Etat actuel. A son arrivée à Billom, le 3 janvier 1857, cachexie paludéenne, anémie, débilité extrême, bruit de souffle dans les gros vaisseaux, le moindre faux pas le fait tomber; inappétence, insomnie accompagnée d'une céphalalgie plus violente encore que pendant le jour, et augmentant à l'approche des variations atmosphériques. Dyspnée intense, qui, par le temps de brouillard, se change en une véritable suffocation.

Le foie ne présente rien d'anormal.

La rate a 12 centimètres.

Douche générale en pluie et en jet.

7 *janvier.* Il n'y a plus d'épistaxis, l'appétit est bon, la céphalalgie est moins intense.

Le 15, l'appétit est excellent, pas d'épistaxis, la céphalalgie n'existe plus, les forces reviennent.

3 *février.* La rate a repris ses dimensions normales, la santé est excellente. Plusieurs fois cet enfant est allé voir son père à Trulbat. Il se trouve très-fort, et me promet bien de ne plus être, à l'avenir, le jouet de ses camarades.

L'hydrothérapie fait justice non-seulement d'une fièvre ancienne et rebelle, mais encore d'épistaxis intermittentes, répétées, et elle témoigne de son action reconstitutive en faisant disparaître l'anémie et l'asthénie produites par les hémorrhagies et par l'intoxication paludéenne.

Obs. V. — *Fièvre intermittente grave datant de trois ans. — Nombreuses récidives. — Guérison.*

Annette G...., âgée de 39 ans, bonne constitution, tempérament nervoso-sanguin, réglée à 16 ans; de 9 à 12 ans, Annette G.... a fait une maladie grave dont elle ne se rappelle pas le nom, non plus que celui des remèdes nombreux, tant externes qu'internes, qu'on lui a fait prendre. De 12 à 23 ans, santé parfaite. Annette G.... se marie à 23 ans et quitte la montagne pour venir habiter Tuilhat, situé sur un terrain bas et habituellement humide.

A 24 ans, première couche heureuse; à 27 ans, deuxième couche.

A 28 ans, pendant le mois de juin, vers sept heures du soir, Annette G.... est prise d'un accès de fièvre qui débute par un frisson violent avec claquement des dents, dont la durée est de plusieurs heures, et qui se termine par une sueur abondante.

Des accès pareils aux premiers se renouvellent tous les soirs à sept heures, et ne se terminent complétement que vers dix heures du matin. Un médecin consulté fait prendre quarante-deux pilules de sulfate de quinine. Les accès sont arrêtés pendant trois semaines, mais reviennent alors, quoique moins intenses. Cet état persiste pendant un an. La fièvre alors devient tierce de quotidienne qu'elle était, et après avoir épuisé inutilement tous les moyens médicaux, Annette

du cerveau, appareil spécial de l'intellect, s'est épuisée dans une dépense d'attention exagérée. Les communications que la *protubérance* entretient avec les *lobes moyens* et le *cervelet*, par le *pont de Varole* lui ont permis de distraire des forces à ce dernier, et dès ce moment la *passion* a été le principal auxiliaire du travail *intellectuel*, il en est résulté dans les forces du cerveau un défaut d'équilibre.

De pareils accidents peuvent être combattus intérieurement par des préparations de valérianate de zinc, médicament précieux dans les *ataxies*. La glace, comme répercussif, sur les sinus frontaux, où afflue momentanément l'excès du travail vital; un exutoire à la nuque, dans le but de réagir par révulsion sur les éléments divergés, telles sont les indications d'une thérapeutique vraiment rationnelle.

Ce triple exemple doit suffire pour expliquer comment nous entendons qu'on doit observer les lésions des fonctions et appareils; comment nous pensons que le praticien peut en tirer des inductions tout à la fois précises et larges. La palpation, la percussion, l'auscultation, sont les principaux procédés pour explorer ces lésions de régions; par ces procédés, les hypertrophies, les atrophies, les cachexies, les épanchements, les râles, les bruits de souffle, le météorisme, la tympanite, peuvent être diagnostiqués : si je n'insiste pas sur ces points capitaux, pas plus que sur les signes fournis par les opérations de sondage, par l'examen de la langue, de l'œil, des urines, du sang, des selles, du pouls, etc., etc., c'est parce que mon labeur est de jeter des assises rationnelles, et non d'ergoter à plaisir sur des questions parfaitement détaillées dans les auteurs.

Après l'examen de l'état morbide général et des lésions d'appareils, nous avons à étudier celles des tissus — ce sera l'objet d'une autre lettre, — je clos celle-ci, cher correspondant, en vous saluant de cœur.

Dr Armand de Fleury (de Mansle).

On lit dans le *Manchester Guardian :*

« Une femme, traduite cette semaine devant les magistrats de Wignan, pour coups portés à une voisine, donne un exemple frappant de mariage à un âge prématuré. Elle est la femme d'un tailleur, demeurant Douglas-terrace-Wignan, l'homme a 40 ans, la femme 29. Ils se sont mariés avant qu'elle ne fût arrivée à l'âge de 14 ans et elle était mère à 14 ans et 7 mois, depuis lors, elle a eu onze autres enfants. Ce qu'il y a de plus étrange, c'est que la fille aînée qui a eu 15 ans il y a jeudi huit jours, est mère de deux enfants, dont l'aîné a presque 2 ans, car elle s'est mariée plus jeune que sa mère. La femme dont nous parlons, âgée de 29 ans, est, par conséquent, mère de douze enfants et grand'mère de deux. » (*Presse méd. belge.*)

G.... a recours à tout ce que peuvent lui conseiller les bonnes femmes et les charlatans. Un maréchal-ferrant des environs de Courpière lui fait avaler, pendant le stade de sueur, un grand verre d'eau glacée!! La malade faillit en mourir. Une autre personne lui fait avaler un verre de vinaigre dans lequel on a fait dissoudre une poignée de sel marin, etc., etc. La fièvre ne continue pas moins à paraître *pendant deux ans* avec le type tierce.

Après ces trois années, les accès disparaissent tout à coup, mais laissent à leur place une céphalalgie violente, contre laquelle tous les remèdes employés restent sans résultat. De temps à autre, de loin en loin, quelque accès paraissent encore, mais sans une intermittence franche. Les forces diminuent, la malade ne peut pas gravir un escalier ou marcher quelques instants sans être prise de suffocation ou de perte de connaissance. Les règles deviennent irrégulières, peu abondantes, et disparaissent enfin le 1er septembre 1856 pour ne plus revenir.

A cette époque, la malade est prise d'accès quotidiens qui deviennent bientôt sub-intrants. La céphalalgie est tellement violente que la malade est convaincue que des vers lui rongent le cerveau.

Je suis appelé le 6; je prescris le sulfate de quinine à la dose de 8 décigrammes pendant plusieurs jours, et la poudre de quina devra suivre l'administration de la quinine. Après vingt-quatre heures, la fièvre est arrêtée, la céphalalgie seule persiste. Quinze jours après, les accès reviennent avec le type tierce. Nouvelles doses de sulfate de quinine et de quina, et je conseille à la malade un traitement hydrothérapique qu'elle promet de venir suivre aussitôt qu'elle pourra sortir de son lit; mais elle en est charitablement détournée. La fièvre cède encore au sulfate de quinine, et la malade reste à Tuilhat, n'éprouvant plus que quelques bouffées de chaleur et un mal de tête assez violent.

Le 6 *décembre*, le mari de la malade vient en toute hâte me prier d'aller voir sa femme qui se meurt. Il me dit que les accès de fièvre sont revenus depuis le premier du mois, et que chaque jour ils sont plus violents et accompagnés de délire. Je trouve la malade à la fin d'un accès; la fièvre est sub-intrante, accompagnée de délire; la face est vultueuse, le pouls à 130. La moindre cuillerée de liquide ne peut être supportée. Je fais administrer du sulfate de quinine en lavement, et j'applique des ventouses à la région splénique qui est douloureuse à la pression.

Le lendemain, je vois la malade; elle est en pleine connaissance; l'accès est moins violent. Elle me dit que les ventouses appliquées hier lui ont fait le plus grand bien, et elle me promet bien cette fois, si elle peut sortir de son lit, de ne plus écouter les personnes qui l'ont empêchée de suivre le traitement par l'eau froide qui, lui ai-je dit, doit la guérir radicalement.

Le 25, Annette G.... commence à se lever.

3 *janvier*. On lui fait un lit sur un char et on la transporte à Billom.

Etat actuel. Faiblesse musculaire excessive, crampes fréquentes le long de la colonne vertébrale et dans les membres supérieurs et inférieurs. La face présente tous les caractères de la cachexie paludéenne, des frissons quotidiens surviennent chaque soir; l'appétit est nul; les nuits se passent sans sommeil. La céphalalgie est toujours aussi violente que par le passé.

La rate a 7 centimètres 1/2.

Le foie dépasse d'un travers de doigt le rebord.

Le poids du corps est de 48 kilog. 1/2.

Douche en pluie et en jet bien supportée.

15 *janvier*. La céphalalgie et les frissons n'existent plus; l'appétit est revenu, les digestions se font bien, le sommeil est réparateur.

Le poids du corps est de 51 kilog. 1/2.

Le 16. Les règles ont paru le 22 (*il y avait aménorrhée complète* depuis le 1er septembre); elles ont cessé le 25. La santé est excellente.

Le poids du corps est de 53 kilog. 1/2.

3 *février*. Annette G.... quitte l'établissement en parfaite santé.

Il serait difficile de citer une observation plus concluante en faveur des doctrines de M. Fleury.

Voici une fièvre qui existe depuis trois ans, qui résiste au traitement le plus énergique et le plus méthodique par le sulfate de quinine et le quinquina, qui, en raison de ses nombreuses récidives, finit par jeter la malade dans un état fort grave d'anémie et de cachexie, qui, enfin, touche au caractère pernicieux.

Quelques jours de traitement méthodique font justice de la fièvre; le vingt-deuxième jour, on voit apparaître les règles, supprimées depuis cinq mois; au bout d'un mois la guérison est complète et le poids du corps a augmenté de 5 kilogrammes.

Obs. VI. — *Fièvre intermittente grave ayant résisté au sulfate de quinine et au quinquina. — Guérison.*

La femme B.... est âgée de 57 ans, tempérament bilioso-nerveux; réglée à 18 ans; la ménopause a eu lieu à 44. A 40 ans, vaste abcès à la partie inférieure de la jambe causé par l'introduction d'un corps étranger. Déformation de l'articulation tibio-tarsienne.

Environ six mois après, une violente douleur se fait sentir au genou du même côté, accompagnée d'une tuméfaction considérable, et qui nécessite des raies de feu et une saison aux bains de Saint-Nectaire. Depuis cette époque, la femme B.... a été retenue souvent au lit, pendant un temps plus ou moins long, par une fièvre très-forte, prenant souvent un caractère intermittent et accompagné d'un froid intense, de sueurs abondantes et de suffocations.

Depuis le commencement de la maladie plusieurs médecins ont été consultées; des applications de sangsues ont été faites au creux de l'estomac; le sulfate de quinine a été administré en pilules et toujours sans résultat.

Le 24 *février* 1856, je vois la malade que je trouve en proie à un accès de fièvre très-violent et sur son déclin, la langue est saburrale et rouge sur les bords, la peau brûlante, le pouls fort, plein et très-fréquent; céphalalgie intense, mais bien moindre cependant depuis l'arrivée de la sueur. La malade me dit que des redoublements ont lieu chaque jour, mais à des heures peu fixes; l'apyrexie est accompagnée d'une faiblesse extrême; légère douleur à la région splénique.

Je prescrivis une purgation à la magnésie et 16 décigrammes de sulfate de quinine à prendre en deux jours. La femme B.... prendra les jours suivants 10 grammes de poudre de quinquina jaune.

Je ne revois pas la malade jusqu'aux premiers jours du mois de mai. Depuis ma dernière visite, à l'exception de la semaine qui l'a suivie, et pendant laquelle il y a eu un peu de mieux, la santé a toujours été mauvaise et les accès de fièvre fréquents; les forces sont allées en diminuant, et depuis quinze jours la femme B.... ne quitte pas le lit. Les paroxismes fébriles sont accompagnés d'une suffocation extrême, qui pousse la malade à porter à chaque instant ses mains à son cou, comme pour y enlever l'obstacle qui s'oppose à la respiration. L'appétit est nul, l'amaigrissement extrême, et c'est à peine si la malade peut supporter sa translation d'un lit à un autre.

Le foie et la rate ne présentent aucune dimension anormale; rien du côté du cœur ni des poumons. Je prescris encore des antispasmodiques et les fébrifuges, le tout sans résultat.

Le 20 *mai*, je conseille à la malade un traitement hydrothérapique que je commençai sur-le-champ par une friction avec le drap mouillé, et elle s'y soumet sans balancer. « Ce *traitement*, dit-elle, devrait-il la tuer ! »

Séance tenante, je fais apporter de l'eau froide, et j'y plonge un drap, et après l'avoir fortement exprimé, je me dispose à le lui jeter sur les épaules!.... C'est alors que tous les parents présents à ma visite poussent des cris!.... « Quel malheur d'être allé chercher ce « médecin ! dit un des enfants. — Il va tuer ma mère! s'écrie « l'autre. » Mais comme la malade persiste dans sa détermination, tous les assistants se retirent presque furieux et m'abandonnent avec ma patiente, qui trouve en ce moment assez de force pour se lever et se tenir debout, appuyée contre le pied du lit.

J'avoue que ma position était embarrassante, et j'ai réfléchi souvent depuis à la responsabilité qui aurait pesé sur moi si un accident fût arrivé, quoique tout à fait indépendant de la médication. Fort de ma conviction, je mis habit bas et frictionnai vigoureusement pendant une minute environ. La réaction s'opéra très-bien, je remplaçai

le drap mouillé par un drap sec, fis de nouvelles frictions, et les parents, seulement alors, voulurent bien rentrer dans la chambre, tout surpris de voir que la malade existait encore et qu'elle leur disait se trouver bien mieux qu'avant les frictions.

J'obtins avant de partir, et non sans peine, que deux fois par jour le drap mouillé serait renouvelé, et la femme B.... me promit de se faire transporter à mon établissement aussitôt qu'elle le pourrait.

2 *juin*. J'apprends que la femme B.... est beaucoup mieux, qu'elle a pu sortir de sa maison et aller voir une voisine.

Le 9, elle peut se faire placer sur un char et arrive à Billom.

Etat actuel. Depuis les frictions en drap mouillé, les accès de fièvre ne sont plus marqués chaque jour que par de légers frissons et un peu de moiteur à la peau; les suffocations ne se font sentir qu'à de rares intervalles et sont d'une intensité bien moindre. L'appétit est encore faible et les forces reviennent lentement.

La rate ne présente pas de dimensions anormales, mais il y a toujours un peu de douleur dans la région splénique.

Un chapelet de ganglions engorgés tapisse les aines et la partie supérieure des cuisses.

J'administre une douche d'une demi-minute, qui est bien supportée.

Le 14, une amélioration très-grande a eu lieu déjà, la fièvre a complétement disparu, les suffocations n'ont eu lieu qu'une seule fois, l'appétit revient et avec lui l'espoir d'une guérison prochaine.

Le 22. « Je n'ai jamais tant mangé que maintenant, » me dit la femme B...., dont la figure reprend l'aspect de la santé; la fièvre n'a pas reparu; les ganglions engorgés ont diminué de moitié, et de toutes mes malades elle est celle qui vient à la douche avec le plus de plaisir et qui encourage les nouvelles arrivées en se donnant comme exemple de succès.

7 *juillet*. La malade est allée hier passer la journée du dimanche au milieu de sa famille et est revenue ce matin à pied, comme elle y était allée. Le village qu'elle habite est distant de Billom d'environ 4 kilomètres. L'engorgement des glandes a complétement disparu.

Le 9, malgré le conseil que je lui donne de continuer son traitement, la femme B.... quitte l'établissement dans un état de santé qu'elle n'avait plus depuis dix-sept ans.

8 *mars* 1857. J'ai revu aujourd'hui la femme B...., dont la santé ne s'est pas démentie, et qui est venue me conduire un de ses enfants, atteint aussi de fièvre intermittente. Ce sera, j'en suis convaincu, un nouveau succès à enregistrer.

Ces observations sont bien dignes de fixer l'attention des praticiens, et elles justifient, de la manière la plus complète, les conclusions par lesquelles M. Fleury terminait le mémoire qu'il a publié dans les *Archives générales de médecine*, dès 1848 :

« 1° Dans le traitement de la fièvre intermittente récente, simple, périodique, avec ou sans engorgement de la rate, les douches froides *peuvent être substituées au sulfate de quinine;*

« 2° Dans le traitement de la fièvre intermittente ancienne, périodique ou irrégulière, ayant récidivé plusieurs fois et résisté à l'administration méthodique du sulfate de quinine, accompagnée d'un engorgement considérable et chronique de la rate ou du foie, de phénomènes cachectiques, anémiques, c'est-à-dire dans le traitement de l'intoxication paludéenne chronique, les douches froides *doivent être préférées* au sulfate de quinine. Plus rapidement et plus sûrement que celui-ci, elles coupent la fièvre, ramènent les viscères à leur volume normal, et font disparaître les phénomènes anémiques et cachectiques, sans que l'on ait à redouter les accidents que les hautes doses de sulfate de quinine déterminent si fréquemment du côté du système nerveux et des voies digestives;

« 3° L'action curative des douches froides est complète; car non-seulement elle guérit la maladie, mais aussi elle en prévient les rechutes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE CLINIQUE.

Epanchement pleurétique à droite. — Guérison avec affaissement des arcs costaux. — Six semaines après, pleurésie nouvelle à gauche, avec épanchement considérable et dyspnée extrême. — Thoracentèse. — Guérison.

Observation lue par le Dr VIDECOQ, *à la Société des médecins du bureau de Bienfaisance.*

Le 9 mai 1856, je fus invité par le bureau de Bienfaisance à visiter un nommé Thuilier, sergent de ville, âgé de 37 ans, demeurant rue de la Parcheminerie, n° 27.

Cet homme, d'une haute stature et d'une bonne constitution (il a servi douze ans dans les 1er et 2e régiments de carabiniers), était à peine convalescent d'une pleurésie grave lorsqu'il reprit son service de sergent de ville. Pendant vingt-cinq jours, il avait pu, quoique avec peine, remplir sa tâche quotidienne, que ses chefs s'étudiaient à lui rendre facile, lorsqu'à la suite d'un refroidissement, il venait d'être repris de frisson, de fièvre et d'un point douloureux dans le côté gauche, opposé à celui qui était à peine guéri. Il gardait le lit depuis cinq jours.

Je constatai, à l'inspection du thorax, un affaissement au niveau des cinquième, sixième et septième côtes gauches, d'autant plus notable que le côté opposé semble déjà avoir pris une amplitude exagérée au niveau de l'hypochondre, où les espaces intercostaux paraissent agrandis.

A la percussion, diminution considérable de la sonorité normale dans plus de la moitié inférieure de la hauteur du côté droit en arrière, et dans le tiers inférieur en avant. Matité absolue du côté gauche, dans plus du tiers inférieur, en arrière et en avant. Sonorité conservée partout ailleurs, moins forte cependant dans les parties supérieures droites que dans les points correspondants à gauche.

L'auscultation laissait percevoir, à droite, le bruit respiratoire mêlé de râles muqueux et de bruit de frottement dans toute la hauteur en avant, et dans moitié de la hauteur en arrière. A partir de l'angle inférieur de l'omoplate, le bruit respiratoire était très-affaibli, et comme éloigné, sans souffle et sans résonnance de la voix.

A gauche, bruit respiratoire exagéré dans le tiers supérieur en arrière; bronchophonie au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; plus bas, absence de tout bruit respiratoire. En avant, bruit de la respiration mêlé de râles humides dans la moitié supérieure, et faisant complétement défaut dans la moitié inférieure.

Rien de particulier du côté du cœur, qui paraît cependant un peu refoulé par la ligne médiane.

Le pouls était à 96; la peau chaude, couverte de sueur.

La respiration était haute, laborieuse, fréquente.

Le malade reposait le thorax à demi foulé par deux oreillers. Il y avait une expectoration muqueuse, filante, très-abondante.

J'appris alors que, vers le 15 décembre 1855, Thuilier, qui jusque-là n'avait jamais été malade, s'était vu forcé, après plusieurs jours de malaise accompagné de toux et de douleur de côté, de prendre le lit une première fois; que notre confrère, le docteur Sarrazin, qui l'avait vu alors, avait constaté une pleurésie avec épanchement à droite; qu'après avoir saigné le malade par la lancette et les sangsues, il lui avait appliqué successivement quatre grands vésicatoires, lui avait donné des diurétiques, puis des purgatifs drastiques; que l'épanchement n'ayant pas cédé à ce traitement énergique, et la dyspnée augmentant, M. Sarrazin avait adressé le malade, au commencement de la deuxième quinzaine de janvier 1856, à son ami le docteur Pidoux, à l'hôpital de Lariboisière, en exprimant l'opinion que l'opération de la thoracentèse lui paraissait indiquée.

A l'hôpital, le médecin ne jugea pas les accidents assez pressants pour avoir recours à la ponction thoracique. Il reprit les larges vésicatoires, qui furent successivement appliqués au nombre de huit, et alternativement les purgatifs et la digitale.

Les accidents se calmèrent peu à peu ; l'épanchement céda avec une grande lenteur, et lorsque le malade sortit, vers le 15 mars, il avait encore la respiration courte et gênée, surtout lorsqu'il montait les escaliers. Il garda le repos jusqu'au 6 avril avant de reprendre son service qui lui était pénible, bien qu'on lui épargnât les services de nuit, pendant les 25 jours qu'il put le remplir.

Je diagnostiquai un épanchement récent à gauche, enveloppant le poumon jusqu'à la moitié de sa hauteur, avec bronchite pituiteuse, adhérences et fausses membranes embarrassant le jeu du poumon droit. Ces deux pleurésies successives et la bronchite assez intense me donnaient lieu de craindre, en outre, la présence de tubercules pulmonaires, craintes que l'excellente constitution antérieure du sujet semblaient cependant devoir écarter.

Je fis appliquer immédiatement deux vésicatoires et prescrivis des boissons nitrées et des pilules de scille et de digitale.

Deux jours après, le 11 mai, l'épanchement avait augmenté et remontait jusqu'à la partie moyenne de la fosse sous-épineuse. La dyspnée et la fièvre augmentaient en proportion. Je pratiquai une saignée du bras de 350 grammes et donnai des pilules d'aloës. — Le soir, il y avait un peu moins d'étouffement, mais le pouls montait encore ; il était à 112. L'expectoration diminuait.

Le 12, troisième vésicatoire.

Le 13 et le 14, anxiété extrême. Les purgatifs n'ont plus d'effet ; l'expectoration est supprimée.

Le 15, orthopnée. Le visage, les mains sont violacés, les veines du col distendues ; tout le corps est baigné de sueur. Pouls petit, à 108 ; respiration, 34.

Je pensai qu'il ne fallait plus différer de vider le thorax par une ponction. Cependant, avant d'en venir à ce moyen, je priai M. Lemaire d'examiner le malade avec moi.

Après un examen aussi exact que le permettait l'état d'anxiété du sujet, M. Lemaire croyant remarquer que la dyspnée était hors de proportion avec l'étendue de l'épanchement et les lésions constatées par l'auscultation et la percussion, soupçonna une affection du cœur. Le cas ne lui parut pas favorable au succès de l'opération, et il fut décidé que nous demanderions l'avis d'un troisième confrère.

A sept heures du soir, M. Dequevauviller était avec nous auprès du malade. La dyspnée était moins effrayante, l'anxiété moindre, les extrémités et la face moins livides. Nous tentâmes encore l'application de deux énormes vésicatoires qui couvraient les deux tiers du côté gauche du thorax, et nous attendîmes au lendemain.

Le 16, le malade était dans un état encore plus grave que la veille au matin ; il n'avait pu reposer un moment et avait dû être constamment soutenu assis sur le lit, pour respirer avec les plus grands efforts. Le pouls battait 120, la respiration marquait 38 et 40. Il y avait des vertiges, des éblouissements, des menaces de syncope.

L'hypochondre gauche est fortement distendu, les arcs costaux sont écartés, les espaces intercostaux agrandis, le diaphragme est refoulé vers l'abdomen.

La ponction est pratiquée sur-le-champ par M. Dequevauviller, qui enfonce le troquart, garni d'une baudruche mouillée, entre la sixième et la septième côte, un peu en arrière de la ligne verticale abaissée du milieu de l'aisselle. Le poinçon étant retiré, on voit immédiatement un liquide séreux, verdâtre, s'écouler d'une manière continue d'abord, puis par jet saccadé, lorsque la toux survient et aide à l'expulsion du liquide et au déplissement du poumon. Trois litres et demi de liquide s'échappent ainsi, et la dyspnée diminue sensiblement à mesure qu'ils s'écoulent. Le troquart est ensuite retiré et la petite plaie recouverte d'un double morceau de diachylon. Les vésicatoires sont pansés avec le cérat.

On constate, immédiatement après l'opération, que la sonorité a reparu dans les 4/5e de la hauteur de la poitrine, et le bruit respiratoire est perçu dans la même étendue.

Le liquide écoulé ne contenait ni flocons, ni traces de matière purulente ; mais vingt minutes après l'opération, le dernier tiers du liquide, qui avait été reçu dans un vase à part, est pris sous forme d'une gelée peu consistante, rappelant la couenne gélatineuse de certaines saignées. Cette portion offre une teinte un peu rosée. Il est évident que ce liquide renferme une forte proportion des éléments du sang,

A deux heures de l'après-midi, la respiration n'était plus qu'à 28, le pouls à 100. La couleur violacée de la face et des membres avait disparu. Le malade reposait à demi couché sur ses oreillers, ce qu'il n'avait pu faire depuis cinq jours.

A sept heures du soir, le pouls battait 96 fois, et on ne comptait plus que 26 respirations. Il y avait eu du sommeil dans l'après-midi. Le calme serait parfait, si le malade n'était tourmenté par des ardeurs d'urine dues aux vésicatoires.

Le 17, pouls et respiration comme la veille au soir. On constate des bruits de frottement et le liquide ne s'est pas reproduit. Les sueurs ont beaucoup diminué. Sentiment de bien-être très-prononcé. Le soir, pouls à 92 ; grande moiteur dans la journée.

Le 18, pouls à 80 ; la respiration est à 24. Nuit bonne, urine facile, soif modérée. Les signes fournis par l'auscultation et la percussion, comparés à ceux notés immédiatement après l'opération, annoncent qu'une certaine quantité de liquide s'est de nouveau épanchée dans la plèvre.

Cependant, le 19 et le 20, le pouls a encore baissé à 76.

Le 24, le niveau du liquide s'est élevé de 2 centimètres au-dessus de la marque tracée le 20. Le pouls est rémonté à 88, la respiration est à 28. La nuit a été agitée. Il y a un peu de toux et d'expectoration muqueuse. La gêne de la respiration est plus marquée. (On continue les boissons nitrées et la diète au bouillon.)

Le 25, à plusieurs reprises, pendant la nuit, le malade a été forcé de se tenir assis sur le lit pour respirer. Même état du pouls et même nombre de respirations. (Vésicatoire de 15 centimètres sur le côté gauche, 40 grammes de sel d'Epsom.) — Le soir, pouls à 112. Plusieurs garde-robes dans la journée et huit pendant la nuit.

Le 26, pouls à 92 ; respiration plus libre, à 26.

Le 27, pouls à 84 ; la respiration est à 20. (45 grammes de sel d'Epsom.)

Le 29, même état. Le niveau du liquide a baissé d'un travers de doigt depuis la dernière exploration.

Le 30, quelques aliments sont accordés au malade, qui est mis à l'usage de la digitale. Toujours sueurs copieuses.

Le 4 *juin*, je constate que la matité absolue a encore baissé d'un travers de doigt.

Le 8, le malade s'est levé pendant deux heures dans la journée.

Le 20, il a pu faire une petite sortie. Il ressort encore une matité très-marquée dans la hauteur de 8 centimètres, à la partie inférieure du thorax. Les côtes étaient encore plus saillantes qu'à droite, et il existait une différence de 3 centimètres entre la circonférence des deux côtés.

Depuis, le malade a pris un bon appétit ; les digestions sont régulières. Il n'y a plus de toux ; mais un léger exercice rend encore la respiration pénible, et fait reparaître le sentiment d'oppression.

A la fin de juin, on trouve des bruits de frottement jusqu'au bas de la poitrine, où le bruit respiratoire est encore très-affaibli. Nulle part d'agophonie ni de retentissement de la voix.

Dans le courant de juillet, le malade fait à plusieurs reprises des promenades jusqu'au Luxembourg. On peut le considérer comme guéri, bien que le jeu du poumon soit encore gêné par les adhérences et les fausses membranes.

PHYSIOLOGIE.

Sur la manière d'agir du suc gastrique,

Communication par le Dr Blondlot (de Nancy).

Dans les différents travaux que j'ai successivement publiés sur la digestion, je me suis attaché à prouver que le suc gastrique se borne à faire subir aux matières protéiques ou albuminoïdes un simple ramollissement qui leur permet de se diviser par l'effet des agents mécaniques les moins énergiques. Aujourd'hui, je me propose de faire connaître un fait aussi simple que remarquable, qui pourrait jeter quelque jour sur la modification chimique sous l'influence de laquelle ces matières perdent ainsi une partie de leur cohésion.

On sait que si le suc gastrique est constamment acide, cette acidité est très-faible (1), et que, sans l'espèce de ferment auquel ce fluide est redevable de sa vertu spécifique, son principe acide, quelle qu'en soit, du reste, la nature, resterait complétement inerte en présence des matières azotées qui font partie des aliments. Toutefois, j'ai pensé qu'il pouvait être intéressant, à un autre point de vue, d'examiner l'action que produiraient sur ces matières des acides beaucoup plus concentrés.

A cet effet, j'introduisis différentes de ces substances, telles que de la viande cuite ou crue, plusieurs tissus organiques, de l'albumine durcie par la chaleur, etc., dans des tubes fermés par un bout, avec de l'eau aiguisée d'un dixième environ d'acide sulfurique ordinaire, en ayant la précaution d'agiter de temps à autre ; or, je remarquai, non sans étonnement, que sous l'influence d'une température de 40 degrés, au bout de vingt à vingt-quatre heures, ces substances qui, du reste, n'avaient pas changé d'aspect, et n'avaient absorbé ou exhalé aucun gaz, avaient subi un ramollissement tel que, par l'agitation avec une baguette de verre, elles se convertissaient en une espèce de bouillie d'apparence homogène, absolument semblable à celle que l'on obtient au moyen du suc gastrique. Je répétai cette expérience un grand nombre de fois, en variant la matière organique sur laquelle j'agissais, et toujours j'obtins des résultats sensiblement identiques. Différentes substances gélatineuses, notamment de la colle de poisson, placées dans les mêmes conditions, perdirent aussi la propriété de se prendre en gelée par le refroidissement, absolument comme elles le perdent dans le fluide digestif.

Au surplus, l'expérience m'a démontré que l'acide sulfurique n'est pas le seul qui produise les effets que je viens de mentionner, tant sur les matières protéiques proprement dites que sur la gélatine; j'ai constaté que les autres acides inorganiques les produisaient aussi, mais avec moins d'énergie. Quant aux acides organiques, aucun ne ramollit sensiblement les matières albuminoïdes, du moins à la température de 40 degrés et au-dessus; mais si l'on chauffe davantage, ils finissent aussi, pour la plupart, par amener un ramollissement semblable. Du reste, quel que soit l'acide mis en usage, la matière conserve toutes ses apparences extérieures, et recouverte du liquide qui a agi sur elle, peut se conserver fort longtemps exempte d'altérations ou de modifications ultérieures.

Ces faits sont assurément d'une grande simplicité; mais, tout simples qu'ils sont, ils me semblent d'une certaine valeur par les conséquences que l'on peut en déduire.

En effet, ils démontrent l'exactitude d'un rapprochement déjà indiqué depuis longtemps par M. Dumas (2), entre le ferment gastrique (*gastérase* de certains auteurs) et la *diastase* proprement dite, en ce sens que l'action spéciale déployée par chacun de ces ferments peut aussi être produite artificiellement par des agents chimiques identiques, à savoir les acides étendus.

Or, comme la molécule amylacée ne fait que s'approprier les éléments de l'eau, lorsque l'on fait agir sur elle soit les acides, soit la diastase, l'induction la plus légitime conduit, ce me semble, à admettre que la molécule protéique qui subit les mêmes influences ne fait aussi que s'hydrater : seulement, de part et d'autre, le résultat de cette hydratation est loin d'être identique, puisque la fixation de l'eau sur l'amidon a pour effet une véritable métamorphose, par suite de laquelle il se convertit en sucre ; tandis que l'introduction de l'eau dans la molécule protéique se borne à une simple diminution de cohésion.

A l'appui de cette théorie, qui fait jouer à l'eau d'hydratation un rôle si important dans la digestion, je ferai encore valoir une remarque que j'ai eu occasion de faire : c'est que si l'on dessèche préalablement à 100 degrés les matières sur lesquelles on veut faire agir artificiellement soit le suc gastrique pur, soit les acides étendus, à la température de 40 degrés, elles se montrent complétement réfractaires et n'éprouvent d'autre ramollissement que celui qu'ils éprouveraient dans de l'eau simple; comme si un certain degré d'hydratation naturelle, si je puis m'exprimer ainsi, était indispensable pour que la matière albuminoïde puisse se combiner au surcroît d'eau qui en opère le ramollissement; de même qu'il arrive à certains produits inorganiques qui, une fois complétement privés d'eau, ne peuvent plus en reprendre que très difficilement.

En résumé, si ces idées sont justes, comme je me le persuade, le principe organique qui caractérise le suc gastrique serait donc une espèce particulière de diastase (que je proposerais de désigner désormais sous le nom d'*hydrastase*, pour la différencier de la précédente), et la modification qu'il fait subir aux matières azotées consisterait dans une simple hydratation : ce qui expliquerait comment, tout en conservant leur aspect et sans changer essentiellement de nature, ces matières subissent si facilement la désagrégation qui les convertit en chyme.

(1) J'ai constaté que, pour neutraliser 10 centimètres cubes de suc gastrique, il suffit de 2 à 3 centigrammes de soude caustique.

(2) *Traité de chimie*, t. VI, p. 380.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le docteur Laugier, second chirurgien en chef à l'Hôtel-Dieu de Toulon, vient de succomber, jeune encore, à une longue maladie.

— M. le docteur Charles Clément, médecin honoraire des hôpitaux civils de Paris, est décédé le 5 courant, à son domicile, quai de la Tournelle, 27.

Maladies syphilitiques. — M. le docteur Clerc commencera son cours public sur les *maladies syphilitiques*, mardi prochain 12 mai, à midi, amphithéâtre n° 2 de l'Ecole Pratique, et le continuera les mardis et samedis, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 57. 5e année. Mardi 12 Mai 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 11 mai 1857.

Séances de la Société de Chirurgie des 25 mars, 1er et 14 avril 1857.

[**Atrésie et ectopie de l'anus. — Fracture d'une exostose épiphysaire du fémur. — Syndactylie.**]

L'étendue considérable des documents que nous avons dû publier sur la discussion de l'Académie et sur la méthode sous-cutanée nous a mis en retard avec la Société de Chirurgie. Nous allons aujourd'hui combler cette lacune.

Nous avons parlé, dans un précédent article, d'un cas d'ectopie et d'atrésie de l'anus, observé par M. Boinet sur une petite fille agée de quelques mois. Les matières fécales étaient expulsées avec difficulté; il paraissait nécessaire de pratiquer une opération, et M. Verneuil, craignant qu'un débridement simple ne fût suivi de la récidive du rétrécissement, conseilla de pratiquer en arrière une grande incision vers le coccyx et de réunir par suture la muqueuse du rectum avec les bords de cette incision. Ce procédé ingénieux paraît dû à Amussat, qui l'a fait connaître en 1835. L'ouverture anale artificielle étant revêtue d'une muqueuse et non d'un tissu cicatriciel, conserve définitivement son calibre, et la récidive est évitée.

Cette communication de M. Boinet et la discussion qu'elle a suscitée a été l'objet d'une lettre intéressante de M. Goyrand (d'Aix), membre correspondant de la Société. M. Goyrand partage entièrement l'opinion de M. Verneuil sur la nécessité de l'opération et sur le choix du procédé, et il cite à l'appui deux observations tirées de sa pratique. Dans les deux cas, il a pratiqué en arrière, sur le coccyx, une longue incision médiane, puis il a réuni la paroi rectale avec la peau ; le succès a été complet.

Le sujet de la première observation était une petite fille qui mourut d'une maladie aiguë six mois après l'opération ; l'anus fonctionna de la manière la plus régulière jusqu'au moment de la mort, et tout porte à croire qu'il ne se serait pas rétréci si l'enfant avait vécu plus longtemps.

Le second cas est celui d'un petit garçon âgé de six mois, qui était atteint d'un vice de conformation assez compliqué. Une sorte de cloaque médian, situé à la place du raphé scrotal, recevait en avant l'embouchure de l'urètre, qui ne se prolongeait pas jusque dans la verge, et en arrière l'ouverture déplacée de l'anus. La région ano-coccygienne était imperforée. L'anus anor-

DÉLASSEMENTS.

Le feuilletoniste dans l'embarras. — Confession. — Deux lettres en réponse aux trois lettres d'un anonyme. — Béranger. — Explication. — Orfila. — Entretien édifiant. — Les vicissitudes d'un concurrent, conte en vers.

Le rôle de feuilletoniste n'est pas si facile à remplir qu'on pourrait le croire ; non pas qu'on ne vienne toujours à bout tant bien que mal de fournir de la copie au prote, c'est là une affaire d'habitude ; mais le difficile ou plutôt l'impossible est de parvenir à plaire à tout le monde. Ainsi, s'il m'arrive de m'entendre dire par ici : Ah ! mon ami, je vous félicite de vos vers, ils sont charmants ; voilà que par là on me donne le charitable avis de ne faire que de la prose et de laisser la confection des vers au célèbre poëte

.... du bord girondin
Pays du bon cœur, du bon vin,

Tant et si bien que lorsque je me vois forcé de prendre la plume, je ne sais plus comment m'y prendre. Le meilleur serait sans doute de ne plus faire ni prose ni vers ; mais j'ai pris des engagements, et en homme d'honneur, sinon d'esprit, il me faut y satisfaire, et me dire en ce cas bravement comme le meunier de la fable :

Je suis âne, il est vrai, j'en conviens, je l'avoue ;
Mais que dorénavant on me blâme, on me loue ;
Qu'on dise quelque chose ou qu'on ne dise rien ,
J'en veux faire à ma tête.

D'autant mieux que La Fontaine ajoute :

Il le fit, et fit bien.

Ceci dit, permettez-moi, beau critique, qui vous êtes donné la peine de m'écrire trois lettres anonymes pour me donner le conseil de ne pas suivre les errements de Fabre, de phocéenne mémoire, et de laisser les vers à ceux qui sont nés poëtes, permettez-moi , dis-je, de mettre sous vos yeux ces deux lettres, dont la date, pour être fort ancienne, puisqu'alors j'étais étudiant, n'en a que plus de valeur pour moi. Voici la première :

A Monsieur Albert Roux, *étudiant en médecine, à Montpellier.*

Je vous remercie, Monsieur, de votre lettre et de vos vers. Vos

mal, fort étroit à la naissance, se rétrécit de plus en plus, et bientôt se manifestèrent des accidents dus à la rétention des matières fécales. Le 3 mars 1840, M. Goyrand pratiqua une longue incision médiane, depuis l'ouverture de l'anus anormal jusqu'au sommet du coccyx, puis il saisit la paroi du rectum, l'attira à l'extérieur et la fixa, par cinq points de suture, à 2 centimètres environ en avant du coccyx, en adossant exactement la muqueuse avec la peau. La réunion se fit par première intention, au moyen d'une cicatrice linéaire. L'opéré a maintenant 17 ans ; l'ouverture anale ne s'est pas rétrécie, elle est très-dilatable ; la défécation a toujours été très-facile, et il est digne de remarque qu'il n'y a pas d'incontinence des matières fécales.

M. Goyrand termine sa lettre par des détails intéressants sur l'état du sphincter anal dans le vice de conformation dont il s'agit. Les dissections ont démontré que ce sphincter fait quelquefois entièrement défaut. Le plus souvent, il existe plus ou moins développé. Mais au lieu de constituer un anneau musculaire, il se compose de deux faisceaux antéro-postérieurs presque parallèles, l'un droit, l'autre gauche, unis en arrière au niveau du coccyx, écartés en avant et interceptant un angle aigu, dans l'ouverture duquel se trouve situé l'orifice anormal de l'anus. Il importe, dans l'opération, de ménager ces deux faisceaux, qui en se contractant, sont capables de comprimer latéralement l'extrémité inférieure du rectum, et de remplir par conséquent jusqu'à un certain point les fonctions de sphincter. C'est pourquoi on doit rejeter tous les procédés d'incisions transversales ou obliques ; seule l'incision antéro-postérieure permet de respecter les fibres musculaires lorsqu'elles existent. C'est donc ce dernier procédé qui doit recevoir la préférence.

— Un fait des plus singuliers et des plus embarrassants sous le rapport du diagnostic s'est présenté à l'observation de M. Gosselin. Il s'agit d'une exostose du fémur en forme d'arcade, implantée par deux racines sur la face interne de l'extrémité inférieure du fémur, et fracturée comminutivement par la chute d'un moëllon. L'accident arriva le 19 février dernier. Le blessé, âgé de 51 ans, se rendit à pied à l'hôpital Cochin. Immédiatement au-dessus du condyle interne du fémur existait une petite plaie, et un épanchement sanguin considérable. On crut d'abord qu'il n'y avait pas autre chose, mais quelques jours après le sang du foyer s'étant écoulé à l'extérieur à travers une ouverture spontanée, on vit sortir après le sang une grande quantité de gouttelettes huileuses, caractère presque pathognomonique des fractures compliqués. Une crépitation osseuse, multiple, très-prononcée existait à ce niveau. Il était clair qu'il y avait là un grand nombre de fragments osseux, et cependant la continuité du fémur n'était pas interrompue.

Le malade, pressé de questions, raconta alors qu'à l'âge de dix ans il avait fait une chute, et que son chirurgien, ayant cru à l'existence d'une fracture de la cuisse, lui avait appliqué un appareil qui était resté en place pendant trois semaines. Depuis lors il avait conservé, au-dessus du condyle interne, une tumeur osseuse qui s'était accrue pendant quelque temps, mais qui, ensuite, était restée définitivement stationnaire.

D'après ces renseignements, M. Gosselin pensa que la tumeur était constituée par un cal volumineux, et que la partie exubérante de ce cal avait été en quelque sorte écrasée par l'accident qui avait conduit le malade à l'hôpital. Ainsi s'expliquait la présence d'un fragment osseux sans solution de continuité du fémur proprement dit. Ce diagnostic était parfaitement rationnel, et pourtant il n'était pas exact. De graves accidents étant survenus, l'amputation de la cuisse devint inévitable. Cette opération fut pratiquée et le malade succomba le troisième jour. L'autopsie révéla l'existence de dépôts purulents multiples dans le foie et dans les poumons.

A la dissection du membre amputé, on trouva que le fémur ne présentait aucune trace de fracture ancienne, et que la tumeur osseuse était constituée non par un cal, mais par une exostose fort singulière. Cette exostose présentait la forme d'une arche, c'est-à-dire qu'elle avait deux implantations, l'une supérieure assez étroite, l'autre inférieure plus large ; disposition qui avait dû faciliter beaucoup la production de la fracture. En outre, le tissu de l'exostose était très-spongieux. Cette lésion paraît avoir été la suite de la contusion reçue par le malade quarante ans auparavant ; mais il est très-difficile d'expliquer la forme particulière et la double implantation de l'exostose.

— Tout le monde aujourd'hui s'accorde à reconnaître que l'anneau crural est complétement étranger à l'étranglement de la hernie crurale. Les travaux de MM. Malgaigne, Velpeau, Demeaux, Deville, etc., n'ont laissé aucun doute à cet égard. C'est au niveau du point où elle traverse le fascia cribriformis pour devenir sous-cutanée que la hernie crurale s'étrangle, et le fascia cribriformis est l'agent de cet étranglement. Mais on s'est demandé s'il en était toujours ainsi, et si la hernie crurale ne pourrait pas *quelquefois* être étranglée par le collet du sac, comme cela a lieu *constamment* pour la hernie inguinale. Cette question, jusqu'ici, est demeurée douteuse, et on comprendra aisément pourquoi. Lorsque la hernie crurale possède un collet, celui-ci est situé au niveau de l'ouverture du fascia crebriformis, avec laquelle il se confond le plus souvent, de telle sorte que dans l'opération du débridement, on divise à la fois le collet et le fascia, et qu'à l'autopsie on ne peut savoir quel est celui de ces deux éléments qui a été l'agent de la constriction. C'est

---

sentiments me semblent trop vrais pour ne pas me toucher. Il y a dans vos strophes une chaleur qui décèle un cœur de jeune homme. Conservez bien ce feu de la jeunesse, que la raison doit diriger, mais non pas éteindre.

Vous me promettez les suffrages des hommes de votre âge. Je souhaite de les obtenir. J'ai, surtout dans mon dernier volume, chanté pour l'avenir, et c'est mettre le pied dans votre domaine. Il me serait glorieux d'y conserver une place sous l'aile de ceux qui en seront les rois. Aussi est-ce de ce côté que je tournerai les yeux jusqu'à mon dernier jour.

Adieu, Monsieur ; recevez mes remerciements et l'assurance de la considération affectueuse du vieux chansonnier.

Passy, 24 février 1833. BÉRANGER.

Avant de transcrire ici la seconde, il est nécessaire de vous faire connaître dans quelles circonstances elle me fut écrite.

Orfila, dont le nom sera un jour gravé en lettres d'or au frontispice de l'École de Médecine, Orfila, qui fit tant de choses pour la science et les élèves, était à cette époque le point de mire des attaques de la *Némésis médicale* et de la *Gazette des Hôpitaux,* toutes deux rédigées par le docteur Fabre. La grande majorité, il faut le dire, des étudiants d'alors mettait, de son côté, à profit toutes les solennités scolastiques pour protester, par ses applaudissements et ses vivats, contre les dénigrations incessantes dont le grand doyen était l'objet. Un jour, une nombreuse réunion des élèves de l'École Pratique eut lieu et décida qu'il fallait mettre un frein aux insultes du journaliste. Après bien des propositions plus ou moins énergiques, il fut enfin arrêté que l'on créerait, par souscription, un journal en vers, et en sens opposé à celui de la *Némésis*, et que la rédaction m'en serait confiée. Au sortir donc de cette séance, j'écrivis une lettre en vers à M. Orfila, qui m'honora de cette réponse :

Monsieur,

J'ai reçu la pièce de vers que vous avez eu la bonté de m'adresser. Permettez-moi de vous exprimer toute ma reconnaissance pour les intentions bienveillantes qui ont présidé à la rédaction de cette épître et de vous faire mon compliment. J'étais loin de soupçonner chez vous cette verve correcte, j'ose le dire, cette audace qui donne à votre production un prix que je suis heureux de pouvoir apprécier. Je ne serais pas content si je n'ajoutais pas que ces vers ont obtenu les suffrages de quelques puristes, bons connaisseurs, et que je les conserverai précieusement dans mon portefeuille avec une annotation

pourquoi on a pu dire que l'étranglement de la hernie crurale est peut-être, dans quelques cas, produit par le collet du sac.

Cette question, longtemps douteuse, ne l'est plus aujourd'hui. Une pièce, présentée à la Société de Chirurgie par M. Verneuil, prouve que le collet du sac peut réellement étrangler la hernie crurale. Voici ce fait en quelques mots : M. Verneuil n'ayant pu réduire une hernie crurale, se décida à pratiquer l'opération. Le sac fut ouvert avec précaution, l'intestin fut mis à nu; on chercha à le réduire sans débridement; on ne put y réussir. Alors M. Verneuil pratiqua sur l'obstacle une petite incision dirigée en haut, vers l'arcade fémorale. Le réduction fut ainsi obtenue; mais la mort survint au bout de quelques jours.

A l'autopsie, on reconnut que la hernie sortait à travers une sorte de boutonnière située entre l'arcade crurale et l'aponévrose du pectiné. La section avait porté exclusivement sur le collet du sac. Les couches fibreuses extérieures étaient parfaitement intactes ; le débridement avait néanmoins suffi pour obtenir la réduction sans difficulté, d'où il résulte clairement que l'étranglement était produit uniquement par le collet du sac.

Il importe donc d'enregistrer ce fait important; mais il ne faut pas en exagérer la fréquence. Tout le monde sait, en effet, que la hernie crurale s'étrangle habituellement au moment où elle traverse l'aponévrose avant que le collet ait eu le temps de se former. Tout permet de croire, par conséquent, que l'observation de M. Verneuil est exceptionnelle.

— Une petite fille de 7 ans, atteinte de syndactylie congéniale et présentée par M. Deguise fils à la Société de Chirurgie, a donné lieu à une discussion que les praticiens consulteront avec fruit. La division de la palme, c'est-à-dire du double repli cutané qui unit les doigts par leurs bords latéraux, ne présente aucune difficulté ; mais si on se contentait de cette opération, la difformité récidiverait presque toujours. C'est en vain qu'on maintient les doigts écartés pendant la durée du travail de cicatrisation ; c'est en vain qu'on exerce sur la commissure artificielle une pression permanente à l'aide d'un corps étranger, maintenu par un bandage ou fixé sur un bracelet; dès qu'on abandonne les choses à elles-mêmes, la palme commence à se reproduire, et la difformité redevient souvent aussi considérable qu'elle l'était avant l'opération. Cette tendance à la récidive est due à la propriété rétractile du tissu inodulaire. Celui-ci constitue, sur le bord de chaque doigt, une bande longitudinale qui se continue avec sa voisine au niveau de la commissure digitale, de manière à former un V allongé dont l'ouverture est dirigée en bas. Lorsque le tissu de cicatrice vient à se rétracter, les deux branches du V se raccourcissent, la commissure descend, et la peau adjacente, attirée en bas, ne tarde pas à constituer une palme nouvelle. Pour faire face à cet inconvénient on a imaginé un grand nombre de procédés qui, pour la plupart, comptent des succès et des revers, et parmi lesquels le choix est embarrassant.

M. Deguise a annoncé à la Société qu'il se proposait d'appliquer le procédé de M. Didot (de Liége), procédé fort ingénieux, fort rationnel, et assez peu connu pour qu'il ne soit pas inutile de le décrire sommairement. Supposons que la palme existe entre le médius et l'annulaire, comme cela avait lieu sur la petite fille que M. Deguise a montrée à la Société. On pratique d'abord, à la face dorsale de la palme, sur le bord interne du médius, une incision longitudinale qui n'intéresse que le feuillet cutané postérieur; on incise de la même manière le feuillet cutané antérieur sur le bord externe de l'annulaire ; puis, par une dissection prudente, on sépare les deux feuillets l'un de l'autre dans toute leur étendue. Dès lors les deux doigts sont libres, et chacun d'eux présente, dans toute la longueur de la palme dédoublée : 1° une perte de substance longitudinale dont la largeur est égale à l'épaisseur de la palme; 2° un lambeau cutané dont la largeur est égale à celle de la palme, avec cette petite différence pour les deux doigts que, sur le médius, le lambeau s'implante sur la lèvre antérieure de la perte de substance, tandis que le contraire a lieu sur l'annulaire dont le lambeau est formé par le feuillet postérieur de la palme. Chaque lambeau est assez large pour recouvrir la plaie longitudinale qui existe sur le doigt correspondant, et il suffit de quelques points de suture pour l'appliquer exactement sur cette plaie. On peut ainsi obtenir la réunion par première intention, et, si celle-ci échoue, on a du moins l'avantage d'obtenir une cicatrice linéaire. En tous cas, on évite à peu près certainement la formation de ces deux bandes longitudinales de tissu inodulaire, qui, comme je l'ai dit plus haut, sont la cause de la récidive.

Ce procédé, imaginé il y a sept ou huit ans par M. Didot, de Liége, et décrit en 1854 dans le rapport lu par M. Deguise fils à la Société de Chirurgie, semble de nature à remplir toutes les indications. M. Giraldès objecte, toutefois, que le succès du procédé est subordonné au succès de la réunion immédiate, car si les lambeaux s'enflamment, ils peuvent se détacher et tomber en gangrène. Cette crainte est peut-être sans fondement, mais elle a conduit M. Giraldès à imaginer un procédé plus simple qui lui a donné un résultat avantageux. Au moyen d'une étroite pince, construite sur le modèle des entérotomes, il a divisé par pression la membrane interdigitale. Cette opération, qui rentre dans la méthode générale de l'écrasement linéaire, a été achevée en vingt minutes. Les doigts se sont cicatrisés isolément, la palme ne s'est pas reproduite. Cela semblerait indiquer que les

---

que je n'accorde qu'aux personnes dont j'honore le talent et la caractère.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération très-distinguée.

Paris, ce 2 mars 1836. ORFILA.

Le succès de la première publication de ma *Thémis médicale* me fut prouvé bien mieux par la visite que je reçus de M. Fabre, que par les éloges que me donnèrent les élèves et mes amis.

Je n'avais jamais vu M. Fabre, qui au fond était un excellent homme, mais je savais le mobile qui le faisait agir contre M. Orfila; aussi me dit-il en entrant :

— Vous ne me connaissez pas?

— Je n'ai pas cet honneur.

— Je suis l'auteur de la *Némésis médicale*...

— J'en suis fâché pour vous, car avant de vouloir paraître un homme d'esprit, il vaut mieux passer pour honnête.

— Comment, mon cher, vous en êtes encore là! Je vous plains sincèrement.

— Que voulez-vous? j'accepte votre pitié plutôt que de mentir à ma conscience.

— Ah! mon cher confrère, quand vous connaîtrez les hommes, vous changerez de ton.

Et alors il me raconta son dévouement autrefois pour Orfila, ses efforts pour le faire nommer doyen, et l'oubli dans lequel l'avait laissé celui-ci dans la distribution de ses faveurs, une fois arrivé au sommet du pouvoir.

— Et bien ! lui fis-je, où en voulez-vous venir?

— A cette conclusion, que cette honnêteté dont vous paraissez si fier ne vous conduira à rien.

— C'est possible.

— Alors, aveugle que vous êtes, adieu et chance aussi bonne qu'à moi; seulement, je cesse dès aujourd'hui ma *Némésis* pour ne pas donner raison d'être à votre *Thémis médicale*, et demain Orfila ne pensera plus à vous que pour ne s'occuper que de moi.

En effet, à quelque temps de là, M. Fabre fut décoré.

Quoi qu'il en soit, vous voyez, charmant et très-distingué anonyme, que cette appréciation de notre premier poëte et celle d'un de nos hommes les plus éminents dans la science doit me tenir plus à cœur que la vôtre, et pour vous en donner la preuve évidente, malgré votre insistance, je termine aujourd'hui, faute d'autres nouvelles,

cicatrices d'écrasement linéaire sont moins rétractiles que les autres, mais on ne peut rien conclure d'un seul fait.

M. Verneuil, qui donne du reste la préférence au procédé de M. Didot, rapproche du procédé de M. Giraldès le procédé suivant, qu'il a vu appliquer avec succès par M. Maisonneuve dans un cas où les quatre derniers doigts des deux mains étaient palmés. Le chirurgien comprima les membranes interdigitales entre deux vis de rappel. L'une des deux vis traversait la membrane unissante près de la commissure, tandis que la seconde passait au-dessous du bord libre de la membrane.

Chaque jour on augmentait la pression, et on finit ainsi par couper entièrement les palmes par un mécanisme semblable à celui de l'entérotome. M. Giraldès a aisément montré que ce procédé diffère entièrement du sien; il n'y a entre eux d'autre ressemblance que celle des instruments; mais l'une des opérations dure vingt minutes, l'autre dure plusieurs jours; la première se fait en un seul temps, l'autre en plusieurs séances. Celle-ci divise les tissus par ulcération ou par gangrène; celle-là par écrasement. En d'autres termes, il y a entre le procédé de M. Giraldès et celui de M. Maisonneuve, toute la différence qui existe entre l'écrasement linéaire et la ligature en masse.

Le procédé de M. Didot (de Liége) rentrant dans la classe des opérations autoplastiques, M. Verneuil a cru devoir rappeler que M. Zeller avait également appliqué l'autoplastie au traitement de la syndactylie. Ce chirurgien, après avoir divisé les palmes, taille un lambeau à la face dorsale de la main et le ramène vers la face palmaire, en le faisant passer entre les doigts qu'il vient de séparer. Il obtient ainsi une commissure cutanée non rétractile; mais il ne fait rien pour empêcher la formation des deux bandes inodulaires latérales, dont la rétraction ultérieure est de nature à attirer la commissure en bas et à amener la récidive. Le procédé autoplastique de M. Didot est donc préférable à celui de M. Zeller; il est d'ailleurs beaucoup plus simple, puisqu'il se borne à agir sur la palme, tandis que le procédé de M. Zeller laisse en outre une plaie sur le dos de la main. Lorsque la syndactylie est multiple, cet inconvénient pourrait devenir très-fâcheux.

Dans le cas où la palme est très-large, surtout si elle n'occupe que la moitié de la longueur des doigts, l'indication posée par M. Didot peut être remplie au moyen d'un procédé plus simple, qui a bien réussi à M. Follin et à M. Huguier. Ce dernier chirurgien, après avoir simplement incisé la palme, a pu réunir les bords de la peau sur le côté de chaque doigt; mais il faut, pour que cela soit possible, que la membrane interdigitale ait une largeur d'au moins 4 millimètres. M. Huguier se demande si, dans les autres cas, on ne pourrait pas relâcher les lèvres de la plaie au moyen d'incisions longitudinales pratiquées sur la face dorsale des doigts. A l'autoplastie à lambeau de MM. Zeller et Didot il propose de substituer une sorte d'autoplastie par glissement. Du reste, il ne fait cette proposition qu'avec réserve.

Outre les procédés autoplastiques, plusieurs méthodes opératoires ont été dirigées contre la syndactylie en général. La plus célèbre et la plus ancienne est celle qui consiste à percer la palme au niveau de la commissure, comme on perfore le lobule de l'oreille, et à maintenir l'ouverture béante jusqu'à cicatrisation au moyen d'un séton métallique, d'un gros fil de plomb, par exemple. Lorsque la cicatrisation est achevée, on enlève le corps étranger et on incise la palme dans toute sa longueur, depuis l'ouverture précédente jusqu'au bord libre. On obtient ainsi deux plaies longitudinales parfaitement isolées l'une de l'autre, puisqu'elles sont séparées par une commissure déjà cicatrisée : on espère que cela doit suffire pour empêcher la reproduction de la palme. Il est certain, en effet, que le résultat immédiat paraît satisfaisant. Mais ceux qui ont imaginé le procédé ont méconnu le véritable mécanisme de la récidive. Ce n'est pas la continuité des bourgeons charnus et leur fusion réciproque qui comble de nouveau l'espace interdigital; le pansement le plus simple suffirait pour empêcher ce résultat; c'est la rétraction du tissu inodulaire, et celle-ci s'effectue surtout lorsque la cicatrisation est achevée. Or, le procédé du séton métallique ne met pas à l'abri de cette rétraction; les deux bandes longitudinales de tissu inodulaire se forment le long des doigts comme après la simple incision, et la commissure elle-même est constituée par un tissu de cicatrice.

Aussi, MM. Marjolin et Guersant qui ont eu recours plusieurs fois au procédé du séton métallique, ont-ils vu la récidive survenir presque constamment quelque temps après l'opération. M. Guersant est disposé à croire que la récidive a été due en partie à la jeunesse des sujets qu'il a opérés, et que le travail naturel d'accroissement du corps favorise la reproduction de la bride. C'était déjà l'opinion de M. Chélius, qui a renoncé à opérer la syndactylie sur les enfants, et qui retarde l'opération jusqu'à l'âge de 17 à 18 ans. Ce précepte aurait bien sa raison d'être si on ne connaissait que les procédés anciens; mais les procédés autoplastiques ont entièrement changé la face de la question. M. Guersant a signalé un autre inconvénient du procédé du séton métallique : c'est la grande difficulté, quelquefois même l'impossibilité d'obtenir la cicatrisation autour du fil de plomb. Sur un de ses malades, la suppuration continuait encore au bout de quatre mois.

M. Jules Cloquet propose de faire subir à ce procédé une modification ingénieuse qui en atténuerait en partie les inconvé-

---

par un conte en vers, certain que le fond vous en fera oublier la forme :

A ce qu'un sage a dit : Qui compte sans son hôte
Doit s'attendre à compter deux fois,
J'ajoute : En un concours qui compte sans le vote
Éprouve un mécompte parfois.
Je vais prouver ce point par une simple histoire
Que me fournit mon répertoire :

Un quidam, adversaire en tout temps du concours,
Voulut enfin (de guerre lasse
De faire vainement vade-rectum et cours)
Tenter de conquérir bel et bien une place,
Qu'il convoita longtemps, sans jamais parvenir,
Malgré l'aide d'un oncle, à pouvoir l'obtenir.
Son oncle était pourtant un savant personnage
(Médaille d'or en cartonnage)
Qui compte des amis, dit-on, dans tous les rangs,
Nombre surtout parmi les grands.
Or, tout fier de l'appui d'un pareil parentage,
Le quidam, un beau jour, se pose en concurrent
De maint gaillard jouteur n'ayant pas l'avantage
De posséder si haut parent.
Le voilà donc entrant en lutte;
Il écrit, ergote, dispute
Tant bien que mal, car de ceci
Il n'eut jamais aucun souci.
Avait-il ou non quelque chance?
Je l'ignore; ce que je sais
C'est qu'il obtint un franc succès....
De rire auprès de l'assistance,
Quand prenant le concours, lui-même, pour sujet
De sa plus brillante argutie,
Il dit « Qu'il arrêtait non-seulement le jet
« De l'esprit, mais encor celui de la vessie. »
Cependant, ô malheur! il expose ce point
Si bien, que le jury qui vient à s'y méprendre,
A ses excrétions se hâtant de le rendre,
A le nommer ne songe point.

Lecteurs, comme en tout conte il faut une morale,
La mienne la voici, je l'adresse au galant :
En fait de protecteur, la chose principale
Dans un concours c'est le talent.

Dr A.-L. Roux.

niens. Au lieu d'une seule perforation, on en ferait plusieurs qui seraient disposées en série linéaire dans toute la longueur de la palme. Lorsque ces ouvertures seraient cicatrisées, on remplacerait les fils de plomb par des chevilles plus grosses, puis par des chevilles plates également de plomb et de plus en plus larges, de manière à détruire peu à peu les intervalles laissés entre les premiers trous. On obtiendrait ainsi graduellement, sur le côté de chaque doigt, la réunion de la peau sur la face dorsale avec celle de la face palmaire. Toutefois, il devrait toujours se former de chaque côté une certaine quantité de tissu inodulaire, et il y aurait toujours lieu de craindre la récidive.

En résumé, l'opinion de la Société de Chirurgie a paru se prononcer en faveur des procédés autoplastiques. M. Deguise a donné la préférence au procédé de M. Didot. Depuis lors, il a annoncé à la Société qu'il avait appliqué ce procédé, et que le résultat immédiat en avait été satisfaisant. Mais l'observation n'est pas encore terminée; c'est dans quelques mois seulement qu'on pourra savoir si la guérison est définitive.

H. Devalz.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

Un mot sur l'action comparée du bi-iodure de mercure et de l'iodure de chlorure mercureux dans le traitement de l'acné et des maladies cutanées chroniques en général,

Par le Dr F. Rochard.

Dans l'intéressant article qu'il a publié dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 28 avril dernier, M. Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a soulevé plusieurs questions de doctrine d'une grande importance, qu'il a tranchées mais non résolues; je n'ai pas l'intention de les discuter incidemment ici; je me bornerai à en mentionner, sans les examiner à fond, deux principales.

En premier lieu, il considère la couperose comme une affection purement locale, *indépendante de toute diathèse et de tout autre affection.* — Je crois, au contraire, que la couperose, au moins la couperose ancienne et rebelle, est presque toujours liée à un état morbide ayant habituellement pour siége le tube digestif ou ses annexes, et quelquefois, chez les femmes, l'organe de la gestation. J'ai exposé ailleurs sommairement les motifs de mon opinion; le lecteur qui sera curieux de les connaître pourra consulter le *Moniteur des Hôpitaux* du 30 novembre 1855, en attendant qu'il me soit permis de les reproduire avec de plus grands développements et un ensemble de de preuves plus imposant encore.

En second lieu, M. Hardy, fidèle, en théorie du moins, à son premier principe, pense que la véritable méthode de traitement de la couperose consiste dans une médication *locale substitutive.* — De mon côté, fidèle aussi à mon principe, mais fidèle à la fois en pratique et en théorie, je crois qu'on n'arrive à un résultat complétement satisfaisant dans le traitement de la couperose, qu'en employant une méthode de traitement dont le mode d'action a toutes les apparences de ce qu'on est convenu d'appeler la *depuration.*

J'ai dit que M. Hardy était plus fidèle à sa doctrine en théorie qu'en pratique; tous les lecteurs pourront s'en convaincre en parcourant son article; ils verront que tout en prétendant s'en tenir à une médication locale, M. Hardy commence par administrer à ses malades, sous le nom de traitement préparatoire, des purgatifs et des bains sulfureux, médication peu locale assurément.

Je ne suis pas bien certain, d'ailleurs, qu'une médication purement *locale* puisse être en même temps, en bonne philosophie médicale, une médication *substitutive;* s'il en était ainsi, il semble que le meilleur des substitutifs de la couperose notamment, serait le fer rouge, et il semble surtout qu'un irritant quelconque, le bi-iodure de mercure par conséquent, puisse valoir plus ou moins que la foule des autres caustiques, comme le pense pourtant M. Hardy. Mais, je le répète, ce sont là autant d'importantes questions qu'il serait trop long d'agiter en ce moment. Il me suffira de les avoir signalées à l'attention de mon savant confrère et des lecteurs, pour que chacun leur accorde l'attention qu'elles méritent.

Ce que je veux seulement examiner pour le moment, c'est la similitude que M. Hardy a cru exister et a voulu démontrer entre le mode d'action du bi-iodure de mercure, qu'il préfère, et celui de l'iodure de chlorure mercureux, qui me paraît incomparablement supérieur. Ici, mon savant confrère, croyant sans doute que l'induction peut remplacer l'expérience, me paraît être tombé dans une méprise plus facile à démontrer que les précédentes.

Le mode d'action des deux médicaments qu'il a comparés peut être envisagé sous deux points de vue différents: 1° sous le rapport des effets immédiats de physiologie pathologique; 2° sous le rapport des effets thérapeutiques définitifs. Sous ces deux rapports, le bi-iodure de mercure et l'iodure de chlorure mercureux diffèrent également:

« 1° Cette application (de pommade de bi-iodure à haute dose) dit M. Hardy, est suivie de douleurs vives, de rougeur, de gonflement et d'une sorte de vésication promptement recouverte par des croûtes molles, jaunes, inégales, absolument semblables aux croûtes impétigineuses. » (*Monit. des Hôp.* du 28 avril 1857, p. 406.)

Plus bas, M. Hardy ajoute: « Les onctions faites par M. Rochard ont également l'inconvénient de provoquer de très-vives douleurs; ces douleurs ont été assez fortes pour empêcher certains malades de poursuivre le traitement; elles produisent une éruption, des croûtes impétigineuses, une exacerbation momentanée dans les parties malades; puis, après plusieurs applications, une modification heureuse finit par s'établir. Nous pouvons donc faire au traitement de M. Rochard les reproches que nous adressions tout à l'heure aux applications de pommade au bi-iodure à forte dose, et nous croyons qu'il vaudrait mieux, si l'on voulait employer l'iodure de chlorure mercureux, amoindrir la dose, de manière à diminuer les douleurs et affaiblir l'éruption artificielle. » (*Monit. des Hôp.*, loc. cit.)

Ce que nous avons observé sur l'application du bi-iodure de mercure, pour l'avoir vu mettre en usage par M. Hardy lui-même, nous permet d'admettre que le premier terme de la comparaison est exposé d'une manière parfaitement exacte. A l'égard du second terme, notre savant confrère nous permettra de lui dire qu'il s'est complétement trompé, ce qui ne peut d'ailleurs en rien porter atteinte à son talent d'observation, M. Hardy ayant sans doute parlé de notre médication, moins d'après son expérience personnelle que l'après l'opinion qu'il s'en est faite, par suite de ses propres vues sur la nature de la couperose et sur son véritable mode de traitement.

Ce qui est certain, c'est que l'iodure de chlorure mercureux ne détermine une éruption de croûtes impétigineuses que dans les cas où la maladie elle-même est constituée ou compliquée par cette forme anatomique de lésion; quand la maladie offre une forme séreuse, c'est une éruption séreuse que la pommade produit; quand la maladie est à forme squammeuse, elle produit des squammes; en un mot, l'application de la pommade de chlorure mercureux détermine une éruption semblable ou fort analogue à celle qui constitue la maladie que l'on traite, ainsi que je l'ai dit et démontré ailleurs; et non-seulement cette éruption est semblable à celle de la maladie, mais son intensité, celle que j'ai appelée la *poussée*, ainsi que l'énergie des phénomènes de réaction, est en raison directe de l'intensité de la maladie elle-même; cette éruption et la réaction qui l'accompagne diminuent à mesure que la maladie s'améliore pour cesser à peu près complétement, et complétement quant à l'éruption, lorsque les tissus sont revenus à leur état normal.

C'est là assurément un mode d'action des plus curieux, mais

qu'en raison même de son étrangeté ceux qui ne l'ont pas vu se figurent difficilement. M. le professeur Nélaton, qui en a été témoin, l'a non-seulement bien compris ainsi, mais il l'a en outre décrit avec le talent qui lui est familier, dans la leçon qu'il a faite à propos d'une des malades qu'il a bien voulu me confier dans son service. Un jeune médecin des plus distingués, M. le docteur Dupuy, encore interne de M. Rayer, comme lauréat des hôpitaux, et ancien interne de mon savant confrère M. Hardy, est à son tour témoin de ce mode d'action sur plusieurs malades atteints de différentes maladies cutanées (*eczéma aigu, psoriasis, sycosis, scrofulide,* etc.), et que l'illustre médecin de la Charité a bien voulu mettre à ma disposition dans son service. Avec la franchise qui caractérise son jeune talent, M. Dupuy m'a avoué qu'il ne se faisait pas une idée du mode d'action si varié d'un même médicament administré à la même dose, avant d'avoir vu par lui-même les phénomènes dont je viens de parler. Il n'y a donc pas de doute possible, les effets immédiats de ma médication et ceux de la médication de M. Hardy sont très-différents. Dirai-je qu'ils n'ont aucune analogie? Je n'irai point jusque-là. L'éruption impétiginoïde provoquée par le bi-iodure à haute dose, établit évidemment une analogie lointaine avec la pommade dont je me sers, car si au lieu de bi-iodure de mercure on appliquait une pommade au sublimé, au nitrate d'argent ou à base de tout autre caustique, il est certain (pour la plupart des caustiques au moins), qu'on n'obtiendrait pas la même éruption ; or, c'est, suivant moi, à cette analogie lointaine que le bi-iodure de mercure doit sa supériorité sur les autres agents déjà infructueusement essayés, car nous reconnaissons volontiers la supériorité du traitement de M. Hardy sur ceux employés avant lui, et nous nous empressons d'avouer que, si l'iodure de chlorure mercureux n'existait pas, c'est au bi-iodure de mercure que nous donnerions la préférence.

Ne voulant pas donner à cette note une étendue que la circonstance ne nous paraît pas comporter, nous n'insisterons pas sur les détails des différences que présente le mode d'action des deux médicaments. Nous dirons seulement qu'en ce qui touche la douleur, M. Hardy nous semble avoir exagéré celle de ma pommade et un peu atténué celle de sa pâte liquide. Y a-t-il, comme il le dit, des malades qui ont renoncé à mon traitement par suite des douleurs qu'il provoque? Je l'ignore ; ce que je sais, c'est que si ces malades existent réellement, je dois les croire un peu pusillanimes, car M. Nélaton, qu'on ne taxera pas de dureté pour les douleurs d'autrui, a déclaré dans la leçon à laquelle j'ai déjà fait allusion, qu'au moment de l'application ou quelques instants après, « il se produit d'abord de la chaleur, de la rougeur; puis un certain gonflement, un sentiment de tension douloureux, mais cependant supportable, *et qui ne suffit pas pour décourager les malades et les détourner de ce mode de traitement.* » (*Monit. des Hôp.*, 22 juillet 1856). Ce que je sais encore, c'est que les malades qui ont subi les deux applications (celles de M. Hardy et les miennes) m'ont formellement déclaré que celles de mon savant confrère sont les plus difficiles à endurer ; ce que je sais, enfin, c'est que les applications de M. Hardy sont à peu près également douloureuses à toutes les périodes de la maladie, tandis que les miennes le sont de moins en moins, au fur et à mesure que l'amélioration fait des progrès.

2° Mais si l'iodure de chlorure mercureux diffère par ses effets immédiats du bi-iodure de mercure, je crois qu'il en diffère aussi par ses résultats thérapeutiques définitifs. Les observations rapportées dans l'article de M. Hardy ne sont pas faites pour changer mon opinion.

Des quatre malades où il a fait usage du bi-iodure, chez une seule la maladie datait de huit ans, et encore la malade était-elle une jeune femme de 23 ans. Chez les trois autres, la maladie datait de *six mois, d'un an* et *deux ans et demi.* Tout en applaudissant aux succès que mon savant confrère a obtenus dans ces quatre cas, il y a loin de ses malades à la plupart de celles dont j'ai publié les observations, et notamment à celles que j'ai eu l'honneur de traiter dans les services de MM. Nélaton et Monod. Chez deux d'entre elles la maladie était fixée sur le visage depuis plus de vingt ans. Il m'est donc permis de supposer que si M. Hardy eût substitué l'iodure de chlorure mercureux au bi-iodure de mercure, il aurait, en provoquant moins de souffrances, obtenu des résultats plus prompts, et, suivant toutes les probabilités, plus radicaux.

Je ne dirai qu'un mot en terminant sur le reproche de *variabilité*, si je puis ainsi parler, que M. Hardy adresse à l'iodure de chlorure mercureux. La preuve que cette variabilité n'est pas à craindre, que la stabilité de la pommade bien préparée est constante, c'est que les phénomènes que j'ai décrits, on peut dire minutieusement, se reproduisent invariablement les mêmes dans tous les services où j'ai été appelé à appliquer ma médication, quoique j'aie fait usage, chez quelques malades, de pommade préparée depuis plus d'un an. Déjà je me suis trouvé en correspondance avec plusieurs de mes confrères des départements, qui, se croyant insuffisamment instruits sur le mode d'application de ma pommade par les détails que j'avais publiés, ont cru devoir recourir à mes conseils. Tous, sans exception, en suivant les indications que je me suis empressé de leur donner, ont également vu se manifester les phénomènes que j'ai observés moi-même. Je puis donc, sans hésitation aucune, rassurer ceux de mes confrères qui partageraient les appréhensions de M. Hardy, et leur affirmer que la pommade à l'iodure de chlorure mercureux bien préparée ne produira jamais entre leurs mains des effets différents de ceux qu'elle a provoqués entre les miennes.

ANATOMIE COMPARÉE.

Du cerveau des dytisques, considéré dans ses rapports avec la locomotion,

Par M. E. Faivre.

Nous publions l'extrait suivant d'un travail que nous n'avions fait que mentionner précédemment :

Lorsque M. Flourens a posé, par ses mémorables découvertes, les bases de la physiologie du système nerveux, il a ouvert le premier une voie féconde, non-seulement par les résultats tout nouveaux qu'il a obtenus chez les animaux supérieurs, mais aussi par la direction qu'il a imprimée en indiquant d'avance comment on doit étendre les mêmes recherches jusqu'aux êtres les plus dégradés. Inspiré par des travaux qui ont été une source de lumières pour tant d'observateurs, nous nous sommes proposé d'appliquer les principes qu'ils renferment à divers types d'animaux invertébrés, en prenant les insectes pour point de départ. De là une suite d'essais dont nous présentons aujourd'hui les premiers résultats. Nous n'ignorons pas qu'avant nous Tréviranus, Burmeister, Dugès, Rengger, Dujardin et surtout M. Jersin ont déjà entrepris des recherches physiologiques sur le cerveau des insectes. Mais on peut dire de ces habiles et ingénieux expérimentateurs qu'ils n'ont voulu qu'effleurer un sujet qui reste tout entier à approfondir.

Au point de vue de ses fonctions, le cerveau peut être envisagé de deux manières : on peut l'étudier soit comme un ganglion ordinaire, source de sensibilité et de mouvement pour les nerfs qui en partent, soit comme un centre prépondérant, régissant tous les mouvements locomoteurs et percevant toutes les sensations. Nous étudierons seulement, dans ce Mémoire, le cerveau des dytisques dans ses rapports avec les mouvements généraux. Nous avons répété sur un très-grand nombre de dytisques, mâles et femelles, les expériences suivantes : ablation totale ou partielle du ganglion sus-œsophagien ; section des pédoncules ; ablation totale ou partielle du ganglion sous-œsophagien.

1° *Expériences pratiquées sur le cerveau supérieur ou ganglion sus-œsophagien.* — Si on enlève à un dytisque, mâle ou femelle, la totalité du ganglion sus œsophagien, l'animal reste, pendant quelques instants, immobile, sans donner les

signes d'une bien grande douleur. Bientôt il marche en se dirigeant toujours en avant, mais il le fait beaucoup plus difficilement qu'à l'état normal ; il nage plus facilement qu'il ne marche. Entraîné toujours dans la même direction, il vient heurter sans cesse le même point du vase où il se trouve. En général, il survit à peine vingt-quatre heures à l'ablation totale du ganglion sus-œsophagien. Ainsi, l'ablation de cette partie du cerveau n'arrête point la natation ni la locomotion sur le sol, bien qu'elle affaiblisse très-notablement la puissance locomotrice. Il y a plus, si les sections ont été faites d'une manière égale, l'animal se dirige toujours en avant.

Voyons maintenant quels sont les résultats de l'ablation totale d'un des lobes cérébraux.

Lorsqu'un de ces lobes a été enlevé chez un dytisque, la marche est affaiblie ; mais la natation continue à se faire avec une grande célérité. Soit qu'il marche, soit qu'il nage, l'insecte se dirige toujours, dans les premiers moments, du côté opposé à la lésion, c'est-à-dire du côté du lobe qui est resté intact. On le voit décrire, dans le même sens, des circonférences sans fin, et revenir dans la même direction, quelque effort qu'on fasse pour l'en détourner. Privé d'un de ses lobes, le dytisque a donc perdu par cela même la faculté de se diriger du côté de ce lobe ; d'où l'on peut conclure que chaque lobe préside à la direction du même côté.

2° *Ablation totale ou partielle du ganglion sous-œsophagien.* — Si on enlève entièrement le ganglion sous-œsophagien, on obtient des résultats constants et d'une très-grande netteté. Les dytisques sont dans une impossibilité complète de nager et de marcher. Cette impossibilité ne tient pas à la paralysie du mouvement de l'une ou de l'autre patte, car chaque membre se meut spontanément et se retire si on le pince. On voit même les pattes ambulatoires s'agiter, comme pour faire avancer l'insecte, et les pattes natatoires frapper l'eau comme pour le faire nager. Cependant l'insecte se déplace d'une manière accidentelle, il ne marche pas, il ne nage pas.

La puissance qui excite les mouvements et celle qui les coordonne a cessé avec l'ablation du ganglion sous-œsophagien. L'insecte s'élève sur ses pattes, il met en avant une patte natatoire avec une patte ambulatoire, ou même les pattes natatoires d'un seul côté ; et ce désaccord ne produit aucun résultat.

Toutes nos observations peuvent se ramener aux résultats définitifs qui suivent :

Les ganglions, sus ou sous-œsophagiens, et les pédoncules qui les lient, représentent le cerveau du dytisque et exercent sur la locomotion une influence incontestable.

La partie supérieure du cerveau, placée au-dessus de l'œsophage, est le siége de la volition et de la direction des mouvements.

La partie inférieure, ou sous-œsophagienne, est le siége de la cause excitatrice et de la puissance coordinatrice.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Traitement des fissures de la voûte palatine,

Par M. Field.

L'uranoplastie ou palatoplastie est une opération qui a été rarement pratiquée jusqu'ici. Roux l'a faite cinq fois ; dans quatre cas, il s'agissait de perforations syphilitiques de la voûte osseuse : il réussit trois fois ; dans le cinquième cas, il s'agissait d'une perforation qui persistait après la réunion du voile du palais. Le lambeau appliqué sur la perforation se gangréna, et l'opération fut suivie d'insuccès (1). Il s'agit là surtout de perforations syphilitiques peu étendues ; mais lorsque l'on veut, après la staphyloraphie, remédier à la fissure de la voûte palatine et compléter ainsi la restauration de la paroi supérieure de la bouche, les procédés de Roux et de Kramer sont presque toujours suivis d'insuccès, et c'est à cause de cela que ce genre d'opérations a été complétement abandonné. Les difficultés qui se présentent dans certains cas de perforations syphilitiques peu étendues donnent une idée de celles que l'on éprouve lorsqu'il s'agit de fissures congénitales assez étendues. La chirurgie réparatrice, qui a fait de si remarquables progrès dans ces dernières années, laisse beaucoup à désirer sur ce point.

(1) Roux, *Quarante années de pratique chirurgicale*, t. 1, Chirurgie réparatrice, p. 360.

Le fait suivant, que nous empruntons au *Medical Times*, nous offre un exemple des difficultés que l'on peut rencontrer :

Une femme de 47 ans portait à la voûte palatine une perforation qui pouvait admettre le bout du doigt. Une première opération fut faite de la manière suivante : incision antéro-postérieure de chaque côté de la perforation, à un demi-pouce de sa circonférence ; décollement de la muqueuse que ces incisions ont rendu plus mobile ; suture des deux bords amenés sur la perforation (procédé de Warren).

Le résultat fut bon, mais incomplet. Nouvelle opération; mais cette fois, M. Field raviva les bords par une section oblique, en coupant d'un côté sur la muqueuse nasale, de l'autre sur celle du palais, de telle façon que les bords étant couverts l'un par l'autre, se touchaient dans une plus grande étendue de leur surface saignante. La suture enchevillée remplace aussi celle à points entrecoupés.

Le succès n'étant pas complet encore, une nouvelle opération devint nécessaire; mais celle-ci paraît avoir été plutôt nuisible qu'utile.

Dans une quatrième tentative recommencée d'après les mêmes principes, l'auteur fit une addition à l'effet de laquelle il attribue en grande partie la guérison. Il avait remarqué, à la suite des essais antérieurs, qu'une goutte de mucosité descendant fréquemment du nez dans la bouche s'interposait entre les lèvres affrontées, et tôt ou tard contribuait à les désunir. Cet accident, selon lui, tient à la succion exercée sur l'ouverture par la langue, qui, intimement appliquée sur elle au premier temps de la déglutition, s'en écarte ensuite brusquement, et appelle ainsi le contenu des fosses nasales à venir dans la cavité buccale. Or, le malade ne pouvant s'empêcher absolument d'avaler, les soins et le régime n'avaient pas de puissance suffisante pour prévenir l'inconvénient attaché à cet effet physique. M. Field imagina alors d'étendre sur toute la surface palatine, après l'opération, une couche mince de gutta-percha en dissolution dans du chloroforme; et ce vernis intercepta assez la communication pour s'opposer à la tendance au vide qui avait été l'écueil du succès après les premières opérations.

Le succès obtenu à la suite de la quatrième opération semble justifier le procédé employé en dernier lieu et témoigner en sa faveur. Cependant les raisons avancées pour légitimer son emploi, la nature de ce procédé lui-même et son mode d'action permettent de conserver des doutes sur son efficacité. Le succès de la dernière opération peut être attribué avec quelque raison aux progrès successifs obtenus par les deux premières opérations. J. R.

CORRESPONDANCE.

Composition de l'iodure de chlorure mercureux.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu dans le n° 51 du *Moniteur des Hôpitaux*, et tous vos abonnés ont sans doute lu avec le même intérêt que moi, le mémoire important du docteur Hardy, sur le traitement de la couperose par les iodures de mercure. C'est un spécifique de plus, si spécifique il y a, contre une affection réputée incurable par les dermatologistes.

Mais il y a dans le mémoire de ce savant quelques assertions aux-

quelles je crois devoir barrer le chemin par quelques observations. Je le dois à la vérité et aussi à ma modeste réputation de chimiste.

M. le docteur Hardy rappelle quelques succès obtenus par le docteur Rochard, au moyen de l'iodure de chlorure mercureux (qu'on a imprimé : chlorure d'iodure mercureux), et il ajoute « que cette dernière préparation n'est pas encore bien connue, et que, suivant « plusieurs chimistes distingués, le chlorure d'iodure mercureux (lisez : l'iodure de chlorure mercureux) n'existerait pas en proportion « bien définie; par conséquent, en le prescrivant, on ne serait pas « certain d'employer toujours la même substance au même degré, inconvénient grave, lorsqu'il s'agit d'un médicament aussi énergique. »

Or, ceci est une erreur. Qu'est-ce, en effet, qu'une combinaison qui n'existe pas en proportion bien définie? C'est une combinaison dont les éléments, quoique toujours les mêmes, manqueraient de stabilité, et dont les quantités varieraient à l'insu de l'expérimentateur. Observera-t-on quelque chose de semblable sur l'iodure de chlorure mercureux? non. Je le répète donc, c'est une erreur, car l'iodure de chlorure mercureux est parfaitement stable et sa composition nettement définie.

Il y a deux iodures de chlorure mercureux, le proto-iodure et le bi-iodure. Le premier résulte de la combinaison de deux équivalents d'iode avec quatre équivalents de chlorure mercureux; le deuxième contient deux équivalents d'iode et deux équivalents de chlorure. Celui-ci est très-fusible et peut être coulé en cylindre, comme la pierre infernale.

M. Hardy a-t-il voulu dire que la dénomination pouvait être vicieuse et qu'on ne connaissait pas l'état moléculaire de ce sel, ou l'ordre dans lequel ses éléments étaient combinés? S'il en est ainsi, M. Hardy a raison; mais ici encore, la critique manquerait de point d'appui en ce qui me concerne, car j'ai dit dans mon mémoire qu'on pouvait se représenter cette combinaison de bien des manières, et que je proposais de la désigner sous le nom d'iodure de chlorure mercureux, parce que cela ne préjugeait rien pour l'avenir, et que cela rappelait à l'esprit que ce médicament résultait de l'action directe de l'iode sur le chlorure mercureux (1).

Savons-nous donc quelque chose sur la manière dont les éléments sont combinés? hélas! non.

Y a-t-il une combinaison mieux définie que le sulfate de potasse? Et pourtant, on dispute depuis longtemps, et je ne crains pas de dire qu'on disputera éternellement sur la question de savoir s'il faut écrire : KO,SO^3, — KO^2,SO^2, — KO^4,S, — K,SO^4, etc. Mais, qu'on écrive le symbole de ce sel comme ceci ou comme cela, le sulfate de potasse sera toujours le sel de *duobus* que chacun connaît, et c'est l'essentiel.

Quant au sel en question, s'il guérit la couperose, c'est tout ce qu'il faut; qu'on l'appelle ensuite comme on voudra.

J'étudie de nouveau ce sel et j'ai apporté quelques changements au *modus faciendi* qui me paraissent avoir quelque importance; mais ces proportions sont toujours et invariablement les mêmes.

J'ai donc l'espoir bien fondé que ce sel restera dans le domaine de la thérapeutique, grâce à l'obligeante initiative du docteur Sellier, qui compte, lui aussi, bon nombre de cures sans récidive. Le monde médical pourra en juger par la lecture de son mémoire.

Veuillez pardonner à ma prolixité, et croire aux sentiments de haute considération avec lesquels j'ai l'honneur d'être, etc.

Boutigny (d'Evreux).

La Villette-lès-Paris, le 30 avril 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Les prix des Académies. — Après avoir signalé l'heureuse chance qu'a eue cette année l'Académie des sciences morales de décerner tous ses prix, après avoir rappelé avec bienveillance nos dernières réflexions sur les prix de l'Académie des Sciences, notre très-savant confrère, M. l'abbé Moigno, fait suivre ces remarques des réflexions qui suivent :

« Terminons ces considérations attristantes par un fait éclatant, qui vaut mieux à lui seul que tous les raisonnements. Depuis vingt ans, pas un seul de nos géomètres en renom, ni les Hermite, ni les Bertrand, ni les Serret, ni les Delaunay, ni les Saint-Venant, ni les Catalan, ni les Puyseux, ni les Bonnet, ni les Transon, etc., etc.; pas un seul de nos physiciens justement célèbres en France et à l'étranger, ni les Fizeau, ni les Foucault, ni les Edmond Becquerel, ni les Desains, ni les Laprovostaye, ni les Wertheim, ni les Lissajoux, etc.; pas un seul de nos chimistes, même illustres, ni les Laurent, ni les Gerhardt, ni les Péligot, ni les Frémy, ni les Wurtz, ni les Berthelot, ni les Paul Thénard, etc., etc., n'ont été lauréats de l'Académie des Sciences dans ses séances publiques. Aucune des grandes découvertes, aucun des progrès importants réalisés dans les vingt dernières années, n'ont été couronnés ou récompensés par elle. La plupart même de ces découvertes, et quelques-unes des plus brillantes, comme la mise en évidence de la rotation diurne de la terre, n'ont pas été l'objet de rapports de ses Commissions. Quelques travaux seulement, de savants étrangers à son sein, ont été indemnisés par elle sur les reliquats des prix Montyon. Si ces simples rapprochements ne font pas impression sur les esprits et n'amènent pas une réforme aussi urgente que désirée, il faudra se résigner à voir le niveau des sciences s'abaisser de plus en plus dans notre belle France. »

La Saint-Philippe. — Des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont empêché de nous occuper comme nous l'aurions voulu de la petite fête donnée en l'honneur de M. Ricord par ses élèves et amis. N'ayant pu assister nous-même à cette réunion de famille, nous empruntons à un autre journal le récit sommaire qu'il en a fait :

Un témoignage d'admiration et de reconnaissance, aussi éclatant qu'il a été intime, vient d'être donné à un beau génie médical, au docteur Ricord, par ses anciens élèves et amis. La Saint-Philippe, fête du célèbre professeur, réunissait vendredi, dans son amphithéâtre, un grand nombre de médecins de tous les pays, formés à sa grande école et devenus eux-mêmes des praticiens de premier ordre. Un d'entre eux, M. Diday, qui avait organisé cette ovation du cœur, a pris la parole pour glorifier les services du maître et lui offrir, au nom de ses confrères, une magnifique médaille en or du plus grand module, et portant ces inscriptions : *Au nom de la science et de l'humanité reconnaissantes, — à Ph. Ricord, ses élèves et ses amis.* Ému de cette manifestation sans exemple, le docteur Ricord a répondu quelques-uns de ces mots vrais et pénétrants, séduisants et nets, qui partout, au lit des malades comme à la tribune académique, donnent à son langage tant d'autorité et de charme.

— La *Presse médicale belge* annonçait il y a quinze jours la maladie grave de l'ancien président de l'Académie de Médecine de Belgique, le savant et honorable M. Vleminckx, en même temps que l'heureuse amélioration qui s'était produite dans l'état du malade. Des informations particulières nous permettent d'annoncer que l'éminent académicien est entré en convalescence.

— M. Dimbard, médecin à Tarbes, vient d'être nommé inspecteur des eaux de Cauterets.

— M. Hulme vient d'être nommé à l'un des services de l'hôpital ophthalmologique de Londres.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

(1) Voir *Journ. de chimie méd.*, mars 1847, p. 121.

1re Série. Tome 5. — N° 58. 5e année. Jeudi 14 Mai 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 13 mai 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Action des alcalis sur le glucose. — Calcul biliaire. — Endocardite puerpérale. — Amylène.**]

Les académiciens ont donné hier un exemple de zèle auquel on ne saurait trop applaudir : quatre rapports sérieux ont été lus par trois académiciens. Si cela continue, il n'y aura bientôt plus de rapports en retard. Dieu veuille donc que MM. Poggiale, Bouillaud et Robert inaugurent une ère nouvelle; ce ne sera pas nous qui serons en retard pour féliciter la savante Compagnie, dont ils sont membres, de cette heureuse résolution.

M. Poggiale, avant d'être assis dans le fauteuil académique, avait déjà soutenu, avec son honorable et ingénieux compétiteur, M. Mialhe, une lutte dont nos lecteurs n'ont sans doute point perdu le souvenir, et dans laquelle le futur élu se proposait de démontrer que l'alcalinité du sang n'est point nécessaire à la destruction du glucose dans l'économie. Aux savantes considérations théoriques de M. Mialhe, M. Poggiale opposait des faits d'expérience et d'observation qui parurent convaincre le public scientifique, et qui, en effet, semblaient péremptoires. M. Poggiale est venu apporter aujourd'hui, à l'appui de la doctrine qu'il avait soutenue, des expériences nouvelles dues à M. Jeannel, et que nos lecteurs trouveront sommairement et exactement résumées à notre *compte rendu*. M. Poggiale a présenté les faits du manuel expérimentateur avec une judicieuse discrétion, et son rapport a produit la meilleure impression sur l'Académie.

— Le premier rapport de M. Bouillaud avait pour sujet une très-intéressante observation de calcul biliaire volumineux rendu par les selles, observation due à M. Delmotte. Les faits de ce genre sont assez rares pour qu'il soit toujours utile de les publier; mais c'est dans la rareté du fait qu'a consisté à peu près tout l'intérêt de la communication de M. Delmotte.

— M. Bouillaud a lu ensuite un second rapport sur quelques observations d'endocardites, communiquées par M. Lotz, et tendant à prouver qu'il existait, entre la lésion du cœur et un état puerpéral concomitant, un rapport de cause à effet. Tout en accordant à l'auteur de justes éloges pour l'intérêt que présentent ses observations, M. Bouillaud a fait, quant à l'étiologie de l'endocardite, les réserves qu'on était en droit d'attendre de son esprit judicieux et de sa connaissance approfondie de la question. Nous n'avons pas besoin de dire que nous nous associons pleinement à son savant et sage scepticisme.

— Sous prétexte de faire un rapport, M. Robert, avec un zèle et un talent auxquels nous avons plus d'une fois rendu un hommage légitime, est venu lire devant l'Académie un véritable mémoire sur la question qui, pour quelque temps encore, reste à l'ordre du jour. Nous disons pour quelque temps encore, car il ne nous paraît pas plus probable qu'à notre cher collaborateur, M. Broca, que l'amylène soit destiné à remplacer le chloroforme, même dans les limites où le savant rapporteur en a restreint l'emploi.

Nous n'avons guère, d'ailleurs, à cette remarque près, qu'à adhérer aux judicieuses considérations et au rapide historique exposés dans le rapport de M. Robert. Nous adhérons surtout pleinement à cette proposition que c'est dans l'anesthésie même que gît le danger; nous avons eu l'occasion de développer longuement la doctrine dont elle est l'expression lors des grandes discussions sur le chloroforme, et nous avons dit souvent, avec M. Sédillot, avec beaucoup d'écrivains, que la question de vie et de mort se trouvait posée, toutes les fois qu'on pratiquait l'anesthésie. Nous croyons qu'à ce propos, M. Robert a fait aux expressions du savant et honorable M. Tourdes un honneur dont beaucoup d'observateurs et de critiques pourraient réclamer leur part, si la chose en valait la peine.

Pour ne pas déserter complétement notre poste de critique, nous soumettrons deux seules réflexions au consciencieux rapporteur de l'Académie :

Dans un passage de son rapport, M. Robert dit que la grande volatilité de l'amylène « ne lui permet pas *de rester* en dissolution dans le sang. » Cette proposition nous semble défectueuse; elle est tout au moins incomplétement ou imparfaitement formulée. Il est difficile d'admettre que l'anesthésie se produise sans que l'agent anesthésique circule préalablement dans les vaisseaux; s'il y circule, il est difficile qu'il s'y trouve à un autre état qu'à l'état liquide; il *reste* donc à l'état de dissolution ou de mélange dans le sang; y reste-t-il longtemps? nous ne le pensons pas; mais il y reste au moins pendant quelques

instants; M. Robert n'a rien tenté pour en déterminer la durée.

M. Robert professe ailleurs que l'amylène « ne porte aucune atteinte à la contractilité musculaire. » La proposition est difficile à admettre, au moins dans des termes aussi absolus. En principe, il nous paraît peu probable, d'après les connaissances physiologiques acquises, qu'on puisse anéantir, au moyen d'un agent introduit dans la circulation, la sensibilité sans troubler en même temps plus ou moins profondément la motilité; en fait, les expériences de M. Robert ne sont pas suffisantes ou du moins rapportées d'une manière suffisamment explicite, pour établir une doctrine aussi contraire aux données physiologiques. Nous faisons donc nos réserves à cet égard, mais sans que cela nous empêche de renouveler, en terminant, toutes nos félicitations à M. Robert pour son remarquable et consciencieux travail. H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Rapport sur l'amylène employé comme anesthésique,

Par M. A. Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc.

[*Lu à l'Académie de Médecine, dans la séance du 12 mai 1857.*]

Messieurs, dans la séance du 10 mars dernier, vous avez entendu avec intérêt la lecture d'une note de M. le docteur Debout, sur l'innocuité et la valeur de l'amylène considéré comme agent anesthésique, et vous m'avez chargé, avec MM. Velpeau et Malgaigne, de vous rendre compte de ce travail.

Votre Commission a cru devoir répondre immédiatement à l'appel de l'Académie, en présence de l'importance et de l'actualité d'un pareil sujet. L'anesthésie, en effet, est devenue aujourd'hui partie intégrante de la chirurgie; presque toujours elle nous est demandée, imposée même par les malades; et l'on sait que les principaux agents au moyen desquels nous l'obtenons, à savoir l'éther et le chloroforme, peuvent donner lieu à des accidents funestes, heureusement très-rares, mais dont l'authenticité ne saurait plus être mise en doute. Aussi, à peine venait-on de signaler l'amylène comme doué, lui aussi, de la propriété d'abolir la sensibilité, et comme exempt des dangers du chloroforme, que les praticiens ont dû désirer vivement de connaître ce qu'il y avait de vrai dans ces assertions, émises du reste par des hommes éclairés et consciencieux.

C'est au mois de novembre 1856 que M. le docteur Snow a découvert les propriétés physiologiques de ce corps, dont M. Balard avait déjà révélé l'existence et les caractères chimiques dès l'année 1844. Le chirurgien de Londres, dont on connaît depuis longtemps les travaux spéciaux sur l'anesthésie, en fit l'objet d'expériences sur les animaux, puis il l'essaya chez l'homme, d'abord pour des opérations légères et de courte durée, puis enfin pour les opérations les plus graves; il lui trouva l'avantage d'une action prompte, douce, peu durable et disparaissant sans laisser d'impression fâcheuse sur l'organisme. Il communiqua le résultat de ses observations à la Société royale de Londres, le 20 janvier de cette année.

Peu de jours après, M. Giraldès, à Paris, l'employait avec succès à l'hôpital des Enfants-Trouvés; le 3 mars, M. Tourdes, professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg, faisait parvenir à l'Académie un mémoire contenant le récit d'expériences tentées sur les animaux et d'un certain nombre de faits cliniques; enfin, huit jours plus tard, vous entendiez la lecture du travail de M. le docteur Debout, qui fait l'objet de ce rapport. Avant de vous en exposer les détails, j'ai une remarque à faire sur la nature du corps dont on s'est servi jusqu'à ce jour.

L'amylène, en effet, qui nous est fourni par les laboratoires, n'est pas tout à fait pur et tel que M. Balard l'a décrit. Suivant le mode de préparation et de distillation mis en usage pour l'obtenir, il peut être mêlé à des produits étrangers et présenter une volatilité plus ou moins grande. Ainsi, lorsque l'on a employé l'acide sulfurique pour deshydrater l'alcool amylique, le liquide obtenu retient un composé particulier contenant du soufre parmi ses éléments, et donnant à l'amylène une odeur très-repoussante qui rappelle celles de l'assa fœtida et de l'urine de chat. De même, selon la manière dont il a été distillé, il entraîne d'autres produits moins volatils que lui, désignés par M. Balard sous les noms de paramylène et métamylène, de telle sorte qu'il entre en ébullition à des températures très-variables. Celui dont M. Debout s'est plus spécialement servi, a été préparé avec beaucoup de soin par M. Berthet, chef du laboratoire de la maison Ménier; il bout de 28 à 35 degrés, est par conséquent très-volatil, et présente une odeur assez marquée d'huile de naphte. C'est également celui-ci que l'administration des hôpitaux a bien voulu mettre à ma disposition, et dont j'ai fait usage dans les observations qui servent de base à ce rapport.

Ceci posé, voyons d'abord quel est le procédé d'inhalation qu'il convient le mieux d'employer. Une des propriétés remarquables de l'amylène est sa grande volatilité, *qui ne lui permet pas de rester en dissolution dans le sang*, à la température du corps humain. Aussi faut-il en faire respirer les vapeurs tout d'abord à un degré de concentration considérable, et d'une manière continue, sous peine de n'obtenir aucun effet, ou de voir la sensibilité reparaître après un temps trop court. Je partage donc l'opinion de M. Debout, lorsqu'il prescrit l'usage d'un appareil semblable à celui que M. Charrière a fabriqué pour le chloroforme, appareil qui, s'appliquant sur le nez et sur la bouche, prévient toute déperdition des vapeurs. C'est, je le pense, pour avoir omis cette précaution et s'être contentés d'un simple cornet muni d'une éponge, que plusieurs chirurgiens ont échoué ou ont été dans l'obligation de consommer une grande quantité d'amylène.

Les faits contenus dans la note de M. Debout n'offrent rien de nouveau. Ils confirment ceux que MM. Snow, Giraldès et Tourdes ont publié; ils établissent que l'amylène produit l'anesthésie très-promptement, sans causer de sensation pénible, sans provoquer la toux ou le besoin de cracher, comme on l'observe si souvent avec le chloroforme. « Pendant toute la durée de l'amylénation, dit notre « confrère, le pouls reste large, plein et très-fréquent; les mou- « vements respiratoires amples, la peau chaude, le visage forte- « ment coloré. En un mot, il y a absence des signes qui dénotent « que le nouvel agent atteint facilement les phénomènes de la vie « organique. »

Aussi M. Debout, sans vouloir substituer entièrement l'amylène au chloroforme, conclut-il à ce que ce nouvel anesthésique soit inscrit au nombre des agents médicamenteux utiles.

Messieurs, pour mettre l'Académie en mesure d'apprécier exactement le travail de notre honorable confrère, j'ai dû expérimenter moi-même, afin de pouvoir joindre aux faits déjà connus, le résultat de mes observations personnelles. Or, j'ai eu l'occasion de recourir quarante-quatre fois à l'amylène, sur des adultes, hommes et femmes, et pour des opérations très-variées. Celles-ci ont été le plus souvent de courte durée, telles que des ouvertures d'abcès, des débridements de panaris, des avulsions d'ongles, des amputations de doigts ou d'orteils. Mais un bon nombre aussi ont été plus importantes, ce sont: une amputation de la cuisse, une de l'avant-bras, des extirpations de tumeurs du sein, l'ablation d'une glande parotide tout entière, l'extraction d'un calcul de la portion prostatique de l'urèthre; cette dernière opération a duré plus d'un quart d'heure. Voici ce que j'ai constaté:

Je dirai tout d'abord que je n'ai jamais observé des signes d'irritation de la membrane muqueuse de la bouche ou des bronches, se traduisant par de la salivation et de la toux. Un malade auquel j'ai fait, il y a peu de jours, l'amputation de la verge pour un cancer, avait en même temps, une excavation tuberculeuse au sommet du poumon gauche. Il a toussé pendant une partie de la durée de l'amylénation que j'ai, pour ce motif, employée avec réserve. Après l'opération, la toux a cessé, et aucun phénomène d'irritation ne s'est manifesté du côté de la poitrine. Le chloroforme eût-il été aussi inoffensif? J'ai quelques raisons de croire le contraire.

En général, les malades sont devenus insensibles au bout de une à trois minutes, rarement après six ou sept. Trois d'entre eux ont été réfractaires, et m'ont obligé de recourir au chloroforme après dix ou douze minutes d'inhalation. L'anesthésie s'est établie sans être précédée des symptômes d'agitation que suscite fréquemment le chloroforme. Le visage s'est coloré plus ou moins fortement; les paupières sont restées largement ouvertes, les yeux fixes se sont fréquemment portés en haut, jusque sous la paupière supérieure; la tête s'est renversée en arrière; quelquefois les membres se sont étendus en se roidissant. Le pouls a pris beaucoup de fréquence; dans un cas, je l'ai vu, non sans quelque émotion, devenir intermittent et filiforme. La respiration est restée libre, et jamais je n'ai observé ce resserrement spasmodique des mâchoires avec menace de suffocation que pro-

voque parfois le chloroforme. Un fait important déjà noté, c'est que l'amylène ne donne pas lieu à la résolution musculaire, et que l'insensibilité qu'il produit serait de très-courte durée, si on n'avait le soin de l'entretenir en versant, toutes les cinq ou six secondes, de petites quantités d'amylène dans l'appareil. L'opération étant terminée, le réveil est prompt, et les malades, revenus à eux-mêmes, ne conservent aucun malaise. Cependant deux jeunes filles ont été prises, pendant quelques minutes, d'un délire singulier accompagné de cris, de rires, de sanglots et de mouvements convulsifs violents. Mais l'une d'elles, soumise au chloroforme quelques jours après, pour l'extirpation d'un ganglion hypertrophié de la région parotidienne, a présenté les mêmes symptômes. Un jeune homme de 18 ans, à qui j'avais ouvert un abcès de la main, s'est élancé sur son lit avec une telle violence, qu'il se serait infailliblement blessé si on ne l'avait contenu; il était éveillé et parlait.

Cet exposé succint des effet produits par l'amylène prouve que ce corps possède, comme l'éther et le chloroforme, la propriété d'empêcher la douleur; mais qu'il en diffère essentiellement, et surtout du chloroforme, par l'instantanéité de son action, qui cesse dès que les inhalations sont suspendues, et parce qu'il ne porte aucune atteinte à la contractilité musculaire.

Mais j'ai hâte d'aborder la question la plus importante de celles qui se rattachent à l'étude de l'amylène, la question de savoir s'il peut être employé sans danger. Les chirurgiens qui les premiers en ont fait usage, se fondant sur ce que son activité est moins grande que celle du chloroforme, espéraient aussi qu'il jouirait d'une parfaite innocuité. Quelques expériences de M. Tourdes, il faut le dire, semblaient justifier cette opinion. Malheureusement cette question est aujourd'hui résolue, et, par une singulière coïncidence, c'est entre les mains de M. Snow lui-même, qu'est arrivé le premier cas de mort. Bien que cette observation ait déjà reçu une grande publicité, je crois devoir en reproduire les principaux détails, recueillis par M. Snow avec une précision qui ne laisse rien à désirer. Je laisse parler l'auteur.

[Ici M. Robert reproduit textuellement, d'après le *Moniteur des Hôpitaux*, l'observation de M. Snow, que nous avons publiée dans notre numéro du 23 avril.]

Lorsqu'on analyse attentivement les détails de cette observation, il est impossible de ne pas reconnaître, avec M. le docteur Snow, que la mort n'a été due à l'amylène. La grande habileté du praticien, qui employait cet agent pour la cent quarante-quatrième fois, son expérience spéciale dans le maniement des anesthésiques, ne permettent pas de supposer qu'il y ait eu infraction aux règles qu'on doit observer en pareil cas; d'un autre côté, l'inhalation elle-même n'a présenté aucune circonstance insolite; et pour obtenir l'insensibilité, il n'a pas été nécessaire de faire absorber une grande quantité de vapeurs. Enfin, l'autopsie cadavérique n'a révélé aucune lésion viscérale qui, ayant été méconnue pendant la vie, serait devenue la cause de l'issue funeste. Sans doute, l'état graisseux du cœur est de nature à diminuer l'énergie de cet organe et peut disposer à la syncope. Cependant, il est difficile d'imputer la mort à cette lésion, puisqu'elle n'était pas assez considérable pour avoir déterminé, pendant la vie, aucune gêne dans les fonctions de ce viscère.

En conséquence, il en est de ce cas malheureux comme de ceux que l'on a observés par l'emploi du chloroforme, où la mort est survenue par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme, inconnue dans sa nature, plutôt que par l'administration intempestive ou excessive des vapeurs anesthésiques.

Rien ne saurait atténuer la gravité de cet événement, duquel il ressort évidemment que l'amylène administré chez l'homme peut causer la mort. Une seule question nous reste donc actuellement à résoudre: c'est celle de savoir s'il offre moins de danger que l'éther ou le chloroforme.

M. Debout, dans son travail, s'est occupé de ce problème, et en a fait l'objet d'expériences sur les animaux. Il raconte que, si dans une série de bocaux cubant deux litres d'air, on place des animaux très-sensibles à l'action des anesthésiques, des oiseaux, par exemple, on voit qu'il suffit de verser deux gouttes de chloroforme dans l'un d'eux pour rendre insensible l'animal qui s'y trouve renfermé. Si, dans un autre bocal, on porte la dose à 5 gouttes, l'oiseau est foudroyé. Qu'on répète l'expérience avec l'amylène, on constate l'insensibilité avec 10 gouttes; si l'on élève la dose à 50 gouttes (1 gr., 35 c.), l'animal revient encore à lui, pourvu que l'on ne prolonge pas son séjour dans l'atmosphère amylique au delà d'une minute. Soumis à la même quantité d'éther et pendant le même laps de temps, l'oiseau succombe. D'où l'auteur conclut que, s'il suffit de doubler la quantité de chloroforme pour transformer la dose *anesthésique* de cet agent en dose *toxique*, il faut quadrupler celle de l'éther, et quintupler celle de l'amylène. Il ressort de ces faits, ajoute-t-il, que l'innocuité *du nouvel agent est plus grande encore* que celle de l'éther sulfurique.

J'ai répété les expériences de M. Debout sur de petits oiseaux, sur des poules et sur des lapins, surtout en ce qui concerne l'action comparative du chloroforme et de l'amylène, et elles m'ont paru exactes. J'en ai institué d'autres sur des chiens, mais, en plaçant ces animaux dans les conditions où se trouvent les malades que nous soumettons aux inhalations. Pour cela, j'ai employé d'abord l'appareil de M. Charrière, en remplaçant l'embouchure par une vessie dans laquelle je fixais la tête de l'animal. Avec le chloroforme, j'ai vu se dérouler la série des phénomènes connus, depuis la simple insensibilité jusqu'à la résolution musculaire complète; et, en continuant l'inhalation, les animaux ont toujours succombé en trente ou quarante minutes, par le ralentissement progressif et la cessation des mouvements respiratoires. Avec l'amylène, j'ai obtenu l'anesthésie accompagnée des symptômes observés chez l'homme, à savoir le renversement de la tête en arrière, la fixité du regard, la déviation des yeux, l'injection des conjonctives, la roideur des membres, etc.; mais jamais je n'ai obtenu le relâchement des muscles. Il y a plus: en continuant l'expérience, dans le but de faire périr les animaux, j'ai vu avec étonnement qu'ils s'habituaient en quelque sorte à l'action de l'amylène, et recouvraient même une partie de la sensibilité. Au bout de plus d'*une heure*, j'ai cru devoir cesser l'inhalation. Les animaux se sont trouvés, pendant quelques instants, comme dans un état d'ivresse, puis, ils n'ont pas tardé à marcher, et se sont promptement rétablis.

Voyant que l'appareil de M. Charrière était insuffisant pour faire périr ces animaux, j'ai eu recours à un autre procédé capable de donner plus de concentration aux vapeurs anesthésiques Une grande vessie de porc ayant été largement ouverte à une de ses extrémités pour recevoir la tête de l'animal, j'ai pratiqué, à l'extrémité opposée, une ouverture assez large pour laisser passer l'air, et j'ai placé dans la vessie une éponge imbibée de 25 à 30 grammes d'amylène. L'animal s'est agité d'abord et a poussé des cris; puis il est devenu presque immédiatement insensible. Le tronc s'est courbé en opisthotonos, il y a eu tremblement de la tête, contraction des membres, mouvement de la langue comme pour lapper, mouvement de déglutition; au bout d'un quart d'heure, ronflement, puis résolution complète des membres, diminution progressive des mouvements respiratoires, et mort au bout de vingt minutes.

Ces expériences confirment celles de M. Debout, en ce qu'elles prouvent que l'amylène est toxique, mais qu'il a beaucoup moins d'activité que le chloroforme. Faut-il en conclure que, dans la pratique, il soit moins dangereux que ce dernier? Ici je me sépare entièrement de M. Debout et de ceux qui l'ont précédé dans l'étude de la question. En effet, un point capital, dans l'histoire des anesthésiques, c'est que ce n'est pas par le fait de l'évolution successive et progressive des phénomènes d'intoxication que la mort est survenue chez l'homme, mais bien d'une manière brusque, inattendue, et comme par suite d'une prédisposition de l'organisme, inconnue dans sa nature. Dans un travail que j'ai publié, il y a quelques années, j'ai déjà signalé cette circonstance pour l'éther et le chloroforme. Le malheur récemment arrivé à M. Snow prouve qu'il en est de même pour l'amylène. Ainsi, c'est dans l'anesthésie même que gît le danger, dans l'anesthésie qui, suivant une expression heureuse de M. Tourdes, est une *diminution de la vie*, et un *pas fait vers la mort.*

Ainsi dépouillé de la prérogative d'innocuité dont on avait espéré d'abord de le voir en possession, l'amylène n'est plus qu'un simple agent anesthésique qu'on peut placer à côté de l'éther et du chloroforme.

De sorte qu'en terminant ce travail, il ne nous reste plus qu'à nous demander s'il doit être conservé dans la pratique; et, en cas d'affirmative, quelles sont les indications et les contre-indications de son emploi. Oui, nous croyons qu'il doit être conservé, parce que son action est prompte, de très-courte durée, et que ses effets se dissipent rapidement, sans donner lieu à ce malaise général qui persiste parfois assez longtemps après l'usage du chloroforme. Ces motifs le rendent préférable pour des opérations *très-courtes,* lorsqu'on se propose seulement d'annihiler la douleur ou simplement de l'émousser. De plus, il n'exerce pas sur les voies aériennes d'action irritante, ce qui le rend précieux lorsqu'il existe du côté des poumons quelque lésion qui ne paraîtrait pas assez grave pour faire rejeter complétement l'emploi des anesthésiques. En outre, il ne provoque pas des vomissements ou des nausées, soit au début, soit lorsque la sensibilité commence à se rétablir, phénomènes fréquemment observés par le

chloroforme. Cette particularité, notée principalement par MM. Tourdes et Giraldès, est importante dans la chirurgie des enfants, qu'il est souvent fâcheux de laisser trop longtemps sans aliment, et qu'on peut soumettre à l'action de l'amylène à une époque plus rapprochée du repas que lorsqu'on emploie le chloroforme. Néanmoins, l'absence du vomissement n'est pas absolue : MM. Rigaud, Schutzenberger et Debout en ont observé des exemples.

Nous venons de signaler les cas principaux qui nous paraissent motiver l'emploi de l'amylène. Voyons maintenant quels sont ceux où il est formellement contre-indiqué.

Nous rappellerons que l'insensibilité qu'il produit dure très-peu de temps, et qu'il n'atteint que par exception la contractilité musculaire. Partant de ces faits, nous proposerons de l'exclure de la pratique des opérations longues et pénibles, surtout de celles pour lesquelles il est nécessaire d'anéantir la contraction des muscles, telles que la réduction des luxations et des hernies, certains diagnostics dans lesquels la tension des muscles constitue un empêchement grave, comme on le voit, pour plusieurs tumeurs de la cavité abdominale. Que si on nous objecte qu'on peut prolonger presque indéfiniment l'anesthésie, en continuant l'inhalation, qu'on peut obtenir aussi la résolution des muscles par ce même moyen, ainsi que M. Tourdes l'a avancé, nous répondrons que, outre l'inconvénient de faire absorber des quantités considérables d'amylène, et la préoccupation gênante qui résulte pour le chirurgien de l'imminence du réveil de son malade, il ne nous est pas démontré que l'on puisse sûrement produire la résolution complète par la multiplication des doses. Il y a plus, si nous nous en rapportions à nos expériences, nous dirions que l'action de l'amylène finit par s'émousser, lorsqu'on la prolonge outre mesure, à moins que les doses n'en soient élevées à un degré excessif. Et dans ce cas, si l'on parvient à obtenir la résolution des muscles, c'est peu d'instants avant que les animaux ne succombent.

Mais hâtons-nous de terminer ce rapport déjà trop long, peut-être. Messieurs, quelques savants ont conçu l'espoir de trouver un agent qui, tout en empêchant la douleur pendant les opérations, ne porte aucune atteinte à l'organisme. Laissons-leur cette pensée consolante, associons-nous même, s'il le faut, à leurs généreux efforts; mais constatons qu'aujourd'hui le problème n'a point encore été résolu. N'oublions pas, surtout que la sensibilité est dévolue à tous les êtres vivants, pour qu'ils puissent veiller à leur conservation ; qu'on ne saurait les en priver, sans de plus ou moins graves inconvénients, et qu'ainsi on ne doit recourir aux anesthésiques qu'avec crainte et réserve.

Votre Commission a l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remerciements à M. le docteur Debout; 2° de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie.

MÉDECINE.

Études pratiques sur l'hydrothérapie,

Par M. le Dr E. Collin,
Médecin des salles militaires de l'hôpital de Billom.

(*Extrait d'un mémoire lu à la Société de médecine de Clermont-Ferrand.*)

(Suite. Voir les nos 55 et 56.)

NÉVRALGIES ET RHUMATISMES.

Les résultats obtenus par M. Fleury dans des cas de névralgies et de rhumatismes récents ou anciens, tiennent véritablement du prodige (1), et c'est avec bonheur que le médecin voit l'hydrothérapie rendre de si éminents services, alors qu'il sait bien que, dans la pluralité des cas, il est sans ressource en face de ces affections si douloureuses.

Quels remèdes n'a-t-on pas employés pour les combattre? et leur multiplicité n'accuse-t-elle pas assez haut leur insuffisance? Aussi, voyez avec quel empressement le monde médical a accepté les travaux de notre savant collègue, M. Imbert-Gourbeyre, sur l'aconit, médicament précieux dans bien des névralgies, et auquel j'ai dû moi-même plusieurs succès.

(1) Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, 2e édit., p. 299-341.

Névralgies. — Six cas de névralgies sciatiques et un seul cas de névralgie faciale se sont présentés cette année à mon observation. Je parlerai plus loin de celle qui avait pour siége le trifacial et qui a cédé bien vite à la médication hydrothérapique reconstitutive, produite qu'elle était par un état chlorotique qu'il m'a été possible de combattre en peu de temps.

De mes six malades atteints de sciatique, quatre ont été rapidement guéris; chez les deux autres, dont l'affection datait de 20 ou 30 ans, une amélioration considérable a été la suite du traitement, et je suis convaincu qu'une guérison radicale aurait été obtenue, si les malades avaient voulu persister plus longtemps. Voici les plus remarquables de ces faits, auxquels je réunis deux observations de *tremblements nerveux*.

Obs. I. — *Névralgie sciatique gauche. — Guérison.*

Le nommé N...., âgé de 60 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, a été pris, il y a quatre mois, d'une névralgie sciatique gauche, ayant son summum d'intensité entre le grand trochanter et l'ischion, au creux poplité et à la malléole externe.

Je suis appelé le 1er mai 1856. Les douleurs sont intolérables, N.... ne fait que passer de son lit à son fauteuil pour y chercher une position qu'il ne trouve pas; les nuits sont sans sommeil, l'appétit est nul, le malade est en proie à un abattement extrême au physique et au moral.

Persuadé des bons effets de l'hydrothérapie dans ces sortes d'affections, j'engage le malade à suivre un traitement par l'eau froide qui semble l'effrayer beaucoup.

« Faites appeler un autre médecin, lui dis-je alors, suivez exactement toutes ses prescriptions, et s'il ne parvient pas à vous guérir, décidez-vous et venez à mon établissement. »

Le 3 *mai*, N.... m'envoie demander si je veux bien le recevoir, et quelques instants après je le vois arriver, porté entre les bras de ses deux enfants. Je le fais descendre à la douche avec la plus grande peine, car le moindre mouvement exaspère les douleurs. J'administre une douche générale en pluie et une douche en jet promenée spécialement sur le membre malade. « *Je suis guéri*, me dit-il aussitôt après la douche, *je n'ai plus aucun mal*, » et N.... put gravir facilement, et seul, les marches qu'il n'avait pu descendre, il va sans dire que les douleurs reparurent quelques instants après, mais avec une intensité bien moindre, puisqu'il ne voulut pas même se faire aider par ses enfants pour retourner chez lui, ce qu'il fit en se traînant, il est vrai, mais en ne s'aidant que de sa canne. Même traitement le soir,

Le 4, N.... a dormi une partie de la nuit.

Le 5, l'amélioration est encore plus sensible. Sudation en étuve sèche suivie d'une douche.

Le 6, on peut voir N.... marcher à grands pas dans le jardin sans se servir de sa canne.

Le 11, le temps qui était excessivement mauvais depuis le début du traitement, s'est mis au beau, des douleurs violentes ont coïncidé avec cette variation atmosphérique et ont empêché N.... de dormir jusqu'au 25. Les souffrances ont été les mêmes. Je prescris un purgatif et défends au malade de venir à la douche le 26.

Le 28, ne voyant pas revenir N...., je vais chez lui et le trouve en proie à des douleurs atroces, et comme je manifeste de l'étonnement de ce qu'il a interrompu sa médication, il m'avoue qu'on lui a conseillé de ne pas continuer un pareil traitement, mais que si je le lui permets, il reviendra le soir même.

Le 30, le malade est mieux, les douleurs moins vives, la nuit a été fort bonne.

Le 2 *juin*, l'amélioration fait de rapides progrès.

Le 5, le malade a quitté sa canne, les douleurs sont presque nulles.

Le 10, le malade ne ressent plus aucune douleur, la jambe cependant a moins de force que celle du côté opposé.

Le 20, la jambe malade ne le cède plus en force à la jambe saine. N.... fait de grandes courses sans se fatiguer. La guérison est complète. Je fais continuer le traitement par mesure de précaution jusqu'au 15 juillet.

N...., depuis cette époque a joui d'une santé excellente et n'a pas ressenti la plus légère douleur. Il est un phénomène bien curieux à

remarquer en hydrothérapie et qui arrive chez presque tous les malades : après quelques jours de traitement, quelquefois même après la première douche, survient une amélioration manifeste dont la durée ne peut être très-exactement limitée, puis tout à coup arrive un temps d'arrêt, souvent même une exaspération des douleurs qui pourraient tourmenter beaucoup les malades si le médecin n'avait pas le soin de les prévenir.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

Hernie crurale. — Symptômes très-peu marqués d'étranglement. — Opération simple. — Rupture de l'intestin pendant le pansement. — Péritonite sur-aiguë. — Mort rapide. — Autopsie : étranglement par le collet du sac; gangrène demi-circulaire de l'intestin du côté du bout supérieur,

Par M. A. Verneuil, *chirurgien des hôpitaux.*

L'histoire de l'étranglement herniaire a été si souvent et si attentivement étudiée, les documents sont si nombreux, que c'est à peine si l'on ose encore publier des faits dans l'espoir de les faire servir à une démonstration quelconque. Il semble que l'ère des grandes discussions soit close, et que ce chapitre de la pathologie chirurgicale soit terminé, au moins en ce qui concerne les points dogmatiques.... Cependant lorsque, fort de son instruction théorique, on arrive à observer soi-même, on rencontre des difficultés embarrassantes, des exceptions aux règles qu'on croyait définitivement arrêtées, et l'incertitude survient encore. J'ai pratiqué récemment mes deux premières opérations de hernie étranglée. Chaque fois j'ai rencontré des circonstances insolites et dignes d'être notées.

Je publie aujourd'hui l'une de ces observations : il s'agit d'une hernie crurale, remarquable par sa marche insidieuse, par sa terminaison funeste, surtout par les détails anatomiques fournis par l'autopsie, et qui contredisent l'opinion généralement adoptée sur le siége de l'étranglement dans la hernie crurale. Ce n'est pas que je donne le fait comme neuf et que je le regarde comme unique; mais je crois cependant qu'il sort de la règle.

Une femme âgée de 40 ans environ, domestique, d'une bonne constitution, entra 26 octobre 1856, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 20. Son intelligence est obtuse, et nous avons assez de peine à recueillir les renseignements suivants :

Après un repas léger pris le samedi soir, elle ressentit au milieu de la nuit, vers deux heures du matin, des douleurs intenses dans la région inguinale droite, accompagnées de malaise et de nausées, elle constata alors une tumeur douloureuse au toucher, du volume d'une petite noix, dont elle ne s'était jusqu'alors jamais aperçue.

Le lendemain se passa sans soins donnés, le malaise continuait, la tumeur grossissait; il n'y eut ni selles ni vomissements. Lundi matin 27 octobre, un médecin prescrivit une once d'huile de ricin, qui donna lieu à des vomissements. Un lavement purgatif, puis un lavement de tabac furent administrés, mais ils n'amenèrent point de selles. La tumeur ne disparaissait pas et ne s'accroissait pas. Comme l'état général restait stationnaire, la malade fut dirigée vers l'Hôtel-Dieu, où je constatai, mardi matin, à onze heures, l'état suivant : facies un peu altéré, pouls assez fort, mais non fébrile ni fréquent; ventre assez volumineux, sonore à la percussion, mais dépressible, mou, non douloureux au toucher. On entendait de temps en temps quelques borborygmes, et la minceur des parois permettait d'apprécier quelques contractions intestinales; dans la région crurale du pli de l'aine, une tumeur ovoïde à grand diamètre transversal, très-facile à reconnaître pour une hernie crurale. Elle a environ 4 centimètres de diamètre, elle est très-régulière, lisse, assez molle, mate à la percussion, un peu mobile, presque tout à fait indolente. La peau qui la recouvre est absolument saine et sans nulle trace d'inflammation. Les urines sont rendues comme de coutume, les vomissements n'ont pas reparu depuis la veille au matin, la langue est blanche, la soif modérée; l'absence d'évacuation est le seul signe réel d'un étranglement.

Deux tentatives très-courtes de taxis avaient déjà été faites, je tente à mon tour la réduction avec beaucoup de modération, et j'échoue, après avoir pourtant cru entendre un peu de gargouillement. Cependant, en présence de symptômes locaux et généraux aussi bénins, je crois pouvoir différer l'opération pour tenter quelques-unes des ressources mises en usage en pareil cas, et dont j'avais vu moi-même les bons effets. 20 sangsues sont appliquées à quelques centimètres de la tumeur, bains, cataplasmes, onctions avec l'extrait de belladone, une goutte d'huile de croton en deux pilules, élévation du bassin, etc.

Je reviens le soir, l'état général et l'état local n'ont guère changé, mais ne se sont pas sensiblement aggravés. Le pouls est un peu plus dur et plus plein que le matin, il ne rappelle en rien le pouls de la péritonite et de l'étranglement. Le malaise est minime, il y a eu quelques coliques passagères, un vomissement muqueux peu abondant, les sangsues coulent encore un peu. Légère tentative de taxis sans suite, la tumeur est un peu sensible au toucher, j'espère encore obtenir la réduction, et après m'être concerté avec plusieurs internes distingués de l'Hôtel-Dieu qui, pas plus que moi, ne regardent l'opération comme urgente, je remets au lendemain matin la décision définitive.

La nuit n'a pas été mauvaise, il n'y a pas eu de nouveaux vomissements, mais les selles n'ont pas eu lieu. Je fais un nouveau taxis sans résultat, et sur-le-champ je pratique la kélotomie.

L'opération fut d'une simplicité extrême : les couches cutanées étant divisées, je mis à découvert une masse arrondie, d'apparence graisseuse, dont le doigt faisait aisément le tour; elle était piriforme, son pédicule sortait immédiatement au-dessous de l'arcade crurale, dont on sentait très-bien la saillie avec l'ongle. C'était le sac doublé de graisse. Celle-ci pouvait être séparée en deux ou trois minces couches superposées et séparées par un tissu cellulaire très-délicat. Le sac ouvert laissa couler beaucoup de sérosité, *limpide comme le liquide d'un hydrocèle,* et qui constituait au moins les deux tiers du volume total de la tumeur; l'intestin était à nu au fond, sans épiploon; il formait une masse arrondie, régulière, du volume d'une grosse aveline; le doigt, introduit dans le fond du sac, reconnaissait une sorte d'anneau constricteur, bien marqué en haut, en dedans et en dehors, inappréciable en bas. Cet anneau n'était pas bien serré, car une sonde cannelée passait sans trop de peine entre lui et l'intestin. Je pressai légèrement sur l'intestin pour voir s'il rentrerait sans débridement; mais l'essai ne réussit pas. Je fis le débridement; j'introduisis le bistouri d'A. Cooper avec précaution, et dirigeant son tranchant directement vers l'arcade crurale, je pressai doucement jusqu'au moment où se fit entendre le petit craquement caractéristique annonçant la section d'un tissu fibreux. Le débridement, j'insiste sur ce point, *fut extrêmement limité.* Je l'évalue à 4 millimètres tout au plus. Je me proposais, s'il eût été insuffisant, de le répéter en dedans, dans la même étendue.

Je me mis en devoir de réduire, et je négligeai de tirer l'intestin au dehors pour examiner le point où la constriction avait porté. J'exposerai plus loin les motifs qui me portèrent malheureusement à enfreindre ce précepte. Quelques douces pressions firent rentrer l'anse herniée; j'introduisis mon petit doigt dans le canal parcouru par le viscère, je le trouvai long de près de 2 centimètres, résistant et assez étroit pour que l'auriculaire de ma main gauche, qui est petit, y fût serré. Je procédai ensuite à la réunion à l'aide de quelques points de suture. Deux ou trois minutes s'écoulèrent pendant que je choisissais les épingles et que je disposais les pièces du pansement, et rien d'insolite ne se manifesta. La malade avait été chloroformée pendant l'opération, elle commençait à se réveiller; l'introduction des épingles causa un peu de douleur et réveilla des contractions

très-modérées dans la paroi abdominale. Je commençai pourtant à enrouler le fil, quand tout à coup un flot de matières jaunâtres s'écoula par l'angle interne de la plaie. La couleur, l'odeur ne laissaient aucun doute, ces matières provenaient de l'intestin. Les épingles rapidement enlevées, je plongeai le doigt dans l'anneau, que je dilatai de force, et je cherchai à ramener l'intestin, mais de nouvelles contractions de la paroi abdominale survenant, firent jaillir de nouvelles ondées de liquide, et je ne pus parvenir à ressaisir l'intestin, qui s'était subitement vidé et que je sentais flasque et flottant dans la fosse iliaque et le petit bassin. Je songeai un instant à agrandir la plaie et à aller, par cette voie, chercher l'anse intestinale pour la ramener au dehors, l'y fixer ou faire la suture intestinale, mais réfléchissant que la cavité du péritoine était remplie du liquide épanché, je pensai que cette nouvelle opération serait tout à fait inutile, et je m'abstins.

La malade avait subitement pâli ; le pouls était à peine perceptible ; je la considérai comme vouée à une mort certaine et prochaine. Je fis néanmoins sortir par la pression la plus grande quantité possible du liquide épanché, et après avoir fait quelques prescriptions usitées en pareil cas, je quittai le lit, fort troublé, ignorant si cette perforation était spontanée ou si elle résultait d'une blessure faite à l'intestin pendant le débridement. Cette seconde hypothèse, à la vérité, paraissait peu probable, car rien ne s'était révélé, ni lors de la section de l'anneau constricteur, ni pendant la réduction, ni enfin pendant les quelques minutes qui avaient suivi celle-ci ; d'un autre côté, l'état de l'intestin, qui précisément m'avait engagé à réduire sans autre examen, s'accordait mal avec l'idée d'une gangrène, de telle sorte que jusqu'au moment de l'autopsie je dus rester dans le doute.

Les signes d'une péritonite se développèrent, mais sans grande intensité ; ils ne consistaient guère que dans l'extrême sensibilité du ventre, l'altération des traits, la petitesse du pouls ; il y eut un seul vomissement et une selle assez abondante. La mort survint six heures après l'opération. La nécropsie fut faite trente-six heures après.

Le péritoine était généralement injecté ; les circonvolutions intestinales commençaient à s'agglutiner çà et là, mais il n'y avait ni pus, ni fausses membranes ; la cavité pelvienne contenait encore une certaine quantité du liquide intestinal épanché par la perforation.

L'intestin grêle était à peu près vide, mais quelques anses cependant étaient encore gonflées par des gaz. Je trouvai sans peine l'anse herniée, elle était reconnaissable à un sillon imprimé sur elle par l'agent constricteur, sillon qui n'était bien marqué que sur le bord de l'intestin opposé au mésentère, et qui interceptait un segment elliptique de l'intestin mesurant environ 5 centimètres de diamètre ; ce sillon était beaucoup plus évident du côté du bout supérieur ; je reconnus sur son trajet une perforation de 10 à 12 millimètres environ, due à la section de l'intestin par l'agent constricteur, c'est-à-dire ce qu'on nomme la gangrène ; les bords étaient ramollis, pulpeux, exhalaient l'odeur gangréneuse. Il était facile de se convaincre que l'instrument tranchant n'était pour rien dans l'accident, car aux deux extrémités de la fissure intestinale la tunique séreuse existait encore, et déjà au-dessous d'elle les couches muqueuses et musculeuses étaient déjà divisées. La solution de continuité s'était donc faite de dedans en dehors, l'intestin s'était coupé lui-même ; l'opérateur était absous de ce côté.

Chose digne de remarque, la lésion intestinale était entièrement limitée, elle n'occupait qu'une seule face de l'intestin (je ne puis dire laquelle, le viscère n'étant plus en rapport avec l'agent de l'étranglement) ; l'autre face paraissait aussi saine que les parties voisines. Les bords de la perforation n'étaient ramollis que dans l'étendue de quelques millimètres à peine. Au delà, la paroi intestinale n'était ni friable, ni congestionnée, en sorte que le travail ulcératif n'avait eu qu'une extension insignifiante, ce qui rend peut-être compte de l'intensité très-médiocre des symptômes, et ce qui à coup sûr explique comment l'anse herniée m'a paru si remarquablement saine lors de l'opération. Tout révèle donc l'absence d'inflammation vive, jusqu'au liquide contenu dans le sac, et qui, comme je l'ai déjà dit, était extrêmement limpide, nullement sanguinolent.

Tel est le concours des circonstances qui m'ont décidé à ne point attirer au dehors cette anse intestinale avant de réduire. J'ai enfreint, je dois l'avouer ici, un précepte sage ; mais dans ces circonstances, et alors même que l'intestin est beaucoup plus altéré, un certain nombre de chirurgiens réduisent immédiatement, comme je l'ai fait. Il est très-probable que si j'avais tiré l'intestin au dehors, l'eschare se serait rompue pendant la manœuvre et qu'une certaine quantité de liquide se serait épanchée dans le péritoine, car il n'existait aucune adhérence entre le collet du sac et le pédicule de la hernie.

Je ne cherche nullement ici à dissimuler la faute, je crois pourtant que bien d'autres que moi l'auraient commise, et si la rupture ne s'était effectuée que deux ou trois minutes plus tard, le dénouement eût été semblable, mais beaucoup moins dramatique.

J'ai voulu profiter de cette malheureuse occasion pour vérifier la question du siége et de l'agent de l'étranglement dans la hernie crurale, et voici ce qu'une dissection bien minutieuse m'a démontré :

Je n'ai, je l'avoue, rien trouvé de semblable à ce que m'auraient fait prévoir les descriptions classiques. Immédiatement au-dessous de la peau se rencontre une mince couche de tissu cellulaire avec quelques pelotons adipeux, puis on arrive sur-le-champ à une masse arrondie, piriforme, d'apparence graisseuse, qu'on peut décomposer en deux couches par la simple traction ; ces deux couches sont doublées de tissu adipeux à leur face externe ; la plus externe se continue avec le tissu cellulaire sous-péritonéal, la plus interne n'est autre que le sac lui-même, c'est-à-dire le péritoine. La masse formée par ces deux couches ressemble assez bien à une figue à gros pédoncule ; ce dernier s'enfonce dans l'abdomen en passant dans une sorte de boutonnière elliptique transversale, formée en haut par le bord inférieur libre de l'arcade crurale, en bas par l'aponévrose du pectiné ; l'angle interne de cette boutonnière est formé par le ligament de Gimbernat, l'angle externe est bien moins limité, il est rempli par une masse adipeuse assez volumineuse, continué, d'une part, avec le tissu graisseux sous-péritonéal, et le pannicule sous-cutané de l'autre ; ce prolongement adipeux, presque aussi volumineux que le pédicule herniaire, le sépare de la veine crurale et concourt avec lui à remplir l'anneau crural supérieur, ce qui indique que cet anneau n'étrangle pas, chose sur laquelle il est, du reste, inutile d'insister.

Le pédicule de la hernie est à peu près du volume du petit doigt, il traverse le *septum crurale*, qui présente une perforation très-évidente ; il est en rapport *immédiat* avec l'arcade crurale, le ligament de Gimbernat, l'aponévrose du pectiné et la perforation du septum crurale. *Aucun anneau complet formé par le fascia cribriformis ne l'entoure, et malgré l'extrême attention que j'ai apportée à rechercher cet anneau, il m'a été tout à fait impossible d'en trouver le moindre vestige.* Je dirai plus, il m'a été également impossible de retrouver le moindre feuillet, la moindre aponévrose représentant le fascia cribriformis lui-même. Du côté de la superficie, la face profonde du derme reposait presque immédiatement sur les enveloppes propres de la hernie, et, vers la profondeur, elles étaient en contact immédiat avec l'aponévrose pectinéale ; cette dernière même présentait l'aspect lisse qu'on observe quand une tumeur glisse sur un plan résistant. Il y avait là une sorte de bourse séreuse en voie d'évolution. En résumé, le *fascia cribriformis* avait totalement disparu dans la région occupée par la hernie, car je n'ai vraiment pas assez d'humilité pour croire que j'aie pu méconnaître son existence, alors que j'avais surtout cherché à le découvrir dans une dissection à laquelle j'ai apporté tout le soin dont je suis susceptible.

Mais alors quelle était la cause de l'étranglement? Était-ce l'anneau crural supérieur, l'arcade crurale, le ligament de Gim-

bernal? Pas davantage. La dissection m'a également démontré que le debridement n'avait atteint aucune de ces parties fibreuses. L'incision à la suite de laquelle la réduction a été possible n'a pas même atteint la plus extérieure des deux couches qui entraient dans la composition du pédicule; l'instrument a divisé seulement le péritoine, c'est-à-dire le collet du sac; c'était donc lui qui étranglait la hernie. Il faut bien le supposer, puisque la réduction n'a été possible qu'après le léger débridement que j'ai pratiqué. Mais la preuve absolue fait défaut, parce qu'ayant introduit le doigt dans ce collet et l'ayant violemment dilaté pour aller chercher l'intestin rentré, j'ai agrandi l'ouverture qui actuellement, sur la pièce disséquée, est plissée et déplissable, c'est-à-dire ne figure plus un anneau constricteur susceptible d'étrangler circulairement l'anse intestinale.

Je vais même plus loin, et je me demande s'il y avait là un véritable étranglement circulaire; en examinant attentivement les rapports de la hernie avec la boutonnière fibreuse que j'ai décrite plus haut, en considérant qu'une des faces de l'intestin ne paraissait nullement serrée, et que l'empreinte, par conséquent, n'était pas circulaire, je me demande si la section de l'intestin était véritablement due à un étranglement véritable, dans le sens que l'on attribue à ce mot. Je serais plutôt porté à croire, qu'aplati entre les deux lèvres de la boutonnière, l'intestin s'est coupé par pression unilatérale sur le bord tranchant formé par l'arcade crurale, alors même que la circulation continuait assez librement dans tout le reste de l'anse herniée. La section d'un organe par une bride n'est pas sans exemple, alors même que cet organe continue à recevoir ses moyens de nutrition; il ne s'agit que du mécanisme de l'ulcération par pression linéaire lente. L'aspect pulpeux et gangréneux des bords de la perforation ne prouve rien contre l'hypothèse, car il n'y avait pas d'eschare à proprement parler, mais seulement une solution de continuité qui était en contact avec les matières intestinales, et dont les lèvres ont pu se mortifier sous l'influence de ces fluides irritants.

Il faut tirer parti de tout dans les discussions difficiles, je veux donc faire ressortir encore deux particularités qui plaident contre l'idée d'un étranglement circulaire dans le cas actuel. Un des phénomènes les plus constants de l'étranglement, c'est l'arrêt de la circulation, d'où la congestion sanguine, d'où la coloration plus ou moins foncée de l'intestin. Dans ce cas, et pour peu que l'obstacle date de quelque temps, l'épanchement séreux qui se fait dans le sac est plus ou moins coloré en rouge; or, dans le cas présent, l'intestin hernié n'était pour ainsi dire pas congestionné et le liquide du sac était translucide; donc la gêne circulatoire était à coup sûr très-modérée.

Je ne veux pas, à propos d'une seule observation, remettre en question toute la théorie de l'étranglement en général, et celui de la hernie crurale en particulier. J'ai voulu seulement apporter un fait détaillé nouveau, pour montrer que le problème n'est pas aussi complétement résolu qu'on le suppose. J'ai encore désiré publier cette observation, comme revers, et pour prouver que l'on ne devrait jamais enfreindre le principe d'examiner le point de l'intestin sur lequel on suppose qu'a porté la constriction. Il faut au moins que ma négligence profite aux autres, puisqu'elle m'a été fatale.

Voici donc les conclusions que je tire de cette note :

1° L'opération aurait dû être faite plus tôt;

2° L'intestin aurait dû être attiré au dehors, et l'anus contre nature établi sur-le-champ;

3° Il n'y avait point d'anneau fibreux formé par le fascia cribriformis; ce fascia n'était plus reconnaissable;

4° L'obstacle à la réduction résidait probablement dans le collet du sac; une incision très-petite, faite directement en haut et n'intéressant que le péritoine, a suffi pour permettre la rentrée de l'intestin;

5° Cette incision n'a atteint aucune partie aponévrotique; elle a pourtant été accompagnée du cri particulier à la section des tissus fibreux;

6° L'étranglement annulaire n'était pas évident; la section de l'intestin a peut-être été occasionnée seulement par une pression linéaire opérée par le bord tranchant de l'arcade crurale, pression qui a ménagé les parties fibreuses résistantes interposées entre cette arcade et l'intestin, et qui a porté sur celui-ci de préférence, à cause de sa mollesse et de sa vascularité plus grande;

7° L'intestin hernié ne formait point une anse complète, le bord mésentérique était en dehors du sillon imprimé sur le viscère par la pression.

J'ajouterai un dernier renseignement qui donnera plus d'authenticité à ce fait. La pièce a été soumise à la Société de Chirurgie et à plusieurs anatomo-pathologistes, qui ont reconnu l'exactitude des détails précédents; elle est aujourd'hui déposée au musée Dupuytren. M. Richet, qui s'est beaucoup occupé de cette question, considère l'étranglement par le collet du sac comme fréquent dans la hernie crurale. Enfin, M. Dolbeau, aide d'anatomie de la Faculté, a bien voulu me communiquer une observation qu'il a recueillie et qui présente une très-grande analogie avec celle qu'on vient de lire. Cette observation sera publiée prochainement.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 *mai* 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie une note sur une *opération césarienne* pratiquée à la Maternité de Tulle, et suivie de succès. (Comm. : MM. Dubois, Gimelle et Depaul.)

— M. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

Épidémies. — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Tarn pendant l'année 1856.

Fièvre typhoïde. — Rapport final de M. le docteur YVONNEAU, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois, sur une épidémie de *fièvre typhoïde* qui a régné dans la commune de Thénay. (Commission des épidémies.)

— Un mémoire intitulé : *Recherches sur l'emploi des lits médico-chirurgicaux dans la pratique*, par M. le docteur DAMOISEAU, d'Alençon. (Comm. : MM. Davesne, Poiseuille et H. Larrey.)

Iode. — La formule d'une solution de bromure d'iode, par M. le docteur BELLENGER (de Senlis). (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

Eaux minérales. — Une demande en autorisation d'exploitation des Eaux minérales de Forges-lès-Briis.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Vaccine. — Rapport sur la vaccine et la petite vérole dans le canton de Lavit (Tarn-et-Garonne), pendant l'année 1856, par M. LAFORÊT. (Commission de vaccine.)

Sulfate de quinine. — Mémoire sur l'usage du sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, par M. le docteur Vincenzo CASTELLANI. (Comm. : M. Grisolle.)

Choléra. — Lettre de M. MANUTI, de Getti-Vivario (Corse), chirurgien de marine, contenant le résumé de quelques remarques qu'il a faites sur le choléra. (Commission du choléra de 185[illegible].)

Opium. — Mémoire sur le délire dans les maladies aiguës et son traitement par l'opium à haute dose, par M. le docteur LIMOUSIN. (Comm. : M. Bouillaud.)

— Note relative à un perfectionnement apporté au forceps, par M. le docteur Aurélio FINIZZIO, professeur-adjoint de clinique d'accouchements à Naples. (Comm. : M. Depaul.)

Spasmes de l'urèthre. — M. le docteur LEROY (d'Etiolles) adresse une note sur un muscle décrit par Vésale, connu aujourd'hui sous le nom de Wilson, et sur le rôle qu'on lui attribue dans la production des spasmes de l'urèthre. (Comm. : M. Robert.)

Lithotomes cachés. — Une deuxième note de M. LEROY (d'Etiolles), relative à une modification qu'il a apportée au conducteur des lithotomes cachés. (Comm. : M. Malgaigne.)

RAPPORTS.

Action des alcalis sur le glucose. — M. Poggiale, en son nom et au nom de MM. Lecanu et Caventou, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Jeannel, ayant pour titre : *Recherches comparatives sur les alcalis et les carbonates alcalins considérés comme agents destructeurs du glucose.*

La destruction du sucre dans l'économie peut être considérée comme un phénomène de combustion analogue à ceux qui se passent en dehors de l'organisme. Quelques chimistes pensent que le concours des carbonates alcalins est nécessaire pour la décomposition du sucre dans l'économie, et que dans le diabète, le passage du glucose dans les urines est dû au défaut d'alcalinité du sang; mais l'expérience directe n'a pas confirmé cette théorie ingénieuse, qui ne repose que sur des analogies. Les recherches de MM. Lehmann, Bouchardat et Bernard ont prouvé, au contraire, que le sang des diabétiques conserve ses propriétés alcalines; d'autres expériences des MM. Lehmann, Bernard et Poggiale ont prouvé que les alcalis du sang ne favorisent pas l'oxydation du sucre.

L'expérience directe et quelques faits cliniques ont fait voir, d'autre part, que certains troubles de l'innervation, de la circulation et de l'hématose paraissent rendre l'oxydation incomplète, et déterminent le passage, dans les urines, d'une certaine quantité de glucose.

M. Poggiale, dans un mémoire présenté à l'Académie vers la fin de 1855, a examiné l'action des alcalis, des carbonates et des bi-carbonates alcalins sur le glucose en dehors de l'organisation, et plusieurs expériences ont démontré que, dans le laboratoire comme dans l'économie, le carbonate de soude n'agit pas sur le glucose, et qu'il faut élever la température du mélange à 95° pour que l'action ait lieu.

M. Jeannel s'est servi, dans ses expériences, de solutions dans l'eau distillée contenant $0^{gr},5$ pour cent de sucre candi desséché, et converti en glucose à l'aide de l'acide tartrique.

Les solutions de glucose, additionnées de réactifs divers, ont été mises en digestion pendant un temps variable, tantôt dans un flacon mal bouché et vivement agité toutes les heures, tantôt dans un flacon bouché à l'émeri et exactement rempli.

Dans une première série d'expériences, l'auteur a reconnu que, à poids égaux, la soude caustique a plus d'action que la potasse caustique sur le glucose. Le contraire a lieu si on emploie ces alcalis dans le rapport de leurs équivalents chimiques. L'air n'est pas nécessaire pour la destruction du glucose par les alcalis en excès, mais il la favorise évidemment. La décomposition du glucose par les alcalis est en raison composée du temps et de la température.

Le carbonate de potasse attaque le glucose à la température de 55 degrés environ au contact de l'air, et lorsqu'il est en grand excès, il le décompose même hors du contact de l'air. La différence d'action des deux carbonates alcalins en présence du glucose est telle, qu'elle pourrait servir à les distinguer.

Les bi-carbonates de potasse et de soude n'agissent pas sur le glucose au-dessous de 90 degrés, et, chose singulière, le bi-carbonate de soude a une action destructive beaucoup plus marquée.

M. Jeannel admet cependant que, par suite des phénomènes inconnus qui se passent dans l'organisme, les bi-carbonates diminuent la proportion du sucre contenu dans les urines des diabétiques et par conséquent jouent un certain rôle dans la destruction organique du glucose.

La Commission propose d'adresser à M. Jeannel des remerciements pour sa communication, et de déposer son mémoire dans les Archives de l'Académie. — Les conclusions sont adoptées.

Calcul biliaire. — M. Bouillaud lit un rapport sur une observation relative à un *calcul biliaire expulsé spontanément par les selles*, et recueillie par M. Delmotte, officier de santé, ancien chirurgien d'armée.

Il s'agit d'une femme âgée de 64 ans, sujette depuis fort longtemps à des tiraillements dans l'hypochondre droit, éprouvant de temps en temps, des phénomènes de rétention de la bile et peut-être des accès de colique hépatique.

Le 1er avril 1839, elle rendit par les selles un calcul biliaire fusiforme, long de 0,06 centimètres, et dont la plus grande circonférence mesure 0,08 centimètres. Depuis cette excrétion, la santé de la malade a été excellente.

L'auteur de l'observation croit que le calcul a distendu les canaux biliaires et provoqué la réaction élastique de leurs parois; il ajoute cependant que la malade ne présentait aucun signe bien certain de la présence des calculs biliaires dans la vésicule ou les canaux.

Le rapporteur, après avoir fait remarquer que de telles incertitudes, possibles en 1839, ne le seraient plus guère aujourd'hui, termine en proposant à l'Académie d'écrire une lettre de remerciements à l'auteur, pour l'intéressante observation qu'il a communiquée, et de déposer son Mémoire dans les Archives.

Endocardite puerpérale. — M. Bouillaud donne lecture d'un rapport sur un travail intitulé : *De l'état puerpéral considéré comme cause d'endocardite.*

Le rapporteur expose le résumé des cinq observations que M. de Lotz publie en faveur de cette idée que souvent l'endocardite est liée à l'état puerpéral. A propos de la première observation, il fait remarquer la différence qui existe entre cette espèce d'endocardite, et celle qui se présente à la suite de certaines fièvres, telles que celles qu'on appelait autrefois *fièvres primitives essentielles*, ou des *fièvres éruptives.*

Il ne suffit pas, dit M. Bouillaud, d'un si petit nombre de faits pour établir une règle générale, mais les observations de M. de Lotz n'en méritent pas moins une sérieuse attention. Toutefois, il faudrait commencer par démontrer que, chez les accouchées dont il s'agit, il n'existait pas quelqu'autre des éléments étiologiques de l'endocardite, savoir, rhumatisme articulaire aigu, phlegmasie de la plèvre ou des poumons, ou même fièvres continues, spéciales ou spécifiques, telles que la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, etc., pouvant produire l'endocardite bâtarde. D'ailleurs, les nouvelles accouchées sont sujettes à contracter des rhumatismes, des phlegmasies des poumons ou de la plèvre, et la plupart de leurs affections révèlent promptement le caractère typhoïde, de sorte que l'état puerpéral mis de côté, les nouvelles accouchées se trouvent, plus que les autres sujets, exposées aux causes ordinaires de l'endocardite.

Pour résoudre le problème posé par M. de Lotz, il faudrait en résoudre préalablement une autre, à savoir : En quoi consiste, d'une manière précise, *la cause première et essentielle* de l'état puerpéral.

En résumé, sans conclure que l'état puerpéral ne puisse avoir d'influence sur l'endocardite, le rapporteur pense que cette proposition n'est pas suffisamment étayée par les faits de M. de Lotz, et propose à l'Académie d'adresser à l'auteur une lettre de remerciements, et de déposer honorablement son travail dans les Archives.

Amylène. — M. Robert donne lecture d'un *Rapport sur l'amylène employé comme anesthésique.* (*Voir* plus haut.)

Après la lecture de ce rapport, M. Velpeau demande la parole.

M. Velpeau. Je faisais partie de la commission au nom de laquelle M. Robert a fait le rapport que vous venez d'entendre. Je ne veux pas m'élever contre ce rapport; mais j'ai fait quelques expériences qui m'ont rendu très-peu partisan de l'amylène. Cet agent ne peut remplacer le chloroforme. Il a d'abord une odeur repoussante; son emploi nécessite des appareils spéciaux, et le malheur arrivé à M. Snow indique suffisamment que son innocuité n'est pas absolue. L'amylène, d'ailleurs, produit une anesthésie passagère qu'on peut obtenir et que j'obtiens à l'aide du chloroforme, ayant le soin de n'en faire aspirer les vapeurs qu'au moment où la sensibilité de l'opéré doit être mise en jeu. Dans les grandes opérations même ce moment est très-court. On parle des dangers du chloroforme. En le maniant avec prudence, il est très-rare d'observer des accidents. De plus, je n'ai jamais trouvé aucun malade réfractaire à son emploi. Qu'on ne condamne donc pas tout à fait l'amylène, mais qu'on convienne que le chloroforme peut être, dans tous les cas, employé à sa place avec avantage.

M. Hervez de Chégoin partage l'opinion de M. Velpeau, opinion qu'il a émise lui-même.

Il en est de même de M. Larrey, qui rappelle les expériences de M. Giraldès, et les inconvénients que l'emploi de l'amylène fait naître à cause des appareils spéciaux qu'il nécessite.

M. Gibert est d'avis que ce n'est pas le chloroforme qui a été la cause des accidents quand il en est arrivé, et que jusqu'ici ce genre de mort est complétement inconnu.

M. Robert répond que ce qui l'a frappé c'est la rapidité d'action de l'amylène, et la possibilité de s'en servir constamment pour des opérations instantanées mais douloureuses.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 59. 5e année. Samedi 16 Mai 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 15 mai 1857.

La méthode sous-cutanée en Allemagne et la lettre de M. Schnepf.

Nous aurions voulu en rester là avec la méthode sous-cutanée. Il nous paraissait que nos lecteurs devaient être aussi fatigués, aussi saturés que nous même de cette discussion qui, pendant plus de deux mois, a rempli nos colonnes, et qui a fini sans doute par lasser l'attention du public. Depuis que l'Académie a prononcé la clôture du débat, la *Gazette médicale* et un autre journal ont repris, résumé, retourné, commenté la discussion à leur guise; nous aurions eu bien des choses à y répondre; nous n'avons cependant pas pris la plume; il nous paraissait naturel que M. J. Guérin, contristé à l'Académie, où ses prétentions n'ont pu trouver aucun défenseur, se réfugiât dans le sein de l'amitié et se tressât, de ses propres mains, des couronnes consolatrices.

Mais il nous est revenu que quelques personnes s'étonnaient de n'avoir point lu, dans le *Moniteur des Hôpitaux*, la lettre de M. Schnepf, cette lettre à laquelle M. Guérin attachait tant d'importance, et dont il s'indigne encore que l'Académie lui ait refusé la lecture. Les motifs de notre abstention sont bien simples : ce document est plein d'erreurs historiques et de contresens bibliographiques. Nous ne pouvions le reproduire sans le réfuter; c'est une fatigue que nous voulions épargner à nos lecteurs, un désagrément que nous voulions éviter à MM. Schnepf et Guérin. *Sed fata noluerunt* ou *noluere*. On a fait appel à notre impartialité, on sera satisfait; nous reproduirons textuellement et intégralement, à la suite de cet article, la lettre de M. Schnepf, mais nous ne renonçons pas pour cela au droit et au devoir de rétablir ce que nous croyons être la vérité.

Nous devons déclarer tout d'abord que nous éprouvons un sincère regret en prenant la plume pour refuter l'œuvre d'un homme laborieux, dont nous estimons la personne. Nous espérons que M. Schnepf, soldat de la presse, saura comprendre les nécessités de la critique, et que la fermeté de notre langage n'altérera en rien les bonnes relations qui, depuis longtemps, existent entre nous. D'ailleurs, faut-il le dire, les remarques suivantes s'adressent bien moins à lui qu'à celui dont il a subi l'influence. Son nom n'avait pas été prononcé à l'Académie; il n'avait que faire d'intervenir dans la discussion. Puisqu'il avait quelque chose à dire, il pouvait, comme M. Verneuil, comme nous, comme tous les autres publicistes, livrer ses pensées à la presse, et aucun journal, pas même la *Gazette médicale*, ne lui aurait fermé ses colonnes. S'il a envoyé sa lettre à l'Académie, c'est parce qu'il a voulu rendre service à quelqu'un, ainsi qu'on a pu le voir dans la séance du 28 avril. Il a été aisé de comprendre que M. Guérin acceptait la responsabilité, sinon la solidarité de cette lettre, dont il a réclamé la lecture avec tant d'insistance. Ces explications suffiront sans doute pour convaincre M. Schnepf que nous voulons laisser entièrement sa personne en dehors du débat. Il a écrit dans sa vie assez de bonnes choses pour qu'il lui soit pardonné d'avoir erré une fois. *Quandoque bonus dormitat Homerus.* « Tout le monde sait assez.... de « latin pour comprendre cela. »

Or donc, l'auteur de la lettre dont l'Académie n'a pas entendu la lecture, annonce en commençant que, *versé dans la littérature allemande*, il a entrepris *des recherches impartiales et approfondies* sur l'origine, la théorie, les applications et la généralisation du procédé sous-cutané. On pouvait, d'après cela, s'attendre à des citations nombreuses et précises, à des renvois bibliographiques bien rigoureux, avec indication des volumes, des pages, des éditions. Mais l'auteur a jugé sans doute que la forme épistolaire ne se prêtait pas à cet étalage d'érudition, puis il a craint peut-être d'humilier les lecteurs, qui ne sont pas tous suffisamment *versés dans la littérature allemande*. Il en est résulté qu'il s'est dispensé de fournir les preuves de ses assertions, et on peut dire, sans porter atteinte à la profondeur de ses recherches, qu'il a agi précisément comme les écrivains qui parlent à tort et à travers des livres qu'ils n'ont point lus. C'est ainsi qu'on se comporte lorsqu'on cite les auteurs de seconde ou de troisième main, sans prendre la peine de recourir aux textes originaux. Voyons quelles ont été les conséquences de la méthode historique suivie par l'auteur de la lettre, et examinons d'abord le passage relatif à l'origine de la méthode sous-cutanée.

« Relativement à son origine, le procédé sous-cutané a été tour à tour attribué à Delpech, à Dupuytren, à Dieffenbach et à M. Stromeyer. Des versions citées par M. Stromeyer, d'après MM. Ammon, Bégin et Fleury, il résulterait que Dupuytren n'a pas employé le véritable procédé sous-cutané; dès lors, l'honneur de cette initiative appartiendrait à Dieffenbach, qui le premier a publié, en 1830, dans le *Rust's Magazin*, des cas de torticolis traités par la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. Ce fait est établi par M. Stromeyer lui-même. »

Il est impossible d'accumuler plus d'erreurs en si peu de mots. Mais la contexture de la phrase est telle, qu'on se demande tout d'abord si la responsabilité de ces erreurs incombe à M. Stromeyer ou à l'auteur de la lettre. Puis on se demande ce que signifie cette forme ambiguë du conditionnel : il *résulterait*, cette initiative *appartiendrait*. Est-ce l'expression d'un doute? Mais alors, pourquoi terminer en disant : « Ce FAIT est ÉTABLI par M. Stromeyer lui-même. » Si le fait est établi, il faut

renoncer au conditionnel et dire hardiment que Dupuytren n'a pas appliqué le procédé sous-cutané, et alors on est tenu de fournir la preuve historique de cette assertion inattendue. Mais, dit-on, ceci est emprunté à Stromeyer. C'est ce que nous allons voir; et, toutefois, le lecteur est prié de remarquer d'abord qu'il ne valait pas la peine de faire des recherches si approfondies pour arriver à reproduire simplement l'opinion d'autrui, sans vérification et sans preuve.

Notre premier soin a été de recourir au texte de M. Stromeyer (1). Le passage en question fait partie du chapitre sur le torticolis, *Verkrummungen des Halses*. Quelle a été notre surprise en reconnaissant qu'on n'avait même pas lu Stromeyer, le seul auteur pourtant sur lequel on eût jugé à propos de s'appuyer! « Des versions citées par M. Stromeyer, d'après « MM. AMMON, Bégin et Fleury, etc. » Cela veut dire pour tous les lecteurs, versés ou non dans la littérature allemande, que M. Stromeyer a cité la version de M. Ammon. Eh bien, non! M. Stromeyer n'a pas prononcé le nom du chirurgien de Dresde, il n'a même pas fait allusion à ses écrits; il ne lui a emprunté aucune version! Que vient donc faire ici M. Ammon? Pourquoi faire dire à M. Stromeyer ce qu'il n'a pas dit? Il était bien plus simple d'aller à la bibliothèque de la Faculté et d'y consulter les textes originaux.

Chose singulière, c'est précisément M. Ammon qui a assisté à la célèbre opération de Dupuytren, qui l'a décrite, qui l'a fait connaître dans son pays, et qui a ainsi préparé les voies à Dieffenbach et à Stromeyer. M. Ammon rapporte qu'en 1822, Dupuytren attribuant le torticolis à la rétraction musculaire, résolut de traiter par la section du sterno-cleido-mastoïdien une jeune fille de 13 à 14 ans, dont le cou était dévié. C'était une opération que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu *avait déjà pratiquée plusieurs fois avec succès*. Notons bien cela, et, pour qu'on n'en puisse douter, citons le texte: « Stimmte er (Du- « puytren) für die Abschneidung der beiden Insertionspunkte « dieses Muskels am Brust- und Schlüsselbein, die er, wie er « versicherte, schon mehrere Mahle mit Glück verrichtet « habe (2). » Tout le monde sait assez.... d'allemand pour comprendre qu'en 1822 Dupuytren n'en était pas à sa première opération de torticolis. Quel procédé avait-il suivi jusqu'alors? On le verra tout à l'heure. Quoi qu'il en soit, dans le cas que M. Ammon a rapporté, l'opération fut exécutée de la manière suivante:

« Pour éviter une grande cicatrice, Dupuytren, ainsi que « Cooper, a l'habitude de le faire dans la section du nerf sous- « orbitaire, enfonça *obliquement* un bistouri droit sous la peau, « à une distance peu considérable de l'extrémité inférieure du « sterno-cleido mastoïdien. Dans cette ouverture oblique, il in- « troduisit un bistouri *boutonné* de Pott, qu'il conduisit der- « rière les tendons du muscle, afin de les couper d'arrière en « avant. Dès que cette section fut faite, la tête se redressa « (*littéralement*, le torticolis cessa); l'écoulement de sang fut « excessivement faible; la malade n'éprouva qu'une douleur « insignifiante, et il ne survint ultérieurement aucun acci- « dent (3). »

Ce passage est instructif, et le lecteur jugera sans doute qu'il valait la peine de le traduire. On y trouve d'abord la preuve que la section sous-cutanée du nerf sous-orbitaire, imaginée et exécutée par A. Cooper, n'a pas été exhumée pour les besoins de la discussion de 1857. M. Ammon, assurément, en 1823, n'avait pas l'intention de chagriner M. J. Guérin. En second lieu, il est positif que Dupuytren coupa les deux chefs du sterno-mastoïdien à travers une seule et unique ponction de la peau; M. Guérin a contesté cela; il a cherché à établir qu'Ammon s'était trompé, que le bistouri de Dupuytren n'était pas boutonné, que la pointe de cet instrument avait dû repiquer la peau au delà du muscle. Tout cela est de la guerre de broussailles. Quand même Dupuytren aurait fait deux ponctions, il reste avéré qu'Ammon a décrit un procédé sous-cutané avec une seule ponction, et qu'à partir de 1823, tous les hommes « versés dans la littérature allemande, » entre autres Dieffenbach, sur lequel on va revenir, ont accepté, sous le nom de procédé de Dupuytren, le procédé décrit par Ammon. Qu'on l'appelle si on veut le procédé d'Ammon, il n'en sera pour cela ni moins ancien, ni moins précis. Comment peut-on donc aujourd'hui se servir du nom d'Ammon pour contester à Dupuytren le mérite d'avoir coupé le sterno-mastoïdien sous la peau? Il est vrai que M. Ammon, en 1837, a dit que Dupuytren avait incisé le ***faisceau sternal du sterno-mastoïdien suivant la méthode des chirurgiens hollandais*** (1). Ces chirurgiens hollandais sont Isacius Minius, Roonhuysen, Blasius, Ten Haaf, etc., qui, à partir du milieu du XVIIe siècle, pratiquèrent à ciel ouvert la section du sterno-mastoïdien. M. Ammon paraît donc croire ici que Dupuytren n'a pas opéré le torticolis par la méthode sous-cutanée. Mais cette assertion trop tardive, émise en passant et avec une légèreté regrettable, ne saurait contrebalancer l'affirmation précise et la description catégorique publiées quatorze ans auparavant par le même M. Ammon, quelques mois seulement après l'opération à laquelle il avait assisté. Que M. Ammon se soit mis en contradiction avec lui-même, cela n'est pas douteux; mais quand on fait des recherches *approfondies*, on doit consulter tous les documents; quand on fait des recherches *impartiales*, on doit se résigner à tenir compte de tous les éléments du débat; puis, quand on se trouve en présence de deux textes contradictoires, on doit les peser, et si l'on se décide pour l'un des deux, on doit au moins dire pourquoi. Enfin et surtout, on ne doit pas parler des *versions citées par M. Stromeyer, d'après M. Ammon*, lorsque M. Stromeyer, encore une fois, n'a parlé ni de M. Ammon, ni de ses versions.

Il se trouve d'ailleurs que la première version de M. Ammon est pleinement confirmée par la description qui fut publiée à Londres, en 1823, dans le *Traité de médecine opératoire* de M. Charles Averill, et qui fut reproduite aussitôt dans plusieurs journaux anglais et allemands (2). Elle s'accorde tout aussi bien avec la relation donnée en novembre 1823 par M. Coster, dans son *Manuel des opérations chirurgicales*, publié à Paris, en français, quelques mois après l'ouvrage d'Averill (3). C'est encore cette version qui a été acceptée par Dieffenbach, comme on le verra tout à l'heure, et lorsque après cela on vient, avec deux lignes tardives de M. Ammon, contredire tous ces témoignages contemporains, y compris celui de M. Ammon lui-même, on ne fait preuve ni de profondeur ni d'impartialité.

Mais voici un autre témoignage; il est bien grave. C'est celui de M. Bégin, auteur de l'article DUPUYTREN de la *Biographie médicale*, annexée au grand dictionnaire en soixante volumes. « Dans un cas de torticolis jugé incurable, dit M. Bégin, M. Du- « puytren a divisé le muscle sterno-cleido-mastoïdien sur une

(1) Louis Stromeyer, *Beiträge zur operativen Orthopädik*. Hannover, 1838, in-8°, s. 128.

(2) Fried. Ammon, *Parallele der französischen and deutschen Chirurgie*. Leipzig, 1823, in-8°, s. 374.

(3) *Loc. cit.*, s. 374–375.

(1) Aug. ab Ammon, *De Physiologia tenotomiæ, experimentis illustrata, commentatio chirurgica*, 17 sept. 1837, traduit dans l'*Expérience* du 20 déc. 1837, t. I, p. 151, col. 2.

(2) Ch. Averill, *A Short Treatise on Operative Surgery*. Lond., 1823, p. 62. — *The London Medical and Physical Journal*. Aug. 1823, p. 149. La description se termine par ces mots: « In this way the integument escaped beeng divided, and a future scar was prevented. » Tout le monde sait assez.... d'anglais pour comprendre qu'il s'agit bien positivement d'une opération sous-cutanée. C'est dans l'ouvrage d'Averill que l'observation de Dupuytren fut reprise par les journaux allemands. (*Voir* Froriep, *Notizen aus dem Gebiete der Natur-und Heilkunde*, n° 97, sept. 1823, Bd V, s. 142; et Gräfe und Walther, *Journal der Chirurgie*, 1824, Bd V, Hft IV, s. 723.

(3) J. Coster, *Manuel des opérations chirurgicales*. Paris, nov. 1823, in-12, p. 157. On y lit (p. 158): « La malade fut portée dans son lit; au bout de 13 jours, LA PLAIE fut complétement guérie. » Il n'y avait donc qu'une seule plaie, et il a fallu singulièrement torturer le texte de M. Coster pour lui faire dire que Dupuytren avait fait deux ouvertures à la peau.

« sonde cannelée, et la tête a repris sa position naturelle. » (*Biogr. méd.*, t. III, p. 558-559.) Voilà tout, c'est bien court; mais cette sonde cannelée est sans réplique; il est clair que l'opération n'a pas pu être sous-cutanée. Quoi! Ammon, Averill, Coster, Dieffenbach et tous les autres nous auraient-ils donc trompés? Cela ne serait pas impossible; mais avant d'admettre cette interprétation, on devrait du moins se demander s'il s'agit, dans ces deux versions opposées, de la même opération et du même malade. Ce serait une réserve sage, car enfin, un chirurgien comme Dupuytren peut bien avoir dans sa vie opéré plus d'un torticolis. D'ailleurs Ammon n'a-t-il pas dit, en parlant de la section du sterno-mastoïdien, que Dupuytren, avant le mois de janvier de 1822, avait *déjà pratiqué plusieurs fois cette section avec succès?* (schon mehrere Mahle mit Glück verrichtet habe.) Il n'était donc ni prudent ni logique de se servir du texte de M. Bégin pour réfuter celui des autres auteurs. Ajoutons même qu'il fallait être bien à court d'arguments pour confondre deux cas aussi dissemblables. Cette confusion, on a pu la faire d'abord par erreur; l'erreur est quelquefois excusable. Mais on n'aurait pas dû oublier aujourd'hui que Dezeimeris en 1838, dans une polémique qui a fait beaucoup de bruit, a rétabli les faits avec une évidence qui aurait dû mettre à néant toute contestation ultérieure. Le tome III de la *Biographie* où a paru l'article de M. Bégin, porte le millésime de 1821. Il est impossible, par conséquent, que cet article ait été écrit et que ce volume ait été publié après l'an 1821, car si le millésime est souvent en avance, il n'est jamais en retard. L'éditeur d'un ouvrage classique pourra bien mettre la date de 1821 sur un volume publié en 1820, mais il n'ira pas à plaisir vieillir sa publication d'une année en faisant subir au millésime un changement inverse. Par conséquent, l'opération *à ciel ouvert* dont parle M. Bégin a été pratiquée au plus tard en 1821. Or, c'est seulement au mois de janvier 1822 que la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien a été faite par Dupuytren. Donc le cas de M. Bégin est l'un de ceux auxquels Ammon faisait allusion en disant que Dupuytren avait déjà plusieurs fois coupé ce muscle avec succès. Donc il est ridicule de vouloir que M. Bégin ait deviné en 1821 ce que Dupuytren devait faire en 1822; donc on devra désormais, comme on l'a fait prudemment, depuis avril 1838 jusqu'en avril 1857, rengaîner l'argument tiré de l'article de M. Bégin.

Passons au témoignage de M. Louis Fleury. Est-ce un témoignage? Non, c'est à peine une opinion, opinion que l'auteur, alors simple interne à l'hôpital Saint-Louis, avait acceptée sans vérification. M. Fleury ayant, avec l'autorisation de son chef de service, opéré un torticolis par la méthode sous-cutanée et ayant obtenu un beau succès, fit de ce fait intéressant le sujet d'un petit travail qu'il lut, le 27 mars 1838, à l'Académie de Médecine. Dans les remarques qui précédaient son observation, il mentionna deux méthodes opératoires : la section à ciel ouvert et la section sous-cutanée. « Ce procédé, dit-il, en parlant « de la première méthode, ce procédé, déjà mis en usage par des « chirurgiens fort anciens, a été répété dans ces derniers temps « par Dupuytren, etc. (1). » Et un peu plus loin : « Ce ne fut « qu'en 1835 que Stromeyer, le premier, pratiqua la ténotomie « sous-cutanée dans un cas de torticolis (2). » Nous le demandons, que prouve une assertion ainsi formulée? Absolument rien, si ce n'est que M. Fleury répétait ce qu'il avait lu quelque part, peut-être dans la *Gazette médicale*. Mais, dit-on, l'opinion d'un homme consciencieux est toujours bonne à connaître. Oui, et c'est pourquoi nous en appellerons de M. Fleury mal informé à M. Fleury mieux informé. Du 27 mars 1838, jour où il fit sa lecture à l'Académie, au 1er mai 1838, jour où son travail parut dans les *Archives générales*, M. Fleury étudia consciencieusement une question d'histoire qu'il avait à peine effleurée jusqu'alors. C'est pourquoi il changea d'opinion, et il le dit

(1) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, t. II, p. 86, mai 1838.
(2) *Loc. cit.*, p. 87.

loyalement, avec une petite pointe de mauvaise humeur bien naturelle chez un homme qui vient d'être mystifié. Voilà donc ce qu'on peut lire dans les notes qu'il ajouta à son mémoire au moment de la publication :

Cette assertion est inexacte, puisqu'il paraît certain maintenant que Dupuytren a pratiqué cette opération à l'Hôtel-Dieu, en 1822 (*voir l'Expérience* du 20 avril 1838), mais je n'ai rien voulu changer à ma première rédaction (1).

Autre note. — Les notes publiées par M. Dezeimeris, dans l'*Expérience* du 20 avril, établissent que Dupuytren, en 1822, employa le même procédé opératoire, à cette différence près qu'il incisait d'arrière en avant (2).

Troisième note. — ..... Nous professons une aversion profonde pour les questions de priorité soulevées dans le but de servir, non l'intérêt de la science, mais celui de l'individu; et nous en sentons tous le *ridicule*, lorsqu'il s'agit d'un bistouri concave au lieu d'un bistouri convexe, de deux ponctions pratiquées à la peau au lieu d'une seule, et autres priorités scientifiques de cette importance (3).

Ceux qui portent intérêt à M. J. Guérin feront bien, à l'avenir, de ne plus citer M. Fleury. Les réflexions générales qui terminent la dernière note s'appliquaient sans doute à quelqu'un ou à quelque chose; mais nous étions trop jeune alors pour comprendre ces allusions.

Revenons maintenant au texte de la lettre du 28 avril dernier :

Des versions citées par M. Stromeyer, d'après MM. Ammon, Bégin et Fleury, il résulterait que Dupuytren n'a pas employé le véritable procédé sous-cutané.....

On reconnaîtra maintenant que l'auteur a eu raison de se servir ici du conditionnel. Mais continuons :

Dès lors, l'initiative appartiendrait à Dieffenbach qui, le premier, a publié, en 1830, dans le *Rust's Magazin*, des cas de torticolis traités par la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. *Ce fait est établi par M. Stromeyer lui-même.*

Par M. Stromeyer lui-même! Et où cela, *bone Deus?* Où M. Stromeyer a-t-il parlé de cet article sur le torticolis, publié, dit-on, en 1830 par Dieffenbach, dans le *Rust's Magazin?* Cet Allemand est-il donc si peu versé que cela dans la littérature allemande? Voyons un peu. Les trois volumes de l'année 1830 du *Rust's Magazin* ne renferment pas une ligne sur le torticolis; donc la citation est fausse; mais c'est peut-être une faute d'impression; le compositeur aura changé le millésime. Passons aux années suivantes : En 1831, en 1832, rien sur le torticolis ni sur la myotomie, ni sur la ténotomie; en 1833 et 1834, deux mémoires de Stromeyer sur la section du tendon d'Achille; mais toujours même silence sur le torticolis. Profond silence surtout de la part de Dieffenbach. En 1835, en 1836, Dieffenbach continue à se taire, et cela dure jusqu'en 1840. Cette année-là, dans le tome LV, à la fin du second fascicule, à la page 397, on trouve une courte note de moins d'une page, sur quelques sections du tendon d'Achille faites par Dieffenbach; mais rien encore sur le torticolis. Remontons donc aux années qui ont précédé 1830; feuilletons attentivement tous les volumes depuis 1822 jusqu'à 1829 inclusivement : rien sur la méthode sous-cutanée, rien sur la myotomie, rien sur le torticolis. Un hasard perfide a voulu que le journal de médecine de Rust ne fît pas même mention de l'observation de Dupuytren, qui avait pourtant retenti dans la plupart des journaux de l'Allemagne. Décidément, la citation qu'on a empruntée à Stromeyer est inexacte. La lui a-t-on empruntée au moins? Bien au contraire, on la lui a *prêtée* comme on lui avait déjà prêté la version d'Ammon. On a pris simplement le Pirée pour un homme; on a pris un journal de médecine générale et d'hygiène pour un dictionnaire classique de chirur-

(1) *Loc. cit.*, p. 87. — (2) *Loc. cit.*, p. 91. — (3) *Loc. cit.*, p. 88.

gie; on a confondu *Handbuch* avec *Magazin;* on a cru que deux grands ouvrages, aussi célèbres l'un que l'autre, mais aussi différents par leur titre que par leur format, ne faisaient qu'un seul et même ouvrage, et cela parce qu'ils ont été publiés tous deux sous la direction de Rust. En un mot, on s'est comporté comme si on n'était pas précisément versé dans la littérature allemande, et surtout on a laissé paraître qu'on n'avait fait que des recherches médiocrement approfondies. Mais passons sur ces détails et revenons au texte :

« ..... Dupuytren n'a pas employé le véritable procédé sous-cu-« tané ; dès lors, l'honneur de cette initiative appartiendrait à Dief-« fenbach, qui le premier a publié en 1830, dans le *Rust's Maga-« zin....* »

(Lisez dans le *Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie, herausgegeben von J. Nep. Rust :*)

« ..... Qui le premier a publié en 1830, dans le *Rust's Magazin,* « des cas de torticolis traités par la section sous-cutanée du sterno-« mastoïdien. »

Les petites bévues que nous avons déjà signalées ayant quelque peu diminué notre confiance dans les recherches approfondies de l'auteur de la lettre, nous avons désiré, qu'on nous pardonne cette curiosité, consulter de nouveau la première publication de Dieffenbach, à laquelle il est fait allusion dans ce passage. Or, voici ce que nous avons trouvé dans le troisième volume du *Handbuch* qu'on a si bien emmagasiné, à la page 629, dans l'article CAPUT OBSTIPITUM, qui porte la signature de Dieffenbach : il est convenu une fois pour toutes que tout le monde sait assez.... d'allemand pour comprendre le texte original; toutefois, nous prenons la liberté de traduire ce passage pour faciliter la tâche du lecteur :

« On peut considérer comme une découverte chirurgicale d'une haute importance la méthode simple et très-avantageuse due au génie de Dupuytren, méthode qui rend toutes les autres inutiles. Dupuytren pique la peau avec un bistouri extrêmement étroit (äusserst schmalen), de la largeur du bistouri à fistule de Pott; puis il glisse cet instrument derrière le muscle tendu, qu'il coupe autant qu'il est nécessaire pour que la tête puisse se redresser; enfin, il le retire par la même ouverture, sans blesser autrement la peau. Je puis confirmer l'excellence du procédé de Dupuytren par toute une série de cas dans lesquels je l'ai appliqué. Toutes les rétractions organiques du sterno-cleido-mastoïdien que j'ai eu l'occasion d'observer portaient seulement sur la portion sternale de ce muscle. Presque toujours le succès a été immédiat..... — *Signé :* DIEFFENBACH. »

Ainsi voilà une opération que Dieffenbach décrit sous le nom de *méthode de Dupuytren;* voilà une innovation qu'il considère comme une des plus importantes de la chirurgie, et dont il fait honneur au génie de Dupuytren; voilà enfin un passage qui suffirait à lui seul pour établir de la manière la plus irrécusable la priorité de Dupuytren ; et c'est précisément en invoquant ce passage qu'on cherche aujourd'hui à dépouiller Dupuytren de sa découverte ! C'est à se demander si l'erreur de citation n'était pas destinée à dépister les curieux. Toutefois, nous préférons adopter l'hypothèse la plus favorable, et supposer qu'on a parlé de l'article de Dieffenbach sans l'avoir lu. Cela diminue peut-être la profondeur des recherches, mais c'est un frêle détail. Il vaut mieux suivre Dieffenbach dans ses publications ultérieures sur le torticolis. Voici d'abord un Mémoire imprimé en 1838, dans le n° 27 du *Berlin. medicin. Zeitung,* et traduit le 30 août 1838 dans l'*Expérience;* on y lit à la première ligne : « Le trai-« tement du torticolis par la section sous-cutanée du sterno-« cleido-mastoïdien est dû au génie inventif de Dupuytren. » Et un peu plus loin : « Si cette opération surannée (la section à « ciel ouvert) était réellement avantageuse, la nouvelle méthode « de Dupuytren n'aurait pas été accueillie avec autant d'empres-« sement et ne serait pas aussi généralement adoptée. » Suivent 37 observations, dont 36 succès, sans un seul cas de mort. tout en 1838, avant la *naissance* de la méthode sous-cutanée.

Passons au *Traité de ténotomie* publié en 1841. Dieffenbach, après avoir désigné Dupuytren comme le créateur de la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien, raconte que Stromeyer a bien voulu lui accorder à lui, Dieffenbach, le mérite de cette invention, et il ajoute aussitôt : « Mais je renonce très-« volontiers à l'honneur de cette immense découverte, que je « n'ai jamais songé à m'approprier, et si Stromeyer, avec une « pleine conviction, me l'a attribuée, j'en suis tout à fait inno-« cent (1). »

Puisqu'on voulait ravir à Dupuytren le mérite de sa découverte, on aurait agi prudemment en évitant de renvoyer aux écrits de Dieffenbach. Dieffenbach a pourtant donné là un bel exemple d'impartialité et d'abnégation scientifique, exemple rare, et qu'on ne saurait trop recommander à l'attention de quelques-uns de nos compatriotes.

Mais nous ne pouvons aller plus loin aujourd'hui. L'espace nous manque pour examiner le reste de la lettre que nous sommes obligé de réfuter. Le lecteur, qui s'impatiente peut-être de la longueur de cet article, compare l'étendue de notre commentaire avec la brièveté du texte, et s'étonne de nous voir consacrer tant de colonnes à la réfutation d'un petit passage de six lignes. Mais qu'il veuille bien réfléchir aux nombreuses erreurs historiques, bibliographiques et autres, qu'on a su condenser si habilement dans ces six lignes, à la gravité de ces erreurs, à leur portée, à leur but, et il nous pardonnera peut-être d'avoir tenu à démontrer, contrairement aux assertions de l'auteur de la lettre :

1° Que Dupuytren est le principal inventeur de la méthode sous-cutanée, et qu'il a opéré avec succès, en 1822, un torticolis par cette méthode;

2° Que le témoignage d'Ammon, invoqué contre les droits de Dupuytren, les consacre, au contraire, d'une manière éclatante;

3° Que Stromeyer, quoi qu'on en dise, n'a cité ni Ammon, ni ce qu'on appelle sa version;

4° Que Stromeyer n'a pas parlé davantage du prétendu article publié par Dieffenbach dans le *Rust's Magazin;*

5° Qu'il y a, dans le *Rust's Magazin,* aucun article de Dieffenbach sur le torticolis;

6° Que la mention, faite en 1821 par M. Begin, d'un torticolis opéré à ciel ouvert par Dupuytren, n'a aucun rapport avec l'opération sous-cutanée pratiquée en 1822;

7° Qu'avant de couper le sterno-mastoïdien par la méthode sous-cutanée, Dupuytren avait déjà guéri plusieurs torticolis en coupant ce muscle sur la sonde cannelée ;

8° Que le texte de M. Louis Fleury, invoqué contre Dupuytren, est un texte tronqué, habilement séparé des notes qui en changent entièrement la signification; que cet auteur, au contraire, a reconnu franchement les droits de Dupuytren, et s'est énergiquement prononcé contre les prétentions que nous combattons aujourd'hui;

9° Que Dieffenbach, dès 1830, a proclamé Dupuytren comme le créateur de la belle opération dont on cherche aujourd'hui à lui ravir la gloire;

10° Que Dieffenbach, avant comme après la mort de Dupuytren, n'a jamais consenti à se laisser parer des dépouilles de ce grand chirurgien;

11° Qu'il y a, par conséquent, beaucoup plus d'erreurs que de lignes dans le court passage que nous avons examiné jusqu'ici.

Le reste est à l'avenant : *Ab uno disce omnes.* Mais si nous en restions là, quelqu'un pourrait croire que nous n'avons rien

(1) Dieffenbach, *Ueber die Durchschneidung der Sehnen und Muskeln.* Berlin, 1841, in-8° s. 15 f. 8.

à répondre aux autres assertions historiques de l'auteur de la lettre. Ces assertions resteraient debout ; elles pourraient tromper ceux qui n'ont pas le temps de faire des *recherches approfondies* et qui ne sont pas *versés dans la littérature allemande;* il importe donc de les réduire à leur juste valeur. C'est ce que nous ferons dans un prochain article. PAUL BROCA.

Lettre de M. Schnepf.

Dans l'importante discussion qui s'agite en ce moment devant l'Académie, les témoignages et les écrits de Dieffenbach, de Stromeyer, de Pauli, ont été cités d'une manière plus ou moins contradictoire. Versé dans la littérature allemande, j'ai pensé que l'Académie accueillerait avec quelque intéret le résultat de recherches impartiales et approfondies, entreprises uniquement dans le but de faire cesser les méprises et de dissiper les doutes qui peuvent encore exister sur ce qui a été dit et écrit par ces auteurs au sujet de la méthode sous-cutanée.

Mes recherches ont porté sur les quatre points suivants :

1° Sur l'origine du procédé sous-cutané ;
2° Sur le fait et la théorie de son innocuité ;
3° Sur l'application du procédé sous-cutané à des opérations chirurgicales autres que la ténotomie et la myotomie;
4° Sur la méthode sous-cutanée généralisée.

Relativement à son origine, le procédé sous-cutané a été tour à tour attribué à Delpech, à Dupuytren, à Dieffenbach et à M. Stromeyer. Des versions citées par Stromeyer, d'après MM. Ammon, Bégin et Fleury, il résulterait que Dupuytren n'a pas employé le véritable procédé sous-cutané ; dès lors, l'honneur de cette initiative appartiendrait à Dieffenbach, qui, le premier, a publié, en 1830, dans le RUST MAGAZIN, des cas de torticolis traités par la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien. Ce fait est établi par M. Stromeyer lui-même. Ce chirurgien ne réclame pour lui que l'honneur d'avoir transporté au tendon d'Achille l'opération pratiquée précédemment au cou par Dieffenbach. Dieffenbach et Stromeyer sont parfaitement d'accord sur ce point, et personne aujourd'hui en Allemagne ne le conteste.

Relativement à l'innocuité habituelle de l'opération, elle avait été également remarquée comme fait pratique par ces deux chirurgiens, mais ni l'un ni l'autre ne s'en étaient préoccupés comme fait physiologique; aucun n'en a recherché la cause. Dieffenbach dit dans sa préface (p. 2) : « Je n'ai eu en vue que le côté pratique de la question, et j'ai négligé à dessein tout ce qui a rapport à ces considérations de doctrine. » Il se borne à ajouter plus loin : « la guérison de plaie qui résulte de l'opération a lieu en quelques jours; la suppuration est très-rare ; quand elle s'établit, elle reste limitée au siége de l'opération. » (P. 13.)

M. Stromeyer n'est pas plus explicite. Dans un passage, après avoir cité l'opération de Delpech, il ajoute : « De sa méthode à la mienne, il n'y a qu'un petit pas. La chose la plus importante, c'est la *section* comme elle a été pratiquée plusieurs centaines de fois sans avoir jamais amené l'*exfoliation*, on est bien conduit à penser que la *constitution* des opérés n'est pas étrangère à cet insuccès. » (P. 26.) Dans un autre endroit, l'auteur cite un autre cas de suppuration du tissu cellulaire environnant le tendon d'Achille, qu'il attribue à l'emploi du bistouri boutonné, qui aurait eu pour effet de déchirer les tissus environnants ; et il en conclut que c'est à ce genre de cause qu'il faut avoir égard pour éviter les insuccès de l'opération (p. 18). Telles sont les seules explications de M. Stromeyer; nous n'avons trouvé dans son ouvrage de 1838 aucun passage qui se rapportât à l'action de l'air comme cause de suppuration des plaies sous-cutanées, ni aux précautions à prendre dans les procédés opératoires pour éviter cette action.

M. Hennemann qui, le premier, en Allemagne, a entrepris l'histoire de la méthode sous-cutanée, déclare aussi « qu'il a été surpris, après avoir parcouru plusieurs fois les écrits de Stromeyer et de Dieffenbach de n'y avoir trouvé aucun *mot* précis qui pût faire douter de l'exactitude de cette assertion. » (Hennemann, SUBCUTANER OPERATIONEN, 1843, p. 11.)

Pour avoir une idée exacte de ce qu'on pensait en Allemagne, en 1838, de la différence physiologique qui existe entre la section des tendons faite sous la peau, à l'aide d'une petite plaie, et la même opération pratiquée d'après les procédés anciens, il suffit de lire le passage suivant, emprunté à M. Pauli (de Landau), déjà cité dans la discussion : « La section des différents tendons que j'ai pratiquée sur la sonde cannelée, après avoir fait à la peau une incision longitudinale, suivant la direction du tendon, m'a conduit à cette opinion : qu'il est passablement indifférent de diviser le tendon d'une manière ou d'une autre, pourvu qu'on s'y prenne adroitement, c'est-à-dire sans déchirer le tendon lui-même et les parties qui l'environnent (doctrine de M. Stromeyer).... Il s'agit moins de l'étendue de la plaie que des désordres auxquels l'opération donne lieu par elle-même. Peu importe que la plaie ait un demi-pouce d'étendue de plus ou de moins ; en effet, une incision cutanée de 4 pouces de longueur guérit tout aussi facilement, *per reunionem*, qu'une autre qui n'a qu'un demi-pouce d'étendue. De plus, la section du tendon est plus commode quand la plaie cutanée est plus grande, et les déchirures sont plus faciles à éviter. Dans la section tendineuse, une petite plaie de la peau n'a d'autre importance que de léser moins de filets nerveux et d'être moins douloureuse pour le malade. » (P. 365.)

En ce qui concerne l'application du procédé sous-cutané à des opérations chirurgicales autres que la ténotomie et la myotomie, nous n'avons trouvé aucune espèce d'indication qui pût faire croire qu'on y eût songé. Tout se borne, dans les trois ouvrages cités, à ce que les auteurs appellent l'*orthopédie opératoire*, considérée comme complément de l'*orthopédie mécanique*. Aucun d'eux n'avait donc songé à étendre à la chirurgie générale le bénéfice du procédé sous-cutané. A plus forte raison, jusqu'en 1839, et même plus tard, il n'avait jamais été question, en Allemagne, de la méthode sous cutanée, considérée comme méthode chirurgicale à part, en un mot, de la généralisation de la méthode sous-cutanée. Ce n'est qu'en 1843 que, pour la première fois, M. Hennemann, dans un ouvrage spécial (NOUVELLE SÉRIE D'OPÉRATIONS SOUS-CUTANÉES, *Subcutaner operationen*, etc.), a fait connaître cette méthode, considérée sous le rapport de son origine, de ses principes et de ses applications. Le passage qui suit résume non-seulement l'opinion de l'auteur, mais présente encore la série des développements de la méthode sous-cutanée, que M. Hennemann déclare jusque-là inconnue en Allemagne.

« M. Jules Guérin accepte les faits de ses prédécesseurs, en tant que faits chronologiques ; mais il reproche à ces auteurs (Delpech, Dupuytren, Dieffenbach et Stromeyer) d'avoir méconnu la condition essentielle de l'importance qu'il y a à soustraire les plaies à l'action de l'atmosphère ; de ne l'avoir mentionnée en aucun endroit de leurs écrits et de n'avoir nullement apprécié la valeur physiologique de cette influence (et, en effet, nous nous sommes assuré, à plusieurs reprises, de la vérité de cette assertion). C'est donc à lui seul qu'appartient cet honneur, et, par conséquent, la découverte tout entière ; car, que sont les faits brusques et incompris, à côté des principes généralisés? que sont des opérations nouvelles isolées, même quand elles sont répétées, comparées aux lois régulièrement formulées qui les régissent et qui renferment déjà complétement tout ce que d'autres ont découvert par hasard ; enfin, toute la ténotomie sous-cutanée serait-elle autre chose qu'une contradiction flagrante à la méthode, si elle n'était pratiquée en vue de soustraire les plaies à l'influence du contact de l'air ? » (P. 72.)

A partir de cette époque, nous n'avons trouvé en Allemagne aucun ouvrage relatif à la méthode sous-cutanée qui eût contredit cette interprétation de M. Hennemann.

Agréez, etc. Dr SCHNEPF.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Mémoire sur un traitement nouveau de la couperose et sa guérison,

Par le Dr SELLIER,

Ancien médecin des hôpitaux et des établissements de bienfaisance de la ville de Paris, membre de plusieurs Sociétés médicales, etc., etc.

[*Lu à l'Académie des Sciences, dans la séance du 23 mars 1857.*]

Un mémoire sur la couperose a été mis sous les yeux de l'Académie, dans la séance du 1er décembre 1851, par moi et M. le docteur Rochard; ce mémoire a été, depuis, renvoyé à la Commission des prix Montyon; M. le Secrétaire perpétuel de l'Académie a pris la peine de nous en instruire par sa lettre du 6 mai 1852.

Depuis cette époque, je me suis occupé à part du traitement de cette maladie; j'ai obtenu un grand nombre de guérisons complètes, même chez des personnes d'un âge avancé; j'ai été assez favorisé pour rencontrer et guérir un cas de la nouvelle espèce signalée par MM. les docteurs Huguier et Bazin (l'acné varioliforme); j'ai obtenu également la guérison de diverses complications graves qui étaient concomitantes des acnés, telles que goîtres, adénites cervicales, etc., etc.

Je demande la permission à l'Académie de lui présenter plusieurs de mes nouvelles observations, ayant fait choix de celles qui m'ont paru offrir le plus d'intérêt, et des malades qui m'ont été adressés par d'honorables confrères. Je citerai seulement ici les noms de Petit, médecin des eaux de Vichy; de MM. les docteurs Bousquet, directeur du service de la vaccine (Académie de Médecine); Caffe, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu; Ferdinand Martin, chirurgien de la Maison impériale de la Légion d'honneur; Bigné de la Villette. — M. le docteur X...., dont les travaux ont été couronnés par l'Académie, a bien voulu également me confier son fils.

Je ne reproduirai pas, dans ce mémoire, tout ce qui a été décrit dans celui qui a été présenté à l'Académie, dans la séance du 1er décembre 1851.

Je ne ferai pas à nouveau la description des variétés de l'acné, je ne parlerai ni des phénomènes qui se manifestent, ni de la marche de cette maladie, ni des accidents qui surviennent, ni des altérations qu'on observe; je le répète, tout cela a été lu dans le mémoire de 1851. Je dirai seulement que les diverses espèces de couperoses, *acne rosacea*, *indurata*, *punctata*, varioliforme, etc., ne sont plus incurables, contrairement à l'opinion des dermatologues des temps anciens et modernes, principalement de Celse, qui regardait comme une chose ridicule de prétendre à guérir la couperose. A Rome, on donnait le nom de *varus* à cette affection, qui est toujours restée incurable pour tous les hommes de l'art; aussi les personnes qui avaient le malheur d'en être atteintes ne pouvaient-elles contracter des alliances; elles étaient repoussées par les familles comme ayant une maladie honteuse, on les fuyait même. Un cas de guérison par l'application de vésicatoire sur la face est, toutefois, cité par Ambroise Paré. Malgré l'autorité de ce grand chirurgien, il est douteux que cette guérison ait été ainsi obtenue. La disparition des accidents a peut-être eu lieu momentanément, comme cela est arrivé tant de fois, sous l'influence des divers traitements employés jusqu'à ce jour, mais la maladie se sera sans nul doute reproduite. La relation exacte de ce cas, et la description de l'observation manquant, était-ce bien la couperose? Et puis, Ambroise Paré ne dit pas s'il a revu plus tard sa malade, s'il a pu constater la persistance de la guérison. Je n'ai pas trouvé dans les ouvrages d'Alibert une seule guérison bien constatée; il cautérisait avec le nitrate d'argent fondu; il n'était pas plus heureux avec les préparations sulfureuses et hydrargiriques. J'ai eu occasion de soigner et de guérir deux malades qui avaient vainement reçu les soins de cet illustre médecin; chez l'une, il avait obtenu la disparition temporaire des accidents, il l'avait crue guérie, mais six mois plus tard elle était revenue avec plus d'intensité qu'avant.

Le traitement nouveau ne comporte aucun inconvénient. L'iodure de chlorure mercureux de M. Boutigny (d'Évreux), préparé par lui-même avec les modifications importantes apportées à son *modus faciendi*, est un agent chimique d'une grande puissance sur l'économie, et actuellement d'une régularité constante dans son action (ce qui est loin d'être obtenu avec le composé primitif): au lieu de répercuter, il a la propriété d'appeler à l'extérieur les fluides morbides; jusqu'à ce jour je n'ai pas constaté une seule récidive chez les malades guéris depuis plusieurs années, et je n'ai pas encore rencontré un cas rebelle à l'action des médicaments.

Loin d'altérer le tissu cutané, l'iodure de chlorure mercureux lui rend, au contraire, le poli et la souplesse de l'état sain. Les veinules variqueuses de la face perdent de leur volume, de leur capacité, et reviennent peu à peu à leur état primitif, les altérations diverses survenues dans les organes et les fonctions disparaissent, et les malades recouvrent une santé parfaite. Tous les accidents cèdent toujours dans l'espace de deux à six mois.

La médication est tout à la fois externe et interne. Je fais trois jours de suite une friction avec le topique sur la face, et je prescris une, deux, trois, quatre pilules par jour, suivant la gravité de la maladie; j'y joins une boisson dépurative, et de temps en temps un purgatif.

La friction étant faite une heure, ou souvent deux heures après l'absorption du médicament, il détermine une stimulation qui produit une vive animation de la peau, l'accélération de la circulation capillaire, l'augmentation de la chaleur, un mouvement fébrile; il s'échappe alors des pustules et des parties rouges de la face, tantôt de la sérosité jaunâtre, tantôt une matière plus épaisse qui se dessèche au contact de l'air et qui se détache au bout de quelques jours, tantôt un ichor qui se convertit en poussière d'un blanc grisâtre, tantôt une exsudation qui forme bientôt des écailles qui sont imbriquées les unes sur les autres; après la chute des croûtes ou de ces sortes d'écailles, on constate moins de rougeur à la peau, une surface moins rugueuse, moins d'induration dans les pustules et moins de volume. Lorsque tout est détergé, je recommence de nouvelles applications qui reproduisent de nouvelles poussées, et c'est seulement lorsque sous l'influence des frictions il ne sort plus rien, que je suis certain que tout principe morbide a été expulsé de l'économie; alors, il ne reste plus aucune trace de la maladie hideuse qui a été combattue.

A la fin du traitement, quand la stimulation est trop vive, l'excrétion du produit morbide se faisant facilement, je diminue la dose de l'agent chimique, je l'étends légèrement sur la figure, je ne frictionne plus, j'incorpore 50 centigrammes d'iodure de chlorure mercureux dans 60 grammes d'axonge.

Au contraire, lorsque les poussées se font lentement et difficilement, je porte la dose du médicament à 1 gramme 50 centigrammes pour 60 grammes d'axonge, au lieu de 75 centigrammes pour 60 grammes d'axonge, dose indiquée dans le premier mémoire), je prescris en même temps quatre pilules au lieu d'une par jour et je rapproche les purgatifs. (Les pilules contiennent chacune un quinzième de sel.)

L'expérience m'a également démontré qu'il est nécessaire de laisser reposer certains malades pendant huit, quinze jours, souvent plus longtemps, avant de recommencer le traitement externe; je me contente alors de prescrire les pilules et les dépuratifs comme auxiliaires.

Je dois signaler encore que la couperose érythémateuse, avec rougeurs violacées de la face et dilatation des veinules sous-cutanées, résiste plus longtemps à l'action de l'iodure de chlorure mercureux que les autres espèces de couperoses.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 mai 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

M. BABINET lit un mémoire ***Sur l'absorption de la lumière au travers des comètes.***

— M. CHEVREUL, à l'occasion du mémoire de M. Paul Thenard *Sur le fumier*, fait à l'Académie une communication sur l'*ulmine*, le *suint* de mouton, le *soufre*, et sur un composé de matière organique colorée d'alumine et de peroxyde de fer, reconnu dans le sol de Kuyloch.

— M. Augustin CAUCHY lit une note *Sur l'emploi des régulateurs en astronomie.*

Prix. — MM. Bernard, Flourens, Coste, Milne Edwards et Serres, sont nommés membres de la Commission pour le concours des prix de physiologie expérimentale.

Chimie appliquée. — M. J. LEFORT présente un mémoire sur l'*Analyse de la truffe comestible* (tuber cibarium, *Bull.*).

Anatomie. — M. L. MANDL présente un mémoire intitulé : *Recherches sur la structure et le développement des poumons.* [Nous publierons un extrait de ce travail dans l'un de nos prochains numéros.]

— M. CH. ROUGET présente un mémoire intitulé : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils érectiles ; note complémentaire sur les appareils musculaires et érectiles des glandes séminales dans les deux sexes*, dont voici l'extrait :

Dans le mémoire que j'ai présenté à l'Académie en décembre 1855, mémoire où se trouvent résumées mes recherches sur les appareils érectiles, j'annonçais l'existence d'un système de muscles non encore décrit, et destiné à accomplir : chez la femelle, l'acte de la ponte ; chez le mâle, l'acte d'excrétion du produit de la glande séminale. Une partie de ce système de muscles a en outre pour fonction de déterminer l'érection des appareils vasculaires, connus sous le nom de *plexus pampiniformes*, véritables appareils érectiles annexés aux glandes séminales dans les deux sexes, et dont l'usage est sans doute d'activer, au moment de l'orgasme vénérien, la sécrétion des deux glandes.

Les dessins joints à cette note représentent en partie schématiquement ce système de muscles parfaitement analogues dans les deux sexes. Le but de cette note est surtout d'indiquer que l'enveloppe des deux glandes séminales et les cloisons qui pénètrent dans l'intérieur des glandes sont la continuation immédiate des systèmes musculaires indiqués plus haut, et sont constituées essentiellement par des faisceaux de fibres lisses, à noyau, dont les caractères microscopiques sont ceux de ce tissu, presque partout confondu avec le tissu cellulaire sous le nom de *tissu cellulaire contractile*, et que j'ai décrit sous le nom de *faisceau musculaire dartoïde* dans mon mémoire sur les tissus contractiles. La nature musculaire des tuniques albuginées du testicule et de l'ovaire et des cloisons qui enferment les éléments de ces glandes, dévoile le mécanisme de l'expulsion de l'œuf hors de l'ovaire, de l'expulsion des éléments de la semence hors des conduits étroits, mille fois contournés, et dépourvus de tunique musculaire propre. Les vaisseaux qui fournissent le produit de la sécrétion de la glande traversant, comme cela est très-évident chez le cheval, pendant un trajet assez long, l'épaisseur de l'enveloppe musculaire, la contraction des faisceaux de celle-ci doit avoir également une influence marquée sur la circulation intérieure de la glande, et concourt sans doute à produire le même résultat que les muscles annexés aux plexus pampiniformes, c'est-à-dire à retenir une plus grande quantité de sang dans le système vasculaire de la glande, à déterminer un état de tension extrême des vaisseaux, par la compression exercée sur les veines qui sortent de l'organe.

— M. ALQUIÉ envoie à l'Académie un mémoire *Sur une tumeur considérable composée de dix poches embryonnaires contenues dans les ovaires d'une femme adulte.* [Nous publierons *in extenso* ce fait remarquable.]

Paralysies. — M. E. ANCELET présente un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les paralysies symptomatiques de la compression intra-crânienne et sur leur signification.*

L'auteur résume, dans les termes suivants, les résultats auxquels l'ont conduit les recherches exposées dans ce mémoire :

« Les différentes variétés de paralysie symptomatique des affections cérébrales sont, dans l'immense majorité des cas, le résultat de la compression, et non de l'inflammation ou des déchirures du cerveau qui peuvent la compliquer.

« Elles sont dues, non à la compression de la substance cérébrale elle-même, mais à la compression médiate ou immédiate des parties nerveuses périphériques.

« Cette explication, basée sur les faits, rend compte des phénomènes jusqu'ici inexpliqués : de l'absence de paraysie dans certains cas de compression notable du cerveau ; des différences de nombre et de groupement de ces paralysies ; des faits exceptionnels de non-entre-croisement de la paralysie et de la lésion qui la détermine.

« C'est surtout au point de vue de leurs rapports avec le parties de la base du cerveau, plutôt qu'au point de vue de leur siége, que les causes comprimantes intra-crâniennes devront, à l'avenir, être étudiées.

« Une paralysie isolée, en faisant connaître l'organe comprimé, n'apprend rien sur le point comprimé de son trajet. Multiples, elles permettent de mieux préciser le siége de la compression. Mais même alors, rien n'indique si la compression est immédiate, et, dans ce cas, à quelle hauteur se trouve l'agent comprimant.

« En dégageant des lésions du cerveau ce qui a trait aux troubles de la motilité, de la sensibilité et des sens, ces recherches laissent un champ plus libre et permettront peut-être de mieux apprécier dans l'avenir, les rapports qui peuvent exister entre les altérations des facultés intellectuelles et le siége des différentes affections du cerveau, si quelque chose peut être fait dans ce sens. »

Couperose. — M. ROCHARD adresse la lettre suivante :

L'importance du traitement nouveau et efficace de la couperose, que j'ai fait connaître le premier, me fait espérer que vous voudrez bien me permettre d'éclairer une dernière fois l'Académie sur la question que la lettre qui lui a été adressée le 20 avril, par M. Sellier, paraît avoir eu pour but d'obscurcir.

Depuis quelque temps, l'équivoque est à la mode dans une certaine partie du monde médical ; M. Sellier prend place dans ce camp-là ; quant à moi, je me suis depuis longtemps rangé sous le drapeau opposé. Je vais donc tâcher de dissiper les équivoques de M. Sellier.

Première équivoque. — M. Sellier commence par avancer que j'ai commis une erreur « *en rappelant les expériences que nous avons faites ensemble avant* 1851. » Je ne vois pas en quoi il peut y avoir là une erreur ; car il est bien réel que nous avons présenté, M. Sellier et moi, un mémoire à l'Académie, en 1851, et dans son mémoire nouveau, M. Sellier lui-même en fait d'ailleurs mention ; la seule différence qu'il y a sous ce rapport entre sa version et la mienne, c'est qu'il oublie de dire que ce mémoire est de nous deux, tandis que moi, je le rappelle.

Deuxième équivoque. — Elle se trouve dans la même phrase que la première, car M. Sellier a le talent, non pas peut-être de dire beaucoup de choses, mais de faire beaucoup d'équivoques en peu de mots. « Si j'avais lu avec attention, dit-il, le compte rendu de la séance, j'aurais *apprécié* qu'il s'agit d'un médicament nouveau. » Supposons pour un moment que M. Sellier emploie, en effet, un médicament nouveau, en quoi cela empêcherait que nous ayons, *lui* et *moi*, et non pas *lui* tout seul, présenté un mémoire à l'Académie en 1851 ? Et puis, s'il emploie un médicament nouveau, — ce que nous allons voir dans un instant, — en quoi les expériences faites avec le médicament *ancien* pouvaient-elles servir à corroborer celles avec le médicament *nouveau*, et en quoi surtout ces expériences *anciennes* avaient-elles plus de valeur présentées sous la seule autorité de M. Sellier, que sous nos deux autorités réunies ? Je m'en rapporte, pour la solution de ces questions, à la sagacité et à la justice de l'Académie.

Troisième équivoque. — M. Sellier emploie-t-il réellement un traitement différent de celui au maniement duquel je l'ai initié ? A cette question, je ne sais trop que répondre, n'ayant pas vu agir M. Sellier depuis que j'ai cessé de le diriger. Ce que je puis dire, c'est que je ne suis pas assez fort chimiste pour comprendre et surtout concilier les deux phrases suivantes, prises l'une dans l'extrait de la lettre de M. Sellier, publié par les *Comptes rendus*, et l'autre dans cette même lettre adressée *textuellement* par M. Sellier aux divers journaux de médecine. Extrait des *Comptes rendus* : « *Le médicament que j'emploie aujourd'hui, sans être chimiquement différent de celui dont je faisais usage autrefois, en est bien distinct quant à la forme.....* » Texte de la lettre de M. Sellier aux journaux : « *L'agent* CHIMIQUE *diffère* ESSENTIELLEMENT *de l'ancien....* » Comment un agent *chimiq*

peut-il différer, et même différer *essentiellement*, sans être *chimiquement* différent? C'est sans doute un problème que M. Sellier a posé à la section de chimie de l'Académie ; on trouvera bien naturel que je ne tente pas de le résoudre.

Quatrième équivoque. — Celle-ci est implicitement contenue dans la troisième ; mais elle est, je l'avoue, difficile et scabreuse à éclaircir. Si je disais, par exemple, qu'en prétendant que le nouvel agent *chimique diffère* de l'ancien sans être *chimiquement différent*, M. Sellier a voulu donner à entendre que *lui seul* peut traiter efficacement la couperose, puisque *seul* il connaît, ou du moins est à même d'utiliser le « *modus faciendi* » de l'auteur du médicament prétendu nouveau, je donnerais probablement à l'équivoque une interprétation bien éloignée de la pensée de M. Sellier. Je ne pense pas le moins du monde que M. Sellier veuille se soustraire au contrôle de l'expérience de ses confrères, en se prévalant de ce que lui seul possède un médicament préparé d'après le *modus faciendi* de l'auteur, connu de l'auteur seul, c'est-à-dire un médicament secret. Aussi, pour dissiper complétement la quatrième équivoque, attendrons-nous que M. Sellier ait fait connaître le *modus faciendi* dont il semble, à tort sans doute, se prévaloir.

Cinquième équivoque. — M. Sellier peut seul l'éclaircir ; qu'il apporte une preuve écrite, car les écrits seuls, suivant la règle invariable de l'Académie, font foi en matière de priorité scientifique ; que M. Boutigny a *employé le premier*, *en* 1838, comme M. Sellier le dit, l'iodure de chlorure mercureux, et je m'empresserai de reporter sur l'inventeur de ce produit le petit mérite que je crois avoir ; mais jusque-là, je me croirai autorisé à réclamer pour moi ce que, grâce à Dieu ! veulent bien m'accorder tous ceux qui se tiennent au courant de la science écrite, ce que m'accordait lui-même M. Sellier, quand nous rédigions ensemble notre mémoire de 1851, et qu'il était moins versé dans l'habitude ou l'art des équivoques. Voici ce qu'il disait à cette époque, parlant de la couperose : « Il ne s'agit pas d'ailleurs, « d'une seule espèce de maladie ; nous croyons devoir rappeler à « l'honorable Compagnie que l'un de nous, M. Rochard, dans un « mémoire qu'il lui a adressé en 1846, a rapporté de remarquables « observations de guérison d'affections scrofuleuses et dartreuses « obtenues par l'emploi du même médicament. »

On voit qu'alors M. Sellier ne pensait pas à attribuer à d'autres qu'à moi la priorité de l'emploi thérapeutique de l'iodure de chlorure mercureux. Par quels motifs a-t-il pu changer d'avis? C'est encore là une équivoque que nous ne voulons pas tenter d'expliquer. Nous pensons que l'Académie et le public auront assez d'équivoques comme cela.

— M. Dumas (Calixte) présente des *Considérations sur la nature et l'origine des champignons.*

— M. P. de Metsch adresse de Smolensk un mémoire intitulé : *Traitement du choléra asiatique, des fièvres typhoïdes et de quelques autres maladies aiguës par l'inoculation de la matière variolique.*

— M. Lamy présente un mémoire sur un nouveau *pyromètre* et sur un nouveau *thermomètre*, appareils construits sur le principe du manomètre et du baromètre de M. Bourdon.

— M. Moysan envoie une *Note sur un moyen d'employer comme force motrice les gaz produits par la déflagration de la poudre*, en les faisant agir dans un récepteur convenable.

— M. le Ministre de la marine écrit à M. le Secrétaire perpétuel de l'Académie une lettre sur les *Variations anomales de la boussole*, observées le 2 avril 1857 dans les environs de l'île d'Ouessant, sur deux différents navires.

Géologie. — M. Walferdin écrit une note intitulée : *Sur la possibilité de rencontrer plusieurs nappes d'eau jaillissante, sous la craie, à différentes profondeurs, dans le bassin de Paris.*

Dans une autre lettre, M. Walferdin prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place d'académicien libre vacante par suite du décès de M. de Bonnard.

— M. Descloizeaux envoie une note intitulée : *Complément à la note sur l'existence de la polarisation circulaire dans le cinabre,* et *Observations sur le pouvoir rotatoire des cristaux de sulfate de strychnine.*

Physiologie comparée. — M. A. Yersin envoie un mémoire ayant pour titre : *Recherches sur les fonctions du système nerveux dans les animaux articulés.*

— M. Bonnafont écrit une lettre sur : *Cas de mirage observés en* 1837 *sur le lac salé de Dréhan, dans la province d'Oran.*

Physique. — M. Volpicelli envoie une quatrième lettre *Sur l'induction électrostatique.*

— M. Regnault présente, au nom de MM. Deleuil père et fils, une balance d'un nouveau modèle.

Physiologie. — M. Linas écrit à M. Flourens une lettre *Sur la sensibilité des tendons,* dont voici l'extrait :

Vous avez entrepris de mettre d'accord Haller et J.-L. Petit sur la question de la sensibilité des tendons, et vous êtes parvenu à concilier les opinions en apparence contradictoires du grand physiologiste et du célèbre chirurgien, en démontrant que « les tendons, qui sont complétement insensibles dans l'état normal, manifestent une sensibilité très-vive à l'état d'irritation ou d'inflammation. » J'ai eu dernièrement l'occasion de vérifier ce phénomène de la sensibilité pathologique des tendons, et j'ai l'honneur de vous communiquer le fait que je viens d'observer à la maison de santé de Charenton, à laquelle je suis attaché comme élève interne.

Il y a quatre jours, une jeune fille de 16 ans, ouvrière dans une filature de laine à Gravelle (commune de Saint-Maurice), se laissa prendre étourdiment la peau de la face dorsale du pouce droit entre les dents d'un engrenage. Le tendon du muscle grand extenseur avait conservé ses insertions, mais il se montrait à nu au fond de la plaie, déchiré, meurtri dans une partie de son épaisseur, au niveau de la première phalange. La jeune fille avait supporté cet accident avec un grand courage, et elle subit, sans sourciller, les manœuvres qu'exigeait l'exploration de la blessure, ainsi que la section des lambeaux de peau pratiquée dans le but d'en régulariser les bords. Mais elle changea de visage, et elle ne put s'empêcher de crier et de pleurer quand j'ébarbai avec les ciseaux les parties déchiquetées du tendon ; la patiente accusait encore de très-vives douleurs toutes les fois que je tourmentais le tendon avec la pointe d'un stylet, ou que je le serrais entre les mors d'une pince.

Pisciculture. — M. Chamoin fils écrit une lettre sur la *Destruction des œufs de poissons par d'autres poissons de petite taille.*

— MM. Bachelet et Froussart demandent que leur ouvrage intitulé : *Cause de la rage et moyen d'en préserver l'humanité*, soit admis au concours pour le prix de la fondation *Barbier*.

Candidatures. — La section d'économie rurale présente, par l'organe de M. Boussingault, la liste suivante de candidats pour la place de correspondant, vacante par suite du décès de M. Michaux.

Au premier rang, M. Chevandier, à Cirey (Meurthe).

Au deuxième rang, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. de Bufferent, à Vesoul ; — Marrier de Bois d'Hyver, à Mortagne ; — Parade, à Nancy.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les places d'aide d'anatomie de la Faculté vient d'avoir lieu ; deux élèves distingués, MM. Batigne et Bertrand, en ayant rempli les épreuves d'une manière remarquable, ont été nommés : 1° M. Bertrand pour deux ans ; 2° M. Batigne pour une année.

(*Ann. clin. de Montpellier.*)

— Un décret impérial vient d'autoriser les cultivateurs de Seine-et-Oise à ouvrir une souscription pour élever un monument à la mémoire de Bella, premier directeur de l'établissement agricole de Grignon.

Une Commission spéciale est constituée ; elle s'est déjà réunie trois fois à Paris, et très-incessamment, elle doit faire appel aux amis de l'agriculture.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Des congélations observées à Constantinople pendant l'hiver 1854-55, par M. le docteur Legouest, médecin-major, professeur-agrégé au Val-de-Grâce, etc. — Paris, 1856. — Prix : 1 fr. — Chez Delahaye et Chatel, libr., place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 60. 5e année. Mardi 19 Mai 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

Accidents quasi-mortels produits par le chloroforme.

Monsieur le Rédacteur, chaque fois qu'il est question de l'emploi du chloroforme comme anesthésique, il s'élève au moins une voix pour proclamer son innocuité parfaite et rejeter sur les praticiens les malheurs qui leur arrivent. On ne saurait donc trop multiplier les exemples qui peuvent atténuer cette confiance illimitée en un agent si actif et qu'on emploie souvent pour des opérations si légères. C'est dans ce but que je livre à votre appréciation le fait suivant :

Le 12 avril 1854, un de mes confrères et ancien collègue des hôpitaux m'amena un enfant d'une campagne voisine, âgé de cinq ans, qui s'était introduit, deux ou trois jours auparavant, un noyau de cerise dans l'oreille. Des personnes étrangères à l'art avaient tenté en vain de le retirer, et n'avaient fait, au contraire, que l'enfoncer davantage. Le conduit auditif était enflammé et très-douloureux ; le petit malade ne voulait plus supporter aucune tentative d'extraction. Nous résolûmes de lui faire respirer le chloroforme. L'enfant était vigoureux, les poumons et le cœur étaient en bon état. Il fut placé dans une position horizontale, au milieu d'une chambre dont deux portes en regard étaient ouvertes. Les vêtements supérieurs et le pantalon furent détachés, pour que la respiration ne fût pas gênée et qu'on pût en suivre tous les mouvements ; les manches, également détachées, permettaient l'exploration facile du pouls. Sous l'influence du chloroforme, la sensibilité cutanée disparut promptement ; mais dès qu'on touchait le noyau, l'enfant s'agitait. Nous dûmes pousser les effets du chloroforme jusqu'à la résolution. Je retirai alors la compresse, je constatai la régularité parfaite de la respiration et du pouls, et je fis l'extraction du noyau de cerise. Je constatai de nouveau la force du pouls, sa régularité ainsi que celle de la respiration, et j'attendis un instant que l'enfant se réveillât. Voyant qu'il n'en était rien, j'ouvris une fenêtre et je l'en fis approcher, en lui faisant conserver exactement la position qu'on lui avait donnée. A peine était-il près de la fenêtre, que les traits s'altérèrent, la respiration devint rare, inégale, les pulsations radiales imperceptibles ; aussitôt, le doigt, plongé à deux reprises dans le pharynx et soulevant l'épiglotte, excita quelques contractions spasmodiques, et la respiration se rétablit peu à peu.

Ce fait me paraît établir ce qu'il semble depuis longtemps impossible de mettre en doute, non-seulement que le chloroforme peut être dangereux par lui-même et que par conséquent on ne doit pas l'employer pour des opérations légères, mais encore que son action peut augmenter lors même qu'on a cessé l'inhalation depuis quelques instants, et qu'on doit surveiller les malades jusqu'au réveil complet.

Agréez, etc. A. LEFLAIVE,

Beaune, 15 mai 1857. *Ancien interne des hôpitaux de Paris.*

ANATOMIE.

Recherches sur la structure et le développement des poumons,

Par M. L. MANDL.

[*Présenté à l'Académie des Sciences dans la séance du 4 mai 1857.*]

L'examen de la *terminaison des bronches* se fait habituellement sur des préparations opaques qui ne permettent que l'emploi de faibles grossissements. Les poumons insufflés et desséchés sont trop friables pour donner des résultats certains. Je procède de la manière suivante pour obtenir des préparations dures et transparentes que l'on peut examiner avec les grossissements les plus puissants. J'injecte les bronches avec une solution concentrée de gélatine blanche qui chasse et absorbe l'air contenu dans le tissu pulmonaire. Le poumon, coupé en petits morceaux et desséché, se durcit au bout de quelques jours; alors, à l'aide d'un scalpel, on enlève facilement une lamelle très-mince, qui, placée dans une goutte d'eau, se ramollit et se dilate rapidement. Or, la gélatine étant très-avide d'eau, acquiert dans l'intérieur des vésicules qu'elle remplit entièrement les diamètres qu'elle avait au moment de l'injection ; les vésicules se trouvent, par conséquent, au même degré de dilatation que dans le poumon frais injecté, ce qui répond à la dilatation du poumon dans l'inspiration.

Dans ces préparations, qui ne se composent que d'une seule couche de vésicules, on aperçoit des espaces limités par quatre ou cinq contours : ce sont les *vésicules* ou *utricules*. Il existe en outre des espaces polygonaux de beaucoup plus grands que les vésicules ; à leur intérieur se terminent brusquement des parois saillantes : ce sont les *cavités terminales* des bronches. La gélatine remplit tout l'espace occupé par l'air dans le poumon frais et s'accole partout aux parois, ainsi que le démontre

facilement la coloration par l'iode. Les cavités terminales des jeunes animaux sont plus petites que celles des adultes.

Voici quelques exemples :

Veau.	$0^{mm},1$ à $0^{mm},3$
Taureau.	$0^{mm},4$ à $0^{mm},5$
Agneau.	$0^{mm},1$ à $0^{mm},2$
Bélier.	$0^{mm},2$ à $0^{mm},3$
Enfant de 7 ans.	$0^{mm},3$ à $0^{mm},6$
Homme de 26 ans (lobe inférieur), près de 1 millimètre.	

Elles sont, en général, un peu plus grandes chez les animaux châtrés :

Vache.	$0^{mm},3$ à $0^{mm},45$
Bœuf.	$0^{mm},45$ à $0^{mm},6$
Taureau.	$0^{mm},4$ à $0^{mm},5$

Des différences marquées existent entre les cavités terminales du lobe supérieur et celles de l'inférieur. Ainsi, chez un homme âgé de 26 ans, mort accidentellement, les premiers avaient $0^{mm},5$ à $0^{mm},6$, comme chez l'enfant, les dernières près de 1 millimètre. Des fibres élastiques entourent les cavités terminales et soutiennent les parois utriculaires. Celles-ci se composent d'une membrane parfaitement transparente et pourvue de *corpuscules*. La vésicule n'est autre chose que la coupe transversale de cette portion de la cavité qui est comprise entre deux parois saillantes internes.

Les cavités terminales s'abouchent avec les bronches d'après le type de communication qui existe entre les vésicules sécrétoires et le conduit excréteur dans les glandes composées, ainsi que le prouve l'examen du développement des bronches, et, d'autre part, l'étude comparative du poumon des grenouilles et des oiseaux. Dans les plus jeunes embryons des mammifères, la bronche se termine directement par une ou plusieur cavités. A la surface de celles-ci naissent plus tard de nouvelles cavités qui communiquent directement avec les cavités terminales primitives, et, conséquemment, par l'intermédiaire de ces dernières avec la bronche. Ce type est conservé, quel que soit le nombre des cavités développées successivement jusqu'à la naissance. Dans la grenouille, les cavités terminales, qui sont pariétales, communiquent directement avec la cavité centrale. Dans les oiseaux, on voit, même à de faibles grossissements, la cavité centrale de la bronche communiquer directement avec les cavités et vésicules laterales, qui, à leur tour, communiquent avec d'autres cavités. Ces études comparatives permettront de saisir ce même type de communication des cavités terminales et des bronches chez les mammifères, après la naissance, surtout dans les jeunes animaux.

Pour l'étendue des *vaisseaux capillaires* comme pour celle de la terminaison des bronches, nous croyons indispensables les préparations transparentes, analogues à celles que fournit l'examen du poumon frais de la grenouille. Ici l'on voit une couche unique de capillaires formant des mailles, dont chacune renferme un de ces corpuscules propres à la paroi utriculaire que nous avons signalés précédemment. Après des essais nombreux, nous sommes parvenu à obtenir des préparations transparentes, qui, examinées à un grossissement de 500 fois, présentent les vaisseaux injectés et les corpuscules propres de la paroi utriculaire, logés dans les mailles du réseau capillaire. Ce résultat, entièrement différent de tout ce qui a été tenté jusqu'à présent en fait d'injections, a été obtenu à l'aide d'un mélange de sang et de chlorure de sodium poussé dans l'artère ; les bronches sont ensuite injectées avec une solution de gélatine renfermant également une faible quantité de chlorure de sodium. La lamelle du tissu desséché est ramollie dans une goutte d'eau acidulée par l'acide chlorhydrique. Le diamètre des capillaires varie de $0^{mm},005$ à $0^{mm},015$; la grandeur des mailles et des corpuscules paraît augmenter avec l'âge et offre des différences suivant les espèces.

MÉDECINE.

Études pratiques sur l'hydrothérapie,

Par M. le Dr E. Collin,

Médecin des salles militaires de l'hôpital de Billom.

(*Extrait d'un mémoire lu à la Société de médecine de Clermont-Ferrand.*)

(Suite. Voir les nos 55, 56 et 58.)

Obs II. — *Névralgie sciatique double très-ancienne. — Amélioration notable.*

T...., âgé de 56 ans, potier, tempérament nerveux, début d'une sciatique gauche en 1829 ; il y a quinze ans, début d'une sciatique droite. Depuis ces deux époques, les douleurs n'ont fait qu'augmenter et avec elles s'est manifesté un affaiblissement graduel des forces dans les membres pelviens.

Le 12 *mai*, je reçois ce malade à mon établissement.

État actuel. Amaigrissement général considérable ; les membres inférieurs sont atrophiés ; le malade marche tantôt à l'aide de deux béquilles, tantôt à l'aide de deux cannes ; dans les moments où il est le mieux, une seule canne suffit.

La démarche présente un aspect tout particulier et se compose d'une série de petits sauts d'une jambe sur l'autre, et le corps est projeté tantôt à droite, tantôt à gauche, comme si chaque articulation coxo-fémorale avait hâte de se décharger d'un poids trop lourd pour ses ligaments affaiblis.

Les douleurs sont continuelles, exaspérées par les variations atmosphériques, mais c'est surtout la nuit qu'elles deviennent atroces, et jusqu'au matin le malade pousse des plaintes continuelles.

T.... part le matin pour la fabrique, qui n'est éloignée que de deux cents mètres environ de son habitation, et au lieu de revenir chez lui, comme tout le monde, pour prendre ses repas, il se les fait apporter, tant la marche est pénible et difficile.

Commencement du traitement le 13 mai.

1er *juin*. T.... a pu faire hier une promenade qu'il évalue à quatre kilomètres ; les douleurs sont bien moindres.

1er *juillet*. Les forces sont bien plus considérables, la démarche est bien plus assurée. C'est à peine si l'on remarque un léger balancement du corps. T.... a quitté sa canne.

25 *septembre*. T.... quitte l'établissement, il n'est point complétement guéri, mais un grand changement s'est opéré et dans l'affection locale et dans la santé générale ; le malade souffre bien toujours pendant les variations atmosphériques surtout, mais les douleurs sont tolérables et il peut marcher, vaquer facilement à ses affaires, et faire même des courses assez longues. J'espère que quelques mois de traitement pourront cette année avancer, si ce n'est achever, cette cure qui devait naturellement être longue, vu l'ancienneté de la maladie.

Obs. III. — *Tremblement continuel des membres supérieurs. — Guérison après vingt jours de traitement.*

M. C...., âgé de 17 ans, élève du collége de Billom, tempérament nerveux, bonne constitution, se souvient d'avoir toujours eu les membres supérieurs agités par un tremblement nerveux assez prononcé et augmentant d'intensité à la moindre émotion ou à la suite de l'exercice le plus modéré.

En 1850, il fut pris d'un torticolis qui dura plusieurs semaines et qui céda à l'application d'un vésicatoire à la nuque, qui fut ordonné par un médecin de Clermont ; plus tard, le tremblement des membres supérieurs ne faisant qu'augmenter, malgré tous les traitements auxquels il était soumis, C.... fut obligé d'abandonner ses études, qu'il ne reprit qu'en 1855.

Ce jeune homme vient me consulter le 10 mai 1856, je prescris des pilules de belladone à prendre chaque soir dans une infusion de tilleul, en commençant par 1 centigramme et en augmentant jusqu'à 3.

Dans le cas où ce traitement ne réussirait pas, je dis aux parents que j'ai grande confiance dans un traitement hydrothérapique.

Le 20, le malade revient me consulter.

Etat actuel. Pendant les deux premiers jours qui ont suivi l'administration de la belladone, les mouvements nerveux des membres supérieurs ont été diminués, mais le troisième jour ils sont redevenus ce qu'ils étaient avant, et M. C.... vient se soumettre au traitement par l'eau froide, que je commence le même jour.

Les nuits se passent sans sommeil, la céphalalgie est violente, le tremblement est si considérable, qu'il serait impossible à ce jeune homme de continuer ses études.

24 *mai.* Une amélioration sensible s'est déjà produite, les nuits sont moins mauvaises, les mouvements des membres ont sensiblement diminué.

3 *juin.* Il est impossible, en faisant étendre les bras à M. C...., d'apercevoir le moindre tremblement nerveux.

Le 8, le malade, malgré mes conseils, quitte l'établissement, parfaitement guéri.

Des renseignements que j'ai pris sur ce jeune homme, qui a quitté Billom, m'apprennent qu'il ne s'est jamais mieux porté que maintenant, et que le tremblement n'est pas revenu (5 mars 1857).

Obs. IV. — *Tremblement général, mais ayant son summum d'intensité dans les membres supérieurs et la langue. — Guérison.*

Le nommé L...., âgé de 24 ans, du 12e régiment d'artillerie, a été pris, depuis l'âge de 15 ans, d'un tremblement général pour lequel il n'a jamais fait de remèdes.

En 1853, époque de son entrée au service, il ne voulut pas réclamer pour se faire exempter et fut incorporé dans le 12e d'artillerie; l'affection ne présentait pas encore une gravité bien grande, c'était à peine une légère incommodité.

Le 25 mai 1856, L.... vient me consulter. Depuis deux mois, des mouvements nerveux considérables agitent les membres supérieurs; les membres inférieurs se ressentent un peu de l'affection, mais c'est surtout la langue qui participe le plus à ces mouvements désordonnés, c'est avec peine qu'il peut rendre compte de son état. Il lui est impossible de faire aucun service et vient demander du soulagement à l'hydrothérapie.

3 *juin.* La parole est facile, les mouvements nerveux des membres supérieurs n'existent presque plus, et L.... me dit avec bonheur qu'il a pu enfiler une aiguille.

15 *juillet.* Les bras, mis dans la position du tir au pistolet, ne font plus aucun mouvement. L.... quitte l'établissement avec une parfaite guérison.

—

Rhumatisme. — On peut, sans crainte d'être contredit, avancer qu'il n'est pas d'affection qui montre aussi promptement que le rhumatisme l'efficacité de l'hydrosudopathie. Aussi tous les ouvrages d'hydrothérapie abondent de faits qui prouvent surabondamment l'efficacité de cette médication dans les douleurs rhumatismales; que ces douleurs soient récentes et quelle que soit leur intensité, le médecin pourra promettre à son malade une guérison certaine, et bien plus prompte que toutes celles que l'on obtient par la thérapeutique ordinaire.

« *Il faut vivre avec son ennemi; voilà bien longtemps que* « *je souffre de douleurs rhumatismales et je n'ai pas pu me* « *guérir moi-même, comment voulez-vous que je vous gué-* « *risse?* » Voilà ce que souvent répondent des médecins très-instruits, et surtout très-consciencieux, à des malades qui viennent les consulter pour ces sortes d'affections. Et, en effet, quel est le praticien qui ne s'est pas trouvé en présence de pareils cas qu'il eût été plus heureux de ne pas voir venir à lui? Quel est celui dont la confiance est bien grande et dans les différents topiques mis en usage, et dans les sudorifiques ordinaires, voire même dans les émissions sanguines? Il est vrai que le rhumatisme musculaire aigu se présente, dans la plupart des cas, chez des hommes forts, vigoureux, sanguins; mais cependant vous rencontrez souvent dans la pratique des malades chez lesquels des émissions sanguines peuvent ne pas être sans résultat fâcheux. Que faire alors? L'hydrothérapie est un remède certain, et voici ce qu'en pense M. Scoutetten. Après avoir cité une intéressante observation de rhumatisme guéri par l'hydrothérapie, le savant professeur ajoute : « Le résultat obtenu chez ce malade est d'autant plus remarquable, que les moyens généralement employés contre le rhumatisme n'avaient eu aucun succès. L'hydrothérapie, au contraire, a agi avec tant de rapidité, qu'on serait parfaitement en droit de douter de l'exactitude du récit, si ce fait n'avait pour témoins un grand nombre de médecins; aussi le rétablissement de M. B.... fit-il quelque sensation dans la ville de Strasbourg. Depuis cette époque, des guérisons nombreuses, mais moins surprenantes, cependant, que celle qui vient d'être rapportée, ont mis hors de doute la supériorité de l'eau froide sur toutes les autres méthodes dans le traitement du rhumatisme. L'hydrothérapie, appliquée à cette affection, renverse toutes les idées médicales admises en ce moment; on ne manquait jamais, dans ce genre de maladie, d'envelopper les parties souffrantes de flanelle, et quelquefois de duvet. Il est bien vrai que le malade se plaignait alors de l'augmentation des douleurs, mais on passait outre, tant était grande la certitude que le froid serait nuisible (1). »

L'hydrothérapie rationnelle ne se borne pas à l'enveloppement, ou plutôt elle y a rarement recours. M. Fleury (2) a victorieusement démontré la supériorité de l'étuve sèche sur ces emmaillottements longs, pénibles, à résultats incertains, et qui faisaient dire au savant ami de M. Fleury, à M. Doyère, pendant que le premier expérimentait sur lui-même : « *C'est le moyen âge de la science!* »

J'ai donné des soins, cette année, à trois personnes atteintes de rhumatisme. Les trois ont été rapidement guéries. J'ai toujours vu les douleurs diminuer après la première séance.

Voici ces observations :

Obs. V. — *Rhumatisme scapulo-huméral et coxo-fémoral. — Guérison.*

P...., âgé de 21 ans, du 12e régiment d'artillerie, tempérament lymphatico-nerveux, bonne constitution, s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de 17 ans, où il y a été pris tout à coup d'un rhumatisme siégeant à l'épaule gauche et dans l'articulation coxo-fémorale du même côté. Il attribue ces douleurs rhumatismales à ce que, étant alors garçon meunier, il était souvent occupé toute la journée à sortir du gravier de la rivière.

Depuis cette époque, il a été souvent alité des semaines entières pour les mêmes douleurs, qui s'exaspéraient surtout pendant les variations atmosphériques.

A la suite d'une route de huit étapes pour venir à Billom, et pendant laquelle il a pris chaud et froid, P.... a été repris de ses douleurs, dont le siége est toujours le même.

4 *mai.* Le malade, en donnant le bras à un de ses camarades, s'est traîné avec peine à mon établissement, où j'ai dû le faire déshabiller, dans l'impossibilité où il est de se servir de son bras malade. Les douleurs sont aussi très-vives à l'articulation coxo-fémorale, et exaspérées surtout par la marche, voire même par le plus léger mouvement.

Douches en pluie et en jet.

Le soir, sudation en étuve sèche suivie d'une douche.

Un quart d'heure après cette dernière séance, je vois venir P.... « *Je reviens*, me dit-il, *pour vous montrer comme je marche.* » La claudication, en effet, était à peine apparente. La douleur de l'épaule avait été moins amendée; cependant, il pouvait se servir de son bras.

5 *mai.* Le malade a dormi toute la nuit, il ne ressent pas la moindre douleur, et c'est avec peine que j'obtiens qu'il continuera aujourd'hui son traitement : « *A quoi bon?* me disait-il, *je suis parfaitement guéri.* »

---

(1) Scoutetten, *De l'hydrothérapie*, p. 400.

(2) Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, 2e édit., p. 129 et suiv.

OBS. VI. — *Lumbago chronique. — Guérison.*

Ch...., âgé de 25 ans, bonne constitution, tempérament sanguin, a déjà souffert plusieurs fois d'un lumbago qui a nécessité son séjour au lit.

Depuis deux jours, il a été pris de douleurs très-vives dans les muscles de la région lombaire et dans les fléchisseurs de la cuisse droite. Impossibilité d'imprimer à ces parties un mouvement de flexion, à moins de très-grandes douleurs.

Commencement du traitement le 11 mai.

Le 15, guérison complète. Je fais continuer le traitement jusqu'au 20.

OBS. VII. — *Rhumatisme scapulo-huméral et musculaire. — Guérison.*

M. Serv...., artiste, âgé de 42 ans, tempérament sanguin, forte constitution, a été pris en 1847 pour la première fois d'un rhumatisme aigu des muscles du bras gauche.

Pendant un incendie qui avait éclaté à Posen (Prusse), il servit une pompe pendant trois heures, au milieu d'une nuit d'hiver excessivement froide et se retira complétement mouillée. Quelques jours après des douleurs rhumatismales survinrent qui rendirent impossibles les mouvements du bras pendant trois semaines, des frictions camphrées furent seules employées comme traitement. Pendant l'été dernier il ressentit des douleurs rhumatismales dans les muscles pectoraux du même côté. On lui fit, à cette occasion, appliquer un vésicatoire qui le soulagea.

Il y a huit jours, en sortant d'un concert qu'il avait donné à Clermont, il ressentit dans l'épaule gauche de légères douleurs qui sont allées en augmentant jusqu'aujourd'hui 25 octobre.

M. Serv... vient chez moi pour m'offrir des billets de concert, et je remarque qu'il est obligé de prier la personne qui l'accompagne de sortir les billets de la poche gauche de son paletot. Il m'apprend qu'il souffre cruellement de l'épaule et du bras, et je lui propose immédiatement de le guérir, ce qu'il accepte avec d'autant plus de joie qu'il se trouve dans une position très-précaire et qu'il craint de ne pouvoir donner son concert, dans l'impossibilité où il sera très-probablement de pouvoir s'accompagner.

Etat actuel L'épaule gauche est fortement inclinée. Le bras, retenu entre deux boutons de son paletot, ne peut faire aucun mouvement. Les plus vives douleurs occupent toute la région deltoïdienne, les nuits sont sans sommeil, l'appétit complétement nul. Une personne étrangère est nécessaire pour habiller et déshabiller le malade.

Le 25 au soir, début du traitement.

Aussitôt après sa douche, M. Serv... peut s'habiller seul, son ravissement est impossible à décrire.

Le 26, la nuit a été bonne, le malade a pu se reposer, les douleurs sont bien moindres. — Même traitement.

Le 28, M. Serv... a donné hier un concert, il a pu parfaitement s'accompagner sur le piano. Aujourd'hui, il lève sans difficulté audessus de sa tête son bras, dont les mouvements sont aussi faciles que ceux du côté opposé. Les douleurs ont complétement disparu.

M. Serv... continue son traitement jusqu'au 13 novembre.

« Dans les cas légers, dit M. Fleury, on réussira presque « toujours à enlever presque complétement la douleur et à ré- « tablir l'entière liberté des mouvements à l'aide du procédé « suivant :

« On trempe un mouchoir de poche ou une serviette dans de « l'eau très-froide, et l'on tord fortement ; on applique le linge « mouillé sur la partie malade en plaçant par-dessus un mor- « ceau de taffetas gommé et un linge sec assez épais, à l'aide « duquel on maintient le tout. Le linge mouillé ne tarde pas à « s'échauffer fortement, et il en résulte un espèce de bain de « vapeur locale. Au bout de douze heures, on enlève l'appareil « et on lotionne la partie malade avec une éponge et de l'eau « froide. Il est rare, je le répète, qu'un rhumatisme musculaire « aigu et d'une médiocre intensité résiste à deux ou trois appli- « cations de ce genre ; pour ma part, j'ai obtenu un succès « complet dans un grand nombre de cas de lumbago, de torti- « colis, de pleurodynie, de rhumatisme deltoïdien, etc. (1) »

Pour moi, j'ai eu l'occasion d'employer plusieurs fois ce moyen de traitement, qui réussit aussi très-bien au début de l'angine aiguë, moyen simple et ne nécessitant l'emploi d'aucun appareil, et je m'en suis toujours fort bien trouvé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Mémoire sur un traitement nouveau de la couperose et sa guérison,

Par le Dr SELLIER,

Ancien médecin des hôpitaux et des établissements de bienfaisance de la ville de Paris, membre de plusieurs Sociétés médicales, etc., etc.

[*Lu à l'Académie des Sciences, dans la séance du 23 mars 1857.*]

(Suite. Voir le n° 59.)

OBS. I. — *Couperose pustuleuse. — Rougeurs violacées de la face. — Etourdissements. — Oppressions. — Mauvaises digestions. — Guérison.*

Mme Defert (de Vernon), sœur de M. Barbet Massin, chef d'une des plus grandes institutions de Paris, âgée de 47 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, est venue me consulter et me demander de la débarrasser d'une couperose qui la faisait constamment souffrir. Elle a fait l'historique de sa maladie, elle-même, en ces termes :

« A l'âge de 20 ans, à la sortie d'un bal, j'ai éprouvé un très-grand refroidissement qui a dérangé considérablement ma santé ; mes joues, mon nez, mon menton se couvraient parfois de rougeurs violacées et de boutons qui finissaient par suppurer, qui étaient très-désagréables à voir, et plus fréquents, plus apparents en hiver que dans les autres saisons ; ces rougeurs m'occasionnaient des démangeaisons et de la cuisson ; j'éprouvais fréquemment des malaises que je ne pouvais expliquer, puis des oppressions, des étourdissements ; je ne pouvais ni me baisser, ni courir, mes digestions se faisaient très-mal, ma santé était déplorable. J'ai consulté sans résultat plusieurs médecins ; ils m'ont prescrit d'abord des rafraîchissants, puis des purgations fréquentes, des bains, des saignées. J'ai porté pendant deux ans un cautère au bras. Tous m'ont dit que j'étais incurable.

« La maladie s'aggravant d'une manière désespérante, ma sœur, Mme Barbet-Massin, ayant entendu parler des guérisons qui étaient obtenues par un traitement nouveau, m'a engagée à venir à Paris pour m'y soumettre ; je suis bien heureuse d'avoir pris cette résolution ; j'ai commencé à recevoir des soins le 24 juin 1853, et je rentrais chez moi, à Vernon, le 8 août suivant, entièrement guérie. J'ai recouvré une santé parfaite, et bien que les médecins qui m'ont soignée dans le principe, pour cette maladie, m'aient répété à mon retour que dans quelques mois tous les accidents reparaîtraient, nous voilà en 1857, il ne m'est revenu, depuis ma guérison, ni une rougeur, ni un bouton. »

Cette cure est une de celles qui ont été le plus promptement obtenues.

A chaque application de l'iodure de chlorure mercureux, une abondante sérosité jaunâtre sortait des rougeurs violacées de la face, les pustules s'ouvraient pour laisser s'échapper une matière plus dense, d'un blanc jaunâtre également ; une croûte assez épaisse se formait promptement par la dessiccation et se détachait au bout de quelques jours. Chaque semaine, la malade fut soumise trois jours de suite aux frictions ; les résultats obtenus ont été constamment les mêmes ; la base des pustules s'affaissait notablement après chaque poussée, et les rougeurs violacées s'effaçaient peu à peu ; la disparition de tous les accidents a eu lieu après quelques semaines de traitement, et la guérison est devenue complète. J'ai joint à la médication externe une pilule chaque jour, une boisson amère et quelques purgatifs.

(1) Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, p. 331.

Obs. II. — *Couperose érythémateuse, pustuleuse. — Perte de sang par les pustules de la face, tous les mois pendant huit jours. — Douleurs d'estomac, digestions difficiles, insomnies. — Retour des menstrues par les voies ordinaires. — Guérison.*

Mlle Toutain, âgée de 35 ans, d'un tempérament sanguin, primitivement d'une robuste constitution, a vu sa santé s'altérer gravement, après avoir pris un bain froid ayant ses règles, qui dès ce moment disparurent complétement. Bientôt son teint prit de l'animation, des rougeurs brunes se développèrent sur toute la face, puis des pustules à base très-large apparurent en très-grand nombre sur le front, le nez, les joues et le menton. Le mois suivant, à l'époque correspondante à la disparition des règles, les pustules prirent une couleur d'un rouge très-vif, devinrent plus volumineuses, s'ouvrirent et laissèrent s'échapper du sang pendant huit jours environ, au lieu de sérosité. Au bout de ce temps, cette espèce d'hémorrhagie s'arrêta, les pustules perdirent un peu de leur volume et reprirent leur aspect primitif; l'érythème de la face persista. Les mois qui suivirent, les mêmes phénomènes se manifestèrent; l'état général de la santé de Mlle Toutain était toujours mauvais. Ses digestions étaient laborieuses; elle vomissait souvent; elle avait de fréquentes insomnies.

Lorsqu'elle fut soumise à l'action du médicament, il survint une excitation générale de toutes les parties affectées, puis il sortit des pustules une quantité énorme de matière séreuse, d'une couleur brune, qui devint dure par la dessiccation et que le contact de l'air fit se détacher promptement; un mois après avoir commencé le traitement, l'écoulement périodique du sang par les pustules de la face fut moins abondant et dura moins. Ce premier résultat obtenu, je continuai le traitement; les frictions, faites trois fois par semaine, produisirent constamment la sortie abondante d'une matière brune, tantôt claire, tantôt épaisse; chaque mois, l'écoulement du sang par les voies anormales diminua de quantité. La position dépendante de Mlle Toutain l'a forcée à des interruptions du traitement; elle a cependant été assez heureuse pour obtenir la guérison de son affreuse maladie; après dix mois de soins, les pustules et les rougeurs de la face ont complétement disparu, la menstruation est revenue à l'état normal par les voies ordinaires. Les fonctions digestives se sont parfaitement rétablies; les insomnies ont cessé; la santé est aujourd'hui excellente. J'ai prescrit quatre pilules par jour, une tisane dépurative et des purgatifs.

La guérison date de dix-huit mois.

Cette malade m'a été adressée par M. le docteur Baqué, de La Villette.

Obs. III. — *Couperose varioliforme. — Erythème de la face. — Abondante suppuration des pustules tous les mois. — Troubles des facultés intellectuelles. — Fièvre. — Douleurs dans les membres. — Maigreur générale. — Guérison.*

Mme Frappier de Néris, d'un tempérament nerveux, âgée de 45 ans, a éprouvé de grands chagrins après son mariage. Il y a dix ans, elle vit apparaître sur son visage une rougeur très-vive, puis un peu plus tard se développer sur son front, ses joues, son nez et son menton, une énorme quantité de pustules de forme arrondie, élevées et déprimées à leur centre comme les boutons varioliques. Un fait remarquable, c'est que ces pustules varioliformes, tous les mois s'enflammaient, se gonflaient et finissaient par s'ouvrir pour laisser s'échapper une matière purulente blanchâtre; pendant que ces phénomènes s'accomplissaient, la malade avait de la fièvre, des douleurs dans tous les membres et un trouble extraordinaire des facultés intellectuelles; les pustules s'affaissaient et guérissaient; mais bientôt d'autres se reproduisaient de nouveau et suivaient la même marche, le même mode de terminaison, toujours avec la perturbation des fonctions de l'intelligence, avec de la fièvre et des douleurs dans tous les membres. L'application externe du médicament, à une dose élevée, 1 gr. 50 centigr., et quatre pilules prises par jour, ont déterminé promptement l'ouverture des pustules et la sortie d'une énorme quantité de matière purulente épaisse, d'une couleur blanchâtre, qui forma sur toute la face une croûte qui fut longue à se détacher.

A chaque application de l'iodure de chlorure mercureux, la quantité des pustules diminua, la matière excrétée fut moins abondante. L'érythème de la face devint moins vif, bientôt l'intelligence cessa d'être troublée, les douleurs disparurent.

Après cinq mois de traitement, les pustules s'effacèrent complétement, la peau redevint unie, naturelle, et la santé parfaite. La malade dut prendre, outre les quatre pilules par jour, des amers et des purgatifs répétés.

Cette guérison date de trois ans.

Mme Frappier m'a été adressée par le docteur Petit, médecin des bains de Vichy.

Obs. IV. — *Couperose érythémateuse, pustuleuse, varioliconfluente, accompagnée d'accidents graves. — Persistance de la couperose. — Migraines. — Guérison.*

M. Brossier, fabricant de lampes et de lustres, rue Saint-Honoré, n° 422, est d'un tempérament lymphatico-sanguin, et âgé de 47 ans. Il a été atteint, pendant deux ans, d'une multitude de furoncles sous les branches de la mâchoire inférieure; plus tard, en 1844, à la suite d'une vive contrariété, il vit apparaître, sur diverses parties de la face, une grande quantité de petits boutons de forme acuminée, qui arrivaient à donner de la suppuration, guérissaient pour faire place à d'autres qui suivaient la même marche, la même terminaison; peu à peu, une vive rougeur, d'une teinte violacée, couvrit toute la figure. Il ne pouvait plus rester près du feu ni dans les lieux où il faisait très-chaud, sans souffrir; il fut pris de migraines fréquentes.

En 1852, il fut atteint d'une variole confluente à laquelle il a failli succomber; une suppuration abondante eut lieu, avec fièvre intense et délire pendant plusieurs jours; il guérit enfin de cette grave maladie. Il crut, et M. le docteur Dezanches, son médecin, le crut aussi, que la couperose disparaîtrait par le fait de la suppuration des boutons varioliques; il n'en fut rien, l'affection reparut avec une nouvelle intensité, la rougeur violacée couvrit de nouveau toute la figure, et les pustules revinrent plus nombreuses qu'auparavant. M. Brossier apprit alors que je guérissais les malades atteints de couperose par un traitement nouveau; il vint se confier à mes soins à la fin de 1855. Je le soumis à l'application de l'iodure de chlorure mercureux. Dès la première semaine, le médicament produisit une excitation très-vive dans les pustules; bientôt il en sortit une quantité énorme de matière jaunâtre, consistante, qui forma une croûte épaisse sur toute la face; par le contact de l'air, la dessiccation arriva promptement, et huit jours après, la croûte se détacha entièrement.

Les frictions suivantes ont amené les mêmes résultats; seulement, les poussées ayant été très-abondantes, les croûtes, devenues très-épaisses, sont tombées moins promptement; j'ai dû, dans ce cas, ne reprendre le traitement externe que tous les quinze jours.

Après cinq mois de soins, M. Brossier a été complétement guéri; les pustules, les rougeurs violacées de la face, les migraines ont disparu. Sa santé est aujourd'hui excellente. J'ai ajouté à la médication externe deux pilules par jour, des boissons dépuratives et quelques purgatifs.

Obs. V. — *Couperose pustuleuse. — Rougeur violacée de la face. — Pustules à base large, indurées. — Affaiblissement de la vue. — Douleurs d'estomac, digestions difficiles. — Tumeur du volume d'une petite noix dans l'épaisseur de la paupière inférieure, du côté gauche. — Guérison.*

Mme Jumel, rue d'Argenteuil, n° 35, âgée de 50 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, m'a été envoyée, le 21 mars 1852, par M. le docteur Ferdinand Martin, chirurgien de la Maison impériale de la Légion d'honneur, pour la soigner d'une couperose dont elle commença à être atteinte dès l'âge de 20 ans, et qui prit de l'aggravation par suite d'une chute qui la retint au lit pendant deux ans. Sous l'influence de cette maladie, ses digestions devinrent très-pénibles, des douleurs d'estomac se firent sentir après chaque repas; sa vue s'affaiblit tellement qu'elle se trouva bientôt dans l'impossibilité de lire.

Sa figure était couverte de pustules à base large, indurées, et de plaques rouges d'une teinte violacée; de temps en temps, ces pustules s'animaient et finissaient par s'ouvrir pour laisser s'échapper

une abondante matière purulo-sanguinolente. Elle avait en vain subi une foule de médications.

Je la soumis au traitement par l'iodure de chlorure mercureux ; il sortit tout d'abord par les pustules une telle abondance de matière purulente d'un gris jaunâtre, que vers le cinquième jour, la face fut toute couverte d'une couche très-épaisse ; la dessiccation eut lieu promptement par le contact de l'air, et quelques jours après, les croûtes qui s'étaient formées se détachèrent. Je pus alors déjà voir que les pustules avaient moins de volume et la face moins de rougeur violacée. Je dus laisser reposer la malade pendant douze jours, puis je recommençai le traitement; cette fois, j'obtins encore une grande quantité de matière purulente. Je continuai de temps en temps les applications du médicament; les poussées devinrent successivement moins abondantes, les pustules se ramollirent peu à peu, se détergèrent, s'affaissèrent et disparurent en grande partie. Je pus dès lors constater une grande amélioration dans la santé de la malade : ses digestions se firent mieux, les douleurs d'estomac devinrent plus rares. Après cinq mois de traitement, la maladie céda complétement, les fonctions digestives se rétablirent parfaitement, la vue revint dans son état normal, les pustules et les rougeurs violacées disparurent, et le visage reprit son type primitif; la résolution de la tumeur de la paupière s'était opérée sous l'influence des frictions. J'avais prescrit également une pilule matin et soir, une boisson dépurative et quelques purgatifs.

Cette guérison date de cinq ans.

Obs. VI. — *Couperose érythémateuse. — Petites pustules d'un rouge vif et nombreuses. — Goître. — Guérison.*

Mme Beugnet, de Meaux en Brie, d'une belle constitution, âgée de 30 ans, eut le malheur de perdre sa mère qu'elle affectionnait vivement, à une époque où elle aurait eu grand besoin de son appui. Elle en ressentit un violent chagrin ; cette mort amena un grand changement dans sa position et fut le commencement de peines inouïes.

Sa santé s'altéra peu à peu, ses digestions devinrent difficiles, la menstruation irrégulière ; elle fut en même temps affectée d'un goître qui arriva promptement à un volume énorme. Bientôt elle vit apparaître sur son visage, primitivement beau, un nombre considérable de pustules peu volumineuses, d'un rouge vif, qui la faisaient souffrir lorsqu'elle s'approchait du feu, lorsqu'elle avait pris ses repas et lorsqu'elle se trouvait dans des lieux où il y avait beaucoup de monde. Désolée de cette triste position, elle vint réclamer mes soins.

Le médicament appliqué sur les pustules produisit promptement une vive excitation, et amena la sortie d'une sérosité jaunâtre, abondante et visqueuse, qui, par la dessiccation, détermina des croûtes luisantes comme des écailles de poisson. Quelques jours plus tard, elles se détachèrent très-facilement. Le goître fut attaqué en même temps par des frictions avec le même agent chimique, et peu à peu je le vis diminuer de volume.

Je continuai pendant plusieurs semaines les applications et les frictions, j'obtins constamment les mêmes résultats, et après trois mois de ce traitement, les pustules et l'érythème avaient disparu, la peau de la figure était redevenue blanche et unie, j'avais obtenu la résolution complète du goître, le rétablissement des fonctions digestives et la régularité de la menstruation.

Mme Beugnet est devenue mère depuis ce traitement, et nul retour des accidents combattus si victorieusement n'a eu lieu.

J'avais joint à la médication externe quatre pilules par jour, des amers et des purgatifs deux fois par mois.

Cette guérison date de cinq ans et demi.

Obs. VII. — *Couperose pustuleuse. — Aménorrhée. — Gastralgie. — Goître. — Guérison.*

Mlle B..., rue Lafayette, d'un tempérament nerveux, âgée de 34 ans, habitait, à l'époque des événements de 1848, une maison sur laquelle on tira un grand nombre de coups de fusil ; une grêle de balles tomba dans la chambre où elle se trouvait avec son vieux père ; sa terreur fut extrême. Dans ce moment elle avait ses règles, elles se supprimèrent de suite. Tout à coup elle vit sa figure s'animer, son cou se gonfler d'une manière remarquable, et la glande thyroïde acquérir un développement extraordinaire. La fièvre survenant, elle prit le lit, les soins qu'elle reçut firent disparaître la fièvre et une partie des accidents, mais les règles ne revinrent plus aux époques ordinaires, et le développement anormal de la glande thyroïde persista. Bientôt elle vit apparaître, sur toute la face, des pustules à base large, de couleur violacée, qui arrivaient promptement à suppuration et qui se reproduisaient constamment ; elle éprouva en même temps une gastralgie qui la faisait beaucoup souffrir. Elle reçut, pendant deux ans, des soins qui furent sans aucun résultat pour elle, quoique traitée par les hommes éminents qui appartiennent à l'hôpital Saint-Louis. Elle me fut alors présentée par une personne que j'avais guérie.

Dès les premières frictions, le médicament détermina une excitation prodigieuse qui amena la sortie d'une énorme quantité de matière jaunâtre visqueuse. Comme toujours, il se forma par le contact de l'air, une croûte qui se détacha quelques jours plus tard ; je pus ensuite constater déjà une diminution de volume des pustules et de la couleur rouge violacée. Des frictions furent faites en même temps sur le goître. J'eus également la satisfaction de voir arriver peu à peu la résolution.

Après quatre mois de traitement et de poussées successives, les pustules et les rougeurs de la peau ont disparu, la gastralgie a cédé, les digestions sont devenues parfaites, la menstruation s'est rétablie et la résolution complète du goître a été obtenue.

Cette guérison date de dix-huit mois.

Obs. VIII. — *Couperose érythémateuse. — Pustules confluentes suppurant continuellement. — Affaiblissement de la vue. — Migraines. — Digestions constamment laborieuses. — Adénite cervicale. — Guérison.*

M. Tallot, ex-sous-chef aux finances, âgé de 36 ans, d'un tempérament lymphatique, a eu, dès son enfance, des glandes à l'entour du cou, il en a toujours conservé une très volumineuse ; il a été sujet à de fréquentes migraines. Le chagrin qu'il éprouva de la mort de ses parents fut si violent que sa santé en reçut une atteinte profonde. Il y a dix ans, il vit apparaître sur son visage une rougeur très-vive, principalement sur le nez, les joues et le menton. Bientôt il survint une multitude de pustules à base large qui suppuraient constamment, et ne guérissaient que pour faire place à d'autres ; les fonctions de son estomac se dérangèrent d'abord, les migraines revinrent plus souvent, puis sa vue s'affaiblit tellement qu'il dut donner sa démission de sous-chef aux finances.

Désespéré de cette situation, après avoir vu échouer toutes les médications auxquelles il avait eu recours, il vint se confier à mes soins.

L'application du médicament sur ces parties diversement affectées eut pour résultat de produire une excitation générale qui amena sur les surfaces couperosées la sécrétion d'une énorme quantité de matière séreuse qui forma des croûtes épaisses sur toute la figure ; ces croûtes se détachèrent au bout de quelques jours, comme d'habitude.

Par une répétition méthodique des frictions, le médicament produisit une excitation constante qui détergea les parties affectées, par la sortie d'une matière abondante, toujours jaunâtre, mais un peu plus épaisse. Je constatai promptement une diminution notable dans la rougeur et l'épaisseur du tissu cutané, ainsi que l'affaissement gradué des follicules sébacés engorgés.

J'ai dû employer, cette fois, la pommade contenant 1 gr. 50 cent. d'iodure de chlorure mercureux pour 60 gr. d'axonge. J'ai prescrit 4 pilules par jour, une tisane amère et un purgatif tous les dix jours.

A l'aide de cette médication énergique, j'ai obtenu en trois mois la disparition complète des rougeurs et des pustules. Les migraines ont cessé, la vue est devenue parfaite et l'estomac excellent ; la résolution de l'adénite cervicale a été également obtenue.

M. Tallot jouit aujourd'hui de la santé la plus parfaite ; il est actuellement à la tête de l'importante maison de commerce de vins de MM. Beau, ses parents, à Bercy.

Cette guérison date de trois ans.

Obs. IX. — *Couperose érythémateuse, pustuleuse. — Pustules nombreuses, indurées et à base large. — Epaississement et rugosités de la peau de la face. — Insomnies. — Fréquentes congestions cérébrales. — Guérison.*

M. Lho......, négociant, marchand de draps en gros, rue St-Denis, âgé de 44 ans, d'un tempérament éminemment sanguin, avait contracté, depuis longues années, l'habitude de boire tous les jours une grande quantité d'absinthe; il était sujet à de fréquents emportements, à cause des contrariétés qu'il éprouvait dans son commerce; sa tête était souvent pesante et douloureuse; il avait sans cesse des étourdissements qui le faisaient chanceler; il dormait difficilement.

Il y a environ douze ans, il vit apparaître sur sa figure une rougeur violacée qui augmenta peu à peu, et qui finit par l'envahir entièrement. Bientôt il survint sur le front, le nez, les joues et le menton, des pustules à base large et indurées; la peau augmenta d'épaisseur et devint rugueuse partout. De temps en temps, ces pustules s'animèrent, s'ouvrirent, et laissèrent échapper un liquide épais et jaunâtre; la guérison s'en opérait, mais elles étaient promptement remplacées par de nouvelles.

M. Lho....... était devenu si hideux, qu'il ne pouvait plus aller nulle part; il était même un objet de répulsion pour les siens. La chaleur des appartements, l'approche du feu, l'incommodaient beaucoup; son caractère devenait de plus en plus violent; il était forcé de se faire saigner de temps en temps. Toutes les médications employées n'avaient pu modifier cet état fâcheux. Ayant entendu parler des guérisons que j'obtenais, il se décida à venir me consulter.

Les premières applications du topique médicamenteux ont produit une sortie abondante de sérosité jaunâtre et visqueuse qui couvrit toute la face; il se forma une croûte épaisse qui présenta l'aspect d'un masque; malgré l'épaisseur de cette croûte, la dessiccation eut lieu par le contact de l'air, et la chute s'en opéra au bout de quelques jours.

Après trois semaines de ce traitement, j'eus la satisfaction de voir la largeur, la dureté et le volume des pustules diminuer.

Chaque semaine, les poussées étaient moins abondantes, la rougeur violacée et l'épaisseur de la peau diminuaient, le malade retrouvait le sommeil, sa tête devenait moins lourde et moins douloureuse.

Les applications successives ont continué à produire une excrétion de moins en moins abondante de la matière morbide; peu à peu les pustules se sont affaissées et ont disparu, la peau est redevenue lisse, et la coloration rouge violacée s'est effacée; tous les autres accidents provenant de la maladie ont cédé complétement dans l'espace de cinq mois.

Aujourd'hui M. Lho....... gouverne sa maison de commerce tranquillement, son caractère n'est plus irascible, il se porte à merveille, son sommeil est parfait.

Cette guérison date de trois ans.

J'ai prescrit 4 pilules par jour, des boissons dépuratives et quelques purgatifs.

Obs. X. — *Couperose pustuleuse, — Pustules larges. — Rougeurs violacées. — Epaississement et rugosités de la peau de la face. — Migraines fréquentes. — Gastralgie. — Palpitations. — Guérison.*

M. D....., négociant-manufacturier à Beauvais, âgé de 40 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, fut atteint, il y a dix ans, d'un rhumatisme général qui le retint dans son lit pendant trois mois; les souffrances qu'il éprouva et le chagrin qu'il ressentit de ne pouvoir surveiller ses immenses affaires et ses 200 ouvriers furent tels, qu'il eut à cette époque des douleurs de tête atroces; les soins qu'il reçut triomphèrent du rhumatisme, mais les douleurs de tête persistèrent; il vit alors son teint s'animer, sa figure devenir très-rouge et se couvrir de pustules qui acquirent la largeur d'un centime; ayant eu le malheur de perdre sa femme, ces divers accidents s'aggravèrent avec une nouvelle intensité, il fut atteint de migraines fréquentes, de gastralgie et de palpitations. Il eut recours à plusieurs médications; il alla prendre les eaux thermales de Baréges, mais son état n'en reçut aucune amélioration.

Après tous ces insuccès de traitement, il vint réclamer mes soins; je le soumis à l'action du médicament que j'emploie; deux heures après la première friction, il survint une forte stimulation; la peau s'anima, et, dans la soirée, il s'échappa de toutes les parties pourprées du visage une sérosité limpide, jaunâtre, excessivement abondante; les pustules se tuméfièrent et laissèrent s'échapper la même sérosité.

Les jours suivants, après chaque friction, les mêmes phénomènes se reproduisirent avec un degré plus élevé. La sérosité se dessécha au contact de l'air et forma sur toute la face un enduit brunâtre très-épais qui se détacha vers la fin du cinquième jour.

La semaine suivante, je fis de nouvelles frictions, qui donnèrent les mêmes résultats. Bientôt je remarquai que le volume des pustules diminuait sensiblement à chaque friction, elles s'ouvrirent à leur sommet et toujours il en sortit une sérosité jaunâtre; la marche fut constamment la même.

Les affaires de M. D.... le forçant à aller à sa fabrique fréquemment, il dut interrompre souvent le traitement. Je n'ai pu faire les frictions que tous les quinze jours. Les poussées sont devenues peu à peu moins abondantes, la peau présenta moins d'épaisseur, moins de rugosités, moins de rougeur, les pustules s'affaissèrent après chaque poussée et finirent par disparaître. Après six mois de soins, ce malade a été entièrement guéri; les migraines, la gastralgie, les palpitations cédèrent complétement; la figure a repris un aspect satisfaisant.

J'ai prescrit trois pilules par jour, une tisane amère et plusieurs purgatifs.

Cette guérison date de deux ans.

Obs. XI. — *Couperose érythémateuse. — Dilatation des veinules sous-cutanées de la face. — Palpitations. — Dysménorrhée. — Dyspepsie. — Guérison.*

Mme Mail...., rue de Rivoli, âgée de 40 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, très-impressionnable, douée d'une imagination vive, se trouva placée, à 23 ans, à la tête d'une des plus grandes maisons de modes et de nouveautés de Paris. Pour conduire à bien son établissement, elle a dû travailler incessamment, passer les nuits, surveiller et diriger avec activité son nombreux personnel d'employés. Cette vie de fatigues a fini par amener un dérangement notable dans sa santé; ses digestions ont été d'abord troublées, ses règles sont devenues irrégulières, elle éprouva de fréquentes palpitations. Bientôt elle vit son teint s'animer et sa figure se couvrir de rougeurs violacées, surtout sur les joues et les ailes du nez. Les accidents généraux persistant, ces rougeurs envahirent toute la face, et les veines sous-cutanées de la même région se dilatèrent d'une manière remarquable. C'est alors qu'elle eut recours aux soins éclairés de MM. les docteurs Chomel et Alquié; malheureusement, ces soins furent sans résultat, et cet état fâcheux persista de longues années.

Mme Mail.... était constamment souffrante, elle supportait péniblement la chaleur qui régnait dans ses ateliers. L'approche du feu l'incommodait beaucoup, elle n'allait jamais dans les salles de spectacle sans éprouver le plus grand malaise.

Ayant appris par un négociant qui venait dans son établissement que j'avais guéri Mme Frappier de Néris, dont j'ai rapporté l'observation dans ce mémoire, elle se décida à venir réclamer mes soins.

Dès les premières frictions sur les parties affectées, il survint une excitation très-vive; une matière jaunâtre, épaisse et fort abondante couvrit promptement ces mêmes parties, puis il se forma une large croûte de couleur foncée, qui produisit par la dessiccation des écailles luisantes qui se détachèrent quelques jours après.

Les mêmes phénomènes se manifestèrent après chaque application du médicament, peu à peu les rougeurs violacées de la face diminuèrent et finirent par disparaître; les veinules sous-cutanées, dilatées, perdirent de leur volume et revinrent à leur calibre normal; les palpitations, la dyspepsie cédèrent et la menstruation devint régulière.

Quoique les occupations commerciales de la malade aient occasionné de fréquentes interruptions du traitement, la guérison complète a été néanmoins obtenue dans l'espace de cinq mois.

J'ai joint à la médication externe, deux pilules par jour, des amers, quelques purgatifs et des bains.

Cette guérison date de dix-huit mois.

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

THÉRAPEUTIQUE.

Mille-feuille contre les flux hémorrhoïdaires trop abondants,

Par M. Tessier, de Lyon.

Voici le résumé du mémoire de M. Tessier, publié dans la *Gazette médicale de Lyon :*

1° La mille-feuille, administrée à l'intérieur, sous forme d'infusion ou de jus exprimé, a une action puissante sur les humeurs hémorrhoïdales (M. Tessier prescrit chaque jour trois tasses d'infusion);

2° Elle a la propriété de modérer et même de supprimer les flux hémorrhoïdaires excessifs, propriété précieuse dans les cas où l'écoulement sanguin est assez considérable pour occasionner, comme on le voit assez souvent, la perte des forces ou même une véritable anémie;

3° Elle a encore la propriété de tarir les sécrétions muqueuses et puriformes du rectum, qui tiennent seulement à des engorgements hémorrhoïdaires et non à des dégénérescences cancéreuses ;

4° L'action antihémorrhagique de la mille-feuille n'est point le résultat d'une simple astriction qui pourrait être répercussive ; elle agit d'une manière spéciale et directe sur les vaisseaux et sur les nerfs du rectum, et cette action, comme l'ont dit quelques auteurs, est en effet tout à la fois astringente, tonique et sédative;

5° L'usage de ce médicament doit être surtout réservé pour les flux hémorrhoïdaires passifs avec état variqueux et atonie du rectum et pour les flux qui, bien qu'actifs, ont amené, par leur abondance, une débilité profonde et des désordres dans la santé générale.

ANALYSES BIBLIOGRAPHIQUES.

Notice sur les eaux minérales de Pougues (1).

Longtemps négligée ou très-imparfaitement faite, l'étude des eaux minérales a, depuis plusieurs années, le privilége d'exciter l'attention d'un grand nombre d'observateurs, médecins et chimistes. Dans ces derniers temps spécialement, cette étude est poursuivie avec une véritable ardeur, et il serait difficile au journal le plus favorisé sous le rapport de la collaboration, de suivre ce mouvement sans sacrifier le plus grand nombre des autres parties de la science. Une analyse critique générale et approfondie sur l'hydrologie ne sera possible pour la presse périodique, qu'au moment où le travail déjà commencé par plusieurs médecins et chimistes touchera près de son terme, c'est-à-dire quand on aura pu classer, d'après leur composition chimique rigoureusement analysée, et leur action thérapeutique, fondée sur des observations nombreuses et exactes, au moins les principales eaux minérales d'une contrée. Jusque-là, nous ne pourrons que critiquer avec réserve et vulgariser des faits de détails qui, malgré leur isolement, nous sembleront pouvoir être utiles à la thérapeutique. Dans le choix des sujets de nos études, le hasard devra nécessairement jouer un certain rôle, car il nous serait aussi difficile d'établir une classification relative à l'intérêt ou à l'importance des travaux publiés, qu'aux auteurs d'en établir une dans l'objet même de leurs études.

(1) Broch. in-8°. Paris, chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Si l'on n'avait égard qu'à l'ancienneté de leur réputation, les eaux de Pougues devraient occuper de droit le rang que nous leur donnons dans cette revue. Mais l'importance des travaux dont elles ont été récemment l'objet ne justifierait guère moins leur place.

Nous ne nous occuperons, pour aujourd'hui, que de l'un de ces travaux, lequel donne des détails assez étendus sur l'histoire et la composition chimique de ces eaux minérales.

Les sources de Pougues sont situées à 11 kilomètres de Nevers, sur les confins du Nivernais, dans la vallée de la Loire, dans une campagne riche et salubre, au voisinage des forges de Fourchambault et de Guérigny.

Quelques débris archéologiques semblent laisser des traces du passage des Romains, ce que l'on rencontre, du reste, dans les principales sources d'eaux minérales. A une époque beaucoup plus rapprochée de la nôtre, Pougues compte parmi ses visiteurs d'augustes personnages, entre autres Henri III, Catherine de Médicis, Louis XIII et Louis XIV. Henri IV y vint par trois fois : en 1603 pour des coliques néphrétiques, en 1604 et en 1605 pour la goutte. Ajoutons enfin que maître Adam, le menuisier, fut directeur des eaux de Pougues, et les célébra en quelques vers.

Il existe deux sources; la plus ancienne, dite de Saint-Léger, est destinée à la boisson; la deuxième, découverte en 1833, sert à l'administration des bains.

L'eau pour la boisson est froide et très-gazeuse; sa température est de 12°; sa pesanteur spécifique est de 1003,12; examinée à la source, elle paraît en ébullition, à cause du bouillonnement produit par le gaz acide carbonique qui se dégage: puisée dans un verre, elle est limpide, inodore, d'une saveur aigrelette piquante, alcaline.

Ces eaux ont été analysées plusieurs fois; la dernière analyse a été faite par MM. Boullay et O. Henry. Les sels qui prédominent sont les bicarbonates de chaux, de magnésie, de soude, de fer, le chlorure de magnésium, les sulfates de chaux et de soude : ils forment en tout 3 gr. 835 mill. pour un litre. Cette eau doit donc être classée parmi les acidules alcalines, et c'est une des plus riches en principes salins.

Elle agit donc sur l'économie comme les eaux alcalines. Pendant que les malades en font usage, l'urine est constamment alcaline. Prise par des personnes en santé, l'eau de Pougues a pour effet d'exciter la muqueuse de l'estomac, de développer de l'appétit, et d'augmenter la sécrétion de l'urine, qui devient très-rapidement alcaline. Pendant le repas, coupée avec du vin ou de l'eau sucrée, elle facilite la digestion et délivre des nausées auxquelles sont sujets quelques individus bien portants d'ailleurs. Les personnes faibles éprouvent un peu de pesanteur à la tête, état passager, qui tient à l'excitation produite par l'acide carbonique. Il y a une excitation générale, marquée par de la rougeur à la peau, avec des bouffées de chaleur, auxquelles succède un calme dont les malades éprouvent un grand bien.

Outre cette action sur le tube digestif, l'eau de Pougues agit sur les sécrétions, et en particulier sur la sécrétion urinaire, ainsi que nous l'avons déjà dit; elle jouit d'une action spécifique des plus marquées contre la gravelle, quelle que soit la composition de ces concrétions. Nous aurons occasion de revenir avec plus de détails sur les propriétés thérapeutiques de ces eaux minérales. J. Rouyer.

Nous avons reçu de M. le docteur Schnepf une lettre que l'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro.

— Nous publierons également dans le prochain numéro une lettre de M. Sellier, en réponse au dernier article de M. le docteur Rochard.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 61. 5e année. Jeudi 21 Mai 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 20 mai 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Transformation du service temporaire des calculeux dans les hôpitaux de Paris en service perpétuel. — Glucogénie. — Physiologie de la lactation. — Amylène.**]

M. Civiale a communiqué hier une note dont l'Académie des Sciences avait eu avant-hier les prémisses, et dans laquelle le célèbre lithotriteur fait connaître les efforts qu'il a faits depuis plus d'un an, et les sacrifices qu'il s'est imposés, pour constituer à perpétuité le service des calculeux, fondé temporairement pour l'application, par leur auteur, des procédés dont M. Civiale a doté la science et l'humanité. Nos lecteurs trouveront dans la note de M. Civiale quelques détails sur les péripéties qu'a éprouvées son projet, et sur les modifications qu'il a dû subir avant d'aboutir à une réalisation. Ces détails sont loin, toutefois, d'être complets, de même que le projet est loin de réaliser tous les vœux du fondateur. Le temps nous manquerait pour initier complétement nos lecteurs aux uns et aux autres; et pour dire, d'ailleurs, toute notre pensée à cet égard, nous serions obligé d'entrer dans des considérations et dans une discussion qui sortiraient peut-être par moments des limites où doit se renfermer un journal non cautionné et non timbré. Il nous faut donc renvoyer à un autre moment l'exposé de notre pensée sur la fondation de M. Civiale et des fondations analogues qui pourraient être proposées à l'administration. Pour le moment, nous devons nous borner à reproduire la note du célèbre chirurgien :

NOTE DE M. CIVIALE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Me rappelant toujours, avec une profonde reconnaissance, que l'art de broyer la pierre dans la vessie a été, depuis son origine jusqu'à son entier développement, accueilli, soutenu, encouragé par la haute autorité de l'Académie des Sciences, je m'empresse de porter à sa connaissance, une mesure administrative qui aura, je l'espère, une heureuse influence sur les destinées de cet art nouveau.

En 1829, à la sollicitation de MM. Arago et Thénard, et sur la proposition de M. le duc de Doudeauville, l'administration des hôpitaux de Paris décida qu'une salle de l'hôpital Necker me serait confiée, pour le traitement des calculeux indigents par les procédés de la lithotritie. Ce service existe toujours, mais il est insuffisant, l'organisation en est imparfaite, et, par suite, le but qu'on s'était proposé en le créant n'a pas été complétement atteint.

Pénétré des besoins autant que de l'importance de ce service, j'ai demandé à plusieurs reprises qu'il fût étendu et rétabli sur des bases plus solides. Mais, par suite des difficultés d'organisation qui s'opposent à ce que le service des hôpitaux soit subdivisé en spécialités, comme aussi par les exigences de certaines dispositions d'ordre que les règlements généraux prescrivaient, l'administration supérieure s'est trouvée dans l'impossibilité d'effectuer les améliorations que je sollicitais. J'ai, de plus, acquis la certitude que mon service des calculeux devait être supprimé après moi.

Il m'a paru cependant qu'il y avait un grand intérêt à conserver une institution qui a déjà produit de beaux résultats, même dans des conditions défavorables. J'ai considéré comme un devoir de faire tous mes efforts et les sacrifices personnels qui seraient nécessaires pour venir en aide à l'administration et la mettre à même non-seulement de conserver l'institution qui existe, mais encore de l'améliorer, de la perfectionner, de lui imprimer un caractère de perpétuité qui assure à la science de la lithotritie, en France, où elle est née, un établissement permanent dans lequel les indigents atteints de la pierre ou de toute autre maladie affectant les organes génito-urinaires, continueront d'être admis et traités d'après les procédés que j'ai fait connaître; en sorte que là puissent se former des chirurgiens qui, rompus à la pratique de ces procédés, utiliseront habilement cette branche de l'art et l'accroîtront en y appliquant toutes les ressources dont la chirurgie dispose aujourd'hui.

Mes vœux ont été accomplis ; un acte de donation perpétuelle que j'ai faite à l'administration de l'assistance publique, et qui a été acceptée par elle, a levé les difficultés financières, en assurant un traitement de quinze cents francs aux chirurgiens qui me succéderont dans les fonctions que je remplis gratuitement depuis près de trente années.

Le reste du projet n'a éprouvé qu'accueil et bienveillance. Présenté d'abord au Conseil de surveillance des hôpitaux, puis au Conseil municipal de Paris, le projet a été débattu et adopté par ces deux assemblées. Soumis ensuite au ministère de l'intérieur et au conseil d'État, il a reçu leur approbation ; enfin, il a obtenu la sanction suprême de l'Empereur.

Les indigents et la science peuvent désormais le considérer comme un bien acquis.

Ainsi se trouve définitivement assurée une création qui, au triple point de vue des malades, de la propagation pratique de la lithotritie et des principales méthodes usitées contre les maladies des voies urinaires et de l'instruction des jeunes chirurgiens, promet de rendre de notables services à l'art et à l'humanité.

— Trois lectures intéressantes ont été faites hier à l'Académie ; l'une, déjà annoncée, par M. Bérard, sur la glucogénie ; l'autre, par M. Delafond, sur un fait physiologique des plus curieux ; et la troisième, par M. Giraldès, sur l'agent anesthésique que ce savant chirurgien a introduit en France.

Une simple audition ne nous permet pas de juger les travaux de MM. Bérard et Giraldès ; nous en renvoyons l'appréciation à un prochain numéro. Quant au fait très-curieux qui fait le sujet de la communication de M. Delafond, nous ne pouvons qu'appeler sur lui toute l'attention des physiologistes. H. DE CASTELNAU.

Du cumul des professions de médecin et de pharmacien (1).

A la question de savoir si le docteur en médecine ou officier de santé qui s'est pourvu d'un diplôme de pharmacien, peut exercer cumulativement la médecine et la pharmacie, l'*Union médicale* donne la solution suivante, que nous partageons complétement :

« Nous éprouvons le regret d'être obligé de répondre que, en l'absence de toute prohibition légale sur ce point, ce double exercice de la médecine et de la pharmacie, par une personne munie des deux diplômes de médecin et de pharmacien, nous paraît à l'abri de toute poursuite. Les exemples de ce cumul professionnel ne sont malheureusement pas rares. »

Au surplus, devons-nous ajouter, la question n'est pas restée dans le domaine de la théorie ; elle a été soumise à la Cour de cassation, devant laquelle on faisait valoir que l'incompatibilité entre la profession de médecin et celle de pharmacien est, en quelque sorte, naturelle, et n'a pas besoin d'être reconnue par un texte de loi pour être sanctionnée par les tribunaux ; d'ailleurs, disait-on encore, s'il était besoin d'un texte pénal pour forcer un pharmacien à s'abstenir de l'exercice de la médecine, malgré son titre de docteur-médecin ou d'officier de santé, il suffirait de lui opposer les articles 27 et 32 de la loi du 21 germinal an XI.

Ce système, malgré sa force apparente, a été repoussé par la Cour de cassation, qui a décidé que « si l'art. 32 de « la loi du 21 germinal an XI, qui défend aux pharma- « ciens de ne livrer et débiter des préparations médici- « nales ou drogues composées quelconques, que d'après « les prescriptions des docteurs en médecine et en chi- « rurgie, ou officiers de santé, il résulte une incompati- « bilité naturelle entre les deux fonctions, il n'appartient « qu'au législateur de la formuler en prohibition formelle, « et de sanctionner cette prohibition par une disposition « pénale qui n'existe ni dans l'art. 27, ni dans l'art. 32 de « la même loi. » (Arrêt de rejet du 13 août 1841.)

Cet arrêt, il est vrai, est relatif à un cas de cumul qui s'est présenté dans une localité où il n'y avait pas de pharmacien ; mais, outre que les motifs de la décision sont généraux, un jugement du tribunal de la Seine et un arrêt confirmatif de la Cour de Paris, du 3 août 1850, ont admis la même doctrine pour le cas où le cumul serait pratiqué à Paris. L'exercice cumulé des deux professions a paru également au tribunal et à la Cour être contraire aux dispositions de l'art. 27 déjà cité ; et c'est seulement parce qu'il existe une lacune dans la loi, qui ne contient aucune disposition répressive à cet égard, que le fait du cumul, qualifié par les magistrats de *spéculation blâmable*, a été considéré comme échappant à une condamnation.

Mais est-il bien sûr que ce fait du cumul des professions de médecin et de pharmacien ne puisse donner lieu à aucune mesure administrative ; qu'il ne puisse pas modifier sérieusement, au point de vue de la responsabilité et des avantages professionnels, la position du médecin que sa qualité de pharmacien ferait rentrer ainsi dans la classe des commerçants ? Ces indications avertissent assez qu'il ne serait peut-être pas sans inconvénient de profiter d'une concession que la jurisprudence n'a faite qu'à regret.

E. MARTIN.

(1) Depuis notre dernier article de jurisprudence médicale, plusieurs questions se sont présentées qui exigent un examen de notre part. C'est ce que, faute de temps, nous n'avons pu faire encore et ce que nous ferons prochainement. Nous commençons aujourd'hui par une question qui intéresse un grand nombre de praticiens.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Mémoire sur les convulsions survenant dans l'âge adulte chez l'homme atteint de néphrite albumineuse,

Par le Dr LEUDET,

Professeur titulaire de clinique médicale à l'École de Médecine de Rouen, etc.

Les auteurs qui se sont occupés, depuis Bright, de la néphrite albumineuse, ont tous fait mention des accidents convulsifs qui peuvent se développer dans son cours ; on les a étudiés aux différents âges de la vie, dans les diverses conditions physiologiques ou morbides ; ainsi, Golding-Bird avait signalé un des premiers l'importance de l'examen de l'urine et de la présence de l'albumine dans le produit de la sécrétion urinaire comme phénomène propre à éclairer la nature et le traitement d'un certain nombre de maladies de l'enfance. Depuis cet auteur, beaucoup d'autres pathologistes ont étudié et perfectionné ses recherches. Les convulsions survenant chez les femmes dans l'état de grossesse, n'ont pas moins occupé les médecins depuis que Livès signala la présence de l'albumine dans l'urine comme coïncidant avec les attaques d'éclampsie. Ces deux parties sont assez distinctes du sujet d'étude que nous nous sommes imposé, pour qu'il nous soit permis de mettre de côté tout ce qui a trait a l'éclampsie des enfants et des femmes en couche.

Tel que nous l'avons limité, le sujet de nos recherches offre encore un champ assez large. Les convulsions qui surviennent chez l'homme adulte sont signalées dans les meilleurs ouvrages qui ont trait à la néphrite albumineuse. Nous mentionnerons d'abord l'ouvrage de notre excellent et savant maître, M. Rayer, qui a ajouté un certain nombre de faits de convulsions à ceux que Bright, Barlow, Christison, Addison, etc., nous avaient déjà fait connaître.

Cette courte énumération, que nous aurions pu rendre beaucoup plus longue, suffit déjà pour montrer que les accidents convulsifs ne sont pas, à beaucoup près, rares dans la maladie de Bright ; ils constituent une variété de cet ensemble important de symptômes qu'on nomme symptômes cérébraux. On comprend en général, sous ce nom, plusieurs phénomènes, comme la céphalalgie, le délire, les attaques apoplectiques nommées aussi apoplexies séreuses, épileptiques ou épileptiformes, éclamptiques, les soubresauts nerveux, et enfin les troubles des organes des sens. Nous avons choisi à dessein les phénomènes convulsifs comme l'expression la plus haute de ce trouble des fonctions cérébrales ; enfin, il nous a semblé utile d'attirer l'attention sur ces accidents convulsifs, que l'observateur désinté-

ressé où l'homme non prévenu ne pourrait distinguer de l'épilepsie proprement dite ou de l'éclampsie puerpérale.

Un autre intérêt s'attache en outre à ce sujet, et cet intérêt est tout à fait d'actualité ; les recueils périodiques français et plus encore les journaux allemands ont produit ou plutôt fait revivre un de ces accidents, nous voulons parler de la doctrine de l'urémie. On a cherché, grâce à cet empoisonnement du sang occasionné par la rétention et l'accumulation des principes excrémentitiels de l'urine dans son intérieur, à rendre compte non-seulement d'accidents observés dans la néphrite albumineuse, mais encore de phénomènes analogues signalés quelquefois dans quelques autres maladies, comme la fièvre typhoïde, le choléra, etc. Nous aurons donc, en temps et lieu, à exposer ces doctrines et à voir ce qu'elles offrent de vicié ou d'erroné. Question plus importante qu'on ne pourrait le croire, car de la théorie on a conclu à la pratique et essayé de formuler ainsi un traitement propre à combattre ces accidents.

Dans son premier ouvrage, Richard Bright (*Rep. of med. cases*, 1827, p. 71) avait déjà démontré que des phénomènes analogues à l'épilepsie et à l'apoplexie pouvaient se rencontrer dans cette maladie qu'il venait de découvrir, qu'il ne nommait qu'hydropisie par maladie du rein, et qui devait plus tard porter son nom. Plusieurs autres travaux entrepris dans la grande école de l'hôpital de Guy, de Londres, par Addison (*Guy's hosp. rep. avril*, 1839), par Barlow en collaboration avec Bright ou par Bright seul, augmentèrent graduellement le nombre de cas contenus dans la science. Depuis cette époque, ces faits se sont singulièrement multipliés, et il suffirait, pour s'en convaincre, de parcourir la monographie, si riche en érudition, de Frerichs (*Die Brightsche Nierenkrankheit*. Braunschweig, 1851). Depuis, d'autres faits ont encore été publiés, et nous en ajouterons nous-mêmes plusieurs cas, observés presque tous à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer. Plusieurs faits d'un grand intérêt nous ont été communiqués par cet excellent maître ; nous saisissons avec plaisir cette occasion de lui exprimer notre vive reconnaissance pour sa bienveillance et le secours que ses conseils nous ont procuré dans la composition de ce travail.

La première question que l'on doit se poser quand on étudie analytiquement un phénomène quelconque propre à une maladie, est celui de savoir si ce phénomène lui appartient en propre, s'il constitue un symptôme, ou bien si ce n'est qu'un phénomène accessoire, qu'un accident plus ou moins fréquent. Tous les auteurs, d'un accord presque unanime, ont rangé les convulsions au nombre des symptômes cérébraux de la néphrite albumineuse et ceux-ci au rang d'un des modes de terminaison les plus ordinaires de la maladie. Frerichs (*loc. cit.*, p. 141) dit que près du tiers des malades succombe dans le coma et les convulsions. Sur 241 cas, ce mode de terminaison fut noté 86 fois. Christison incline aussi à les ranger au nombre des symptômes morbides, à cause de leur fréquence dans les derniers temps de la maladie (*Christison, on granul. degener. of the Kidn.* Édimb., 1839, p. 92). M. Rayer (*Traité des malad. des reins*, vol. II, p. 393) ne regarde pas les phénomènes cérébraux comme aussi fréquents ; cependant, il ajoute : « Des attaques apoplectiformes, le coma, les convulsions et la mort subite.... sont les accidents cérébraux les plus communs dans la néphrite albumineuse et paraissent être, non de véritables complications, mais des accidents de l'affection rénale elle-même. »

Sans avoir besoin de multiplier ces citations, on peut déduire de ce que nous venons de dire que les accidents cérébraux et les convulsions sont des phénomènes appartenant aux symptômes de la maladie de Bright. Comme beaucoup d'autres phénomènes de cette maladie, ils peuvent varier d'intensité ou d'importance, être assez marqués pour mettre la vie du malade immédiatement en danger ou manquer d'autres fois complétement ; n'en est-il pas du reste de même de la plupart des autres symptômes de cette maladie, sans excepter l'hydropisie, le trouble de la vue, les bronchites et les œdèmes pulmonaires, les hémorrhagies, etc. ? Nous pourrions, sans sortir de notre propre expérience, citer des faits propres à démontrer que la bronchite et l'amaurose peuvent constituer le seul phénomène extérieur appréciable.

Parmi les phénomènes cérébraux, les convulsions sont peut-être une des variétés les plus rares ; elles le sont autant que l'apoplexie séreuse brusque dont Christison (*loc. cit.*, p. 29), Addison (*Guy's hosp. Reports*, avril 1839, p. 3) et d'autres, nous ont transmis des exemples ; la forme d'accidents cérébraux, au contraire la plus fréquente, est le coma.

Le coma existe souvent seul dans la période terminale de la maladie ; sous cette forme, nous ne nous en occuperons pas ici ; d'autres fois, il précède ou suit, ce qui est plus fréquent, la convulsion. L'observation suivante pourra, mieux qu'une description théorique, servir de type des convulsions épileptiformes dans la néphrite albumineuse.

Obs. I. — Lukaszewitz (Julien), âgé de 22 ans, d'une taille élevée, d'un embonpoint médiocre et d'une bonne constitution, entre, le 9 février 1852, à l'hôpital de la Charité ; il est couché au n° 35 de la salle Saint-Michel, dans le service de M. Rayer. Il assure jouir habituellement d'une bonne santé et n'avoir jamais fait de maladies graves ; il ne fait pas abus des boissons alcooliques ; la demeure qu'il habite n'est pas humide, et ses aliments ont toujours été d'une bonne qualité et abondants. Pas de symptômes généraux d'affection cardiaque. Un mois environ avant l'entrée à l'hôpital, L.... remarqua un commencement d'œdème pâle et indolore au niveau des malléoles ; simultanément survint un affaiblissement marqué des forces. Depuis dix jours, l'œdème des membres inférieurs a beaucoup augmenté, atteignant l'abdomen, puis la face est devenue bouffie, de la toux, avec expectoration peu abondante, de la douleur gravative dans les deux régions lombaires, de là des urines foncées en couleur et fréquemment excrétées, de la céphalalgie générale et gravative s'est manifestée. Jamais le malade n'a éprouvé de troubles cérébraux, vomissements, dyspepsie, etc.

Le 9 *février* 1852, jour de l'entrée à l'hôpital, nous trouvons L.... dans l'état suivant : teint pâle et un peu blafard ; œdème des joues, de la peau, de la région sous-mentale et des paupières inférieures ; œdème léger, indolore, dépressible des deux avant-bras, beaucoup plus considérable aux deux membres inférieurs, et surtout aux cuisses. Peau sèche ; le malade assure avoir remarqué, depuis quelque temps, une absence complète de sueurs. Sensibilité légère à la pression, au niveau des deux régions rénales. L'urine évacuée est pâle, un peu mousseuse, acide, et donne par la chaleur un précipité abondant d'albumine, de même que par l'acide nitrique. Sonorité normale, égale des deux côtés de la poitrine à la percussion dans toute la hauteur. Quelques râles sibilants et sous-crépitants de chaque côté à la base. Langue humide, rosée, pas de vomissements ou de diarrhée. Epanchement ascitique facile à constater dans la cavité péritonéale. Un peu de céphalalgie gravative générale. Vue bonne, aussi nette que d'habitude ; pas d'étourdissements ni de bruits dans les oreilles. (Décoct. de genêts ; ventouses scarifiées au niveau des deux régions rénales, pour 200 grammes de sang ; deux portions d'aliments.)

Le 11, on ajoute à cette prescription une potion avec teinture de digitale, teinture de colchique, āā 24 gouttes.

Le 18, la dose de chaque teinture est portée à 30 gouttes.

Du 10 au 23, L.... demeure dans le même état ; l'œdème n'avait pas diminué.

Le 23, il quitte l'hôpital et y rentre le 3 mars 1852, mais dans un état beaucoup plus grave. Il est couché au n° 4 de la salle Saint-Michel.

Cinq jours avant cette dernière époque, L.... a vu l'œdème augmenter considérablement ; les cuisses, les organes génitaux externes, le ventre, les membres supérieurs et la face présentent un œdème considérable ; aux jambes, la peau est fendillée par places. Pas de céphalalgie ; organes des sens intacts ; cependant, depuis la veille, quelques bourdonnements dans l'oreille gauche. Depuis quatre jours, un peu de diarrhée, six, sept selles jaunâtres dans les vingt-quatre heures, précédées de quelques coliques. On constate un épanchement liquide dans le tiers inférieur du côté gauche de la plèvre, moins de râles sibilants.

L'urine est peu abondante, environ 1 litre dans les vingt-quatre heures; l'urine, conservée pendant douze heures, présente un sédiment grisâtre, clair, dans lequel l'examen microscopique fait reconnaître la présence d'un certain nombre de globules sanguins, beaucoup de noyaux épithéliaux granulés, des cellules épithéliales également granulées, plusieurs *tubuli*, offrant des noyaux à peine reconnaissables; pas de traces de cristaux ou de sédiments salins. Chauffée ou brûlée par l'acide nitrique, l'urine présente une grande quantité d'albumine. Envies fréquentes d'uriner accusées par le malade. (Décoct. de genêts. Potion gommeuse avec éther nitrique, 1 gramme; un quart lavement de lin avec laudanum de Sydenham, 12 gouttes; deux portions d'aliments.)

Le 8 *mars*, dans la soirée, le malade accuse une céphalalgie gravative devenant chaque jour plus marquée.

Le 9, un peu de trouble dans la vue qui lui fait voir les objets comme s'ils étaient couverts d'un voile. Les pupilles n'offrent rien d'anormal; la diarrhée persiste. On a recours plusieurs fois, les jours suivants, à des bains de fumigations aromatiques, et une fois à une purgation au moyen d'un gramme de scammonée.

Du 15 au 22, accablement, étourdissements, tendance au sommeil.

Le 22, je fus appelé, à midi et demi, pour voir L...., qui venait d'avoir un accès convulsif, avec mouvements violents. Quand j'arrivai près du malade, j'appris qu'il avait été pris, dix minutes environ auparavant, d'une attaque convulsive épileptique avec écume et mouvements tellement violents des membres, qu'on avait été obligé d'employer plusieurs personnes pour le maintenir dans son lit. Cette première attaque avait duré de quatre à cinq minutes, puis avait fait place à un coma profond avec stertor, dans lequel le malade était encore plongé lorsque je le vis. L.... était dans le décubitus dorsal, sa face un peu pâle, les membres dans la résolution complète, les pupilles largement dilatées, immobiles, les lèvres couvertes d'un peu d'écume sanguinolente. En ma présence, cinq à six minutes après mon arrivée, c'est-à-dire dix minutes après la première attaque, L.... fut atteint d'un nouvel accès. La face devint un peu congestionnée, les paupières étaient à demi écartées, les globes oculaires presque complétement cachés sous les arcades orbitaires; les mâchoires, serrées presque convulsivement, étreignaient la pointe de la langue et laissaient écouler au dehors une écume sanguinolente. Les membres, principalement les supérieurs, s'agitaient violemment, un peu plus à droite qu'à gauche. Les bras exécutaient des mouvements violents de pronation, avec projection du coude en avant; les pouces étaient fortement fléchis dans la paume de la main, si bien qu'après l'accès je constatai que les ongles avaient déchiré la peau. Les membres inférieurs soulevaient et déplaçaient latéralement le tronc, qui menaçait de tomber hors du lit. Cinq personnes suffisaient à peine pour maintenir le malade dans son lit.

Ces mouvements convulsifs se prolongèrent pendant six minutes, allant graduellement en diminuant, pour faire place à des mouvements par secousses qui disparurent eux-mêmes et furent remplacés par un coma profond. La face du malade demeura un peu congestionnée, les pupilles dilatées, la perte de connaissance complète; la respiration était bruyante, stertoreuse; le pouls à plus de 140 puls., très-petit.

Nous fîmes appliquer immédiatement six sangsues derrière chaque oreille, en recommandant de prolonger aussi longtemps que possible l'écoulement du sang.

Le coma persista jusqu'à six heures et demie du soir; à cette heure, le malade donnait avec peine quelques réponses qui n'étaient pas toujours justes; les pupilles étaient largement dilatées.

Le 23, vers une heure du matin, nouvelle attaque convulsive ayant, au dire de l'infirmier, les mêmes caractères que la précédente, et durant moins longtemps.

Le 23, à huit heures et demie du matin, persistance du coma, dilatation des pupilles, qui sont immobiles; on ne peut obtenir aucune réponse du malade. Pouls à 124 puls., peu développé, peu fort; face pâle; urines involontaires. (Saignée du bras de 350 gr., ventouses scarifiées à la nuque pour 200 gr. de sang; calomel, 0gr,60.) Le sang extrait de la veine présentait, le soir, un caillot peu volumineux.

Dans la soirée et le lendemain, même coma.

Du 25 au 28, amélioration graduelle; cependant, le malade ne reprend pas ses forces; la vue demeure trouble, la céphalalgie gravative persiste; pas de nouvelles convulsions, œdème considérable des membres et du tronc. Dans les derniers jours, une rougeur érysipélateuse pâle se manifeste dans la partie la plus déclive de l'abdomen; l'intelligence est assez bonne.

Le 29, le malade retombe dans le coma, qui va graduellement en augmentant jusqu'à dix heures trois quarts du soir, moment de la mort.

Autopsie.— On constate, dans le tissu celluleux sous-arachnoïdien, un épanchement de sérosité assez abondant, peu de liquide dans les ventricules. La substance cérébrale était saine.

Double épanchement pleurétique avec flocons fibrineux dans chaque plèvre; un peu d'œdème et d'engouement des deux poumons en arrière et à la base. Le cœur était sain.

La cavité du péritoine contenait 6 litres environ de sérosité transparente et citrine.

Le tube digestif, le foie et la rate n'offraient aucune lésion.

Les reins assez volumineux :

	Hauteur.	Largeur.	Epaisseur.
Rein droit. . .	0m, 13	0m, 05	0m,025
Rein gauche. . .	0m,135	0m,055	0m, 02

Adhérence plus marquée que dans l'état normal, entre la surface de la glande et la membrane fibreuse d'enveloppe. Les deux reins, à leur surface, sont d'une couleur jaunâtre, pâle, marbrés de rares étoiles vasculaires rougeâtres, un peu mamelonnés, parsemés de petites granulations blanchâtres, dures, du volume d'une tête d'épingle. A la coupe, on trouve le tissu cortical augmenté de volume, jaune, avec granulations blanches. Les pyramides, un peu atrophiées, sont comprises entre deux bandes épaisses de tissu cortical inter-pyramidal. A l'examen microscopique, on trouve les canaux urinifères bosselés, remplis d'une matière granuleuse abondante, dans laquelle on ne distingue que dans peu d'endroits des noyaux d'épithélium infiltrés de matière granuleuse. La membrane interne des bassinets était d'une couleur blanche mate, leur muqueuse épaissie. Les uretères, la vessie, les testicules et la prostate étaient sains.

Nous avons rapporté cette observation avec beaucoup de détails, car elle offre, comme on le verra dans la suite de ce travail, plus d'un point intéressant; les accidents généraux, céphalalgie, étourdissements, bruits dans les oreilles, précédèrent les convulsions, qui revinrent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, purent être examinés par nous-même, et firent place à un coma qui se dissipa peu à peu. Puis le malade éprouva une amélioration momentanée, pour retomber ensuite dans le même état comateux qui se termina par la mort.

(*La suite au prochain numéro.*)

Mémoire sur un traitement nouveau de la couperose et sa guérison,

Par le Dr Sellier,

Ancien médecin des hôpitaux et des établissements de bienfaisance de la ville de Paris, membre de plusieurs Sociétés médicales, etc., etc.

[*Lu à l'Académie des Sciences, dans la séance du* 23 *mars* 1857.]

(SUITE ET FIN.)

(Voir les nos 59 et 60.)

Obs. XII. — *Couperose pustuleuse. — Pustules conoïdes à base large et dure. — Migraines. — Aménorrhée. — Douleurs d'estomac. — Anorexie. — Guérison.*

Mlle Catherine, dame de confiance chez M. Migeon, avoué, rue des Bons-Enfants, d'un tempérament sanguin, âgée de 44 ans, ayant été victime d'un vol important relativement à sa petite fortune, dans le moment où elle avait ses règles, eut une brusque suppression de l'écoulement du sang. Elle fut d'abord atteinte de migraines, de douleurs d'estomac, d'anorexie; plus tard, des plaques rouges survinrent

sur les joues, le nez et le menton. Puis la figure se couvrit de pustules conoïdes à base large et dure : ces pustules s'animèrent fréquemment, s'ouvrirent et laissèrent s'échapper une sérosité jaunâtre et visqueuse (lorsque quelques-unes guérissaient, elles étaient promptement remplacées par d'autres). Cet état dura plusieurs années ; Mlle Catherine, qui était toujours souffrante, eut en vain recours à une foule de médications. Enfin, elle vint me prier de lui donner mes soins, malgré M. Migeon, qui ne croyait pas à la possibilité de la guérison de cette maladie.

L'iodure de chlorure mercureux amena promptement la sortie par les pustules d'une énorme quantité de cette même sérosité jaunâtre et visqueuse. Il se forma de larges croûtes brunes qui se détachèrent vers le cinquième jour.

Toutes les semaines je renouvelai l'application du topique, qui amena les mêmes poussées, les mêmes résultats. Peu à peu les plaques rouges de la face ont disparu, les pustules se sont affaissées et ont également disparu, les migraines ont cédé, les règles sont revenues aux époques ordinaires, et les fonctions digestives se sont rétablies.

J'ai associé au traitement externe 2 pilules par jour, des boissons amères et des purgatifs.

Cette guérison, qui a été obtenue dans l'espace de deux mois et demi, date de cinq ans.

La santé de Mlle Catherine est actuellement excellente, elle a pris de l'embonpoint et de la fraîcheur ; la peau de sa figure est unie et très-blanche.

Obs. XIII. — *Couperose érythémateuse, pustuleuse. — Dyspepsie. — Sueurs nocturnes abondantes. — Dysménorrhée. — Douleurs utérines. — Guérison.*

Mme V......, d'Ivry, âgée de 28 ans, d'un tempérament sanguin, ayant éprouvé, un jour où elle avait ses règles, une peur qui fit sur elle une vive impression, et qui la rendit très-souffrante, vit tout à coup sa santé se déranger, elle perdit l'appétit, puis survinrent des sueurs nocturnes abondantes et des douleurs utérines très-vives qui l'empêchèrent de vaquer à ses occupations. Les règles se montrèrent à peine aux époques mensuelles. Bientôt sa figure devint rouge pourprée, avec apparition sur le nez, le front, les joues et le menton, de pustules brunes à base élevée, qui s'ouvrirent de temps en temps pour laisser s'échapper une sérosité purulente de couleur noirâtre.

Elle eut recours à diverses médications, d'après les conseils de quelques médecins spéciaux ; elle n'obtint aucun amendement. Sa santé s'altérant tous les jours plus gravement, désolée de cette triste situation, elle vint me consulter ; je l'engageai à suivre le traitement par l'iodure de chlorure mercureux. Les premières applications amenèrent une exsudation très-abondante, venant de toutes les parties affectées. Bientôt une matière épaisse couvrit ces mêmes parties, forma une croûte qui devint dure et compacte en se desséchant ; la chute de cette croûte n'eut lieu que dix jours après, contrairement à ce qui se passe d'habitude.

Je recommençai alors une nouvelle application, les mêmes phénomènes se manifestèrent ; la poussée fut cependant moins abondante. Il en fut de même de plusieurs applications. La rougeur pourprée de la face persistant, les pustules ne diminuant pas de volume, leur coloration brune offrant toujours le même aspect, les sueurs revenant toutes les nuits, je me décidai alors, pour cette malade, à augmenter la dose du composé chimique ; je la portai à 1 gr. 50 cent. pour 30 gr. d'axonge ; j'ajoutai au traitement externe 4 pilules par jour, une tisane dépurative, et je prescrivis un purgatif tous les huit jours ; je ne fis l'application du topique que tous les quinze jours.

Sous l'influence de cette nouvelle médication, les poussées se firent avec plus d'abondance, les douleurs utérines diminuèrent notablement, l'appétit devint meilleur, les aliments furent mieux digérés, et les sueurs nocturnes disparurent.

Après quelque temps de l'emploi du médicament, je constatai une grande diminution de la rougeur pourprée de la face, les pustules s'affaissèrent, et leur coloration brune fut beaucoup moins prononcée. Enfin, après six mois d'applications successives de l'iodure de chlorure mercureux porté à cette dose élevée, et après des poussées réitérées toutes les altérations organiques de la peau cédèrent, il ne resta plus de traces des pustules ; les sueurs nocturnes et les douleurs utérines disparurent entièrement ; l'écoulement menstruel devint plus abondant et eut lieu régulièrement ; les fonctions de l'estomac se rétablirent. Aujourd'hui, la santé de Mme V...... est parfaite.

Cette guérison date de dix-huit mois.

Obs. XIV. — *Couperose érythémateuse, pustuleuse, héréditaire. — Dérangement des fonctions digestives. — Douleurs de tête constantes. — Dilatation des veinules sous-cutanées de la face. — Guérison.*

Mme Des....., âgée de 34 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, très-impressionnable, m'a été adressée par M. le docteur Bousquet, directeur du service de la vaccine (Académie de Médecine), pour la soigner de sa couperose. Elle était toujours très-souffrante de douleurs de tête ; elle ne pouvait supporter l'approche du feu : elle était souvent indisposée lorsqu'elle allait au spectacle, dans les lieux où il y avait foule, et pendant les grandes chaleurs de l'été, ses fonctions digestives se faisaient ordinairement très-mal. Son père avait été lui-même très-couperosé, très-bourgeonné.

Quoique délicate, son enfance s'était passée sans maladie grave. C'est seulement à l'âge de 20 ans que son teint commença à s'animer et qu'elle vit d'abord sa figure se couvrir de plaques rouges violacées, puis de petites pustules qui s'enflammaient de temps en temps, s'ouvraient et donnaient un peu de suppuration. Les veinules sous-cutanées du nez et des joues se dilatèrent alors considérablement. Tous ces accidents résistèrent aux médications diverses employées pour les combattre.

Dès que j'eus soumis Mme Des..... à mon traitement, le médicament détermina promptement la sortie des pustules et de toutes les parties pourprées du visage, une sérosité limpide jaunâtre excessivement abondante ; cette sérosité s'écoula pendant plusieurs heures, puis, après la détente, ces mêmes parties furent couvertes d'un enduit brunâtre provenant de la sérosité desséchée. A chaque application du topique, les mêmes résultats se reproduisirent plus fortement. Lorsque j'eus fait la troisième friction, l'enduit était devenu très-épais. Je dus en attendre la chute pendant huit jours ; il finit cependant par se détacher complétement, sous forme d'écailles larges et luisantes. Les nouvelles applications du médicament n'eurent lieu que tous les quinze jours, et chaque fois, je pus observer les mêmes phénomènes.

Après un certain nombre de frictions, la sérosité jaunâtre devint de plus en plus consistante, et les croûtes qui survinrent par la dessiccation se détachèrent plus facilement et plus promptement.

Après chaque chute de ces croûtes, la peau présenta moins d'épaisseur, moins de rougeur ; bientôt les pustules commencèrent à s'affaisser, et peu à peu les veinules dilatées reprirent leur calibre normal.

Mme Des..... a été entièrement guérie dans l'espace de quatre mois et demi ; les pustules, les rougeurs violacées ont disparu ; la peau est redevenue unie, naturelle, et les traits du visage ont repris leur régularité ; les douleurs de tête et les divers accidents ont cédé ; les fonctions digestives se sont rétablies ; aujourd'hui, la santé est parfaite. Au traitement externe, j'ai joint trois pilules par jour, une tisane amère et des purgatifs.

Obs. XV. — *Couperose érythémateuse, pustuleuse. — Pustules nombreuses et petites. — Guérison.*

M. Adolphe X...., avocat, âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin, fut sujet dans son enfance à de fréquentes épistaxis ; il eut une rougeole qui rentra et détermina une congestion cérébrale à laquelle il a failli succomber. A l'âge de 20 ans, à la suite de vives contrariétés, il fut atteint de la danse de saint Guy ; il dut sa guérison aux bons soins de M. le professeur Trousseau.

Les épistaxis si fréquentes disparurent complétement : mais bientôt M. Adolphe commença à voir sa figure se couvrir de plaques rouges, surtout après ses repas (il dit qu'il avait comme un masque d'un rouge violacé sur toute la face). Ces accidents persistèrent pendant huit ans. Dans l'été de 1855, il vit apparaître au milieu de ces plaques, sur le front, le nez, les joues, à l'entour de la bouche, des

pustules très-petites, d'un rouge vif, qui s'exaltaient sous l'influence de la chaleur du feu, de la température extérieure et de son travail de cabinet. Il était souvent pris d'étourdissements.

L'application du médicament sur les parties affectées a eu pour résultat de produire une excitation générale qui a amené, sur les surfaces couperosées, l'excrétion d'une matière séreuse, abondante, qui forma des croûtes par la dessiccation, puis sur les plaques rouges, l'épiderme fut soulevé et se détacha, quatre jours après, en lames minces et assez larges.

De nouvelles frictions ont été faites successivement, les mêmes effets se sont constamment reproduits. L'excrétion de matière séreuse a diminué chaque fois, et après quatre mois de traitement, M. Adolphe a eu le bonheur de voir disparaître les plaques rouges et les pustules; les étourdissements ont également disparu, sa physionomie a repris son type normal. Comme je le fais toujours, j'ai joint au traitement externe les pilules, les boissons dépuratives et quelques purgatifs.

M. Adolphe X.... est fils d'un de nos médecins distingués, dont les travaux ont été couronnés par l'Académie.

Je me suis borné à ces quinze observations; j'aurais pu en citer un plus grand nombre, n'ayant pas eu un seul insuccès. Il est actuellement bien évident que la guérison de toutes les variétés de la couperose est assurée, à l'avenir, avec le sel de M. Boutigny (d'Évreux), depuis les modifications qu'il a apportées à son *modus faciendi* pour la préparation de ce composé chimique.

Loin de moi, cependant, la pensée de vouloir en faire une panacée pour la cure de toutes les dermatoses, de toutes les maladies, comme on l'a fait d'autre part. Toutefois, je dois répéter à l'Académie que j'ai obtenu, par son emploi, la guérison de deux goîtres (ainsi qu'elle pourra le voir dans deux observations), la résolution de quelques adénites cervicales, et la prompte disparition des plaques couleur de bronze qui accompagnent la grossesse des femmes, et qui persistent souvent si longtemps sur leur figure après l'accouchement.

Voilà les nouveaux résultats dus à l'iodure de chlorure mercureux modifié. S'ils méritent de fixer l'attention bienveillante de l'Académie, je lui demande de vouloir bien renvoyer ce mémoire à la Commission des prix Montyon, en faisant à M. Boutigny (d'Évreux) la part qui lui est due pour cette découverte.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Ventilation des navires,

Par M. R. de Licques, *architecte.*

L'attention bien légitime que nous avons donnée au remarquable travail de M. Grassi, sur la *ventilation dans les hôpitaux*, donnera un intérêt particulier au compte rendu des expériences comparatives suivantes, faites dans le port de Toulon, par ordre de S. E. l'amiral ministre de la marine et des colonies :

Une commission, composée d'officiers supérieurs et ingénieurs de la marine, s'est réunie à bord de l'*Adour*, pour l'examen des différents systèmes de ventilation qui se trouvent installés sur ce navire.

Ces systèmes, dont nous allons succinctement donner la description, sont :

1° *Six manches à vent métalliques* ayant $0^m,30$ de diamètre sur $5^m,70$ de longueur. La partie supérieure de ces tubes, formant entonnoir, se trouve à hauteur des bastingages, et l'extrémité inférieure descend verticalement jusqu'à environ $0^m,50$ du faux pont;

2° *Le ventilateur à force centrifuge.* Cet appareil, qui a $0^m,70$ de diamètre, est établi sur le pont. Le conduit qui y est adapté descend jusqu'au niveau du faux pont, et là il se transforme, en se bifurquant, en deux coffres carrés en bois, de $0^m,20$ de côté. Ces coffres se trouvent contre les parois latérales, et sur leur parcours, qui est de 35 mètres de longueur pour chacune d'elles, il est ménagé, de distance en distance de petites ouvertures mobiles pour le passage de l'air.

3° Le procédé de l'ingénieur belge, M. Van Hecke de Bruxelles. Ce système se compose de plusieurs éléments, savoir :

L'*appareil ventilateur* à double effet, et qui permet d'injecter de l'air pur dans le navire, ou d'en extraire l'air vicié à volonté.

Cet instrument, au sujet duquel l'Institut de France et d'autres corps savants ont fait des rapports favorables, est formé de deux palettes fixées à deux tiges implantées perpendiculairement à l'axe de rotation. Il diffère d'une manière essentielle de la famille ordinaire des hélices par ses combinaisons et son élasticité, qui rendent à la fois son action très-efficace sur l'air et impuissante dans l'eau. C'est en cela qu'il diffère de l'hélice, qui, très-puissante dans l'eau, l'est très-peu dans l'air. La raison de cette différence s'explique en quelques mots :

L'eau est environ 800 fois plus dense que l'air, qui est, de plus, éminemment élastique. L'ingénieur belge a, le premier, compris qu'il fallait deux organes différents pour agir sur deux éléments de nature si différente, et l'idée de l'inventeur est aujourd'hui généralement appréciée.

Ce qui ajoute à l'intérêt que présente le système de M. Van Hecke, c'est qu'il permet de constater en tout temps, sans calcul et par un simple coup d'œil, l'effet de la ventilation, soit par injection, soit par extraction, et cela au moyen d'un petit dynamomètre qui se trouve placé au-dessus de l'appareil ventilateur. Il se compose d'un disque métallique très-léger, mobile autour de son axe, et équilibré par un contre-poids. Lorsque l'air est en repos dans la colonne, le disque est horizontal; sous l'influence d'un courant, il dévie de sa position et s'en écarte plus ou moins, suivant l'intensité du courant, jusqu'au point de devenir vertical. Pour un même appareil, cette sensibilité peut être modifiée en faisant varier la position du contre-poids sur la tige qui lui sert de levier. Les oscillations du disque se représentent sur des cadrans par des aiguilles fixées sur l'arbre de l'instrument, et indiquent la vitesse des courants; et comme ces vitesses sont liées aux volumes, on comprend que la graduation des cadrans puisse être faite de manière à indiquer les quantités d'air en même temps que la vitesse des courants. L'un de ces instruments sert pour l'injection, l'autre pour l'extraction.

Pour compléter la description du système de M. Van Hecke, il nous reste à parler de l'*anémomètre* et du *compteur*, qui sont indispensables pour régler les cadrans indicateurs dont nous venons de parler, et au moyen desquels on peut mesurer d'une manière précise, les volumes d'air qui passent dans un conduit en un temps donné.

Jusqu'ici, l'anémomètre de M. Combes était l'appareil dont on se servait pour mesurer l'air; mais son emploi exigeait des notions algébriques, de longs calculs, une habitude de manipulations et des soins infinis pour arriver au moindre résultat démonstratif.

Quand on opérait avec cet instrument, qui n'a qu'une très-petite section, il fallait chercher, par des essais préliminaires, le point précis du conduit où devait être placé l'instrument pour obtenir les mesures recherchées, et les expériences ont trop souvent démontré qu'avec toutes ces notions et tous ces soins, on n'arrivait qu'à constater des résultats si incertains, que les plus habiles ingénieurs se sont trouvés en peine d'indiquer la vitesse moyenne des courants (1).

Avec l'anémomètre de M. Van Hecke, toutes ces difficultés et ces incertitudes ont disparu. Il ne faut plus être ni mathémati-

(1) Voir (p. 16) l'*Étude comparative de ventilation et de chauffage des hôpitaux*, par M. Grassi, docteur ès sciences et pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, à Paris. — Broch. in-8°, chez Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

cien, ni habile manipulateur, pour connaître les quantités réelles. Aussi, cette opération est-elle devenue, en quelque sorte, élémentaire et à la portée de tout le monde.

Quant au compteur, formant une petite boîte (un millième de mètre cube), il présente quatre cadrans : A, B, C, D, et peut marquer cent millions de révolutions de l'anémomètre sans perdre son indication.

Quand on veut faire une observation, on commence par inscrire l'indication des cadrans dans l'ordre D C B A, sur le tableau porté par le compteur lui-même; on laisse ensuite marcher l'appareil pendant un temps déterminé (des minutes, des heures, des jours, des mois, des années), et, au bout du temps voulu, on fait une nouvelle lecture des cadrans. La première, retranchée de la deuxième, indique le nombre de révolutions de l'anémomètre, qu'il suffit de multiplier par le volume d'air correspondant à un tour pour avoir le résultat.

Tous ces instruments, qui sont d'une extrême simplicité, forment le système de M. Van Hecke.

Pour en faire l'application à bord des navires, l'inventeur a eu l'idée ingénieuse de les établir dans un conduit cylindrique, formant une manche à vent. Ce conduit, qui n'est qu'un accessoire et dont le diamètre varie nécessairement suivant les besoins de la ventilation, est de 0m,85 à bord de l'*Adour*. La partie supérieure se trouve au-dessus du pont, à hauteur des bastingages, et est formée par un chapeau à entonnoir, avec diaphragme à 45 degrés d'inclinaison. Ce chapeau, tournant sur pivot, surmonte la colonne qui passe par un des panneaux du navire, et qui, descendant jusqu'au fond de la cale, présente, à tous les étages, des ouvertures mobiles pour le passage de l'air.

Cette disposition permet de profiter de tous les mouvements naturels de l'atmosphère, et de les utiliser pour les besoins de la ventilation. Si, comme il arrive souvent, les vents atmosphériques sont insuffisants pour opérer le renouvellement de l'air d'une manière convenable, la machine à vapeur du bâtiment ou un homme met le ventilateur en mouvement, et il en résulte que l'aérage s'opère, en tout temps, à volonté.

Les expériences suivantes, faites par la Commission, ont constaté; qu'un homme pouvait injecter, par seconde, 1765 litres d'air pur dans le navire, ou en extraire une égale quantité, soit 6357 mètres cubes par heure.

Pendant l'expérience, qui a duré deux minutes, on a donné 105 tours à la manivelle, et chaque tour de celle-ci correspondant à 10,5 révolutions de l'appareil ventilateur, il s'ensuit que l'appareil a fait, en une minute, 554 révolutions.

Une deuxième expérience, qui a duré cinq minutes, a donné des résultats proportionnels.

Ces deux premières épreuves ont eu lieu sans le concours de l'effet produit par la manche à vent, le chapeau à entonnoir ayant été enlevé, et l'appareil anémométrique ne tournant que sous l'influence du fonctionnement du ventilateur.

Une troisième expérience a eu pour but de constater l'effet simultané de la manche à vent et du ventilateur, et le produit a été de 2,691 litres par seconde, soit 9,690 mètres cubes par heure.

Pendant cette opération, l'appareil ventilateur avait fait seulement 462 révolutions par minute.

La Commission a fait ensuite mettre en mouvement le ventilateur à force centrifuge. Huit hommes ont été employés pour le faire fonctionner, et le nombre de révolutions effectuées par l'appareil s'est élevé à 1,568 par minute. La vitesse était donc trois fois plus grande que celle de l'appareil de l'ingénieur belge, et de là provient le grand déploiement de force qu'a nécessité son action.

Comme il ne se trouvait pas à bord d'instrument anémométrique qui pût être placé dans les conduits, le mesurage des volumes d'air obtenus n'a pu être fait d'une manière précise; mais, à en juger par la faible vitesse des courants et l'exiguïté des conduits (0m,20 × 0m,20), on peut évaluer approximativement que la quantité d'air fournie par l'effort *des huit hommes* ne s'élevait guère à plus de 800 litres par seconde, soit 2,880 mètres cubes par heure.

L'appareil de M. Van Hecke ayant donné 1,764 litres par seconde, soit 6,357 mètres cubes par heure avec *un seul homme*, le rapport entre les deux systèmes serait donc d'environ 17 à 1. Ce résultat présente une différence si considérable, que nous aurions hésité d'en faire la remarque si le doute était permis en présence des faits que nous venons de signaler.

(*Sentinelle toulonnaise.*)

MÉDECINE CLINIQUE.

Amaurose métastatique,

Par M. le Dr R. Schoenheit, de Güssing.

Pendant une épidémie de scarlatine miliaire qui régnait depuis le mois de février 1854 dans le district de Güssing, M. Schœnheit fut appelé près d'un garçon âgé de 10 ans, chez lequel l'éruption semblait avoir eu lieu régulièrement, mais qui, à la suite de quelque imprudence, présentait tous les symptômes d'une hydropisie albuminurique généralisée, à laquelle les deux yeux ne participaient que par l'œdème des paupières. Le traitement institué amena les plus heureux résultats; mais lorsqu'on commençait à regarder cet enfant comme convalescent, il se plaignit soudain de ne plus voir de l'œil gauche, qui n'était pas douloureux et ne présentait aucune altération appréciable. Cet état de perte complète de la vue d'un côté a persisté jusqu'aujourd'hui (avril 1855), malgré l'emploi des traitements conseillés par les praticiens les plus renommés. La pupille est un peu dilatée; la contractilité de l'iris et sa sensibilité pour la lumière ne sont pas totalement supprimées, mais considérablement diminuées. (*Ann. d'oculistique.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 mai 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Valérianate d'ammoniaque. — L'ampliation d'un arrêté en date du 30 avril 1857, portant approbation de la formule présentée par MM. Laboureur et Fontaine, pour la préparation du *valérianate d'ammoniaque*. En conséquence, cette formule sera insérée dans les *Bulletins* de l'Académie de Médecine, en attendant qu'elle puisse être inscrite dans la prochaine édition du *Codex pharmaceutique*.

Eaux minérales. — Un envoi d'échantillons des Eaux thermales d'Alet (Aude), avec demande d'analyse et d'avis.

— Un rapport de M. le docteur Sibille, sur le service médical des Eaux de Plombières, pendant l'année 1855. (Commission des Eaux minérales.)

Épidémies. — Un rapport sur les maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans le département du Doubs. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Ophthalmies. — Un mémoire de M. le docteur Roüault, de Rennes, sur *l'emploi du sulfate de cuivre en nature dans le traitement de certaines ophthalmies chroniques*. (Comm. : MM. Velpeau et Larrey.)

Endocardite. — Un mémoire *Sur le traitement et la guérison de l'endocardite rhumatismale chronique* par les Eaux thermales de Bagnols (Lozère), par M. le docteur Dufresse de Chassaigne. (Comm. : MM. Jolly, Mélier et Bouillaud.)

Fractures des mâchoires. — Un travail de M. Morel-Lavallée, ayant pour titre : *Addition à mon mémoire sur un nouvel appareil pour les fractures des mâchoires.* (Comm. : MM. Robert et Velpeau.)

Luxations du genou. — Une lettre de M. le docteur Ancelet, de Vailly (Aisne), *Sur un cas de luxation fémoro-tibiale latérale externe.* (M. Malgaigne, rapporteur.)

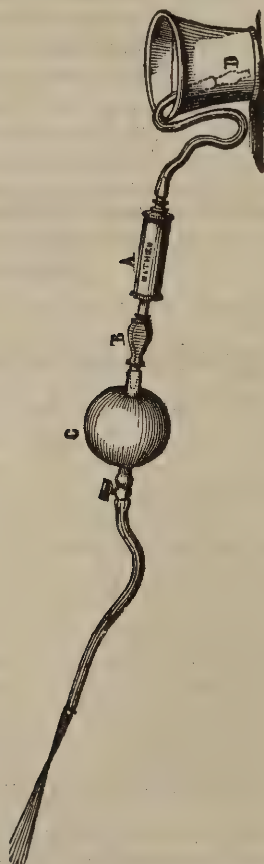
Variole. — Un mémoire de M. le docteur Bertherand, intitulé : *La variole dans le nord de l'Afrique.* (Commission de vaccine.)

Irrigateur. — Une note de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, sur un perfectionnement qu'il vient d'apporter à son *irrigateur à douches.*

Cet irrigateur, que M. Mathieu a présenté il y a trois ans à l'Académie, est employé depuis lors dans le service de M. le professeur Dubois. M. Mathieu a substitué à l'une des boules de caoutchouc vulcanisé la seringue à double effet qu'il a construite il y a deux ans pour M. Robert.

Par cette modification, le liquide est pris par l'un des bouts de l'appareil, et lancé en un jet fort et continu par la canule adaptée à la sphère.

Cet instrument simple, portatif et peu coûteux, est extrêmement facile à manier et susceptible d'être mis en usage dans les cas où il



s'agit d'extraire un liquide d'une cavité naturelle ou accidentelle et d'y faire des injections ou des irrigations.

M. le Président annonce à l'Académie que M. le docteur Négrier, directeur de l'Ecole d'Angers, et M. Hubert, membre correspondant à Laval, assistent à la séance.

M. Civiale communique une note qui a été présentée hier à l'Académie des Sciences et que nous reproduisons plus haut.

LECTURES.

M. Bérard donne lecture d'un travail sur la *Glucogénie.* [Nous publierons ce mémoire dans un de nos prochains numéros.]

M. Delafond lit un mémoire intitulé : *Observations sur certains phénomènes se rattachant à la parturition et à l'allaitement chez des chiennes qui n'ont pas été fécondées au moment du rut ou des chaleurs.* [Nous publierons un extrait de ce travail.]

M. Giraldès lit une note ayant pour titre : *Etudes cliniques sur l'amylène.* (Comm. : MM. Robert et Jobert.)

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Iodure de chlorure mercureux.

Monsieur le Rédacteur,

Avant d'envoyer à M. le Président de l'Académie des Sciences ma réponse à la lettre de M. Rochard, qui a été introduite dans le dernier numéro de votre estimable journal, je viens vous prier de donner place également à ces quelques lignes :

Je ne suivrai pas mon confrère dans ses prétendues équivoques; je dirai seulement qu'il est ridicule de vouloir absolument se poser comme l'inventeur, le directeur du traitement des dermatoses par l'iodure de chlorure mercureux, et enlever à M. Boutigny le mérite de sa découverte comme chimiste, et la priorité de l'emploi de son médicament comme médecin, c'est véritablement se parer des plumes du paon. Je ne comprends pas encore que M. Rochard se serve de ces mots : ma pommade, ma médication, car il sait parfaitement que M. Boutigny a publié ses diverses formules dans plusieurs annuaires de thérapeutique depuis 1838. M. Thieullin, ex-pharmacien, rue de la Chaussée-d'Antin, ami de M. Boutigny, pourra rappeler les souvenirs de M. Rochard; c'est lui qui, connaissant les cures obtenues par M. Boutigny avec son agent chimique, a prié ce dernier de donner à M. Rochard toute l'instruction nécessaire pour l'emploi du médicament.

M. Boutigny a travaillé de nouveau ce sel, ainsi qu'il l'a annoncé dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 12 mai; il a bien voulu me charger de faire de nouvelles expériences qui ont été suivies de succès constamment complets. — Que M. Rochard attende donc la publication de la note de M. Boutigny; il y trouvera les modifications apportées au *modus faciendi* de l'iodure de chlorure mercureux.

Agréez, etc. Sellier.

Paris, 17 mai 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— M. le docteur Ludovic Hirschfeld a été nommé chef de clinique de la Faculté, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan. Il est entré en fonctions le 14 de ce mois.

Clinique chirurgicale. — M. Richet, agrégé de la Faculté, a commencé le lundi 18 mai, à l'Hôtel-Dieu, le cours de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le professeur Laugier, empêché pour cause de maladie. M. Richet continuera ses leçons cliniques les lundis, mercredis et vendredis suivants, à neuf heures.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Des amputations partielles du pied *et de la partie inférieure de la jambe,* par M. le docteur Legouest, professeur-agrégé à l'Ecole militaire du Val-de-Grâce, etc. — Paris, 1856. — Prix : 1 fr. 50 c. — Chez Delahaye et Chatel, libr., place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine, précédées d'un *Essai sur la méthode statistique appliquée à l'étude de l'homme,* par le docteur Bertillon. — Un vol. in-18 de 233 pages (Paris). — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 62. 5e ANNÉE. Samedi 23 Mai 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Polype volumineux de l'utérus détruit par la gangrène. — Accidents de resorption putride, pendant lesquels l'haleine est aigrelette seulement le soir. — Expulsion d'une portion de la tumeur provoquee par l'emploi du seigle ergoté; puis, traitement par un régime analeptique. — Guérison,

Par M. le Dr P. DUCLOS, *ex-interne des hôpitaux.*

Mme D. L...., âgée de 45 ans, rentière à Méru (Oise), est une femme d'une bonne constitution, aux cheveux très-noirs, d'une taille ordinaire, ayant autrefois un embonpoint assez prononcé. Elle avait toujours eu une santé excellente jusque il y a dix ans; mais depuis cette époque, elle a souvent été malade. En 1849, elle eut le choléra, mais cette maladie n'a présenté qu'une médiocre gravité. Pendant la convalescence, il survint une fièvre intermittente quotidienne, dont les accès revenaient à heure fixe toutes les après-midi, maladie qui a duré trois ou quatre mois consécutifs, et qui n'a cédé qu'à de fortes doses de sulfate de quinine.

Ensuite la malade eut la suette miliaire, qui a duré une quinzaine de jours, et pendant laquelle affection on était obligé de changer la malade sept à huit fois de chemise dans les vingt-quatre heures.

C'est depuis cette époque-là, c'est-à-dire depuis sept ans, que Mme D. L.... a toujours été souffrante, sans jamais avoir eu un moment de soulagement. L'origine de la maladie actuelle est un peu obscure, parce que les premiers symptômes ont d'abord été peu prononcés. Dans le principe, c'est-à-dire il y a huit ou dix ans, ce n'était qu'un léger dérangement dans la menstruation qui attirait à peine l'attention de la malade. Et tandis qu'autrefois Mme D. L.... était parfaitement réglée pendant cinq ou six jours, plus tard les menstrues avancèrent un peu et étaient plus abondantes que par le passé; enfin, par la suite, c'étaient de véritables métrorrhagies s'accompagnant, depuis sept ans seulement, de violentes douleurs lancinantes dans les reins, les cuisses, les aines, le bas-ventre et les bras. C'est aussi depuis sept ans que tous les téguments prirent une teinte jaune paille très-prononcée, comme on la rencontre dans les affections carcinomateuses de l'estomac très-avancées.

Au visage, la couleur était jaune pain-d'épice, et là le phénomène était si accentué, que c'est peut-être ce qui a fait penser au grand

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

Lettres à M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

DIX-SEPTIÈME LETTRE.

DES LESIONS DE TISSUS.

Après avoir constaté à quel centre vital appartient l'appareil fonctionnel lésé, c'est l'œuvre du médecin de rechercher sur quels tissus l'altération morbide est spécialement fixée. Grâce à l'élan donné par Bichat dans ses magnifiques études d'anatomie générale, on connaît aujourd'hui la texture intime et la nature physiologique de ces tissus. Étudions-les successivement au point de vue pathologique.

A. TISSU OSSEUX. — De nature celluleuse, compacte et médullaire, les os sont susceptibles d'être lésés : 1° *par inflammation* (*toutes les ostéites*). L'augmentation du volume normal de l'os *malade* est toujours le résultat d'une ostéite. Cet accroissement morbide entraîne l'irritation et la phlogose des tissus sus-jacents. Si la cause est externe, et que l'ostéite soit consécutive à une contusion, plaie ou fracture, le diagnostic est souvent d'autant plus facile que la lésion de continuité permet l'usage de la sonde. L'ostéite est-elle interne et la lésion due à un état diathésique, il devient plus difficile d'en déterminer le siége. Toutefois, si la douleur est profonde, sourde, *ostéoscope*, si elle est indépendante des trajets nerveux considérables, des articles et des déplacements périodiques, de façon à permettre de l'isoler des névralgies et des rhumatismes musculaires ou arthritiques; si d'ailleurs on constate un état général rachitique, scrofuleux ou syphilitique, la difficulté devient moins sérieuse. La *carie* et la *nécrose*, l'une comme formation d'un produit nouveau, l'autre comme mortification du tissu, peuvent être considérées, dans la majorité des cas, comme le produit d'une ostéite. Dans ces deux variétés, le travail destructeur se traduit souvent par élimination;

2° *Lésions osseuses par hyposthénie.* Elles se manifestent soit par rachitisme, et alors la diminution du volume normal des os, leur cachexie, leur difformité, mettent sur la voie du diagnostic; soit par abcès froids, signe irrécusable de diathèse scrofuleuse. J'estime que toutes les causes de cachexies osseuses non consécutives à l'ostéite sont dues à un vice héréditaire ou diathésique. C'est ainsi que je classerai le *farcin*, l'*ostéosarcôme*, les *nodosités syphilitiques*, les *tumeurs encéphaloïdes* provoquant la carie, au nombre des hyposthénies du tissu osseux. En effet, toutes ces affections générales, virus, cancers, etc., frappent invariablement et à la longue de débilitation.

nombre de médecins que la malade a consultés qu'il s'agissait ici d'une affection cancéreuse de l'utérus. Ce n'était pas de l'ictère, et les sclérotiques avaient conservé leur coloration normale.

Peu à peu les pertes de sang devinrent de plus en plus abondantes, de plus en plus fréquentes. D'abord les règles avancèrent de cinq ou six jours, puis plus tard elles revinrent régulièrement tous les quinze jours. La métrorrhagie était aussi considérable au lit que lorsque la malade était debout. Dans l'intervalle des époques, il y avait un écoulement vaginal puriforme très-abondant, qui n'est devenu extrêmement fétide que depuis quatre ans seulement. D'abord ces flueurs blanches étaient très-peu copieuses, et plus tard elles obligeaient la malade à se garnir comme lorsqu'elle avait ses règles.

A l'époque des métrorrhagies, il y avait des douleurs atroces, lancinantes, comme nous l'avons dit plus haut, dans le bas-ventre, les reins, les aines, les cuisses et les bras, et la malade criait jour et nuit sans pouvoir goûter un instant de repos. Ces douleurs étaient extrêmement aiguës pendant trois jours seulement, et toutes les fois la malade était obligée de garder le lit pendant trois jours. C'était, dit-elle, comme des coups de canif qui lardaient le ventre. Dans ces moments-là, il y avait une grande gêne à rendre les urines, et des cuissons pendant la miction, et la constipation était si opiniâtre, que la malade était obligée de prendre des lavements tous les soirs. Dans l'intervalle des règles, les douleurs se calmaient un peu, mais elles étaient cependant ressenties tous les jours.

A mesure que tous les accidents sus-indiqués allaient en augmentant, le ventre augmentait petit à petit de volume au niveau de l'hypogastre. Là on y sentait une tumeur dure, résistante, qui, grossissant depuis dix-huit mois, s'élevait jusqu'à l'ombilic quand la malade nous manda pour lui donner nos soins. Dans les derniers temps ce gonflement du ventre produisait un sentiment de gêne à l'épigastre qui empêchait les mouvements respiratoires, et depuis six mois les douleurs lancinantes étaient si continuelles que maintes fois la malade a désiré mourir.

Sous l'influence de ces grandes pertes de sang et de ces grandes souffrances, l'anémie faisait, dans les trois derniers mois, de rapides progrès : l'amaigrissement allait chaque jour en augmentant, les forces se perdaient. Il y avait souvent de l'œdème, le soir, autour des malléoles; l'appétit diminuait progressivement; il y avait souvent des gonflements à l'épigastre après les repas, toutes les muqueuses se décoloraient de plus en plus; tous les jours, depuis quatre ou cinq ans, il y avait un sentiment de boule hystérique, des palpitations cardiaques et un essoufflement aussitôt que la malade voulait marcher.

Depuis quelques années, la malade était complétement incapable de se livrer au moindre travail.

Quand on recherche les causes qui ont pu donner naissance au polype vraiment monstrueux que renfermait l'utérus chez cette malade, et dont nous allons parler dans un instant, on apprend qu'il n'y a jamais eu de chute, soit sur le ventre, soit sur le derrière;

Que la malade a eu un accouchement, il y a vingt-deux ans, parfaitement normal, que l'enfant était à terme et bien portant : qu'il n'y a jamais eu de fausses couches; enfin on ne peut saisir aucune circonstance dans la vie de la malade qui puisse être regardée soit comme cause occasionnelle, soit comme cause déterminante.

Quant aux parents de la malade, ils n'ont jamais présenté aucune maladie qui puisse faire regarder l'affection comme héréditaire dans la famille. La mère est morte à 82 ans, de vieillesse; le père a succombé à 62 ans; il a été malade pendant deux ans. Mme D. L.... croit qu'il avait alors une hernie étranglée.

Quatre médecins très-distingués de Paris furent tour à tour consultés. Tous les quatre se bornèrent à pratiquer le toucher vaginal, mais pas un, affirme plusieurs fois la malade, n'a fait l'examen au spéculum.

L'un d'entre eux fit prendre, pendant sept à huit mois, une solution d'iodure de potassium et un sirop dont la malade ignore le nom.

Un autre prescrivit des bains et des injections vaginales froides.

Les deux autres ordonnèrent seulement des tisanes amères.

23 *août* 1856. Depuis six jours les pertes de sang étaient continuelles et très-abondantes; les douleurs lancinantes dans le bas-ventre étaient si violentes, que la malade n'avait pas un instant de repos. On constate alors l'état suivant :

Toutes les muqueuses sont blanches et décolorées, la blancheur des lèvres contraste avec la couleur jaune pain-d'épice de tous les téguments et surtout du visage. Il existe un souffle continu dans les vaisseaux du cou et derrière le mamelon gauche, au premier temps du cœur. Le pouls est petit, filiforme, extrêmement dépressible.

Le ventre est augmenté de volume et présente, au niveau de l'hypogastre, une tumeur dure, tendue, comme l'est l'uterus au quatrième mois de la grossesse. Il est extrêmement douloureux à la pression depuis six jours surtout; on note qu'il a 86 centim. de circonférence au niveau de l'ombilic.

Par le toucher vaginal, on sent une tumeur volumineuse dilatant le col et ayant l'apparence et la consistance des tumeurs encéphaloïdes ou des polypes sarcomateux. Cette tumeur, déjà descendue dans le vagin, en occupe toute la moitié supérieure. Elle paraît tenir par un pédicule fort large à la face postérieure de la cavité utérine. A l'aide de l'examen au spéculum, on voit que la tumeur est noirâtre, flétrie, et commence à se sphacéler; son odeur est extrêmement fétide. L'organe ne paraît pas abaissé.

A l'aide de pinces à polypes, on extrait un petit fragment de cette tumeur, et au microscope on ne découvre que des fibres allongées moniliformes, comme dans les tumeurs fibreuses.

3° La *déviation des vertèbres*, les *exostoses*, les *nodosités non syphilitiques*, et, en général, toutes les difformités du squelette que n'ont causées ni un agent extérieur, ni les diathèses hyposthénisantes, peuvent être considérées comme le produit d'un travail de *diasthénie* dans le tissu osseux.

B. Tissu musculaire. — L'examen des lésions de ce tissu est plus facile que l'étude des lésions osseuses; d'abord, sa nature est plus connue, physiologiquement parlant; de plus, les muscles étant les moteurs de l'organisme, toute lésion directe de la motilité met sur la voie du diagnostic. Là encore, nous trouvons les trois grands éléments morbides. Mais l'*excitabilité* est, par excellence, la propriété du tissu musculaire. Aussi, en vertu d'une grande loi de pathologie physiologique, d'après laquelle l'élément dynamique, prédominant dans un faisceau vital, est de préférence lésé, les affections les plus nombreuses des muscles sont incontestablement de nature hypersthénique. C'est dans ce système surtout que la phlogose se manifeste avec ses caractères élastiques : rougeur, chaleur, tumeur, douleur et tendance à la formation d'un produit nouveau en suppuration. C'est donc à ces signes certains qu'on diagnostiquera la *myélite*. L'*atonie musculaire*, l'*atrophie des faisceaux* et la *décoloration scorbutique* sont les phénomènes indicateurs de l'hyposthénie dans ce tissu.

Quant aux affections diasthéniques, la plupart, ici, sont plutôt sympathiques d'une lésion nerveuse importante que positivement idiopathiques. Tous les accidents d'*hémiphlégie* ou de paralysie partielle du mouvement, le *strabisme*, différentes formes de *tétanos* (opisthothonos et emprostothonos), etc., engendrent des états nosologiques qu'on peut rapporter à la diasthénie.

C. Tissu muqueux. — Il n'en est point dont les lésions jouent un plus grand rôle dans les affections des systèmes reproducteur et nutritif. On sait, en effet, que les surfaces muqueuses tapissent la plupart des cavités ou organes splanchnologiques. Tout le tube digestif, depuis l'extrémité antérieure de la langue jusqu'à l'orifice du rectum, est enveloppé d'une gaîne muqueuse; les fosses nasales, les paupières, l'oreille interne et moyenne, le larynx, l'utérus, le vagin, le clitoris, le gland de la verge, sont pourvus de muqueuses. Ces réseaux, dans l'organisation desquels entre une inextricable maille de capillaires sanguins et de filets nerveux, possèdent à un très-haut degré, les uns la propriété d'absorption et de sécrétion, les autres celle de l'érection (le tissu érectile n'étant, à nos yeux, qu'un tissu muqueux où surabondent les filets nerveux de la sensibilité). Dans son *Anatomie générale*, Bichat démontre que la pupille muqueuse est érectile dans ce tissu, comme la fibre musculaire est contractile dans les muscles.

Lorsque l'inflammation se localise sur une surface muqueuse, le

Dans l'intervalle des métrorrhagies, il s'écoule constamment, par le vagin, une sanie roussâtre, d'une fétidité repoussante et qui rappelle l'odeur de la gangrène.

Depuis deux jours, les symptômes généraux ont pris un caractère alarmant; il y a tous les jours, matin et soir, de petits frissons erratiques qui durent une heure et sont suivis d'une sueur très-abondante. L'haleine est légèrement aigrelette et offre une odeur purulente ou de lait tourné; mais, chose bien digne de remarque, cette odeur n'est bien manifeste que tous les soirs; le matin, elle ne se sent pas, et le phénomène est intermittent, comme la plupart des affections qui règnent dans la localité qu'habite la malade. Il ne présente pas cette continuité que l'on observe dans la résorption purulente. Le pouls, chaque soir, est plus fréquent que le matin, à 96 pulsations.

Les urines sont blanches, laiteuses, et d'une fétidité repoussante; elles contiennent une forte proportion d'albumine, comme l'ont démontré la chaleur et l'acide nitrique; elles renferment aussi quelques globules de pus, comme l'a fait voir le microscope.

En présence de ces accidents, les indications du traitement paraissaient être les suivantes: 1° faire accoucher d'abord la malade de sa tumeur, dans le cas où le sphacèle l'aurait détaché complétement de l'utérus; 2° ensuite refaire la constitution avec des préparations ferrugineuses, des vins généreux et une nourriture analeptique.

Dans ce but on a donné deux jours de suite, chaque jour, 1 gramme de seigle ergoté divisé en quatre doses égales, à prendre de quart d'heure en quart d'heure dans de l'eau sucrée.

26 *août*. Après l'ingestion du médicament, il est survenu des douleurs utérines très-violentes et presque continues, et la tumeur a fait une plus grande saillie dans le vagin. Un matin elle s'est même montrée à la vulve, dont elle avait un peu écarté les lèvres. Alors on a pu en enlever, avec les mains, un fragment du volume du poing d'un adulte de taille ordinaire. La tumeur était extrêmement friable et se déchirait avec une très-grande facilité.

Pendant huit jours consécutifs on en enlevait, chaque jour, de petits fragments, et on faisait des injections vaginales toutes les deux heures avec une solution désinfectante composée de chlorure de chaux, 10 grammes; eau commune, 100 grammes.

Ces injections furent continuées pendant deux mois, c'est-à-dire jusqu'au 20 octobre, époque où l'écoulement purulent et fétide fut tari complétement.

Le 26, il y eut des vomissements continuels et une soif inextinguible pendant vingt heures seulement.

Pour traitement on prescrit: limonade vineuse au citron; diète; potion gommeuse avec extrait thébaïque: 15 centigrammes, une cuillerée toutes les heures; vésicatoires aux cuisses, pansés avec 1 centigramme d'hydrochlorate de morphine toutes les vingt-quatre heures pour calmer l'intensité des douleurs utérines; lavement avec assa-fétida, 4 grammes; frictions sur le ventre toutes les deux heures avec onguent hydrargyrique.

Ce traitement fait cesser complétement les douleurs, mais n'amende nullement l'état général, et jusqu'au 30 août, on craint à chaque instant d'apprendre la mort de la malade.

Le 30. Tous les soirs il y a un petit accès fébrile, marqué par un frisson suivi de chaleur et de sueurs abondantes, et pendant lequel l'haleine est fortement aigrelette. En outre, pendant les quatre jours précédents la respiration est devenue embarrassée et fréquente (36 inspirations par minute). Il est survenu une douleur très-vive dans le côté droit du thorax, et l'on entend un râle crépitant à la base du poumon droit en arrière. Un sinapisme appliqué *loco dolenti* fait cependant disparaître, au bout de deux jours, la douleur de côté et le râle crépitant. L'écoulement vaginal est toujours très-abondant et très-fétide.

Aujourd'hui, la vulve est rouge, enflammée et très-douloureuse. On calme cette inflammation avec des lotions d'eau de Goulard répétées toutes les deux heures, et par une application de papier Fayard sur toute l'étendue des organes génitaux.

La journée du 1er septembre est très-bonne relativement aux précédentes. L'accès fébrile a été moins intense, le frisson a manqué; l'appétit reparut un peu et la malade a pu manger avec plaisir deux potages. Mais la nuit suivante est très-mauvaise; il survient une insomnie opiniâtre et une agitation continuelle.

2 *septembre*. L'état local s'amende un peu; le ventre diminue de volume, il n'a plus que 82 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic; le fonds de l'utérus est maintenant à 3 centimètres au-dessous du nombril; l'écoulement vaginal n'est plus aussi abondant, il est maintenant plus blanc, plus purulent, et n'est plus tout à fait aussi fétide. L'accès fébrile du soir dure moins longtemps; le sommeil est parfait avec deux cuillerées seulement de la potion opiacée indiquée plus haut. Mais l'haleine reste aigrelette le soir.

On commence à alimenter la malade (bouillons, potages; vin de quinquina au Malaga, une cuillerée toutes les heures).

Le 4 et 5, le frisson étant revenu très-intense dans la journée du 3, à une heure de l'après-midi, on donne deux jours de suite 60 centigrammes de sulfate de quinine à la fin de chaque accès. La fièvre manque complétement le 5 et le 6, ainsi que l'aigreur de l'haleine; mais elle reparaît le 7. Il survient une sueur abondante la nuit; le matin on constate une grande prostration, une altération considérable des traits; la douleur de l'épaule droite est revenue et avec elle le râle sous-crépitant. La rate est mate dans une étendue de 9 centimètres. Pour traitement: Emplâtre de poix de Bourgogne sur le thorax; trois pastilles de kermès; potion avec tartre stibié, 10 centigrammes.

En outre, les 7 et 8, la malade prend 1 gramme de sulfate de qui-

---

resserrement des cryptes muqueuses — phénomène microscopique — suspend tout d'abord le travail sécréteur et absorbant (*irritation et sécheresse*), première phase des affections muqueuses hypersthéniques; les liquides n'étant ni éliminés ni résorbés, le *mucus* stationne, s'épaissit, et ne tarde pas à couvrir d'un enduit blanchâtre la surface membraneuse (*état saburral, empâtement muqueux*). Cependant l'irritation fixée sur un appareil sécréteur provoque une surabondance de fluide dont l'afflux amène, par une sorte d'endosmose, le travail de *résolution* (*état catarrhal franc*). L'affection catarrhale est donc, à bien prendre, toujours et partout, le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique — n'en déplaise aux maîtres savants de Montpellier. — La gastrite, l'entérite, la laryngite, la métrite, l'urétrite, etc., sont des affections hypersthéniques du tissu muqueux. Parmi les signes diagnostiques de ces affections, le seul aspect de la membrane, d'abord sèche et rouge, puis saburrale, est facile et important dans l'*hyposthénie*, les surfaces sont relâchées, décolorées, les absorptions paresseuses. Après la *dyssenterie* et la période adynamique de la fièvre typhoïde, sous l'influence anaphrodysiaque, etc., il est facile de constater cet état.

Le travail morbide, de nature *diasthénique*, agit souvent sur le tissu muqueux par l'intermédiaire des sympathies. Il peut engendrer, comme lésion locale, des affections de nature diverse: un flux utérin détourné et porté sur la muqueuse nasale, nous offre un exemple de la diasthénie agissant sur le tissu muqueux.

D. Tissu céreux. — Ce tissu, comme le précédent, affecte spécialement la forme membraneuse; il a la disposition d'un sac sans ouverture, replié sur les organes dont il forme la tunique extérieure, de même que les membranes muqueuses les tapissent intérieurement. Ce tissu protecteur se remarque surtout dans l'arachnoïde pour le cerveau, dans les plèvres et le péricarde (1) pour les poumons et le cœur, dans le péritoine et ses appendices, etc., etc. L'aspect en est poli et luisant, d'une teinte lisse et décolorée; les membranes séreuses sont enduites d'une viscosité lubréfiante; l'inflammation les injecte de stries roses, la gangrène les tache, l'hydropisie les distend; la double propriété d'absorber et d'exhaler leur est commune avec les muqueuses; d'après les belles recherches de Bichat, leur structure est éminemment celluleuse; contractibilité et extensibilité très-restreintes; motilité et érectilité nulles; aussi ce tissu est-il surtout isolant, et ses propriétés vitales très-limitées. Les *péritonites*, les *péricardites*, les *pleurites*, les *inflammations de l'arachnoïde*, etc., sont des affections *hypersthéniques* de ce tissu. Les *hyposthénies* sé-

(1) La membrane du péricarde est plutôt fibro-séreuse que séreuse absolument. Le périoste peut être considéré comme la séreuse des os.

nine chaque jour. Après la potion il y a eu trois vomissements, et immédiatement il est survenu un grand soulagement et la malade a dormi pour la première fois l'après-midi.

Le 9, la nuit a été très-bonne, tandis que hier il y avait du souffle en arrière du thorax et sous l'aisselle droite, aujourd'hui il y a du râle crépitant de retour, la douleur de l'épaule droite est calmée; au lieu de 32 respirations on n'en compte plus que 28. L'accès de fièvre n'est plus marqué que par des sueurs excessives, mais le frisson manque. Pour calmer les sueurs on fait prendre, deux jours de suite, dix pilules contenant chacune 5 centigrammes d'agaric blanc, 5 centigrammes de seigle ergoté et 10 centigrammes d'extrait de ratanhia.

Le 10, les sueurs sont arrêtées; les nuits sont très-bonnes, l'écoulement vaginal va chaque jour en diminuant.

Du 11 au 16, c'est-à-dire pendant six jours, les accès de fièvre reviennent toutes les après-midi, et l'haleine est encore un peu aigrelette. On essaye de couper la fièvre en donnant, pendant trois jours de suite, une potion avec chlorure de sodium, 20 grammes, eau commune, 200 grammes, alcoolat de citron, 30 grammes.

La potion, donnée en trois fois, à une heure d'intervalle, par l'estomac, est vomie. Donnée une autre fois en lavement, elle ne paraît nullement couper la fièvre.

Les 17 et 18, on donne 6 capsules d'apiol chaque jour. Pendant trois jours, il n'y a pas de frisson, mais seulement le soir de la chaleur à la peau et de la fréquence au pouls, qui marque 116 pulsations tous les deux soirs.

Mais les 20, 21 et 22, il survient deux frissons par jour, un matin et soir. Alors, le 22, on suspend tout médicament antipériodique, et on commence à faire prendre à la malade, pour toute nourriture, quatre huîtres fraîches.

Le 23, à partir de ce moment-là, il n'y a plus jamais d'accès fébrile; l'appétit se développe. (On donne des bouillons et des potages; vin de quinquina, six cuillerées par jour, une avant et après chaque repas; six dragées de Gélis et Conté par jour dans les potages; puis des viandes rôties.)

Le 28, un mieux évident se manifeste: les muqueuses déjà se colorent; l'appétit devient excessif, le visage n'est plus jaune, mais reprend un peu de fraîcheur; le sommeil devient meilleur, les forces renaissent; elles marquent 15 kilogrammes au dynamomètre de M. Arnheiter, tandis que, à la date du 26 août, elles marquaient à peine 7 kilogrammes. On peut déjà lever la malade pendant un quart d'heure. Le pouls se relève, est moins dépressible. Le souffle persiste dans les vaisseaux du cou; l'haleine n'est plus jamais aigrelette. Les accès de fièvre n'ont pas reparu. L'écoulement vaginal a encore beaucoup diminué; au toucher vaginal, on sent encore une petite portion de tumeur dilatant le col, mais cette tumeur a à peine le volume d'une petite noisette; elle est ferme, rosée et non flétrie.

Enfin, au 20 *octobre*, la malade peut être considérée comme guérie. Le visage n'est plus du tout jaune et offre une très-grande fraîcheur; il n'y a plus de souffle dans les vaisseaux du cou. L'écoulement vaginal est tari et on ne sent plus de tumeur dans l'utérus; cet organe paraît rentré dans le petit bassin. Les forces marquent 25 kilogrammes. Les ferrugineux et le vin de quinquina ont été continués pendant deux mois consécutifs, et aujourd'hui 10 mars 1857, c'est-à-dire cinq mois après le moment de la guérison, la santé est aussi parfaite qu'il y a dix ans.

La destruction par gangrène des polypes volumineux de l'utérus n'est pas un phénomène très-rare, et l'on trouve dans le livre de Boivin et Dugès (*Traité des maladies de l'utérus*, t. 1, p. 373 et suiv.) trois exemples tout à fait semblables à l'observation précédente. Aussi n'est-ce pas pour rappeler l'attention sur ce mode de terminaison de la maladie, d'ailleurs bien connu, que nous nous sommes décidé à publier ce fait; mais l'histoire de notre malade nous a paru digne d'intérêt :

1° Parce qu'avec un teint cachectique et cancéreux, des douleurs lancinantes dans le bas-ventre, les reins, les cuisses, les aines et les bras, des pertes rouges très-abondantes, très-répétées pendant dix ans et extrêmement fétides, c'est-à-dire avec les principaux symptômes qui caractérisent le cancer de l'utérus, ce n'était pas de cette dernière affection qu'il s'agissait ici;

2° Parce que des médecins très-distingués, en négligeant l'examen au spéculum, ont fait une erreur de diagnostic, et, par suite, ont porté un pronostic que les événements ultérieurs n'ont pas réalisé;

3° Parce qu'enfin ce fait nous paraît établir une particularité clinique importante au point de vue du pronostic, si la chose était encore plusieurs fois observée : nous voulons parler de l'*haleine aigrelette* que présentait la malade pendant les accidents de la résorption putride. On aura remarqué sans doute que ce phénomène, dans ce cas, était intermittent, et que la malade a guéri, tandis que sur un autre malade, que nous observions dans le même moment et dans la même localité, et qui est mort à la suite d'une amputation de jambe pratiquée au lieu d'élection pour une fracture compliquée, l'haleine était aussi aigrelette pendant le cours des accidents qui caractérisent la résorption purulente; mais chez ce dernier malade, le phénomène n'était pas intermittent, et l'haleine était aussi aigrelette le matin que le soir. En sorte qu'il semblerait, si un grand nombre de faits semblables se reproduisaient, que l'on pourrait dire un jour : que l'intermittence de l'haleine aigrelette caractérise la résorption putride, tandis que dans la résorption purulente, l'haleine est autant aigrelette le matin que le soir, ainsi

reuses, souvent consécutives à une maladie de nature inflammatoire, favorisent ou provoquent des épanchements de sérosités dont un état morbide très-important, l'*hydropisie*, est la manifestation; *ascites*, *hydrothorax*, *hydrocéphales*, etc. Si le détournement du jeu normal des sécrétions d'une séreuse provoque sur une autre la formation d'un kyste, c'est un travail morbide de nature diasthénique.

E. Tissus fibreux et cartilagineux. — Nous insisterons peu sur le caractère des lésions que peuvent présenter ces deux tissus, considérant le premier comme une dégénérescence par induration du tissu musculaire, le second, comme une dégénérescence par ramollissement du tissu osseux. A l'appui de cette opération, nous rappellerons :

1° Que la fibre, qui est l'élément du muscle, est aussi celui du tissu fibreux; que les faisceaux musculaires dégénèrent en tendons fibreux pour s'implanter plus solidement sur les épiphyses osseuses;

2° Relativement aux cartilages, nous constaterons : *a*, que le premier état des os chez le fœtus offre une consistance et un aspect analogues aux cartilages; *b*, que dans les ankyloses on voit des cartilages s'ossifier, tandis que, réciproquement, le cal osseux des fractures succède normalement à un cal de nature fibreuse.

En se reportant à ce que nous avons dit des tissus musculaires et osseux, on y trouvera les notions nécessaires sur la nature des lésions qui peuvent frapper les tendons et les cartilages. On n'oubliera pas que ces derniers étant appelés à jouer un rôle vital très-restreint, sont moins susceptibles d'affections graves que ceux dont nous les faisons dériver.

F. Tissu glanduleux. — Ce n'est pas ici le lieu de disserter longuement sur la nature intime des glandes. Il suffit de constater que ce sont des organes sécréteurs par excellence. Nous les considérons comme des amas de cryptes folliculeux dont la cellule est l'élément primitif. L'engorgement aigu ou chronique, idiopathique ou sympathique, hypersthénique ou hyposthénique, sont des lésions très-fréquentes dans ce tissu. Les érysipèles phlegmoneux du bras, la phlébite traumatique, l'angéioleucite, etc., sont souvent accompagnés de ces engorgements, dont la nature est dès lors évidemment inflammatoire. — Les bubons de la période aiguë de la syphilis rentrent dans la même catégorie.

Les adénites scrofuleuses sont la manifestation d'un travail hyposthénique. L'engorgement chronique du foie, du pancréas, de la rate, des reins et capsules surrénales, de la prostate, des mamelles, sont autant de lésions glanduleuses dont la nature hypersthénique, hyposthénique ou dyasthénique ne peut-être déterminée qu'en tenant compte de l'état morbide général, qui les a produites sur un sujet donné. Quand la position de ces organes rend l'exploration impos-

qu'à toutes les heures de la journée et de la nuit, c'est-à-dire que le phénomène est continu dans celle-ci et intermittent dans celle-là.

MÉDECINE.

Mémoire sur les convulsions survenant dans l'âge adulte chez l'homme atteint de néphrite albumineuse,

Par le Dr LEUDET,

Professeur titulaire de clinique médicale à l'École de Médecine de Rouen, etc.

(Suite. Voir le n° 61.)

Comment débutent les convulsions? Dans quelles conditions surviennent-elles? C'est ce que nous allons essayer de déterminer par la comparaison et l'analyse d'un certain nombre d'observations contenues dans la science. Dans quelques cas rares, on a vu les convulsions survenir dans le cours d'un état qui ne pouvait faire soupçonner l'apparition d'aucun accident de ce genre.

OBS. II. — Une femme âgée de 42 ans, exposée depuis longtemps à l'influence d'une température froide et humide, entre, le 18 mai 1843, à l'hôpital de Guy, de Londres. Depuis la fin de décembre 1842, cette femme éprouvait des vomissements, des douleurs de reins; son urine était depuis lors rare, foncée en couleur et épaisse. Quelques jours avant l'entrée, la faiblesse des membres inférieurs devint telle que la malade pouvait à peine marcher; depuis quelques mois, elle éprouvait dans les mollets et les cuisses des crampes, et depuis trois semaines, les membres inférieurs étaient un peu enflés. La malade entra à l'hôpital dans un état d'affaiblissement marqué; l'urine était très-albumineuse.

Le 25 mai, apparition d'une hémorrhagie utérine.

Le 26, à huit heures du matin, au moment où elle répondait avec une intelligence parfaite à une question qui lui était adressée, elle fut prise d'une attaque épileptique; elle revint à elle au bout d'une heure un quart, mais demeura faible.

Le lendemain 27, l'intelligence était revenue à son degré ordinaire. La malade retomba ensuite dans le coma et succomba dans la soirée. Le sérum du sang, examiné par O. Rees, contenait 0,54 % d'urée.

(BRIGHT and BURLOW, *Guy's hosp. Rep.* 1843, p. 190.)

Nous pouvons rapprocher de ce fait un autre cité par M. Rayer (*Traité des mal. des reins*, vol. III, p. 175), et qui a trait à un jeune homme atteint, à la suite de l'administration d'un bain de vapeur, de convulsions épileptiques qui entraîna la mort au bout de seize heures. Ce fait est, d'ailleurs, intéressant à plus d'un point, principalement parce qu'il offre un exemple d'accidents rapidement mortels, avec une lésion locale peu avancée des reins. Nous verrons plus loin que c'est un fait assez exceptionnel. On pourrait se demander si, dans l'observation à laquelle nous venons de faire allusion, la température élevée à laquelle le malade avait été exposé dans le bain de vapeur n'avait pu être pour quelque chose dans l'irruption des accidents cérébraux. Sans vouloir résoudre cette question d'une manière positive, ne pourrait-on pas citer cet autre fait de dyspnée intense, survenue à la suite de l'usage du même moyen thérapeutique que cite le même auteur (*loc. cit.*, p. 287) et qui causa la mort dans un espace de vingt-quatre heures, sans que l'état local du poumon, examiné à l'autopsie, pût rendre un compte satisfaisant d'une terminaison si rapidement fatale?

Nous pouvons donc déduire des observations que nous venons de citer, que la convulsion épileptiforme survient quelquefois dans le cours de la néphrite albumineuse, sans qu'aucun trouble encéphalique permette de redouter l'apparition de cet accident.

Le début rapide des accidents convulsifs est, du reste, nous devons le dire, très-exceptionnel, et en général une série bien connue de symptômes antérieurs permet au médecin de pronostiquer la possibilité de la convulsion. Dans le fait que nous avons cité plus haut, on a vu le malade accuser, pendant plusieurs jours de la céphalalgie, des étourdissements, quelques bourdonnements d'oreilles. On aurait tort de croire que le coma et la stupeur précèdent la convulsion aussi fréquemment qu'ils la suivent, comme l'écrit M. Lasègue (*Archiv. gén. de méd.*, sér. IV, vol. XXX, p. 144); les accidents prodromiques de la convulsion sont plutôt des troubles légers des organes des sens qu'un affaissement complet.

Il existe, relativement à l'intensité et à la nature même des convulsions, de grandes différences, suivant l'époque de la maladie où elles apparaissent; nous verrons ailleurs, en parlant du nombre et de la marche des convulsions, qu'elles peuvent n'apparaître que comme un phénomène complétement terminal, peu d'heures avant l'agonie; dans ce cas, il est vrai, le malade est souvent déjà plongé antérieurement dans la stupeur, mais il n'en est pas de même lorsque la convulsion survient à une époque moins avancée de la maladie. Ainsi, nous avons pu observer le fait suivant, qui a plus d'un analogue dans la science :

OBS. III. — Une femme de 46 ans entre, le 10 juin 1847, à l'Hôtel-Dieu; elle est couchée au n° 9 de la salle Saint-Bernard (service de M. Chomel). Cette femme, avait présenté huit années auparavant,

---

sible ou très difficile, on doit s'attacher à l'examen des sécrétions : c'est ainsi que l'analyse des urines, des matières fécales, du lait, du fluide pancréatique, peuvent renseigner sur les affections organiques des glandes qui sécrètent ces produits. Qui ne sait que des urines rouges, briquetées, d'une émission douloureuse, sont souvent des indices d'une affection inflammatoire siégeant dans l'abdomen? tandis que les urines épaisses ou huileuses, chargées de sédiments albuminiformes ou de dépôts salins, mettent sur la voie des kystes reinaux, des catharres vésicaux, de la diathèse lithique, etc., etc. Dans les affections nerveuses, dans les fièvres nerveuses ataxiques, les urines sont, au contraire, limpides et décolorées.

En résumé, une connaissance approfondie des propriétés physiologiques du tissu glanduleux importe d'autant plus au praticien, que la seule analyse de la sécrétion des reins peut lui fournir des notions capitales sur la moitié des maladies.

G. TISSU VASCULAIRE. — Deux raisons me commandent de passer rapidement sur ce tissu : la première est que les liquides contenus dans les tubes (sang artériel et veineux, lymphe, chyle) relèvent de l'appareil fonctionnel mixte de la circulation plutôt que d'un tissu propre; la seconde tient à ce que les tuniques de ces vaisseaux (fibreuses, musculaires, séreuses) relèvent de tissus dont les principales lésions ont été décrites plus haut. L'hypersthénie les prédisposent aux *phlébites*, *arterites*, *angéioleucites*. Pour préciser la nature des *anévrysmes* et des *varices*, on s'en rapportera à l'étiologie de l'affection générale. *L'anasarque* s'accompagne toujours d'un relâchement hyposthénique dans le tissu lymphatique.

H. TISSU NERVEUX. — Peu de signes extérieurs permettent de décrire les lésions de ce tissu : le motif en est que partout où le plexus nerveux est superficiel, ses filaments sont d'une ténuité à peu près microscopique. La doctrine des influx nerveux étant aujourd'hui reconnue comme nécessaire par tous les physiologistes qui ne consentent pas à supprimer la moitié la plus intéressante des phénomènes nerveux, il devient manifeste que si l'on peut apprécier les lésions du tissu propre, celles qui peuvent atteindre le fluide ne sont pas dans le même cas. Quant au tissu en lui-même, on sait qu'il peut varier : 1° en consistance (*ramollissement*); 2° en couleur (teinte *jaune anormale*); 3° en s'injectant de points striés (*congestion et apoplexie sanguines*); 4° par dégénérescence (*cancers ou tubercules dans la masse encéphalique*); 5° des épanchements séreux *enkystés ou non*, peuvent se loger dans les masses de ce tissu.

Toutes les névralgies (qu'on appellerait *névrites* en se conformant mieux aux désinences de la nomenclature adoptée) sont une manifestation du travail morbide hypersthénique dans le tissu nerveux.

sans cause connue, les symptômes généraux d'une néphrite albumineuse; œdème des membres inférieurs et de l'abdomen, bouffissure de la face, sans accidents vers le cœur. Un traitement interne, auquel on joignit des mouchetures sur les membres inférieurs, fut continué pendant neuf mois. Pendant cette période la malade ne présenta aucun dérangement des fonctions cérébrales et digestives. Les phénomènes morbides diminuèrent graduellement. Pendant sept années la malade crut à une guérison complète, n'éprouvant qu'un peu d'oppression et peu de transpirations cutanées.

Vers le milieu du mois de mai 1847, elle ressentit après un travail fatigant des douleurs dans les membres, des crampes aux jambes; de l'œdème, des vomissements survinrent, puis trois épistaxis dans la dernière semaine. On constate à l'Hôtel-Dieu la présence d'une grande quantité d'albumine dans l'urine. La malade quitte l'hôpital sans avoir éprouvé d'amélioration marquée le 21 juillet; elle y rentra le 16 août 1847 (service de M. Barth, en l'absence de M. Chomel). La malade fut soumise au traitement par les bains de vapeur. Du 22 au 28 août, la malade prend toutes les quarante-huit heures un bain de vapeur; elle accuse de l'oppression, de la céphalalgie et de l'accablement. Dans la journée du 28 son intelligence était encore intacte.

Le 28, à sept heures du soir, début brusque de convulsions épileptiformes, avec mouvements violents, tels qu'on fut obligé de la maintenir dans son lit. Ces mouvements diminuèrent peu à peu, la malade tomba dans le coma qui à huit heures se termina par la mort.

Le cerveau était sain; peu d'épanchement dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Les reins étaient petits, atrophiés, durs, mamelonnés, blanchâtres et parsemés de granulations blanchâtres.

Nous pourrions rapprocher de cette observation une autre que rapporte M. Rayer (*loc. cit.*, p. 203).

D'autres fois, les convulsions apparaissent à une époque moins avancée, le plus souvent dans les deux ou trois derniers jours de la vie. (*Bright Guy's hosp. Rep.*, 1836, vol. I, p. 344; Rayer, *Traité des maladies des reins*, vol. II, p. 231.)

L'exposé de ces divers modes de début de la maladie démontre qu'aucun phénomène pathognomonique ne peut être admis comme propre à annoncer d'une manière certaine l'invasion de ces accidents.

Or existe-t-il, dans l'époque et les caractères de la néphrite albumineuse, quelques conditions qui favorisent le développement des accidents convulsifs? Nous devons répondre immédiatement que ces convulsions apparaissent surtout à des époques avancées de la maladie; ainsi la lésion était ou celle de l'altération graisseuse, ou l'atrophie rénale dans le plus grand nombre des cas. Plusieurs fois cependant on a vu, dans la néphrite albumineuse idiopathique, les convulsions survenir à une époque moins avancée. Ainsi M. Rayer (*Traité des maladies des reins*, vol. II, p. 175), les a vu survenir chez un jeune homme qui n'avait, à l'autopsie, que des reins gros et congestionnés. Dans presque tous les cas, les malades offraient une anasarque intense; faut-il en conclure que cette hydropisie soit la cause des convulsions? Non, sans aucun doute, car les convulsions peuvent se manifester chez un albuminurique non hydropique, comme dans un cas rapporté par Rapp (*Virchow's Archiv. fuer patholog. Anat. und. Klin. Medic.*, vol. IV, liv. IV, p. 498). Nous aurons plus tard à examiner, à propos de l'étiologie, chacune de ces questions avec plus de détails.

La convulsion elle même a été, dans la plupart des ouvrages, décrite d'une manière assez incomplète, pour cette raison que presque toujours l'accès survenait en l'absence du médecin, qui devait alors s'en rapporter, pour la connaissance des symptômes, aux détails incomplets et souvent inexacts fournis par des personnes étrangères à la médecine. Les détails que nous avons donnés des phénomènes observés sur notre premier malade (obs. I) sont préférables à toute description théorique. Nous remarquerons l'aspect un peu pâle de la face, la rotation des globes oculaires en haut, l'écume à la bouche, la morsure de la langue, le resserrement spasmodique des deux mâchoires; les mouvements violents des membres offrant plus d'intensité dans une des moitiés du corps; enfin, la flexion énergique du pouce dans la paume de la main. Dans le fait que nous avons observé le pouls était très-accéléré pendant l'attaque. Addison (*Guy's hosp. Rep., avril* 1839, p. 4), prétend qu'il n'en est pas toujours ainsi. « Dans les attaques légères, dit-il, le pouls est quelquefois lent d'une manière remarquable; quand les convulsions sont, au contraire très-fortes, le pouls est accéléré. » Notre cas pourrait donc rentrer dans cette dernière catégorie.

La durée de chaque période de l'accès offre un grand nombre de différences. Chaque attaque n'est pas à beaucoup près un tout concret, elle se compose de plusieurs séries de convulsions interrompues par un intervalle de repos plus ou moins long. Chaque convulsion a peu de durée, elle se caractérise par des secousses plus ou moins fortes qui finissent par disparaître et laissent le malade plongé dans un état comateux. La plupart des observations se taisent sur la longueur de chaque accès convulsif.

L'état comateux consécutif à la convulsion épileptique ne nous a jamais paru avoir manqué à la suite de l'accès. Le stertor, la respiration bruyante, la perte complète de l'intelligence consécutive à l'accès, ont été fort bien décrits par Addison.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Les *atonies*, *les paralysies progressives*, *locales ou générales* engendrent l'hyposthénie nerveuse.

L'épilepsie, la folie, l'hystérie, l'éclampsie, la catalepsie, la danse de saint Guy, toutes les névroses dues à un dérangement d'équilibre dans les facultés de l'intellect, de la volition ou de la sensibilité sont des expressions diverses de l'état diasthénique dans les affections nerveuses.

I. Tissu cellulaire. — Je considère ce tissu comme un lacis vasculaire formé par l'entrecroisement d'un nombre indéfini de filaments très-ténus Divers ramuscules, appartenant aux systèmes sanguin, nerveux, exhalant et absorbant, se confondent avec sa texture. Ses cellules sont principalement destinées à contenir la graisse et la sérosité. L'extensibilité est sa propriété la plus notable; il est bien moins contractile; sa nature le prédispose à l'inflammation. La rougeur et la tuméfaction, un accroissement dans la chaleur normale, engendrent l'*érysipèle* et le *phlegmon*.

La décomposition morbide des fluides divers (sang, lymphe, sérosité, mucus, matière œdipeuse) contenues par ce tissu est naturellement un accident fréquent. Ainsi s'explique pourquoi la *suppuration* s'y produit plus communément que dans aucun autre tissu. Lorsque, sous une action hyposthénique, un de ces liquides s'infiltre et s'épanche à travers les capillaires, l'*œdème* en est le résultat. L'*empâtement*, la *décoloration*, la *persistance de l'empreinte digitale après la pression*, une moindre chaleur vitale, diagnostiquent cet état.

Le *scorbut*, les *fièvres asthéniques*, *certaines grossesses*, *l'abus des médications altérantes*, *une lésion dans la circulation*, la *chloro-anémie*, sont autant d'affections hyposthéniques qui peuvent altérer ce tissu. La *fluxion* simple est due à un travail diasthénique qui attire sur un point donné du tissu cellulaire une surabondance de sécrétion. Certaines *tumeurs* de nature celluleuse, des *kystes* et *abcès cellulaires*, peuvent être inflammatoires ou atoniques dans leur essence, tout en étant provoqués par un mouvement diasthénique.

J. Tissu dermoïde. — Ses lésions, par la position superficielle qu'elles occupent, sont d'un diagnostic facile. La plupart des maladies idiopathiques de la peau sont de nature inflammatoire (*eczéma*, *prurigo*, *impetigo*, *gale*, etc.); celles qui sont symptomatiques d'une fièvre générale, d'une diathèse ou d'un virus (*rougeole*, *scarlatine*, *zona*, *variole*, *plaques syphilitiques*, *éléphantiasis*, *lèpre*, etc., etc.) procèdent de la nature de l'affection mère. Il en est de même de la teigne, des dartres, des panaris sans cause connue, et d'une foule de lésions ou dermatoses sur lesquelles nous ne saurions insister sans sortir du cadre de ce travail de généralisation médicale.

Dr Armand de Fleury (de Mansle).

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Tumeur érectile de l'orbite traitée sans succès par la ligature de la carotide, et guérie par l'injection d'une solution de lactate de fer et la ponction avec des aiguilles rougies au feu,

Par M. Brainard.

Ce cas fut observé sur un homme âgé de 35 ans; la tumeur, située du côté gauche, était soulevée par le pouls artériel et laissait percevoir à l'oreille des pulsations; elle disparaissait quand on comprimait la carotide gauche. Ces pulsations avaient commencé en 1851, à la suite d'un coup de pied de cheval. La ligature, pratiquée par l'auteur, ne fut point suivie de succès; au contraire, la tumeur augmenta et, un an plus tard, elle occupait tout l'orbite dont elle chassait l'œil. Une simple compression de la carotide faisant tomber le malade sans connaissance, il ne pouvait plus être question de penser à la ligature de cette artère. Des ponctions répétées avec une aiguille à pointe triangulaire rougie au feu, rendirent la tumeur plus dure, et en firent disparaître le bruit qu'y percevait le malade. Toutefois, croyant remarquer que les aiguilles se refroidissaient trop vite pour qu'elles pussent agir sur les parties profondes. M. Brainard introduisit à la partie supérieure de la tumeur un stylet, injecta une solution de lactate de fer (8 grains pour 1 drachme d'eau), puis retira la canule.

La tumeur augmenta en dureté peu à peu; les pulsations devinrent moins sensibles, si ce n'est sur un point où l'auteur introduisit de rechef une aiguille chauffée au rouge. Les phénomènes de pulsations disparurent complétement, l'orbite devint libre de toute affection et le globe oculaire reprit sa place. Des expériences antérieures avaient déjà convaincu M. Brainard que le lactate de fer doit être préféré au perchlorure pour des opérations de ce genre. (*The Lancet*, 1853, et *Ann. d'oculist.*)

Cette observation, présentée comme un cas de *tumeur érectile,* semble être bien plutôt un exemple d'*anévrysme* intra-orbitaire, surtout si l'auteur admet qu'il y ait eu une lésion traumatique à la suite du coup de pied de cheval. Outre l'absence de certains détails importants, nous remarquons aussi peu de précision dans le langage employé dans la relation de ce fait. — La dernière phrase surtout exprime une idée que peu de personnes partageront sans doute; si les autres faits sur lesquels M. Brainard appuie la supériorité qu'il accorde au lactate de fer ne sont pas plus démonstratifs que celui-ci, nous continuerons encore à employer le perchlorure de fer. Les ponctions faites avec une aiguille rougie ayant fait disparaître les pulsations, le lactate de fer injecté dans ces conditions n'a eu qu'une influence tout à fait secondaire, pour ne pas dire nulle.

CORRESPONDANCE.

Iodure de chlorure mercureux.

UN DERNIER MOT

sur un nouveau ou une nouvelle équivoque de M. Sellier.

Monsieur le Rédacteur,

Je n'ai pas l'intention de prolonger avec mon confrère, M. Sellier, une discussion qui n'aurait sans doute qu'un médiocre intérêt pour vos lecteurs, et sur le sujet de laquelle tous les hommes attentifs, qui n'aiment pas les équivoques, doivent déjà être édifiés. Permettez-moi seulement un dernier mot pour dissiper le nouveau nuage que mon confrère semble avoir voulu jeter dans le débat qu'il a si imprudemment provoqué.

De quoi s'agit-il entre M. Sellier et moi? Est ce de savoir qui a découvert le *sel de M. Boutigny*, ou, suivant l'expression de mon confrère « *le mérite de la découverte comme chimiste?* » Si M. Sellier veut jeter un coup d'œil sur le *Moniteur des Hôpitaux* du 11 juin 1855 (1), il verra que non-seulement je rends à M. Boutigny toute la justice qu'il me paraît mériter et que je suis moins que jamais disposé à lui disputer, mais encore que je n'oublie pas le petit rôle que M. Sellier a joué dans l'histoire d une médication à laquelle j'ai bien voulu associer son nom.

Ce n'est donc pas de la *découverte chimique* qu'il se peut agir, comme M. Sellier voudrait l'insinuer; c'est *uniquement* sur la découverte thérapeutique que j'ai fait porter et que doit porter le débat. Or, sur ce point, il ne me paraît pas possible d'établir la moindre équivoque.

En mai 1842, j'ai commencé avec l'iodure de chlorure mercureux, que me confia M. Boutigny, les premières expériences authentiques sur le traitement des scrofules par la nouvelle combinaison;

En 1843, une commission médico-administrative officielle constatait mes résultats;

Pendant que je faisais ces expériences, le hasard amena dans le service médical des Madelonnettes, un cas de couperose, un cas de lichen et un cas de psoriasis graves, que je tentai de guérir par le nouveau médicament, et que je parvins à guérir, en effet, à mon assez grand étonnement;

En 1846, je communiquai à l'Académie des Sciences les observations qui précèdent et quelques autres que j'avais pu recueillir depuis. (*Voir* le Compte rendu de l'Académie des Sciences du 20 avril 1846.)

M. Boutigny, M. Sellier ou tout autre a-t-il traité, guéri des malades, et a-t-il publié des observations avant les époques ci-dessus déterminées?

Voilà toute la question.

A cette question j'ai déjà nombre de fois répondu, je réponds encore : *non*.

Si je me trompe, que M. Sellier me cite des textes, et il peut être assuré que je m'empresserai de les accepter, sans chercher à les dénaturer par la moindre équivoque.

Si M. Sellier ne me cite pas ces textes, je resterai autorisé, conformément à la *jurisprudence* invariablement adoptée en matière de priorité scientifique, à répéter, verbalement et par écrit :

1° Que M. Boutigny a eu le mérite d'inventer une préparation chimique nouvelle;

2° Que j'ai eu le petit mérite de faire connaître l'utilité de cette préparation dans les scrofules et dans plusieurs maladies rebelles de la peau; quelque faible que soit ce mérite, je ne suis pas plus disposé à m'en laisser dépouiller qu'à dépouiller M. Boutigny de celui qui lui appartient légitimement.

Dirai-je maintenant un mot sur *le nouveau perfectionnement* que M. Boutigny aurait apporté dans le *modus faciendi*, suivant l'expression favorite de mon confrère? Je ne le crois pas utile. Que M. Boutigny perfectionne ou ne perfectionne pas le *modus de facere* une combinaison dont « *les proportions sont toujours et invariablement les mêmes,* » ainsi qu'il le déclare lui-même dans sa lettre à M. le Rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux* (mardi 12 mai 1857), c'est une question qui peut avoir son intérêt pour M. Boutigny, mais à laquelle la science et la pratique me paraissent trop indifférentes, pour qu'il soit convenable d'en entretenir le public comme le fait M. Sellier avec tant d'insistance.

Ce qui intéresse la science, c'est de savoir qui a fait connaître les propriétés thérapeutiques de l'iodure de chlorure mercureux;

Ce qui intéresse la pratique, c'est de savoir qu'avec le *modus faciendi* publié et connu de tout le monde, j'ai invariablement obtenu et j'obtiens chaque jour, dans divers services publics des hôpitaux de Paris, les effets physiologiques et thérapeutiques que j'ai minutieusement décrits, et qu'un grand nombre de médecins praticiens mo-

(1) Voici comment je m'exprime dans le numéro de ce journal : « Grâce à une « nouvelle combinaison saline *découverte par un chimiste aussi persévérant que* « *distingué*. . . . Cette combinaison est l'*iodure de chlorure hydrargyreux* de « Boutigny (d'Evreux). »

destes ou professeurs célèbres, ont obtenus ou constatés comme moi. Or, sur ces derniers faits, pas le moindre doute n'est permis.

Je crois donc que toute discussion ultérieure sera tout ce qu'il y a de plus inutile, et si M. Sellier n'est, pas plus que moi, jaloux d'occuper le public de sa personne, je crois qu'il fera bien d'en rester là, et de se contenter de la part que je lui ai faite en toute conscience. Quant à la part de M. Boutigny, la place qu'il occupe dans la science est assez belle pour qu'il ne cherche pas à en changer, et tant qu'il s'y tiendra, je puis lui promettre de n'être pas le moindre de ses admirateurs.

Agréez, etc. F. ROCHARD.

Paris, 22 mai 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Érection d'une statue à Bella. — Nous avons plusieurs fois entretenu nos lecteurs de la dette que quelques hommes généreux ont voulu payer à la mémoire d'un agriculteur qui a rendu, avec une rare modestie, les services les plus signalés à la science agronomique, et, par suite, à l'hygiène publique. Nous croyons devoir aujourd'hui, en publiant la liste du comité de souscription, faire connaître sommairement la vie de l'homme dont on a voulu honorer la mémoire. Ces quelques lignes prouveront que, s'il est des noms plus glorieux que celui de Bella, il n'en est point qui soient plus dignes de la sympathie des amis de l'humanité.

Joseph-Marie-Auguste BELLA, chevalier de l'Empire, officier de la Légion d'honneur, directeur fondateur de l'Institut agronomique de Grignon, est né à Strasbourg en 1777. Son père fut administrateur général des domaines dans les pays conquis entre le Rhin et la Moselle, puis en Illyrie.

Engagé volontaire dans le 7e régiment de hussards, Auguste Bella se distingua pendant la campagne d'Helvétie et fut détaché aux guides du général Masséna. Lors du siége de Gênes, il était sous-lieutenant et il sortit trois fois de la place pour chercher des nouvelles du premier Consul; fait prisonnier, il avala les dépêches qui annonçaient le passage du Saint-Bernard, et résista aux offres brillantes comme aux mauvais traitements qu'on lui prodigua pour avoir son secret. Sa bravoure, sa fermeté, les services qu'au péril de sa vie il rendit à ses compagnons de captivité, le firent comprendre dans les premières promotions de la Légion d'honneur avec le 898e brevet. Austerlitz, Iéna, Eylau, Friedland, Somo Sierra, Madrid, la Corogne, Oporto furent les autres étapes de sa vie militaire.

Réformé en 1809, pour cause d'infirmités contractées pendant quatorze rudes campagnes, il utilisa les précieuses leçons que pendant l'occupation du Hanovre il avait puisées près de l'illustre Thoer, le père de l'agriculture moderne; il se fit petit laboureur. Mais lorsqu'en 1814, la France, épuisée de soldats, fut envahie par l'étranger, Auguste Bella offrit de nouveau son épée à son pays, et, aide de camp du général Marchand, puis du maréchal Grouchy, il contribua efficacement à la défense remarquable du Dauphiné; il enleva de vive force aux Autrichiens le poste presque inexpugnable des Echelles, où il fut grièvement blessé, et revint, après Waterloo, reprendre les mancherons de la charrue avec le brevet d'officier de la Légion d'honneur, et le grade de lieutenant-colonel qui ne fut pas ratifié.

Appelé, en 1827, à la direction de l'Institut agronomique de Grignon sans avoir recherché ni sollicité cet honneur, il fut le propagateur le plus dévoué et le plus opiniâtre de *la culture améliorante*, qui seule, selon lui, pouvait produire l'alimentation à bon marché, retenir les populations rurales dans les campagnes et enrichir le sol national. Malheureusement, avec la culture améliorante, les faits se produisent lentement, et M. Bella, homme de conviction et d'action, plus que de théories et de plume, ne voulait répondre que par des faits aux objections et aux attaques; il eut donc bientôt tout le monde contre lui: ouvriers et cultivateurs, élèves et professeurs; mais rien ne put jamais altérer sa confiance, et pendant vingt-cinq ans, aidé par les hommes de bien qui composaient le conseil d'administration de la Société agronomique, il poursuivit avec une inébranlable fermeté la preuve des grands préceptes agricoles et économiques qu'il avait inscrits sur la bannière de l'école de Grignon.

Le succès a couronné ses patriotiques efforts, il a décuplé avec profit la productivité des maigres terrains de craie qu'il avait entrepris d'améliorer, ses ouvriers l'ont surnommé leur père, ses élèves l'ont entouré de leur respectueuse admiration, et les cultivateurs de Seine-et-Oise, si bons juges en cette matière, viennent, sur leur demande, d'être autorisés, par un décret de l'Empereur, à élever à sa mémoire un monument destiné à constater les services qu'il a rendus à l'agriculture et répandus dans toutes les parties du monde.

LISTE PAR ORDRE D'ADHÉSION

Des membres du Comité de souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire d'Auguste BELLA, de Grignon.

MM. GILBERT, cultivateur de Seine-et-Oise, président. — PASQUIER fils, cultivateur de Seine-et-Oise, vice-président. — CUGNOT, ex-cultivateur de Seine-et-Oise, trésorier-adjoint. — JOURDIER (Auguste), ex-cultivateur de Seine-et-Oise, secrétaire. — BARBÉ (Jules); BARBÉ (Auguste); BARON; BESNARD; DAILLY; NOTTA; PLUCHET et CHACHOIN, cultivateurs de Seine-et-Oise.

MM. Comte de SAINT-MARSAULT, préfet de Seine-et-Oise, président d'honneur. — DE MORNY DE MORNAY, directeur de l'agriculture au ministère. — LEFEBVRE DE SAINTE-MARIE, inspecteur général de l'agriculture, élève de Grignon. — CAILLAT, sous-directeur de l'Ecole impériale de Grignon. — Duc de PADOUE, sénateur, ex-préfet de Seine-et-Oise. — Marquis de SELVE, membre du Conseil général de Seine-et-Oise. — Marquis de NICOLAÏ. — Marquis de TORCY, ancien élève de Grignon, député. — Vicomte de BAULNY. — DARBLAY aîné. DUPIN aîné. — MALLET (J.), banquier. — de POURTALÈS. — GAREAU, député. — RANCY (comte de). — de GROUCHY. — FRANCESCHETTI, propriétaire en Corse. — GRANIER de CASSAGNAC, député.

MM. DELAMARRE, député, propriétaire de la *Patrie*. — BASSET, rédacteur en chef du *Pays*. — MALLAC, rédacteur en chef de l'*Assemblée nationale*. — FIGUIER (Louis), de la *Presse*. — BARRAL, directeur du *Journal d'agriculture pratique*. — POMMIER, rédacteur en chef de l'*Echo agricole*. — SANSON, rédacteur au *Moniteur des Comices*. — de CASTELNAU, rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*. — BOULEY (Henri), rédacteur en chef du *Recueil de médecine vétérinaire*.

Les souscriptions seront reçues chez *M. MALLET*, banquier à Paris, et dans les bureaux des journaux désignés ci-dessus.

— On se rappelle qu'à la fin de 1855, le choléra franchit pour la première fois le fleuve des Amazones et pénétra jusqu'à l'extrémité méridionale du Brésil. La fièvre jaune, à son tour, vient de faire pour la première fois le même voyage. Elle a sévi avec une intensité modérée à Rio-Janeiro, où elle n'avait jamais paru. Cette circonstance de deux fléaux épidémiques, pénétrant à peu de distance dans des contrées qui avaient échappé à leurs atteintes, est assurément très-digne d'attention.

Maladies de la peau. — M. le docteur DUCHESNE-DUPARC ouvrira son cours public sur les *maladies de la peau*, le mardi 26 mai, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, près de l'Ecole de Médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin. — Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 63. 5e année. Mardi 26 Mai 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — **M. le professeur NÉLATON.**

Corps fibreux de l'utérus.

Leçon recueillie par M. CHAIROU, interne du service.

Nous avons depuis quelques jours, dans notre service, une jeune femme de 27 ans, ayant toutes les apparences de la santé. Voici son histoire :

Il y a cinq ans, elle eut une couche qui paraît avoir été normale. Six semaines après l'accouchement survient, sans cause appréciable, une hémorrhagie abondante. La malade se mit au lit; mais au bout de quelques jours, elle reprit ses travaux habituels, bien que sentant de temps à autre des malaises et un sentiment de pesanteur dans le bassin.

Il y a deux mois, elle eut une autre couche. Quinze jours après, elle est prise d'une hémorrhagie considérable, et depuis six semaines, elle est presque constamment sujette à des hemorrhagies utérines répétées et considérables.

Par le palper abdominal, on sent une tumeur volumineuse dans la région hypogastrique. Cette tumeur, située sur la ligne médiane, remonte jusqu'à deux ou trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Au premier abord, elle semble globuleuse, régulière, et donne assez complétement l'idée d'un utérus contenant le produit de la conception.

La malade, interrogée sur ce point douteux, répond qu'elle n'en sait rien. Elle a accouché, dit-elle, il y a deux mois, et depuis six semaines, elle se trouve exposée à des hémorrhagies presque continuelles. De ce côté, donc, pas d'éclaircissement.

En examinant plus attentivement cette tumeur, on finit par découvrir qu'elle n'est pas aussi régulière qu'il semblait au premier abord. Elle se divise en deux parties principales et très-distinctes :

L'une, facile à sentir immédiatement au-dessus du pli inguinal du côté gauche, est plus petite, de forme arrondie et globuleuse, et facilement délimitable ;

L'autre, qui est celle dont nous avons eu la sensation à notre premier examen, occupe, comme nous l'avons dit, la ligne médiane et remonte jusqu'à une petite distance de l'ombilic.

Il semblerait que cette tumeur n'est autre chose que le corps

DÉLASSEMENTS.

Le banquet mensuel des journalistes scientifiques. — Une vilenie. — Une discussion sans fin. — Une lettre. — Réponse. — Quelques vers de Thémis médicale.

Chers lecteurs, vous avez sans doute appris, par le *Courrier de Paris* et plusieurs autres journaux, l'heureuse nouvelle que voici :

« Les journalistes scientifiques de Paris ont décidé de se réunir, « tous les mois, dans un dîner, en vue d'apprendre à se connaître et « de s'éclairer. »

Et d'abord, réparons une omission involontaire qu'ils ont tous commise, en ajoutant, pour notre part, que l'initiative de ces réunions fraternelles est due à notre excellent confrère Figuier, le savant rédacteur de la *Presse*. Cette idée, il la mûrissait depuis plus d'une année; il l'avait émise à différentes fois, et enfin, au moment venu, il a cherché à la mettre en pratique. Grâces à ses efforts réunis à ceux de deux hommes d'esprit et de cœur, nos collègues Lecouturier et Felix Roubaud, son projet est passé instantanément de l'état de proposition à celui de fait accompli.

En effet, le premier dîner a eu lieu samedi soir, 9 mai, chez le restaurateur Janodet, au Palais-Royal. Etaient présents : MM. Babinet, de l'Institut (*Revue des Deux-Mondes*); Léon Foucault (*Débats*); Blanchard (*Siècle*); Figuier (*Presse*); Lecouturier (*Pays*); Félix Roubaud (*Illustration* et *France médicale*); Foucou (*Science*); Martin-Lauzer (*Revue de thérapeutique*); Gardissal (l'*Invention*); Bossu (*Abeille médicale*); Caffe (*Journal des connaissances médicales*); Rambosson (*Science pour tous*); Gaugain (*Journal des mines*); Cozic (*Journal des mines*); Favrot (*France médicale*); Sales-Girons (*Revue Médicale*).

Il a été décidé que les réunions ultérieures auraient lieu le premier mardi de chaque mois, et que les rédacteurs en chef des journaux scientifiques auraient le droit d'amener leurs collaborateurs, ainsi que les journalistes scientifiques des départements et de l'étranger.

Maintenant, quels seront les résultats de ces réunions, dont la partie gastronomique est la moindre raison d'être? Nous ne croyons pas trop nous aventurer en affirmant qu'elles tourneront, avant toute chose, au profit de la science. Une fois les premiers liens de franche cordialité établis entre tous les convives qui, en apprenant de plus en plus à se connaître, s'estimeront davantage, il se formera entre eux une espèce d'unité de pensées et d'actions qui tendront vers le même but,

de l'utérus. Mais un toucher vaginal attentif ne tarde pas à démontrer qu'il n'en n'est rien. On trouve facilement le col de l'utérus; il est sain, mobile, et n'offre aucun caractère particulier. Or, un mouvement de bascule, imprimé de bas en haut à ce col, ne se transmet pas du tout à la tumeur dont nous parlons, et se transmet, au contraire, fort bien à la petite tumeur que nous avons signalée au-dessus du pli inguinal du côté gauche. C'est donc là le corps de l'utérus.

Mais par des mouvements complexes imprimés au col, on arrive à cette déduction : que si la grosse tumeur médiane n'est pas l'utérus lui-même, elle a certainement avec lui des connexions intimes, elle a une consistance très-ferme et elle est peu mobile dans l'abdomen.

Sur la partie antérieure de la ligne médiane de cette tumeur, on sent un petit hémisphère surajouté à sa masse, peu adhérent, et qui paraît même comme pédiculisé; car on peut lui faire exécuter des mouvements assez étendus sur la grosse tumeur.

A quelle affection avons-nous affaire? De quelle nature est cette masse, et à quel organe appartient elle?

Je crois que nous nous trouvons en présence d'une tumeur fibreuse de l'utérus, et voici pourquoi :

L'ovaire est bien, il est vrai, sujet aux tumeurs fibreuses; mais toutes les tumeurs de l'ovaire jouissent d'une extrême mobilité. Elles se déplacent à chaque mouvement que font les malades, et les mains de l'observateur leur impriment des positions variables et très-étendues.

Nous rejetons donc toute hypothèse d'une affection de l'ovaire.

Si on réfléchit à notre examen, aux résultats que nous ont donnés alternativement ou simultanément le palper abdominal et le toucher vaginal, on conclut forcément que la tumeur dont il s'agit est intimement unie au corps de l'utérus, si même elle n'est pas interstitielle. Mais quelles sont les tumeurs qui nous donneraient les mêmes signes?

Il se forme quelquefois dans les anfractuosités péritonéales qui entourent l'utérus, et particulièrement dans le cul-de-sac utéro-rectal des épanchements de sang. La partie liquide du sang est résorbée, tandis que la partie solide qui reste acquiert une consistance très-dure.

Ainsi, en prenant pour exemple le cul-de-sac rétro-utérin, il n'est pas rare qu'un épanchement sanguin devienne assez considérable pour refouler les masses intestinales, occuper, comme dans le cas dont il s'agit ici, une grande partie de l'abdomen, et lorsque la partie liquide a été résorbée, on peut constater une tumeur très-résistante, plus ou moins régulière, souvent lobulée, en raison des obstacles que l'épanchement sanguin a rencontrés.

Nous pourrions avoir affaire à une affection de cette nature. Nous ne le croyons pas cependant; car, si dans l'hématocèle il peut y avoir des inégalités, de petites tumeurs surajoutées à la masse totale, elles conservent toujours une assez grande adhérence, et ne présentent jamais de pédicules comme la petite tumeur hémisphérique dont nous avons signalé l'existence chez notre malade.

En outre, dans l'hématocèle rétro-utérine même ancienne, la partie résorbée en dernier lieu est toujours celle qui occupe le cul-de-sac rétro-utérin; et le toucher le plus attentivement pratiqué nous a révélé que, dans ce cas, il n'y avait pas de tumeur rétro-utérine.

Enfin, dans l'hématocèle, il est une position que l'utérus vient prendre presque invariablement : il vient s'appliquer immédiatement derrière la symphyse pubienne, sur la ligne médiane.

Telles sont les réflexions que nous a suggérées le peu de temps passé auprès du lit de la malade; c'est par l'étude attentive des symptômes depuis cinq ans que l'on pourra arriver à un diagnostic tout à fait absolu.

L'énorme volume de cette tumeur pourrait-elle nous faire hésiter à la regarder comme un corps fibreux? Il n'en est rien. Les corps fibreux prennent chez certaines jeunes femmes un développement tel, qu'ils simulent une grossesse de sept ou huit mois. Ils peuvent même acquérir des dimensions encore plus considérables. On a pu voir il y a quelques années, dans ce service, un cas des plus remarquables en ce genre.

Je veux parler d'une jeune femme qui, se croyant arrivée au terme de sa grossesse, était entrée dans le service d'accouchements.

M. Dubois et moi examinâmes la malade; mais tout le système utérin avait été entraîné tellement haut dans l'abdomen que ni le toucher vaginal, ni l'examen au spéculum ne faisaient découvrir le col ou la nature de l'affection que nous avions à traiter. Comme il y avait des hémorrhagies considérables, des douleurs utérines très-intenses, je proposai d'endormir la malade, d'opérer la dilatation forcée du vagin et d'introduire la main pour avoir la solution qui nous préoccupait. M. Dubois donnait son assentiment; mais la malade, effrayée, qui avait entendu quelques mots, ne voulut pas y consentir. Elle sortit de l'hôpital et rentra chez elle, dans le quartier Saint-Antoine.

---

c'est-à-dire vers le progrès. Il n'est malheureusement que trop vrai que certains académiciens, oubliant qu'ils doivent leur élévation à la presse scientifique, se posent, une fois parvenus, non-seulement en adversaires vis-à-vis d'elle, mais encore en ennemis. Acceptant toujours l'éloge comme un légitime hommage rendu à leur mérite, ils s'irritent devant la plus faible critique, si bien qu'alors ils voudraient la faire coiffer du bonnet du silence napolitain. Il en est d'autres qui, une fois assis au fauteuil académique, ne se donnent plus d'autre tâche que de projeter leur ombre sur ceux qui se livrent aux recherches, afin qu'ils épuisent en vain leur courage dans l'obscurité, et que, de guerre lasse, ils cèdent les placers scientifiques qu'ils ont déjà mis en état d'exploitation, à quelques protégés de ces soi-disant immortels. Eh bien! désormais, la presse scientifique sera là qui veillera sur tous, et répandra sa puissante clarté sur le bien comme sur le mal.

Réjouissez-vous donc, vous tous, adeptes de la science, du courage, et à l'œuvre! honorez votre pays par de nouvelles découvertes, car le temps de la justice va sans doute arriver pour vous!

Après le hourra d'indignation qui a accueilli l'annonce d'un certain journal, sont venus mille commentaires sur les hommes et les choses de la susdite feuille.

— Comment, s'écriait à ce propos dans un groupe nombreux d'académiciens et de confrères, l'excellent S...., ce journal, après une existence pareille à la sienne, a-t-il le courage de vouloir faire de la pudeur?

— Eh! mon ami, lui répliqua le mordant X...., en touchant à la vertu des autres n'espère-t-on pas souvent faire accroire à la sienne?

— Singulière raison que celle-là. S'il n'en a point d'autres, je suis capable de le plaindre.

— Ah! pardon! il y a encore la *raison sociale*, très-cher.

— Allons donc! ne jouons pas sur les mots dans une chose aussi sérieuse.

— Aussi le dis-je sérieusement.

— Quoi qu'il en soit, je lui prendrais bien un de ses abonnements à 10 francs par an pour que l'auteur de cette vilenie nous entendît.

— Oui, s'il voulait bien vous entendre; mais ne ferait-il pas encore le sourd?

La prise en considération, par l'Association de prévoyance des médecins du Rhône, d'un projet de répression judiciaire contre l'exercice illégal de la médecine est l'objet de bien des controverses. Lundi dernier, sur la proposition d'un membre qui paraît être un des plus

Là, elle ne fut pas perdue de vue par nous, et M. Thierry, qui lui donna des soins, nous a donné la suite de l'observation.

Pendant que la malade temporisait, cette énorme masse, chassée peu à peu par les contractions des muscles abdominaux, finit par s'engager graduellement dans la filière pelvienne. M. Thierry la saisit alors, et à l'aide d'érignes, de pinces, de fils, il en compléta l'expulsion. Il se trouva avoir extirpé une tumeur fibreuse qui ne pesait pas moins de 9 livres.

C'est toujours chez des femmes assez jeunes que l'on trouve ces énormes tumeurs fibreuses. Il semble qu'elles soient la conséquence de la vitalité plus grande de l'utérus à cette époque de la vie.

Qu'avons-nous à faire contre ce mal? Pour le moment, nous n'avons pas de remède curatif. Il faut attendre; garantir cette femme le mieux que nous pourrons contre les hémorrhagies, et pour cela, étudier avec soin quelles conditions favorisent les pertes utérines ; et alors, maintenir la malade dans la position horizontale, appliquer de l'eau froide, peut-être administrer l'ergotine.

Comme des cas semblables se présentent fréquemment dans la pratique, il est bon de connaître le pronostic, de savoir quel est le degré de gravité de la maladie ; cette gravité est subordonnée tout entière aux hémorrhagies. Elles constituent tout le danger.

Les hémorrhagies, d'ailleurs, ne doivent pas persister indéfiniment. Elles augmentent à l'époque des règles et durent pendant la période de la vie où les femmes sont menstruées ; mais vers l'époque de la ménopause, elles deviennent plus rares, moins abondantes, et finissent par disparaître complétement.

A dater de cette époque, ces corps fibreux deviennent inertes, se flétrissent, deviennent crétacés et finissent par se transformer en ces singulières productions que l'on a désignées sous le nom de pierres de l'utérus.

Il est bon d'ajouter que malheureusement, chez ces femmes, la période des règles se prolonge six ou sept années de plus que dans l'état ordinaire.

Il reste une dernière indication à remplir : quand la tumeur est très-volumineuse, lutter, à l'aide d'une ceinture élastique, contre sa tendance à entraîner les parois abdominales.

MÉDECINE.

Mémoire sur les convulsions survenant dans l'âge adulte chez l'homme atteint de néphrite albumineuse,

Par le D[r] Leudet,

Professeur titulaire de clinique médicale à l'École de Médecine de Rouen, etc.

(Suite. Voir les n[os] 61 et 62.)

La convulsion épileptiforme peut laisser à sa suite quelques modifications graves des organes ; au premier rang, il faut noter l'hébétude, l'affaissement des fonctions intellectuelles, la perte de la mémoire, en un mot, les accidents que l'on retrouve habituellement après l'attaque d'épilepsie idiopathique. Cette hébétude dure quelquefois peu de temps, quelques heures seulement, et ne laisse à sa suite qu'une céphalalgie gravative qui elle-même peut disparaître assez rapidement. D'autres fois, comme nous l'avons vu plus haut, le coma persiste, et le malade succombe.

On a signalé dans quelques cas, à la suite des convulsions, la manifestation d'une amaurose brusque, dans quelques cas, complète et pouvant persister, même d'une manière définitive. Malmsten (*Ou Brightska Njursjukdom,* traduction allemande de G. Vandem. Busch, Bremen, 1846, p. 85) dit que le professeur M. Huss, de Stockholm, a vu un malade atteint brusquement de cécité complète après une attaque convulsive survenue dans le cours d'une maladie de Bright. Malmsten cite lui-même, parmi les observations contenues dans son ouvrage (*loc. cit.*, p. 19), un autre fait où la faculté visuelle fut presque complétement abolie apès une attaque semblable. On connaît le fait de Bright, où la cécité survint dans les mêmes conditions. D'autres fois, on voit les convulsions augmenter l'intensité d'une amaurose qui existait déjà antérieurement.

On n'observe pas, en général, à la suite de convulsions éclamptiques, de paralysie locale des membres, en un mot, rien qui permette de soupçonner l'existence d'une lésion limitée dans une partie du système nerveux. Tout, au contraire, dans les convulsions de la néphrite albumineuse, rappelle les phénomènes cérébraux qui surviennent sous l'influence d'une cause générale.

Nous verrons plus loin que de cette analogie a surgi une théorie tendant à rapporter à une même cause les phénomènes analogues survenant dans des maladies diverses. Outre l'affaiblissement général, on a cependant signalé quelques rares exemples de paralysies locales survenues dans ces conditions.

---

chauds partisans de la mesure, cette question était remise sur le tapis de l'ordre du jour d'une de nos Sociétés médicales.

— Quant à moi, disait ce confrère, je propose à votre Société d'adresser ses pressantes félicitations aux hommes qui ont le courage de prendre l'initiative de la défense des intérêts du corps médical. Il est temps, Messieurs, de mettre un terme à nos souffrances, et je ne vois d'autre moyen, pour atteindre ce but, que celui adopté par nos confrères de Lyon. Vous le savez, chassé des abords de nos grandes routes par la vigilance incessante de la maréchaussée, le brigandage s'est réfugié au milieu de nos cités qu'il détrousse en employant aujourd'hui des cartes bizotées ou d'impudiques annonces. Notre siècle, enfin, compte aussi ses Mandrins et ses Cagliostro. La société poursuit sans relâche les uns ; atteignons les autres pour que la loi les frappe de même. C'est le devoir de tout citoyen de prêter main-forte à la justice alors qu'il s'agit d'un malfaiteur, et celui qui touche à la santé publique n'est pas un des moindres. Eh quoi, tout homme aura le droit de repousser la force par la force, et nous nous n'aurons pas assez de cœur pour arrêter la main qui vient nous couper la bourse ! Ce serait là un acte de pusillanimité que rien ne saurait justifier. Je termine, Messieurs, en vous disant de ne pas oublier que l'abnégation d'un droit, c'est le nier.

— Je ne m'oppose nullement, Messieurs, reprit un autre orateur, à ce que vous adressiez vos félicitations à des confrères qui croient agir dans l'intérêt du corps médical, mais je crains fort que la voie qu'ils vont suivre ne soit pas la meilleure. Et, ici, je vous ferai remarquer que ce ne sont point les malades qui nous manquent, car il n'est aucun de nous qui n'ait ses journées plus ou moins remplies par les devoirs de la clientèle. Donc là ne saurait être la cause de nos souffrances. Pour ma part, je la trouve dans l'addition de nos honoraires, qui n'est jamais en rapport suffisant avec le travail de l'année. Jetez vos regards sur l'autre côté du détroit, vous y verrez que le charlatanisme y prend bien autrement ses coudées qu'au milieu de nous ; et pourtant, avez-vous jamais entendu un médecin anglais se plaindre du tort que lui fait le charlatanisme? C'est que là-bas le prix de chaque visite est payé au sortir de chez le malade, et partant que tout médecin rentre toujours chez lui avec le produit de son labeur journalier. Aussi, le médecin anglais vit-il non-seulement dans l'aisance, mais encore au milieu d'un confortable envié. Franchement, croyez-vous, Messieurs, que si le charlatanisme, lui surtout, ne prenait la précaution de se faire solder au comptant, vous le verriez dans cet état de prospérité qui est une des hontes de notre siècle? Il l'a si bien compris, qu'un de ses plus illustres représentants, dans une de ces mille petites brochures dont il gratifie le comptoir du marchand de vin et la loge du portier, écrit : « Le médecin doit exiger, en général,

Ainsi, Bright (*Guy's hosp. Reports*, 1836, vol. I, p. 352) rapporte l'histoire d'un jeune homme auprès duquel il fut appelé avec Prout; ce malade, qui avait eu des attaques convulsives nombreuses dans le cours d'une maladie granuleuse des reins, avait une faiblesse marquée du bras gauche et une paralysie presque complète de la jambe du même côté. Ce malade succomba; malheureusement, l'ouverture du cadavre ne fut pas pratiquée, et l'on ne peut pas par conséquent conclure à l'absence d'une lésion localisée dans une des parties du cerveau. Dans une autre observation du même auteur, nous trouvons le fait suivant :

Obs. IV. — Un homme de 47 ans entre le 7 mars 1827 à l'hôpital de Guy, pour un anasarque général; il raconte avoir remarqué depuis deux ans une diminution dans les urines, et quelquefois des douleurs de reins. Le 27 décembre 1826, il tomba sérieusement malade à la suite d'un refroidissement; un œdème augmentant rapidement occupa les membres inférieurs et supérieurs. On apprit que, avant son entrée à l'hôpital, il avait été atteint d'une attaque épileptiforme qui avait laissé un côté du corps plus faible que l'autre. Après un séjour de trois semaines dans l'établissement, il fut pris de nouveau de deux attaques épileptiformes (on ne mentionne pas d'hémiplégie), qui affaiblirent beaucoup les facultés intellectuelles. Le malade tomba dans le coma et succomba le 20 avril 1827. A l'ouverture du cadavre, on trouva les reins granulés et un épaississement de la membrane interne des ventricules.

Nous avons rapporté ces faits avec détails, par là même qu'ils sont exceptionnels et que leur examen attentif permet au lecteur de se convaincre que l'absence de paralysie locale est la règle à la suite de la convulsion.

Dans aucune observation nous n'avons trouvé de perte de l'ouïe mentionnée à la suite des accès épileptiques, il en est de même de la sensibilité cutanée, qui ne paraît pas subir d'altération.

La *marche* et la succession des accidents convulsifs offrent un grand intérêt; on se demande, en effet, tout d'abord, si ces accidents peuvent permettre au malade de prolonger encore son existence, ou si la mort est leur terminaison constante. Il faut faire ici la part bien nette des formes de la néphrite albumineuse au milieu desquelles survient la convulsion. Dans la plupart des cas mortels, nous pourrions même dire presque tous, lorsque l'on s'occupe uniquement de la néphrite albumineuse idiopathique, la lésion locale, comme l'ont montré les autopsies, est parvenue à un degré trop avancé pour pouvoir permettre la guérison, mais il en est tout autrement dans les néphrites albumineuses symptomatiques consécutives à la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc., dont nous aurons à nous occuper plus loin; dans ce dernier cas, la lésion locale peut encore être susceptible de guérison. Il ne faut donc pas confondre les symptômes ni la marche de la maladie rénale avec celle de l'accident convulsif.

Dans la néphrite albumineuse chronique, les convulsions épileptiformes peuvent se reproduire à des intervalles éloignés; ainsi, cet espace de temps peut atteindre trois semaines, comme dans les faits de Malmsten (*loc. cit.*), de Bright (*Rep. of med. cases.* 1827, p. 61); enfin, l'intervalle entre les accès fut encore plus long, comme cela eut lieu dans un cas observé dans sa pratique civile par notre maître M. Rayer. D'autres faits analogues pourraient encore être cités.

L'intervalle de temps qui sépare chacun des accès est d'habitude beaucoup plus court; ainsi, ils se répètent plusieurs fois dans l'espace d'une heure (Obs. I); dans une observation du docteur Rapp (*Virchow's Archiv. fuer pathol. anat.*, vol. IV, liv. IV, p. 499, 1852), les attaques furent encore plus nombreuses et se répétèrent deux ou trois fois par jour pendant près d'une semaine.

Dans quelques cas très-rares, on a vu les convulsions épileptiformes se terminer par la guérison, même lorsqu'elles survenaient dans le cours de la néphrite albumineuse idiopathique. Mon maître, M. Rayer, m'a dit avoir observé il y a quelques années, dans sa pratique civile, un malade demeurant dans le faubourg Saint-Antoine; cet homme, qui avait présenté tous les symptômes de la néphrite albumineuse, fut atteint de convulsions épileptiformes. Après des émissions sanguines, les convulsions cessèrent, et le malade guérit. Romberg (*Klinische Wahrnemungen.* Berlin, 1851) rapporte le fait intéressant d'un jeune homme de 16 ans, atteint de néphrite albumineuse, chez lequel des symptômes convulsifs survinrent tout à coup au moment où il quittait la salle de consultation; ces attaques revinrent deux fois dans l'espace de quelques heures. Des saignées et des purgatifs drastiques produisirent une amélioration rapide. La guérison arriva; l'urine était restée albumineuse pendant trois semaines. Nous citerons plus loin, à propos des néphrites albumineuses secondaires, surtout à la scarlatine, un plus grand nombre de guérisons.

Doit-on rapporter, comme le font certains auteurs, les accidents convulsifs qu'on observe dans certaines maladies, comme la fièvre typhoïde, le choléra, à une néphrite albumineuse concomitante, aussi bien que les phénomènes que l'on observe à la suite de la scarlatine? Cette proposition, que je n'émets ici que sous forme de question, pourra peut-être étonner en France, mais elle ne causera certes aucune surprise à ceux qui ont suivi

---

« ses honoraires visite par visite, parce que tant que le malade souffre, il connaît le prix de la santé, tandis qu'une fois guéri ou très-bien, ne pouvant se rappeler la douleur, il devient très-souvent ingrat, *quoiqu'il soit*, ajoute-t-il comme lénitif, *doué d'ailleurs de grandes vertus*. Au reste, pourquoi le médecin agirait-il autrement, lorsque tous les chirurgiens, les avocats, les avoués et les prêtres lui donnent même l'exemple d'une plus grande sévérité? Je ne sache pas non plus que le fabricant, le marchand livrent leur marchandise au premier venu qui se présente, car alors leurs moyens d'existence seraient bientôt anéantis. Mais, est-ce que la profession de médecin n'est pas pour celui-ci ce que celle de marchand, de fabricant, d'avocat, de prêtre est pour ces derniers, une industrie ou un art sans lesquels il ne peut vivre, élever sa famille et soutenir l'Etat en concourant au payement des impôts? On ne peut contester cette vérité, et alors pourquoi voudrait-on lui imposer une vie différente? »

Somme toute, les souffrances du Corps médical ne proviennent que de l'oubli dans lequel on met ses services. Il est bien rare que le client qui a toujours soldé le prix de vos soins aille jamais réclamer ceux d'une autre personne. Celui-là vous est fidèle parce qu'il est reconnaissant. Aussi, Messieurs, si nous avions à demander au pouvoir de venir à notre aide en pareille occurrence, je ne voudrais obten à lui que ce simple décret : *Les honoraires des médecins se prescrivent dans les vingt-quatre heures qui suivent la visite.* Dès ce moment, une ère nouvelle s'ouvrirait devant nous, chacun vivrait honorablement du produit de son travail, laissant à la sollicitude de l'autorité le soin de veiller à la sécurité de la santé publique.

L'adhésion qu'avait semblé obtenir le premier discours se change aussitôt en hésitation, et la Société remet, au milieu d'une certaine émotion produite par les paroles du dernier orateur, la question à l'ordre du jour de sa prochaine séance.

Toujours du temps perdu!

— Un jeune confrère m'écrit :

« Le petit entretien édifiant que vous nous avez raconté entre vous « et l'auteur de la *Némésis*, alors rédacteur en chef d'un journal fameux par ses diffamations, a provoqué chez moi et quelques-uns « de mes amis, tous ensemble lecteurs assidus du *Moniteur des Hôpitaux*, le désir de connaître cette fameuse publication en vers dont « nous ne savions pas seulement l'existence. Nous l'avons trouvée « à la Bibliothèque impériale, mais nous n'avons pas été aussi heureux « pour votre *Themis*. Où serait-il possible de se la procurer? Dans « tous les cas, qu'avez-vous riposté au superbe Phocéen? »

pas à pas les progrès de l'histologie pathologique et de la chimie pathologique moderne. En effet, la première question qu'on doit résoudre pour arriver à la réponse que nous cherchons, est celle-ci : L'anatomie pathologique a-t-elle démontré l'existence, dans le choléra, la fièvre typhoïde, etc., de lésions rénales identiques à celles de la néphrite albumineuse? On peut répondre par l'affirmative; on a observé dans ces cas les premiers degrés de la maladie de Bright, tels que les a décrits M. Rayer, c'est-à-dire exactement les altérations que l'on observe à la suite de la scarlatine, et qu'on n'hésite pas dans ce cas à rapporter à la *maladie de Bright* commençante.

Sans vouloir entrer dans une description minutieuse et dans un historique complet de ces lésions rénales, nous ne pouvons cependant nous abstenir de les citer, car elles sont pour la plupart peu connues en France.

Depuis la découverte, faite en 1832, à Berlin, par Simon, de l'albumine dans l'urine des cholériques, l'attention des auteurs allemands avait été attirée sur l'état anatomique des reins des malades succombant dans le cours de cette affection épidémique. Le travail le plus complet entrepris à ce sujet est celui de Reinhardt, dans son mémoire sur le choléra (*Archiv. fuer Patholog. Anat. und Physiol. und Klinische Medicin*, vol. II, liv. III, 1849, p. 497) Dans ce travail, publié en commun avec son ami Leubuscher, ce fut Reinhardt qui fit seul les recherches d'histologie pathologique sur les reins. (*Voir* les *Mémoires posthumes* de Reinhardt, publiés en 1852 par Leubuscher, p. 89.) On trouve, suivant cet auteur, lorsque la période de réaction a remplacé la période asphyxique du choléra, une congestion marquée et une exsudation fibrineuse dans la substance corticale de l'organe; les canalicules urinifères renferment des concrétions fibrineuses; puis des dépôts granulo-graisseux se font dans les cellules épithéliales des reins; celles-ci, par suite des progrès de l'évolution morbide, s'atrophient, se détruisent et se transforment en un détritus protéique et graisseux; en même temps, les canalicules urinifères s'altèrent de plus en plus, et enfin la substance rénale paraît, même à l'œil nu, parsemée de taches jaunes se dessinant sur un fond finement injecté et congestionné. Cette étude histologique sur l'altération des reins dans le choléra, nous avons pu la constater dans l'épidémie de décembre 1853, et nous savons qu'elle a été constatée aussi par d'autres personnes; cette altération des reins a même frappé certains observateurs, qui, n'ayant pas recours à l'examen microscopique, se sont contentés de décrire la couleur et l'aspect extérieur des reins, sans chercher à connaître la nature de cette lésion.

Toute personne impartiale et non prévenue pourra trouver dans les caractères des reins cholériques, examinés à l'œil nu et à l'aide d'instruments grossissants, une analogie frappante avec les reins des malades morts de scarlatine avec accidents cérébraux. Dans les deux cas on observe tous les degrés, depuis la maladie aiguë commençante, l'injection simple, jusqu'à l'exsudation fibrino-graisseuse, qui caractérise une époque plus avancée de la lésion. On se rappelle les propositions établies par M. Rayer (*loc. cit*, p. 429), ces propositions pourraient, jusqu'à un certain point, s'appliquer aux néphrites albumineuses consécutives au choléra; en effet, ce médecin a établi que l'albumine peut exister, à la suite de la scarlatine, dans l'urine de malades n'ayant pas d'hydropisie; que, dans ce cas, les reins offrent les mêmes lésions que dans la néphrite albumineuse commençante développée sous l'influence du froid. Cette néphrite peut guérir; d'autres fois, au contraire, elle passe à l'état chronique; or, on rapporte avoir vu, après le choléra, ce passage de l'état aigu à l'état chronique. Hammernjk (*Die cholera epidemica*. Prag., 1850, p. 125-126, cité par Frerichs) dit avoir vu deux fois l'albumine persister dans l'urine de deux malades convalescents de choléra, et qui présentèrent ensuite tous les symptômes d'une néphrite albumineuse chronique confirmée.

Dans la fièvre typhoïde, les reins offrent quelquefois des lésions qui se rapprochent beaucoup de certains degrés de la néphrite albumineuse commençante; d'autres fois, au contraire, et cela surtout lorsque les malades ont été atteints, dans le cours de leur affection, d'une rétention d'urine, la lésion est plus franchement celle de la néphrite (Rayer, *loc. cit.*, vol. II, p. 22). Dans l'urine des malades typhoïdes, il n'est pas très-rare de rencontrer de l'albumine, puis, dans le sédiment de leurs urines, quelques tubuli, ou, pour parler plus exactement, des revêtements épidermiques détachés des parois des tubes urinifères. En même temps, le rein présente un état de congestion particulière, qu'il est difficile de rapporter de préférence ou à la néphrite albumineuse ou à la néphrite simple.

Dans les maladies que nous venons de parcourir, choléra, scarlatine, fièvre typhoïde, on observe souvent, à une époque avancée de l'évolution morbide, un ensemble de symptômes qu'on est convenu de désigner sous le même nom collectif d'état typhoïde, accablement, délire, convulsions, etc.; or, ces trois maladies offrent toutes une altération presque semblable des reins, on peut donc se demander si le trouble de la sécrétion rénale ne pourrait pas entrer pour quelque chose dans la production de ces symptômes; en un mot, la question se trouve posée dans les mêmes termes pour la néphrite albumineuse chronique et aiguë. C'est de cette comparaison des néphrites aiguës dans les maladies qu'est née la doctrine allemande de

---

Eh! mon Dieu, cher confrère, ma *Themis* a dû être emportée facilement, comme l'est toute feuille volante, par le vent de l'oubli, et je ne puis vous dire où il en reste un souvenir; mais, si ma mémoire est fidèle, après avoir rappelé un à un les services rendus à la sience par Orfila, je terminais la publication dont l'apparition cloua tout à la fois la langue et la plume de *Némésis*, de la façon suivante :

Tel on voit à l'entour d'une splendide table
D'où s'exhale en fumet un ragoût délectable,
Un chien le nez en l'air flairant de toute part,
Avec un grognement qui dit : J'en veux ma part;
Ou bien à vos côtés, béant de convoitise,
Fixer sur votre assiette un œil qui vous courtise.
Ah! si vous y tenez, pour l'un de ces morceaux,
Le gourmand vous fera cent tours et mille sauts.
Bien mieux, pour s'attirer un peu de friandise,
Il se tiendra debout avant qu'on ne le dise;
Mais aussi, garde à vous, s'il devient irrité
De s'être à vos regards vainement agité,
Pour punir votre oubli sur votre habit qu'il gâte,
L'insolent posera son ordurière patte.

Ainsi fait *Némesis*, et son ressentiment
Pour cause n'a, dit-on, qu'un désappointement.
. . . .
. . . .
Or, je vais, *Némésis*, sur la publique voie,
De façon que chaque œil à son aise te voie,
Te river par le col aux barres du poteau;
Moi-même sur ton chef implanter l'écriteau
Portant l'arrêt pénal qui s'applique à ton crime,
Et gravant sur tes chairs le T. F. de ma rime,
Pour chacun des méfaits de ta rébellion,
T'infliger le supplice, enfin, du talion.

Dr A.-L. Roux.

Maladies de la peau. — M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les *maladies de la peau*, le mardi 26 mai, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, près de l'École de Médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin. — Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

'urémie, dont nous nous occuperons à propos de l'étiologie des convulsions.

On a pu remarquer qu'en exposant aussi brièvement que possible les résultats de l'observation histologique, nous n'avons indiqué aucun caractère anatomique isolé propre à caractériser la néphrite albumineuse ; c'est que ce caractère manque complétement, surtout dans les premières périodes de la maladie. Nous ne croyons pas à cette division, proposée par Johnson, entre le stéarose du rein et la néphrite de cause inflammatoire, et nous nous rattachons plus volontiers à l'opinion de Reinhardt, qui décrit la néphrite albumineuse comme une maladie qui n'offre rien de spécial et qui a pour caractère unique de frapper presque en même temps une grande partie des deux reins et de compromettre ainsi, par un obstacle considérable à la sécrétion urinaire, les émonctoires naturels des produits excrémentitiels du sang, et par suite l'intégrité des fonctions des organes.

On voit donc que l'anatomie pathologique, aidée du microscope, a rattaché quelques états morbides que l'analogie de leurs symptômes avait naturellement fait rapprocher.

Si ces considérations pathologiques sont vraies, on serait donc arrivé à rattacher à une même cause le trouble de la sécrétion urinaire, les phénomènes cérébraux et les convulsions de la néphrite albumineuse chronique, de la néphrite albumineuse aiguë, se développant à la suite du choléra, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine.

Il reste encore, sans aucun doute, beaucoup à étudier sur les maladies des reins; nous croyons que c'est surtout là que la chimie et le microscope pourront être d'un immense secours à la médecine.

(La suite à un prochain numéro.)

Études pratiques sur l'hydrothérapie,

Par M. le Dr E. Collin,

Médecin des salles militaires de l'hôpital de Billom.

(Extrait d'un mémoire lu à la Société de médecine de Clermont-Ferrand.)

(Suite. Voir les nos 55, 56, 58 et 60.)

CHLOROSE, ANÉMIE ET HYSTÉRIE.

Il n'entre point dans nos intentions de discuter ici toutes les questions de pathogénie qui se rattachent à l'histoire de la chlorose et de l'anémie, ni d'établir les différences qui séparent l'un de l'autre ces deux états morbides. M. Fleury (1) a exposé, sur ce sujet si important pour le nasographe et pour le clinicien, des doctrines auxquelles nous n'avons rien à ajouter, et que nous ne pourrions pas reproduire sans sortir des limites que nous nous sommes imposées.

Il nous suffira de rappeler, avec le savant médecin de Bellevue, que si les ferrugineux occupent un rang très-élevé dans le traitement de la chlorose, il n'en est plus de même dans celui de l'anémie, où une place hors ligne doit être accordée à l'hydrothérapie rationnelle (2).

L'efficacité des martiaux est, d'ailleurs, bien loin d'être constante dans la chlorose elle-même, et, à l'exemple de M. Fleury, nous croyons devoir citer les paroles suivantes de MM. Trousseau et Pidoux :

« La chlorose est considérée, par quelques pathologistes, comme une maladie qui n'a presque pas de gravité; mais contrairement à cette opinion, nous estimons que la chlorose est une affection fort sérieuse, et dont beaucoup de femmes se souviennent toute leur vie, en ce qu'elles sont sans cesse sous l'imminence d'une récidive, ou bien, ce qui est plus commun, qu'elles conservent, sous les apparences de la santé, la plupart des troubles fonctionnels qui formaient l'apanage de la chlorose confirmée.

« Il faut dire aussi, parce que c'est une vérité que l'on comprend en vieillissant dans la pratique, que le fer, après avoir amendé rapidement les accidents les plus graves de la chlorose, devient quelquefois tout à coup impuissant, et nous laisse désarmés en présence d'une maladie qu'il semble dominer en général avec tant de facilité. Le médicament, dans ce cas, agit d'autant moins sûrement que l'affection est plus ancienne, et surtout que les récidives ont été plus fréquentes (1).

Avant d'exposer les faits qui se sont présentés à mon observation, je dois ajouter que j'ai suivi, dans l'administration des applications extérieures d'eau froide, les *procédés opératoires* indiqués par M. Fleury, auquel revient l'honneur d'avoir établi, expérimentalement et doctrinalement, l'action *physiologique* et RECONSTITUTIVE de l'hydrothérapie rationnelle, après avoir dégagé cette médication de l'obscure hypothèse des matières peccantes, des crises, et de l'action éliminatrice, hypothèse sur laquelle repose encore, à l'heure qu'il est, l'hydrothérapie irrationnelle de Priessnitz et de ses adeptes.

Obs. I. — *Chloro-anémie datant de vingt ans. — Deux mois et demi de traitement hydrothérapique. — Guérison.*

Mlle L.... d'Effiat, âgée de 30 ans, température lymphatique, a toujours été souffrante depuis sa plus tendre enfance; elle a eu la rougeole et la variole. Vers l'âge de 6 ou 7 ans, une application de sangsues fut faite sur le creux de l'estomac; la malade ne se souvient ni du nombre de sangues, ni de l'abondance de l'écoulement de sang. A dix ans, une nouvelle application fut faite dans les clavicules pour combattre une pneumonie. L'hémorrhagie produite par une des piqûres ne put être arrêtée que le lendemain et affaiblit considérablement la malade.

A la suite de cette affection, on prescrivit une diète *complètement* lactée, et *après huit mois* de ce régime rigoureusement observé, on s'aperçut que Mlle L.... était dans un état de débilité alarmant. Les forces étaient épuisées, la colonne vertébrale s'infléchissait, et c'est à peine si la petite malade pouvait aller à l'école, où elle ne manquait pas de porter sa bouteille de lait, seule nourriture qui lui fût permise. Frappé de cet état, on prescrivit alors le fer, sans oublier une tasse de lait matin et soir, mais en permettant, toutefois, de prendre quelques aliments dans la journée. Il est facile de prévoir l'obstacle que vint mettre à l'emploi des ferrugineux la susceptibilité de l'estomac et des intestins; aussi les préparations nombreuses qui furent employées successivement ne purent-elles être supportées, et l'état de la malade ne fit qu'empirer de jour en jour. « Je n'avais plus la force de me dresser, me disait-elle, je me tenais toute courbée, et c'était en vain qu'on recommençait de nouveau à essayer une nouvelle préparation de fer. »

A 12 ans, les règles paraissent et avancent chaque fois de plusieurs jours; bientôt le sang se décolore, et des pertes blanches abondantes se manifestent. On continue à tenter l'usage du fer en poudre, en pilules, en chocolat, etc., etc.; on prescrit des tisanes de houblon, d'armoise, de mélisse, d'absinthe.

A 14 ans, M. Pourcher (de Clermont) prescrit une nouvelle préparation martiale qui, comme les autres, reste sans résultat.

A 16 ans, l'affection est tellement grave, que la digestion est presque nulle; les pieds et les mains sont enflés. Un médecin espagnol, auquel on eut recours, à Moulins, fit prendre des potions calmantes, appliquer des cataplasmes laudanisés sur l'estomac, conseilla le bouillon de veau, et ordonna une *douzaine de sangsues aux cuisses ! !*

De retour à Effiat, le médecin de Mlle L.... défendit heureusement cette application de sangsues, fit prendre des consommés et du vin, et engagea la malade à aller aux bains de Châteauneuf, ce qu'elle fit pendant deux années. Un soulagement bien marqué fut le résultat de la première saison; mais celui-ci fut complétement nul l'année suivante.

(1) L. Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, 1856, p. 218-283.

(2) L. Fleury, *Clinique hydrothérapique de Bellevue*, 3e fascicule, 1857, p. 51-55.

(1) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 15.

Pendant sept ans, Mlle L.... a bu les eaux de Saint-Mion, et pendant trois celles de Vichy.

A 20 ans, une nouvelle série d'accidents se manifeste. Mlle L.... voit tomber son père à la suite d'une attaque d'apoplexie; elle le croit mort et est prise d'une crise nerveuse très-violente. A partir de ce jour, des crises semblables se renouvellent souvent, plusieurs fois dans la même journée, pour la moindre émotion ou la moindre contrariété; l'aspect seul d'une personne étrangère suffit pour les provoquer. Parfois, elles sont tellemment fortes, que ne pouvant contenir la malade, on est obligé d'étendre des matelas à terre et de la laisser s'agiter à son aise. Alors elle se débat, entraînant ou déchirant tout ce qui se rencontre sous sa main, puis le corps se roidit, et cet état convulsif met fin à la crise. Le moindre ennui, une pensée triste, une envie de pleurer qu'elle ne peut satisfaire, amènent ces accidents; mais alors elle sent parfaitement arriver la crise, tandis que quand celle-ci est causée par une émotion subite, elle tombe sans aucun signe précurseur.

On fit force frictions laudanisées sur l'estomac, on prescrivit des bains de sel, de savon; on administra l'éther, l'eau de fleurs d'oranger; plus tard des frictions furent faites sur le ventre avec la pommade stibiée, et elles amenèrent une éruption dont les douleurs causèrent plusieurs crises, mais pas la moindre amélioration. L'estomac ne digérait plus, les aliments ingérés provoquaient des douleurs violentes, les nuits étaient sans sommeil; une force, qu'elle ne pouvait maîtriser, faisait sortir la malade de son lit pour se promener dans sa chambre; quelques instants après, accablée de fatigue, elle regagnait son lit pour en descendre encore. Sensation d'une crampe occupant toute la partie postérieure de la tête, et qui agaçait tellement la malade, qu'elle était souvent forcée de mordre ses draps avec rage.

Cet état persista ainsi pendant trois ans. A cette époque, le père de Mlle L.... étant venu à mourir, une crise bien plus violente que toutes celles qu'elle avait eues jusqu'alors la tint sans connaissance durant quatre jours, pendant lesquels plusieurs hommes furent nécessaires pour la contenir dans les moments d'exacerbation. La tête était continuellement agitée par un mouvement convulsif.

Pendant les huit jours qui suivirent ces accidents, la parole fut impossible. La malade commençait un mot qu'elle ne pouvait achever. Si on lui présentait un objet, elle ne pouvait le prendre. « Je portais ma main, dit-elle, de côté et d'autre, comme un enfant qui ne sait pas saisir ce qu'on lui donne. »

A partir de cette époque, les crises allèrent en diminuant d'intensité et de fréquence, ce qui n'empêche pas qu'aujourd'hui encore la peine la plus légère bouleverse complétement les idées de la malade et lui donne des envies de pleurer; il lui semble alors que son cou se tuméfie et que sa tête est en feu.

Bientôt survint une toux excessivement forte et caverneuse, des palpitations violentes accompagnées de douleurs vives à la région du cœur, et contre lesquelles on prescrivit la digitale, du vin de gentiane, du fer, etc.

Les douleurs, après le repas, étaient tellement vives, que Mlle L.... se vit forcée de ne faire qu'un seul repas, à midi; la moindre nourriture prise le soir la forçait à se lever et à passer la nuit dans un fauteuil; les jambes enflèrent; on appliqua un bandage roulé depuis la pointe des pieds jusqu'au genou, on fit des frictions avec la teinture de quina, de digitale; on administra la tisane de racines d'asperges, le nitre, l'oxymel scillitique; le tout sans résultat.

Depuis quatre ans l'affection ne fait que progresser; dans les moments où la malade souffre le plus, des vertiges la saisissent et la font tomber; des coliques sourdes occupent le bas-ventre et le bas des reins, la constipation est cause de douleurs excessivement vives à chaque effort de défécation; la faiblesse est extrême, et, contre toute cette série d'accidents, la médecine est impuissante. Quelques personnes ayant alors conseillé à la malade de suivre un traitement hydrothérapique, elle se fit transporter à Billom, où elle arriva le 14 *novembre* 1856.

Etat actuel. Pendant son voyage Mlle L.... est l'objet de la compassion de tous les voyageurs, et, pour aller du bureau de la diligence à la chambre qu'elle a louée près de l'établissement, deux fois elle tombe sans connaissance; elle arrive enfin presque mourante et est mise au lit. Je suis immédiatement appelé.

Mlle L.... est couchée; la face est fortement bouffie, la peau, décolorée, présente l'aspect de la cire blanche, les muqueuses partagent la décoloration générale. C'est à peine si, en approchant l'oreille de la bouche de la malade, on peut lui entendre articuler quelques mots, et je suis obligé d'avoir recours à sa sœur pour obtenir les renseignements que je demande; la faiblesse est tellement grande que l'effort qu'elle est obligée de faire pour monter dans son lit, fait qu'une fois couchée elle perd connaissance, sans avoir le temps de ramener sur elle ses couvertures.

Pour le plus léger mouvement la voix se perd, une toux caverneuse se fait entendre, un tremblement convulsif s'empare de tous ses membres, et si alors Mlle L.... ne peut s'asseoir ou se tenir à un meuble, elle est forcée de se laisser tomber.

Épouvanté de la gravité de cette position, je renvoyai au lendemain un examen minutieux que je ne pouvais faire séance tenante, vu la fatigue de Mlle L....

Le lendemain 15, il me fut possible de faire asseoir la malade sur son lit. Bruit de souffle au premier temps du cœur, dont les mouvements soulèvent avec force la paroi thoracique.

Diminution légère du bruit respiratoire, du côté droit surtout.

Rien du côté du foie ni de la rate, les pieds et les jambes sont œdématiés. Pouls fréquent et tellement faible qu'on a peine à le sentir; chaleur fébrile, soif ardente, constipation opiniâtre, douleurs erratiques, insomnie continuelle.

Les digestions sont tellement douloureuses que la malade mange le plus rarement possible. Depuis six mois la moindre préparation ferrugineuse ne peut être supportée.

Après m'être rendu un compte exact de la position, j'annonçai que je me chargeais du traitement et que j'avais l'espoir d'une guérison complète. Un sourire d'incrédulité fut la réponse de Mlle L....

Le soir même, 15 *novembre*, je pratiquai une friction avec le drap mouillé qui fut bien supportée.

Le 16, je suis heureux de retrouver Mlle L.... mieux que la veille, les règles sont venues pendant la nuit, si toutefois on peut appeler ainsi un écoulement de sérosité blanchâtre tachant à peine le linge. C'est le 20 que leur apparition a eu lieu le mois passé. Mlle L.... a dormi une partie de la nuit et elle s'arrête avec plaisir à l'idée de sa guérison qui, la veille encore, avait amené sur sa figure un sourire d'incrédulité. *Deux frictions avec le drap mouillé.*

Le 18, la malade est bien; hier dans la journée, se sentant plus forte, elle a voulu descendre les escaliers pour satisfaire à un besoin, mais elle s'est trouvée mal à son retour. Une côtelette prise hier au soir a été parfaitement supportée.

C'est aujourd'hui le troisième jour de l'écoulement menstruel qu'une légère coloration rosée peut seule faire reconnaître. Hier cet écoulement s'est effectué sans aucune douleur, *ce qui n'était jamais arrivé.* La sœur de Mlle L.... est au comble de la joie.

Le 18 au soir, malgré ma défense, la malade est encore descendue au rez-de-chaussée et elle est toute heureuse de m'annoncer qu'elle a gravi assez facilement l'escalier sans être indisposée au retour. De plus, elle a pu se mettre au lit, se couvrir, et parler immédiatement sans se trouver mal. Les douleurs sont presque nulles après les digestions.

Le 24, au soir, Mlle L.... me demande à venir à l'établissement, ce que je lui permets. Il est distant d'environ 300 mètres de sa chambre.

Le 25, poids du corps, 49 kilog. 1 hect.

La première douche cause une impression tellement grande, qu'aussitôt après Mlle L.... est prise d'une attaque de catalepsie qui dure environ vingt-cinq minutes. La réaction cependant se fait bien, mais je reviens au drap mouillé, et je ne reprends que le 28 la douche qui est bien supportée ce jour-là.

2 *décembre.* La malade, à laquelle j'ai prescrit du fer, du vin de Bordeaux, une nourriture substantielle, n'est plus reconnaissable, tant le changement est déjà grand. Les personnes qui l'ont vue arriver à Billom ne peuvent croire à ce qu'ils appellent une pareille résurrection. Les forces reviennent chaque jour, la malade va facilement de l'établissement chez elle, monte sans peine son escalier, et souvent

fait une promenade dans l'intervalle des douches. L'œdème a disparu, la constipation est moindre, la peau et les muqueuses se colorent.

Le 6, le poids du corps est de 51 kil. 1/2. La malade a fait aujourd'hui une promenade de plus d'un kilomètre; l'appétit est considérable, les digestions se font sans douleurs, et, depuis plusieurs jours, Mlle L.... est obligée de faire un repas au milieu de la nuit.

Le 10, les règles sont venues le 7 et ont coulé jusqu'au 10; le sang, sans être d'un rouge très-foncé, a cependant une couleur assez naturelle. Les douleurs ont été presque nulles.

13 *janvier*. Les règles ont paru le 9 et se sont arrêtées hier soir; l'écoulement est normal en qualité et en quantité; les pertes blanches n'existent plus; la malade se trouve chaque jour plus forte.

Le 31, Mlle L...., malgré mes conseils, quitte l'établissement et retourne à Effiat avec une excellente santé. Son poids est de 53 kilogr.; les plus longues courses ne la fatiguent pas; l'appétit est excellent; les digestions, faciles et réparatrices, se font sans la moindre douleur. Je l'engage à continuer chez elle un drap mouillé deux fois par jour.

Il y a quelques jours, j'ai reçu de Mlle L.... la lettre suivante :

« J'ai attendu pour vous écrire, afin de voir si le mieux se soutiendrait; je suis heureuse de pouvoir vous dire que ma santé va toujours bien; j'ai toujours bon appétit et rien ne me fait mal. J'ai toujours aussi bonne mine qu'à mon arrivée ici, et je continue à étonner tous ceux qui, il y a quelques mois, croyaient me voir mourir. Les visites sont nombreuses, chacun veut se convaincre par soi-même de la vérité de ma guérison. Je suis si heureuse moi-même de cette *nouvelle vie* et je désire tant conserver mes forces, que je ferai tout ce qui dépendra de moi pour ne pas les perdre, etc., etc. »

L'évolution de cette maladie, qui se serait très-probablement et avant peu terminée par la mort, est très-manifeste. Une hémorrhagie, causée par des sangsues, chez un enfant déjà très-faible, a été la première cause d'une anémie rendue bien plus complète encore par une diète exclusivement lactée et continuée pendant un temps fort long. Cette anémie, à son tour, vient apporter un trouble manifeste dans le développement complet de la jeune fille, dans l'apparition des règles, et donner naissance à une chlorose rebelle à tous les traitements. A peine la médication par l'eau froide est-elle commencée, que déjà les forces reviennent, les ferrugineux sont parfaitement tolérés par un estomac qui reprend sa vigueur.

Sous l'influence des douches froides, la circulation capillaire est devenue plus active et plus régulière, la digestion s'est améliorée, et dès lors l'équilibre n'a pas tardé à se rétablir entre toutes les fonctions de l'économie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Fièvre jaune.

A propos d'une erreur de nom qui s'est glissée dans notre dernier numéro, un de nos distingués correspondants transatlantiques, en ce moment à Paris, nous transmet les intéressants détails qui suivent :

Paris, 23 mai 1857.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire dans le numéro d'aujourd'hui, samedi, de votre distingué journal, parmi les faits divers, l'annonce du début de la fièvre jaune à Rio-Janeiro. Ceci ne peut être qu'une erreur de lieu, car depuis plusieurs années, malheureusement, le Brésil est devenu *une terre à fièvre jaune.* Ce n'est donc pas Rio-Janeiro qu'il faut lire, mais bien Montévidéo.

En effet, cette ville, qui n'avait jamais été visitée par le terrible fléau qui désole l'empire voisin, a été surprise, dans les premiers jours de mars, par l'apparition d'une épidémie dont le caractère n'est pas douteux, et dont la marche est digne de la plus sérieuse attention, par cela même qu'elle est très-facile à suivre. Or, la voici : le paquebot anglais *Prince* arrive de Rio-Janeiro à Montévidéo le 28 février; il avait perdu trois hommes de fièvre jaune et avait à bord plusieurs personnes atteintes de la même maladie. On lui refuse l'entrée et il part pour Buénos-Ayres (à 40 lieues). Repoussé de ce port, il revient immédiatement à Montévidéo. Là, dit-on, il débarque quelqu'un ou quelque chose. Trois ou quatre jours après sa rentrée, sur la plage, dans le fond du port, apparaissent quelques cas, tous mortels; puis, de suite, l'épidémie se prononce, et, au bout de vingt jours seulement, Montévidéo comptait de trop nombreuses victimes, parmi lesquelles le très-regrettable docteur Vilardebo, ancien élève distingué des hôpitaux de Paris. On annonce encore la mort de deux autres médecins, et le 7 avril seulement (dernière date) entrait en convalescence le docteur Petit, chirurgien-major de la marine, qui a failli payer de sa vie un dévouement poussé au delà de ses forces physiques, et dont la population française à Montévidéo était heureuse et fière en même temps.

Veuillez agréer, etc. Dr Léonard.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le *baccalauréat ès lettres et la Faculté de Strasbourg.* — Voici une nouvelle assez inattendue que nous apporte la *Gazette médicale de Strasbourg :*

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro, dit-elle, que la Faculté de Médecine de Strasbourg avait été consultée par le ministre sur l'opportunité de redemander aux élèves en médecine le diplôme de bachelier ès lettres.

Depuis lors, la Faculté a consacré deux séances à la discussion de cette importante question, Contrairement à l'avis des Facultés de Paris et de Montpellier, la majorité de la Faculté de Strasbourg a décidé que l'expérience n'ayant pas encore pu prononcer sur la valeur du nouveau mode, il n'y avait pas lieu de revenir à l'exigence du baccalauréat ès-lettres pour les élèves en médecine.

Nous aurions vivement désiré que la *Gazette de Strasbourg*, si elle le pouvait sans indiscrétion, nous fît connaître ce qu'a entendu la majorité de la Faculté de cette ville par *expérience*, dans la conjoncture dont il s'agit. La seule question à décider, ce nous semble, en pareille occurrence, est de savoir s'il convient qu'un médecin ait reçu une éducation aussi complète que possible, et si l'étude des lettres doit ou non faire partie d'une éducation complète. Or, nous ne voyons pas quelle expérience est nécessaire pour trancher une pareille question, et nous pensons qu'il eût été bon de définir la nature de cette expérience. Espérons que notre confrère de Strasbourg sera en mesure d'édifier le corps médical dans son prochain numéro. — Nous retarderons jusque-là les suppositions qu'il est permis de faire sur la décision fort inattendue, nous le répétons, de la majorité de la Faculté de Strasbourg.

— Nous recevons de M. Schnepf — une lettre timbrée que le défaut de temps et d'espace nous oblige à renvoyer au prochain numéro.

— M. Dubois, secrétaire de la *Faculté de théologie* et de l'*Ecole de pharmacie*, est nommé secrétaire de la Faculté *de médecine* de Strasbourg, en remplacement de M. Boucher, admis à la retraite.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 64. 5e année Jeudi 28 Mai 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 27 mai 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[Un point obscur de la génération. — Chloroforme au point de vue médico-légal.]

Sur un point obscur de la génération! Si nous avions été à la place de l'ingénieux auteur du mémoire dont M. Bousquet nous a fait entendre l'élégante appréciation, nous aurions préféré donner pour titre à notre travail : *sur* UN DES POINTS *obscurs*, etc., car l'histoire de la génération nous paraît présenter plus d'un voile. Celui que M. Bouffier a tenté de soulever est assurément un de ceux qui excitent au plus haut point la curiosité des savants et même des ignorants ; mais c'est aussi, sans aucun doute, un des plus impénétrables. Rien ne serait pourtant plus simple que de le percer à jour, si l'on en croyait l'honorable chirurgien de marine. Nous ne demandons pas mieux que de le croire, pourvu qu'il nous fasse voir, et jusqu'à ce jour nous n'avons vu, comme M. Bousquet, qu'une idée ingénieuse; supposer que chaque menstruation donne alternativement lieu à l'expulsion d'un germe mâle et d'un germe femelle, c'est, en effet quelque chose, mais ce n'est pas assez pour composer un mémoire : ainsi l'ont pensé le disert rapporteur et l'Académie ; ainsi le pensons-nous.

— M. Gibert mériterait, à bien plus juste titre que notre ami, M. Broca, le nom d'enfant terrible ; seulement, c'est un enfant terrible spirituel et charmant ; si la comparaison ne le blesse pas, ce que nous espérons, nous dirons volontiers que M. Gibert est le marquis de Boissy de l'Académie. M. Gibert seul pouvait dire, sans que personne s'en soit étonné ni ému, que M. Devergie était venu porter à la tribune une proposition *incroyable;* ce n'est pas même nous qui, malgré les libertés de la critique (et l'on sait combien elles sont grandes), aurions osé dire une pareille vérité ; à peine osons-nous la répéter. Mais, du moins, l'appuierons-nous de notre faible crédit. Que M. Devergie ait cru pouvoir incriminer d'avance tous les chirurgiens à qui il arriverait un accident mortel, et qui n'auraient pas éthérisé avec un appareil spécial du choix de M. Devergie, cela se concevrait si M. Devergie était venu apporter à la tribune une série d'expériences démontrant clairement que l'éthérisation est moins dangereuse avec un appareil que sans appareil, et avec tel appareil qu'avec tel autre. Mais qu'en l'absence de toute expérience, même, on peut le dire, en l'absence d'une connaissance exacte des cas de mort publiés jusqu'à ce jour, on vienne, par des considérations théoriques très-contestables, et, suivant nous, fausses le plus souvent, faire peser sur les opérateurs la plus grave responsabilité et fournir uniquement des armes dangereuses aux magistrats, c'est une manière de procéder que M. Gibert seul aurait le privilége de caractériser sans inconvénient. M. Devergie avait annoncé d'avance qu'il allait faire bondir tous les chirurgiens. Si c'est là le but principal qu'il s'est proposé, nous croyons qu'il réussira, qu'il a même réussi ; seulement, l'utilité d'un pareil but nous paraît au moins problématique. Nous ne pouvons aujourd'hui examiner en détail les propositions accessoires de M. Devergie. Nous pouvons, d'ailleurs, retarder sans inconvénients une plus longue appréciation, puisqu'une discussion en règle sur l'éthérisation s'est engagée, sur les instances de M. Robert. H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

Étranglement herniaire.

A Monsieur le Rédacteur en chef du Moniteur des Hopitaux.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai lu avec un grand intérêt l'observation publiée dans votre numéro du 14 courant par M. le docteur Verneuil, au sujet d'une hernie crurale étranglée, accompagnée de gangrène demi-circulaire de l'intestin. Les détails de cette observation, les remarques judicieuses que son auteur a su déduire de l'étude clinique et des recherches anatomiques minutieuses auxquelles il s'est livré, m'ont rappelé des réflexions que j'ai eu l'occasion de faire bien des fois en pareille circonstance.

A sa seconde opération, M. Verneuil a constaté une exception à l'opinion généralement adoptée sur le siége de l'étranglement dans la hernie crurale. Si je devais m'en rapporter exclusivement aux souvenirs de ma pratique personnelle, je croirais que cette exception est plus fréquente qu'on ne le pense, et que l'opinion admise aujourd'hui sur le siége habituel de l'étranglement dans les hernies crurales est trop absolue. Dans bien des cas, en effet, le siége de l'étranglement m'a paru situé trop profondément pour le rapporter à une ouverture du fascia

crébriformis, et j'en aurais au contraire volontiers placé la cause dans un resserrement au niveau du septum crural. Cette question appelle évidemment de nouvelles recherches.

L'ouverture dans laquelle est étranglé l'intestin présente-t-elle une forme spéciale? La disposition d'une sorte de boutonnière dont les lèvres détermineraient un aplatissement de l'intestin plutôt qu'une constriction circulaire, telle est, pour le cas qu'il a présenté, l'opinion vers laquelle penche M. Verneuil.

Il y a très-certainement quelque chose de particulier sous ce rapport dans la hernie crurale. Plusieurs auteurs modernes ont signalé la fréquence de ces perforations linéaires placées au niveau de l'étranglement et surtout du côté du pubis. Il semblerait que, dans cette espèce de hernie, le tissu qui cause l'étranglement présente une disposition falciforme plus fréquemment que dans toute autre. De là les opinions émises sur l'action du ligament de Fallope, et surtout du ligament de Gimbernat, opinions qui ne peuvent plus se soutenir aujourd'hui. Il n'en est pas moins vrai que l'on rencontre souvent, ainsi que cela est arrivé à M. Verneuil, une lésion grave de l'intestin au niveau du point rétréci, alors que l'aspect de l'anse intestinale herniée ne faisait point soupçonner le développement de la gangrène; et, ce qui n'est pas moins vrai, c'est que cette altération de l'intestin se rencontre plus souvent ou plus avancée, sur la portion qui répond au pubis que sur celle qui est située de l'autre côté. De là le danger si formellement indiqué du débridement en dedans, sur le ligament de Gimbernat. On a constaté, en effet, que souvent l'intestin se déchirait sous la bride même, au moment où il fallait l'écarter en dehors pour engager la sonde cannelée dans ce point.

Quant à la nature de cette lésion, M. Verneuil a bien établi qu'elle ne saurait être confondue avec la gangrène proprement dite; c'est bien plutôt, comme il le dit, une ulcération par pression linéaire.

Ce genre d'altération n'est point nouveau pour les anciens élèves de la clinique de la Charité. M. Roux, dans ses leçons cliniques à l'hôpital, dans son cours de pathologie externe à la Faculté, l'a indiqué de manière à faire voir qu'il l'avait rencontré souvent et qu'il l'avait sérieusement étudié. Il faisait remarquer que les effets immédiats des brides, produisant l'étranglement, ne diffèrent point de ceux qui succèdent à l'application d'une ligature sur les mêmes parties. L'inflammation qu'elle y détermine est bientôt suivie de l'ulcération des tissus. J'ai vu, disait Roux, les deux points de l'intestin sur lesquels avait porté la bride, presque entièrement coupés par les ulcérations, il est plus commun de les trouver seulement perforés. Il ajoutait, en outre, que l'ulcération commençant alors par les membranes internes, la muqueuse et la musculeuse, le péritoine se montrait encore intact alors que les autres tissus étaient complétement coupés. Ce fait, suivant lui, était encore incomplétement connu. Ceci était enseigné en 1829.

Presque à la même époque, M. Jobert arrivait, par suite d'expériences directes, à des conclusions identiques. (*Traité des maladies chir. du canal intestinal,* 1829, t. I, p. 462.)

M. Jobert ayant observé sur l'homme les perforations étroites résultant du contact d'une bride, voulut se rendre compte du mécanisme de leur production. Il appliqua à cet effet, sur des chiens, des ligatures à divers degrés de constriction, et les vit corroder les membranes intestinales. Il signale formellement la différence qui existe entre ces ulcérations et la véritable gangrène, et reconnaît que, d'ordinaire, le péritoine résiste plus longtemps que les autres membranes. Ces faits sont donc acquis depuis longtemps à la science.

Pour mon compte, j'ai rencontré plusieurs fois ce genre de lésion dont je vais rapporter un exemple. Mais j'insisterai préalablement sur un fait qui résulte de la nature bien connue de ces perforations, c'est que les parties voisines étant sinon tout à fait saines, du moins modérément enflammées, présentent des conditions favorables à l'application de certains moyens de traitement.

Je ne saurais, en effet, accepter dans son entier la seconde conclusion de M. Verneuil : « L'intestin aurait dû être attiré au dehors, *et l'anus contre nature établi sur-le-champ.* »

Le malade est-il donc condamné, en pareil cas, à subir toujours la triste éventualité d'une fistule stercorale? Le chirurgien n'a-t-il point à sa disposition, suivant la gravité du cas, d'autres ressources plus avantageuses?

Je croyais avoir établi la possibilité d'un traitement plus heureux et plus prompt, dans mes recherches sur un nouveau procédé d'entéroraphie, où je rapportais, en outre, un exemple d'application de cette méthode de traitement (1844).

Je ne reproduirai pas ici cette observation, parce qu'elle se rattache au cas où l'on a ouvert légèrement l'intestin pendant l'opération, et non à celui d'une ulcération spontanée.

Mais je puis heureusement produire aujourd'hui, en faveur de mon opinion, un fait qui est à la fois un exemple manifeste de l'altération causée par un étranglement linéaire et une preuve convaincante de la possibilité d'éviter alors, au moins quelquefois, la triste nécessité d'une fistule stercorale.

Hernie inguinale congéniale. — Étranglement. — Perforation intestinale. — Suture en piqué. — Guérison.

(Observation recueillie par l'élève interne de mon service, M. GUYON, actuellement aide d'anatomie à la Faculté de Paris.)

Morisseau, paysan vendéen, âgé de 17 ans, porte depuis son enfance une hernie inguinale, qui n'a jamais été contenue par un bandage et qui n'a jamais causé d'accidents. Ceux-ci se manifestèrent pour la première fois le 17 mai 1852; il y eut des coliques violentes, à la suite desquelles la tumeur augmenta de volume et *devint irréductible.* Le taxis fut presque aussitôt essayé par le médecin du pays habité par Morisseau, mais sans succès.

Le lendemain, 18, les coliques étaient calmées, mais la tumeur avait augmenté; les tentatives de taxis furent encore inutiles. Il y eut dans la journée des hoquets et deux vomissements.

Le 19, mêmes tentatives infructueuses, même état.

Le 20, la persistance des accidents déterminèrent les parents du malade à le diriger sur l'Hôtel-Dieu de Nantes. Il y arriva le soir, après avoir fait dix à douze lieues en charrette. Il n'y avait eu ni vomissements, ni hoquets dans la journée.

A son arrivée, le malade était parfaitement calme; il avait eu une seule selle depuis le début des accidents; le pouls était naturel.

Le scrotum présentait une tumeur allongée, piriforme, volumineuse, parfaitement insensible ainsi que l'abdomen, ce qui existait, au dire du malade, depuis la cessation des coliques.

Les tentatives de taxis furent renouvelées et soutenues pendant près d'une heure. Le malade, soumis ensuite à l'action du chloroforme, fut placé la tête en bas; on obtint ainsi une diminution réelle dans le volume de la tumeur, mais pas de réduction. La hernie est couverte de cataplasmes. Dans la soirée, vomissements glaireux, contenant des lombrics; nuit tranquille.

21 *mai.* Le malade est dans le même état que la veille, le pouls est calme, la tumeur indolente. Nouvelle tentative de taxis, diminution partielle de la tumeur, sans réduction apparente. On sent que la résistance est au col du sac. Bain tiède d'une heure, suivi d'un nouvel essai de taxis aussi infructueux que les précédents.

On prescrit une infusion de 12 grammes de tabac dans 200 grammes d'eau, à diviser en quatre lavements. Le premier, pris vers midi, est immédiatement rejeté; le pouls a un peu faibli. On renonce à cette médication, et l'opération est résolue et pratiquée à deux heures.

Je mis le sac à découvert par une longue incision à la peau. Il contenait une assez grande quantité de sérosité, légèrement trouble, mais incolore, qui s'en échappa par une ponction. Ce sac ayant ensuite été incisé dans toute l'étendue de la plaie, on trouva dans sa cavité une anse d'intestin grêle, longue de

20 centimètres environ, tendue, gonflée, rénitente. Elle était en contact avec le testicule, situé à la partie inférieure.

L'incision du col du sac fut facile et prompte. L'intestin, devenu libre, fut attiré au dehors pour être examiné. Une ligne demi-circulaire, creusée en quelque sorte sur chaque portion de l'intestin, indiquait le siége précis de l'étranglement.

Une inspection attentive fit constater, non pas une gangrène, mais l'érosion des deux membranes internes, par suite de la constriction du collet du sac, qui avait agi comme une ligature étroite. La séreuse seule paraissait intacte, mais des gaz qui s'échappèrent de la portion intestinale située en dedans, montrèrent que dans ce point la séreuse elle-même était perforée. La suture en piqué fut appliquée à la fermeture de cette plaie. Elle dut comprendre la moitié environ de la circonférence du tube dans ce point. Après qu'elle eut été serrée et que le contact entre les séreuses fut devenu complet, les gaz qui tout à l'heure s'échappaient au dehors passèrent avec un bruit manifeste dans la partie saine du tube. La séreuse paraissait intacte sur la demi-circonférence de la portion d'intestin située en dehors, et je ne crus pas nécessaire de répéter sur elle la même opération.

Je tiens à constater ici un fait auquel j'attache une certaine importance et dont je tirerai plus tard des conclusions pratiques. Au premier abord, l'anse intestinale paraissait comme engouée, elle était volumineuse, ferme, rénitente et comme distendue par des gaz ou des matières molles. Cependant, ce n'était point à ces causes qu'était dû l'aspect particulier de l'intestin, car, après l'évacuation des gaz, on constata qu'il était vide, ce qui ne l'empêchait pas de conserver sa disposition première. L'intestin, à la suite d'une constriction modérée, est atteint d'un état de turgescence, d'éréthisme, qui se trouvait des plus marqué chez ce malade, que l'on prend souvent à tort pour de l'engouement ou une distension gazeuse, et qui est une des conditions qui nuisent le plus au succès du taxis. Je me borne ici à poser ce fait, sur lequel je reviendrai dans un autre travail.

L'intestin ayant été examiné avec soin fut repoussé dans le ventre avec précaution. La plaie des bourses fut ensuite réunie par des points de suture simple.

L'opération avait été parfaitement supportée; le malade, bien chloroformé, ne s'était réveillé qu'au pansement.

Légère hémorrhagie dans la journée; l'appareil fut levé dans la soirée. La plaie était distendue par un caillot; le ventre était tendu et ballonné. Je dus craindre que du sang ne se fût épanché dans l'abdomen. La plaie ne fut pas rouverte, l'hémorrhagie étant suspendue; elle parut avoir été fournie par une artériole située vers l'angle supérieur de la plaie. État général satisfaisant; pas de fièvre; issue de quelques vents par l'anus. (Frictions avec onguent napolitain, 10 grammes; cataplasmes; glace pour remplacer les boissons.)

Dans la soirée, deux vomissements contenant des lombrics et colorés en noir par du sang décomposé, provenant sans doute d'une exhalation intestinale ancienne.

22 *mai*. La nuit a été assez bonne; le malade a pu un peu reposer et a rendu une grande quantité de vents par l'anus; le ventre est souple, indolent; peu de fièvre, soif vive. (Bouillon de poulet, glace.)

Dans la journée, un peu de tension du ventre, pouls à 96, dicrote; facies bon et calme. Cet état se dissipe vers le soir.

Le 24, nuit calme, sommeil, pas de fièvre, soif modérée, physionomie bonne. On enlève quelques points de suture en bas; les lèvres s'écartent et laissent voir un caillot sanguin assez volumineux. Le tissu dartoïde est infiltré et ecchymosé; le ventre est souple, indolent.

Le 24, nuit bonne, pas de fièvre. On enlève un nouveau point de suture; on maintient le scrotum soulevé, afin d'assurer l'écoulement de la sérosité sanguinolente qui s'échappe de la plaie. Selle moulée dans la journée.

Le 25, continuation de l'état satisfaisant du malade.

Le 26, rougeur de la peau de l'abdomen, celui-ci restant indolent; pouls à 96. On enlève le dernier point de suture. (Soupe.)

Le 27, l'érythème s'est étendu sur une partie du thorax et des cuisses. Il y a peu de fièvre; la nuit a été bonne L'état général est satisfaisant. Les lèvres de la plaie sont désunies et laissent le caillot à découvert. (Soupe, bouillie.)

Le 28, l'éruption est presque générale et de petites vésicules se montrent sur l'abdomen. Il s'agit évidemment d'un eczéma mercuriel. (Blanc de poulet.)

Le 29, la desquammation commence sur l'abdomen. Etat général satisfaisant.

1er *juin*. La desquammation continue; état général toujours très-bon.

Le 2, le caillot a presque entièrement disparu; on en aperçoit à peine un reste sur la membrane granulée qui recouvre le fond de la plaie.

Le 4, la guérison continue à marcher régulièrement. A partir de cette époque, le malade qui, jusqu'alors, n'avait eu de selles solides que tous les deux jours, commence à en avoir une régulièrement chaque jour. Son régime, d'abord restreint au potage et à la bouillie, avait été graduellement augmenté; il en était arrivé à manger la portion entière et à rester levé une grande partie de la journée.

Il quitta l'Hôtel-Dieu le 8 juin complétement guéri de la plaie du scrotum et en parfait état de santé.

Cette guérison a été retardée par deux accidents: une hémorrhagie dans la tunique vaginale et un eczéma mercuriel. Mais aucun symptôme sérieux du côté du ventre n'est venu faire soupçonner un état inflammatoire notable du péritoine ou de l'intestin. Celui-ci a rapidement repris ses fonctions, et rien ne nous a fait regretter d'avoir fermé par la suture l'ouverture intestinale.

A cette occasion, je ferai remarquer qu'en dehors de ses avantages évidents sur le procédé que préfère M. Verneuil, ce traitement est encore, en quelque sorte, imposé par certaines circonstances. Quel autre parti prendre, en effet, si les deux points soumis à la constriction étaient également perforés? Quelle perforation choisir pour la fixer à la plaie? Comment reconnaître celle qui répond à l'estomac? Pourrait-on laisser sans péril l'autre ouverture béante dans l'abdomen? La réponse ne me semble pas douteuse.

Dans le cas présent, comme dans celui de M. Verneuil, comme dans ceux que citent Roux et M. Jobert, l'étranglement paraît avoir été modéré, puisqu'il n'avait point altéré l'aspect général de l'intestin, et cependant une lésion grave avait atteint les parties placées directement sous le rétrécissement; dans peu de temps, les tissus avaient été complétement divisés, et tout retard dans l'opération devenait un péril nouveau. D'autre part, les symptômes n'avaient rien de bien pressant, et à ne considérer que ceux-ci, on aurait pu différer encore l'ouverture de la tumeur. En la pratiquant, j'ai cédé surtout à la considération du temps écoulé depuis le début des accidents, quatre jours entiers, à la certitude désormais acquise de l'insuffisance du taxis, et à la crainte des accidents graves qui pouvaient surgir d'un moment à l'autre, et sans doute aussi à l'appréhension qu'il n'existât déjà des désordres plus graves qu'on ne devait le présumer, d'après la physionomie actuelle du malade. Ce sont, en effet, des considérations qui doivent souvent influencer la décision du praticien, et qui, dans les circonstances actuelles, m'ont procuré un heureux résultat.

Recevez, etc. J.-A. Gély.

Nantes, le 16 mai 1857.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

Observation d'absence congénitale de l'iris (iridérémie),

Par M. le Dr Charles Kanka,
Médecin-oculiste provincial (Gallicie).

J'ai pu observer un cas très-intéressant d'iridérémie chez un paysan âgé de 20 ans, nommé Georges Szedyori, d'Orkuta. Ce vice de naissance, qui n'est d'ailleurs pas très-rare, existait aux yeux, et était remarquable, dans ce cas, en ce que tous les phénomènes permettaient de diagnostiquer en même temps l'absence totale du cristallin. Chez cet individu, d'ailleurs bien portant et bien développé, les deux globes oculaires paraissaient un peu trop petits pour cadrer avec l'âge et les autres proportions du corps; sans pouvoir être appelé précisément microphthalmique, cet homme présentait un diamètre un peu plus faible de la cornée, et une convexité moindre de cet organe.

A un examen plus détaillé, je ne pus trouver, dans aucun des deux yeux, même un rudiment de l'iris; il y avait donc une absence totale de l'iris. Il n'existe par conséquent qu'une seule chambre de l'œil, dont la paroi postérieure est formée par la fosse antérieure du corps vitré, laquelle est peu prononcée. Sur les deux yeux, elle paraît marquée par une opacité concave, rayonnante, d'un bleu grisâtre. Cette opacité est formée par cinq rayons concaves, en forme de bandes, qui vont du point central à la périphérie de la fosse antérieure avec des espaces transparents, qui laissent apercevoir le fond de l'œil sous une couleur d'un brun noir. L'éclat rouge foncé particulier, qu'on voit ordinairement au fond de l'œil, dans l'iridérémie, n'existe pas ici, évidemment parce que, en raison de l'opacité rayonnée de la fosse hyaloïdienne antérieure, il pénétrait une quantité moindre de lumière. Pour cette même raison encore, la sensibilité à la lumière, quoique augmentée, ne l'est cependant pas autant que dans d'autres cas d'iridérémie, même partielle.

Le malade voit par les segments triangulaires qui restent entre les bandes opaques signalées plus haut; la vision est, il est vrai, diminuée, mais pourtant suffisante pour pouvoir reconnaître à trois ou quatre pieds de distance une petite pièce de monnaie. L'opacité de la fosse hyaloïdienne exerce une action bienfaisante, en diminuant et adoucissant la lumière.

Je conclus des phénomènes suivants, qu'il y a, dans ce cas, absence du cristallin, en même temps que de l'iris :

1° L'opacité régulièrement concave, rayonnée dans la région de la fosse hyaloïdienne, exclut une opacité du cristallin ou de la membrane vitrée de ladite fosse.

2° On peut à peine, tant au point de vue de l'anatomie qu'à celui de la physiologie, se figurer qu'une semblable anomalie de la membrane vitrée de la fosse hyaloïdienne ou de la capsule postérieure puisse exister dès la naissance, et qu'à côté de cela, le cristallin et la capsule antérieure aient conservé leur complète transparence et leur intégrité pendant vingt ans.

3° L'exécution exacte de l'épreuve de Sanson montra que la flamme de la bougie tenue au-devant de l'œil ne produisait qu'une image, à savoir celle qui est produite par la cornée. Il manque donc encore deux images, dont l'une, droite, devait provenir de la capsule antérieure et du cristallin; l'autre, renversée, de la capsule postérieure. Il faut donc que la capsule antérieure et le cristallin manquent, tandis que la postérieure, si elle existe, doit être empêchée par l'opacité de produire une image de la lumière.

4° La vue mérite plutôt le nom de presbytique que de myopique. En effet, le malade ne voit pas mieux les petits objets quand il les tient très-rapprochés de l'œil, mais à un certain éloignement moyen, tandis que dans les cas ordinaires d'iridérémie avec présence du cristallin, la vision est réellement myope.

D'après tous ces motifs, je ne crois pas me tromper en admettant que, dans le cas présent, certainement rare, il existe une absence congénitale totale de l'iris et du cristallin, état qui résulte d'un arrêt de développement de l'œil pendant la période fœtale. (*Ann. d'oculistique.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

Restauration de la sous-cloison et de la moitié inférieure du nez, avec la portion moyenne de la lèvre inférieure,

Par M. J. Rollet,
Chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Chez un malade de l'Antiquaille, dont la sous-cloison, une grande partie des ailes du nez et le lobule jusqu'aux os propres avaient été détruits par un cancroïde cautérisé deux fois avec la pâte de Canquoin, j'ai employé un procédé de restauration qui m'a paru susceptible d'assez nombreuses applications, et présenter sur tous les autres, dans les cas où il est applicable, des avantages que je chercherai plus loin à faire ressortir.

Voici d'abord l'observation, telle qu'elle a été recueillie par M. Pochon, interne du service :

Le malade est un homme de 50 ans, jouissant d'une bonne santé. Il n'a jamais eu de maladies antérieures, si ce n'est la gale. Il n'y a pas chez lui d'influence héréditaire. Ses parents sont tous morts dans une vieillesse avancée.

Il y a dix-huit mois que, sans cause connue, le mal débuta par un petit bouton rouge sur la face dorsale du nez. Le bouton était accompagné de démangeaisons assez vives, qui firent que le malade l'excoria, en le grattant. A ce bouton succéda une ulcération à fond grisâtre, se recouvrant de croûte et s'étendant progressivement par destruction lente des tissus sous-jacents.

Alors le malade s'inquiéta et se mit entre les mains d'un médecin, qui lui fit subir un traitement paraissant avoir eu pour base la cautérisation. Ce traitement ne fut pas sans succès; car le mal s'arrêta et la cicatrisation complète fut même obtenue. Mais peu de temps après l'ulcération reparut; elle s'agrandit, et le malade entra à l'Antiquaille.

A son entrée, l'ulcération était étendue à toute la face dorsale du nez jusqu'à 2 millim. environ des os propres. Elle avait détruit de chaque côté les ailes du nez, dont il ne restait que le tiers externe et presque toute la sous-cloison. Les fosses nasales se trouvaient largement ouvertes. Le malade offrait un aspect repoussant.

Les tissus autour de la perte de substance ont une apparence normale. Les bords de la plaie sont irrégulièrement découpés et durs. On diagnostique un cancroïde du nez.

Après quelques jours de traitement par la tisane de salsepareille et l'huile de foie de morue, la maladie restant stationnaire, on fait sur l'ulcère une première application de pâte de Canquoin, qu'on laisse agir six ou sept heures.

L'escharre reste longtemps à se détacher. Toutefois, la suppuration s'établit, les parties cautérisées bourgeonnent; mais quinze à vingt jours après, la plaie redevient jaunâtre, de mauvaise nature. On fait une seconde application de pâte de Canquoin qu'on laisse agir dix heures. A la chute de l'escharre, on trouve une plaie de bonne nature, dont la cicatrisation marche régulièrement et indique que les limites du mal ont été dépassées.

Après une quinzaine de jours d'expectation, pendant lesquels la cicatrice ne paraît avoir aucune tendance à s'ulcérer de nouveau, on procède à la rhinoplastie. A ce moment, la perte de substance, mesurée en hauteur, c'est-à-dire depuis le point le plus élevé jusqu'à la base du nez, a de 37 à 38 millim. En largeur, c'est-à-dire dans l'intervalle transversal des deux points opposés de la base, elle a 8 à 10 millim.

On place le malade dans le décubitus dorsal et le dos fortement relevé par des coussins. Il est soumis aux inhalations d'éther jusqu'à complète anesthésie. Le chirurgien, placé à la droite du malade, trace

à la plume le lambeau qu'il veut tailler dans la lèvre inférieure. Celle-ci est large et épaisse.

Il avive ensuite avec le bistouri le pourtour de la perte de substance; puis il circonscrit par deux incisions, traversant la lèvre de part en part, le lambeau médian, qui doit servir à la combler.

Ce lambeau, un peu moins large en haut qu'en bas, a une étendue transversale de 15 millim. On avive son bord inférieur. Une incision, portant sur le frein de la lèvre et sur tout le repli muqueux, le dégage de ses adhérences et lui donne un peu plus d'étendue en hauteur. On le relève simplement en haut sans tordre le pédicule, de telle sorte que la muqueuse devient externe et répond au dos du nez, tandis que la peau devient interne et répond aux fosses nasales.

La solution de continuité de la lèvre est réunie avec des épingles, comme dans l'opération du bec-de-lièvre.

On réunit aussi le lambeau avec les bords avivés de la perte de substance au moyen de quatre épingles et par la suture entortillée.

On fait un pansement simple et le malade est ramené à son lit.

Le 14 décembre, deux jours après l'opération, on enlève les épingles; les parties sont légèrement enflammées et paraissent réunies dans une grande étendue. La réunion de la lèvre est complète. Pas de fièvre.

Le 15, la réunion est opérée sur les parties latérales, à gauche. A droite, elle est moins complète. Elle manque surtout en haut, où le lambeau est complétement décollé.

Le 16, la muqueuse qui forme la face externe du lambeau se sphacèle dans toute son étendue. On lave la plaie avec le vin aromatique. Pansement avec l'onguent digestif.

Les 17, 18, 19 et 20, la muqueuse est éliminée. L'état général est bon.

Le 21, la plaie se déterge et bourgeonne.

Les jours suivants, la suppuration diminue, et une cicatrice régulière remplace peu à peu la muqueuse.

Après que la plaie est partout cicatrisée, il reste en haut, dans le point où la réunion n'a pas été immédiate, une perte de substance d'environ 2 millimètres. Pour la combler, on a recours à l'opération suivante :

Le malade est placé commme la première fois; mais on n'a pas recours à l'éthérisation.

Le bord supérieur du lambeau est avivé. Une incision est pratiquée sur la peau de la racine du nez, parallèlement à ce bord du lambeau. On dissèque ensuite, de manière à former un petit lambeau supérieur qui est facilement amené à la rencontre de l'autre; on les réunit avec une épingle et deux bandelettes de diachylon.

Deux jours après l'opération, la réunion existait au milieu; mais de chaque côté elle manquait. Il en est résulté deux orifices, à peu près circulaires, qui se sont rétrécis peu à peu.

Lorsque le malade a quitté l'hôpital, ces pertuis étaient presque imperceptibles. La sous-cloison était formée par le pédicule du lambeau, qui, avec le reste des ailes du nez, circonscrivait de chaque côté et laissait libres les deux narines. La large ouverture, qui laissait à découvert toute l'étendue des fosses nasales, était partout close. Le nez était un peu aplati, mais il avait conservé une forme régulière. La restauration était donc complète.

Il n'entre pas dans ma pensée de présenter ce procédé d'autoplastie comme pouvant remédier à toutes les mutilations du nez, quels que soient leur siége ou leur étendue.

Lorsque c'est la partie supérieure de la pyramide nasale qui manque, ou bien lorsque ce sont les parties latérales qu'il faut combler, il est bien plus naturel d'emprunter au front le lambeau réparateur, ou bien à la joue, ou sur les côtés du nez, près de la perte de substance.

Mais quand celle-ci porte sur la sous-cloison et sur la partie inférieure du nez, même assez haut (puisque chez mon malade la base du nez manquait jusqu'aux os propres), le lambeau emprunté à la lèvre me paraît offrir des garanties de consistance et de vitalité qu'aucun autre ne saurait présenter au même degré.

Ce n'est pas seulement la peau, mais le tissu cellulaire sous-cutané, la couche musculeuse, la membrane muqueuse, en un mot, la lèvre tout entière qui le constitue. Le pédicule ne subit aucune torsion, et, quoique les lèvres reçoivent surtout leurs vaisseaux de dehors en dedans, il en arrive assez à la base épaisse et charnue du lambeau pour y maintenir la circulation nécessaire à l'entretien de la vie.

Il est vrai que chez mon opéré la muqueuse s'est exfoliée; mais l'élimination a été si rapide, le bourgeonnement de la plaie s'est fait sur toute la surface avec tant d'activité, que cette mortification superficielle d'une membrane mince, incisée sur tous les points de sa continuité, ne conservant des rapports qu'avec les parties sous-jacentes, doit être attribuée à une autre cause que le peu de vitalité du lambeau. Il est probable que, dans la restauration d'une perte de substance moins étendue, si on n'était pas obligé d'inciser la muqueuse en haut, et de disséquer le pédicule du lambeau, on n'aurait pas à craindre cette complication.

D'un autre côté, après l'opération que je propose, il ne reste, à la place où l'emprunt autoplastique a été fait, aucune difformité apparente. Personne, en effet, n'ignore combien l'on peut entailler largement la lèvre supérieure sans que la réunion, faite comme dans le bec-de-lièvre, amène autre chose qu'un peu de rétrécissement de la bouche. Bien plus, en enlèverait, si besoin était, la lèvre presque tout entière, qu'avec le procédé de cheiloplastie imaginé par M. Desgranges, il serait encore possible de laisser à la bouche des dimensions suffisantes.

Un mode de restauration qui se présente si naturellement à l'esprit, ne devait pas être resté jusqu'à ce jour inappliqué. Cependant, je ne crois pas qu'aucun chirurgien ait fait l'opération dans les mêmes conditions que moi.

Dupuytren et Dieffenbach, pour refaire les ailes du nez et la sous-cloison, ont emprunté le lambeau à la lèvre inférieure; mais c'est un lambeau de peau dont ils tordaient le pédicule, comme pour ceux du front ou des joues.

Blandin seul a eu l'idée d'entailler la lèvre dans toute son épaisseur et de la renverser purement et simplement; mais il ne l'a fait que pour restaurer la sous-cloison. Il n'a pas jugé qu'il fût possible d'aller plus loin.

En appliquant le même moyen aux pertes de substance, non-seulement de la sous-cloison, mais du lobule et même de la pyramide du nez jusqu'aux os propres, je crois donc avoir fait autrement et plus que mes prédécesseurs.

La nécessité où j'ai été, après la première opération, de faire descendre un petit lambeau emprunté à la racine du nez, pour combler le vide qui restait en haut, par défaut de réunion, montre que je suis allé jusqu'aux dernières limites que l'on puisse atteindre dans cette direction, et qu'il est impossible de songer à faire, par ce procédé, la restauration de la totalité du nez. Mais je me demande si, en taillant deux lambeaux, l'un en haut, que l'on emprunterait, comme d'habitude, au front, et l'autre en bas, pris dans la lèvre, on n'obtiendrait pas un meilleur résultat que par le procédé habituel.

Une autre idée qui m'est venue, mais que je ne donne ici que pour ce qu'elle vaut, serait de dédoubler le lambeau labial, de refendre, pour ainsi dire la levre, en disséquant les deux feuillets cutané et muqueux, en laissant la couche musculeuse adhérente à ce dernier. Avec un pareil lambeau, on pourrait atteindre à une très-grande hauteur et recouvrir une surface aussi large qu'on la puisse supposer. Mais quel serait le résultat définitif? Je l'ignore. Quoi qu'il en soit, la destruction de la base du nez étant la plus commune de toutes, le lambeau labial, taillé comme chez mon malade, me paraît appelé à rendre de nombreux services et à donner d'excellents résultats.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mai 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Un rapport de M. le docteur PERROCHAUD, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer, sur une épidémie d'*angine couenneuse* qui a régné dans cette ville en 1855, 1856 et 1857.

— Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de l'Aude, du Gers et de Loir-et-Cher. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Un rapport de M. le docteur FABAS, médecin-inspecteur des Eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Commission des Eaux minérales.)

Vaccine. — Un rapport de M. LAFONT, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bayonne, sur une épidémie de *variole* qui a régné pendant le mois de février dans la commune d'Andaye (Basses-Pyrénées). (Commission de vaccine.)

M. MICHEL LÉVY. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie l'ensemble des programmes détaillés qui règlent les cours et les conférences de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires. Ces documents, sortis de l'Imprimerie impériale, ont été publiés par ordre de S. E. M. le maréchal ministre de la guerre, à l'instar des programmes des autres écoles militaires. On remarquera, en les examinant, que chaque enseignement est contenu dans des limites fixes, soumis à une marche régulière, et que toutes les branches de l'enseignement du Val-de-Grâce sont coordonnées en vue du but qu'il doit atteindre, et qui se résume ainsi : 1° donner aux jeunes docteurs sortis des Facultés l'habileté d'exploration et la sûreté d'action qui sont indispensables au médecin militaire, presque toujours abandonné à lui-même et maître absolu d'une clientèle qui n'a pas le libre choix de son médecin ; 2° leur inculquer les connaissances spéciales et les règles administratives sans lesquelles ils se trouveraient fourvoyés dans nos casernes, dans nos hôpitaux, dans nos ambulances.

La spécialité de la médecine militaire ressort clairement de l'ensemble de ces programmes. L'Académie ne verra pas sans intérêt que le Val-de-Grâce est aujourd'hui la seule école médicale qui soit soumise à une forte discipline d'études, la seule où les travaux pratiques dominent et aient pour objet de familiariser, au même degré, le jeune docteur avec les allures de la clinique médicale, les procédés opératoires, les applications d'appareils, avec les expertises de chimie applicables à l'hygiène publique et à la médecine légale.

J'ai pensé que ces détails et surtout ces programmes méritaient de fixer un moment votre attention.

RAPPORT.

Génération. — M. BOUSQUET donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Bouffier, chirurgien de la marine ; ce travail a pour titre : *Quelques considérations sur un point obscur de la génération.* [Nous avons donné une analyse sommaire de ce travail au moment où il a été présenté à l'Académie. — Voir *Monit. des Hôp.*, 1856, p. 583.]

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à l'auteur ; cette conclusion est adoptée par l'Académie.

LECTURE. — DISCUSSION.

Anesthésie. — M. DEVERGIE donne lecture d'une note intitulée : *De l'éthérisation au point de vue de la responsabilité médicale.*

M. Devergie n'ayant pas laissé son manuscrit à l'Académie, nous sommes obligés d'en renvoyer la publication à un prochain numéro. Nous pouvons cependant dire, par anticipation, que, dans ce travail, M. Devergie soutient cette opinion : que tout accident survenu pendant une éthérisation pratiquée sans l'emploi d'un appareil spécial fait peser sur le médecin la plus grande responsabilité.

M. VELPEAU. J'aurai quelques remarques à faire sur la lecture faite par M. Devergie ; mais, auparavant, je tiens à rectifier une opinion que me prête mon collègue. Suivant lui, je n'admets pas la possibilité de la mort par l'éthérisation. J'ai dit simplement que quand on s'entourait des précautions nécessaires, on pouvait se mettre à l'abri des dangers que présente l'inhalation des vapeurs anesthésiques.

M. Devergie attribue la mort, dans les cas malheureux qui ont été observés jusqu'ici, à l'asphyxie ; cette opinion, assez généralement admise, a été défendue par plusieurs personnes ; on a même dit que l'anesthésie n'était autre chose que l'asphyxie, et on a été jusqu'à proposer l'emploi de l'acide carbonique comme anesthésique. Aujourd'hui, cette opinion, relativement à la cause de la mort, compte moins de partisans, et il me semble, en effet, qu'il existe d'autres causes, peut-être difficiles à apprécier, mais différentes de l'asphyxie.

Lors même que l'air peut pénétrer librement dans les poumons, l'asphyxie peut se manifester dans les conditions suivantes : certains malades, au moment où ils commencent à sentir les vapeurs anesthésiques, serrent les mâchoires et ne respirent plus, et on les voit se congestionner, bleuir, sans qu'il soit entré de vapeurs dans le thorax, et chez certains d'entre eux, il faut, momentanément au moins, différer l'anesthésie.

M. Devergie veut que l'on emploie des appareils perfectionnés, avec une ouverture fixe qu'on ne peut diminuer ni augmenter ; il pense que cela vaut mieux. Je le désirerais, mais je ne le pense pas. Depuis longtemps, j'ai pratiqué plus de cinq mille anesthésies, sans observer aucun résultat fâcheux, et je me sers d'une simple compresse contenant un tampon de charpie sur lequel on verse le chloroforme ; ce moyen met à l'abri du danger plus sûrement que n'importe quel appareil, qui aurait au contraire l'inconvénient d'inspirer une confiance trompeuse.

M. CAZEAUX. Peu de chirurgiens se servent d'appareils, et le reproche est général ; mais si l'on emploie simplement une compresse, c'est que ce moyen paraît meilleur. Pour que la proposition formulée par M. Devergie fût acceptable, il faudrait autre chose que des assertions sans preuves ; il faudrait prouver que l'appareil est meilleur et que la mort a été produite par l'asphyxie ; or, l'étude des faits rapportés indique, au contraire, que ce n'est pas par l'asphyxie que la mort est arrivée, car il y avait à peine quelques secondes que l'inhalation des vapeurs anesthésiques était commencée quand le malade a succombé.

Je pense que le meilleur moyen est l'emploi d'un mouchoir roulé en cône et tenu à une certaine distance du nez du malade : l'air circule librement et entre en grande quantité en même temps que les vapeurs.

La proposition formulée par M. Devergie ne serait pas acceptée par les médecins ; on n'emploiera pas d'appareil, puisqu'on a reconnu que la compresse ou le mouchoir leur était préférable ; et cette proposition est dangereuse, en ce qu'elle fournit une arme aux magistrats, qui en abuseraient nécessairement.

M. GIBERT. Je ne comprends pas qu'on vienne formuler de semblables propositions sans preuves, sans la moindre expérience à l'appui. Je pense que les appareils doivent être rejetés, parce qu'ils sont mauvais. Dans un cas auquel M. Devergie a fait allusion, le médecin avait été condamné, les magistrats ont prononcé cette condamnation non à cause de la mort par l'anesthésie, mais parce que le médecin avait abandonné le client au moment de l'accident.

La mort arrive, dans les cas d'anesthésie, non pas toujours par asphyxie, mais aussi par syncope, par un empoisonnement alcoolique, comme on l'observa chez un garçon marchand de vin qui avait pris l'habitude de se soumettre aux inhalations du chloroforme.

M. DEVERGIE. Je suis fâché que nos collègues qui viennent de prendre la parole ne se soient pas placés au même point de vue que moi. Je n'ai pas voulu parler du passé ; j'ai parlé en thèse générale. Je n'ai pas dit non plus qu'il n'y eût qu'un seul genre de mort, mais j'ai voulu établir que cet accident pouvait être amené par l'asphyxie, ce qui n'est d'ailleurs nié par personne.

J'ai supposé le cas d'action en justice ; le magistrat examine s'il y a eu manque de précaution ; il peut supposer que l'on a trop approché la compresse ou le mouchoir, et il demande au médecin de fournir la preuve qu'il a laissé respirer le malade. Je crois, à cet égard, que les chirurgiens n'ont pas fait pour l'homme ce qui a été fait pour les animaux ; on n'a pas dosé les quantités relatives d'air et de chloroformes inspirées. On n'a pas recherché quelles sont les quantités nécessaires suivant l'âge, le tempérament, le sexe des malades, et le temps nécessaire pour amener l'anesthésie.

J'ai parlé plutôt pour les médecins des provinces que pour ceux des grandes villes et des hôpitaux. J'ai parlé de la responsabilité, et quand on emploiera des appareils il y aura une garantie à la fois pour

le malade et le chirurgien, et c'est à cause de la dénégation de M. Velpeau au sujet des appareils, que j'ai présenté cette note à l'Académie.

M. Robert. Jusqu'à présent, sauf dans quelques observations qui manquent de détails suffisants, on a constaté que la mort ne tenait pas à la quantité du liquide employé pour l'anesthésie, et j'ai remarqué, comme M. Velpeau, chez certains malades, un serrement convulsif des mâchoires; ils ne respirent plus. Après qu'ils ont respiré une faible quantité de chloroforme, on voit survenir une suspension insolite des mouvements du cœur, et c'est alors que la mort survient. J'ai l'habitude d'employer un appareil pour doser le chloroforme. Je crois que cette précaution est nécessaire, et qu'il faut agir avec la même prudence que pour les autres médicaments; quant à la compresse employée par M. Velpeau, je crois que dans des mains habiles elle ne présentera pas de danger; mais il est si facile de s'écarter des précautions nécessaires, qu'il peut en résulter de dangereuses conséquences.

Déjà une discussion a eu lieu ici; mais à cette époque, l'expérience n'était pas suffisante; maintenant, chacun a pu étudier longuement la question; aussi je propose qu'une nouvelle discussion soit ouverte sur ce sujet.

M. Huguier. Je n'admets pas la nécessité d'un appareil comme le veut M. Devergie : ces appareils ont été abandonnés comme mauvais, et on viendrait imposer la nécessité de leur emploi, sinon on serait exposé à être condamné par les tribunaux. Je demande que l'on supprime ce passage du travail de M. Devergie. M. Robert est peut-être le seul chirurgien de Paris qui emploie un appareil; je me sers simplement de compresses, et je n'ai jamais observé d'accidents.

M. Devergie. On attache une importance trop grande à la proposition que j'ai formulée dans cette note. Je ne demande pas que tous les chirurgiens soient forcés d'employer un appareil; ils seront libres d'user de tel moyen qui leur semblera préférable, mais à leurs risques et périls. C'est surtout pour les médecins de campagne que l'emploi d'un appareil aura des avantages : comme le plus souvent, ils sont obligés de confier l'éthérisation à une personne étrangère à la médecine, le maniement d'un appareil sera plus facile pour ces personnes, et le médecin y trouvera une sécurité plus grande.

Plusieurs académiciens sont encore inscrits pour prendre la parole : MM. J. Guérin, Larrey, J. Cloquet. Mais l'heure avancée oblige à renvoyer la suite de la discussion à la prochaine séance.

PRÉSENTATION.

M. Baillarger présente à l'Académie une jeune fille qui offre un exemple d'*enfance prolongée*. [Le défaut d'espace nous oblige à renvoyer cette communication à un prochain numéro.]

CORRESPONDANCE.

Méthode sous-cutanée (1).

L'an mil huit cent cinquante sept le vingt cinq-Mai, a la Requete de Monsr Schnepf, Docteur Medecin demeurant à Paris Rue St.-Etienne des Gres au college Ste.-Barbe

Pour qui domicile est élu en ma demeure

J'ai Aubin Jules Demonchy huissier pres le tribunal civil de la Seine seant à Paris y demeurant rue des fossés St.-Victor n° 43 soussigné, fait sommation a Monsieur de Castelnau, gérant du journal, le Moniteur des hopitaux, en ses bureaux, sis à Paris rue Garanciere n. 5, où étant et parlant à un employé à son service ainsi d^e

D'insérer textuellement dans le plus prochain numéro de son journal la lettre dont la teneur suit :

« Paris le 16 mai 1857.

« Mon cher Monsieur de Castelnau,

« J'ai été assez étonné de voir ce matin, samedi 16 mai, le *Moniteur des Hôpitaux* rompre enfin le silence qu'il a gardé jusqu'ici, « contrairement aux autres journaux de médecine, sur la lettre que « j'ai adressée à l'Académie de médecine, le 28 avril dernier, relativement à des documents que j'ai extraits des ouvrages de *Stromeyer*, de *Dieffenbach*, de *Pauli*, de *Hennemann* et de *Heymann*; « j'ai été plus étonné de voir ma lettre accompagnée de commentaires « de M. Broca.

« Je n'ai certes pas à me plaindre de l'honneur que ce savant professeur agrégé me fait, en appelant sur mes modestes traductions « l'attention de vos lecteurs; je profite même de cette circonstance « pour le remercier de la bonne opinion qu'il a de mon caractère, « en disant qu'il espère qu'une critique qu'il juge nécessaire (quoiqu'il commence par se déclarer aussi saturé de cette discussion « que ses lecteurs), et la fermeté de son langage « *n'altéreront en rien les bonnes relations qui, depuis longtemps, existent entre nous.* » Mais, ce que je ne conçois pas de la part d'un agrégé, d'un « critique, fût-il même encore plus léger et plus passionné que « M. Broca, c'est qu'il dise qu'en écrivant à l'Académie de Médecine « *j'aie subi l'influence de M. Guérin!* Si M. Broca écrit des diatribes « fondées comme celles qu'il m'adresse aujourd'hui, il n'est pas « besoin de commentaires pour comprendre qu'il obéit, *lui*, à une « influence toute autre qu'à celle de la sienne. Il ne lui sied pas, « sous aucun rapport, de dénaturer les sentiments qui animent ses « confrères de la presse médicale, et, quant à moi, *je le défie, lui et tout autre, de prouver ce qu'il avance.*

« Il me semblait que tout le monde, y compris les rédacteurs du « *Moniteur des Hôpitaux*, était convaincu que, jusqu'ici, je n'ai jamais obéi qu'à une seule influence, je dirai même qu'à un seul « mobile, — la vérité. — Et si, dans cette circonstance, j'avais pu « subir l'influence d'un membre de l'Académie, c'eût été celle de « M. le professeur Velpeau, mon maître vénéré, dont la grande autorité a pesé considérablement dans la discussion qui vient de se « clore. C'est précisément pour ne pas embrasser tel ou tel parti que « je me suis adressé directement à l'Académie, comme je l'ai fait « dans la discussion sur les kystes de l'ovaire.

« Mais les matériaux, cette fois, étaient trop considérables, et j'ai « dû les résumer pour les présenter à la savante compagnie, tout en « me réservant de les publier en entier plus tard; c'est ce que j'ai « fait dans les numéros des 9 et 16 mai de la *Gazette médicale.*

« C'est là que j'engage M. Broca à lire la réponse que j'ai ainsi « préparée pour tous ceux que la brièveté de ma lettre ne satisferait pas.

« J'ai la prétention de traduire aussi fidèlement que succinctement, sans craindre de mériter un *pensum* de M. Broca, les opinions fondamentales des ouvrages cités, et de prouver que je ne « parle pas *à tort et à travers des livres que je n'ai pas lus*, que je « n'analyse que ceux que je lis et relis, même dans cette langue « allemande que j'enseigne aux autres et que M. Broca apprend, à « ce qu'il paraît, avec beaucoup d'ardeur. Mais puisqu'il lui a fallu « trois semaines pour comprendre seulement que *Handbuch* ne doit « pas être confondu avec *Magazin*, ce qui est parfaitement exact, il « lui faudrait plusieurs mois, malgré sa grande aptitude pour cette « langue, pour comprendre les cinq volumes que j'ai analysés dans « mes documents; je ne saurais donc mieux faire que de l'adresser « directement à ces documents, qui l'édifieront, lui et ses lecteurs, « sur la valeur *des XI conclusions* qu'il tire pompeusement de cette « seule erreur de mot; peut-être même trouvera-t-il moyen d'en « compléter la douzaine.

« Il faut cependant que les lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux*, « qui ne liront peut-être pas mes documents dans la *Gazette médicale*, sachent que la longue et violente argumentation à laquelle « M. Broca s'est livré, s'alimente par ce *lapsus calami* de ma lettre, « dans laquelle j'ai cité le *Magazin* de Rust à la place du *Traité de chirurgie* de Rust. J'en fais mon *mea culpa*. Mais chacun peut se « convaincre, en jetant un coup d'œil sur mes documents (*Gaz. méd.*, 16 mai, p. 317), que je n'ai pas confondu et que je ne confonds pas le *Traité* avec le *Magazin* de Rust.

(1) Au moment où nous avons reçu le premier exemplaire — *non timbré* — de la lettre de M. Schnepf, nous avons cru devoir lui demander un entretien avant de l'insérer, afin d'obtenir de lui, *dans son seul intérêt*, la suppression de deux épithètes à l'adresse de notre ami M. Broca, épithètes qui ne pouvaient assurément atteindre notre cher collaborateur, mais qui pouvaient avoir pour M. Schnepf des inconvénients que nos relations avec lui nous faisaient un devoir de lui éviter. — Pour réponse à notre démarche amicale, M. Schnepf nous envoie un papier timbré! — Que le papier timbré lui soit léger!

(*Note du Rédacteur en chef.*)

« Toutefois, pour un logicien comme M. Broca, une pareille dé-
« couverte, qui exigeait tout au plus de savoir lire, pas même cou-
« ramment, l'allemand imprimé en caractères italiques, devait con-
« duire naturellement aux XI CONCLUSIONS de ses commentaires.

« Parturient montes : nascetur ridiculus mus. »

« Je n'ai, quant à moi, ni goût, ni loisir pour des discussions sem-
« blables, dénuées de tout intérêt scientifique, et dans cette occa-
« sion, je n'ai à opposer aux attaques dirigées contre ma lettre que
« les documents sur lesquels elle s'appuie, et après avoir déclaré ici,
« comme je l'ait fait ailleurs, que «*en intervenant dans le debat sur*
« *la méthode sous-cutanée, je n'ai eu d'autre but que de servir la*
« *science, et que dans cette circonstance pas plus que dans d'au-*
« *tres, je me rends, sciemment du moins, complice de ceux qui mé-*
« *connaissent l'équité et qui outragent la vérité*, » après cette
« déclaration, dis-je, je n'ai plus qu'à ajouter, en terminant, que je
« n'opposerai que le silence aux gracieusetés qui me seront adressées
« par la voie de votre journal.

« Je vous prie, mon cher Monsieur de Castelnau, d'insérer ces
« quelques lignes DANS LE PLUS PROCHAIN NUMÉRO du *Moniteur des*
« *Hôpitaux*, et d'agréer l'expression de ma distinguée considération.

« Signe Dr B. SCHNEPF.

« N. B. Votre refus obstiné de publier cette lettre dans votre
« journal depuis douze jours, que je vous l'ai adressée m'a forcé à
« recourir a la voie extra scientifique, cette circonstance me fait
« prendre toutes reserves quant aux nouvelles attaques dont vous
« semblez me menacer. —

Lui declarant que faute par lui de satisfaire et se conformer a la présente sommation le requérant se pourvoira contre lui par toutes les voies de droit pour l'y contraindre sous la réserve de tous dépens a dommages et interets.

Et a ce que mond. sr de Castelnau n'en ignore je lui ai domicile et parlant comme dessus laissé cette copie.

Coût. Douze francs 30 cent.
DEMONCHY.

Mon cher Schnepf,

J'oubliais doucement la méthode sous-cutanée et votre lettre à l'Académie, et Dieffenbach et Stromeyer, et le chevalier d'Ammon. Occupé d'autres soins, j'avais laissé reposer ma plume, et je renonçais déjà au projet que j'avais formé de passer au crible la seconde partie de votre argumentation, lorsqu'on vint m'annoncer qu'en réponse à mon premier article, vous aviez adressé au *Moniteur des Hôpitaux* une épître où j'étais quelque peu maltraité. J'étais, ce jour-là, dans une disposition d'esprit qui me portait à l'indulgence, et je résolus tout d'abord, quoique vous m'eussiez donné beau jeu, de laisser paraître votre réclamation sans réponse. Les précautions oratoires que j'avais prises au début de mon article, pour placer autant que possible votre personne en dehors du débat, n'avaient pas atteint leur but et avaient, au contraire, paru vous irriter. Vous vous défendiez, c'était naturel et c'était juste. Il y avait bien çà et là, dans votre réponse, quelques épithètes que vous auriez pu m'épargner; mais je n'ai pas l'épiderme sensible. D'ailleurs, je n'avais aucun désir d'engager avec vous une discussion personnelle, et il résultait de tout cela que j'étais disposé à m'abstenir. Toutefois, le rédacteur en chef de ce journal, par un sentiment de bienveillance que vous n'avez pas su apprécier, craignant que l'amertume de votre lettre ne vous attirât de ma part une réplique désagréable pour vous, et désirant conserver avec vous des relations amicales déjà anciennes, crut devoir charger un de ses collaborateurs de vous demander la suppression de deux épithètes. Il vous faisait savoir d'ailleurs que, si vous y teniez, il était prêt à insérer textuellement votre réclamation. On alla chez vous; vous aviez quitté Paris pour quelques jours. On vous écrivit; point de réponse. Que faire? On attendit votre retour. Voilà que tout à coup un homme de loi, porteur d'un papier timbré, se présente au bureau du journal. C'est comme cela qu'on a connu votre arrivée. Eh! mon ami, sur quelle herbe avez-vous marché? Quelle mouche vous a piqué? Un huissier, lorsqu'on vous a donné l'assurance qu'au premier signal votre prose paraîtrait tout entière! un timbre de 12 francs 30 centimes, lorsqu'il suffisait d'un timbre de 10, ou, au plus, de 15 centimes! Ce procédé, convenez-en, n'est guère sous-cutané. Ce n'est pas le moyen d'obtenir une *adhésion immédiate*. Me voilà donc forcé de reprendre la plume, car vous comprendrez aisément que, si j'ai le désir de vous ménager, je ne puis avoir les mêmes intentions à l'égard de l'huissier dont vous m'avez procuré la connaissance. C'est pourquoi, après avoir reproduit respectueusement sa prose, je prendrai la liberté de vous présenter quelques observations.

Je vous ferai remarquer d'abord, mon cher Schnepf, que vous n'avez répondu à aucun de mes arguments. Dans un court passage de votre lettre à l'Académie, dans une phrase d'environ six lignes, j'ai trouvé, j'ai dévoilé bon nombre d'erreurs, quelques-unes assez sérieuses, d'autres assez piquantes, toutes assez étonnantes de la part d'un homme versé comme vous dans la littérature allemande. A cela, qu'avez-vous répondu? — Avez-vous prouvé que Stromeyer, comme vous l'aviez avancé, eût cité la version d'Ammon? Non. — Avez-vous prouvé que le témoignage de M. Fleury fût, comme vous l'aviez dit, défavorable aux droits de Dupuytren? Point. — Avez-vous prouvé que l'article de M. Bégin, publié en 1821, fût relatif, comme vous l'aviez cru, à une opération pratiquée en 1822? Nullement. — Avez-vous prouvé que Dieffenbach eût, comme vous l'aviez accepté, la gloire d'avoir créé une méthode qu'il appelait lui-même la méthode de Dupuytren? Pas davantage. — Vous avez prudemment passé sous silence ces arguments irréfutables; vous vous êtes borné à vous justifier d'avoir confondu le *Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde* avec le *Rust's theoretische-praktisches Handbuch der Chirurgie*. Vous attribuez cela à un *lapsus calami;* c'est toute votre justification. Vous reconnaissez donc que j'ai eu raison de vous signaler cette erreur. Ainsi, je vous ai exposé plusieurs arguments catégoriques. Vous passez condamnation sur tous, excepté sur un seul, que vous croyez réfuter en invoquant un *lapsus calami. Calami* ou *cerebri?* N'est-il pas vraisemblable que si vous aviez eu sous les yeux les textes que vous invoquiez, vous n'auriez pas écrit *Handbuch* pour *Magazin?* Ces deux mots, avouez-le, ne se ressemblent guère. Mais je ne veux pas retourner le fer dans votre plaie. De cette méprise et de toutes les autres, j'ai conclu que vous aviez écrit votre lettre sans recourir aux sources originales, et que vos recherches, *impartiales et approfondies,* manquaient au moins de profondeur. Préférez-vous qu'on dise qu'elles manquent d'impartialité? Evidemment non, et comme telle n'est point ma pensée, je me bornerai à vous rassurer sur une crainte qui paraît vous tourmenter. Non, je n'ai pas voulu dire que vous ne fussiez pas *versé dans la littérature allemande.* Je savais déjà que vous enseigniez l'allemand, et moi qui n'enseigne que la chirurgie, je n'ai point eu la prétention de lutter avec vous sur le rude terrain de la langue germanique. Hélas! trois fois hélas! ce que vous lisez en un clin d'œil, dans un idiome que vous parlez depuis votre enfance, je ne le lis, moi, qu'en y concentrant toute mon attention, et quelquefois même (je vous le dis dans le tuyau de l'oreille), en consultant mon dictionnaire, *doctus cum libro.* Ai-je fait quelque contre-sens? J'en suis bien capable; mais comme vous ne me l'avez point dit, comme vous n'avez pas nié l'exactitude des passages que j'ai traduits, et comme il n'existe sur la matière aucun juge plus compétent que vous, j'en conclus, jusqu'à preuve du contraire, que mes citations sont de bon aloi; j'en conclus encore que si moi, humble adepte de la langue que vous enseignez, je n'ai commis aucune erreur, tandis que vous, homme spécial, vous en avez commis un grand nombre, c'est parce que j'ai étudié avec soin les livres dont j'ai parlé, tandis que vous avez peut-être plus souvent fréquenté Gœthe, Schiller et Klopstock que le *Magazin* et même que le *Hanbuch* de Jean-Népomucène Rust. *Quod erat demonstrandum.*

Après cela, mon cher Schnepf, je n'ai aucune envie de m'enquérir du but que vous vous êtes proposé en écrivant votre lettre à l'Académie. Vous dites que vous avez voulu uniquement servir la science. Je vous crois, et je vous prie, après cette déclaration, d'agréer mes salutations amicales. PAUL BROCA.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 65. 5e année. Samedi 30 Mai 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 29 mai 1857.

Fourniture de remèdes par les médecins.

Il est un cas où le médecin peut, sans être pour cela réputé exercer la pharmacie, fournir lui-même des remèdes à ses malades; c'est celui que définit l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI. On nous demande quelques explications sur l'application de cet article, dont l'objet intéresse la plupart des médecins des petites localités. Et, d'abord, rappelons-en les termes :

Les officiers de santé *établis* dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

Le droit de fournir des remèdes, comme on le voit, est dénié d'une manière bien évidente au médecin établi dans une localité pourvue d'un pharmacien, lorsqu'il est appelé près d'un malade résidant dans la localité même.

Mais en est-il encore ainsi lorsqu'il est appelé près d'un malade résidant dans une localité dépourvue d'officine?

La Cour de cassation a résolu cette question affirmativement, par un arrêt rendu le 16 octobre 1844, au rapport de M. de Haussy de Robécourt, en ces termes :

LA COUR; — attendu que l'exception établie par l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI ne s'applique, d'après les termes dudit article, qu'aux officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte; que cette exception est de droit étroit et ne peut avoir aucune extension; que néanmoins le jugement attaqué, tout en reconnaissant que Gérard, officier de santé, est établi à Pouilly, où il existe un pharmacien ayant officine ouverte, et qu'il débite et distribue au poids médicinal à ses malades autres que ceux habitant la commune de Pouilly, des médicaments simples ou composés, a relaxé le prévenu des fins de la poursuite, en se fondant sur cette circonstance que cet officier de santé ne débite des médicaments qu'à ceux de ses malades qui n'habitent pas la commune de Pouilly, en quoi ledit jugement a étendu l'exception portée en l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI, et méconnu et violé, en ne l'appliquant pas, la loi du 27 pluviôse an XIII; — par ces motifs, casse le jugement du tribunal correctionnel de Nevers, du 6 mai 1844.

Précédemment, un arrêt de la Cour impériale d'Orléans, du 27 février 1840, avait décidé la question dans ce sens. Notre abonné nous signale un jugement tout récent du tribunal de Coulommiers qui a adopté la même interprétation.

Et cependant cette interprétation, il faut le dire, est critiquée par les jurisconsultes les plus compétents. Nous avons voulu, d'abord, faire connaître exactement l'état de la jurisprudence sur la question qui nous est soumise; c'est qu'en effet l'important pour nos lecteurs est beaucoup moins de savoir qu'en se conformant à telle opinion ils peuvent avoir raison en théorie, que d'être certains que les tribunaux ne leur donneront pas tort.

Après avoir rempli cette partie de notre tâche, il nous reste à dire que la jurisprudence que nous venons d'exposer est loin de nous paraître définitive. C'est beaucoup que l'exactitude d'une solution judiciaire soit contestée dans la doctrine; il faut toujours s'attendre, dans ce cas, à voir surgir un nouveau débat dans lequel les deux systèmes seront mis en présence et vigoureusement discutés.

Disons donc quelques mots de la controverse.

Il est un motif très-grave qui paraît justifier la solution de la Cour de cassation, c'est celui-ci : le droit de fournir des remèdes implique que le médecin a le droit, sinon de tenir une officine ouverte, du moins de posséder à domicile les remèdes qu'il peut avoir besoin de fournir. Or, l'existence d'un dépôt de remèdes dans le voisinage même d'une officine, ne doit-il pas faire craindre que des remèdes soient fournis dans la localité même où est établi le pharmacien, et ne diminue-t-il pas ainsi l'intérêt qu'un pharmacien peut avoir à venir ouvrir une officine dans une localité qui en est dépourvue? Ne faut-il pas, dès lors, repousser les distinctions qu'on prétend établir pour l'interprétation de l'art. 27?

Sans nier la force apparente que présente cet argument, nous sommes obligé de reconnaître que les considérations sur lesquelles on fonde l'opinion contraire, paraissent beaucoup plus tenir compte des termes mêmes de la loi et du sens précis qui leur convient. De quoi s'occupe au fond l'art. 27? C'est bien moins du voisinage qui peut exister entre un pharmacien et un médecin, que de celui qui peut exister entre un pharmacien et les malades. Cela est si vrai, que si l'on entendait autrement l'art. 27, il faudrait admettre qu'un médecin établi dans une localité dépourvue d'officine, pourrait aller fournir des remèdes à ses malades, même dans les localités où se trouvent des pharmaciens.

On est donc obligé de reconnaître que la loi ne s'est occupée, en ce qui concerne la capacité du médecin de fournir des remèdes aux malades près desquels il est appelé, de l'existence ou de la non-existence d'une officine dans le bourg, le village ou la commune où le médecin est établi, qu'autant qu'il s'agit d'exercice de la médecine et de fourniture de remèdes dans ce bourg, ce village ou cette commune. Et, à cet égard, nous ferons remarquer que si le jugement du tribunal de Nevers, du 6 mai 1844, a cru qu'il suffit que les malades habitent en dehors

de la localité pourvue d'une officine pour qu'il soit permis au médecin qui y est établi de leur fournir des remèdes même à son domicile, la Cour suprême a eu raison de le casser. — Mais pour le cas où cette fourniture est faite dans une localité dépourvue d'officine, « M. Laterrade, n° 89, estime, et nous pensons comme lui, dit M. Dalloz, que l'esprit de la loi doit faire appliquer à ce cas la disposition de l'art. 27. En effet, la loi a voulu que l'officier de santé pût, dans les attributions qu'il tient de son titre, suppléer personnellement à l'absence matérielle d'une pharmacie ; or, ce titre lui donne le droit, non pas seulement de s'établir, mais d'exercer dans toute l'étendue du département où il a été reçu. Après tout, la faculté dont il s'agit a été introduite non dans l'intérêt privé des officiers de santé, mais dans l'intérêt général de la santé publique, afin qu'il soit certain que les médicaments ne manquent jamais au malade. » (*Nouv. répert. de jurispr.*, v° Médecine, n° 141.)

Il est vrai qu'à cela la Cour d'Orléans, dans l'arrêt que nous avons mentionné, répond que l'intérêt des malades ne sera pas sacrifié, et qu'il y a seulement obligation pour le médecin de prendre les médicaments chez le pharmacien établi dans sa commune.

« Ce n'est pas, dit l'arrêt, le domicile du malade qui donne lieu à l'exception ; c'est, au contraire, le domicile du médecin, dans la commune duquel se trouve une officine ouverte. Ainsi, lorsque l'officier de santé, ou même, si l'on veut, le docteur en médecine, a, dans le lieu de sa résidence, une officine ouverte, où *il peut puiser les remèdes* nécessaires au traitement des cas prévus ou imprévus pour lesquels son ministère est requis, il lui est strictement interdit de vendre pour son compte des médicaments, soit dans le lieu de son domicile, soit dans les communes voisines. »

Mais c'est là une erreur de la Cour d'Orléans : il est très-contesté, comme on le verra à l'occasion d'un débat concernant la fourniture des remèdes homœopathiques, dont nous rendrons compte prochainement, que la fourniture des remèdes par un médecin devienne licite par cela seul que les remèdes sortent d'une officine.

Il faudra donc que le malade, privé de la ressource de recevoir, au moment du danger, le secours de médicaments apportés de loin par le médecin, attende que les remèdes aient été délivrés, sur l'ordonnance de celui-ci, à la pharmacie ouverte dans le lieu de sa résidence. Et là où on n'a vu qu'une simple question de concurrence dans la vente de remèdes, s'élève la question, bien autrement digne d'intérêt, du salut du malade, qui a besoin d'avoir ses remèdes le plus tôt possible. Là aussi s'élève une question de concurrence entre médecins, que la solution de la Cour de cassation tranche d'une manière peu conforme à l'équité.

Qu'on suppose, *et c'est le cas où se trouve notre correspondant,* un ensemble de communes ne possédant que deux médecins. Si dans la commune où réside l'un d'eux il y a une officine, celui-ci ne pourra nulle part, d'après la solution de la Cour suprême, faire des fournitures de remèdes, tandis que son confrère le pourra dans toutes les communes où il exerce concurremment avec le premier, hormis dans celle où l'officine est ouverte. « De la sorte, nous écrit notre correspondant, les malades de celui-ci pourront, sans déplacement pour eux et sans danger pour lui, obtenir tous les médicaments qui leur seront nécessaires, tandis que les malades du médecin établi près de l'officine seront forcés, comme il arrivera pour la quatrième partie au moins de ma clientèle, de faire 20 à 25 kilomètres et de sacrifier ainsi la plus grande partie de leur temps, qui pour la plupart est toute leur fortune. »

Espérons qu'en présence d'une controverse qui dure encore, le remède aux inconvénients dont se plaint avec grande raison notre correspondant, sera apporté par un changement de jurisprudence, sans qu'il y ait lieu d'attendre un changement de législation.

E. MARTIN.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — **M. le professeur NÉLATON.**

Kyste hydatique sous-cutané du bras.

Comme l'histoire des kystes du tissu lamineux sous-cutané est presque tout entière à faire, et que M. Nélaton a développé à cette occasion le diagnostic différentiel des tumeurs qui peuvent se montrer habituellement à la région occupée par le kyste en question, j'ai pensé que, sous ce double point de vue, l'observation suivante offrirait un intérêt réel :

Une femme, âgée de 45 ans, entre dans le service le 6 mai 1857, pour se faire traiter d'une tumeur qu'elle porte depuis quelques années au bras droit.

La constitution de la malade est parfaitement conservée. Elle offre un embonpoint médiocre et ne se livre jamais à des travaux bien pénibles, attendu qu'elle a pour profession de servir comme femme de ménage. La malade affirme n'avoir jamais fait de chute ni reçu de coups à l'endroit de la tumeur.

Interrogée sur le début de son mal, voici ce qu'elle nous apprend :

Il y a environ six ans qu'elle s'est aperçue de sa tumeur pour la première fois. D'abord petite, dure et roulant sous la peau à l'instar d'un ganglion, elle allait toujours en augmentant de volume, quoique très-lentement, jusqu'à ce qu'elle eut la grosseur d'une noix. Arrivée à cet état, elle est restée longmois stationnaire, et ce n'est que tout à fait dans ces derniers temps que, tout d'un coup et sans cause extérieure aucune, elle s'est mise à grossir, en même temps qu'elle est devenue molle, légèrement rouge et douloureuse à la pression. Elle a pu acquérir ainsi en peu de jours le volume que nous lui voyons aujourd'hui, et qui est celui d'un gros œuf de poule. Quoique la tumeur en elle-même fût indolente, soit spontanément, soit à la pression, elle était accompagnée, dès le début, de fourmillements qui persistent encore aujourd'hui, que la malade limite parfaitement, et qui, d'après le trajet qu'ils suivent, doivent être rapportés au nerf radial, surtout à sa branche antérieure. La malade nous dit que le mouvement de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras n'ont jamais été gênés. La sensibilité tactile, celles de chatouillement, de la température et de la douleur sont intactes. Mais sitôt que la malade cherche à relever son bras au-dessus de la position horizontale, l'engourdissement du membre devient tellement considérable, que si la malade tient un objet un peu lourd entre les mains, elle est forcée de lâcher prise.

Il y a là quelque chose d'analogue à ce que M. Malgaigne a noté pour les anciennes fractures obliques de la base de l'olécrâne, et on sait qu'il explique ce phénomène en admettant une sub-luxation incomplète du radius en avant, déterminée chaque fois par la contraction du biceps; aussi, je note ici d'une manière spéciale qu'aucun accident pareil n'est arrivé à notre malade.

Ajoutons de suite qu'en aucune manière, la pression exercée par le doigt sur n'importe quel point du membre, n'est capable de réveiller cette sensation particulière le long du nerf radial.

La tumeur a, avons-nous dit, le volume et aussi la forme d'un œuf de poule ; son grand axe est parallèle à celui du bras. Elle est placée à la partie antéro-externe du membre, près de l'empreinte deltoïdienne et au-dessus d'elle, vers la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du bras. Ses rapports exacts sont les suivants :

En avant, elle est recouverte par la peau qui est saine et glisse facilement sur elle, excepté au centre, où elle est rouge,

mince, adhérente aux parties profondes et douloureuse à la pression ; quelques veinules variqueuses serpentent çà et là sur la surface de la tumeur.

En arrière, la tumeur repose sur la face externe du deltoïde, tout près de son bord antérieur qu'elle ne dépasse pas. A chaque mouvement de contraction de ce muscle, la tumeur est soulevée, ce qui prouve qu'elle est placée entre lui et la peau.

La tumeur est franchement fluctuante au centre, tandis qu'à la circonférence, elle est dure, pâteuse, à l'instar d'une tumeur solide. Examinée par transparence, elle paraît complétement opaque. Il n'y a ni impulsion, ni mouvement d'expulsion, ni frémissement, ni enfin la moindre réductibilité à la pression.

Quelle peut être la nature d'une pareille tumeur? Voici comment M. Nélaton a résolu le problème :

« Il était d'abord essentiel, dit le professeur, de préciser avec exactitude le siége de la tumeur. Il faut savoir, en effet, que des tumeurs fluides comme celle-ci, mais placées un peu plus en dedans et se prolongeant sous le deltoïde, peuvent avoir une tout autre signification, et cela est d'autant plus important à connaître, que des accidents souvent mortels ont été la conséquence de pareilles méprises. C'est ainsi que des chirurgiens, ayant pris pour des kystes ordinaires des hydropisies articulaires de l'épaule, avec distension considérable du prolongement bicipital de la synoviale, ont ouvert ce prolongement, croyant vider un kyste clos, et il en est résulté de là des arthrites suppurées mortelles.

« Ce cas exclu, il restait à savoir si on n'avait pas eu affaire à un lipôme. Il y a, en effet, de ces tumeurs qui offrent une vraie fluctuation des plus parfaites. On dit et on écrit généralement que les lipômes sont des tumeurs *toujours* exemptes de douleur ; c'est là une erreur. J'ai vu, et il est fréquent de rencontrer des lipômes déterminant des *douleurs vives,* non pas sur place, mais *à distance.* Ces sortes de douleurs parcourent un trajet plus ou moins long, sans aucune direction fixe et telle qu'on puisse la préciser d'avance, une région affectée de lipôme étant donnée. Ajoutez à cela qu'il y a de ces lipômes qui sont transparents, et vous verrez que le diagnostic différentiel de ceux-ci d'avec une tumeur liquide, n'est pas une chose aussi aisée qu'il semblerait au premier abord. Toutefois l'opacité complète de notre tumeur, sa consistance variable dans les différents points de son étendue, et enfin l'amincissement avec rougeur de l'enveloppe tégumentaire qui lui correspond, me font écarter jusqu'à un certain point une pareille hypothèse.

« Le lipôme mis de côté, reste à savoir si nous n'avons pas affaire ici à un kyste hématique sous-cutané. Cela pourrait être, mais comme nous avons eu ici des accidents réactionnels locaux, il est plus que probable que du pus s'y est formé, et qu'à tout bien considérer, nous avons affaire, en somme, à un kyste purulent, avec épaississement du tissu cellulaire voisin, par le fait d'une infiltration plastique dans ses mailles. Enfin, dit M. Nélaton, je ne serais pas étonné que nous trouvions là des *acéphalocystes* nageant dans un *liquide très-probablement purulent.* »

Nous allons voir que l'opération a justifié le diagnostic de M. Nélaton.

Le 8 *mai*, une ponction évacuatrice, au moyen d'un trocart, est pratiquée dans la tumeur. Au premier abord, rien ne s'écoule par la canule, mais en lui imprimant quelques mouvements de circumduction, on voit sourdre trois à quatre gouttes de pus, puis un flot de liquide clair comme de l'eau de roche, suivi de l'expulsion d'une hydatide opaque et vide, du volume d'une noix. C'est alors que le contenu purulent du kyste ne trouvant plus aucun obstacle s'est fait jour au dehors, et nous avons pu constater qu'il était blanc, crémeux, inodore, comme du véritable pus phlegmoneux. C'était donc bien là un vrai kyste hydatique suppuré, ne contenant qu'une seule hydatide. On a jugé dès lors à propos de faire une injection de teinture d'iode pure ; cela fait, une mouche de diachylum sur la petite piqûre, et une bande compressive par-dessus, ont servi pour tout appareil de pansement.

Le 9, peau rouge et chaude au niveau de la tumeur. La poche, qu'on a eu le soin de vider complétement la veille après l'injection, se trouve aujourd'hui pleine d'un liquide sécrété, assez épais, roussâtre et grumeleux, qu'on fait sortir aisément par la pression. Il n'y a pas eu de mouvement fébrile.

Du 10 au 12, on évacue tous les matins une quantité de moins en moins grande de ce liquide roussâtre qui continue d'être sécrété par la poche.

Le 14, plus d'écoulement, cicatrisation complète.

Le 16, c'est-à-dire huit jours après l'opération, la malade sort parfaitement guérie de sa tumeur, et, malgré cela, elle continue d'éprouver cette sensation de fourmillement dans le trajet du nerf radial. J'ai vu la malade dix jours après sa sortie, et elle m'a affirmé qu'elle éprouvait toujours le même phénomène. Il y a donc tout lieu de croire que ce symptôme est tout à fait indépendant de la tumeur, puisqu'il persiste tout autant après la disparition de celle-ci.

Nous pouvons maintenant, en jetant un coup d'œil rétrospectif sur cette observation, comprendre mieux ce qui s'est passé là. Cette tumeur hydatique nous a offert, en effet, *deux périodes d'évolution* bien distinctes : une première, extrêmement longue dans sa durée (plus de cinq ans), pendant laquelle toute la tumeur consistait dans une acéphalocyste en voie d'accroissement. Quand celle-ci a pris tout le développement que lui permettait la région, celui d'une noix, la tumeur est restée stationnaire comme l'hydatide, et ce n'est que bien plus tard, tout à fait dans ces derniers mois, que la tumeur s'enflammant a pris rapidement le volume d'un œuf de poule ; c'est là ce qu'on peut appeler la deuxième période ou période suppurative, qui a coïncidé très-probablement avec un commencement de désorganisation de la poche hydatique. L'acéphalocyste s'est assez bien conservée d'ailleurs, puisque étant percée par le trocart au moment de l'opération, elle a laissé écouler un liquide clair, quoiqu'elle nageât elle-même dans le sein d'un liquide purulent. On sait, d'ailleurs, que ce n'est pas là un fait rare dans l'histoire des hydatides.

Cette marche de la tumeur, analogue à celle des kystes hydatiques du foie, offre constamment quelque chose de spécial, et pourra, dès lors, être utile quand on cherche à établir leur diagnostic qui, on peut le dire, est encore complétement à faire. Cela mérite d'autant plus d'être étudié, que les kystes hydatiques sous-cutanés ne paraissent pas être très-rares. Ainsi M. Nélaton nous a cité, à cette occasion, un certain nombre de faits qu'il a observés, et entre autres, celui d'une tumeur énorme de la base de cou, qui se prolongeait derrière le sternum, et qui, une fois incisée, a permis d'extraire des milliers d'acéphalocystes.

M. Ch. Robin, qui a bien voulu examiner l'hydatide en question, dans le but de savoir si elle ne contenait pas des échinocoques, m'a dit n'en avoir point rencontré.

D'après l'habile micrographe, il en serait de même dans tous les cas où le kyste n'est pas plus développé qu'ici. C'est encore là un fait qui mérite d'être signalé.

On pourrait maintenant se demander comment il se fait qu'un œuf du tœnia, suivant les uns, d'un tœnioïde, suivant d'autres, soit venu ainsi s'implanter dans le tissu cellulaire sous-cutané du bras ; mais cela rentre déjà dans l'histoire des tumeurs hydatiques en général. On peut toutefois concevoir ce transport, en voyant ce qui arrive pour le charbon pulmonaire, pour le chlorure d'argent qui se dépose dans la peau de ceux qui ont fait usage du nitrate de ce métal, etc., etc. ; en un mot, cela peut s'expliquer par le mécanisme du transport des poudres métalliques et autres poussières inorganiques.

F. Pana, *interne du service.*

MÉDECINE.

Mémoire sur les convulsions survenant dans l'âge adulte chez l'homme atteint de néphrite albumineuse,

Par le Dr Leudet,

Professeur titulaire de clinique médicale à l'École de Médecine de Rouen, etc.

(SUITE ET FIN. Voir les nos 61, 62 et 63.)

De l'étiologie des convulsions dans la néphrite albumineuse.

Lés explications propres à expliquer la cause des convulsions n'ont pas fait défaut. Nous ne rappellerons pas ici les lésions des méninges, indiquées par quelques auteurs comme pouvant rendre compte de ces accidents cérébraux. Sans aucun doute, on a trouvé quelquefois les méninges opaques, épaissies, chez certains sujets morts de néphrite albumineuse avec convulsions, mais ces épaississements manquent beaucoup plus souvent qu'ils n'existent, et d'ailleurs on peut les rencontrer en l'absence de tout dérangement des fonctions du cerveau; ainsi, nous les avons trouvés maintes fois, surtout chez des vieillards, à tous les degrés de leur développement, depuis l'opacité simple du feuillet viscéral de l'arachnoïde, jusqu'au dépôt de plaques calcaires plus ou moins épaisses. Le fait singulier, observé par Bright, d'épaississement de la membrane interne des ventricules cérébraux, est aussi exceptionnel. L'œdème du tissu cellulaire sous-arachnoïdien a été admis à une époque, sur l'indication d'Osborne, comme une lésion propre à expliquer ces accidents; nous pouvons répéter de cette lésion ce que nous avons dit plus haut de l'épaississement des méninges. Chaque jour a vu décroître le nombre des partisans de cette explication pathogénique, et de chaque côté on a cherché en dehors du cerveau une autre cause de ces accidents. On a ainsi obéi à une tendance utile de notre époque, au retour à un humorisme bien entendu; je ne veux pas parler de ces auteurs qui, pour cacher à eux-mêmes leur embarras, placent dans une propriété inconnue, mystérieuse du sang, la cause des maladies, mais bien de ceux qui, profitant des découvertes de la physiologie moderne, étudient le sang comme les solides, c'est-à-dire anatomiquement et physiologiquement.

De ces recherches modernes sur le sang est née l'urémie, doctrine qui a fait en Allemagne beaucoup de prosélytes. On connaît les recherches de Nysten, de M. Guibout, etc., propres à démontrer la présence de l'urée dans la sérosité des hydropiques. Bostock avait déjà émis la supposition qu'on pourrait trouver dans le cours de la néphrite albumineuse, de l'urée dans le sang, mais il n'y avait trouvé, en réalité, qu'une substance dont les propriétés se rapprochaient beaucoup de celles de l'urée. Christison, en 1829, avait annoncé la présence de l'urée dans le sang des albuminuriques; il avait aussi rencontré cette substance dans la sérosité des ventricules du cerveau. (Christison, *On granular Degener. of the Kidneys*. Édimb., 1839.) Depuis, cette découverte a été vérifiée par un grand nombre d'observateurs. La physiologie, usant, comme il arrive souvent, de ces progrès de la pathologie, parvint à démontrer la présence de l'urée dans le sang normal; seulement, ce produit de décomposition est incessamment éliminé du sang par le rein, et sa quantité dans le sang est tellement petite, que l'analyse chimique ne parvient qu'avec peine à le découvrir. Un grand nombre de recherches furent entreprises par MM. Prevost et Dumas, dans ces derniers temps, de nouveau par MM. Bernard et Barreswill. Nous ne mentionnerons de ces expériences que ce qui touche à notre sujet.

L'urée normale dans le sang existe en beaucoup plus grande quantité dans le sang des hommes atteints de néphrite albumineuse; ceci a été amplement démontré par une foule d'observateurs, et nous avons pu constater le même fait l'an dernier, sur un albuminurique placé dans le service de M. Rayer; l'analyse, faite par notre ami M. Verdeil, fit reconnaître dans le sang un excès d'urée. Ce malade n'avait pas alors d'accidents cérébraux. Nous devons ajouter cependant que MM. Becquerel et Rodier (*Traité de chimie pathologique*, p. 166, 1853) ne partagent pas cette opinion, car ils écrivent que la concentration de l'urée dans le sang des malades atteints de néphrite albumineuse, est un fait très-contestable.

Frerichs (*loc. cit.*, p. 195) signale, comme ayant trouvé de l'urée dans le sang des cholériques, pendant la période de réaction, O'Shaughnessy (*Philosoph. Magaz. New.*, série XI, p. 469), en 1832; Maclagan et Robertson, en 1849 et 1850; enfin, Herapath. (*London Méd. Gaz.* nov., 1849.)

Christison, qui croit également à l'altération des reins consécutive au typhus (*loc. cit.*, p. 171), assure avoir trouvé dans un de ces cas un excès d'urée dans le sang.

Tels étaient les résultats auxquels la chimie était arrivée; on avait constaté, d'une part, la diminution de l'urée dans l'urine, d'une autre, sa présence dans la sérosité des hydropisies, et son accumulation en excès dans le sang. Si on rapproche de ces résultats les faits d'anatomie pathologique qui montrent des lésions communes dans plusieurs maladies offrant un ensemble de symptômes analogues, on pourra suivre pas à pas la théorie jusqu'à son développement complet.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de faits d'observation; il nous reste à entrer dans la théorie elle-même, et nous allons voir que plusieurs des faits sur lesquels elle s'appuie sont encore à l'état d'hypothèses.

Simon, dans un excellent ouvrage (*Handbuch der angewandten chemie*, vol. II, p. 218), avait établi une classe de maladies qu'il nomme *hétérochymensis*, c'est-à-dire, classe des maladies dans lesquelles le sang contient une substance qui ne devrait pas s'y rencontrer normalement. Dans cette classe se trouvent les maladies occasionnées par la présence de l'urée dans le sang: l'affection de Bright, le choléra; puis à côté se trouvent placées les maladies dues à la présence du sucre dans le sang: le diabète; de la matière colorante de la bile: l'ictère; de la graisse: pirémie; du pus: pyohémie. Cette classification est aujourd'hui bien fautive, puisque l'on sait que l'urée existe normalement dans le sang, et, grâce aux belles découvertes de M. Claude Bernard, qu'il en est de même du sucre. Nous avons voulu cependant citer cette classification pour montrer que l'idée de l'urémie était déjà née en Allemagne.

C'est surtout depuis les travaux de Frerichs, professeur à Breslau, que la doctrine de l'urémie a surtout occupé les esprits. Cet auteur a publié ses recherches dans plusieurs recueils: (*Brightsche Nierenkrankheit*. Braunschweig, 1851, 1 vol. in-8°; — *Vierordt's archiv. fuer physiol. heilkunde*, vol. X, 1851, p. 399-431). Depuis cette époque, un grand nombre de travaux ont été publiés en Allemagne sur ce sujet; nous n'en citerons qu'un seul, qui les résume pour la plupart, c'est celui d'Eisenmann (*Verhandlungen der physikalisch-medicinish. Gesellsch. in Wuerzburg*, vol. III, liv. II, 1852). Suivant l'auteur de cette doctrine, Frerichs, l'urée, accumulée dans le sang, peut y demeurer sans influence fâcheuse sur l'état du malade, tant qu'elle garde sa composition; mais lorsque, sous l'influence d'un ferment inconnu, l'urée se décompose, il se forme du carbonate d'ammoniaque, et le malade éprouve tous les accidents de l'intoxication urémique: coma, convulsions épileptiformes, troubles gastriques, dyspnée, etc. (Voir *Rapp-asthma urinosum*, loc. cit.) Le carbonate d'ammoniaque se retrouve alors dans les matières du tube digestif, l'haleine, etc... Par une série d'expériences analytiques, l'auteur a cherché à démontrer la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque; il a aussi voulu établir que le carbonate d'ammoniaque, injecté dans les veines des animaux, donne lieu aux accidents qu'il nomme urémiques, tandis que l'urée seule, tant qu'elle ne subit pas de décomposition, est sans action fâcheuse.

Cette théorie a, comme on le voit, plus d'un point faible; elle présuppose d'abord la présence d'un ferment que personne n'a vu: la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans

le sang n'est pas non plus une chose démontrée; aussi cette théorie a-t-elle été attaquée en Angleterre, par M. Bence Jones, en Allemagne, par Zimmermann (*Deutsche klinik*, nº 37, 1852), par Schottin (*Archiv. fuer physiol. heiek.*, 1851, liv. III, p. 399).

Cette théorie a néanmoins eu l'avantage de fixer l'attention sur une série de symptômes et de lésions importantes.

Plusieurs circonstances propres à la maladie ont été indiquées comme prédisposant surtout les albuminuriques à l'invasion des symptômes cérébraux. Ces symptômes, nous pouvons les indiquer d'un seul mot : c'est la diminution et la suppression des excrétions, des urines, des selles, des vomissements, et enfin l'absence même d'hydropisie.

Christison (*loc. cit.*, p. 94) fait remarquer que le délire, les convulsions, en un mot les symptômes cérébraux, apparaissent en général chez des malades dont les urines se suppriment; cependant il ajoute qu'il n'en est pas toujours ainsi, que les convulsions apparaissent quelquefois chez des malades dont les urines sont abondantes, et que, d'autre part, la quantité des urines peut diminuer beaucoup, sans que les phénomènes cérébraux ne se manifestent. Cette opinion nous paraît très-vraie.

Le vomissement et la diarrhée, loin de prédisposer aux accidents que l'on nomme urémiques et aux convulsions, semble, au contraire, en retarder l'apparition. Cette opinion s'accorde parfaitement avec les expériences de MM. Cl. Bernard et Barreswill (*Archiv. gén. de Méd.*, avril 1847). En effet, sur les chiens néphrotomisés auxquels on avait injecté de l'urée dans les veines, les accidents convulsifs ne se manifestaient pas tant qu'ils vomissaient et rendaient par les selles des matières renfermant une grande quantité de carbonate d'ammoniaque ; mais dès que ces évacuations salutaires cessaient de se produire, les animaux étaient pris d'accidents convulsifs et succombaient rapidement.

Bright et Barlow (*Guy's hosp. rep.*, 1843, p. 223) et Christison (*loc. cit.*, p. 95) pensent que l'absence d'hydropisie est un phénomène qui prédispose aux complications cérébrales et aux convulsions. Nous n'avons rien à ajouter à cette allégation, n'ayant pas analysé un assez grand nombre de faits pour pouvoir donner de réponse positive à ce sujet.

Diagnostic. — Le diagnostic des convulsions survenant dans la néphrite albumineuse n'offre par lui-même aucune difficulté ; mais si, voulant de l'effet remonter à la cause, on cherche, par l'examen des phénomènes convulsifs, à reconnaître l'origine du mal, alors on doit s'adresser nécessairement à d'autres symptômes empruntés à l'état actuel du malade et aux antécédents; ainsi la description que nous avons donnée de la convulsion éclamptique offre trop d'analogie avec les signes de l'épilepsie idiopathique pour qu'il soit possible d'établir un diagnostic différentiel. La science nous a transmis plusieurs faits de malades atteints, antérieurement à la néphrite albumineuse, d'épilepsie et d'hystérie, qui présentèrent, pendant le cours de la maladie des reins, des accès convulsifs occasionnés par la maladie antérieure. L'hystérie possède, sans aucun doute, plusieurs caractères spéciaux que nous n'avons pas besoin d'indiquer ici ; mais il n'en est pas de même de l'épilepsie. Ce diagnostic pourra de même offrir une grande difficulté lorsqu'une affection cérébrale de nature à produire des accidents convulsifs s'associe à la néphrite albumineuse, surtout lorsque, comme nous en avons indiqué ailleurs des exemples, les accidents d'anasarque font complétement défaut. Le meilleur signe de la nature des convulsions réside dans l'examen de l'urine, examen au moyen des réactifs chimiques et du microscope, et qui pourront faire ainsi reconnaître le passage de l'albumine dans l'urine, l'altération de l'épithélium expulsé des canalicules urinifères, et son altération granulo-graisseuse.

Nous insistons sur l'emploi de ces divers moyens d'examen du liquide excrété des reins pour cette raison importante que la plupart des maladies de la glande rénale peuvent, avec un degré de fréquence, il est vrai fort différent, s'accompagner du même ensemble d'accidents cérébraux et convulsifs. Ainsi, nous n'avons besoin que de parcourir l'excellent ouvrage de M. Rayer pour nous assurer que la néphrite simple, les kystes des reins peuvent donner lieu à des phénomènes convulsifs d'une haute gravité. Cette communauté de symptômes dans les diverses maladies du même organe se comprend et s'explique facilement, aussi bien que leur fréquence plus grande dans la maladie de Bright ; nous renvoyons pour cela à ce que nous avons dit de la différence et de l'analogie, au point de vue anatomique, entre la néphrite simple et la néphrite albumineuse : dans la première, une petite portion d'une ou des deux glandes est généralement atteinte; dans la deuxième, au contraire, l'inflammation, l'exsudation plastique et graisseuse se manifestent en général dans la plus grande étendue des deux reins. Sans admettre dans son intégrité la doctrine de l'urémie, on ne peut se refuser à croire que la suppression d'un filtre aussi nécessaire au passage des éléments excrémentitiels que renferme le sang, ne puisse se manifester sans entraîner consécutivement une altération considérable de la santé. Ainsi donc peut s'expliquer jusqu'à un certain point le résultat de l'expérience clinique.

Pronostic. — Les convulsions qui se manifestent dans le cours de la néphrite albumineuse sont toujours un phénomène d'une haute gravité. Nous ne croyons pas à l'influence curative des convulsions, signalée par Erlenmayer (*Prager Vierteljahrschrift fuer die praktische Heilkunde*. 1847, vol. II, p. 90). Cet auteur rapporte avoir vu deux fois, après des convulsions et des accidents cérébraux intenses, la maladie se terminer par la guérison. Nous laissons, bien entendu, à ce médecin toute la responsabilité de son opinion et même de son diagnostic.

Au point de vue du pronostic, il faut établir une grande distinction entre les divers faits, suivant le degré auquel est parvenue l'affection locale des reins; ainsi, les cas de guérison, lorsque les convulsions survenaient dans la néphrite albumineuse, suite de scarlatine, sont beaucoup plus fréquents que dans la maladie plus avancée ; dans ce dernier cas, la gravité de la maladie première doit donc être distinguée ou du moins être envisagée séparément de celle des accidents convulsifs eux-mêmes.

La gravité du pronostic n'est pas, à beaucoup près, toujours en raison de l'intensité des mouvements convulsifs ; elle dépend beaucoup plus de leur succession à courts intervalles, et surtout de l'intensité et de la durée du coma qui leur succède. On pourra voir plus haut que les accidents convulsifs peuvent permettre aux malades de vivre plusieurs semaines et même plusieurs mois. Quand, au contraire, la santé du malade a été graduellement en s'affaiblissant depuis quelque temps, et que la convulsion survient au milieu du coma, de l'amaurose, etc., quand il s'y est joint depuis quelque temps des troubles gastriques et intestinaux qui ont épuisé le sujet, alors il faut redouter une terminaison fatale, et cela dans un bref délai.

Traitement. — Le traitement des convulsions varie un peu suivant les auteurs ; ainsi, quelques-uns, comme Frerichs (*loc. cit.*), conseillent l'usage des acides, conformément à la théorie dont ils se sont déclarés partisans; d'autres insistent sur les évacuants du tube digestif, propres à rétablir les sécrétions, et cherchent ainsi à faciliter de toutes les manières les évacuations propres à rejeter hors de l'organisme les principes excrémentitiels qui s'accumulent dans le sang.

Au point de vue du traitement, il est deux ordres d'indications à remplir : les prophylactiques, les curatives.

Un certain nombre de symptômes peuvent, nous le savons, annoncer le début ou du moins faire soupçonner l'imminence des accidents convulsifs; ces symptômes, on peut les combattre utilement par quelques purgatifs et même par les vomitifs.

Lorsque les convulsions apparaissent, l'imminence du danger nécessite un traitement actif; un seul moyen nous a paru, dans les faits relatés, d'une utilité incontestable : c'est la saignée générale ; et nous avons bien des fois entendu notre excellent

maître, M. Rayer, se louer de l'emploi de ce moyen. Ces saignées peuvent être faites abondantes : 200 à 300 grammes, répétées deux fois dans les vingt-quatre heures et associées à des émissions sanguines faites à la base du crâne. Malheureusement, la médication échoue souvent, mais dans les cas aigus surtout on procure la guérison de la convulsion et de la maladie première.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 19 mai 1857.

Glucogénie.

Rapport de M. BÉRARD sur un travail de M. Colin.

Vous n'avez point oublié qu'indépendamment de son travail sur l'absorption des matières grasses, M. Colin en avait composé un second qui avait pour objet la GLYCOGÉNIE. Ces deux mémoires avaient été renvoyés à la même commission. Celle-ci m'avait choisi ou du moins accepté, pour rendre compte de l'un et de l'autre. Mais, vous le savez, Messieurs, il n'existe plus aujourd'hui ni commissaires ni rapporteur. Mon imprudence a mis fin à leur mission. J'avais cru que rarement un rapport était une œuvre collective, et que ceux qui y apposaient leur signature ignoraient parfois ce qu'il contenait. C'était une erreur profonde : on me l'a bien fait voir.

Mais, en disloquant la commission, je ne pense pas qu'on ait eu l'intention de supprimer le problème plein d'intérêt dont l'Académie était saisie. Ce problème, je vais le traiter devant elle, si elle ne m'a pas retiré sa bienveillance.

Dans une thèse soutenue, le 17 mars 1853, devant la Faculté des Sciences, l'expérimentateur habile, l'auteur ingénieux de la doctrine de la glycogénie, écrit (p. 34) en lettres italiques : « LE FOIE DE L'HOMME, *à l'exception de tous les autres tissus du corps, renferme de la matière sucrée.* »

Considérant, toutefois, qu'on lui a déjà objecté, et prévoyant qu'on lui objectera encore qu'on trouve du sucre dans le sang de la veine porte et dans celui de la circulation générale, M. Bernard fait remarquer que la sécrétion du sucre est tellement activée quelques heures après le repas, qu'il en est alors versé dans le sang plus que l'économie n'en consomme. Mais bientôt tout rentre dans l'ordre, et le sucre n'est plus apparent dans la circulation générale.

« Cette espèce de débordement sucré, dit M. Bernard, se manifeste « également avec les alimentations animales ou féculentes, et il dure « environ trois à quatre heures. Ce n'est que six ou sept heures après « le repas que l'excès du sucre dans le sang commence à disparaître, « et que l'équilibre entre la production et la destruction du sucre « tend à se rétablir. » (p. 68)

Cette explication n'a point satisfait les contradicteurs. Ils ont soutenu que ce n'était pas après la digestion seulement, mais à toute heure et même pendant l'abstinence, que la masse du sang contenait du sucre; que ce principe immédiat n'avait pas le foie pour source unique dans l'économie (1).

Quelques-uns allèrent même jusqu'à voir dans cet organe une sorte de condensateur de la matière sucrée, plutôt qu'une glande préposée à sa sécrétion.

La fin de l'année 1854, et toute l'année 1855, s'écoulèrent dans ces débats. Le terrain sur lequel on luttait était circonscrit, et pourtant la discussion n'était pas près de finir.

Comparer au sang d'une veine sus-hépatique celui de la veine porte ou celui de la circulation générale ne paraît point chose exempte de difficulté pour qui connaît la rapidité du mouvement circulaire de ce liquide. Les expériences de Hering montrent qu'en moins de vingt-cinq secondes telle molécule de sang qui faisait partie de la masse contenue dans l'une des grosses veines afférentes au cœur peut avoir été transportée dans le train postérieur d'un grand quadrupède. Les expériences de Blake renchérissent encore sur celles de Héring.

C'était cependant sur un parallèle entre le sang qui arrive au foie et celui qui en sort, c'était dans la comparaison de celui-ci au sang de la circulation générale que tournait la discussion, lorsque M. Colin imagina de rechercher si, par hasard, le chyle n'introduisait pas de sucre dans le système circulatoire. Bientôt il ne conserva plus le moindre doute à cet égard, et le 1er avril 1856, dix mois après avoir fait une lecture sur le même sujet à l'Académie des Sciences, il vous rendait compte d'expériences dans lesquelles il avait pu constater l'existence de la glycose dans le canal thoracique d'animaux mis au régime exclusif de la viande.

(1) Nous faisons abstraction ici du produit de la digestion des féculents.

Quelque temps après, M. Chauveau, qui remplit à l'Ecole vétérinaire de Lyon les mêmes fonctions que l'Ecole d'Alfort confie à M. Colin, venait faire à cette tribune le récit d'expériences qui confirmaient celles de M. Colin, mais dont il tirait des conclusions différentes de celles que le chef des travaux anatomiques d'Alfort avait cru pouvoir placer à la fin de son mémoire.

J'ai pensé, Messieurs, qu'avant de servir de base à une discussion, des faits de cette importance devaient être mis hors de toute contestation.

Disons donc en premier lieu ce que l'expérimentation nous a appris; nous verrons ensuite ce qu'on en peut légitimement induire.

Tous les ruminants qu'on avait amenés à Alfort pour la session opératoire de 1857 n'avaient pas été sacrifiés. Un taureau, entre autres, survivait, qui avait été transformé en bœuf.

Ce fut chose facile que de pratiquer à notre ci-devant taureau une ouverture à la panse.

Pourquoi cette ouverture? Je vais l'expliquer.

Notre but, Messieurs, était de voir si les chylifères charriaient du sucre. L'examen du liquide extrait du canal thoracique d'un taureau ou d'un bœuf, tenu à son régime ordinaire, n'eût rien prouvé dans la question, puisque certaines substances végétales apportent du sucre avec elles, et que d'autres, les féculents, par exemple, se convertissent en glycose dans le tube digestif. Il fallait donc, au préalable, faire un carnivore de notre grand ruminant. Une semblable transformation n'est pas impossible, et elle cesse de nous étonner depuis que la chimie moderne nous a appris que les principes immédiats fondamentaux des êtres organisés, l'albumine, la caséine, la fibrine, existent dans les végétaux comme dans les animaux.

Chose curieuse! cette analogie avait été entrevue dès le milieu du dernier siècle, bien que, à cette époque, la chimie organique n'existât pas encore.

Mais sans aller chercher des exemples dans un autre siècle et loin de nous, je dirai qu'on peut voir en ce moment, à Alfort, un bélier qui prélève chaque jour une ration (et ce n'est pas la plus mince) sur la chair crue destinée aux chiens de l'établissement. Je vous parlerai peut-être quelque jour de ce bélier.

Mais je ne vous ai pas encore dit pourquoi on avait pratiqué une fenêtre à la panse de notre animal. C'est que nous n'étions pas d'humeur à attendre qu'il se mît de lui-même à manger de la viande : il nous suffisait qu'il en digérât et qu'on ne lui permît pas de digérer autre chose. Or, un trou fait à la panse permettait l'introduction directe de la viande dans ce premier estomac, tandis qu'une muselière très-exactement appliquée interdisait l'accès à toute autre matière alimentaire, voire même aux brins de paille de la litière, que l'animal eût peut-être essayé d'avaler.

Pour établir la fistule, il n'est pas difficile de tomber sur la panse, qui occupe presque tout l'abdomen. On fait l'incision à la partie supérieure de la région lombaire gauche, on réunit par la suture les bords de la division de la panse à ceux de la division abdominale, l'adhérence s'effectue, et la face interne de l'estomac se trouve mise en libre communication avec l'extérieur. C'est par cette ouverture, toujours béante, qu'on introduisait chaque jour 12 kilogrammes environ de bonne viande de cheval cuite, coupée en petits morceaux et arrosée d'une dizaine de litres de bouillon fait avec la chair du même animal.

L'animal joignait quelquefois à sa nourriture liquide quelques seaux d'eau qu'on lui permettait de boire. Dans l'intervalle des repas, un tampon, convenablement assujetti, obturait l'ouverture.

Le taureau fut soumis à ce régime pendant trois semaines. Je passerai rapidement sur les observations auxquelles il donna lieu durant cette période; elles nous éloigneraient de notre sujet. On n'a pas vu l'animal ruminer une seule fois. Sans doute la saveur du contenu de son estomac n'était pas pour lui assez appétissante pour l'exciter à le faire. Mais si la viande introduite dans son estomac ne remontait pas entre ses mâchoires, elle trouvait un agent suffisant d'atténuation dans les contractions vigoureuses de la panse.

Nous pouvions observer ces contractions pendant chaque repas que nous faisions faire à l'animal. Nous voyions le flot de la masse alimentaire poussé tantôt en avant, tantôt en arrière; parfois cette masse se déchirait profondément sous nos yeux, comme si une partie eût été sollicitée dans un sens et l'autre en sens inverse. Telle était l'énergie des contractions du rumen, qu'elles changeaient la forme et jusqu'à la situation de l'ouverture accidentelle. Ces mouvements mériteraient une étude spéciale.

Il ne serait pas moins intéressant de déterminer si tout se borne, dans le premier estomac, à des phénomènes mécaniques et d'imbibition. Vous savez que la caillette seule est considérée comme le véritable estomac sécrétant le suc gastrique acide. En reproduisant dans mon livre l'opinion générale, j'ai montré qu'il était difficile de la concilier avec les expériences de Spallanzani.

Je vois, en effet, que parmi ses digestions artificielles, il en est qu'il dit avoir obtenues avec le liquide pris dans les deux premiers estomacs du mouton.

Or, d'une part, le souvenir de ces expériences de Spallanzani, et, d'une autre part, l'aspect que je voyais prendre, dans la panse, à ces matières animales réduites en bouillie, m'avaient fait soupçonner qu'il pouvait y avoir là intervention d'un véritable suc gastrique. Des papiers de tournesol, plongés à diverses reprises dans cette bouillie stomacale, en avaient été retirés bien manifestement rougis; mais je dois avouer que, quelquefois aussi, le contenu de l'estomac était bien décidément alcalin, et que M. Wurtz n'a pas trouvé une grande quantité de matières animales en dissolution dans le liquide extrait de l'estomac que je l'avais prié d'analyser.

Reprenons maintenant la suite de l'expérience. Il ne nous reste plus qu'à recueillir du chyle et à y rechercher le sucre. Le 10 mai fut choisi pour cette opération. On mit à découvert la terminaison du canal thoracique, suivant le procédé ordinaire. M. Collin me fit remarquer que le canal était décomposé en trois branches. Un tube d'argent fut placé dans la plus grosse. On reçut du chyle pendant toute la journée et une partie de la nuit. A minuit on mit fin à cette partie de l'expérience.

Du liquide recueilli on avait fait deux parts : l'une destinée à nos recherches sur la *glycogénie*, l'autre réservée à notre collègue, M. Wurtz, qui devait y faire une découverte que j'exposerai dans un moment; mais il faut dire chaque chose en son lieu.

Parlons d'abord de la recherche de la *glycose*.

Nous pourrions être bref sur ce sujet et dire, par exemple, que notre chyle a réduit l'oxyde de cuivre dans la liqueur cupro-potassique, et que, mis en contact avec la levûre de bière, il a fermenté. Mais l'Académie ne serait peut être pas suffisamment edifiée : nous voulons la faire assister, en quelque sorte, aux expériences.

Comme le sucre se détruit avec facilité dans le chyle, nous avions eu soin de lui donner plus de stabilité en y ajoutant une très-minime quantité d'acide acétique, d'après le conseil de M. Figuier, qui, ce jour là, était venu à Alfort. Ainsi acidulé, le chyle, dont on avait au préalable enlevé le caillot fibrineux, fut chauffé jusqu'à coagulation de son albumine. On le sépara de cette dernière par le filtre. Le liquide ainsi obtenu produisait des réductions si promptes, si nettes, que rarement en voit-on de plus belles quand on emploie le sérum du sang des veines sus-hépatiques. M. Wurtz a fait les mêmes observations à la Faculté en expérimentant sur quelques échantillons de ce chyle.

Mais quelques-uns de vous, Messieurs, ont peut-être présentes à la pensée les remarquables paroles qu'a prononcées M. Dumas dans le rapport qu'il a fait à l'Académie des Sciences, le 18 juin 1855 :

« Tous ces phénomènes de coloration, de réduction, produits par « des matières organiques, sont, dit-il, trompeurs et incertains. Lors« qu'on ne peut pas isoler le sucre en nature, il faut au moins s'as« surer de sa présence par l'action du ferment et par le développe« ment d'acide carbonique que la fermentation produit, etc. »

Pour établir cette épreuve importante de la fermentation, nous procédâmes de la manière suivante : une éprouvette presque pleine du sérum du chyle préparé comme il a été dit plus haut, chyle auquel on avait ajouté du ferment, fut renversée sur le mercure. L'appareil ne contenait pas une bulle d'air. Le mercure montait de 7 ou 8 centimètres dans l'éprouvette. A côté de cette éprouvette on en disposa une autre contenant simplement de l'eau et du ferment. Elle était, comme la précédente, renversée sur le mercure. Toutes deux furent maintenues à une température très-douce.

Au bout de vingt-cinq minutes, de fines bulles de gaz commencèrent à monter dans l'éprouvette contenant le chyle; bientôt ce phénomène si caractéristique de la fermentation fut en pleine activité, et le gaz, se rassemblant dans le haut de l'éprouvette, fit de plus en plus baisser le liquide.

Une deuxième expérience fut disposée comme la précédente. L'éprouvette était en place depuis quinze minutes tout au plus, qu'un des assistants, M. Goubaud, professeur à Alfort, qui se pique, avec raison je pense, de jouir d'une bonne vue, nous dit qu'il apercevait déjà des bulles monter dans le liquide. Peu de temps après, tout le monde put les voir. Le phénomène continuant dans l'une et l'autre éprouvettes, elles continrent bientôt, l'une 15 centimètres cubes de gaz, l'autre 17 centimètres cubes. Ce gaz ne venait pas du ferment, car il ne s'en était pas dégagé une seule bulle dans le tube qui ne contenait que de l'eau avec ce ferment. Nous avons voulu, Messieurs, mettre l'expérience sous vos yeux, et c'est pour ce motif que nous n'avons pas procédé à la distillation pour obtenir l'alcool.

Je ne sais quelle cause d'erreur aurait pu se glisser dans l'expérience dont je viens d'exposer les détails avec tant de fidélité. J'avoue que je n'en vois aucune, et je me crois autorisé à dire que le chyle contient du sucre.

Quelle que soit donc l'opinion que l'on se forme relativement au siege de la *glycogénie* (et vous me trouverez plus réservé sur ce point que vous ne le soupçonnez peut-être, Messieurs), il faut reconnaître qu'on a eu tort d'affirmer que le sucre n'était pas présent dans le système lymphatique et chylifère. Il est dit, par exemple, à la page 55 de la thèse que j'ai déjà citée : « Les ganglions lymphatiques, *de même « que le chyle* et le sang qui sortent de l'intestin, ne m'ont jamais « offert les caractères du sucre. »

Que M. Bernard n'ait jamais trouvé du sucre dans le chyle, je le crois, puisqu'il le dit; mais nous venons de voir que nous avons été plus heureux, ce qui tient, sans doute, à ce que nous avons cherché sur un grand ruminant ce que l'habile professeur du Collége de France n'avait pu trouver sur le chien.

Admettant, cependant, qu'on a parfois rencontré du sucre dans le liquide du canal thoracique, M. Bernard n'en dérive pas moins du foie ce principe immédiat. Ce sont, suivant lui, les vaisseaux lymphatiques du foie qui ont versé dans le canal thoracique une lymphe sucrée.

Pour réfuter cette explication, je vais, au préalable, faire connaître un fait sur lequel se taisent les ouvrages d'anatomie des vétérinaires, et dont ne disent rien les Traités d'anatomie comparée; fait indiqué pourtant par Haller : c'est que, chez les ruminants, les chylifères se réunissent en un gros tronc couché sur l'artère mésentérique supérieure, et qui aboutit au canal thoracique beaucoup plus bas, c'est-à-dire plus en arrière, que les lymphatiques du foie. Sur cette belle pièce, préparée par M. Colin, on voit que cette branche est aussi volumineuse que le canal thoracique de l'homme. On peut recueillir à part le liquide de ce gros chylifère et s'assurer qu'il contient du sucre, bien qu'il ne reçoive pas le plus petit rameau des lymphatiques du foie, lesquels, comme je l'ai dit, aboutissent beaucoup plus en avant à un autre rameau qui porte le nom de *rameau gastrique* et qui réunit les lymphatiques des quatre estomacs en même temps que ceux du foie. Sur cette autre pièce, due encore à M. Colin, vous pouvez juger de son volume et de sa position. Il est, d'ailleurs, une réfutation plus convaincante encore, de l'opinion que tout le sucre du système lymphatique viendrait du foie en ligne directe, c'est que la lymphe prise au cou renferme du sucre, fait démontré par M. Colin d'abord, ensuite par M. Chauveau.

Où se forme donc, en définitive, le sucre que l'on retire du canal thoracique? Vous allez juger de mon impartialité par ma réponse, Messieurs. On pourrait, à la rigueur, soutenir encore qu'il se forme dans le foie, lequel resterait le seul organe producteur de ce principe immédiat (1).

Mais alors il ne faudrait pas conduire le sucre dans le système lymphatique par la route directe qu'a imaginée M. Bernard. Voici ce qu'il faudrait admettre : sécrété dans le foie, et incessamment emporté par le courant sanguin, le sucre n'y serait pas aussi complétement détruit que le suppose l'auteur de la glycogénie hépatique. Une partie transsuderait des extrémités des artères dans les radicules lymphatiques, et reviendrait au cœur par le canal thoracique. Je dis *transsuderait,* parce qu'il n'y a pas d'anastomoses entre les artères et les lymphatiques.

En méditant sur cette explication que développe M. Chauveau, et dans laquelle on sacrifie une partie accessoire de la doctrine pour en sauver une plus importante, j'y trouve une difficulté sérieuse. Si telle était, en effet, la source unique du sucre charrié dans le système lymphatique, le chyle devrait en contenir à peine, car, de quoi se compose le chyle avant d'être mélangé au liquide du canal thoracique? Il se compose : 1° de l'humeur qui est versée dans les radicules des chylifères comme dans les radicules de tous les autres vaisseaux lymphatiques; 2° de l'humeur que les chylifères puisent dans la cavité des intestins. La première seule de ces deux humeurs devraient contenir du sucre; or, elle est au plus à la seconde, en quantité, comme 1 est à 100. D'où je conclus qu'on ne pourrait pas même découvrir le sucre dans le chyle avant le mélange de celui-ci avec le

(1) Nous faisons toujours abstraction de la glycose provenant d'une alimentation purement végétale.

liquide du canal thoracique. Eh bien ! nous nous sommes assurés que non-seulement le chyle retiré du canal chylifère qui accompagne l'artère mésentérique contenait du sucre, mais encore qu'il en contenait une quantité supérieure à celle qu'on trouve dans la lymphe pure.

Tous ces faits sont difficiles à concilier avec l'admission d'un siége unique de glycogénie. Vous examinerez, Messieurs, si, *indépendamment de la glycogénie hépatique, il ne serait pas rationnel d'admettre que, dans toutes les parties du corps, il y a incessamment production de glycose, qui retourne, par le système lymphatique, au centre circulatoire ; et si, à cette glycogénie permanente, la digestion n'en ajoute pas une autre intermittente, mais beaucoup plus active.*

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que chez un animal exclusivement nourri de chair, on ne trouve pas de sucre dans la cavité intestinale, et que, cependant, on démontre la présence du sucre dans le chyle de cet animal. Où s'est donc formé ce sucre? C'est dans l'épaisseur de la paroi vasculaire, c'est au moment même où le produit de la digestion pénètre les villosités. Je ne crée pas là une théorie pour la circonstance ; j'énonce une proposition élémentaire en bonne physiologie, et je suis convaincu que M. Adelon y applaudit de toutes ses forces. Ce n'est point dans la cavité des vaisseaux, mais dans l'épaisseur même des tissus que prennent naissance toutes les métamorphoses de la matière organique.

Il me reste à vous entretenir de la découverte faite par M. Wurtz. Ce n'est pas le hasard qui la lui a présentée. Sa sagacité avait prévu le fait, et nous avons eu le bonheur de lui fournir les moyens de vérifier ses conjectures.

Sachant avec quelle facilité se détruisait la substance que M. Wurtz allait chercher dans le chyle, j'avais pris la précaution suivante en recueillant ce liquide : un grand vase de verre avait été rempli à moitié d'alcool ; ce fut dans ce vase qu'on fit tomber directement le chyle qui sortait du canal thoracique. Lorsqu'il y eut parties égales d'alcool et de chyle, on remplit de ce mélange une grande bouteille d'un litre et demi de capacité environ. Elle fut bouchée, cachetée, et le lendemain, je la remettais à M. Wurtz, dans le laboratoire de la Faculté. Je revins le surlendemain à l'École, et je trouvai M. Wurtz dans un de ces accès de joie qui ne sont connus peut-être que des travailleurs : « Voyez, me dit-il, quelle quantité d'*urée* j'ai retirée du « liquide que vous m'avez remis ! Regardez, au travers de cette loupe, « ces cristallisations caractéristiques ! Je vais faire sous vos yeux du « nitrate d'urée !...., etc. » M. Wurtz n'avait pas retiré de la bouteille de chyle qui lui avait été remise, moins d'un gramme d'urée cristallisée, quantité qui paraîtra énorme si l'on se rappelle que, pour démontrer la préexistence de l'urée dans le sang, MM. Prévost et Dumas furent obligés de recourir à l'expérience ingénieuse qui consistait à extirper les reins d'un animal vivant.

On serait dans l'erreur si l'on croyait que l'urée retirée du liquide mixte du canal thoracique appartient au chyle. Non ! Elle fait partie de la lymphe qui ramène les produits du mouvements de décomposition du corps. Sans nous être concertés, M. Wurtz et moi, je suis certain que nous dirions sur ce sujet les mêmes choses ; mais je lui laisserai le plaisir de les dire le premier M. Wurtz nous demande aujourd'hui de la lymphe pure ; je sais bien pourquoi. J'espère que M. Colin lui en donnera. J'avertirai cependant mon collègue, en terminant cette longue communication, de ne pas oublier que s'il a trouvé une si grande quantité d'urée dans le chyle de notre taureau, cela tenait à ce que, depuis trois semaines, ce taureau ne recevait que de la viande. L'urine du même animal, analysée par M. Wurtz à notre prière, a donné, proportionnellement, autant d'urée que celle de l'homme et pas d'acide hippurique. Or, les urines comme le chyle se ressentaient de ce régime exceptionnel.

Permettez-moi, Messieurs, un mot d'oraison funèbre sur notre pauvre taureau. Notre dessein était de le guérir et de le remettre en possession de ses prérogatives d'herbivore et de ruminant. Mais voilà qu'au moment où on enlevait la ligature placée vers la terminaison du canal thoracique, l'air fit, par ce canal, une irruption violente vers le cœur. L'animal tomba dans un état syncopal dont il ne put se relever, concourant ainsi, par sa mort, aux progrès de la science chirurgicale, de même qu'il avait servi, de son vivant, à l'élucidation d'un des points les plus controversés de la physiologie.

CORRESPONDANCE.

Iodure de chlorure mercureux.

Nous recevons de M Sellier une nouvelle lettre, en réponse à celle que M. Rochard a adressée à l'Académie des Sciences. — Nous désirons vivement que nos deux correspondants arrêtent là une discussion sur laquelle le public nous paraît maintenant fixé.

Monsieur le Rédacteur,

Sous prétexte de dissiper, dit-il, le *nuage* que ma dernière lettre a jeté sur le débat que j'ai si *imprudemment provoqué*, M. Rochard se contente, comme à son ordinaire, de formuler des dénégations. Cela n'est ni poli, ni habile, car je pense que mon affirmation et celle de M. Boutigny sont plus que suffisantes pour centraliser toutes les dénégations de M. Rochard. Quelqu'un qui n'entendrait que la cloche de M. Rochard (qui fait, du reste, un terrible tapage) pourrait croire, en vérité, que M. Boutigny a découvert, un beau jour, l'iodure de chlorure mercureux sans trop savoir ce qu'il faisait, sans trop savoir à quoi cela pourrait servir, et que dans son ignorance des choses médicales, il a été trop heureux de mettre la main sur un homme *aussi habile* que M. Rochard ; lequel M. Rochard se serait chargé de découvrir l'efficacité thérapeutique du nouvel agent, se serait chargé de fournir la science, l'expérience, le génie même qui manqueraient à ce pauvre M. Boutigny, et de conduire par la main ce nouveau-né de la chimie, qui serait resté toute sa vie un avorton, si ce bon M. Rochard ne l'avait pas pris en sevrage. Or, pour lesdits soins et mois de nourrice, ledit M. Rochard trouve naturel de s'emparer de la découverte, d'en faire sa chose, sa propriété, de *parler de sa pommade*, de même qu'il dit mon traitement et ma découverte.

Il est vrai que dans sa munificence, il consent, jusqu'à un certain point et provisoirement, à reconnaître que M. Boutigny a bien pu inventer l'iodure de chlorure mercureux, uniquement comme nouvelle combinaison chimique ; mais s'il veut bien faire cette concession, c'est sous condition qu'on lui abandonnera tout le reste ; sans cela, il se pourrait bien qu'on eût à redouter quelque nouvelle dénégation.

M. Rochard, qui n'aime pas les équivoques, a dû être cruellement affligé de celles qui sont tombées de sa plume.

Pour clore un débat que M. Rochard a su rendre tout personnel, je lui rappelerai *une dernière fois* les faits suivants, que ses *préoccupations scientifiques* lui ont sans doute fait oublier, 1° que M. Boutigny est médecin comme lui, et qu'il n'avait besoin d'aucun secours étranger pour faire l'application et découvrir les propriétés thérapeutiques d'un médicament dont il était l'auteur, propriétés qu'il avait parfaitement découvertes ; 2° qu'il sait fort bien que M. Boutigny avait appliqué l'iodure de chlorure mercureux bien avant de connaître M. Rochard, et que s'il n'a pas publié ses observations, c'est qu'il dirigeait à cette époque une pharmacie, et qu'il jugeait de son intérêt de ne point publier des faits de pratique médicale ; 3° que lorsque M. Thieulen, pharmacien, rue de la Chaussée-d'Antin, a présenté M. Rochard à M. Boutigny, les prétentions de M. Rochard étaient bien modestes, il se contentait, à cette époque, d'écouter les avis de M. Boutigny, de suivre le traitement que l'auteur avait institué, sans prétendre à autre chose qu'au droit de se montrer reconnaissant.

Paris le 16 mai 1857. SELLIER.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le dernier concours pour deux places de médecin du Bureau Central vient de se terminer par la nomination de MM. GOUPIL et HERVIEUX.

Maladies de la peau. — M. le docteur BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis, commencera ses leçons sur les *affections cutanées parasitaires*, le samedi 6 juin, à neuf heures du matin, et les continuera tous les samedis, à la même heure.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Du danger des mariages consanguins *au point de vue sanitaire*, par le docteur Francis DEVAY, professeur de clinique médicale à l'Ecole de Lyon. — Broch. de 72 p. (Lyon, 1857), chez LABÉ, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 3 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 66. 5e ANNÉE. Mardi 2 Juin 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

Nouvelles observations relatives à l'histoire de l'ictère syphilitique,

Par A. LUTON, *interne des hôpitaux.*

Les exemples d'ictère syphilitique semblent se multiplier depuis que l'attention des observateurs a été appelée par M. Gubler sur cette nouvelle complication de la syphilis constitutionnelle. Nous avons déjà publié un premier travail sur ce sujet dans le *Moniteur des Hôpitaux* (6 sept. 1856). Dans cet article, nous rappelions d'abord le mémoire de M. Gubler, qui a paru en 1854, puis nous constations que, depuis cette époque, on n'avait rapporté qu'une seule observation de ce même accident; on la doit à M. Duriau (*Monit. des Hôp.*, 1854). Enfin, nous reproduisions deux observations : l'une relative à un véritable cas d'ictère syphilitique, l'autre montrant les manifestations secondaires de la syphilis accompagnées d'accidents gastro-intestinaux remarquables par leur intensité. Nous voulions de cette manière faire ressortir la relation qui existe réellement entre l'ictère et les troubles gastriques, formant dans leur ensemble un ordre de symptômes particulier dans le tableau des nombreux phénomènes de la syphilis secondaire.

Depuis cette époque, nous avons rassemblé cinq nouveaux cas d'ictère syphilitique bien constatés, et qui vont être rapportés.

Mais, auparavant, nous allons donner une courte analyse du mémoire de M. Gubler, et remonter à la source de cette histoire, parce qu'il importe, à mesure que la question prend plus de consistance, qu'on en connaisse bien tous les éléments.

M. Gubler commence, comme de juste, par nous donner un historique de tout ce qui peut être relatif au sujet qu'il traite :

« On trouve, dit-il, dans le recueil ajouté par Chr. God. Grüner, à la collection de l'*Aphrodisiacus,* une citation qui prouve que le fameux Paracelse avait saisi le lien qui unit parfois l'ictère à la syphilis. Paracelse dit, en effet, que l'ictère, marié avec le *mal français,* ne guérit qu'à la condition que la matière vénérienne soit vaincue. »

Puis, dans aucun des traités composés sur le mal français par

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

Lettres à M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

DIX HUITIÈME LETTRE.

DES ÉLÉMENTS MODIFICATEURS DU GENRE MORBIDE,
et spécifiques de l'individualité nosologique.

Pouvoir constater *a priori* et par des signes non équivoques l'état morbide général d'une affection, se rendre compte des centres vitaux et appareils fonctionnels lésés, posséder des données précises sur les altérations de tissus, c'est à coup sûr, pour le médecin philosophe, un fondement solide, et ces matériaux puissants sont l'indispensable base de la pratique médicale. Les trois lettres précédentes n'ont d'autre but que de rendre cette tâche facile. Mais ce serait s'abuser étrangement que de regarder ces données comme suffisantes à la séméiotique des maladies. En effet, autre chose est connaître l'ensemble des caractères généraux des genres morbides, de façon à pouvoir les classer en groupes méthodiques; autre chose, savoir analyser les agents modificateurs dont l'action multiple révèle seule la physionomie de l'entité. Cette seconde partie de notre tâche reste à élaborer. Mettons-nous donc à l'œuvre.

Les tempéraments, les constitutions, l'âge, le sexe et les professions, les diathèses, le climat, les *influenzas* saisonnières ou épidémiques, les périodes d'une maladie, la nature des causes occasionnelles, sont autant d'agents modificateurs qui peuvent faire de deux états morbides, primitivement de même nature, deux individualités très-différentes. Passons successivement en revue ces agents modificateurs.

I. *Tempéraments.* Si nous avons particulièrement insisté, dans la partie physiologique de ce travail, sur la description des signes physiques et moraux propres aux tempéraments simples, c'est afin de permettre au praticien appelé à observer les tempéraments mixtes, de les reconnaître à des caractères certains. Il est une loi de physiologie pathologique concernant les tempéraments, et que le médecin ne saurait mépriser sans péril pour l'art; cette loi est ainsi formulée : « *Les trois* « *éléments, nerveux, sanguin et bilieux, entrant dans la constitution* « *de tout sujet, les deux éléments prédominants se combinent par* « *ordre de puissance, pour prendre le nom mixte de la composition.* « *Le troisième élément, inférieur et seulement complémentaire, est* « *nécessairement prédisposé à la débilitation ou l'atrophie.* » Ce qui signifie, sous une forme plus explicative : que chez le *sanguin nerveux*, l'appareil bilieux et les fonctions nutritives sont débilités et enclins à devenir malades par hypo-sthénie. Chez le *nervoso-bilieux*, ce sont, au contraire, les appareils plus spécialement développés dans le type sanguin qui sont menacés. Chez le *bilioso-sanguin*, la défection est à craindre du côté des appareils nerveux, etc., etc.

les savants médecins des XVIe et XVIIe siècles, on ne voit plus apparaître « cette vue ingénieuse, jetée comme un trait de lumière dans le livre d'un empirique ignorant ; » et cependant il régnait alors une opinion qui voulait faire du foie le siége principal, sinon exclusif, de la vérole. Cette opinion, nous dit M. Gubler, se déduisait tout naturellement des doctrines galéniques, qui dominaient toujours les écoles. Mais, d'un autre côté, on n'attachait pas au mot ictère la signification précise qu'il possède aujourd'hui ; on ne s'inquiétait que des altérations de couleur de la peau en rapport avec l'état cachectique.

Dans la période de temps qui suivit la découverte des vaisseaux lymphatiques, et jusqu'à nos jours même, dit M. Gubler, le foie, dépossédé de ses fonctions d'assimilation et d'hématose, ne conserve que le rôle subalterne d'organe sécréteur de la bile. L'ictère, dès lors, acquiert une importance dont il n'avait pas encore joui ; on en vint jusqu'à faire de ce symptôme la condition presque obligatoire de toute affection hépatique. C'est dans cet espace de temps que plusieurs auteurs ont formellement rattaché certains ictères à la syphilis.

Astruc (1777), qui admet une certaine viciation de la bile dans la vérole, dit qu'il en résulte la jaunisse, si la bile ne peut point se séparer à cause de sa viscosité, et qu'elle regorge dans le sang. Cet ictère sera *jaune* si la bile est jaune, et *noir* si la bile est noire.

D'après M. de Lonjon (1844), Swédiaur a vu l'ictère dans les affections syphilitiques ; mais M. Gubler n'a pas retrouvé le passage auquel se rapporte cette citation.

Percy a été témoin d'un fait que M. Gubler admet comme exemple d'ictère syphilitique et qu'il rapporte dans son mémoire.

Portal (1813) n'hésitait pas à admettre l'ictère syphilitique. Il donne plusieurs observations qui n'ont pas paru probantes à M. Gubler, quoiqu'il pense cependant que Portal ait vu de véritables cas d'ictère syphilitique.

Enfin, M. Ricord lui-même a porté un moment son attention sur certains cas de coïncidence de l'ictère avec la syphilis secondaire ; il en a observé deux cas que reproduit M. Gubler. Mais M. Ricord donne à ces faits une interprétation un peu différente de celle que veut M. Gubler ; il n'est même pas éloigné de croire que l'ictère peut s'opposer jusqu'à un certain point à l'éruption des syphilides. M. Gubler, en contradiction sur ce point avec son maître, M. Ricord, démontre au contraire que la jaunisse devrait plutôt précipiter l'apparition des syphilides, en appelant à la peau une certaine irritation qui se traduit souvent par des éruptions prurigineuses. D'ailleurs, en consultant les faits, on voit que l'ictère se montre en même temps que les syphilides, et même n'apparaît souvent que postérieurement aux premières manifestations cutanées de la syphilis.

A la suite de ces considérations historiques, M. Gubler rapporte huit observations d'ictère syphilitique, qui forment le fond du mémoire. Ces observations sont puisées à des sources diverses et prouvent que l'ictère syphilitique a été vu par différentes personnes, et que sa véritable signification n'a été trouvée que par M. Gubler.

L'une de ces observations est empruntée à Percy ; deux autres sont rapportées par M. Ricord, dans sa Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens ; toutes les autres sont personnelles à M. Gubler. Il serait trop long de les résumer ici ; pour en prendre connaissance, on devra se reporter au mémoire cité.

Le récit de ces observations est suivi d'une série d'inductions pathologiques, au moyen desquelles M. Gubler cherche à démontrer la possibilité et la réalité d'un ictère *syphilitique* et à en donner la théorie. Voici le résumé de la discussion à laquelle il se livre :

En général, la nature spécifique d'une affection peut être déduite de plusieurs ordres de preuves :

1° Cette affection existe en l'absence des causes vulgaires capables de les déterminer ;

2° Elle coïncide plus ou moins souvent avec d'autres symptômes réputés spécifiques ;

3° Son apparition se fait régulièrement à une période déterminée de la maladie générale ;

4° Elle revêt dans sa forme, sa marche et sa durée, des caractères tout à fait spéciaux ;

5° L'analogie marque sa place à côté d'autres manifestations de la même diathèse, ou en regard de certains phénomènes appartenant à des maladies spécifiques voisines ;

6° Les médicaments spécifiques exercent sur elle une action favorable.

On peut dire, en s'appuyant sur les faits que nous allons rapporter et sur ceux qui leur sont antérieurs, que l'ictère syphilitique satisfait à la plupart de toutes ces conditions de spécificité. Nous n'en voyons même qu'une à laquelle il fasse exception ; car, en effet, l'ictère syphilitique, comme M. Gubler en convient

---

Par contre, une autre loi pathologique, inhérente à la constitution des tempéraments est également juste ; nous l'exprimerons ainsi : « *Dans tout tempérament mixte, l'élément qui prédomine est sujet à* « *des affections de nature hypersthénique.* » C'est ainsi que le sanguin-nerveux ou sanguin-bilieux doit redouter les maladies de nature franchement inflammatoire ; que le nervoso-sanguin ou nervoso-bilieux doit se garer contre les névralgies ; que le bilioso-sanguin ou bilioso-nerveux peut redouter les affections du foie, du tube gastro-intestinal et de ses appendices.

De ces deux lois, on peut tirer les deux indications thérapeutiques suivantes :

1° *Si un état morbide général d'hypersthénie indique une médication antiphlogistique, contro-stimulante, spoliatrice ou altérante, on débilitera toujours de préférence les organes fonctionnels de l'élément constitutif prédominant ;*

2° *Si un état morbide général hyposthénique demande une médication réparatrice, on tonifiera toujours de préférence les organes et appareils de l'élément constitutif défectueux.*

Toutes les maladies d'une nature grave donnnent lieu à des phases variant selon les sujets, et qui confirment ces axiomes. C'est ainsi que chez tous les malades, la *fièvre typhoïde* comporte une prostration vitale universelle, tous les appareils étant lésés dans leur centre. Les deux grandes périodes d'*ataxie* et d'*adynamie*, suivies d'accidents le plus souvent mortels, sont les grands traits de cette affection, dont le point de départ est une lésion des organes de la vie nutritive. Mais dans cette terrible maladie, où le praticien est condamné à la médecine des symptômes, combien n'importe-t-il pas de connaître tout d'abord et à fond le tempérament du malade ? Le médecin philosophe sait d'avance (ce que l'expérience lui confirmera plus tard) que, chez le *bilieux*, c'est du côté des lésions intestinales que doit se porter tout particulièrement son attention ; chez le *sanguin*, ses soins préserveront les grands organes de la respiration et de la circulation, car la fièvre typhoïde à forme pectorale, avec terminaison par asphyxie bronchique, est commune dans ce type ; chez le *nerveux*, il veillera aux accidents des méninges et du cerveau, averti par le délire ou l'hébitude, l'éclat du regard, la surdité stupide, l'indifférence morale, etc., etc.

Des renseignements intimes sur les mœurs et les goûts des individus seront souvent indispensables pour la détermination du tempérament. Une grande pénétration est nécessaire dans ce cas, car j'estime que la vertu si rare et si précieuse du tact médical n'est en partie autre chose que l'appréciation sûre et prompte du tempérament, masqué par la maladie.

II. *Constitutions.* Ainsi que nous l'avons expliqué ailleurs, nous entendons, par constitution chez un sujet, *l'état acquis succédant à un tempérament normal modifié.* La constitution pléthorique demandera des évacuants ; on combattra la lymphe avec des ferrugineux, le rachitisme par des substitutifs toniques, etc., etc.

lui-même, n'offre ni dans sa forme, ni dans sa marche, ni dans sa durée, des caractères tout à fait spéciaux. Mais, à cet égard, il se trouve dans le même cas que la plupart des manifestations syphilitiques ; il suffit, comme preuve, de rappeler les efforts inouïs que font encore aujourd'hui les dermatologistes pour assigner aux syphilides des caractères tellement certains, qu'à leur seule vue on prononce l'existence de la syphilis. On peut dire, à l'honneur des syphiliographes, qu'ils sont arrivés sur ce point à des résultats extrêmement remarquables; mais, malgré tout, l'esprit n'est réellement satisfait que lorsqu'on a bien reconnu la porte d'entrée du virus syphilitique, et que lorsqu'on constate la coexistence d'autres manifestations réputées syphilitiques : parce qu'en effet la syphilis n'est pas une maladie de la peau, pas plus que la plupart des fièvres exanthématiques, mais bien une diathèse, une sorte de constitution médicale individuelle, sous l'influence de laquelle les manifestations organopathiques les plus nombreuses et les plus variées peuvent se produire. Le seul caractère absolument spécifique de ces manifestations est dans leur nature et non pas dans leur forme.

Nous terminerons cette trop longue analyse en reproduisant textuellement le passage dans lequel M. Gubler formule sa théorie de l'ictère syphilitique :

« Dans ma pensée, dit-il, la diathèse syphilitique doit se manifester au dedans par des altérations semblables à celles que nous observons si souvent à l'extérieur du corps. Les travaux les plus récents justifient cette généralisation, et l'on peut affirmer que bientôt les lésions des viscères constitueront un des chapitres les plus importants de la syphiliographie. Déjà nous voyons les épanchements plastiques se répéter sur les organes internes comme dans le tissu cellulaire sous-cutané ou la surface des os. Je crois donc pouvoir admettre qu'au moment où l'exanthème apparaît à la peau, il se fait une poussée analogue sur les membranes muqueuses. »

Cela posé, nous allons passer au récit des cinq observations que nous avons rassemblées, en accompagnant chacune d'elles des commentaires qui paraîtront nécessaires pour les expliquer et pour les bien faire comprendre.

Obs. I. — *Syphilis. — Ictère.*

(Observation communiquée par *M. Gubler.*)

En 1855, un étudiant en médecine, sachant que je m'occupais de la coïncidence de l'ictère avec la syphilis, vint me trouver dans mon cabinet pour me faire constater sur lui-même un nouvel exemple de cette association. A la suite d'un chancre induré, ce jeune homme avait éprouvé les symptômes secondaires habituels, et quand je le vis, il offrait une teinte jaune très-apparente des téguments et des sclérotiques, en même temps qu'une syphilide roséolique et papuleuse des mieux caractérisées. Quant aux circonstances qui ont accompagné le développement de cette affection, je manque de renseignements, parce que le sujet de l'observation craignant peut-être, mais à tort, une indiscrétion, ne m'a pas remis, comme je l'espérais, l'histoire de sa maladie.

Obs. II. — *Syphilis secondaire. — Ictère consécutif à l'éruption syphilitique.*

(Observation suivie de réflexions, communiquée par *M. Gubler.*)

Le 9 mai 1854, je vois, pour la première fois, M. T...., étudiant en droit, âgé de 25 ans environ. Ce jeune homme, de taille moyenne, d'une corpulence développée, blond, pâle et joufflu, présentant, en un mot, tous les attributs du tempérament lymphatique, était affecté de plusieurs chancres de la rainure balano-posthique et de blennorrhagie uréthrale. Le groupe des *ulcérations primitives* reposait sur une *base dure et enflammée;* ces ulcérations présentaient en outre des points de gangrène moléculaire. Comme la vie de ce jeune homme n'avait pas été très-régulière dans les jours précédents, je considérai l'induration comme douteuse. (Bains émollients locaux; cérat laudaminé; repos; boissons délayantes; régime doux.)

L'inflammation tombe, la gangrène moléculaire disparaît, l'induration des tissus, qui s'étalait au loin, se rétrécit, puis elle se concentre autour des *chancres* qui prennent le *caractère franchement huntérien :* chapelet de ganglions engorgés dans les aines. Dès lors, sans attendre la manifestation des accidents secondaires, je conseille la tisane amère de quassia et les pilules de proto-iodure hydrargyrique à un centigramme; d'abord deux, puis trois, puis quatre pilules par jour, à intervalles autant que possible égaux. Néanmoins, des accidents de la période secondaire se manifestent dans le délai de six semaines, après que le malade s'était aperçu de l'existence des chancres : ils consistent en roséole, puis papules. Des lésions analogues existent dans le cuir chevelu ; plusieurs ganglions cervicaux postérieurs sont engorgés ; plaques grises sur différents points de la muqueuse buccale et sur les amygdales. Après quelques jours, un certain nombre de papules se couvrent d'écailles ou de petites croûtes arrondies d'un brun rouge (syphilides papulo-squammeuses, ecthymateuses, psydraciées). (*Quassia amara;* quatre, puis cinq pilules de proto-iodure de mercure à un centigramme.

III. *Sexe, âge et profession.* Passons légèrement sur certaines modifications et renvoyons aux volumes écrits spécialement sur ces sujets. Rappelons seulement que les livres et les écoles tiennent trop peu souvent compte de l'immense différence qui sépare la nature physiologique de la femme et de l'homme.

Toutes les affections bilieuses, gastro-intestinales, sont bien plus rares chez celle-ci que dans celui-là. Que le praticien n'oublie jamais que l'élément nerveux régit la plupart des affections féminines, dans l'ordre de fréquence suivant : lésions de la matrice et appendices, lésions sympathiques de la muqueuse de l'estomac, lésions sympathiques également des paires nerveuses, dans la masse encéphalique. Est-il besoin d'ajouter que la régularité du flux menstruel est un point radical dans la santé des femmes ; que chez les hommes très-sanguins, les hémorrhoïdes jouent un rôle analogue? Chacun connaît, du reste, toutes les précautions qu'exige l'approche de l'âge critique. Si, alors, des hématémèses, des pneumorrhagies, des diaphorèses générales surprennent inopinément, les congestions sanguines vers la région supérieure du tronc sont évidemment d'une nature métastatique, dont la cause n'échappera pas à l'observateur.

Quant aux modifications attenantes à l'âge, disons seulement, très-généralement, qu'étant donnée une maladie, l'enfance et la vieillesse contre-indiquent souvent l'usage prolongé des débilitants, lorsque la même affection avorte chez les adolescents et les hommes mûrs, par un contro-stimulant hardiment administré dès le début. La connaissance de la *profession* donne à la fois des indices pour le diagnostic, et permet des conseils hygiéniques pour l'avenir. Nous ne nous étendrons pas plus sur des notions absolument élémentaires.

IV. *Diathèses.* Je baptise de ce nom toutes les affections générales dont le germe, ancré dans l'organisme, engendre ou entretient une disposition morbide spéciale. *Toutes les maladies véritablement chroniques sont dues à une diathèse.* D'où il résulte cette déduction grave, que la médication altérante et substitutive peut seule les déloger. Au cas où on nous contesterait une affirmation, peut-être coupable de *nouveauté*, nous répondrons provisoirement, en nous appuyant sur la grammaire et le dictionnaire : *diathèse* signifie dépôt (Τίθημι, *je place*, δια, *en travers*). Or, si mainte affection morbide jouit du triste privilége de s'entretenir, tantôt aiguë, tantôt latente, pendant de longues années, quelquefois toute la vie, c'est bien apparemment parce que le germe qui la nourrit est déposé dans l'organisme. — Donc, toutes ces maladies, de nature essentiellement chronique, sont dues à un dépôt, à une diathèse (διάθησις). Ou la langue conserve sa valeur étymologique, et alors nous avons raison avec le dictionnaire, ou les mots perdent leur sens, auquel cas ce n'est plus qu'une vaine querelle de logomachie. Nous devons seulement ajouter que, pour nous, les diathèses sont de deux genres : quand le germe est apporté de naissance, *diathèse héréditaire ;* quand il est survenu pendant la vie, *diathèse acquise.*

Les lecteurs qui adopteraient notre définition de l'état morbide

Il survient de la salivation et de la gingivite mercurielles, ce qui me fait diminuer la dose du proto-iodure. Cependant toutes les manifestations syphilitiques du tégument se dissipent, et M. T.... part pour la campagne, vers le milieu du mois de juin, renonçant de lui-même au traitement qu'il a suivi pendant un mois environ.

De retour à Paris, M. T.... revient à ma consultation, le 16 juillet, se plaignant des symptômes qui caractérisent l'embarras gastrique : malaise, anorexie, enduit saburral, jaunâtre, très-épais, amertume de la bouche, gonflement au niveau de la ceinture et particulièrement à l'épigastre; douleurs épigastriques à la pression ; hypochondre droit douloureux à la percussion et à la pression sous les fausses côtes; le foie déborde le rebord costal; tendance à la constipation. Le malade attribue ce qu'il éprouve au régime trop substantiel et trop abondant de la campagne. Mais je remarque qu'il est survenu une nouvelle éruption de syphilides et que des plaques muqueuses se sont reformées sur la muqueuse buccale. (Limonade, groseille; lavements émollients, diminution des aliments.)

Le 20 juillet, je remarque que les sclérotiques offrent une nuance jaune : les urines examinées sur-le-champ sont safranées et subissent, par l'acide nitrique, les changements de couleur de la matière colorante de la bile. (Eau de Vichy; deux pilules de proto-iodure de mercure à 1 centigramme.)

Le 25, la jaunisse est très-intense, les urines sont très-colorées; cependant la douleur épigastrique et le volume du foie sont beaucoup moindres. (Eau de Vichy ; trois pilules.)

Le 27, la jaunisse reste aussi intense, tandis que la couleur des urines est beaucoup moins foncée. Le pouls est tombé au-dessous de 60 pulsations à la minute. (Même traitement.)

Bientôt les accidents gastriques se dissipent, ainsi que les dernières manifestations de la syphilis. Le 22 août, il ne reste aucune trace de la maladie première ni de ses complications, sauf un petit globule d'induration à la place du chancre principal et quelques ganglions engorgés.

J'ai revu M. T.... en juin 1855; jusque-là rien de nouveau n'était survenu.

Réflexions. — Ce fait est remarquable sous plusieurs rapports.

Nous voyons l'ictère apparaître seulement au moment du retour de l'exanthème syphilitique et non pas au premier moment de l'apparition des syphilides; ce n'est donc pas ici un accident aussi précoce que dans les cas relatés dans notre mémoire. L'ictère ne peut, en aucune façon, être attribué à l'action des préparations mercurielles, car, d'une part, l'usage de ces préparations avait été interrompu depuis environ un mois, et, d'autre part, il a parfaitement coïncidé avec l'apparition d'une seconde bouffée éruptive. Ajoutez à cela que la complication bilieuse s'est dissipée en même temps que les syphilides qu'elle avait accompagnées pendant l'administration des pilules de proto-iodure hydrargyrique, et vraisemblablement sous l'influence de ces pilules combinée à celle de l'eau de Vichy.

Au reste, si l'hydrargyrie avait dû déterminer dans ce cas un trouble assez profond des fonctions hépatiques pour amener la cholémie et l'ictère, n'est-ce pas au moment où la saturation était rendue manifeste par la stomatite mercurielle que ces accidents auraient dû se produire? Or, il n'en a rien été; un mois s'est écoulé, le mercure a eu le temps de s'éliminer, et c'est alors seulement que l'ictère est apparu, concurremment avec de nouveaux symptômes syphilitiques.

La conclusion est facile à tirer, c'est la diathèse syphilitique qui a déterminé l'ictère. Mais, je le reconnais, l'apparition de ce symptôme a été favorisée par une alimentation trop excitante et trop substantielle.

Cette observation présente encore une circonstance ordinaire dans l'histoire de l'ictère mais peu connue, c'est la marche inverse de la coloration jaune des téguments et de celle des urines. Les urines étaient déjà très-foncées quand la peau n'offrait encore qu'une nuance presque insensible; tandis que plus tard la jaunisse était devenue très-intense alors que les urines se décoloraient progressivement, si bien que celles-ci avaient déjà, depuis quelque temps, repris leur apparence normale quand les téguments restaient encore d'une teinte jaune bien caractérisée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Du traitement des kystes séreux du cou,

Par M. Dupuy,

Chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Nous avons publié, il y a quelques mois, un intéressant travail de M. Jules Roux (de Toulon), sur le traitement des kystes du cou par les injections iodées. (Voir le *Monit. des Hôp.*, 1856, n° 125, p. 994.) Nous trouvons dans le dernier numéro de l'*Union médicale de la Gironde* (mai 1857), trois observations

---

chronique, pourront du moins se priver des naïfs ambages à l'aide desquels plus d'un professeur de pathologie générale élude cette question. Ils ne seront pas obligés de délayer des aphorismes de cette valeur : « L'état chronique se définit par l'état opposé à l'état aigu; » analogue à cet autre déjà cité : « La maladie est l'état opposé à la santé, » Voilà pourtant, sauf les décors que nous supprimons, le squelette de la *Marionnette* scolastique.

O bienheureux Lapalisse! si, des régions éthérées où plane ton âme honnête de marquis, tes placides mânes daignent écouter parfois les improvisations de nos Ecoles, combien ne doivent-elles pas être réjouies en trouvant, parmi les maîtres de la science, tant de disciples de ta simplicité?

Revenons aux diathèses. Les principales sont *cancéreuses, syphilitiques, scrofuleuses, litiques, tuberculeuses, purulentes, inflammatoires, hydropiques, nerveuses-convulsives* ou *épileptiques, rhumatismales* et *dartreuses*. La constatation d'une diathèse doit fournir cette indication au praticien, qu'il faut attaquer la maladie, non-seulement dans sa lésion locale, mais surtout et avant toutes choses dans son principe général, à l'aide d'une médication interne altérante ou substitutive.

V. *Climats.* Dans les pays secs et chauds, on se souviendra toujours que la forme bilieuse tend à dominer la plupart des affections. Je m'explique ainsi pourquoi des maladies que les éméto-cathartiques guérissent à *Saint-Eloi* de Montpellier, sont avantageusement traitées à la *Charité* de Paris par les saignées. Les dyssenteries épidémiques, les fièvres pernicieuses sont également plus communes dans le Midi qu'ailleurs. Les inflammations franches appartiennent surtout aux pays froids et secs, tandis que l'état catarrhal et scrofuleux se remarque principalement dans les contrées humides et brumeuses.

VI. *Influenzas.* Il est nécessaire d'étudier, en même temps que les climats, l'état exact des constitutions épidémiques ou endémiques dans le pays et les populations où l'on exerce l'art médical. On n'oubliera pas que la forme épidémique donne immédiatement un caractère de gravité, quelquefois de malignité, à des maladies qui peuvent être bénignes sous la forme sporadique. On devra chercher dans des études souvent renouvelées sur l'hygiène locale, un remède aux affections endémiques. Des mesures municipales contre l'infection ou la contagion seront utilement suggérées par le médecin aux édiles de la localité, s'il s'occupe sérieusement de l'étude des influenzas.

VII. *Causes occasionnelles.* On comprend que notre cadre, limité aux généralités, nous interdit d'entrer dans le détail de ces éléments modificateurs, qui varient autant que le nombre des malades. L'intoxication, tous les agents extérieurs, le feu, l'eau, etc., les plaies et blessures, les imprudences de régime, les affections morales, rien ne doit être négligé.

Dr Armand de Fleury (de Mansle).

dans lesquelles la même méthode de traitement a donné trois succès. Ces observations, recueillies dans le service de M. Dupuy, à l'hôpital Saint-André, ont été rédigées par M. Bonnecaze, interne de ce service.

Obs. I. — *Kyste séreux du cou. — Injection iodée. — Guérison.*

Jeanne Sahort, de Rives (Basses-Pyrénées), âgée de 42 ans, domestique, est entrée à l'hôpital le 23 février 1857, dans le service de M. le docteur Soulé fils.

Elle présente au côté droit du cou une tumeur allongée, s'étendant de la clavicule à l'apophyse mastoïde, en longeant le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Cette tumeur a commencé il y a deux ans ; elle s'est montrée d'abord à la partie moyenne du cou, d'où elle s'est étendue en haut et en bas jusqu'aux limites mentionnées déjà. Elle offre une fluctuation et une élasticité très-évidentes. M. Soulé annonce que c'est une hydrocèle du cou, devant être traitée comme les hydrocèles de la tunique vaginale.

26 *février*. M. Soulé fait une ponction, évacue le liquide, et fait pousser une injection de teinture d'iode (quatre parties d'eau pour une de teinture). Cette injection est laissée en grande partie dans l'intérieur de la cavité.

La tumeur disparaît peu à peu. La malade sort le 8 mars, complétement guérie. Elle rentre le 23 mars, pour une brûlure. On ne voit plus de traces de l'énorme tumeur opérée un mois auparavant. Cette circonstance permet de constater que la cure est bien radicale.

Le liquide contenu dans le kyste était transparent, limpide, absolument semblable au liquide de presque toutes les hydrocèles vaginales.

Obs. II. — *Kyste séreux du cou. — Injection iodée. — Guérison.*

M[me] Lavergne, rue des Ayres, 4, se présente à la consultation gratuite de l'hôpital Saint-André, le 8 mars 1857. Elle est âgée de 40 ans ; elle a eu treize enfants qu'elle a tous allaités ; bonne constitution ; menstruation toujours très-régulière. Son dernier enfant est sevré depuis quatorze mois. Quelques jours après avoir cessé la lactation, sans éprouver aucune douleur, elle reconnut qu'elle avait le côté droit du cou tuméfié. Ce gonflement a successivement augmenté, et aujourd'hui on aperçoit, sous le sterno cléido-mastoïdien, une tumeur considérable s'étendant de la clavicule à l'apophyse mastoïde, et de la ligne médiane antérieure jusqu'à 3 ou 4 centimètres de l'épine cervicale. La tumeur est étranglée, suivant la ligne du cléido-mastoïdien, en avant duquel se trouvent deux ventres ou renflements. Le larynx est fortement dévié à gauche. Pas de changement dans la coloration de la peau ; développement des veines superficielles.

Par le toucher, on la trouve molle, peu résistante, indolore ; la fluctuation paraît évidente.

La santé générale n'a reçu aucune atteinte de la présence de cette tumeur ; son volume gêne les mouvements de la tête, et surtout les mouvements de déglutition ; il y a raucité de la voix.

Elle a le même siége, la même forme, les mêmes apparences enfin que le kyste séreux du cou dont l'observation vient d'être rapportée et à l'opération duquel j'avais assisté. Je porte le même diagnostic, et procède à l'opération le 11 mars. La ponction est faite avec un trocart ordinaire, à la partie supérieure, en arrière de la ligne du sterno-mastoïdien. Le liquide injecté, contenant une partie de teinture d'iode sur trois parties d'eau, fut laissé dans la poche pendant dix minutes. Les douleurs furent vives en commençant ; le pouls devint petit et très-lent (40 pulsations). Après avoir malaxé la tumeur pour que la solution d'iode agît également sur toutes les portions du kyste, je retirai en grande partie le liquide injecté.

Tuméfaction, douleur, rougeur, et un peu de fièvre le second jour. Le troisième jour, l'état fébrile disparaît ; la malade se lève le quatrième pour faire son ménage ; la tumeur diminue peu à peu ; le quinzième jour, elle n'a plus que le volume d'un gros œuf. Un mois après l'opération, on remarque seulement une légère différence entre les deux côtés de la région cervicale ; le larynx est revenu à sa place ; la raucité de la voix a diminué ; le toucher fait reconnaître un noyau induré adhérent à la face profonde du sterno-mastoïdien et au lobe droit de la glande thyroïde. Aujourd'hui, 15 mai, la guérison est confirmée, le noyau a disparu ; la malade a meilleur teint, elle a pris de l'embonpoint.

Le liquide que contenait ce kyste était roussâtre, peu transparent. Il tenait en suspension une infinité de granulations comme de très-petits grains de semoule. Par le repos, il se séparait en une couche superficielle ayant le tiers d'épaisseur de la couche profonde, et présentant un aspect gluant. L'acide nitrique et la chaleur le transformaient complétement en une masse d'albumine.

Je transcris la note que m'a remise M. le docteur de Sainte-Marie, sur son analyse micrographique :

Liquide rempli de corpuscules micacés. Ces corpuscules, vus au microscope, se montrent composés essentiellement de cristaux de cholestérine très-abondants. En outre, dans le liquide nagent un assez grand nombre de globules sphériques, de six à neuf millièmes de millimètre, à contenu transparent muni de une, deux ou trois granulations fortement accentuées. Sont-ce des noyaux à l'état libre appartenant aux cellules de l'épithélium des vésicules glandulaires de la thyroïde ? ou bien, sont-ce ces mêmes cellules incomplétement développées par suite d'un état pathologique ?

Ce kyste se rapproche des tumeurs méliceriques de la peau, dans lesquelles, *chose assez rare du reste*, le contenu s'est considérablement liquéfié, de manière à ne contenir que des amas de cholestérine et très-peu des cellules transparentes caractéristiques du sébum, cellules considérées généralement, mais un peu à tort, comme des cellules épithéliales privées de noyaux et remplies d'une graisse opaline.

Obs. III. — *Kyste séreux du cou. — Inflammation et suppuration du kyste.—Ouverture et contre-ouverture. — Guérison.*

Il y a six mois environ, j'ai observé dans le service de M. Soulé, salle 17, un jeune homme de 18 à 20 ans, qui était entré à l'hôpital dans l'état suivant :

Tuméfaction considérable de toute la région latérale gauche du cou, dépassant un peu la ligne médiane antérieure ; rougeur très-prononcée de la peau, qui est lisse et luisante ; chaleur ; douleurs extrêmement vives, augmentées par la pression ; mouvements de la tête très-gênés ; déglutition presque impossible ; voix presque éteinte ; forte fièvre ; grande anxiété.

Les renseignements incomplets que le malade donne avec difficulté, apprennent au chirurgien en chef que depuis longtemps ce jeune homme portait une tumeur volumineuse au côté gauche du cou ; que dans l'espace de quelques jours elle a grossi beaucoup ; que la peau rougit, etc.

La tumeur est rénitente ; on sent une fluctuation profonde.

M. Soulé diagnostique un kyste probablement séreux du cou avec inflammation phlegmoneuse du sac et du tissu cellulaire ambiant. Après l'emploi des émollients pendant deux ou trois jours, la fluctuation étant bien évidente et les accidents locaux et généraux ne permettant plus la temporisation, le chirurgien prit le parti d'ouvrir largement la tumeur. Il me fit l'honneur de demander mon avis, et j'adoptai complétement sa manière de voir sur le diagnostic et sur le traitement.

Un flot de pus phlegmoneux s'échappa du foyer. Avec une sonde il fut facile d'explorer ce foyer, et d'acquérir la certitude que le pus était contenu dans le kyste et non entre le kyste et la peau, comme je l'ai observé souvent pour d'autres tumeurs enkystées.

Le malade fut aussitôt soulagé ; mais le huitième jour, le pus croupissant dans le cul-de-sac inférieur du kyste, M. Soulé fit

une contre-ouverture, et la suppuration dès lors s'écoula facilement. Depuis le jour de la première ponction, les accidents généraux avaient cessé. La guérison ne fut cependant radicale qu'après un mois et demi.

Cette observation remarquable est un exemple de cure pour ainsi dire spontanée d'un kyste cervical. L'art n'est intervenu que pour hâter la terminaison, pour arrêter les accidents graves qui auraient pu survenir avant l'ouverture spontanée. Si, dans bien des circonstances, le chirurgien doit chercher à imiter la nature, si pendant longtemps on l'a pratiquée pour les kystes du cou, en les ponctionnant, en enflammant la cavité par des mèches, des sétons, des caustiques, en les extirpant partiellement, cette conduite doit être proscrite aujourd'hui. L'opération sous-cutanée par ponction et injection iodée offre une telle simplicité, elle est si souvent suivie d'heureux résultats, elle expose à si peu de dangers, qu'elle doit être exclusivement employée, ou du moins tentée plusieurs fois, avant de recourir à une autre méthode thérapeutique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 mai 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

M. Eug. PELIGOT. — Note sur un fragment de bois antique provenant du quai de Carthage.

M. BECQUEREL. — Mémoire sur les actions lentes produites sous les influences combinées de la chaleur et de la pression.

Physiologie végétale. — M. BOUSSINGAULT lit une longue et intéressante note sur l'influence que l'azote assimilable des engrais exerce sur la production de la matière végétale. L'abondance des matières nous empêche de publier même une analyse de ce remarquable travail.

WALFERDIN. — Nouvelles recherches sur la température de la terre à de grandes profondeurs.

P. THÉNARD. — Note sur la matière *riche* du fumier de ferme.

Fonctions de la moelle. — M. CHAUVEAU adresse un mémoire étendu qu'il résume ainsi :

Quand on excite la peau ou les nerfs cutanés d'un animal, il peut arriver : 1° que l'excitation soit transportée jusqu'au cerveau, où elle se transforme en une sensation douloureuse, qui se manifeste principalement par les mouvements volontaires auxquels se livre le patient dans le but de s'y soustraire ; 2° que, sans aller jusqu'à l'encéphale, l'excitation se *réfléchisse*, dans la moelle épinière, des racines centripètes sur les racines centrifuges des nerfs, et soit ramenée ainsi dans un certain nombre de muscles qu'elle fait contracter automatiquement ; 3° ou bien encore les deux cas à la fois. Or, si, comme l'a dit un physiologiste justement célèbre, l'*art de démêler les faits simples est tout l'art des expériences* (M. Flourens), il importait avant tout, dans l'étude de la présente question, de fixer les caractères des phénomènes réflexes de la moelle épinière, et de les distinguer des phénomènes de sensibilité réelle, afin d'éviter une confusion fâcheuse dans laquelle sont tombés même les expérimentateurs qui semblaient le mieux en garde contre elle. Mes observations sur ce sujet ont été faites sur plus de cent mammifères adultes, des solipèdes pour la plupart, auxquels j'avais coupé l'axe encéphalo-médullaire vers l'articulation atloïdo-occipitale, et dont la respiration était suppléée par l'insufflation pulmonaire. Voici ce qu'elles m'ont révélé :

1° Les mouvements réflexes ne se distinguent nullement, par leur énergie, des mouvements volontaires exécutés par les animaux dans le but de réagir contre la douleur ;

2° Chez le plus grand nombre des animaux, ces mouvements, loin d'être bornés à la région qui a reçu l'excitation, peuvent se propager et se propagent certainement si l'excitation est intense dans toutes les parties du corps. Ainsi, en excitant les branches perforantes des nerfs intercostaux, on fait contracter non-seulement le pannicule charnu, mais encore les muscles de l'épine, du cou, des quatre membres, le diaphragme ; tout le corps bondit en un mot, mais généralement, les contractions sont plus fortes du côté excité. D'où l'on voit que les excitations, en arrivant sur la moelle, s'irradient vers les deux extrémités de l'organe, et se réfléchissent sur toutes les racines motrices, de manière à produire des mouvements généraux qu'on pourrait parfaitement confondre avec les mouvements volontaires qui s'observent dans certaines conditions sur des animaux d'expérience.

3° Les mouvements réflexes n'ont qu'une durée instantanée et ne se répètent point spontanément, caractère très-fidèle, qui ne permet pas de les confondre avec les contractions volontaires, car celles-ci peuvent se prolonger quelques instants, et se répéter coup sur coup ;

4° Un autre caractère propre aux phénomènes réflexes est indiqué par l'expérience suivante. Avant toute mutilation, c'est-à-dire quand il est parfaitement apte à sentir, un animal peut supporter des excitations, même énergiques, sans exécuter le plus léger mouvement, sans manifester le moindre signe de douleur. Après la section de la moelle, l'excitation la plus insignifiante, surtout quand elle porte sur les pattes de derrière, fait naître à tout coup des mouvements très-étendus. Cette apparente hyper-excitabilité, malgré sa singularité, peut s'expliquer fort simplement. Dans le premier cas, l'excitation, en se transformant en sensation, est absorbée dans l'activité propre des hémisphères, et ne peut plus être réfléchie automatiquement sur les nerfs moteurs ; aussi l'animal ne réagissant point contre elle en essayant de s'y soustraire (ce qu'il reste libre de faire ou de ne pas faire, suivant sa volonté), on ne voit apparaître aucun mouvement. Dans le second, l'excitation ne pouvant arriver jusqu'à l'encéphale, se réfléchit forcément sur un nombre plus ou moins considérable de muscles qui entrent ainsi en contraction d'une manière fatalement nécessaire.

Après cette première étude, j'ai cherché la part prise par les divers cordons de la moelle à l'exercice des phénomènes réflexes, toujours en expérimentant sur des animaux dont l'axe encéphalo-médullaire était coupé au niveau de l'articulation atloïdo-occipitale, et je me suis assuré : 1° que l'excitation des cordons postérieurs produit des effets tout à fait analogues à ceux qui sont déterminés par l'excitation des nerfs centripètes ou de leurs extrémités périphériques ; 2° que les autres parties de la moelle sont, au contraire, dépourvues de toute excitabilité, les animaux restant tout à fait immobiles pendant la piqûre des cordons antéro-latéraux et de la substance grise (1) ; 3° que cette dernière substance représente la voie par laquelle les excitations s'irradient dans toute la longueur da la moelle avant leur réflexion, l'irradiation n'ayant plus lieu après l'interruption de la continuité de la substance grise, tandis qu'elle est encore possible après la section de tous les faisceaux blancs de l'axe médullaire.

Ayant ainsi constaté tous ces faits préliminaires relatifs à la physiologie de la moelle considérée isolée de l'encéphale, je pus aborder en toute confiance l'étude des rapports fonctionnels que cette tige entretient avec le cerveau, particulièrement en ce qui regarde les phénomènes de sensibilité. Voici les conclusions que j'ai tirées de cette nouelle série d'expériences :

1° Dans les animaux mammifères, la section des cordons postérieurs n'empêche pas la conduction des impressions sensitives. Mais il y a des raisons pour penser qu'il n'en serait pas absolument de même chez l'homme, où les cordons postérieurs constituent, surtout dans la région cervicale, la masse principale de l'axe médullaire, tandis que chez les animaux, ces cordons sont forts petits relativement au volume des autres faisceaux ;

2° Cette transmission n'est pas non plus empêchée par la destruction de la substance grise dans un point limité de la moelle.

3° On doit donc reconnaître qu'elle s'effectue par les cordons antéro-latéraux. Mais par quelle partie de ces faisceaux ? Je le dirai plus tard.

4° Les impressions sensitives, pour gagner l'encéphale, suivent, dans la moelle, le côté par lequel elles sont arrivées. Aussi la section d'une moitié latérale de l'axe médullaire, loin d'augmenter la sensibilité dans le côté correspondant du corps, la fait entièrement disparaître. Mais l'exagération apparente de l'excitabilité réflexe, qui se manifeste alors constamment, et souvent avec des proportions extraordinaires, peut être prise pour de l'hyperesthésie, confusion qui de-

(1) Peut-être faudrait-il rechercher si ce résultat négatif ne tient pas au peu d'intensité de l'excitation, cette excitation ayant toujours été pratiquée avec une fine aiguille, pour éviter l'ébranlement des parties voisines du point excité.

vient encore bien plus facile à commettre quand il se manifeste des symptômes de *sensibilité récurrente*, provoqués par les contractions involontaires que l'excitation du côté paralysé fait naître dans les muscles du côté non paralysé.

5° Toutes les blessures légères de la moelle, surtout quand elles n'intéressent pas les cordons latéraux, déterminent de l'hyperesthésie réelle, non-seulement au delà du point lésé, mais souvent aussi en deçà ; l'ouverture seule du canal rachidien suffit pour amener ce résultat, qui s'explique naturellement par l'état d'irritation des fibres chargées de conduire les impressions sensitives.

6° Les cordons postérieurs ne semblent pas sensibles. Pour déterminer de la douleur en piquant la substance propre de la moelle, il faut que l'excitation porte sur les cordons latéraux, à proximité de la ligne d'émergence des racines sensitives. Quand on pique dans l'intervalle des deux sillons collatéraux postérieurs, on ne provoque que des mouvements réflexes, et parfois aussi des phénomènes de sensibilité récurrente, sur la nature desquels il est parfaitement possible de se méprendre, parce qu'on peut les considérer comme des signes de douleur causée directement par l'excitation.

7° En tenant compte de ce dernier fait et de ceux qui précèdent, on arrive à conclure que les faisceaux postérieurs et la substance grise constituent, dans la moelle, un système indépendant préposé à l'exercice des phénomènes réflexes : les cordons postérieurs, comme prolongements des fibres centripètes chargées d'apporter à la substance grise les excitations qui doivent être réfléchies ; la substance grise, comme foyer d'irradiation de ces mêmes excitations.

On peut voir, d'après ces expériences, que si M. Brown-Séquard est dans le vrai en niant, chez les animaux, la participation des cordons postérieurs de la moelle à la transmission des impressions sensitives, il ne l'est plus quand il attribue ce rôle à la substance grise centrale; qu'il a eu tort d'admettre que cette conduction se fait par effet croisé; qu'il a confondu, dans le cas de section d'une moitié latérale de la moelle, l'abolition complète de la sensibilité avec l'exagération de cette propriété ; enfin, qu'il s'est même mépris sur la portée des phénomènes d'hyperesthésie provoqués par la section des cordons postérieurs.

Dégénérescence graisseuse. — M. L. MANDL adresse une note qu'il résume ainsi :

Nous entendons sous le nom de *dégénérescence graisseuse* l'apparition de gouttelettes de graisse dans les éléments qui, à leur état normal, en sont privés. L'examen des faits nombreux que fournissent les expériences des auteurs (J. Guérin, Wagner, etc.) et les nôtres, nous a donné ce résultat que la dégénérescence ne s'opère que dans les tissus soustraits à l'influence de la nutrition. La dégénérescence graisseuse peut s'opérer dans les fibres et dans les cellules.

Parmi les fibres, nous connaissons des exemples dans la fibre musculaire et dans les nerfs. Pour les muscles, outre l'examen de quelques cas d'atrophie musculaire progressive terminés par la transformation graisseuse, j'ai fait l'expérience suivante, avec le concours obligeant de M. le professeur Goubaux, d'Alfort. Une portion, longue de 2 à 3 centimètres, fut extirpée le 15 mai 1853 sur le récurrent gauche d'un chien. Le 25 février 1854, par conséquent neuf mois après l'opération, j'ai trouvé, à l'autopsie de l'animal tué, tous les muscles intrinsèques du larynx, du côté gauche, atrophiés, pâles, et présentant les premiers degrés de la dégénérescence graisseuse.

Toutes les fois que j'ai opéré la section d'un nerf, j'ai trouvé la portion périphérique, qui ne se trouve plus en rapport avec les centres nerveux, subissant dans ses fibres la dégénérescence graisseuse. On voit le contenu de la fibre devenir trouble, se séparer en grumeaux, puis se transformer en gouttelettes de graisse transparente et manquer entièrement, par places, dans la gaîne de la fibre élémentaire, comme la fibre musculaire disparaît dans le sarcolème. Des résultats identiques furent obtenus, lorsque le bout périphérique d'un nerf fut exposé à une lésion mécanique ou à l'influence d'un agent chimique (potasse).

Dans les cellules normales ou pathologiques, la dégénérescence graisseuse est un phénomène fréquent. On voit apparaître des molécules graisseuses qui, peu à peu, s'accumulent et finissent par cacher entièrement le noyau. Puis celui-ci disparaît, puis la membrane cellulaire elle-même ; les molécules graisseuses restent, pendant quelques temps encore, accolées les unes aux autres ; enfin elles se désagrégent. Cette composition est très-évidente dans les cellules épithéliales des muqueuses, des reins (maladie de Bright), dans les cellules cartilagineuses pendant le travail de l'ossification, et surtout dans certaines formations connues d'abord sous le nom de *corpuscules inflammatoires*, puis sous celui de *corps* ou *corpuscules granuleux* ou *cellules granuleuses*. On trouve aussi des exemples fréquents de dégénérescence graisseuse dans les cellules du cancer, dans celles du pus et surtout dans la matière tuberculeuse.

Recherches sur le développement des éléments nerveux. — M. MANDL communique encore une note dont il publie l'extrait suivant :

I. Les fibres nerveuses se développent d'après le type des tissus fibrillaires; les corpuscules (cellules), ganglionaires d'après celui des cellules.

II. Les corpuscules des ganglions (grand sympathique) sont pâles chez l'homme dans la jeunesse; ils deviennent d'une couleur foncée dans la vieillesse, par le dépôt de granules d'une matière colorante rouge-brunâtre.

III. La portion centrale du système nerveux se compose d'éléments qui sont embryonnaires, comparés à ceux des parties périphériques.

IV. En effet, la substance grise du cerveau renferme, dans une substance fondamentale amorphe, des corpuscules qui présentent tous les caractères des noyaux des corpuscules ganglionaires. On en trouve de toutes les dimensions, depuis $0^{mm},005$, jusqu'à $0^{mm},010$ et même $0^{mm},015$. Les plus petits sont dépourvus de nucléoles; les grands en possèdent une ou deux. Parmi ces derniers, on en trouve qui sont entourés d'une portion de substance fondamentale, amorphe, consolidée : cependant, privés d'une membrane d'enveloppe, ils ne constituent pas des cellules ganglionaires parfaites, mais bien des éléments analogues en voie de développement.

V. Ainsi donc la substance grise du cerveau et de la moelle épinière nous représente, dans sa majeure partie, des éléments embryonnaires que nous reconnaissons tels, si nous les comparons à ceux de la portion grise périphérique du système nerveux, c'est-à-dire aux ganglions. Nous disons la majeure partie seulement, car il existe des endroits où les corpuscules ganglionaires sont de véritables cellules pourvues de prolongements. Mais, partout ailleurs, les éléments persistent pendant toute la vie à un degré de développement imparfait, analogue à celui de l'embryon et des animaux inférieurs.

VI. Il en est de même pour la substance blanche des centres nerveux. On y trouve toutes les transitions des fibres les plus fines, à simples contours, aux fibres les plus grosses, à doubles contours. Les premières constituent presque exclusivement la substance blanche cérébrale, les dernières les nerfs cérébro-spinaux. C'est donc encore ici, dans le cerveau, un état permanent d'arrêt de développement qui rappelle celui de l'embryon et des animaux inférieurs.

VII. Les différentes parties du système nerveux montrent donc, comme chez l'adulte, suivant les régions d'où elles proviennent, des éléments divers, qui sont autant de degrés divers de développement auxquels persistent ces éléments pendant tout le temps de leur existence. L'histologie du système nerveux reproduit, dans les animaux adultes, les états divers qui traversent souvent d'une manière si rapide les organismes de l'embryon et des animaux inférieurs.

— M. FERNANDEZ adresse une note sur la dissolution du copal dans l'alcool.

Conservation des grains. — M. le maréchal Vaillant adresse, au nom de M. DOYÈRE, un mémoire dont l'auteur donne l'extrait suivant :

La propriété que l'éther possède de plonger les insectes en léthargie et de les faire périr lorsqu'il est à une dose suffisamment élevée, n'est autre que celle qui produit l'anesthésie chirurgicale, et c'est probablement au même principe que sont dus les effets du même genre que déterminent la fumée de tabac et la vapeur de l'essence de térébenthine. Ces effets étaient connus depuis très-longtemps; mais ils se confondaient généralement dans l'esprit des hommes de science et des praticiens avec ceux, plus ou moins imaginaires, attribués à presque toutes les odeurs fortes; on ne les avait jamais étudiés sérieusement au point de vue des applications dont ils sont susceptibles. C'est véritablement M. Milne Edwards qui a ouvert la voie que je viens de suivre, en faisant connaître l'action énergique que la vapeur de la benzine exerce sur les insectes, et en la signalant comme digne d'être étudiée au point de vue de la conservation des céréales. Il a montré de plus l'efficacité réelle et durable de cette action par l'application qu'il en a faite à la conservation des collections d'histoire naturelle. C'est à ce succès obtenu par M. Milne Edwards, et à ses encouragements, que je dois d'être entré comme je l'ai fait dans cet ordre de recherches, et d'y avoir rencontré un succès qui complète mes tra-

vaux antérieurs sur la conservation des grains. Guidé par l'analogie que j'ai signalée en commençant, j'ai reconnu que la propriété insecticide de la benzine appartient à une foule de substances, et, en particulier, à tous les anesthésiques signalés jusqu'ici, et que, parmi ces substances, deux se distinguaient de toutes les autres, comme particulièrement propres aux applications en grand dont M. Milne Edwards avait aperçu la possibilité : ce sont le chloroforme et le sulfure de carbone. Ces deux agents viennent d'être l'objet, à Alger, sous les auspices de S. Exc. M. le Ministre de la guerre, et sous les yeux d'une Commission nommée à cet effet, d'expériences faites sur la plus grande échelle, et qui ont donné des résultats auxquels ceux que j'avais obtenus dans mes recherches particulières elles-mêmes ne m'avaient point préparé.

Deux grammes de chloroforme ou de sulfure de carbone par quintal métrique de blé suffisent pour faire périr tous les insectes jusqu'au dernier, en quatre ou cinq jours, dans l'intérieur de silos hermétiques comme ceux qui font partie de mon système d'ensilage. Avec 5 grammes de sulfure de carbone par quintal métrique, répartis convenablement dans l'intérieur du silo, la destruction est complète et définitive en vingt-quatre heures, de manière à permettre d'y faire une opération d'assainissement de grains par jour. L'action du chloroforme est un peu plus lente, à cause de la densité particulière de sa vapeur, qui la fait descendre et la retient dans les parties les plus basses. On peut rendre l'action plus prompte encore, et en quelque sorte foudroyante avec des proportions plus élevées.

La grandeur des masses oppose souvent des obstacles invincibles à l'application des principes découverts par la science, et c'est la première des objections auxquelles on ait à répondre lorsqu'on se livre à ce genre de travaux. Ici, loin d'être une difficulté, elle n'a d'autre effet que de simplifier les opérations et d'agrandir les résultats. J'ai opéré à Alger sur 11,600 hectolitres d'orge d'un seul coup. L'introduction du sulfure de carbone a exigé vingt minutes, et il en a été employé 50^{kil},500.

Les silos hermétiques forment, pour l'application des anesthésiques à la destruction des insectes, un genre de récipient supérieur à tout autre. Mais l'application réussit dans des récipients beaucoup moins parfaits, pourvu seulement que l'on élève convenablement les doses. L'opération presque gigantesque dont j'ai parlé plus haut a eu lieu dans ma cave, à la partie supérieure de laquelle j'avais fait laisser un vide suffisant pour que je pusse la parcourir d'un bout à l'autre. J'ai même réussi parfaitement dans des tas de grains simplement recouverts d'un prélart imperméabilisé et appliqué sur le sol tout autour du tas, avec de l'argile pour boucher les fuites.

Les larves dans l'intérieur des grains, les germes dans les œufs sont tués comme les insectes eux-mêmes; rien de vivant ne reparaît dans les grains qui ont été traités.

Les grains conservent toute leur faculté germinative; l'odeur fétide du sulfure de carbone se dissipe rapidement; après deux ou trois jours d'exposition à l'air et quelques pelletages, les grains n'en conservent plus aucune trace.

Les produits de la mouture et de la panification n'offrent rien qui permette de saisir que le blé a été soumis à un traitement.

Enfin, les animaux mangent l'orge même sortant du silo où il a été traité et encore fétide; ils la mangent de manière à faire croire que l'odeur et la saveur qu'elle conserve sont loin de les repousser; rien n'a permis de croire qu'ils en éprouvent aucun effet physiologique. D'ailleurs, sur ce dernier point, relatif aux inquiétudes que l'on pourrait concevoir pour la santé des hommes et des animaux, j'ai fait beaucoup d'expériences qui m'ont conduit à reconnaître que le sulfure de carbone ne possède pas d'action physiologique survivant à son influence anesthésique. J'ai pu opérer sur moi-même, après avoir expérimenté suffisamment sur des animaux. Le sulfure de carbone est un anesthésique énergique, mais sans aucun effet toxique consécutif.

Mon mémoire se termine par l'exposé très-détaillé d'un fait qui a frappé la Commission d'Alger d'une manière toute particulière. Des blés traités par le sulfure de carbone et par le chloroforme ayant été réunis en couches, n'ont plus montré aucune tendance à s'échauffer, tandis que le même grain, non traité, n'a pas cessé de s'échauffer avec une énergie telle, que les couches s'élevaient jusqu'à 40 degrés et au-dessus, malgré des pelletages répétés jusqu'à deux fois par jour. Mais avant que d'attribuer un effet aussi digne d'attention à l'influence des anesthésiques, et malgré les faits que nous connaissons, relativement à l'action de ces substances et d'autres sur les ferments, il me paraît prudent d'attendre que d'autres expériences prononcent. Les miennes ne me semblent pas encore suffisantes.

— M. Ern. Baudrimont communique une note sur le *sulfide carboneux* ou *sous-sulfure* de carbone.

Transformation de la mannite et de la glycérine en sucre.— M. Berthelot communique sur ce sujet une note importante que nous publierons textuellement.

M. Serres. — Note sur une collection d'ossements fossiles recueillis par M. Seguin dans l'Amérique du Sud.

M. Damour. — Recherches sur les propriétés hygroscopiques des minéraux de la famille des Zéolithes.

CORRESPONDANCE.

Iodure de chlorure mercureux.

Monsieur le Rédacteur,

Je suis complétement de votre avis : le public scientifique doit être définitivement fixé sur mes prétentions et sur celles que M. Sellier prête à M. Boutigny, car jusqu'à présent cet habile chimiste lui-même n'en a élevé aucune. J'attends cependant de votre impartialité que vous me permettiez de constater les deux faits suivants :

1° M. Sellier avoue enfin qu'aucune observation n'a été publiée avant les miennes sur l'emploi thérapeutique de l'iodure de chlorure mercureux; c'est là tout ce qui intéresse l'histoire de l'art, parce que c'est la seule chose que l'histoire puisse éclaircir.

M. Sellier, subsidiairement et en guise de circonstance atténuante, annonce que M. Boutigny n'a pas publié le résultat de ses expériences, parce qu'il tenait officine ouverte quand il les a faites, et qu'il craignait de « *nuire à ses intérêts en publiant des faits de pratique médicale.* » — Je ne sais pas trop quel intérêt plus grand il pouvait y avoir pour M. Boutigny, que celui d'annoncer et de prouver au monde médical qu'il guérissait facilement des maladies rebelles ou incurables. Mais ce que personne n'ignore, c'est que M. Boutigny, qui n'a plus depuis longues années la même raison de taire ses succès, puisque depuis longtemps il n'a plus d'officine, continue à les taire encore, scientifiquement parlant, car des assertions ne sont pas des observations.

2° M. Sellier croit pouvoir suppléer à des documents écrits, par affirmations fondées sur des souvenirs nouvellement exhumés et assez mal précisés d'ailleurs. — Quels que puissent être du reste ces souvenirs, je leur oppose une dénégation formelle, et, sans déprécier la parole de personne, j'ai le droit de croire que la mienne mérite la même créance que celle de qui que ce soit, surtout quand elle est conforme aux documents écrits.

Je m'arrête là, Monsieur le Rédacteur, n'ayant nulle intention d'affaiblir mon argumentation par des déclamations étrangères au débat, et je vous prie d'agréer, etc. F. Rochard.

Paris, 1er juin 1857.

La plus grande partie des compositeurs étant absents à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, nous sommes obligé de renvoyer au prochain numéro l'appréciation des séances de l'Académie des Sciences.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Guide pratique du médecin et du malade aux Eaux minérales et aux Bains de mer, suivi d'une *Étude sur l'hydrothérapie.* — Quatrième édition, contenant, de plus que les précédentes, un Traité thérapeutique des maladies pour lesquelles on conseille les eaux, et un Mémoire de M. Darralde, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, *sur l'action de ces eaux;* par le docteur Constantin James, ancien collaborateur de Magendie, chevalier de la Légion d'honneur, etc. — Un vol. de 650 pages, avec une Carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes sur acier et sur chine. — Prix : 7 fr. — Chez Victor Masson, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 67. 5e année. Jeudi 4 Juin 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 3 juin 1857.

Séances de l'Académie des Sciences des 11 et 18 mai 1857.

[Conservation des grains. — Fonctions de la moelle. — Dégénérescence graisseuse. — Développement du tissu nerveux, etc.]

Voici une application de l'anesthésie à laquelle sans doute MM. Morton et Jackson ne s'attendaient guère.

On sait que, malgré les nombreux efforts de leur plus puissant ennemi, l'homme, les charençons et autres frêles animaux n'en continuaient pas moins, à notre grand détriment, à dévorer la part de la récolte qu'ils n'avaient ni semée ni moissonnée. Ils espéraient bien continuer longtemps encore leur insolent parasitisme; mais ils avaient compté sans l'anesthésie et surtout sans M. Doyère. Cet habile expérimentateur, qui cumule la science d'un naturaliste ingénieux et celle d'un chimiste distingué, avait déjà dressé contre les charençons, sous le nom de *tue-teigne*, une terrible machine de guerre; mais les machines se popularisent difficilement; elles exigent une dépense première qui effraie souvent les praticiens, et, d'ailleurs, peut-être un certain nombre de charençons avaient-ils le système cérébro-spinal assez fortement organisé pour résister aux violentes commotions que le *tue-teigne* leur faisait subir. M. Doyère inspiré par quelques tentatives analogues de M. Milne Edwards, a pensé qu'ils échapperaient moins facilement encore à l'empoisonnement anesthésique, et l'expérience a complétement justifié ses espérances. Pendant une mission qui lui a été confiée par l'administration de la guerre, M. Doyère a expurgé avec le plus entier succès, plus de 11,000 hectolitres de blé infesté de charençons dévorants. Le savant maréchal ministre de la guerre, qui n'est pas suspect de partialité pour l'habile inventeur de l'ensilage *scientifique* des grains, a témoigné devant l'Académie de ce fait important. M. Doyère donne, dans le résumé de son mémoire qu'on trouvera plus loin, des détails pleins d'intérêt sur le mode d'action de l'anesthésique qu'il a adopté (le sulfure de carbone), et sur l'excellent état, au point de vue de leur emploi hygiénique, des grains traités par sa méthode. Il fait connaître aussi un fait des plus curieux, mais encore incomplétement ob-

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

Lettres à M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

DIX-NEUVIÈME LETTRE.

SYNTHÈSE PATHOGÉNIQUE.

L'analyse n'est que la première moitié d'un travail philosophique : la synthèse peut seule compléter l'œuvre; c'est ce labeur que je tente de faire dans cette lettre qui se présente sous l'aspect peu récréatif d'un tableau synoptique :

TABLEAU MÉTHODIQUE

permettant de pénétrer la nature et la filiation de toutes les maladies.

A. ÉLÉMENTS CONSTITUANTS DE L'AFFECTION MORBIDE.

1° **État morbide général** caractérisé par *prédominance : hypersthénique*, affections inflammatoires; — *hyposthénique*, affections adynamiques; — *diasthénique*, affections ataxiques.

2° **Lésions des centres vitaux et appareils fonctionnels** : A. *Centres et appareils de la vie nutritive et volontaire*, toutes les maladies du tube gastro-intestinal et névroses sympathiques (lésions de l'activité); B. *Centres et appareils de la vie passionnelle et de reproduction*, toutes les maladies de l'appareil génital et névroses sympathiques (lésions de la sensibilité); C. *Centres de la vie rationnelle et de perception*, toutes les maladies de l'intellect et névroses sympathiques (lésions de perception); D. *Centres et appareils mixtes, au service de ces trois vies*, toutes les maladies du cœur, des poumons, du foie, de la rate, du pancréas, des reins, etc., lésions sympathiques, affections des organes des sens.

3° **Lésions de tissus.** — *Tissu osseux* : ostéites, caries, nécroses, exostoses, ostéosarcomes, affections syphilitiques (trois périodes) et rhumatismales profondes. — *Tissu musculeux* : lésions de la contractilité et de la motilité; myosites; hypertrophies et atrophies musculaires, tétanos. — *Tissu muqueux* : affections inflammatoires, catarrhales, saburrales, pseudo-membraneuses (croup), ulcéreuses (stomatite), syphilitiques (chancres), scrofuleuses, scorbutiques; fièvres muqueuses. — *Tissu fibreux* et *cartilagineux* : lésions de l'extensibilité et de la rétractilité, dégénérescences; lésions des articles; ankyloses. — *Tissu séreux* et *synovial* : infiltrations et hydropisies; synovites; lésions d'absorption et de sécrétion séreuses;

servé, c'est la propriété singulière que le sulfure de carbone et probablement tous les anesthésiques ont de retarder, et peut-être d'anéantir la faculté germinative du blé. C'est un sujet d'étude qui promet à celui qui voudra le poursuivre, les plus curieuses révélations.

En résumé, par ses nouvelles observations, M. Doyère a heureusement complété ses belles recherches sur la conservation des grains par l'ensilage, et fini de résoudre une des plus importantes questions d'hygiène publique et d'économie sociale.

— Un expérimentateur très-distingué, déjà connu de nos lecteurs, M. Chauveau, a adressé à l'Académie un mémoire important dont nous n'avons pu lire encore que l'extrait, ou plutôt les conclusions, qu'en publient les *Comptes rendus*. Ainsi que nos lecteurs l'ont vu, ces conclusions diffèrent, sous beaucoup de rapports, de celles qu'un expérimentateur non moins habile, notre savant physiologiste, M. Brown-Séquard, avait tirées d'expériences qui eurent un si grand et si légitime retentissement. Dans des questions aussi ardues que celles qui se rapportent à la physiologie de la moelle, il est souvent difficile de se prononcer ou même de montrer le nœud de la difficulté, même quand on a sous les yeux tous les détails des expériences; cela est complétement impossible quand on n'en a que les résultats systématisés. Nous n'essaierons, en conséquence, ni de rechercher qui s'est trompé de M. Chauveau ou de M. Brown-Séquard, ni de mettre ces deux habiles observateurs dans le cas où tous les deux auraient bien vu, mais auraient mal déduit.

— Nous aurions quelques remarques à présenter sur les nouvelles notes que notre savant micrographe, M. Mandl, vient d'adresser à l'Académie, notamment celles sur la dégénérescence graisseuse et cancéreuse. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, ces communications diverses de M. Mandl font parties d'un ensemble de recherches qui perdraient à être appréciées par fragments. Nous espérons ultérieurement leur consacrer l'attention qu'impose le nom de leur auteur.

— Nous voudrions pouvoir apprécier comme elles le méritent les nouvelles, curieuses et importantes recherches de M. Berthelot sur la transformation de la mannite et de la glycérine en glucose. Mais, même pour louer certains travaux, il est nécessaire de posséder un degré de science qui nous manque, et tout ce que nous pouvons dire, c'est que les chimistes de l'Académie ont accueilli avec la plus grande faveur la nouvelle communication de M. Berthelot, qui n'en est pas, comme chacun sait, à sa première découverte.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous nous attendions hier à une discussion en règle sur l'anesthésie : au lieu de cela, nous avons eu d'abord une discussion sub-intrante sur l'orthopédie de la main, et ensuite un commencement de discours de M. Guérin, commencement que nous serions aussi embarrassé de résumer que notre collaborateur du compte rendu l'a été de l'écrire. Ce que nous avons compris de plus clair dans l'allocution de M. Guérin, c'est qu'il n'admet pas que la mort produite pendant l'anesthésie soit une mort par asphyxie; en cela, il est de l'opinion que nous avons nombre de fois déjà exprimée, que M. Cazeaux a exprimée aussi dans la dernière séance, et dont il a même donné les principales et suffisantes raisons en quelques mots empreints de la netteté qui caractérise les discours de M. Cazeaux. Au reste, cette opinion est un peu aujourd'hui celle de tous les chirurgiens.

Au début de la séance, M. Devergie a réclamé contre l'idée qu'on s'était faite de son opinion touchant la fréquence de l'asphyxie : il n'a jamais admis, assure-t-il, que l'asphyxie soit la règle dans la mort par anesthésie; « il croit seulement qu'il est impossible de ne pas admettre que la mort a eu lieu quelquefois par asphyxie. » — Tout le monde n'a pas trouvé la nouvelle opinion de M. Devergie parfaitement conforme à l'ancienne; au reste, telle qu'elle est, elle n'est ni meilleure, ni plus mauvaise : il n'est guère plus facile de démontrer qu'un certain nombre de morts ont eu lieu par asphyxie, que de démontrer qu'elles ont toutes eu lieu ainsi, et M. Devergie n'a pas même tenté de faire une telle démonstration. A mardi donc la discussion sérieuse, si toutefois le bureau ne fait pas, comme hier, commencer la discussion trop tard.

H. DE C.

---

kystes.—*Tissu glanduleux :* engorgements, hypertrophies, atrophies; abcès froids, écrouelles et bubons. — *Tissu nerveux :* fièvre nerveuse inflammatoire, fièvre nerveuse ataxique, fièvre nerveuse hectique; toutes les lésions de l'intelligence, de la sensibilité, de l'activité. — *Tissu vasculaire* et *lymphatique :* artérites, phlébites, lymphites, anévrysmes, varices, hémorrhagies, angéioleucites. — *Tissu cellulaire :* fluxions, gangrène, abcès purulents, cellulite (inflammation propre). — *Tissu dermoïde :* toutes les maladies de la peau, syphilides, altérations dans la couleur et la densité dues à des intoxications.

B. ÉLÉMENTS MODIFICATEURS DE L'ÉTAT MORBIDE, ET SPÉCIFIQUES DE LA MALADIE INDIVIDUELLE.

Modifications apportées par :

1° **Les tempéraments.** — *T. nerveux et ses composés :* tendance des maladies à être dominées par les accidents nerveux : affections de l'intellect et des sens qui le desservent. — *T. sanguin et ses composés :* tendance des maladies à être dominées par les accidents sanguins : affections du foyer passionnel et des sens qui le desservent. — *T. bilieux et ses composés :* tendance des maladies à être dominées par les accidents bilieux : affections de la vie nutritive et des sens qui la desservent.

2° **Les constitutions.** — *C. pléthorique :* tendance à l'hypersthénie (médication évacuante). — *C. lymphatique :* tendance à l'humorisme (médication tonique ferrugineuse). — *C. rachitique :* tendance à l'atrophie (médication et hygiène substitutives toniques).

3° **Le sexe, l'âge et les professions :** *chez la femme*, tendance des maladies à se placer sous le commandement de l'appareil génito-nerveux, importance des flux réguliers. Grossesse et parturition. — *Chez les enfants et les vieillards*, considérer que les maladies de nature hypersthénique demandent qu'on atténue les moyens débilitants indiqués comme médication chez l'adulte. — Réformer l'hygiène d'après les indications fournies par les diverses *occupations professionnelles*.

4° **Les diathèses.** — *D. cancéreuse*, médication altérante; *D. scrofuleuse*, médication tonique, climats chauds; *D. syphilitique*, médication substitutive; *D. lithique*, médication fondante; *D. tuberculeuse*, médication iodée, préparations tirées de la chimie animale; *D. purulente*, médication dépurative; *D. inflammatoire*, médication antiphlogistique; *D. hydropique*, médication évacuante et tonique; *D. épileptique*, médication altérante anti-diasthénique; *D. rhumatismale*, médication répercussive anti-périodique; *D. dartreuse*, médication substitutive anti-dermique.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Tétanos traumatique guéri par le chloroforme,

Par M. le Dr BOURGUIGNON, de Béthisy-Saint-Pierre.

En médecine, les théories peuvent nous séduire, les faits seuls doivent nous convaincre.!

C'est le principe que semble avoir admis M. Busquet, dans sa note insérée à la date du 4 décembre 1856, dans les colonnes de votre journal. C'est aussi celui que j'invoque pour oser vous adresser aujourd'hui une observation qui offre, avec la sienne, dont elle n'est d'ailleurs qu'une conséquence, la plus frappante analogie.

Un jeune homme de 25 ans, Auguste Ramet, dit *Manus*, chiffonnier à Onouy (Oise), se laisse tomber en bas de sa voiture le 16 février dernier. Il est atteint par une des roues, qui lui fait à la tête quatre plaies assez graves : l'une est creusée jusqu'à l'os, dans l'épaisseur du sourcil gauche, sur une longueur de 3 centimètres au moins ; une autre, fendue en croix, occupe le milieu de la joue du même côté ; une troisième, toujours à gauche, sépare l'oreille de la tête dans ses deux tiers supérieurs ; enfin, la plus grave et la dernière se dessine à droite, dans le cuir chevelu, sous forme d'un énorme lambeau triangulaire qui, à moitié rabattu vers la nuque, laisse voir l'os pariétal dénudé dans une assez grande étendue. Toutes ces plaies, souillées de boue et de gravier, ont leurs bords horriblement déchirés ; il ne faut pas moins de dix-huit points de suture pour les rapprocher. Deux heures après le pansement, large saignée, boisson acidule, sinapismes dans la soirée.

A cause des accidents qui sont survenus et qui constituent la seule partie intéressante de cette observation, nous devons avouer que les irrigations d'eau froide, ordinaires en pareil cas, ont été omises à dessein, autant par la crainte de les voir mal employées, sur quatre plaies à la fois, par une main inhabile, qu'en raison de l'imminence de la suppuration.

Du reste, trente-six heures après l'accident, quand je levai le premier appareil, déjà les plaies étaient arrosées de pus sur leurs bords.

Pansement avec linge troué et cératé, charpie molle et cataplasmes pendant quelques jours ; boissons rafraîchissantes et acidules ; pédiluve matin et soir, diète.

19 *février*. Dans l'après-midi de la veille, un accident qui survient à son cheval force le malade à se lever ; il se livre même, à cette occasion, à toute la vivacité de son caractère. Aussi je trouve ce matin les plaies dans de moins bonnes conditions ; toutefois, même pansement, à l'exception des cataplasmes, et même prescription, sans les bains de pieds.

Le 24, ce n'est qu'au bout de cinq jours que les plaies étant rentrées dans une meilleure voie, il est permis au malade de prendre du bouillon et du potage ; dès aujourd'hui même il commence à rester levé quelques heures dans la journée.

Le 28, sur la fin du mois, les plaies de la face sont à peu près cicatrisées, et sans un travail d'élimination qui s'est déclaré de ce côté, celle de l'oreille serait aussi très-avancée. Mais, vif et maladroit, Ramet se donne à la tête, en jouant avec un bâton, un coup qui froisse de nouveau la plaie principale, autour de laquelle d'ailleurs il avait fallu, par deux fois, remettre des épingles. Or, ce coup fâcheux est devenu le point de départ de tous les accidents qu'il nous reste à décrire.

1er *mars*. Dès ce moment, en effet, la plaie fut en souffrance, le pus commença à perdre de ses qualités louables, et le malade ne tarda pas à s'apercevoir lui-même d'un phénomène tout nouveau. Néanmoins, ce ne fut qu'au bout de deux ou trois jours qu'il jugea à propos de m'en avertir.

Le 3, ce n'était encore à cette époque qu'une gêne passagère dans les mouvements de la mâchoire, plus prononcée le matin que dans le reste de la journée. Mais, quelques jours plus tard, il était impossible de méconnaître, dans cette gêne toujours croissante, un véritable trismus, un vrai début de tétanos.

Le 6, ne soupçonnant encore qu'à demi ce qui allait nous arriver, dès le 5 au matin j'avais prescrit une potion avec 30 gouttes de chloroforme, et une pommade belladonée pour en frictionner trois fois par jour tout le contour des mâchoires. Les accidents tétaniques, on le comprend, n'en continuèrent pas moins à se développer, et, dès le 7 au matin, non-seulement, le trismus augmentant toujours, la langue avait été prise plusieurs fois et légèrement déchirée, mais il était survenu dans les reins, et surtout dans le cou, au niveau des muscles trapèze et splénius, des douleurs atroces, comparées par le malade lui-même à des coups de fouet. Ce fut dès ce jour-là que le traitement suivant fut organisé pour toute la durée de la maladie, sauf le droit d'y ajouter au besoin telle ou telle modification.

Tous les jours, vers le soir, un grand bain, prolongé autant que possible, et maintenu à la même température de 24 à 25 degrés.

Toutes les deux heures, 5 gouttes de laudanum dans une tisane de tilleul ou de camomille, alternativement avec 3 gouttes de chloroforme dans de la tisane de feuilles d'oranger bien sucrée.

Dans toutes ces affections, ne pas oublier que le traitement général de l'état morbide doit être principal, et le traitement des lésions locales, subjectif.

5° **Les climats** : *cl. chauds et secs*, redouter les affections bilieuses et l'élément de malignité ; *cl. froids et secs*, redouter les affections inflammatoires franches, user largement des antiphlogistiques ; *cl. humides et brumeux*, redouter les affections de natures scrofuleuse, rhumatismale et fluxionnaire ; médication tonique et dérivative.

6° **Les influences** : épidémique, contagieuse, infectieuse ; rechercher les moyens propres à empêcher ou atténuer les effets de la propagation morbide.

7° **Les causes occasionnelles** : *toxiques*, toxicologie et médecine légale ; *traumatiques*, pathologie externe, chirurgie ; *anti-hygiéniques* (imprudences, excès de régime, etc.), médication abortive ; *morales* (affections passionnelles), psycho-thérapeutique — (science encore à créer).

Si imparfait que soit ce cadre, tracé par une main entièrement novice dans l'art de disposer élégamment des tableaux synoptiques, nous croyons fermement qu'il contient à la fois la filiation complète des maladies, et la méthode la plus sûre pour les diagnostiquer. Puisse cette conviction, cher correspondant, paraître aux lecteurs autre chose qu'une prétention ridicule ! Vous devez comprendre combien je le désire, en vous saluant fraternellement.

Dr ARMAND DE FLEURY (de Mansle).

La vaccine en Irlande. — La manière imparfaite dont se fait la vaccination en Irlande, en dehors des dispensaires, a déjà été indiquée, et l'année dernière, la Commission a adressé une circulaire aux différents comités, pour les engager à propager la vaccine le plus possible, et à user de tous les moyens dont ils peuvent disposer pour réprimer la pratique barbare et illégale de l'inoculation de la petite vérole. Cette mesure a donné de bons résultats. Les vaccinations ont augmenté, et beaucoup d'inoculateurs ambulants ont été poursuivis et punis. Mais malgré ce que ce résultat a de satisfaisant, la Commission reconnaît l'impérieuse nécessité de veiller, par une législation plus efficace, à la propagation de la vaccination gratuite.

(*Med. Times and Gaz.*)

Chaque jour on devait augmenter d'une goutte la dose de chloroforme et de laudanum. Aussi, dans la journée du 5, le malade en était arrivé à prendre, à une heure d'intervalle, 12 gouttes de laudanum et 10 gouttes de chloroforme.

Le 9, cependant les symptômes existants se sont encore aggravés, à tel point que le malade ne peut plus articuler aucune parole, et que, sans une disposition particulière des arcades dentaires, il lui serait impossible de rien boire. En outre, il existe à la base de la poitrine comme une ceinture qui étreint le malade et l'empêche de respirer. Le ventre, de son côté, est entièrement rétracté, les muscles droits de l'abdomen sont durs et saillants, on les dirait pétrifiés. Enfin, le pouls est à 110, les urines sont rouges et sédimenteuses, et les selles ont manqué depuis quatre jours. Je pratique alors une saignée de 500 gr. environ, et j'ordonne pour le lendemain matin l'eau de Sedlitz; le reste *ut suprà*.

Le 11, la nuit dernière, les douleurs ont été excessives au niveau des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires; et comme il suffisait du moindre bruit pour les éveiller, les secousses tétaniques se sont élevées au nombre de 25 à 30 par heure. J'applique alors six ventouses scarifiées *loco dolenti*, et je prescris pour six frictions en deux jours, sur le ventre et le long du dos, la pommade suivante : onguent napolitain, 60 gr.; extrait de belladone, 5 gr.

Le 12, les secousses continuent d'être aussi fréquentes et les douleurs aussi atroces; du reste, il est facile de reconnaître un degré marqué d'opisthotonos. La tête reste renversée en arrière au-dessus de l'oreiller; la poitrine aussi semble soulevée, et les muscles droits de l'abdomen se dessinent de plus en plus; enfin, quand le malade se meut à droite ou à gauche, on le croirait tout d'une pièce, et puis, veut-il s'asseoir sur son lit, il faut qu'on le soutienne. C'est alors qu'on remarque mieux la courbure en arrière de la tête et du tronc; on remarque aussi entre les masses dorso-lombaires, au niveau de l'épine dorsale, une rainure profonde au moins pour loger trois doigts. Du reste, pouls à 100, selles nulles, urines rares et toujours briquetées. Grand bain tiède matin et soir, car le malade s'en trouve bien, et pour demain matin, 2 gouttes d'huile de croton en pilules. Le reste *ut suprà*.

Le 13, aucune amélioration n'apparaît encore en dehors du bain; au contraire, le malade est plus que jamais renversé en arrière; les douleurs des reins et du cou persistent avec la même intensité; de temps en temps il s'y joint de véritables crampes dans les jambes et des crises dans le ventre en forme de coliques. Cependant, les pilules n'ont procuré que deux selles coup sur coup; les urines restent les mêmes; le pouls est à 95 ou 100; insomnie complète.

Le 14, l'opisthotonos est de plus en plus marqué, à tel point qu'il en résulte une gêne évidente, une presque impossibilité pour la déglutition et la respiration. En même temps, l'œil gauche est pris d'épiphora, et l'oreille du même côté est frappée de surdité. Seulement, les urines sont moins rares, et nous avons obtenu plusieurs selles. Une pilule purgative pour le soir; un lavement de séné pour demain matin. Le reste *ut suprà*.

Le 15, les bains seuls, jusqu'à présent, avaient paru amener dans les contractions tétaniques une certaine rémission passagère, mais voici que le malade ne peut plus les supporter qu'avec peine; et comme il lui est interdit de parler depuis plusieurs jours, il m'écrit : « Il faut dès aujourd'hui, Monsieur, « me travailler la mâchoire d'une manière ou d'une autre, at- « tendu que je ne puis vivre sans parler et surtout sans rien « prendre. C'est impossible de vivre comme çà. » Je me décide alors à recourir aux inhalations de chloroforme. A mon grand étonnement et à la satisfaction des parents, au bout de quelques minutes, le malade commence à parler, et il continue tant qu'il n'est pas complétement anesthésié. A son réveil, il ne peut plus articuler un mot, c'est vrai, mais du moins il lui est permis de boire, et à l'aide d'un bouchon de liége il peut, pendant plusieurs heures, conserver les mâchoires écartées. Les chloroformisations suivantes nous procurent les mêmes avantages et sont suivies chaque fois d'une rémission notable dans l'intensité des symptômes.

J'avais même interrompu l'usage du laudanum et du chloroforme à l'intérieur, quand au milieu de la nuit une contrariété de ménage nous ramène les secousses au nombre de quarante par heure, et le trismus dans toute sa violence.

Le 17, en face de cette recrudescence de tous les symptômes, j'ai recours de nouveau à la lancette d'abord, au chloroforme ensuite, *intùs* et *extrà*, enfin, au laudanum. Dès le soir du même jour, on constate de l'amélioration, et pourtant, à la date du 23 mars, quoique ayant repris la même médication dans tous ses détails, nous n'avons pu remonter au point où nous étions arrivés le 16 au soir.

Le 23, ce jour-là nous avons fait deux inhalations de chloroforme, suivies l'une de trois quarts d'heure et l'autre d'une heure et demie d'un sommeil paisible. Chaque fois aussi le malade recouvre la parole avant de s'endormir, et après son réveil il peut, pendant quelques heures, avaler du bouillon ou de la tisane. Depuis quatre jours nous observons un ptyalisme excessif, parfois sanguinolent et toujours fétide; il semble vouloir enfin diminuer; du reste, le malade urine facilement, et ce matin il a eu une selle naturelle. Depuis autant de jours à peu près les plaies s'étaient montrées sèches et décolorées, aussi avions-nous dû recourir aux cataplasmes; quant au reste, *ut suprà*.

Le 24, dès aujourd'hui nous remplaçons le bain tiède du matin par un bain de vapeur alcoolique, et celui du soir par une fumigation de belladone. Le malade obtient de l'un et de l'autre un soulagement sensible; l'haleine est meilleure, la peau est plus fraîche; le pouls lui-même ne s'élève plus guère qu'à 80 ou 85. Du reste, nous en profitons pour augmenter le nombre des bouillons que le malade doit prendre par haut et par bas.

Le 26, deux jours de suite, en se réveillant après la chloroformisation, le 24 vers midi et le 25 sur les trois heures, le malade est saisi d'un frisson violent, accompagné d'étouffement, de crises et de secousses, auxquelles le bain de vapeur qui suit finit seul par mettre un terme. Aujourd'hui, à mon arrivée sur les onze heures, le malade prenait une fumigation narcotique, la deuxième depuis le matin. C'est que depuis la veille, à l'issue de celle qu'il avait prise sur le soir, le malade avait recouvré la faculté de parler, de boire, d'avaler et même de se gargariser. En effet, la mâchoire inférieure offrait dès lors, dans ses mouvements d'abaissement et de diduction, une étendue de 2 centimètres environ, qui alla toujours en augmentant.

Le 27, les fumigations avaient procuré au malade tant d'amélioration, que, pouvant y recourir en mon absence, il en abusa. Je fus fort étonné de le trouver atteint, ce matin, d'un érysipèle à la face, dont la durée fut de six jours.

4 avril. Ç'en était fait de l'érysipèle, quand, dans les premiers jours d'avril, un lichen des plus simples, il est vrai, se développa à la région dorso-lombaire, là même où j'avais appliqué les ventouses au commencement. Encore devons-nous ajouter qu'avec cette éruption lichénoïde coïncida pendant toute sa durée, qui fut de cinq à six jours, une diurèse telle, que le dernier jour de l'éruption le malade rendit encore près de six litres d'urines. Examinées par les réactifs ordinaires, le lait de chaux, l'acide nitrique et la chaleur, elles ne m'ont offert aucune trace de sucre ou d'albumine.

Le 8, le malade boit volontiers du bouillon et du lait; trois potages par jour lui suffisent à peine; il se lève et se promène dans sa chambre. D'ailleurs, la plaie de la tête, la seule qui reste, est du meilleur aspect, le pus en est tout à fait louable, et sans elle on pourrait considérer Ramet comme radicalement guéri.

Le 24, ce n'est que deux semaines plus tard que cet heureux résultat est enfin obtenu, et que notre malade peut retourner sans inconvénient à ses occupations d'autrefois.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Amygdalite double. — Menace d'asphyxie. — Trachéotomie suivie de guérison,

Par M. le Dr Alb. Puech,
Chirurgien chef interne des hôpitaux civils de Toulon.

Baloco (Joseph), âgé de 33 ans, maçon, est sujet aux fluxions des amygdales; il y a deux ans, l'excision de ces organes fut pratiquée. Cependant, le 23 septembre 1856, il fut pris de nouveaux symptômes d'amygdalite : gêne de la déglutition ; palper douloureux à l'angle des mâchoires ; tuméfaction des amygdales. Pendant les premiers jours, on applique des sangsues; collutoires aluminés; bains de pieds sinapisés; potion avec 30 centigrammes de tartre stibié.

Les symptômes s'aggravent graduellement, malgré ce traitement : dyspnée, douleur vive dans les oreilles; le voile du palais est rouge; la luette, œdématiée, remplit le vide qui existe entre les amygdales. Le resserrement des mâchoires permet à peine de scarifier l'amygdale gauche et d'en enlever un petit fragment. La surface incisée saigne abondamment, le malade éprouve un peu de soulagement.

Cette amélioration ne fut pas de longue durée. L'état du malade s'aggrave, et le chirurgien est rappelé près de lui dans la soirée du 28 septembre.

« Assis sur son séant, cet homme était en proie à une angoisse inexprimable; les yeux étaient hagards, la face congestionnée et livide, les veines du cou et de la tête distendues. Les carotides battaient violemment. La respiration ne se faisait plus que par le nez, et difficilement encore; à de rares intervalles seulement, et à la suite de grands efforts expiratoires, un peu d'air s'échappait par la bouche, entraînant quelques mucosités accumulées. En vain, dans une agitation extrême, il cherchait une bonne position, il ne pouvait y parvenir; ses gestes, sa voix éteinte demandaient de l'air : l'air me manque, je me meurs!

« Devant un pareil tableau, affaibli plutôt qu'exagéré, toute expectation eût été coupable : à ses risques et périls, il fallait agir, vite et bien.

« Deux partis se présentaient : l'amygdalotomie et la trachéotomie.

« On avait tenté la première, et l'on avait échoué; fallait-il y recourir une seconde fois? Sans doute l'existence du pus était probable, et tout portait à penser qu'avec la tumeur abcédée l'oppression disparaîtrait; mais cela n'était pas sûr, et, même en l'admettant, il fallait pouvoir y arriver, et là siégeait la difficulté. Dans un premier essai, on a vu les difficultés de l'exécution; elles s'étaient accrues avec la maladie : non-seulement les mâchoires serrées spasmodiquement ne pouvaient être écartées, mais encore le rapprochement était si intime que le petit doigt ne pouvait se glisser entre elles.

« La trachéotomie était donc la seule ressource; c'est à elle qu'on s'arrêta. »

Cette opération fut faite le 28 septembre.

Le 29, un effort pour cracher amène l'issue d'une certaine quantité de pus. Le passage de l'air devenant assuré, on songe à fermer la plaie trachéale.

Le 2 *octobre*, la plaie profonde est réunie; la plaie cutanée est en voie de cicatrisation.

L'amygdalite se termina à droite par résolution ; à gauche, par l'ouverture d'un abcès.

Le malade sort guéri le 7 octobre.

« Avicenne, P. d'Albano, Guy de Chauliac ont conseillé la trachéotomie dans l'esquinancie ou amygdalite; Shaw, Flajani et Pelletan y ont recouru. Dans un cas désespéré, j'ai suivi leurs conseils, imité leur conduite; et bien que le succès ait couronné l'entreprise, je ne crois point devoir prôner et ériger ces conseils en préceptes. Je m'explique : entre les mains du médecin, l'ouverture de la trachée ne devra jamais être qu'u[illegible] dernière ancre de salut, une dure et inévitable nécessité; l'éviter sera la règle, la pratiquer la grande exception. »

(*Ann. clin. de Montpellier.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Cas d'oblitération complète de l'aorte thoracique,

Par M. Sidney Jones (hôp. St.-Thomas de Londres).

L'observation que nous publions relate le fait unique dans les annales de la science, d'une oblitération complète de l'aorte thoracique, coïncidant avec un parfait état de santé. On peut voir, d'après les détails nombreux fournis par l'auteur anglais, quelle sollicitude la nature avait mise pour rétablir la circulation générale. Il est à regretter que l'on n'ait aucun renseignement sur le sujet. Il est probable que l'on aurait eu à constater quelques symptômes qui auraient aujourd'hui le plus grand intérêt.

Le sujet qui a donné lieu à la publication suivante a été trouvé dans les salles de dissection de l'hôpital. *Il était âgé de 45 ans.* On n'eut aucun autre renseignement sur son compte. On trouva quelques traces d'une inflammation ancienne des poumons. Il est évident que la lésion de l'aorte ne fut pour rien dans sa mort; la nature avait pris soin de rétablir suffisamment la circulation par des anastomoses nombreuses. La pièce, disséquée avec soin et desséchée, fait maintenant partie du musée Saint-Thomas.

L'oblitération est située au commencement de l'aorte thoracique transcendante, juste à sa jonction avec la crosse. A l'état nu, il semble qu'il n'y avait qu'une constriction du vaisseau; mais à l'état frais, on a pu voir que l'oblitération était complète. Une corde ligamenteuse d'un demi-pouce de longueur environ unissait les deux extrémités de l'artère.

Au-dessus de l'oblitération, il y a une grande quantité de dépôts athéromateux enveloppant presque toute la circonférence du vaisseau. La crosse de l'aorte et les trois troncs artériels auxquels elle donne naissance ont acquis un volume considérable : ces trois artères ont au moins le double de leur calibre normal.

Au-dessous de l'oblitération, l'aorte forme une dilatation bulbeuse qui s'étend du bord supérieur de la cinquième vertèbre dorsale au bord inférieur de la sixième. Son diamètre est notablement augmenté; il varie entre 1 pouce et 1 pouce 1/2. Quatre artères intercostales prennent naissance de chaque côté de cette partie dilatée; celles du côté droit sont plus volumineuses; la plus élevée a le diamètre d'une très grosse plume d'oie. Ces artères sont très-tortueuses; elles diminuent graduellement de volume de haut en bas. La sixième intercostale, de chaque côté, a son diamètre normal.

Au-dessous de cette artère, la dilatation est très-volumineuse; mais elle reprend son calibre normal vers le bord supérieur de la septième vertèbre dorsale.

La *première intercostale* du côté droit est très-flexueuse; elle se dirige en dehors, contre la troisième et la quatrième vertèbres dorsales, sur la tête de la quatrième côte, monte verticalement sur la tête de la troisième. Elle donne dans ce trajet, par son côté interne, une branche du calibre d'une radiale ordinaire, qui monte en avant du corps des trois premières vertèbres dorsales et s'anastomose avec une branche de la thyroïde inférieure, branche de la sous-clavière.

Arrivée au-dessus de la troisième côte, la première intercostale fournit une branche qui va s'anastomoser avec l'intercostale supérieure, branche de la sous-clavière; puis elle se divise en deux branches terminales, dont l'une continue le trajet primitif de l'artère entre la deuxième et la troisième côte. L'autre, d'un *volume double*, se dirige en arrière.

La *deuxième* et la *quatrième intercostales*, du côté droit, sont d'un gros calibre. Elles se divisent également en une

branche antérieure et une postérieure, cette dernière étant beaucoup plus considérable.

La *troisième intercostale* du même côté est plus petite que la première, la deuxième et la quatrième. Elle fournit une branche postérieure beaucoup plus petite. La branche antérieure paraît la continuation du tronc principal.

Du côté gauche, la *première intercostale* aortique a un calibre un peu moindre que celle du côté opposé, elle est très-tortueuse et monte se placer dans l'intervalle qui sépare la deuxième de la troisième côte. Elle fournit une branche (du volume d'une petite radiale) qui passe derrière l'œsophage et va s'anastomoser avec une branche de la thyroïde inférieure. Puis l'intercostale se divise en deux branches terminales, l'une antérieure, ayant à peine le volume d'une intercostale ordinaire ; l'autre postérieure, constituée par la majeure partie du tronc primitif.

La *seconde intercostale* aortique fournit une branche postérieure beaucoup plus volumineuse que la branche antérieure.

Les autres intercostales du même côté ont, au contraire, leur branche terminale postérieure beaucoup plus petite que la terminale antérieure.

Les branches de la *sous-clavière droite* se comportent de la manière suivante : la mammaire interne, la transversale du cou sont très-volumineuses ; leur diamètre est un peu moindre que celui d'une sous-clavière ordinaire.

Transversale du cou. La branche scapulaire postérieure suit son trajet ordinaire le long du bord spinal de l'omoplate. Elle fournit trois ou quatre rameaux considérables, qui s'anastomosent directement avec les branches postérieures émanées des artères intercostales.

Mammaire interne. Les branches fournies par le côté antérieur de cette artère et qui longent les trois ou quatre premiers espaces intercostaux, sont considérables. Elles s'anastomosent directement avec les branches antérieures des artères intercostales. La branche musculo-phrénique établit de larges anastomoses avec les artères diaphragmatiques de l'aorte abdominale.

La *thyroïde inférieure* est considérable. Les branches glandulaires ont gardé leur volume normal ; une de ses branches se dirige en bas et en dehors, le long de l'œsophage, et rejoint une branche fournie par la première intercostale aortique.

L'*artère vertébrale* a un diamètre un peu plus grand que d'habitude.

L'*intercostale supérieure* a environ le même volume que la mammaire interne et l'artère transverse du cou. Elle fournit une branche cervicale profonde, considérable, puis continue son trajet flexueux vers le premier espace intercostal, où elle fournit une branche postérieure considérable.

Les branches de la sous-clavière gauche ont exactement la même distribution que celles du côté droit, seulement, leur calibre est plus petit.

Les deux sous-clavières, après avoir fourni toutes ces collatérales, sont réduites à un diamètre moindre.

L'*artère épigastrique* des deux côtés est aussi considérable que la mammaire interne du même côté. De libres anastomoses sont établies entre ces deux artères. — (*Med. Tim. and Gaz.*)

E. Chairou, interne des hôpitaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 mai 1857.

Présidence de M. Geoffroy St.-Hilaire.

Guano. — M. Ad. Bobierre adresse une note sur le *guano phosphatique*, et rend compte d'une analyse de cette substance qui a été faite sur la demande d'un négociant américain.

Eaux minérales d'Algérie. — M. Leprieur, pharmacien en chef de l'hôpital de Bône, envoie un Essai analytique des Eaux thermales d'Hamman-Zif et d'Hamman-Gourbès, dans la régence de Tunis.

Wertheim. — Note sur la *capillarité.*

Recherches sur la transformation des cartilages en os, par M. le docteur L. Mandl. — Voici l'extrait que publient les *Comptes rendus* :

Les travaux importants de M. Flourens, qui depuis longtemps ont fixé l'attention des physiologistes sur l'ossification et surtout sur l'accroissement des os, m'ont engagé, dans la série de mes recherches sur le développement des tissus, d'étudier la transformation des cartilages en os. Voici les principaux résultats de ses recherches :

Les cellules du cartilage, près du point ossifié, s'accroisent et se multiplient par génération endogène, de sorte que chacune d'elles produit un amas de cellules. Celles-ci, les cellules filles, se trouvent donc renfermées dans les cellules mères, dont les sections transversales représentent des espaces arrondis contenant trois ou quatre cellules. Dans les sections longitudinales, au contraire, on aperçoit toute la longueur de la cellule mère, et, à son intérieur, les cellules filles forment trois ou quatre colonnettes. Ce sont ces cellules mères qui deviennent les canalicules osseux par suite des transformations suivantes : au fur et à mesure que, dans l'examen du cartilage en train de s'ossifier, on se rapproche davantage du point qui subit cette métamorphose, on voit les cellules filles renfermées dans la cellule mère perdre leur position régulière, précédemment mentionnée, et s'altérer par la dégénérescence graisseuse. Le nucléole devient plus grand et cache en partie le noyau ; de nombreuses gouttelettes de graisse se développent dans la cellule, en dehors du noyau ; enfin, la cellule entière se dissout et se transforme en gouttelettes de graisse, et constitue ainsi la principale source de la moelle des os, dans laquelle nous verrons tout à l'heure se développer de nouveaux éléments.

En même temps que s'accomplit cette dégénérescence graisseuse des cellules filles, le dépôt de phosphate de chaux s'opère dans la paroi de la cellule mère et à son pourtour. La constitution définitive des canalicules osseux s'opère par la réunion des cellules mères du cartilage. A l'endroit où se touchent deux cellules mères, pendant leur accroissement, la paroi intermédiaire est résorbée, de sorte que plusieurs cellules mères, se réunissant par leurs bouts ou latéralement, constituent un réseau de canalicules osseux, d'un aspect et d'une coordination variables suivant les espèces.

La moelle des os d'embryons et de jeunes animaux renferme, outre les cellules cartilagineuses, qui ont subi la dégénérescence graisseuse, des cellules (adipeuses) embryonnaires, et des lamelles de forme indéterminée et pourvues d'un nombre variable de noyaux, dont chacun possède un, le plus souvent deux nucléoles. Ces lamelles ostéoplastes se développent à la paroi interne du canalicule osseux ; les noyaux deviennent creux et poussent des ramifications, comme les noyaux (corpuscules primitifs) dans les tissus fibrillaires, lorsqu'ils s'accroissent pour constituer les fibres dites de *noyaux*. Ils n'apparaissent qu'à une certaine distance au-dessous de l'extrême limite de l'ossification, ce qui prouve que leur existence est indépendante et de l'apparition du phosphate de chaux et de la transformation des cellules cartilagineuses. Les lamelles peuvent subir la scission en fibrilles, dont la présence produit l'aspect des lignes rayonnantes dans le canalicule entièrement développé.

Il résulte des observations que nous venons de rapporter que, dans l'ossification, les cellules cartilagineuses disparaissent entièrement, et que les corpuscules osseux se développent indépendamment de ces dernières. Un tissu à cellules se détruit pour faire place à un tissu fibrillaire ; il n'y a donc que succession, mais nullement transformation. Les fibres se développent sans le concours des cellules ; c'est là un point important à constater pour la déduction des principes histogénésiques généraux.

Recherches histogénésiques sur les tumeurs malignes, par M. le docteur L. Mandl. — Voici les conclusions de ce travail :

1° On peut établir trois espèces de cancers : cancers à cellules, cancers à fibres, cancers à lamelles, auxquelles il faudrait peut-être joindre une quatrième espèce, celle de cancers de la rétine ;

2° Les éléments des tumeurs malignes se développent comme ceux des tissus normaux ;

3° Lorsqu'une tumeur maligne se développe dans un tissu, cette production pathologique ne doit pas son origine à une transformation de cellules ou de fibres déjà formées, mais bien au développement de nouveaux éléments. La diathèse cancéreuse frappe le blastème. Ainsi, les cancers à fibres se composent de fibres incomplétement développées et ne sauraient, par conséquent, être une modification des fibres déjà complétement développées. Il en est de même pour les cellules du squirrhe et de l'encéphaloïde ;

4° Mais ces nouveaux éléments ne peuvent pas toujours être distin-

gués des éléments voisins : aussi l'application du microscope pour le diagnostic des tumeurs doit-elle se faire avec une grande réserve ;

5° Il s'ensuit également qu'il est impossible d'établir l'homéomorphisme et l'hétéromorphisme comme base de la classification des tumeurs ;

6° Les cellules dites cancéreuses ne conservent pas toujours et partout les caractères que les auteurs leur ont attribués. Des cancers du foie, du système osseux, de la rétine, sont souvent composés d'éléments qui diffèrent essentiellement du type prétendu caractéristique des cellules cancéreuses ;

7° Il existe des éléments normaux qui présentent des caractères analogues à ceux des cellules dites cancéreuses ; tels sont, par exemple, l'épithélium de la vessie, du bassinet, des bronches (surtout dans la bronchite des enfants). On peut constater cette analogie en examinant les éléments, soit isolés, soit dans leur ensemble par groupes. En effet, ni la dimension et le volume relatif du noyau, ni la grandeur des nucléoles, ni la présence des éléments dits cellules mères, ni la quantité de noyaux libres, ni la multiplicité de la forme et du degré de développement de la cellule, ne sont des caractères constants, fixes, ou, dans tous les cas, suffisamment différentiels ;

8° On peut affirmer, avec M. Velpeau, que la cellule dite cancéreuse manque dans certaines tumeurs qui sont pourtant cancéreuses, et que, d'autre part, la cellule dite cancéreuse existe dans certaines tumeurs non cancéreuses, ainsi que je l'ai constaté par exemple dans un polype du larynx chez un enfant ;

9° L'étude microscopique explique la facilité des rechutes dans le squirrhe et l'encéphaloïde, c'est-à-dire dans les cancers à cellules, à cause de la facilité de reproduction des cellules.

Mécanique. — M. Hervy adresse une note sur la direction des aérostats.

Tumeurs cystiques. — M. Tigri adresse des observations relatives aux transformations des tumeurs cystiques.

M. Ch. Blondeau. — Emploi de l'hydrogène pour remplacer la vapeur d'eau.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 juin 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — Un rapport de M. Lafont, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Bayonne, sur une épidémie de *fièvre scarlatine* qui a régné dans la commune de Sare.

— Un rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier, sur une épidémie de *cholérine* qui s'est récemment déclarée dans les communes de Banon, Montsallier et Redortiers.

— Un mémoire de M. Sergeant, de Neauphle-le-Château, sur une épidémie de *fièvre typhoïde* qui a régné, en 1856, dans quelques communes du département de Seine-et-Oise.

— Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements de l'Aisne, du Jura et de la Nièvre. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Une demande d'analyse d'une nouvelle source découverte à proximité de celle des Célestins, à Vichy. (Commission des Eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Hygiène. — M. Husson, pharmacien, adresse un mémoire ayant pour titre : *Toul et Florac, comparés au point de vue de l'hygiène*, et *Considérations sur la meilleure marche à suivre pour la confection des statistiques d'hygiène.* (M. Guérard, rapporteur.)

Typhus. — M. Masse, médecin-major au 82e de ligne, adresse un mémoire intitulé : *De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.* (M. M. Lévy, rapporteur.)

Anesthésie. — M. le docteur Dufay adresse à l'Académie quelques réflexions à propos de la communication faite à l'Académie par M. Devergie.

Filtrage des eaux. — M. Nadault de Buffon envoie à l'appui d'un mémoire antérieur, des échantillons comparatifs d'eaux filtrées à l'aide de ses *appareils tubulaires.* (M. Poggiale, rapporteur.)

Glucogénie. — M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie par M. Chauveau, de Lyon, à propos de la communication faite par M. Bérard, dans une des dernières séances. [Nous publierons cette lettre dans un de nos prochains numéros.]

M. Devergie demande la parole à l'occasion du procès-verbal pour rétablir son opinion sur la fréquence de l'asphyxie dans la mort par anesthésie. Il n'a pas prétendu que l'asphyxie eut toujours lieu, ni même qu'elle fut la règle ; il croit seulement qu'il est impossible de ne pas admettre que quelques cas de mort sont dus à l'asphyxie.

RAPPORT OFFICIEL.

Salicorne herbacée. — M. Chevallier, en son nom et au nom de M. Mélier, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Viau, d'Harfleur, relatif à l'emploi de la salicorne herbacée (*salicornia herbacea*) comme substance alimentaire.

Cette plante, qui pousse en très-grande abondance sur les bords de la mer, où elle est employée dans la fabrication de la soude, pourrait être utilisée, suivant M. Viau, pour l'alimentation des classes moyennes. Deux cents navires, depuis 1848, ont emporté vingt-cinq milles boîtes de conserves de cette plante, et les marins se sont bien trouvés de l'usage de cet aliment. M. Viau attire l'attention sur ce sujet, non dans le but d'en faire une spéculation lucrative, mais pour faire que cette plante soit récoltée dans les contrées où elle pousse, et puisse être vendue à bas prix.

« Des recherches que nous avons faites, ajoute le rapporteur, il résulte pour nous :

« 1° Que la salicorne herbacée, plante avec laquelle M. Viau prépare ses conserves, est un végétal qui mérite de fixer l'administration, surtout dans un moment où les produits alimentaires sont à un prix élevé ;

« 2° Que cette plante, récoltée à l'époque de sa végétation, pourrait être utilisée comme aliment, en concurrence avec les légumes que l'on sert sur nos tables, les épinards, le pourpier, les haricots verts, etc. ;

« 3° Que l'administration pourrait faire connaître l'utilité de ce végétal, en signalant le parti qu'on peut en tirer pour l'alimentation ;

« 4° Que M. le ministre de la marine pourrait donner des instructions aux chefs de vaisseaux de l'Etat, dans le but de rechercher la salicorne sur les divers points des côtes, où les eaux douces se jettent dans la mer ; la présence de ce végétal dans diverses stations serait, dans un grand nombre de cas, précieuse pour nos marins, qui ne peuvent se procurer des aliments de nature végétale, aliments qui, comme on le sait, sont nécessaires à l'entretien de leur santé.

« La Commission chargée par vous de l'examen de la notice de M. Viau, vient vous proposer de répondre à M. le ministre que la communication qui lui a été faite par cet industriel mérite non-seulement des remerciements, mais qu'elle doit fixer son attention, et qu'il y aurait un grand intérêt à ce que le parti que l'on peut tirer de la salicorne herbacée reçût une très-grande publicité. »

RAPPORT NON OFFICIEL.

Orthopédie. — M. Bouvier lit en son nom et au nom de M. Bérard, un rapport sur un travail de M. Duchenne (de Boulogne-sur-Mer) : *Mémoire sur l'orthopédie physiologique de la main.*

M. Bouvier termine son rapport par les conclusions suivantes : 1° adresser des remerciements à l'auteur de cette communication ; 2° déposer honorablement son mémoire dans les Archives de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE.

La parole est donnée à M. Guérin. Dans l'impossibilité de saisir le sens des paroles que prononce M. Guérin, nous attendrons pour les reproduire qu'il les ait publiées lui-même par écrit. Il n'a d'ailleurs point terminé son discours.

Les orateurs inscrits pour prendre la parole ensuite sont MM. Jules Cloquet, Larrey, Nélaton et Robert.

La séance est levée à cinq heures.

ADDITION à la séance du 26 mai 1857.

PRÉSENTATION.

M. BAILLARGER présente à l'Académie une jeune fille qui offre un exemple remarquable d'arrêt de développement. Cette fille, née à Melun, de parents sains, est âgée de 27 ans, elle a l'intelligence et les goûts d'un enfant de 4 ou 5 ans, elle n'a jamais pu apprendre à lire et sait à peine compter jusqu'à vingt. Sa prononciation est nette ; elle n'a jamais manifesté aucun sentiment de pudeur. La taille est d'environ trois pieds, la tête est allongée et un peu aplatie latéralement, les traits rappellent en tous points ceux qu'on assigne au crétinisme ; le nez est écrasé, la bouche grande, les lèvres un peu grosses. Le corps est chargé d'embonpoint, les membres gros et courts sont assez réguliers. La seconde dentition n'a commencé qu'à 18 ans et est loin d'être achevée. Le pubis est complétement glabre et il n'y a jamais eu de menstruation.

M. Baillarger fait ressortir tout ce qu'offrent de curieux pour l'histoire de l'anthropologie ces faits, qui ont pour caractère principal un arrêt dans l'évolution de l'organisme. Il essaie ensuite de montrer comment l'absence complète des fonctions génésiques semble ici amener un état général observé chez les individus soumis de bonne heure à la castration. Il cite, pour le prouver, le tableau que Virey a tracé des eunuques. D'après cet auteur, ceux-ci se font remarquer « par la « mollesse, la pâleur, la flaccidité des chairs, — le relâchement du « tissu cellulaire, — un grand développement du système glandu- « laire et lymphatique, — l'absence de poils ; — leur ventre est mou « et relâché, leurs cuisses grosses, leurs jambes gonflées, etc. ; ils pa- « raissent vieux de bonne heure, sont ridés et décrépis, ils ont peu de « chaleur à la peau ; de là l'épithète de *frigidi*, par laquelle on les a « désignés. »

M. Baillarger rappelle que cette description s'applique exactement à beaucoup d'individus qui, comme la jeune fille qu'il vient de présenter, sont arrêtés dans leur développement et n'offrent aucun signe de puberté.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'Académie des Sciences vient de nommer membre correspondant pour la section de physique, M. MATTEUCCI, connu par d'importants travaux sur la physique et la physiologie, dont quelques-uns en collaboration avec notre célèbre physiologiste, M. Longet.

Conseil de l'instruction publique. — Par décret en date du 27 mai, sont nommés membres du Conseil impérial de l'Instruction publique, pour l'année 1857 :

MM. Élie de Beaumont, membre du Sénat ; Poinsot, membre du Sénat ; Delangle, membre du Sénat ; Baroche, président du conseil d'État ; Boulay (de la Meurthe), président de la section de l'intérieur et de l'instruction publique au conseil d'Etat ; Denjoy, conseiller d'Etat ; M. le cardinal-archevêque de Paris ; M. l'évêque d'Arras ; M. l'évêque de Troyes ; M. l'évêque de Coutances et d'Avranches ; M. l'évêque de Quimper ; le pasteur Rodolphe Cuvier, président de l'église consistoriale de la confession d'Augsbourg ; le pasteur Juillerat, président de l'église consistoriale de la communion réformée ; Franch, vice-président du consistoire central israélite ; Troplong, président du Sénat, premier président de la Cour de cassation ; le comte Portalis, premier président honoraire de la même Cour ; de Royer, procureur général près la Cour de cassation ; le baron Thénard, membre de l'Institut ; Saint-Marc Girardin, membre de l'Institut ; de Saulcy, membre de l'Institut ; Lélut, membre de l'Institut ; le général Morin, membre de l'Institut ; Giraud, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; Laferrière, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; Nisard, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; Dumas, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; Le Verrier, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; Brongniart, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; Bérard, inspecteur général de l'enseignement supérieur ; Artaud, inspecteur général de l'enseignement secondaire ; Labrouste, chef de l'institution libre de Sainte-Barbe, à Paris ; l'abbé Labbé, chef de l'institution libre, à Yvetot (Seine-Inférieure).

M. Dumas est nommé de nouveau vice-président du Conseil impérial de l'instruction publique.

M. Nisard est nommé de nouveau secrétaire dudit Conseil.

La clavelée en Italie. — Les journaux de Gênes disent que, dans la Ligurie, dans le voisinage de Voltri, l'épidémie, qui sévit sur les troupeaux du nord de l'Europe, s'est montrée en quelques endroits. Les habitants lui ont donné le nom de *Lebbra*. Le lait devient aigre, impropre aux usages habituels. Personne n'a osé manger de la viande des bêtes qui ont été attaquées par la maladie. Environ quarante cas ont été notés. Mais dans toutes les autres parties du pays, le bétail est dans de bonnes conditions de santé. (*Med. Times.*)

Élève des sangsues en Algérie. — Dans un article publié par M. Millon dans le *Siècle industriel*, l'éminent chimiste traite, avec la supériorité de vues qui lui est habituelle, des avantages qu'il y aurait à se livrer à l'élève des sangsues dans certaines localités de l'Algérie. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici en entier les judicieux aperçus de M. Millon et les excellents renseignements qu'il donne sur le sol de l'Algérie et sur son avenir. Nous nous bornerons à transcrire le passage suivant, où se trouve en quelque sorte concentré tout ce que l'éleveur de sangsues a intérêt à connaître.

Après s'être élevé avec autant de raison que d'autorité contre la culture des sangsues partout où la stérilité et l'insalubrité du sol peuvent être vaincues par la science, M. Millon ajoute :

« Mais lorsqu'il s'est formé de véritables marais, c'est-à-dire lorsque de grandes masses d'eau reposent sur des couches épaisses de tourbe et de terre tourbeuse, lorsque cette accumulation séculaire de végétations aquatiques témoigne d'une disposition particulière du sol, contre laquelle il serait, avec les ressources actuelles, impossible de lutter, alors il est naturel de mettre à profit la production des sangsues. C'est une richesse pour ainsi dire spontanée, et d'une exploitation simple et avantageuse. Que si ces marais se trouvent placés loin des centres de population, si les habitants qui vivent à leur voisinage s'adonnent au régime pastoral et entretiennent de grands troupeaux de bétail, qu'ils ont intérêt, malgré tout, à y faire paître une partie de l'année, il faut considérer cette réunion de circonstances favorables comme un don providentiel. Telle est précisément la situation de la plupart des marais d'Afrique, au milieu des tribus arabes. Là, comme en Moldavie et en Valachie, la présence du bétail continuera d'enrichir les marais et les rendra inépuisables en sangsues. On y verra celles-ci naître et croître avec une merveilleuse rapidité. En organisant la pêche, on la rendra de plus en plus fructueuse ; en mettant à profit les indications pratiques que l'expérience de ces dernières années, et surtout celle du département de la Gironde, a fournies, on maintiendra la qualité des produits de la pêche : cette production naturelle et peu coûteuse opposera aux éleveurs de la Gironde une concurrence difficile à soutenir, ou, tout au moins, circonscrira fortement leur exploitation. Bordeaux, qui aura fourni un grand enseignement et qui aura servi l'Algérie sans le savoir, en recevra, à son tour, un bienfait d'hygiène ; ses habitants seront délivrés d'une industrie dont le développement les inquiète.

« Il en sera de même des autres circonscriptions de la France où l'éducation des sangsues tendrait à prendre une extension inconsidérée. L'Algérie leur rendra le même service et y fera sentir un contre-poids utile ; elle arrêtera cette industrie nouvelle ou la limitera. Il ne faudra ni lois ni règlements pour cela ; l'équilibre se fera ainsi que la répression, par le seul fait d'une concurrence libre et légitime. Par une exception heureuse, l'Algérie ne rencontrera, sur cet article, aucune entrave dans sa loi douanière. »

Banquet mensuel de la presse. — Mardi, les journalistes scientifiques se sont réunis, pour la seconde fois, dans un banquet confraternel. Quarante-trois membres de la presse ont pris part à ces agapes de la science.

La plus franche cordialité n'a cessé de présider à cette réunion, dont notre ami Roux se chargera, dans le prochain feuilleton, de faire le procès-verbal officiel ; qu'il nous suffise pour le moment de dire que tous les assistants étaient dignes d'y prendre part. Tous les journaux scientifiques avaient là leurs représentants. Un seul, qui malgré son titre est bien peu scientifique, s'est tenu sagement à l'écart ; il a été bien inspiré d'en agir ainsi, car il aurait entendu des apostrophes fort dures, même pour des gens qui ont le droit de ne pas être difficiles. Il aurait entendu apprécier d'une manière bien sévère l'acte récent que non-seulement le *Moniteur des Hôpitaux*, mais encore la presse tout entière considère comme une de ces choses que tout le monde qualifie et que personne n'excuse.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Éloge historique de M. le professeur GERDY, par M. P. BROCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. — Prix : 1 fr. 50 c., et par la poste, 1 fr. 70 c. — Au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 68. 5e année. Samedi 6 Juin 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Rhumatisme polyarticulaire aigu; délire violent. — Guérison,

Par M. A. Millard, *interne des hôpitaux.*

L'intérêt qu'a excité récemment le mémoire de M. Gubler sur le rhumatisme cérébral, le rapport remarquable lu par M. Sée à ce sujet et la discussion animée qu'il a provoquée au sein de la Société médicale des hôpitaux, m'engagent à publier aujourd'hui l'observation suivante que j'ai recueillie presque au début de mes études médicales; c'est un exemple simple d'une des formes les plus légères parmi les accidents cérébraux qui peuvent compliquer le rhumatisme.

Le 20 mai 1852, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Legroux, au n° 59 de la salle Beaujon, le nommé Dubois (J.-Joseph), affecté depuis quatre jours d'un rhumatisme articulaire très-aigu et généralisé.

Cet homme, né à Paris, âgé de 39 ans, exerce la profession de cordonnier à Courbevoie; il n'a jamais eu de douleurs dans les jointures, ni aucune autre maladie grave antérieure. Sujet à des rhumes qu'il soignait à peine, il avait depuis douze jours une petite toux sèche, de peu d'importance, lorsque dimanche matin, 16 mai, il se sentit pris de douleurs très-vives dans tous les membres, qui l'empêchèrent de se lever. Il affirme ne s'être pas exposé au froid, et il était encore très-bien portant en se mettant au lit samedi soir. Il dormit passablement, mais le lendemain matin il ne pouvait remuer aucun membre et avait même de la peine à se dresser sur son séant. Toutes les articulations étaient douloureuses; celles des genoux et des mains étaient enflées, mais sans rougeur. Un médecin appelé lui fit une forte saignée et prescrivit du sulfate de quinine.

Le 17 *mai.* Deuxième saignée, moins abondante.

Le 18, sulfate de quinine pour la deuxième fois. Malgré cette médication, la maladie semblait augmenter plutôt que de diminuer; aussi Dubois se décide-t-il à se faire transporter à l'hôpital le jeudi matin, 20 mai, qui commence le cinquième jour de sa maladie. A la visite, il présente l'état suivant :

Le 20, décubitus dorsal, les deux bras ramenés sur l'abdomen dans une demi-extension, les jambes très-légèrement fléchies. Visage calme, pommettes légèrement colorées. Pas de céphalalgie. Soif médiocre, bouche amère et surtout très-pâteuse, langue couverte d'un enduit épais jaunâtre, anorexie complète. Constipation depuis quatre jours. Ventre souple et insensible à la pression; matières fécales dans le colon descendant. Urines rouges, rares et un peu troubles.

Le pouls est plein, large, vibrant, à 88. Pas de complication du côté du cœur ni des poumons. Pour l'examen du thorax en arrière, le malade ne peut se dresser seul sur son séant, il a besoin d'être soutenu par deux aides et accuse des douleurs vives dans la colonne vertébrale.

Les articulations des membres sont dans l'état suivant : douleurs dans les deux articulations scapulo-humérales, mais bien plus vives à droite; impossibilité presque complète de tirer les bras hors du lit. Gonflement, rougeur et chaleur marqués aux deux coudes, dont l'extension complète est très-douloureuse. Ces phénomènes sont plus intenses aux poignets et aux mains (région dorsale). Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes sont aussi fortement prises.

Aux membres inférieurs, le rhumatisme est moins intense; sensibilité médiocre dans les articulations coxo-fémorales; les genoux paraissent entièrement débarrassés, mais les pieds sont encore très-douloureux et présentent au niveau des malléoles internes de la rougeur et du gonflement; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont très-pénibles, mais ceux des orteils sont libres. (Sirop d'ipéca, 30 gr., avec ipéca en poudre, 2 gr., et tartre stibié 0,05; mauve et gomme sucrée; diète.)

Le 21, l'émétique a déterminé des vomissements et des évacuations alvines abondantes; le malade éprouve une amélioration marquée. Langue encore chargée; soif moindre; un peu d'appétit. Peau chaude et halitueuse; sueurs abondantes la nuit, qui ont forcé de changer de linge. Rien de nouveau à l'auscultation du cœur. Les membres inférieurs sont plus libres dans leurs mouvements; le malade a pu faire quelques pas ce matin dans la salle. Les membres supérieurs sont toujours dans le même état. (Bouillons.)

Le 22, l'amélioration se soutient; le pouls est tombé à 72. Les membres inférieurs se débarrassent de plus en plus, mais les supérieurs n'offrent pas de changement. Appétit développé. (Deux bouillons; un potage.)

Le 23, retour de la fièvre; pouls fréquent, à 96; sueurs abondantes la nuit; peau chaude et humide; les pieds sont redevenus douloureux et le malade a de la peine à les soulever; moins d'inflammation dans les articulations des membres thoraciques. L'auscultation du cœur fait reconnaître un bruit de souffle manifeste au premier temps; pas de douleur ni de voussure à la région précordiale. (On prescrit : nitrate de potasse, 16 gr. répartis dans deux pots de tisane; deux bouillons; un potage.)

Le 24, amélioration sensible; peau plus fraîche; visage calme; pouls à 80. Le bruit de souffle cardiaque est moins intense et s'entend difficilement; les membres thoraciques vont beaucoup mieux; le ma-

lade, pour la première fois, commence à les tirer hors du lit et peut porter la main à sa tête ; il n'y a plus ni rougeur, ni chaleur, ni gonflement au niveau des poignets, des articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes, mais leurs mouvements sont encore très-gênés. (Nitrate de potasse, 16 gr., *ut suprà ;* deux bouillons, deux potages ; opium, 0,05 pour le soir.)

Le 25, le malade a été en proie à une agitation extrême toute la nuit ; il a eu un délire tel, qu'il a fallu lui mettre la camisole. Des sinapismes ont été promenés sur les membres inférieurs et des compresses fraîches ont été appliquées sur le front.

A la visite, cependant, il paraît assez calme. Pas de coloration anormale du visage ; pas de dilatation ni d'irrégularité dans les pupilles ; l'œil gauche est plus fermé que le droit. Conservation de l'intelligence ; le malade répond juste aux questions, mais avec une agitation et une loquacité extraordinaires. Son pouls, plein, large, vibrant, s'est élevé à 98 pulsations par minute. La peau est chaude et humide ; sueurs abondantes la nuit et plusieurs selles copieuses. Rien de nouveau au cœur. (On suspend le nitrate de potasse. Saignée de 250 gr. ; vésicatoires larges aux deux genoux et aux coude-pieds ; quelques cuillerées de bouillon seulement.)

Le soir, agitation moindre ; sans divaguer, le malade conserve dans sa parole la même agitation. Le pouls n'a pas perdu de sa force ni de sa fréquence. La saignée du matin présente un caillot fortement rétracté. (Deuxième saignée de 200 gr.)

Le 26, le caillot de la deuxième saignée d'hier soir est encore petit, très-rétracté et couvert d'une couenne assez forte. Visage plus pâle et plus calme que la veille ; parole toujours brève et saccadée. *La camisole a dû être remise hier soir,* pourtant la nuit a été calme, et il y a eu plusieurs heures de sommeil paisible. Les sueurs ont continué d'être extrêmement abondantes ; le pouls est descendu à 88. Langue pâteuse, soif vive, appétit conservé en partie ; une selle normale hier matin. Les membres supérieurs sont toujours roides et pesants ; aux genoux et aux pieds, les douleurs des vésicatoires masquent celles du rhumatisme. (Saignée de 300 gr. ; mauve ; bouillon ; opium, 0,05 le soir.)

Le 27, pas de couenne sur la saignée d'hier. Le pouls se maintient à 80 ; il est encore plein, large et assez vibrant. A la base du cœur, on continue d'entendre un léger bruit de souffle au premier temps. Le malade n'a pas eu d'agitation dans la journée d'hier, ni cette nuit ; sa parole est plus calme, ses réponses moins verbeuses et moins précipitées ; l'appétit est assez développé. (Deux bouillons ; un potage, *ut suprà.*)

Le 28, un orage violent a éclaté la nuit et a réagi sur notre malade, qui se plaint d'avoir eu des *crises,* mais il n'a pas déliré ; la physionomie et la parole ont repris pourtant un peu d'animation ; le pouls marque 80. Le bruit de souffle cardiaque est légèrement râpeux. Constipation depuis deux jours. (*Ut suprà ;* ricin, 24 gr.)

Le 29, mieux sensible. Le malade peut aujourd'hui se soutenir sur ses jambes, remuer les bras et faire jouer les doigts. Les articulations des coudes et des poignets conservent de la roideur. L'intelligence a repris tout son calme ; les réponses sont courtes et très-nettes. Le pouls est encore à 88. L'appétit est développé ; le malade réclame et obtient une portion d'aliment, sans vin. (On supprime l'opium.)

Le 30, le malade a pu se lever et se tenir pendant plusieurs heures assis sur le bord de son lit ; le pouls est descendu à 76. Les battements du cœur sont redevenus tout à fait normaux. Quelques douleurs vagues ont reparu dans le genou droit et le pied gauche.

Le 31, le malade se plaint pour la première fois d'une petite écorchure du sacrum, qui rend très-douloureux le décubitus dorsal et le prive de sommeil ; il peut faire quelques pas dans la salle et n'éprouve plus aucune douleur dans les membres abdominaux ; mais il conserve de la gêne et de la pesanteur dans les coudes et les poignets ; 72 pulsations ; visage un peu pâle et amaigri. Appétit développé ; digestion excellente.

2 *juin.* Le malade commence à se lever chaque jour et à marcher un peu. Il sort convalescent dans la deuxième semaine de juin.

Cette observation peut se résumer ainsi : Rhumatisme articulaire aigu généralisé, traité au début par les saignées et le sulfate de quinine, le septième jour, recrudescence de la fièvre et des douleurs articulaires, endocardite légère ; on donne le nitrate de potasse pendant deux jours à la dose de 16 grammes ; le soir du huitième jour, délire violent, agitation, loquacité ; ces accidents sont combattus énergiquement par des saignées coup sur coup et de larges vésicatoires aux membres inférieurs ; ils disparaissent au bout de deux jours et la convalescence s'établit ensuite rapidement.

Les accidents cérébraux ont été, comme on voit, bornés à un délire violent, mais passager, et à de l'agitation ; ils rentrent donc nettement dans la première des divisions établies par Vigla (rhumatisme compliqué de délire), qui est la seconde de la classification proposée par M. Gubler. Le mémoire de ce dernier ne renferme qu'un seul exemple de rhumatisme compliqué de délire, lequel a été suivi d'une mort rapide (obs. II) ; mais, à part cette différence capitale dans la terminaison, ce fait présente avec le nôtre de grandes analogies, au moins dans le mode d'invasion et dans la forme des accidents cérébraux.

Dans les deux cas, en effet, le rhumatisme était aigu et polyarticulaire ; les émissions sanguines avaient été employées au début ; le délire s'est montré presqu'à la même époque, là le septième, ici le huitième jour de la maladie ; il a débuté le soir, a été violent, mais de courte durée. Enfin, de part et d'autre, il a suivi de très-près l'administration d'un médicament particulier ; là du sulfate de quinine qui avait été prescrit le matin seulement au malade de M. Gubler, ici du nitrate de potasse que le nôtre prenait depuis la veille.

Cette coïncidence entre l'apparition des symptômes cérébraux et l'emploi du médicament a beaucoup préoccupé le savant médecin de l'hôpital Beaujon, et nous devons également nous poser, à l'égard du nitrate de potasse, les mêmes questions qu'il a agitées au sujet du sulfate de quinine. Après une discussion approfondie, il a fini par conclure que la médication quinique pouvait bien avoir une influence indirecte et jouer au moins le rôle de cause adjuvante dans le rhumatisme dit cérébral. Quoi qu'il en soit de cette opinion, qui a trouvé des défenseurs et des adversaires dans la Société médicale des hôpitaux, faut-il, dans le cas que nous en avons rapporté, accorder une action semblable ou plus directe au nitrate de potasse, et le rendre responsable des accidents observés ? Cela n'est guère admissible ; car s'il est permis de porter une accusation de ce genre contre un médicament capable, comme le sulfate de quinine, de produire de la céphalalgie, des troubles de la vision, des bourdonnements d'oreilles, etc., on sait qu'au contraire le nitrate de potasse ne cause jamais d'accidents semblables. Même à dose toxique, il détermine surtout des phénomènes de dépression du système nerveux (faiblesse et abaissement du pouls, résolution, collapsus), très-différents, par conséquent, des symptômes d'excitation cérébrale avec élévation et dureté du pouls que nous a offerts notre malade. Ajoutez qu'il avait bien supporté le médicament la veille. Il est donc légitime de croire que le nitre a été ici complétement étranger à la manifestation du délire, et qu'on a eu simplement affaire à une fâcheuse coïncidence.

La différence de terminaison dans les deux faits que nous avons rapprochés, s'explique évidemment par la différence des complications cardiaques.

L'endocardite, chez notre malade, a été tardive et très-légère ; elle existait, au contraire, dès le troisième jour, chez celui de M. Gubler, et quoiqu'on n'en eût plus constaté de traces le matin même du jour où le délire est survenu, elle avait reparu le lendemain avec un bruit de souffle très-intense au premier temps et un peu d'obscurité du second claquement ; elle a contribué, sans aucun doute, à la formation des caillots qui ont amené si rapidement la mort.

Chez notre malade nous n'avons noté, avec l'apparition du délire, aucune aggravation dans l'état du cœur ; aussi la médication a-t-elle été exclusivement dirigée contre les accidents cérébraux ; elle a été très-vigoureuse, puisqu'elle a consisté principalement en trois saignées générales pratiquées coup sur coup. L'amélioration prompte qui s'en est suivie pourrait, à la ri-

gueur, être invoquée en faveur de l'hypérémie cérébrale, admise théoriquement par M. Gubler pour expliquer le délire ; dans tous les cas, elle est en opposition formelle avec les idées développées par MM. Sée et Bourdon, sur le danger des traitements énergiques dans le rhumatisme ; elle prouve que si ces craintes ont quelque chose de fondé, elles n'ont pourtant rien d'absolu et ne doivent pas être exagérées. — Disons, en terminant, qu'une certaine part dans la guérison peut être aussi attribuée à la révulsion puissante exercée par les larges vésicatoires qui furent placés simultanément aux articulations des membres inférieurs. — Cette méthode des vésicatoires multiples, employés seuls ou combinés à une médication interne, est souvent mise en usage par M. le docteur Legroux dans les rhumatismes polyarticulaires simples, et nous l'avons vue produire d'excellents résultats dans le service de cet habile praticien.

MÉDECINE.

Nouvelles observations relatives à l'histoire de l'ictère syphilitique,

Par A. LUTON, *interne des hôpitaux.*

(SUITE ET FIN. Voir le nº 66.)

OBS. III.— *Syphilis: chancre antérieur, céphalée, douleurs arthritiques, enrouement ; pas de syphilide actuelle.* — *Ictère.*

(Communiquée par *M. Reynaud*, élève des hôpitaux.)

Adèle C...., âgée de 22 ans, passementière, nº 45, salle Sainte-Marthe, hôpital de la Charité, service de M. Briquet, commença à sentir des démangeaisons à la vulve vers la fin de décembre 1856. Elle avait alors *deux boutons* à la grande lèvre gauche: en même temps, il existait aux aines des *ganglions engorgés*. Dans les premiers jours du mois de janvier suivant, elle se fit examiner par un médecin qui lui cautérisa ces boutons à deux reprises. Au moment où fut faite cette cautérisation, la malade avait, dit-elle, *des boutons à la figure*, des *taches rouges sur le dos et sur les bras*.

Examinée le 16 mars 1857, la malade se présente dans l'état suivant : les chancres n'ont pas laissé de traces appréciables; pas de ganglions engorgés; douleurs arthralgiques et céphalalgie frontale s'exaspérant la nuit. Les deux phénomènes les plus saillants présentés par cette malade sont : 1º un enrouement très-prononcé: 2º une teinte ictérique répandue sur toute la surface du corps et notamment aux sclérotiques. L'ictère a commencé à apparaître le 16 mars. Interrogée avec le plus grand soin sur les causes présumées qui auraient pu provoquer l'apparition de ce symptôme, la malade ne peut se rappeler autre chose que quelques contrariétés insignifiantes, et qui sont loin de suffire à l'expliquer. Cette jaunisse a résisté aux vomitifs et aux purgatifs qui ont déjà été administrés.

Adèle C.... a quitté l'hôpital après un très-court séjour, et sans qu'on ait pu noter de changement appréciable dans sa position.

Nous avons hésité à donner cette observation comme un fait bien certain d'ictère syphilitique, à cause de l'absence de plusieurs symptômes nécessaires pour bien caractériser l'infection syphilitique. Si l'ictère, d'une part, est bien évident, d'un autre côté, la syphilis n'est pas aussi bien démontrée. La malade a eu, vers la fin de décembre 1855, des boutons aux parties ; au mois de janvier suivant, les boutons existent encore, et en même temps on aperçoit une éruption générale, qui est sans doute une syphilide. Au mois de mars suivant, alors que se déclare l'ictère, nous ne trouvons plus, comme signe de l'infection syphilitique, que des douleurs arthritiques, de la céphalée s'exaspérant la nuit et de l'enrouement. Cependant, on voit que l'ictère ne reconnaît pas de causes appréciables; il dure depuis plus de huit jours, sans qu'un traitement approprié ait pu le faire disparaître. De telle sorte que ces détails, quoique laissant un peu de doute dans l'esprit, se rapportent assez bien à un ictère syphilitique existant sans syphilis cutanée actuelle. On s'explique en même temps pourquoi l'engorgement ganglionaire manque.

OBS. IV. — *Roséole syphilitique.* — *Ictère.*

(Observation recueillie par *M. Borde*, interne des hôpitaux.)

Le 12 février 1857, est entré à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Antoine, nº 9, service de M. Aran), le nommé D...., boucher, âgé de 35 ans.

Constitution forte, tempérament lymphatico-sanguin ; il y quatre ans, rhumatisme articulaire aigu de un mois de durée. Cet homme dit qu'il est un fort mangeur, mais qu'il digère toujours facilement ; il ne fait jamais d'excès alcooliques.

Il y a dix mois, il a eu sur la face dorsale de la verge une ulcération large comme une pièce de dix sous, qui a suppuré pendant six semaines. Il lui est resté une plaque indurée qui comprend toute l'épaisseur de la peau et qui est recouverte d'une cicatrice brune. Aucun traitement antérieur.

4 *février*. D...., a été pris tout à coup de fièvre, céphalalgie, difficulté d'avaler.

Le 9, apparition, sans aucune douleur, d'une éruption générale, dont le caractère n'a pas changé depuis, *dit le malade*.

A son entrée, sa voix est *enrouée*, ses yeux sont brillants, ses conjonctives sont injectées, avec une coloration *ictérique*. Le fond de la peau est même un peu jaune sous l'éruption que nous allons décrire. Cette éruption ne s'est pas montrée à la face, mais elle recouvre toute la face antérieure de la poitrine, de l'abdomen et des membres : ce sont des *plaques érythémateuses*, légèrement saillantes, d'un rose foncé, disparaissant par la pression, mais laissant une coloration jaunâtre de la peau. *Adénopathie* bis-inguinale, multiple, indolente ; ganglions engorgés derrière l'insertion supérieure du sterno-mastoïdien. Langue blanche, très-sale, rougeur très-vive du fond de la gorge ; amygdales volumineuses ; sur l'*amygdale* gauche, *ulcération* étroite, allongée. Pas d'appétit ; constipation ; chaleur modérée ; 88 pulsations.

Le foie déborde le rebord des fausses côtes, en dehors, de près de deux travers de doigt. La pression à l'épigastre n'est pas douloureuse ; le malade ne souffre en aucun point. Il n'a eu *aucune émotion violente* ces jours-ci ; il ne sait pas si sa jaunisse était antérieure à l'exanthème. Les *urines* sont fortement *colorées* et verdissent par l'acide nitrique. (Prescription éméto-cathartique.)

Le 15, la rougeur et le gonflement des amygdales ont bien diminué. L'exanthème n'a pas varié. (4 pilules bleues ; tisane de Feltz.)

Le 18, l'ictère a disparu presque complétement ; le foie est moins gros ; la syphilide a pâli.

2 *mars*. La plaque grisâtre de l'amygdale gauche est cicatrisée. Les taches syphilitiques sont remplacées par des *taches* d'un *brun foncé*, qui disparaissent peu à peu.

Le malade est pris, les jours suivants, de rhumatisme articulaire aigu, que l'on traite par les préparations iodiques.

Le 22, il peut reprendre son traitement mercuriel. Les accidents secondaires ont complétement disparu. Il n'y a pas d'ictère, mais le foie continue à dépasser d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Exeat le 25 mars.

L'observation qu'on vient de lire, et qui nous a été communiquée sans commentaires par notre collègue et ami M. Borde, nous semble très-significative. Toutes les conditions de l'ictère syphilitique exigées par M. Gubler s'y trouvent réunies : *chancre* antérieur *induré;* au bout de *dix mois*, fièvre prodromique de l'éruption ; *éruption roséolique*, un peu *papuleuse ; adénopathie* générale ; *ulcération* de la gorge ; *état saburral* des voies digestives ; *ictère* qui semble s'être manifesté en même temps que l'éruption syphilitique ; aucune cause appréciable pour expliquer l'ictère en dehors de l'infection syphilitique et des troubles gastriques qui accompagnèrent ses premières manifestations. Influence rapide du traitement sur l'ictère et sur l'éruption syphilitique. Nous ne ferons qu'une remarque à tout ce qui précède, c'est au sujet de la longue période d'incubation

qui s'est écoulée depuis l'apparition du chancre jusqu'aux premières manifestations secondaires. Ce fait est curieux si l'on s'en rapporte à ce qu'a démontré M. Ricord; cependant le malade n'avait suivi aucun traitement antérieur.

Obs. V. — *Syphilis. — Ictère. — Grossesse.*

(Observation recueillie par nous-même dans le service de M. Gubler.)

Rosalie E...., âgée de 25 ans, domestique, est entrée, le 22 octobre 1856, à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Paule, n° 45.

Cette femme est d'une santé peu robuste et d'une apparence assez médiocre. Elle a été réglée à 17 ans, et a éprouvé à cette époque des palpitations, des étouffements et des maux de tête. La menstruation, d'abord assez régulière, s'est bientôt supprimée et a été suspendue jusqu'à l'âge de 19 ans. Depuis lors, aucun nouveau trouble menstruel. Actuellement la malade est au septième mois de sa première grossesse; jusqu'alors tout s'est bien passé pour elle: cependant elle dit qu'elle ne sent plus remuer son enfant.

Elle a été adressée à M. Gubler par M. Lailler, qui avait observé chez elle la coïncidence de l'ictère et de la syphilis. En effet, notre malade présente ces deux affections réunies, et voici la description isolée des faits qui se rapportent à chacune d'elles.

La peau de tout le corps offre une teinte jaune ictérique peu foncée; les sclérotiques sont également jaunes. Le début de la jaunisse remonte à trois semaines environ; depuis lors l'appétit est perdu, aucun aliment ne semble bon à la malade. La langue est épaisse, mais non chargée. Le foie ne déborde pas les fausses côtes; mais il faut tenir compte de la circonstance de la grossesse. En effet, en cherchant la limite supérieure de l'organe, on s'aperçoit qu'il remonte au-dessus du mamelon jusqu'au niveau de la troisième côte; sa hauteur, dans la ligne du mamelon, est de 22 centimètres. L'urine présente une teinte ictérique foncée, couleur acajou. La chaleur ne la trouble pas; l'acide azotique lui donne une teinte verte; elle renferme une forte proportion d'acide urique libre. Pouls à 72; souffle carotidien.

La malade a éprouvé quelques chagrins depuis un an à la suite d'une perte d'argent; mais récemment elle n'a pas ressenti d'émotions vives, ni frayeur, ni colère. Elle n'a fait aucun excès dans le boire ni dans le manger. Elle saigne assez facilement des gencives.

En même temps, on remarque chez cette femme des croûtes impétigineuses sèches autour des narines, une roséole syphilitique répandue sur tout le corps, et quelques pustules d'ecthyma ombiliquées, rares et disséminées çà et là. Les ganglions cervicaux, épitrochléens, inguinaux (ces derniers à gauche surtout), sont engorgés. Plaques muqueuses sur les parties génitales externes et dans le pli des cuisses. La petite lèvre gauche est volumineuse et dure.

L'éruption syphilitique s'est manifestée *en même temps que l'ictère*, c'est-à-dire il y a trois semaines. Elle a été précédée d'arthralgie, de courbature et de fièvre. On ne possède aucun renseignement sur l'époque du coït infectant.

Prescription : Tisane amère; eau de Vichy; calomel, 0,10 en dix prises.

25 *octobre.* L'ictère a déjà beaucoup pâli.

Le 30, la teinte jaune de la peau a entièrement disparu; la roséole ressort mieux. Les croûtes impétigineuses du nez ont augmenté d'épaisseur. (Proto-iodure de mercure, 0,03.)

3 *novembre.* On note des plaques grises sur le voile du palais, saignant facilement.

Le 26, l'ictère et la roséole ont entièrement disparu; légère desquammation furfuracée. Il y a encore des plaques muqueuses aux parties génitales.

La malade sort de l'hôpital le 22 décembre, dans un état de santé très-satisfaisant.

Il serait superflu de chercher à démontrer, dans cette observation, que l'ictère et les manifestations syphilitiques habituelles ont existé simultanément; nous n'insisterons donc que sur des particularités d'un autre ordre. L'ictère et l'éruption syphilitique se sont montrés à la même époque, *le même jour,* pour ainsi dire. Ces symptômes ont été annoncés par une fièvre d'invasion et par un état gastrique très-prononcé. L'ictère ne semble pas reconnaître d'autre cause que l'infection syphilitique elle-même. Il y aurait bien la circonstance de la grossesse qui pourrait à la rigueur soulever quelques objections; mais il est facile d'y répondre en cherchant à apprécier l'influence que peut avoir la grossesse sur la production de l'ictère. M. Gubler, à propos d'un fait analogue à celui que nous venons de rapporter (mémoire cité), nous fournira les éléments de la réponse à l'objection. Cullen, dit-il, admet très-catégoriquement l'ictère au nombre des causes de l'ictère, et donne à sa quatrième espèce de jaunisse le nom d'*icterus gravidarum,* qu'il fait suivre de cette phrase descriptive : *sub graviditate oriens et post partum abiens.* Cette description même, ajoute M. Gubler, indique qu'il ne s'agit pas là d'un ictère véritable, mais bien du pseudo-ictère lié à l'existence de la chlorose gravidique. Puis, M. Gubler donne une liste de trente-deux ouvrages sur les accouchements et des plus célèbres, où il a vainement cherché l'indication de l'ictère pendant la grossesse.

P. Franck admet que l'ictère gravidique pourrait se montrer dans deux conditions: 1° au début de la grossesse, sous l'influence des mêmes causes que les nausées et les vomissements; 2° dans la dernière période de la gestation, par suite de la compression exercée par le globe utérin sur les voies d'excrétion de la bile. Mais cet auteur n'a jamais vu lui-même d'ictère de la première espèce; quant au mécanisme qu'il indique pour expliquer celui de la seconde espèce, il ne paraît pas avoir en lui une bien grande croyance.

M. Blot, qui a rempli pendant deux ans les fonctions d'interne à la Maternité, ne se rappelle pas avoir vu un seul cas d'ictère, quoiqu'il observât des femmes arrivées en général à la fin de la grossesse. D'ailleurs, si on se rapporte à l'observation qui précède, on verra facilement que l'ictère dont il s'agit a offert une allure toute particulière: apparu en même temps que l'éruption syphilitique, il subit comme elle une marche décroissante sous l'influence d'un traitement mercuriel; il disparaît alors que la grossesse continue son cours. Entre notre observation et celle que M. Gubler rapporte dans son mémoire, il y a cette différence importante, c'est que, dans le présent cas, on n'a même pas vu survenir de vomissements qui auraient pu, jusqu'à un certain point, expliquer la production de l'ictère.

Études pratiques sur l'hydrothérapie,

Par M. le Dr E. Collin,

Médecin des salles militaires de l'hôpital de Billom.

(*Extrait d'un mémoire lu à la Société de médecine de Clermont-Ferrand.*)

(Suite. Voir les nos 55, 56, 58, 60 et 63.)

Obs. II. — *Chlorose accompagnée de névralgie faciale : un mois et demi de traitement. — Guérison.*

Mlle D...., de Pérignat, âgée de 25 ans, tempérament nerveux, constitution affaiblie, réglée à 14 ans, a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'époque de la menstruation dont l'arrivée a été difficile; mais bientôt tout est rentré dans l'ordre et les règles sont bien venues jusqu'à 23 ans. A cette époque, elles ont commencé à diminuer, ont été précédées et suivies de pertes blanches, et bientôt après sont survenus tous les accidents de la chlorose: décoloration de la peau et des muqueuses, palpitations violentes, insomnie, perversion du goût, constipation opiniâtre, et enfin une névralgie faciale du côté droit, ayant son summum d'intensité sur le trajet du temporo-facial.

Au début on administre le fer et la santé ne tarde pas à revenir; mais, au mois de juin 1856, les accidents reparaissent avec une intensité bien plus grande et sont complétement rebelles à toutes les préparations ferrugineuses. La névralgie, surtout, fait cruellement souffrir la malade. Je suis consulté, et je conseille un traitement hydrothérapique qui est commencé le 8 *décembre,* et qui consiste simplement en douches en pluie et en jet.

15 décembre. Une amélioration rapide a eu lieu, l'appétit est bon, la malade dort toute la nuit sans s'éveiller; la névralgie n'a plus reparu depuis deux jours, et le feu, qui n'était que difficilement supporté, l'est parfaitement aujourd'hui.

Le 25, les règles ont duré trois jours et ont coulé assez abondamment et sans douleur; l'embonpoint renaît, les forces sont revenues, la névralgie n'existe plus.

21 janvier. Mlle D.... quitte l'établissement dans une parfaite santé.

Aujourd'hui, 15 *mars*, la santé est parfaite.

On a vu que, dans le traitement des névralgies en général, la sudation est employée en même temps que les douches froides. Dans l'observation qui précède je me suis bien gardé d'y avoir recours; l'affection nerveuse tenant simplement à l'état chlorosique, la médication *reconstitutive et tonique* était seule indiquée.

Obs. III. — *Anémie consécutive à un vaste abcès : un mois de traitement. — Guérison.*

R...., potier, âgé de 30 ans, tempérament nervoso-sanguin, a joui d'une bonne santé. Au mois de février 1856 il sentit une douleur très-vive à la région de l'aine, du côté gauche. Cette douleur, qui d'abord rendait seulement la marche difficile, devint bientôt plus vive et força le malade à garder le lit. On fit faire des frictions de différentes sortes dont les résultats furent complétement négatifs. Je fus appelé le 11 *février*, je palpai le malade aussi soigneusement que possible sans pouvoir découvrir la moindre cause de douleur, et craignant un abcès profond je prescrivis dix sangsues; puis des frictions avec l'onguent napolitain. Malgré ce traitement, la douleur allait en augmentant; l'appétit se perdait, le sommeil était impossible, une toux très-violente achevait d'épuiser ce malheureux malade, que l'on plaignait d'autant plus qu'il était impossible de lui apporter le moindre soulagement.

Le mois de mars et le mois d'avril se passèrent ainsi; le fer, l'huile de foie de morue furent administrés sans succès pour remédier à cet état général qui allait toujours en s'aggravant. Je n'avais plus vu le malade depuis une quinzaine de jours, lorsqu'on me fit appeler de nouveau. Il était réduit à la dernière extrémité, le moindre mouvement lui occasionnait des douleurs atroces. Je procédai de nouveau à un examen minutieux, mais les choses avaient bien changé depuis ma derniere visite. Une tumeur fluctuante de la grosseur d'un œuf de poule siégeait dans l'aine du côté gauche, la peau correspondante à son sommet était d'un rouge vif; de cette tumeur partait une traînée rougeâtre sous laquelle on sentait de l'induration, et qui contournait le tronc au-dessus de l'os iliaque en allant de bas en haut. Je fis avec peine tourner le malade, et je constatai à la région lombaire du même côté, au niveau de la dernière vertèbre dorsale, une nouvelle tumeur bien plus volumineuse encore et qui présentait tous les caractères d'un abcès froid.

Le malade étant couché sur le ventre, en appuyant la main sur la tumeur lombaire, on la sentait immédiatement diminuer et l'abcès de l'aine devenir plus tendu; le contraire arrivait lorsque le malade était couché sur le dos.

J'appelai en consultation un de mes confrères, M. le docteur Adoinant; je lui proposai l'ouverture de l'abcès postérieure à l'aide de la pâte de Vienne, ce qui fut accepté, et l'escharre une fois produite, j'enfonçai mon bistouri, et je fus heureux de voir sortir une quantité considérable d'un pus assez bien lié. L'abcès de l'aine se vida aussi par cette ouverture. Quelques injections iodées furent faites, une pression méthodique appliquée, et quinze jours après la guérison était complète.

Il y aurait bien des développements à donner à une pareille observation, bien des réflexions à faire et sur la cause, sur la nature et sur le traitement de cet abcès, mais ce n'est point ici mon but. Je tiens à montrer ce malade après quatre mois de séjour au lit, complétement épuisé, d'une maigreur squelettique, en proie à une toux sèche et fréquente, anémique enfin, dans toute l'acception du mot, et quelques jours après, atteint d'une anasarque symptomatique de cette anémie.

Après avoir réveillé l'activité de la peau, qui était sèche et rugueuse, par deux légères sudations faites chez le malade, j'arrivai à faire disparaître l'anasarque; mais la convalescence était lente, l'estomac paresseux, les digestions difficiles. J'engageai R.... à suivre un traitement hydrothérapique que je commençai le 16 mai. Ce fut avec beaucoup de peine que ce malade put se traîner jusqu'à l'établissement, et chacun s'arrêtait avec compassion pour le voir passer.

Avant le traitement: poids, 50 kilos.

Après un mois de traitement, lequel ne consista qu'en douches froides, R.... était parfaitement rétabli; l'appétit était excellent, le sommeil réparateur; la toux n'existait plus; la santé, enfin, était excellente et ne s'est point démentie.

Après le traitement : poids, 73 kil. 1/2.

Voilà un cas d'anémie parfaitement caractérisé, dont les causes sont manifestes et nombreuses : émissions sanguines, frictions mercurielles, inappétence, douleur, suppuration, séjour au lit, etc.; anémie qui a promptement cédé à la médication par l'eau froide. Je suis bien convaincu que peu de médecins auraient osé conseiller à ce malade un traitement hydrothérapique et j'avoue qu'il fallut à R.... toute la confiance que je lui avais heureusement inspirée pour le résoudre à se placer sous une douche froide dans l'état de faiblesse où il était. « Vous n'êtes pas assez fort pour entreprendre un pareil traitement. » Voilà ce que disent souvent des médecins consciencieux et instruits; cela vient de ce qu'ils confondent encore l'hydrothérapie ancienne, l'hydrothérapie de Priessnitz et de ses nombreux imitateurs, avec l'hydrothérapie raisonnée et scientifique, telle qu'elle a été instituée par M. L. Fleury. Certes, ce ne serait pas sans de justes motifs d'appréhension que j'enverrais un malade se soumettre, dans certains établissements, à ce qu'on appelle une journée hydrothérapique; mais je soutiens, avec M. Fleury, qu'il n'est pas de constitution si affaiblie, lorsqu'il est reconnu que la médication par l'eau froide est nécessaire, qui ne puisse, sans le moindre danger, se soumettre au traitement sous les yeux d'un médecin prudent et éclairé, chez lequel tout ne consiste pas en une formule systématique et aveugle. C'est dans ces cas surtout, que l'intervention directe de l'homme de l'art devient indispensable.

Obs. IV. — *Accidents hystériques accompagnés d'une contraction spasmodique du vagin. — Guérison.*

Sous ce titre, je vais faire l'histoire d'une affection très-curieuse, dont je n'ai pu trouver d'exemple dans la science, et sur laquelle j'appelle toute l'attention des praticiens :

Mme X...., âgée de 21 ans, tempérament nerveux, faible constitution, réglée à 16 ans, s'est toujours bien portée jusqu'à cet âge. Sa mère est morte à la suite d'une maladie survenue pendant ses couches, et dont la durée a été d'un an.

Pendant quatre mois, les règles viennent très-régulièrement. A la fin du cinquième mois, Mme X.... se marie; elle est en pleine époque menstruelle et voit son sang s'arrêter tout à coup (1851). Ce n'est qu'après quinze jours de mariage qu'elle permet à son mari de remplir ses devoirs d'époux; mais une crise nerveuse survient, et il est impossible à M. X.... d'accomplir l'acte de la copulation, le pénis rencontrant un obstacle qu'il ne peut vaincre. La crise nerveuse se prolonge pendant vingt-quatre heures, et Mme X.... reste, me dit-elle, tout ce temps sans connaissance. Un médecin est enfin appelé; il saigne la malade, applique des sinapismes aux jambes, et deux jours après, Mme X.... peut vaquer à ses affaires, incommodée seulement par une leucorrhée très-abondante et qu'elle n'avait jamais eue avant cette époque.

Les pertes blanches s'arrêtent à l'époque menstruelle suivante, et sont remplacées par des règles qui coulent abondamment pendant plusieurs jours. Le mois suivant, les règles sont encore régulières, et pendant ces deux mois, Mme X.... peut cohabiter avec son mari.

Vers la fin de 1851, Mme X.... voulant faire un effort pour soulever un fardeau, sent tout à coup de fortes douleurs dans les reins et dans le ventre; elle se met au lit et une abondante hémorrhagie a lieu. Le médecin appelé reconnaît un avortement.

Au bout de quelques semaines passées au lit, la malade fut complétement rétablie, en conservant, toutefois, une grande susceptibilité nerveuse.

Les règles redeviennent régulières jusqu'au commencement de 1852, où elles sont encore supprimées tout à coup, à la suite d'une altercation vive avec une parente. Cette fois, elles sont dix-huit mois sans reparaître, et à chaque époque, Mme X.... est en proie à des vomissements de sang et à des crises nerveuses très-violentes qu'elle ne peut diminuer qu'en se faisant saigner tous les mois.

Après ces dix-huit mois de suppression complète, la malade voit de nouveau revenir ses règles, et pendant les deux époques suivantes, où l'écoulement est normal, les accidents nerveux cessent, et le coït peut s'accomplir parfaitement. Une nouvelle peur supprime encore l'hémorrhagie menstruelle qui, cette fois, n'a pas reparu depuis. Pour la moindre contrariété et à chaque époque surtout, des crises nerveuses ont lieu, mais de peu de durée; des vomissements de sang arrivent régulièrement tous les mois, et cet état persiste jusqu'en juillet 1854, où, à la suite d'une émotion excessivement vive, Mme X... tombe sans connaissance, et c'est alors que commence une série d'accidents hystériques portés à leur summum d'intensité, et contre lesquels la médecine reste sans effet.

Je suis appelé le 24 *septembre*. Je trouve Mme X.... en plein accès: elle est couchée sans connaissance, les yeux à demi ouverts et le globe oculaire porté en haut; les paupières sont agitées convulsivement; la tête se porte violemment en arrière; mouvements excessifs de flexion et d'extension des membres; parfois les convulsions deviennent si violentes, que les personnes présentes ne peuvent contenir la malade.

La face est congestionnée, la respiration bruyante, difficile, laborieuse; la malade promène avec force ses mains de son cou à sa poitrine, comme pour enlever l'obstacle qui s'oppose à la respiration. Le cœur bat avec violence, quelques cris s'échappent de temps à autre de la poitrine oppressée. A cet état, qui dure souvent plusieurs minutes, succède un affaiblissement extrême, dont Mme X... ne sort que pour éprouver une nouvelle crise.

Pendant quatre jours, ces accidents persistèrent encore, malgré des applications de sangsues et des antispasmodiques de toutes sortes.

Le 28, la malade étant plus tranquille, je procède au toucher, et voilà le résultat très-curieux de mon examen :

Le doigt indicateur, porté dans le vagin, rencontre, à 3 centimètres à peu près, un obstacle qui donne la sensation d'une bande allant de gauche à droite et occupant tout l'intérieur du vagin. En promenant le doigt autour de ce cul-de-sac, on rencontre à la partie supérieure une ouverture du diamètre d'un gros tuyau de plume, et par lequel, non sans douleur et en forçant un peu, il est possible d'introduire la première phalange. Si alors on fléchit cette phalange sur la seconde, on ne trouve qu'un espace vide et on ne peut se rendre compte de l'état de l'utérus, que l'on sent cependant par le toucher rectal.

La malade étant couchée, cette espèce de canal est dirigé de bas en haut et se recourbe ensuite légèrement de haut en bas.

Quelques jours après, je priai un de mes confrères de voir la malade avec moi, M. Dessalle, dont la réputation chirurgicale est bien connue dans nos contrées. Les dispositions que j'avais indiquées furent constatées, et l'on conseilla la dilatation par l'éponge préparée.

Ce moyen ne réussissant pas, j'eus recours à l'un de mes anciens maîtres de l'Ecole de Médecine de Clermont, M. le docteur Fleury (de Clermont), qui proposa un débridement, lequel ne fut pas accepté.

Jusqu'au mois de janvier 1855, la malade garda le lit et fut toujours en proie à des crises violentes et contre lesquelles je me bornai à faire de la médecine de symptômes.

Pendant toute l'année 1855, et jusqu'à la fin d'avril 1856, Mme X.... continua à souffrir, les crises cependant étaient devenues moins violentes, les règles ayant été représentées depuis quelques mois par une abondante leucorrhée et des vomissements de sang. Les accidents s'aggravaient toujours cependant à l'époque menstruelle.

27 *avril*. Je suis appelé en toute hâte auprès de cette malade qui, me dit-on, se meurt, et que je trouve dans une de ces crises dont j'ai été témoin deux ans avant. Convulsions cloniques de tous les membres, suffocation extrême, face congestionnée, etc., etc. Je fus effrayé de l'état de Mme X...., et malgré l'état d'anémie dans lequel elle était, des ventouses sèches ayant été placées sans résultat, je pratiquai une petite saignée qui fut suivie d'un peu de soulagement, mais la nuit fut fort mauvaise encore.

Le lendemain, Mme X.... était un peu mieux, et comme j'avais à ma disposition le traitement par l'eau froide, je l'engageai à me faire de nouveau l'histoire de sa maladie en la priant de n'omettre aucune circonstance. Après m'avoir relaté tous les détails que je viens de donner, elle me dit que, depuis plusieurs mois, les souffrances devenaient plus vives et que les pertes blanches auxquelles elle avait dû du soulagement diminuaient sensiblement chaque mois. Elle m'avoua, comme je l'ai déjà dit, que cet obstacle qui existait à l'entrée du vagin n'était pas permanent, que depuis le début de sa maladie et alors même qu'elle n'était pas réglée, elle avait, à plusieurs reprises, senti tout à coup *que son corps s'ouvrait, et que, dans cet intervalle qui durait à peine quelques minutes, il serait facile d'introduire toute la main;* qu'elle avait remarqué que ce changement s'opérait en elle *toutes les fois qu'elle éprouvait vivement le désir de la copulation*, et qu'alors une quantité considérable de sérosité s'écoulait de ses parties sexuelles.

L'idée que j'avais affaire simplement à une contraction spasmodique me vint alors à l'esprit, et je lui conseillai un traitement hydrothérapique qu'elle me promit de venir suivre aussitôt qu'elle pourrait sortir de son lit.

Jusqu'au 15 *mai* les crises continuèrent, mais faibles et de courte durée, et le 21, Mme X...., franchit avec énormément de peine les quelques pas qui la séparaient de mon établissement.

Etat actuel. Facies décoloré, anémie profonde, irritabilité nerveuse portée à ses dernières limites, bruit de souffle au premier temps du cœur, inappétence, insomnie, constipation opiniâtre; le toucher m'apprend que l'état du vagin est toujours le même.

Douche en pluie et en jet, et bien mieux supportée que je ne l'aurais espéré.

Le 23, la malade se trouve bien du traitement, qui semble, me dit-elle, lui donner des forces; elle n'a plus eu de crises, mais elle redoute l'époque où elles sont les plus violentes et qui doit commencer du 26 au 28.

Le 27, Mme X.... me fait prier d'aller la voir. Je la trouve très-fatiguée; la nuit a été si mauvaise, qu'il lui a semblé qu'elle allait mourir. Je l'engage à avoir du courage, en lui promettant qu'elle sera bien mieux le mois prochain.

Le 28, les pertes blanches ont paru cette nuit à la suite d'une violente crise, et depuis leur apparition la malade est bien mieux; je l'engage à venir le lendemain, si elle le peut.

Le 29, Mme X.... reçoit une douche générale et une douche en jet, promenée fortement sur les membres inférieurs.

Le 30, la malade est mieux, les pertes blanches continuent.

15 *juin*. L'état de la malade est bien meilleur, l'appétit et le sommeil reviennent; elle se sent beaucoup plus forte; il n'y a pas eu de crise.

Le 26, Mme X...., en entrant à l'établissement, me montre une tache de sang sur son bas avec une joie à laquelle je m'associe bien vivement. Le toucher, que je pratique avant la douche, me fait reconnaître que l'obstacle qui siégeait au vagin n'existe plus, et je peux facilement aller sentir le col de l'utérus.

Le 28, les règles ont disparu pendant la nuit. Avant de venir à la douche, Mme X.... a éprouvé des suffocations, mais bien moins vives que précédemment. Le toucher m'indique que la contraction spasmodique n'a pas reparu.

27 *juillet*. Les règles sont plus abondantes que le mois passé.

Le 31, les règles ont cessé de couler; il n'y a pas eu la moindre suffocation.

1er *août*. Aux règles ont succédé des pertes blanches peu abondantes. La santé, du reste, est excellente. Mme X.... peut faire de longues courses à pied. L'appétit est bon, le sommeil réparateur, la susceptibilité nerveuse bien moindre, les selles régulières. Depuis le

début du traitement hydrothérapique, Mme X.... a repris les ferrugineux, qu'elle avait déjà employés longtemps sans succès.

1er *septembre*. Mme X.... quitte l'établissement en parfaite santé.

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Phlegmatia alba dolens, compliquée d'érysipèle gangréneux,

Par M. E. Gintrac, de Bordeaux.

Marie D...., âgée de 18 ans, de Pau, couturière, d'une assez bonne constitution, accouche à la clinique obstétricale de l'hôpital Saint-André, le 21 février 1856. Tout se passe d'une manière régulière; les lochies coulent assez abondamment. Cette malade était sujette, depuis plusieurs années, à une toux assez fréquente, avec expectoration muqueuse. Pendant sa grossesse, cette bronchite avait sensiblement diminué; après la délivrance, elle s'est manifestée de nouveau.

Sortie de la clinique obstétricale le 1er avril, Marie D.... entre à la clinique médicale. Les symptômes offerts par cette malade conduisent à admettre une bronchite assez intense, laquelle cependant diminue et disparaît presque entièrement sous l'influence des boissons pectorales, d'un looch opiacé et de vésicatoires aux cuisses.

La malade sort de l'hôpital le 19 avril. Se sentant très-bien, cette femme passe toute la journée à se promener en ville. Le soir, elle éprouve une extrême fatigue et une douleur vive dans la cuisse gauche, surtout dans le lieu où l'un des vésicatoires avait été placé.

Elle rentre à l'hôpital le 20 avril. Le membre inférieur gauche présente, dans toute son étendue, un engorgement considérable, douloureux, résistant et non œdémateux. La douleur est constante, elle augmente par la marche, qui est devenue impossible, et par la pression. La couleur de la peau n'est point altérée. Pouls 98; organes digestifs et respiratoires à l'état normal. (Larges cataplasmes de riz, fréquemment renouvelés, sur la cuisse; tisane de chiendent nitrée; diète.) L'engorgement ne cède point; la douleur semble se localiser d'une manière plus vive à la région inguinale et à la partie postérieure et supérieure de la jambe. (Vingt sangsues sur la région inguinale.)

23 *avril*. La douleur a diminué, mais le gonflement persiste toutefois avec moins de rénitence. Pouls 100.

Le 27, la malade a poussé des cris pendant toute la nuit; elle se plaint de douleurs vives dans tout le membre gauche. On aperçoit une teinte rouge violacée à la partie supérieure de la cuisse, formant une large bande qui l'entoure en avant et sur les côtés. En même temps, la face de la malade s'est grippée; elle a toussé. Son pouls donne 130; il est petit.

Le 28, l'érysipèle est devenu plus manifeste; il s'étend à la fesse et à la grande lèvre gauches. Quelques points offrent une teinte livide foncée. (Compresses trempées dans une forte décoction de quinquina.)

Le 29, de larges phlyctènes occupent la circonférence supérieure de la cuisse.

Le 30, la peau de cette région est frappée de gangrène. Mort le soir.

Nécropsie. — La cuisse gauche a de circonférence, en haut 0m,67, au milieu 0m,59; la jambe, 0m,44 (les parties correspondantes à droite ont 0m,48, 0m,40, 0m,32). Des incisions profondes, pratiquées sur le membre inférieur gauche, laissent écouler une grande quantité de sérosité; les pelotons nombreux et volumineux de tissu adipeux paraissent très-distincts, étant séparés et baignés par la sérosité. L'artère fémorale contient un long caillot; ses parois ont une coloration rougeâtre. Les veines sont amples et remplies par des caillots assez résistants; ceux-ci se retrouvent non-seulement dans les veines du membre, mais aussi dans l'iliaque interne gauche. Les ganglions inguinaux, et tous ceux qui sont situés sur le trajet des veines du membre inférieur, sont très-tuméfiés, d'un gris-rougeâtre, et très-ramollis; ils offrent à l'intérieur une matière diffluente comme un liquide épais, d'un jaune-grisâtre. On ne distingue point les vaisseaux lymphatiques; il n'y a aucune traînée rougeâtre sous la peau. Les nerfs n'offrent rien d'anormal; ni l'articulation coxo-fémorale, ni les symphyses du bassin. Dans le membre inférieur droit, les vaisseaux et les ganglions sont à l'état normal.

État normal des organes de la respiration, de la circulation et de la digestion. — L'utérus est encore volumineux, mais sain. L'ovaire droit contient un kyste du volume d'un œuf de pigeon, dans lequel se trouve un liquide incolore; le gauche présente aussi un kyste séreux, mais plus petit.

L'état morbide était ici complexe. Il faut tenir compte de l'influence puerpérale qui n'était pas encore effacée; d'une fatigue subitement éprouvée après plusieurs mois de repos; peut-être d'un refroidissement subi au milieu de cette fatigue. L'examen cadavérique a mis en évidence l'inflammation vive qui s'était emparée des ganglions lymphatiques; l'obstruction des veines et la gêne du cours du sang dans les artères. La phlegmatia alba dolens, qui avait été avantageusement modifiée par une émission sanguine et par l'emploi d'un purgatif, a pris une nouvelle intensité par le développement d'un érysipèle devenu promptement gangréneux. Cette terminaison funeste s'explique par l'arrêt général de la circulation dans le membre pelvien affecté. *(Journ. de méd. de Bordeaux.)*

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Nouveau mode de suture,

Par le Dr Minturn.

Le docteur Minturn, de New-York, propose un nouveau mode de suture qui trouverait son application dans un grand nombre de cas. Voici en quoi il consiste :

On réunit avec des épingles les lèvres de la solution de continuité. Sur le côté externe de chaque lèvre, on applique un petit carré de liége qui doit être traversé par l'épingle, et on maintient l'affrontement des surfaces à l'aide d'une serre-fine spéciale prenant son point d'appui, des deux côtés, sur les fragments de bouchon. Cette serre-fine, au lieu de se terminer par des griffes, comme dans les cas ordinaires, devra se terminer par un petit crochet qui, venant embrasser l'épingle par-dessus le liége, s'opposera à tout déplacement consécutif.

(Med. Tim. and Gaz.)

Avant la publication du mémoire de M. Minturn, nous avons vu faire une très-heureuse application d'un procédé analogue par M. le professeur Nelaton.

Il s'agissait, après une opération de *rhinoplastie,* d'empêcher l'affaissement, l'aplatissement du nez. M. le professeur Nélaton traversa de part en part les deux ailes avec une épingle d'une assez grosse dimension, en ayant soin de garder une direction parallèle; puis il appliqua, de chaque côté, deux petites plaques de liége dont il se servit comme point d'appui, et sur lesquelles venaient se rendre les deux branches d'une serre fine. Ce moyen fut suivi des meilleurs résultats; et on a pu voir une serre-fine exerçant pendant plusieurs semaines sur la peau une pression assez forte, sans pour cela avoir déterminé d'ulcération.

E. Chairou, interne des hôpitaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Anévrysme de l'artère cérébrale postérieure gauche,

Par M. Squire.

Une pièce des plus intéressantes a été présentée à la Société pathologique de Londres, dans une de ses dernières séances. Elle a été trouvée sur une femme âgée de 40 ans, mourant d'une fièvre adynamique, et vue seulement peu d'heures avant sa mort.

L'autopsie fit découvrir dans son crâne une tumeur de quatre pouces de circonférence, pesant une once et demie. Elle commençait à l'artère basilaire, s'étendait dans l'espace compris en avant du pont de Varole, entre les pédoncules cérébraux, et repoussait le plancher du quatrième ventricule.

Un fait très-remarquable a été l'absence de coma, de la paralysie des sphincters, ou des extrémités, ou des muscles de la face. La vue, l'ouïe et la déglutition étaient restés intacts, malgré cette énorme tumeur dans la boîte cranienne.

M. Squire, qui présentait cette pièce, a appelé particulièrement l'attention sur l'état d'intégrité des parois artérielles, sur la diminution de volume de l'artère basilaire et sur les larges anastomoses qui avaient rétabli la circulation.

L'intérieur de la tumeur était occupé par des couches concentriques jaunâtres, de fibrine condensée; et, au centre, se trouvait un coagulum noirâtre et mollasse, se continuant pendant trois quarts de pouce environ avec la petite cavité qui formait la continuation du vaisseau qui avait donné naissance à la tumeur.— E. C. (*Med. Tim. and Gaz.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le banquet annuel des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le lundi 29 juin. Le prix de la cotisation est fixé à 17 francs.

On s'inscrit jusqu'au 25 juin chez l'un des commissaires dont les noms suivent : MM. Binet ; Labbé, à la Charité ; Syredey; Warmont, à l'Hôtel-Dieu ; Londe et Paris, à Saint-Louis ; Rocque, à Lariboisière ; Sénac, à la Salpêtrière ; Brongniart et Gombault, à la Pitié; Kœchlin, à Sainte-Eugénie ; Genouville, à Saint-Antoine.

On se réunira au grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli, à sept heures.

« **Association de prévoyance des médecins du Rhône.** — Jeudi dernier a eu lieu la séance générale annuelle de l'Association, au milieu du concours de la très-grande majorité des membres de cette Société, venus soit de la ville, soit des divers points du département. Après un discours fort écouté du président, et un compte rendu remarquable du secrétaire général, l'Association a procédé, suivant la forme voulue, à la nomination de la Commission des poursuites et à la signature de la pétition à l'Empereur, deux mesures par lesquelles la répression de l'exercice illégal de la médecine va être tentée. La Commission, composée de cinq membres (trois pour Lyon et deux pour le reste du département), est prête dès ce moment à se mettre à l'œuvre sur le premier appel fait au parquet par le président de l'Association. Quant à la pétition, revêtue en un instant de la signature des membres présents, elle sera sous peu adressée au Chef de l'Etat. Une circulaire annoncera en même temps cet envoi à toutes les Associations médicales de la France, en les invitant à imiter l'exemple de l'Association du Rhône.

« Nous publierons dans notre prochain numéro les documents de cette importante séance. » (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Dans sa séance du 22 mai, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a constitué son bureau pour l'année 1857-58.

Ont été nommés :

MM. Filhol, *président;* Gaussail, *vice-président* (réélus); J. Naudin, *secrétaire général;* Couseran, *trésorier* (réélu); Dougnac, *archiviste;* Marchant, *secrétaire du primâ mensis;* Dassier jeune, *secrétaire des consultations gratuites;* Despaignol, Lacassin, *membres adjoints au bureau;* Cany, Bessières, Faurès, Timbal-Lagrave, *membres de la Commission permanente de salubrité.*

M. Augustin Dassier, que ses occupations et le besoin de repos ont engagé à se démettre de ses fonctions de secrétaire général, a été nommé par acclamation secrétaire-général honoraire. En profitant de la latitude exceptionnelle que lui donne son règlement, la Société a voulu donner à ce digne collègue un témoignage de ses regrets et de ses sympathies.

Dans la séance annuelle précédente, tenue le 10 mai, la Société avait décerné les récompenses suivantes, savoir : une médaille d'encouragement à MM. Millon, docteur-médecin à Revel, et Martin Duclaux, docteur-médecin à Saint-Jullia : une mention honorable à MM. Igounet, docteur-médecin à Sainte-Foi, et Lafuret, médecin à Lavit.

La Société a rappelé qu'elle a proposé pour sujet du prix à décerner en 1858, la question suivante : *Analyser l'arnica montana; faire connaître les propriétés pharmaceutiques dont les diverses parties de cette plante sont la base; établir quelles sont son action physiologique et ses propriétés thérapeutiques.*

Elle propose pour sujet du prix à décerner en 1859, la question suivante : *Des paralysies sans lésion organique appréciable.*

Chacun de ces prix est de la valeur de 300 francs.

Les mémoires revêtus des formes académiques devront être envoyés (*franco*) au secrétaire-général, avant le 1er janvier de l'année fixée pour le concours.

Les mémoires sur les sujets divers et qui concourront pour les médailles seront reçus jusqu'au 1er mars.

Transfusion. — *La Presse* emprunte le fait suivant à un journal d'outre-Rhin :

« La *Gazette d'Augsbourg* cite un récent exemple d'une des plus curieuses opérations de l'art médical, la transfusion du sang, qui consiste, comme on le sait, à faire passer du sang des veines d'un individu dans celles d'un autre pour remplacer le sang perdu dans une hémorrhagie ou toute autre cause. Une opération de ce genre, pratiquée à Iéna le 20 du mois dernier, par le professeur Martin, a sauvé une jeune dame en grand danger à la suite d'une hémorrhagie. C'est un jeune homme, élève du professeur Martin, qui a spontanément offert le sang de ses veines pour cette belle expérience, et son acte de dévouement a eu tout le succès désirable. La jeune dame est hors de danger. »

Nous nous abstiendrons de toutes remarques jusqu'à ce qu'un journal spécial nous ait donné des détails circonstanciés sur ce nouveau cas de transfusion que nous aurions autant aimé connaître par la voie normale.

Nombre d'étudiants en médecine dans les Universités allemandes. — Dans un tableau statistique des Universités allemandes publié par le *Moniteur des cours publics,* nous trouvons les chiffres suivants relatifs au nombre des étudiants en médecine dans les diverses Universités allemandes :

	ÉTUDIANTS	
	Allemands.	Etrangers.
Berlin.	211	54
Bonn.	90	6
Breslau.	128	14
Erlangen.	102	4
Fribourg.	44	4
Giessen.	121	25
Gœttingue.	77	78
Greifswald.	99	2
Halle.	47	»
Heidelberg.	60	61
Iéna.	38	11
Kiel.	38	4
Kœnigsberg.	81	4
Leipzig.	167	59
Marbourg.	65	8
Munich.	202	37
Munster.	»	»
Rostock.	19	»
Tubingue.	100	11
Wurzbourg.	97	222
Total.	1786	604
	2390	

— Un malentendu à l'imprimerie nous oblige de renvoyer au prochain numéro une lettre de notre ami, M. Réveil, relative à l'anesthésie des insectes.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 69. 5e année. Mardi 9 Juin 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

De la membrane muqueuse de l'utérus, au point de vue anatomique et physiologique, chez la femme et chez les animaux domestiques,

Par le Dr RACIBORSKI,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

Il y a quelques années, un fait nouveau a surgi dans le domaine de la pathologie utérine; on est venu annoncer la possibilité de l'exfoliation de la membrane muqueuse de la cavité utérine, en dehors de la grossesse. Cette nouveauté pathologique rencontra d'abord beaucoup d'incrédules, ce qui se comprend d'autant plus que l'exfoliation physiologique elle-même, celle qui suit chaque conception, était encore alors fort peu connue. A cause même du caractère extraordinaire du fait, on a été généralement très-exigeant envers les promoteurs, et il ne fallait rien moins que la sanction du microscope, qui s'est prononcé en dernier appel en sa faveur, pour qu'on l'ait laissé occuper au moins une place provisoire dans le cadre de la pathologie.

Cependant, plusieurs auteurs français et étrangers avaient rapporté depuis d'autres exemples analogues. Des recherches bibliographiques en ont fait découvrir d'autres encore dans le passé.

Réunir tous les faits connus de ce genre en un seul corps, en ajouter d'autres semblables que nous avons observés nous-même, discuter leur valeur pathologique, établir des rapports entre l'exfoliation et certaines conditions physiologiques de l'utérus ainsi que ses différents états morbides, tel était d'abord l'unique but dans lequel nous avons voulu entreprendre ce travail. Mais nous avons bientôt réfléchi que l'exfoliation physiologique elle-même de la muqueuse utérine était encore trop peu connue des médecins pour qu'il fût prudent d'aborder, sans préambule, la question de l'exfoliation pathologique. A beaucoup de médecins, il aurait pu paraître étrange d'entendre parler de l'exfoliation d'une membrane dont ils ignoraient l'existence, plusieurs auteurs ayant positivement affirmé ne l'avoir jamais trouvée. Nous nous sommes donc cru dans la nécessité de présenter ici un premier mémoire sur l'anatomie et la physiologie de la muqueuse utérine chez la femme et les animaux

DÉLASSEMENTS.

Second banquet de la presse scientifique. — Liste de présence. — Toast. — Buvons à l'avenir, chanson. **— Le lampion et le bec de gaz,** fable. **— La comète. — Au revoir.**

Le second banquet des journalistes scientifiques a eu lieu mardi dernier. Les nombreuses adhésions qui avaient suivi l'appel fait à tout ce qui tient honorablement une plume dans la presse spéciale exigeant un local plus spacieux que le premier, la Commission d'initiative avait dû changer le lieu du rendez-vous et le fixer dans les salons de *Pestel.* Nous le disons avec bonheur, la réunion a été encore bien plus grande qu'on ne l'avait espéré, de telle sorte qu'on a eu à craindre un instant que la table ne pût contenir tous les arrivés. Alors on a serré les rangs, et avec un peu de bonne volonté et surtout un peu de presse, chacun a pu prendre place à cette agape de la science.

Tout le monde une fois assis, notre confrère Félix Roubaud a proclamé le nom de chaque signataire de la liste que voici :

Revue des Deux-Mondes : M. Babinet (de l'Institut). — *Journal des Débats :* MM. Léon Foucault, Labédollière. — *Presse :* M. Louis Figuier. — *Siècle :* M. Blanchard. — *Pays :* M. Lecouturier. — *Gazette de France :* M. Rambosson. — *Union :* M. Déclat. — *Illustration :* M. Félix Roubaud. — *Estafette :* M. Delamare. — *Indépendance belge :* M. Ch. Londe (de l'Académie de Médecine). — *Journal de chimie et de pharmacie :* M. Cap (de l'Académie de Médecine). — *Abeille médicale :* M. Bossu. — *Moniteur des Hôpitaux :* MM. Roux, Joulin. — *Annales médico-psychologiques :* M. Moreau (de Tours). — *Union médicale :* MM. A. Latour, Richelot, Legrand, Michéa. — *France médicale :* MM. Félix Roubaud, Foucart, Favrot, Ed. Aubert. — *Revue thérapeutique :* M. Martin-Lauzer. — *Revue médicale :* M. Sales-Girons. — *Gazette médicale :* MM. J. Guérin, Giraud-Teulon. — *Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques :* M. Caffe. — *Moniteur industriel :* M. Darnis. — *Journal des connaissances utiles :* MM. Garnier, Mangin.

domestiques, nous proposant de le faire suivre immédiatement d'un second travail qui aura pour objet exclusif l'exfoliation pathologique de cette membrane.

I. La connaissance de la structure intime de la membrane interne de la cavité utérine, ainsi que celle de son véritable rôle dans l'économie, constitue une des conquêtes tout à fait modernes. Au commencement de ce siècle encore, Chaussier, Ribes et même Béclard et Breschet avaient nié l'existence de cette membrane, à l'exemple de Morgagni et de Boërhawe. Ils fondaient leur opinion sur ce qu'ils n'avaient pu réussir à la séparer après une longue macération dans l'eau acidulée ou alcaline, tandis que par ce même procédé on obtenait la séparation de la muqueuse du vagin et de la cavité du col. D'un autre côté, Lafosse (1) ayant eu recours, à peu près à la même époque, à la macération dans l'eau, dit être parvenu à détacher de la face interne de l'utérus une pellicule mince, diaphane, assez résistante et percée d'une infinité de trous.

Plus récemment, Bischoff, tout en reconnaissant la plus grande analogie de l'aspect des parois de la cavité utérine avec les membranes muqueuses, avait également de la peine à se décider à y reconnaître une membrane, des tranches minces de l'utérus, comprimées entre deux plaques de verre, ne lui ayant jamais rien montré de semblable au microscope.

II. D'autres s'attaquaient surtout à la nature *muqueuse* de la membrane interne de l'utérus. Ainsi, pendant longtemps, l'absence des follicules muqueux, dont on avait alors ignoré l'existence, et l'absence de plis qui se laissent voir généralement sur les membranes muqueuses susceptibles de se laisser distendre, avaient paru à M. le professeur Moreau d'assez sérieux motifs pour ne pas reconnaître la même nature à la membrane interne de l'utérus (2). D'autres se rappelant tout à coup quelques observations de collections liquides d'apparence séreuse dans la cavité utérine, n'hésitèrent pas à considérer la membrane interne de l'utérus comme faisant partie du système séreux. Mais leurs adversaires préférèrent contester l'exactitude de ces faits ou les attribuer, à l'exemple de Fernel, au passage des liquides de la cavité du péritoine au travers des trompes de Fallope, plutôt que de ne pas soutenir la nature muqueuse de la membrane interne.

Toutes ces discussions devaient rester nécessairement stériles, ne reposant pas sur une rigoureuse observation. L'esprit systématique aurait beau vouloir exclure certains faits parce qu'ils contrarient ses vues théoriques, ces faits n'en restent pas moins, pourvu qu'ils aient été bien observés; tôt ou tard ils finissent par être compris et par être classés. Il n'était pas nécessaire de nier les exemples de collections d'apparence séreuse dans la cavité utérine, pour défendre l'opinion qui rangeait la membrane interne dans l'ordre des muqueuses. Il eût suffi de démontrer en elle la structure muqueuse, et la présence des hydrométries n'aurait pas manqué certainement de venir elle-même, plus tard, en aide à cette démonstration. L'examen attentif des liquides renfermés dans la cavité utérine, aurait probablement prouvé qu'on les avait rangés à tort, en jugeant d'après l'aspect extérieur, dans la catégorie d'épanchements séreux. Voici, entre autres, un fait fort curieux sous ce rapport, que nous avons observé, et qui nous semble mériter sa place ici, quoiqu'il soit du domaine de la médecine comparée. Parmi les matrices de brebis qui nous ont été envoyées le printemps dernier comme échantillon de matrices pleines, nous en avons rencontré une dont la grossesse ne fut qu'apparente. La distension de l'utérus tenait à une collection assez abondante, un bon verre environ d'un liquide blanchâtre un peu trouble ayant la consistance d'une légère solution de gomme dans de l'eau. Ce liquide, renfermé dans une poche close au niveau du col comme au niveau des orifices des trompes, aurait pu facilement être pris pour une collection séreuse. Il n'en était rien pourtant; l'acide nitrique ajouté n'y produisait aucun trouble; la potasse semblait, au contraire, le rendre plus clair. Examinée au microscope par notre excellent et savant confrère, M. Charles Robin (1), cette collection s'est présentée comme un liquide muqueux homogène, parsemé de granulations moléculaires et de quelques granulations graisseuses. Il contenait en même temps quelques globules de muco-pus et beaucoup de cellules épithéliales prismatiques, quelques-unes régulières comme à l'état normal, la plupart irrégulières.

III. L'intimité d'adhérence entre la membrane utérine interne et la couche fibro-vasculaire sous-jacente est la principale cause des doutes émis pendant si longtemps sur son existence. Il n'en aurait pas été peut-être de même si on avait songé d'en

(1) *Thèses de Paris*, 1816, n° 39.

(2) *Thèses de Paris*, 1814, et *Traité pratique des accouchements*, 1838, t. I, p. 124.

(1) Nous aurons souvent l'occasion de citer dans le cours de ce travail le nom de M. Charles Robin, qui est incontestablement un des anatomo-pathologistes modernes les plus distingués, et à qui l'on doit d'importantes recherches sur la muqueuse utérine. Nous saisissons avec plaisir cette occasion de le remercier publiquement de l'empressement qu'il a montré constamment en se mettant de tout cœur à notre disposition chaque fois que nous avons cru devoir avoir recours à son expérience et à sa grande habitude du microscope.

— *Journal de l'invention* : MM. Gardissal, Denos. — *Musée des sciences* : MM. Lecouturier, Lucien Piatt. — *Cosmos* : M. l'abbé Moigno.— *Journal des sciences militaires* : M. Martin de Brettes, professeur à l'Ecole polytechnique. — *Journal de l'éclairage au gaz* : M. Magnier. — *Journal des mines* : MM. Gaugain, Elias Regnault.— *Gazette du progrès* : M. Gardey. — *Science* : M. Félix Foucou. — *Science pour tous* : M. Rambosson. — *Moniteur des comices* : M. Bérigny.

Cette énumération faite à haute voix, et à laquelle on répondait à tour de rôle, en se levant pour saluer ses confrères, a eu le double avantage de nous faire connaître tout d'abord les uns des autres, et d'éviter que nulle personne étrangère ne vînt se confondre avec nous; d'autant mieux qu'il n'y avait là aucune place distinctive, aucune carte vous désignant vos voisins, et que chacun s'est assis où le hasard l'avait conduit au moment de se mettre à table.

Le dessert arrivé, l'honorable promoteur de ces réunions confraternelles, M. Louis Figuier, a porté, au choc des verres, ce toast qui a été adopté pour devise :

« *A l'union de la presse scientifique; à l'extension de son influence pour répandre de plus en plus dans la masse du public le goût des connaissances scientifiques.* »

Invité à mon tour à faire entendre une chanson que m'avait inspiré la circonstance, j'ai eu l'heureuse idée de la faire chanter par mon bon ami *Joulin*, auquel je dois évidemment le petit succès qu'elle a obtenue :

BUVONS A L'AVENIR.

Air : *du Dieu des bonnes gens.*

A ce banquet, où tant d'esprits d'élite
Viennent s'asseoir en un joyeux congrès,
Accoure encor tout homme qui milite
La plume en main, sous l'aile du progrès.
Formant enfin une sainte croisade,
Qu'un seul drapeau vienne à nous réunir ;
Pour le fêter, versez une rasade,
Buvons à l'avenir.

Ils ne sont plus ces temps d'obscurantisme
Où Galilée étouffait en prison ;
Prenant son vol et rompant son mutisme,
Des anciens dieux la science a raison.
Dans son creuset, chaque jour voit éclore
Quelque trésor qui nous la fait bénir ;

appeler de suite aux lumières fournies par l'anatomie comparée. En effet, si l'on examine la membrane interne de l'utérus chez la vache, par exemple, on n'éprouve plus le même embarras. Dès le premier coup d'œil, on lui trouve l'aspect des membranes muqueuses; elle est d'un rouge plus ou moins vif, et offre de nombreuses arborisations vasculaires à sa surface; on y remarque même de légers plis longitudinaux que surmontent, de distance en distance, les cotylédons (1). La membrane interne est d'ailleurs très-distincte de la tunique fibreuse dont on la voit séparée, à une coupe perpendiculaire, par une couche vasculaire d'un à deux millimètres d'épaisseur, remarquable en cela que les vaisseaux qui la forment se dirigent perpendiculairement vers la muqueuse, pour s'y ramifier ensuite. La plupart d'entre eux se laissent distinguer à l'œil nu; ils sont gros comme des cordonnets de soie, d'un blanc de nacre ou colorés par du sang qu'on distingue à l'intérieur. Ces vaisseaux suivent une direction oblique, de dehors en dedans et de bas en haut, de manière à rappeler la disposition de *faisceaux d'armes*. Le sommet de chaque faisceau est couronné par un cotylédon.

Chez les pachydermes et en particulier chez la truie, où il n'y a plus de cotylédons, la nature muqueuse de la membrane interne de l'utérus est encore plus manifeste, s'il était possible. Non-seulement elle glisse facilement sur la tunique sous-jacente dont il est facile de la séparer, mais son ampleur relative est proportionnellement si grande, qu'au niveau du col, où elle commence à adhérer davantage, elle forme une espèce de pli transversal qui pend en lambrequin de rideau dans la cavité du col. Chez les solipèdes, la membrane interne de l'utérus adhère également fort peu à la couche sous-jacente D'après M. A. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, si on dédouble ces plis, on trouve à la muqueuse deux fois autant d'étendue que n'en offre la surface *elle-même* de la cavité utérine; quelquefois même, cette proportion s'élève à trois et même quatre fois autant chez les femelles qui avaient eu déjà un certain nombre de poulains (1).

Chez les carnivores et les rongeurs, on ne rencontre plus cette ampleur dans la membrane interne de l'utérus; elle tient davantage à la couche sous-jacente; cependant on peut encore l'en détacher par de courts et étroits lambeaux.

IV. La membrane interne de l'utérus chez la femme diffère sous ce rapport complétement. Il est impossible de la détacher sans enlever en même temps des portions de la couche fibro-vasculaire, dans laquelle elle est pour ainsi dire incrustée. Quelle différence n'y a-t-il pas à cet égard entre la muqueuse utérine et celle du vagin? Celle-ci est peu adhérente et glisse assez largement sur les parties sous-jacentes jusqu'à la hauteur du col. C'est même cette propriété, si peu appréciée jusqu'à ces derniers temps, qui a été mise si habilement à profit par M. Jobert (de Lamballe), pour le traitement des fistules vésico-vaginales. Grâce à cette facilité de glissement, la muqueuse vaginale se décolle quelquefois dans une étendue plus ou moins considérable, et contribue ainsi aux déplacements consécutifs de l'utérus. A partir du museau de tanche, toute tentative d'une séparation de la muqueuse utérine reste sans effet à l'état de vacuité ou à une époque assez éloignée de l'accouchement. Le tissu cellulaire qui l'unit à la couche sous-jacente est si peu abondant et tellement serré que, malgré toutes les précautions, le scalpel rencontre à chaque instant sous sa lame des portions de tissu fibreux qu'on est forcé de diviser pour arriver à quelque résultat.

Quoi qu'il en soit, il suffit d'examiner avec un peu d'attention une coupe perpendiculaire de l'utérus d'une femme qui a eu

(1) Les cotylédons que l'on rencontre sur la muqueuse utérine des ruminants donnent à cette membrane un aspect assez singulier qui ne manque pas d'offrir de l'intérêt. A l'état de vacuité, les cotylédons font à peine un léger relief au-dessus du niveau de la muqueuse et ont le volume de tout petits haricots chez la vache; chez la brebis, ils sont au contraire arrondis et ont tout à fait l'aspect de gros follicules de Brunner dans la fièvre typhoïde, avec un ombilic central admirablement bien dessiné, offrant même, chez certains individus, cette teinte *gris ardoisé* que l'on rencontre dans la période avancée de la fièvre typhoïde dans les follicules de Brunner. Cette coloration est due, d'après M. Goubeaux, à la présence d'un pigment qui, étant isolé, paraît formé de molécules animées de mouvements d'attraction et de répulsion extrêmement rapides. (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1850, p. 193). La muqueuse qui recouvre les cotylédons est plus ferme que celle des parties voisines; en la touchant, on éprouve une sensation de fermeté qui nous a rappelé la sensation que fait éprouver le contact des plaques de Peyer, dures dans la fièvre typhoïde. D'après les recherches de M. Charles Robin, les cotylédons constituent, au point de vue de leur structure, la partie intégrante de la membrane muqueuse. Ils diffèrent seulement par l'abondance de la matière amorphe avec des granulations moléculaires qui compense la diminution dans les proportions des fibres du tissu cellulaire. Les glandules muqueuses, très-nombreuses dans les cotylédons, se trouvent surtout en grand nombre au fond de la cavité centrale qui représente une espèce de coupule. Comme le fait très-bien remarquer M. Chauveau, chacun de ces godets figure en quelque sorte une grande lacune servant de confluent général aux follicules du cotylédon.

Le nombre des cotylédons varie. On peut dire qu'il dépasse ordinairement la centaine par chaque utérus. D'après les recherches fort intéressantes de M. Goubeaux, il varie entre 85 et 156 chez la vache, et entre 80 et 136 chez la brebis. (*Mém. sur les cotylédons utérins* et in *Mém. de la Société de Biologie*, t. IV, 1re série.)

(1) *De la membrane interne de l'utérus considérée chez la femme et nos femelles domestiques*, et in *Journ. de méd. vét.*, publié par l'Ecole de Lyon, 1849, t. V, p. 278.

En son honneur, amis, versez encore,
Buvons à l'avenir.

Il est, dit-on, dans le siècle où nous sommes,
Certaines gens qui, pour fermer les yeux,
Osent nier que dans le cœur des hommes
Dieu mit un jour quelques rayons des cieux.
Que grâce à vous ils fixent la lumière
Que trop longtemps ils n'ont pu soutenir,
Et, clairvoyants, ils remplissent leur verre
Pour boire à l'avenir.

Après le bruit produit par le nouveau choc des verres et des voix répétant le refrain, j'ai lu, au milieu de la plus bienveillante attention, la fable suivante :

LE LAMPION ET LE BEC DE GAZ.

Le gras et triste luminaire
Qu'à toute époque on a pu voir,
Comme certain fonctionnaire,
Fêter n'importe quel pouvoir,
Le lampion, un jour, de sa mèche fumeuse
Se plaisait méchamment à voiler la clarté
D'un petit bec de gaz, veillant dans la cité
Pour mieux guider nos pas durant la nuit brumeuse.
Fier de son titre officiel,
Le pot gorgé de suif, d'un air de suffisance,
Dit au jet lumineux : Ne vois-tu pas au ciel
Pâlir l'étoile en ma présence?
Alors que viens-tu faire ici,
Toi, pauvre et chétive lumière?
D'éclairer le passant, pourquoi prendre souci
Quand devant mes rayons se cache la première?
— Avant de répliquer à semblable discours,
Fit l'autre, tout surpris de ce ton de jactance,
Laissons le temps suivre son cours,
Et nous verrons demain quelle est votre importance.

Que d'immortels, convenez-en,
Qui font force bruit à présent,
Dont la bruyante renommée
N'est aussi que de la fumée.

déjà des enfants (1), pour y distinguer trois couches : la couche interne formée par la membrane muqueuse, la couche vasculaire qui lui succède immédiatement, et, après, la couche des fibres musculaires qui constitue les limites les plus extérieures de cette coupe, sous le péritoine. On peut rendre cet examen plus facile en plongeant, pendant quelques jours, l'utérus dans une solution d'acide chromique, qui a la propriété de raffermir les tissus sans les racornir, comme le fait, par exemple, l'esprit-de-vin. Dans ce cas, les trois couches dont nous venons de parler deviennent on ne peut plus distinctes, non-seulement à l'œil, mais même au toucher. La couche des fibres musculaires offre, au contact du doigt, une sensation de dureté qui lui est propre. L'attouchement de la couche fibro-vasculaire fait éprouver une sensation de mollesse qui rappelle celle que fait éprouver le contact d'une éponge mouillée ; une faible pression suffit, d'ailleurs, pour en exprimer un peu de liquide. La couche fibro-muqueuse fait éprouver au toucher une sensation qui tient le milieu entre les deux précédentes ; on y trouve à la fois moins de fermeté que dans la première et moins de mollesse que dans la seconde.

V. A l'état frais, la membrane interne de l'utérus est d'un rouge pâle, tirant quelquefois un peu sur le jaune. Au toucher, elle fait éprouver une sensation de mollesse jointe à une certaine élasticité qui rappelle, comme l'a déjà fait remarquer M. Richard, la sensation que l'on fait éprouver en pressant légèrement avec l'extrémité du doigt sur un morceau de velours ou sur la moquette (2). Son épaisseur est de 3 à 5 millimètres au milieu de la cavité, mais elle devient plus mince en approchant de la cavité du col et vers les orifices des trompes. Cette épaisseur, ainsi que l'aspect extérieur de la membrane, propres à l'état de vacuité de l'utérus, changent déjà un peu aux époques menstruelles, mais ils s'éloignent surtout de leur type ordinaire sous l'influence de la conception. Ces changements deviennent ensuite de plus en plus marqués pendant toute la durée de la grossesse.

Si l'on poursuit l'étude anatomique de l'utérus avec le microscope, on arrive à des résultats on ne peut plus importants. Grâce à ce genre d'études, non-seulement la nature muqueuse de la membrane interne a été mise hors de doute, mais on a pu déterminer ses usages et son rôle particulier dans la reproduction de l'espèce. C'est à M. Charles Robin que revient surtout l'honneur d'avoir répandu le plus de jour sur cette intéressante question. Nous ne pouvons pas mieux faire que de donner ici le résumé des principaux résultats auxquels est arrivé cet observateur aussi habile que modeste (1).

Il y a un élément anatomique connu sous le nom de ***tissu fibro-plastique***, composé de fibres fusiformes et de noyaux, qui, d'après la loi posée d'abord par M. le docteur Lebert, confirmée depuis par tous les principaux micrographes, se rencontre toujours dans le tissu cellulaire à l'état de régénération ou d'hypertrophie. Cet élément ne se trouve donc dans l'économie qu'accidentellement. Accumulé dans une forte proportion dans un point quelconque de nos organes, il constitue la base des tumeurs décrites dans ces dernières années sous le nom de ***tumeurs fibro-plastiques***. Or ce qu'il y a de plus singulier, de prime abord, c'est que cet élément, comme nous l'avons dit, accidentel, entre exceptionnellement, environ pour la moitié dans la structure normale de la membrane interne de l'utérus. L'autre moitié est constituée par des fibres de tissu cellulaire, des fibres à noyaux en très-petite quantité, une forte proportion de matière amorphe, unissant tous les éléments des capillaires sanguines et des glandules.

VI. Les glandules niées d'abord par ceux qui refusaient la nature muqueuse à la membrane interne, ont été déjà indiquées par Bichat et Roux. M. Cruveilhier a poussé plus loin leur étude ; mais il faut arriver jusqu'à M. Coste pour en trouver une description très-exacte (2). D'après le savant professeur du Collége de France, les glandules sont rangées dans la membrane interne de l'utérus, verticalement serrées l'une contre l'autre, de manière à faire croire, après un examen à la loupe, que la muqueuse utérine en est formée presque entièrement. Ce sont de petits conduits d'un dixième de millimètre de diamètre, tournés en spirale par leur extrémité du fond, rectilignes ensuite, et se vidant isolément ou par deux dans de petits godets, qui donnent à la surface de la muqueuse cet aspect criblé déjà remarqué depuis longtemps, et qui est surtout très-prononcé quand, dans certaines circonstances que nous signalerons plus tard, on regarde cette membrane isolée des autres tuniques, contre le jour.

(1) Chez une femme qui n'a pas eu d'enfants, la couche vasculaire n'étant pas aussi développée, tranche beaucoup moins d'avec les deux autres couches qui l'avoisinent. Souvent alors les vaisseaux n'offrent pas cet aspect flexueux qu'ils présentent chez les femmes qui ont eu des enfants : tout paraît confondu en un seul tissu.

(2) *De la muqueuse de l'utérus*, par Félix-Adolphe Richard ; thèses de Paris, 1848.

(1) *Mémoire pour servir à l'histoire anatomique et pathologique de la membrane muqueuse utérine, de son mucus, de la caduque*, etc., in *Arch. gén. de méd.*, t. XVII, 4e série.

(2) *Histoire générale et particulière du développement des corps organisés.*

Ensuite est venue une intéressante et spirituelle dissertation de M. Babinet, en réponse à cette demande que lui avait adressée un des convives : Comment peut-il se faire qu'une comète, ayant la densité presque négative que vos calculs lui attribuent, peut néanmoins apparaître à nos yeux malgré le prodigieux état de ténuité de la matière qui la compose? Le savant académicien, entrant aussitôt dans une explication physique de ce phénomène, l'a si bien développé que chacun de nous a pu sortir de table, non-seulement avec l'esprit éclairé sur le sujet, mais encore avec l'espérance, malgré la terrible prédiction du nuageux astrologue allemand, d'assister au rendez-vous du premier lundi de juillet prochain.

Sur l'invitation d'un garçon de service, tous les convives ont passé dans la salle où allait être versé le café. Avec la liberté des mouvements a commencé l'heure des causeries intimes et du plus charmant abandon. C'est alors que se sont produites de ces scènes touchantes qui vont droit au cœur, et nous ont mieux fait comprendre ce que l'aspiration de notre confrère Louis Figuier porte en elle de noble et de fécond. Formés de côté et d'autre en groupe, les uns devisaient science ; d'autres, désireux depuis longtemps de se connaître, se félicitaient de cette occasion de pouvoir se serrer la main ; plus loin, deux journalistes, depuis longtemps en désaccord scientifique, se donnaient une franche accolade ; partout, enfin, on prévoyait avec joie les résultats qui devaient ressortir pour la science de ces réunions mensuelles.

Somme toute, on s'est quitté en emportant avec soi le souvenir de nouvelles amitiés, et en se disant : au revoir.

Dr A.-L. Roux.

Voici un trait curieux de la législation anglaise :

Un enfant nommé Charles Houseman s'empoisonne avec du laudanum. Le marchand qui avait vendu le poison était un épicier qui en tenait pour la satisfaction de ses clients, mais qui n'étiquetait pas souvent ses flacons. Le coroner tint ce langage à cet homme : « Si la mort avait frappé un adulte, vous vous trouviez dans une situation périlleuse : non-seulement vous avez négligé de mettre une étiquette désignant comme poison le contenu de ce flacon ; mais encore vous avez laissé sur le flacon cette étiquette : *Carminatif Dalby*, mélange inoffensif. Dans ce cas cependant, comme l'enfant qui est mort est tellement jeune qu'il ne pouvait savoir lire, cela n'entraîne pas pour vous les mêmes conséquences que s'il en eût été autrement. Soyez circonspect dorénavant. »

Le jury, après une courte consultation, prononça un verdict d'acquittement et déclara la *mort accidentelle*. (*Méd. Tim.*)

Tous les éléments que nous venons de décrire sont recouverts de cellules d'épithélium pourvues de cils vibratiles dans toute l'étendue de la membrane, depuis les pavillons des trompes jusqu'au milieu de la cavité du col. Les glandules de la cavité du col sont plus grosses que les autres et ont une extrémité renflée en forme d'une fiole ; c'est ce qu'on appelle les *glandules de Naboth*. Si parfois l'orifice de quelques-unes se ferme ; elles se laissent distendre par le mucus et acquièrent un volume beaucoup plus considérable, de telle sorte que, dans cet état, on les a désignées sous le nom d'*œufs de Naboth*.

VII. Il résulte de tout ce qui précède que si on ne peut plus douter aujourd'hui de la nature muqueuse de la membrane interne de l'utérus, elle ne diffère pas moins considérablement des autres muqueuses en général. Quand on considère qu'elle possède des caractères qui lui sont exclusivement propres, qu'on ne retrouve nulle part ailleurs, pas même à quelques millimètres au delà, dans la muqueuse de la cavité du col, il est déjà presque permis de présumer qu'elle doit jouer un rôle tout spécial dans l'économie et être chargée d'une fonction à part. D'un autre côté, quand on considère l'épaisseur de cette membrane à l'état de vacuité, sa densité, son extrême adhérence au tissu fibreux, avec la nécessité absolue d'une grande extension à l'époque de la gestation, on entrevoit déjà, en quelque sorte, comme conséquence, la probabilité de quelques importantes modifications dans sa manière d'être, sous l'influence de la conception. Cette grande proportion des glandules muqueuses, cette surabondance d'élément fibro-plastique, qu'on ne rencontre que dans des tissus de nouvelle formation ou à l'époque de la régénération des tissus et qu'on trouve dans la muqueuse de l'utérus exceptionnellement à tous les autres organes, ne semblent-elles pas aussi autoriser la pensée qu'elle doit jouer un rôle important dans la nutrition de l'œuf, et ne pourraient-elles pas même, jusqu'à un certain point, faire pressentir en elle la faculté de pouvoir se régénérer ?

Pour savoir ce qu'il y a de vrai et de juste dans toutes ces présomptions, il est indispensable de poursuivre l'examen de la muqueuse utérine après la conception et pendant tout le cours de la grossesse. C'est ce que nous essaierons de faire, en nous appuyant tantôt sur les observations de nos prédécesseurs, tantôt sur des faits observés par nous-même.

VIII. Tous ceux qui ont eu l'occasion d'ouvrir l'utérus de femme un des premiers jours ou une des premières semaines après la conception, sont unanimes sur ce fait, à savoir : que l'intérieur de cet organe est alors recouvert d'une enveloppe membraneuse d'un blanc rosé, pulpeuse au toucher, ressemblant un peu à la rétine, ayant 5 à 7 millimètres d'épaisseur, suivant exactement la forme de l'utérus, lui adhérant par sa face externe qui est floconneuse, tandis que sa face interne forme une cavité à parois lisses et présente néanmoins un aspect criblé lorsqu'on la regarde contre le jour. C'est cette membrane qui a été désignée sous le nom de *membrane caduque,* parce qu'on supposait qu'au moment de l'accouchement à terme elle ne faisait plus partie des enveloppes de l'œuf.

D'après quelques auteurs (Breschet), la substance qui compose la caduque serait encore à l'état liquide au moment de la descente de l'ovule dans la cavité utérine. Avant d'y arriver, l'ovule serait déjà tout recouvert de cette matière plastique ramassée en chemin, tout le long des conduits de Fallope, et irait ensuite se fixer, dans la même matière, sur un point des parois de la cavité utérine. La portion de cette gangue qui recouvre le segment extérieur de l'ovule étant ensuite refoulée par le développement progressif de l'ovule, constituerait, d'après ces auteurs, ce qu'on avait appelé la *caduque réfléchie*.

Pour d'autres (Moreau, Velpeau, Burdach, etc.), la caduque serait déjà à l'état de membrane immédiatement après la fécondation et ne ferait que se réfléchir sur l'ovule au moment de sa descente, comme le péricarde pariétal se réfléchit sur les gros vaisseaux et le cœur. Pour les uns, la caduque représente un sac fermé de toutes parts ; pour d'autres, ce sac n'est fermé que du côté de la cavité du col, mais il communique librement avec les conduits de Fallope ; d'autres, enfin, ont prétendu qu'il était souvent ouvert au niveau du col.

La secousse voluptueuse ressentie par les organes génitaux pendant le coït, était, aux yeux de tous ces auteurs, la cause de la formation de la caduque. La matrice étant alors excitée à l'instar d'une lèvre piquée par une abeille, d'après l'expression pittoresque de Harvey, *un liquide albumineux,* dit M. Moreau, *suinte de tous les points de sa surface. Ce liquide s'épaissit, se concrète peu à peu, sa consistance va toujours en augmentant, et le temps qui s'écoule depuis le moment de la conception jusqu'à celui de la descente de l'œuf dans l'utérus, suffit pour que des vaisseaux s'y développent, enfin, pour qu'il puisse prendre la forme membraneuse qu'il doit avoir par la suite* (1).

D'après Breschet, une sécrétion d'une humeur plastique analogue à celle qui constitue les fausses membranes, suivrait chaque coït fécondant, non-seulement chez la femme, mais même chez les mammifères (2).

M. Pouchet, à qui la science doit de fort beaux travaux sur l'ovulation, est allé encore plus loin. D'après ce savant distingué, la caduque, qu'il considère également comme un produit de sécrétion, se formerait à l'intérieur de l'utérus à chaque époque menstruelle, et serait éliminée ensuite, en cas de non fécondation, sous forme de flocons albumineux. M. Coste a déjà si victorieusement combattu cette théorie, que nous ne saurions rien y ajouter. Bornons-nous de faire observer que s'il arrive souvent aux femmes de rendre des matières glaireuses quelques jours après leurs règles, cette sécrétion, qui est d'ailleurs tout bonnement le produit de la sécrétion des follicules de la cavité du col, n'a rien de régulier dans son apparition et n'offre rien dans sa composition qui rappelle la texture de la véritable *caduque*.

IX. Quant à la caduque des mammifères admise par Cuvier, Dutrochet, Breschet, M. Velpeau et quelques physiologistes allemands, elle nous paraît avoir été invoquée en quelque sorte pour les besoins de la cause. Nous ferons plus tard connaître les modifications éprouvées par la muqueuse utérine chez les animaux domestiques, sous l'influence de la fécondation ; mais nous pouvons constater dès à présent que jamais cette membrane ne subit chez eux la transformation qui constitue la caduque proprement dite chez la femme.

Nous avons fait connaître les principales opinions qui se sont produites, jusqu'à ces dernières années, sur l'origine et la nature de la caduque. Cependant l'analogie entre le produit ainsi appelé et la membrane interne de l'utérus n'avait pas échappé au génie observateur de G. Hunter. En donnant la description de l'intérieur de la matrice chez une femme grosse de trois semaines, ce célèbre médecin s'exprime à cet égard en des termes assez catégoriques : « *Manifestum est*, dit-il, *deciduam, hocce in ovo, membranam fuisse densam, texturæ glutinosæ, quas toti cavo triangulari fundi uteri tanquam vestimentum adhæreral ; constabat etiam tubæ in facie ejus interna fuisse terminatas* (3). »

Oken est allé encore plus loin ; il dit positivement que la *caduque* n'est pas autre chose que la *membrane interne de l'utérus fortement relâchée, détachée en tout ou partie par le mouvement ou par l'inflammation.* D'après le célèbre physiologiste allemand, cette membrane s'en va quelquefois avec le germe dans les avortements, et offre des ouvertures à l'endroit correspondant aux trompes et au col de l'utérus (4).

(1) Ouvrage cité, p. 26.

(2) *Études anatomo-physiologiques et pathologiques de l'œuf*, in *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. II.

(3) *Anat. uteri humani gravidi tabulis* XXIV, fig. 5 et 6.

(4) *Voir* Breschet, ouvrage cité.

Quoi qu'il en soit, il faut arriver jusqu'en 1842 pour avoir la démonstration de ce fait anatomique. A cette époque, M. Coste fit une communication à l'Académie des Sciences, dans laquelle il prouve que la membrane *caduque* n'était point une membrane *anhiste* ou privée de texture, mais qu'elle possédait la même organisation que la membrane interne de l'utérus dont elle n'était qu'une simple modification. La pièce qui avait d'abord servi pour cette démonstration au savant et habile professeur du Collége de France était, d'ailleurs, on ne peut plus concluante. Les vaisseaux de la caduque étaient la continuation de ceux de l'utérus; sa cavité communiquait avec les conduits de Fallope en haut, et se terminait *en mourant sur le pourtour de l'ouverture supérieure du col utérin où elle semblait se continuer avec les plis de la muqueuse qui le tapisse* (1).

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE.

Études pratiques sur l'hydrothérapie,

Par M. le Dr E. Collin,
Médecin des salles militaires de l'hôpital de Billom.

(*Extrait d'un mémoire lu à la Société de médecine de Clermont-Ferrand.*)

(SUITE ET FIN. Voir les nos 55, 56, 58, 60, 63 et 68.)

URÉTHRITE CHRONIQUE.

En subdivisant l'action excitante de l'eau froide en plusieurs médications, M. Fleury a jeté les bases d'un thérapeutique nouvelle, et c'est aux praticiens à les appliquer aujourd'hui aux différents cas qui les réclament. C'est ce que j'ai voulu faire en combattant à l'aide de l'hydrothérapie les inflammations chroniques du canal de l'urètre.

J'ai consulté l'ouvrage de M. Scoutetten, celui de Schedel, et je n'y ai rien trouvé qui ait rapport à cette affection. M. Dauvergne, dans son hydrothérapie générale, n'en parle pas davantage. Dans son *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*, M. Fleury, à propos des pertes séminales et du phimosis congénital, montre qu'il a employé avec succès la médication hydrothérapique révulsive contre certains états morbides des organes génito-urinaires, mais il n'a point encore publié des observations semblables à celles qui vont suivre.

Voici le raisonnement que je me suis fait :

Parmi les uréthrites chroniques, bon nombre de ces affections tiennent tout simplement à une sub inflammation du canal de l'urètre, indépendante de toute espèce de rétrécissement.

D'autres sont liées à un état d'atonie des organes, chez des sujets débilités, lymphatiques, ayant eu déjà plusieurs blennorrhagies et abusé souvent du copahu et du cubèbe.

Quel traitement oppose-t-on, dans la pluralité des cas, à ces sortes d'affections chroniques de l'urètre, qui sont quelquefois d'une ténacité si désespérante (2)?

En général, les astringents, les toniques, une alimentation substantielle; on prescrit de se tenir chaudement, de porter de la flanelle sur la peau; on fait appliquer des vésicatoires sur les cuisses, sur les aines, etc.; en un mot, une médication reconstitutive et révulsive. N'est-il pas naturel, dès lors, d'appliquer en pareil cas l'hydrothérapie?

Quatre cas se sont présentés à ma pratique, et j'ai obtenu quatre succès. Voilà un résultat assez beau pour engager les médecins à poursuivre ces recherches.

Quant aux malades, je ne pense pas qu'ils balancent longtemps entre les révulsifs ordinaires et quelques douches d'eau froide.

Obs. I. — *Uréthrite chronique. — Guérison.*

L...., âgé de 22 ans, bonne constitution, tempérament lymphatique, a été pris, à Paris, d'une uréthrite cordée à l'âge de 18 ans; des médicaments, dont il ne connaît pas la composition, lui ont été donnés à l'intérieur et en injections par un pharmacien qu'il a consulté. Deux mois de traitement ont amené une guérison presque complète. Il ne restait plus qu'un peu d'écoulement, surtout après les écarts de régime.

Il y a un an, deuxième uréthrite, six semaines de durée. Copahu, cubèbe à l'intérieur; pas d'injection. A l'état aigu succède encore un suintement chronique.

Le 14 mars 1856, troisième uréthrite paraissant d'emblée avec des symptômes chroniques. L'écoulement est assez abondant, mais sans douleur habituelle. Vingt-cinq jours de traitement. On donne du copahu, du cubèbe, on fait des injections avec le nitrate d'argent.

Depuis cette époque l'écoulement a persisté, quoique moins abondant. Le matin surtout, l'entrée du méat est oblitérée par du pus, que le premier jet d'urine fait disparaître, non sans un peu de douleur. Quelquefois, pendant la journée, l'écoulement est presque nul, mais il augmente toujours après le plus léger écart de régime.

Le doigt, promené le long du canal, ne rencontre aucune trace d'induration.

5 *juin*. Je commence un traitement hydrothérapique.

Je donne, matin et soir, une douche générale, et je dirige la douche en jet, spécialement sur les aines, les parties supérieures des cuisses et sur le périnée.

Le 8, l'écoulement a complétement cessé. L...., en se levant, a cherché vainement à le faire paraître en pressant le canal.

Le 12, le malade veut cesser le traitement. La guérison est complète.

Obs. II. — *Uréthrite chronique. — Guérison.*

P....., âgé de 23 ans, tempérament sanguin, bonne constitution, pas de maladies vénériennes antérieures, a contracté, pendant le mois de janvier 1856, une uréthrite, contre laquelle on a administré le copahu et des injections au sulfate de zinc. Ce traitement a été continué jusqu'au 3 avril, époque à laquelle il n'y avait plus qu'un léger suintement d'un jaune pâle, un peu plus abondant le matin, au réveil, que dans la journée. L'émission de l'urine se faisait sans douleur.

A la suite d'un excès de boissons, P..... voit, le 7 mai, l'écoulement devenir plus abondant, une légère douleur se fait sentir, en urinant, dans tout le trajet du canal, le long duquel je ne sens aucune induration. Aux aines, quelques glandes engorgées sont sensibles à la pression.

Commencement du traitement le 10 mai.

20 *mai*. Depuis le 12, l'écoulement a complétement disparu, le malade cesse aujourd'hui le traitement, l'engorgement des glandes n'existe plus.

Je me dispense de donner les deux autres observations, qui sont en tout semblables aux deux premières. Les quatre malades ont été rapidement guéris. Je regrette pour eux qu'ils n'aient pas voulu plus longtemps continuer le traitement, j'aurais vu, j'en suis certain, la médication reconstitutive les ramener à un état de santé générale aussi satisfaisant que l'ont été les effets de la médication révulsive sur la maladie locale.

Tels sont les principaux faits qu'il m'a été donné de recueillir depuis le mois d'avril 1856. Si l'on veut bien tenir compte de toutes les difficultés que j'ai eu à surmonter pour faire accepter la médication hydrothérapique; des obstacles sans nombre que j'ai rencontrés là où je n'aurais dû trouver qu'encouragement et conseils affectueux; de tout ce que sont venus m'opposer l'envie, la jalousie, l'ignorance, l'ignorance surtout, on comprendra que les succès ont encore dépassé mes espérances.

(1) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. XV.

(2) M. Ricord, en 1840, traitait un malade dont l'écoulement datait de la paix d'Amiens (1800). (Melchior Robert, *Traité des maladies vénériennes*.)

En présentant aujourd'hui les résultats obtenus par une médication nouvelle, quelques-uns de mes confrères m'avaient conseillé de faire connaître dans mon travail les moyens que possède l'hydrothérapie rationnelle et d'indiquer ceux qu'elle rejette ; de dire pourquoi l'hydrothérapie ancienne, empirique, systématique, brille par le nombre de ses exercices, tandis que l'hydrothérapie nouvelle, rationnelle, scientifique, ne demande en général, aux malades, que quelques instants de la journée, et n'a pas besoin de cette multitude d'exercices qui se combattent souvent les uns par les autres. Il ne m'appartient point de poser des règles ; je l'ai dit : je glane après le maître, et qu'aurais je pu écrire après les travaux de M. L. Fleury, auxquels je renvoie tous les médecins qui voudront se former une idée exacte de cette médication puissante.

Ce travail n'a pour but que d'engager mes confrères à étudier sérieusement la médecine hydrothérapique ; quelque incomplet qu'il soit, j'espère que mes intentions ne seront pas entièrement trahies.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Anévrysme de l'artère sous-clavière traité par le deplacement d'une portion de son contenu fibreux,

Par Robert Little, esq.

En présence d'une affection aussi formidable que l'anévrysme, on n'aura jamais une batterie thérapeutique assez forte. Malgré les progres de la médecine opératoire, malgré les persévérants efforts de tous les chirurgiens et le travail si complet publié dans ces derniers temps par M. Broca, trop souvent on est obligé d'assister à l'évolution fatale de cette terrible maladie. M. Fergusson a publié, dans le cours d'une des années précédentes, un cas de guérison d'anévrysme par un nouveau procédé. En voici aujourd'hui un second exemple ; résultat bien propre à encourager les tentatives.

Mais c'est au temps et à l'expérience seulement à prononcer sur la valeur absolue ou relative d'une méthode encore toute récente.

Voici l'observation publiée dans un des derniers numéros du *Medical Times and Gazette :*

Les cas d'anévrysme de la sous-clavière ou du tronc innominé dans lesquels la compression n'est pas praticable, ne sont pas rares ; et les insuccès, qui ont constamment suivi les tentatives de ligature de ces troncs, ont rendu cette opération inadmissible en pratique, et, soit que l'on ait recours au traitement palliatif de Valsalva, ou à l'operation à distance, recommandée par Brasdor et Wardrop, les résultats sont aussi incertains ; à peine reste-t-il une lueur d'espérance, et la maladie ne tarde pas à marcher vers son issue fatale. Heureusement, M. Fergusson, le remarquable chirurgien de Londres, a imaginé un mode de traitement qui promet de plus brillantes espérances dans quelques cas. Il a proposé de déplacer une portion du contenu fibreux du sac, et de le repousser dans l'axillaire et dans la brachiale, de manière à obstruer l'artère et à empêcher le courant du sang à travers l'anévrysme. Un cas traité de cette manière par M. Fergusson lui-même a été publié dans la *Lancette*. Un cas semblable s'étant offert dans ma pratique, je le publie comme devant présenter un grand intérêt pratique et une immense importance.

Daniel Monayle, albinos, âgé de 55 ans, est admis à l'infirmerie, porteur d'un anévrysme de la sous-clavière droite. Il raconte les détails suivants : Il est marchand d'œufs et de poissons ; il a l'habitude de transporter sa marchandise à travers le pays dans un grand panier jeté derrière son dos, et retenu par une corde de paille dans laquelle il passait son bras. Dans le courant du mois de mars passé, il commença à sentir dans son bras droit une douleur qui devint peu à peu si vive que, dès le mois de mai, il était obligé de s'asseoir fréquemment sur un des côtés de la route et de déposer son fardeau pendant quelque temps. Bientôt après, il découvrit une tumeur au-dessus de la clavicule droite, précisément au point où portait la corde. Bientôt cette tumeur devint douloureuse, et, au commencement de juillet, on commença à percevoir des battements dans sa masse, qui augmenta rapidement de volume.

Dans le mois d'août, il dit avoir eu un sentiment de pesanteur telle que pendant une période il dormit la plus grande partie du jour et de la nuit. Pendant ce temps il perdit l'appétit, ne prit rien que du lait, et devint incapable de fléchir les doigts. Puis le sommeil l'abandonna tout à coup, et il déclara que pendant la quinzaine qui a précédé son entrée à l'infirmerie, il n'avait même pas dormi une heure à cause de l'intensité de la douleur dans la tumeur et le long du bras.

Symptômes au moment de l'admission. — Une tumeur égale en volume à un très-gros œuf d'oie, occupe presque toute la région sus claviculaire, depuis l'insertion sterno-claviculaire, jusqu'à l'extrémité acromiale. Cette tumeur est animée de mouvements de pulsation vigoureux, visibles dans les parties les plus profondes de sa masse, accompagnés d'un bruit de souffle considérable. Elle est molle et compressible, rouge et quelque peu enflammée à sa surface, circonstance qui avait fait craindre au docteur Greer, qui soignait avant nous le malade, une rupture de la poche.

Il n'y avait pas de matité appréciable à la percussion sous la clavicule droite, mais le murmure respiratoire n'était pas aussi distinct que du côté opposé. Les veines superficielles de la tête et du cou considérablement augmentées ; le malade n'avait ni toux, ni dyspnée, ni dysphagie. La langue est assez nette ; le pouls a 80 pulsations à la minute et est régulier ; pas d'appétit.

Son principal sujet de plainte consistait dans une douleur continue s'étendant tout le long du bras droit jusqu'au bout des doigts, et ayant son maximum d'intensité au milieu de l'humérus ; aussi, le malade comprimait toujours ce point avec la main gauche, pour se donner quelque soulagement.

On commença par une médication sédative, application de la glace sur la tumeur. Ce mode de traitement diminua quelque peu l'intensité des pulsations et procura au malade quelque tranquillité.

En décembre, deux saignées au bras ; glace tenue constamment appliquée sur la tumeur pendant trois semaines, sans amélioration apparente, sauf cependant la disparition de la rougeur de la peau qui recouvre l'anévrysme.

Ayant lu le fait publié par M. Fergusson, je résolus de l'imiter dans ce cas désespéré, sans oser me bercer de l'idée d'un succès.

En conséquence, le 1er janvier 1856, j'exerçai une pression modérée, mais continue, alternativement avec les deux pouces. Je parvins à déplacer quelque quantité du coagulum et à le diriger dans l'intérieur du conduit artériel. Aucun autre traitement local ne fut appliqué, mais je prescrivis à l'intérieur du persesqui-nitrate de fer.

Pendant les deux premiers jours, aucun changement appréciable ne survint ni dans la tumeur, ni dans le bras. Mais le troisième jour, le pouls radial était sensiblement moins fort, et le bras quelque peu plus froid que celui du côté opposé. Puis, ces symptômes allèrent en augmentant, et le dixième jour après le massage du sac, aucun battement ne pouvait être perçu dans les artères radiale, brachiale ou axillaire. La tumeur était devenue plus solide ; le bruit et la pulsation avaient diminué ; la douleur dans la tumeur et le long du bras était moins intense ; mais le malade souffrait d'un sentiment de froid sur toute l'épaule et la région scapulaire du côté droit, et d'une douleur intense le long du même côté du cou et à la partie postérieure de la tête. Ces symptômes augmentèrent d'intensité pendant un mois ; le bras

dépérit notablement, fut partiellement paralysé, gardant encore un peu de sensibilité et à peine la faculté d'exécuter quelques mouvements.

Mars. Les pulsations dans la tumeur anévrysmale ont cessé totalement d'être visibles. On applique la compression.

Novembre. Bruit et pulsation ont complétement disparu; l'anévrysme, réduit à peine au tiers de son volume primitif, est tout à fait solide; le bord antérieur de la clavicule est aigu et rugueux, à cause de l'absorption de sa face supérieure par le fait de la pression du sac; la douleur de la tête et du cou, si pénible autrefois, n'existe plus.

Le bras a repris sa température naturelle, et quoique considérablement diminué de volume, il peut servir assez convenablement; la sensibilité y a complétement reparu. Une légère pulsation peut être sentie à l'artère radiale, mais rien de semblable à la brachiale ou à l'axillaire. Deux grosses branches artérielles superficielles parcourent obliquement les restes de l'anévrysme: l'une située immédiatement sur la clavicule, l'autre un peu plus haut.

Mars 1857. On reprend le malade pendant quelques jours dans l'infirmerie, pour examiner son état présent.

La résorption a continué, la tumeur n'a pas aujourd'hui plus du volume d'une noix. Le pouls radial est plus fort que lors de notre dernier examen, mais il n'y a de pulsation ni dans la brachiale, ni dans l'axillaire. Le bras a repris complétement la sensibilité et la motilité. Pas la moindre douleur. Le malade se trouve si bien, qu'il veut reprendre ses occupations ordinaires.

E. Chairou, interne des hôpitaux.

Guérison rapide après une opération de hernie étranglée,

Par M. Cooper Forster.

La statistique des opérations pratiquées à Londres, pendant les quatre premiers mois de cette année, renferme un cas très-intéressant. Il s'agit d'un malade opéré d'une hernie étranglée par M. Cooper Forster, et qui est sorti le douzième jour de l'hôpital, avec un bandage. La plaie avait été parfaitement réunie par première intention. Il est digne de remarque que, dans ce cas, le sac avait été ouvert.

C'est là une réponse péremptoire aux partisans de la non-ouverture du sac. Ceux-ci ont coutume de montrer triomphalement les cas où la plaie a été guérie, après l'application de leur procédé, sans la moindre complication, sans la plus légère inflammation, résultats qu'ils déclarent impossibles avec l'ouverture du sac. Nous ne sachons pas qu'ils aient eu jamais à mentionner un résultat plus complet et plus rapide que celui dont il s'agit ici. (*Med. Times and Gaz.*)

CORRESPONDANCE.

Anesthésie des insectes.

Nous insérons avec plaisir la lettre de notre excellent collaborateur. Les faits qu'elle révèle ne peuvent, comme le dit très-bien notre ami Réveil, porter aucune atteinte ni à la gloire de Morton et Jackson, ni au mérite de M. Doyère; mais ils n'en sont pas moins curieux, surtout au point de vue de l'histoire de l'art.

Mon cher de Castelnau,

J'ai lu avec le plus vif intérêt la communication faite par M. Doyère à l'Académie des Sciences, au sujet de la conservation des céréales, et dont vous faites une appréciation si favorable dans le *Moniteur des Hôpitaux* de ce matin.

Ma lettre n'a pas pour but, comme vous le pensez bien, de porter la moindre atteinte à la grande découverte de MM. Morton et Jackson, pas plus que de diminuer en rien le mérite de l'ingénieuse application que M. Doyère a faite des anesthésiques à la conservation des blés.

Je ne puis cependant m'empêcher de vous rappeler que les propriétés anesthésiques de l'éther étaient connues des entomologistes depuis bien longtemps. En effet, les chasseurs d'insectes savent très-bien qu'il est fort difficile de retenir les petits animaux captifs, et que même en les piquant avec une épingle, il arrive souvent, surtout pour les gros coléoptères, que l'insecte s'échappe, emportant avec lui l'épingle qui le fixe au fragment de liége.

Il y a plus de vingt ans que, sur le conseil d'un entomologiste qu'il me serait difficile de désigner, j'avais l'habitude, lorsque je récoltais des insectes, de placer dans ma boîte un peu de coton imbibé de quelques gouttes d'éther; les petits animaux, parfaitement anesthésiés par ce moyen, n'avaient plus la force de s'envoler; mais si on venait à les soustraire à l'action de l'agent anesthésique, ils reprenaient bientôt toute leur vigueur, et pouvaient de nouveau prendre leur liberté.

Je le répète, il y a plus de vingt ans que cette pratique est mise en usage par les entomologistes. Il y avait là certainement des éléments suffisants pour arriver à la découverte qui a immortalisé les noms de MM. Morton et Jackson; mais ce fait, comme tant d'autres, était resté sans application.

Agréez, etc. Dr O. Réveil.

Viroflay, 4 juin 1857.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nous avons reçu vendredi, trop tard pour l'annoncer à nos lecteurs, de la part de notre aimable et spirituel professeur-agrégé, M. Bouchut, une assignation à comparaître, après-demain mercredi, devant la sixième chambre de police correctionnelle, pour nous entendre condamner en 3,000 fr. de dommages-intérêts. Nous nous contentons de l'annoncer purement et simplement.

Un pharmacien d'Anvers ayant intenté un procès à un chirurgien, qui, afin de détourner de ses clients de se servir chez ledit pharmacien, leur avait dit que les médicaments qu'il prescrivait y seraient mal préparés ou de mauvaise qualité, indiquant un autre pharmacien qu'il recommandait à l'exclusion de tout autre, le tribunal de première instance a condamné le chirurgien à payer au demandeur 50 fr. à titre de dommages-intérêts, ainsi qu'aux frais du procès.

(*Presse méd. belge.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Indicateur médical et topographique d'Aix-les-Bains (Savoie) pour 1857, par le docteur baron Despine, médecin de l'établissement royal des Bains, etc., etc.; comprenant un Précis topographique et historique d'Aix, ses sources minérales, les maladies traitées, les divers modes d'application des eaux, les précautions nécessaires avant, pendant et après la cure; les promenades, curiosités, frais de séjour; avec un tableau d'analyses chimiques des differentes sources, et une Carte itinéraire des environs d'Aix. — Prix : 1 fr.

Tableaux des opérations qui se pratiquent sur l'homme. — *Deuxième livraison* : AMPUTATION DES MEMBRES, par M. le docteur Fano, agrégé de la Faculté de Paris. — Prix : 1 fr. 25 c. — Chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Des chemins de fer et de leur influence *sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs*, par M. le docteur E.-A. Duchesne, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité, etc. — Un vol. in-12 de 292 pages (Paris, 1857). — Chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55.

Études sur l'électricité *appliquée au traitement et au diagnostic des paralysies*, par M. le docteur R. Philipeaux, ancien interne des hôpitaux de Lyon, lauréat de l'Institut de France, etc. — Broch. in-8° de 106 pages (Lyon, 1857). — A Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 70. 5e année. Jeudi 11 Juin 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX
Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 10 juin 1857.

Séances de l'Académie des Sciences du 25 mai et du 1er juin 1857.

Commençons d'abord par rectifier une erreur typographique qui s'est glissée dans notre dernière appréciation des séances de l'Académie, à propos du travail de M. Doyère. Nous avons imprimé que le sulfure de carbone pouvait affaiblir et peut-être anéantir la propriété *germinative* des grains ; c'est la propriété *fermentescible* qu'il fallait dire. Cette rectification est importante, car la conservation de la faculté germinative étant de rigueur dans tout procédé de conservation, l'agent qui détruirait cette faculté serait un très-mauvais conservateur, et l'un des mérites du sulfure de carbone, c'est de la conserver intacte.

— L'ozone, sur lequel, on ne sait trop pourquoi, les chimistes éminents de notre pays semblent éviter de faire des recherches et de dire leur opinion, peut être cependant appelé à éclairer d'une vive lumière quelques grandes questions d'hygiène. Mais pour arriver à quelques résultats certains, soit positifs, soit négatifs, il est indispensable que les observations dont l'ozone est le sujet soient faites avec une rigueur qui manque à la plupart de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour.

De ce nombre, cependant, ne sont pas celles que M. le docteur Bérigny, de Versailles, a faites, en collaboration avec M. Richard, et qu'il a communiquées à l'Académie. Ces recherches portent à un haut degré le cachet de précision, qui seul peut leur donner de la valeur, et l'on peut dire même qu'elles sont un modèle pour les observateurs futurs qui voudront étendre le cercle d'observation inauguré, chez nous, d'une manière si remarquable, par M. Bérigny. Ce savant météorologiste qui, dans deux travaux antérieurs (1), nous avait déjà donné une mesure de son exactitude et d'un zèle bien rare pour la science, nous montre aujourd'hui tous les écueils qu'il faut craindre et éviter dans un genre d'observations aussi faciles, en apparence, que celles de l'ozonométrie, et il indique aux observateurs quel degré de confiance ils doivent ajouter aux divers papiers, c'est-à-dire, aux divers *thermomètres* de l'ozone. Après de telles expériences, qui étaient indispensables, les médecins-météorologistes pourront maintenant marcher avec toute sécurité et, ce qui est important, faire partout des observations qui soient comparables.

— Nous ne ferons que mentionner aujourd'hui, nous proposant d'y revenir ultérieurement, une communication de M. Persoz, relative à la conservation des grains. — Nous mentionnerons également, mais pour n'y pas revenir, une revendication de priorité de M. Édouard Robin, qui nous a bien étonné de sa part : quand on a trouvé le moyen d'empêcher les hommes de mourir, il nous semble bien mesquin de réclamer la priorité de la découverte des propriétés conservatrices de la benzine et de l'huile de houille.

— Une lettre adressée à l'Académie par M. Heurteloup, a donné lieu à quelques explications dont les *Comptes rendus*, suivant leur usage d'ailleurs, n'ont présenté qu'un tableau fort incomplet. Nous ne chercherons pas à le compléter avec les notes que nous avons prises à la séance, une discussion sur la lithotritie et ses procédés nous paraissant fort inopportune à propos d'une fondation charitable plus encore que scientifique.

— Un médecin russe fort distingué, M. Poznanski, a communiqué des recherches météorologiques qui se présentent avec de singulières apparences de précision, et qui auraient une grande importance hygiénique si elles venaient à être confirmées. Nous manquons absolument de terme de comparaison pour essayer une appréciation du mémoire de M. Poznanski ; nous croyons cependant que si l'augmentation de pression existe réellement pendant la durée du choléra, cette pression est un fait beaucoup moins généralement connu et constaté que ne le dit le savant correspondant de l'Académie. Dans un des mémoires de M. Bérigny, auxquels nous venons de renvoyer, le sévère observateur de Versailles a démontré qu'il existe une relation presque constante entre la pression atmosphérique et les réactions ozonométriques de l'atmosphère. Il est regrettable que M. Poznanski n'ait pas fait marcher de front l'observation ozonométrique, barométrique et physiologique ; ce triple contrôle réciproque aurait donné beau-

(1) Dans ces travaux, contenant des observations ozonométriques faites à Versailles, puis, à la caserne de Saint-Cloud, d'après l'invitation du maréchal ministre de la guerre, M. Bérigny a mis en lumière des faits extrêmement curieux et qui sont loin d'être sans importance pour l'hygiène. (Voir *Monit. des Hôp.*, 21 sept. 1855 et 21 juin 1856.)

coup de poids aux résultats qu'il a consignés dans sa note, et que nous ne pouvons que signaler à toute l'attention des médecins météorologistes. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — Clinique de la Faculté. — M. TROUSSEAU.

Emploi du quinquina et des préparations arsenicales contre les fièvres intermittentes.

Un homme est entré dans notre service, atteint de *fièvre quarte*. Il est malade depuis longtemps, car le début de cette fièvre remonte à plusieurs mois; elle était primitivement quotidienne et a pris depuis trois mois le type qu'elle revêt aujourd'hui. Vous savez, Messieurs, que souvent les types de la fièvre intermittente se modifient ainsi, que de quotidiennes elles deviennent tierces, puis double tierces, puis quartes.

La fièvre quarte était ce que les anciens appelaient le manteau d'hiver, et le proverbe latin *quartana te teneat,* équivalant à nos formules de mauvais souhaits, prouve qu'elle était assez redoutée; c'est qu'en effet, Messieurs, elle est très-tenace, très-difficile à guérir. Elle prend ordinairement ceux qui ont été longtemps exposés aux influences des marais, ceux qui portent depuis longtemps les traces profondes de l'intoxication de la cachexie palustres, tels que les engorgements de la rate et du foie, la pâleur anémique et le teint bistré de la peau. Elle est, disons-nous, très-difficile à déraciner. En général, rappelez-vous ceci : plus le type d'une fièvre intermittente la rapproche de la continue, plus elle est facile à guérir; plus, au contraire, les intervalles d'accès sont éloignés, plus la fièvre est difficile à vaincre: si bien que les intermittentes quotidiennes guérissent ordinairement sans l'intervention du médecin, qu'il en est quelquefois ainsi des double-tierces, tandis que les tierces, et à plus forte raison les quartes, demandent à être traitées, et à être traitées avec soin, et par cela seul que les intermittences sont plus longues, que l'intoxication est plus profonde, plus aussi le traitement doit être rigoureusement et longtemps continué. Mais, d'un autre côté, de ces différents types, ceux les plus faciles à guérir dans leur expression phénoménale, ceux dont les accès sont les plus aisément coupés, sont ceux qui présentent les intervalles les plus éloignés; ainsi, l'accès quarte est plus aisément coupé que l'accès tierce, celui-ci l'est plus rapidement que le double-tierce, le quotidien, au contraire l'est le plus difficilement. Vous allez comprendre, Messieurs, les différences qui existent entre ces deux propositions. La fièvre quarte a pour expression phénoménale l'accès revenant chaque quatrième jour, c'est-à-dire après trois jours d'intermission; la quotidienne a pour expression phénomale l'accès revenant après une intermission de vingt-quatre heures; le quinquina empêche l'accès des types intermittents quartes de revenir au quatrième jour, il est impuissant le plus souvent à supprimer l'accès du type quotidien. Mais le plus souvent, dans le premier cas, le retour des accès n'est que momentanément suspendu; le quinquina a fait taire pour un instant la maladie et ne l'a pas guérie, tandis que dans le second cas, bien que les accès se soient répétés en dépit de la médication, la fièvre guérit, au bout d'un certain temps, toute seule. Les conséquences thérapeutiques sont faciles à déduire et à résumer en un simple aphorisme: plus les types de la fièvre intermittente sont éloignés, plus longtemps le traitement doit être continué. Contre la fièvre quarte, au lieu de se borner à administrer le quinquina pendant huit à dix jours, comme cela suffirait dans une double tierce, il faudra l'administrer pendant des semaines, des mois, de manière à détruire la cachexie palustre, à bien empêcher le retour de ses manifestations.

Le quinquina reste toujours le remède par excellence. Je tiens à vous dire, Messieurs, comment il faut l'employer dans le traitement des fièvres intermittentes, quelle est la méthode la plus efficace; je tiens aussi à vous dire la façon la plus économique de les traiter. Ce point est très-capital, car vous aurez le plus souvent à donner des soins aux indigents, que la fièvre frappe plus souvent qu'elle ne frappe les riches; pour ceux-ci, sans doute, vous n'aurez guère à vous embarrasser du prix des médicaments que vous ordonnerez. Il ne devra point en être ainsi des pauvres, pour lesquels la question d'économie est d'un si haut intérêt. Or, savoir administrer convenablement le quinquina, c'est le donner au meilleur marché possible.

Vous m'avez vu, chez notre malade, attaquer la fièvre d'emblée, à l'aide de l'électuaire de Sydenham. Chaque année, je vous en dis la formule; je vous la dirai encore, afin que vous ne l'oubliez pas :

℞ Quinquina calysaia.	32 grammes.
Conservez s. roses. . . .	ãã suffisante quantité
Sirop d'écorces d'oranges. .	ãã suffisante quantité

pour faire un électuaire de consistance convenable.

Sydenham employait le sirop d'œillet, mais ce sirop n'étant plus en usage dans la pharmacie, je le remplace par celui d'écorces d'oranges.

Le malade doit prendre de cette électuaire immédiatement après le premier accès, et le prendre par bols, de trois en trois heures, de façon à avoir pris le tout dans un intervalle de trente-six ou quarante-huit heures. Ce médicament n'est ni difficile, ni désagréable à avaler.

Quand le quinquina est ainsi administré dans une fièvre tierce ou dans une fièvre quarte, on est à peu près certain que le second accès ne se manifeste pas. Une nouvelle dose, égale à la première, doit être prise trois jours plus tard, puis on laisse un intervalle de quatre jours, sans s'inquiéter des jours de fièvre; puis ont interrompt pendant six à huit jours, pour reprendre toujours la même dose; puis on laisse dix jours d'intervalle, et pendant deux mois, on fait prendre le quinquina, sans changer la dose, de dix jours en dix jours.

En suivant cette médication, la fièvre se guérit radicalement; et de toutes les médications quiniques, celle-ci sera la moins dispendieuse, car, d'une part, la poudre de quinquina est d'un prix beaucoup moins élevé que celui du sulfate de quinine; et, de l'autre, en l'administrant selon cette méthode, il n'est pas nécessaire d'en administrer autant qu'on serait obligé de le faire si on s'exposait aux récidives.

Le quinquina seul suffit-il toujours? Non, assurément; et d'abord, chez les individus atteints de cachexie palustre, il faut aider l'action de l'écorce du Pérou par un régime réparateur, une bonne alimentation, indication malheureusement très-difficile à remplir chez les indigents; il faut encore, suivant le précepte de Sydenham, avoir recours aux préparations ferrugineuses. Nous ajouterons que, lorsqu'il est possible d'en faire usage, certaines eaux minérales, celles de Selters, en Nassau, celles de Pougues et à Vichy, celles de la source Lardy, sont très-avantageuses pour combattre ces cachexies palustres.

Mais, administré même de la façon que nous avons indiquée, le quinquina est encore un médicament d'un prix élevé; voyons donc si la matière médicale nous peut fournir quelque agent thérapeutique qui, tout en remplaçant les préparations quiniques, aura sur elles l'avantage que nous cherchons. L'arsenic paraît présenter ces conditions avantageuses. Vous trouverez dans un travail récent publié par M. le docteur Frémy (1), des renseignements intéressants sur l'emploi de ce médicament, administré suivant la méthode indiquée autrefois par Plinciz, et dans ces derniers temps préconisée surtout par M. Boudin. M. le docteur Frémy s'appuie sur une série d'observations qu'il a recueillies à l'hôpital militaire du Roule, alors qu'il était momentanément chargé d'un service dans cet établissement. Ce

(1) Voir *Moniteur des Hôpitaux :* 8, 15, 27 janvier, 3, 7, 14 février 1857 (nos 4, 7, 12, 15, 17, 20).

sont des fièvres tierces parfaitement légitimes, dont deux, trois, quatre, cinq et jusqu'à sept accès s'étaient manifestés, revenant bien périodiquement; dans ces cas, il a eu recours à la médication arsenicale, suivant les indications de M. Boudin, c'est-à-dire, en donnant soit l'acide arsénieux à la dose de 2 centigrammes par jour, prise en plusieurs fois, soit les arséniates de potasse et de soude administrés aux mêmes doses, et cette médication a très-incontestablement guéri un nombre assez considérable de malades.

Je ne vous parlerai pas ici de mon expérience personnelle, car pour ma part je n'ai jamais employé les préparations arsenicales dans les fièvres intermittentes, mais vous pouvez vous en rapporter à celles d'hommes aussi graves que le sont M. Boudin, l'un de nos médecins militaires les plus distingués, et M. le docteur Frémy, notre collègue dans les hôpitaux. Or, Messieurs, ces auteurs vous disent qu'administrée avec prudence, cette médication est non-seulement exempte de dangers, mais que dans un grand nombre de circonstances, même indépendamment de toute affection palustre, l'arsenic peu ramener la santé à un type parfait. Déjà, en mainte occasion, je vous ai parlé des arsenicophages, de ces populations qui donnent habituellement de l'arsenic à leurs bestiaux pour exciter leur appétit et leur faire prendre une meilleure apparence, qui, mieux encore, font eux-mêmes usage de cette substance pour se tenir en meilleur état de santé. L'action avantageuse de l'arsenic sur les fonctions digestives et nutritives, même à l'état physiologique, paraît donc un fait acquis; bien entendu, il faut l'employer à très-faibles doses, et dans ces conditions il est aussi inoffensif que peut l'être le sulfate de quinine. Or, tandis que celui-ci trouble quelquefois les fonctions gastriques, l'arsenic, au contraire, les régularise le plus souvent. Au point de vue du danger que vous pourriez faire courir aux malades, n'ayez donc aucun scrupule; et d'un autre côté, considérant l'énorme économie qu'il y aurait à faire usage d'un médicament dont la valeur vénale est aussi insignifiante que l'est celle de l'arsenic, vous n'hésiterez pas à l'employer comme vous le conseillent les hommes recommandables que je vous ai nommés.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Corps étrangers sous-cutanés,

Par M. E. Marchand, de Sainte-Foy (Gironde).

L'*Union médicale de la Gironde* publie, dans le Compte rendu de la Société médicale de Libourne, quatre faits intéressants sur ce sujet. Ces faits prouvent que souvent des erreurs de diagnostic sont le résultat de l'inattention plutôt que de l'ignorance; ils doivent engager les chirurgiens à examiner avec soin même les lésions les plus simples, et dans lesquelles le diagnostic se présente avec des caractères en apparence simples et évidents :

Obs. I. — Un homme a, depuis plus d'un an, une sciatique l'obligeant à marcher avec des béquilles. Elle a été traitée par une foule de moyens, entre autres par des vésicatoires, et plusieurs médecins ont vu le malade qui est allé aux eaux. Consulté à son tour, M. Marchand examine avec un soin particulier le membre affecté; et une tache analogue à un léger nœvus, placée sur le trajet de la douleur, fixe d'autant plus son attention qu'elle semble le point de départ du mal; il fait une légère incision, sonde, et avec la pince retire, à son grand étonnement, une épine de prunier sauvage de la longueur de 1 centimètre. — Les accidents disparaissent aussitôt pour ne plus revenir.

Obs. II. — Un homme qui, depuis un mois, souffre beaucoup d'une jambe sans qu'on puisse, à l'examen en apparence le plus attentif, découvrir la moindre cause matérielle de cette souffrance; mais, comme son attention y est souvent rappelée, il croit reconnaître un petit point noir qu'il fait remarquer à M. Marchand. Une incision y est faite, et la pince retire une longue soie de sanglier qui n'était autre chose qu'un poil de brosse.

Obs. III. — Une petite pensionnaire avait une tumeur très-pointue et très-douloureuse sur le dos de la main. Cette petite tumeur dure donnait la sensation d'un corps étranger quand on passait le doigt dessus. Les questions de notre confrère ne reçurent aucune réponse satisfaisante. Après quelques jours d'attente les douleurs étant fort vives, et la suppuration ne survenant pas, M. Marchand incise, et à son grand étonnement encore, il voit sortir une longue et grosse aiguille à coudre. La jeune fille raconta alors qu'en arrivant chez elle, plusieurs mois avant, et en jetant son bras autour du cou de sa mère, elle avait senti une vive douleur à la paume de la main; mais que, n'ayant pas vu de sang, elle n'y avait fait aucune attention et qu'elle était restée plusieurs mois sans en souffrir.

Obs. IV. — Un garçon de 15 ans, scrofuleux, vient consulter M. Marchand pour une carie du tarse : son mal avait été ainsi qualifié. Le pied est déformé, élargi, empâté, et cela est d'autant plus sensible que le pauvre malade se servait d'une béquille pour ne plus appuyer le pied sur le sol; sa jambe est amaigrie et sèche. Il existe des fistules à la plante et sur le bord interne. Au premier coup d'œil, c'est un cas d'amputation. Les accidents sont survenus, il y a quinze mois, à la suite d'une entorse éprouvée en courant sans chaussure dans un champ. Le stylet donne la sensation d'une vaste poche qui renferme des parcelles d'os.

Pour ne pas renvoyer le malade sans lui faire quelque chose, M. Marchand cherche à extraire des fragments d'os nécrosés; il réussit à en saisir une parcelle, et, à sa grande surprise, il reconnaît un morceau de silex. Il continue l'opération, et en retire deux autres morceaux qui ont le diamètre et l'épaisseur d'une pièce de 50 centimes.

Le malade se rétablit si rapidement que le lendemain il marchait en appuyant le pied. Il n'a jamais pu comprendre comment ces cailloux s'y étaient introduits.

A ces faits, nous pouvons joindre le suivant que nous avons observé à la consultation de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques :

Obs. V. — Un garde-forestier fit une chûte dans un bois récemment coupé : sa main porta sur un tronc coupé à fleur de terre, et il se fit une blessure vers le centre de la face palmaire; quelques fragments d'écorce restèrent à la surface de la plaie, mélangés de sang et de boue. — La plaie se rétrécit peu à peu, mais il resta une ouverture fistuleuse. Le blessé consulta plusieurs chirurgiens qui crurent à une affection grave des os du métacarpe, et cet état persistait depuis plusieurs mois quand le garde vint consulter M. Nélaton. Celui-ci, après avoir introduit un stylet dans la fistule et reconnu la présence d'un corps dur, y fit pénétrer les deux mors d'une pince et retira d'abord deux petits fragments d'écorce, gros comme des grains d'avoine, puis un autre, aplati, plus large qu'une pièce de 50 centimes. — Nous n'avons pas revu cet homme à la consultation; il est probable que la guérison a été rapide après l'extraction de ces corps étrangers. — J. R.

Cancer épithélial des parties génitales chez une jeune femme,

Par M. Llyod.

M. Lloyd a dans son service, à l'hôpital Saint-Bartholomé, un cas de cancer épithélial des parties génitales d'une femme. Ce fait présente quelques particularités remarquables.

Cette femme avait été admise dans le service des vénériens, comme atteinte de végétations syphilitiques. Elle a 29 ans, l'apparence d'une bonne santé, et ne présente rien qui puisse faire soupçonner un cancer. Elle est veuve, mère de plusieurs en-

fants, et elle affirme avec énergie que depuis seize mois, époque à laquelle remonte la mort de son mari, elle ne s'est exposée à aucune cause d'infection syphilitique.

Les premiers symptômes qui se manifestèrent, il y a huit mois de cela, consistent dans de violentes démangeaisons, bientôt suivies d'un petit tubercule qu'elle prit pour une verrue.

Au moment de son admission, les deux lèvres et le mont de Vénus sont couverts d'une surface rugueuse, inégale, ulcérée, sécrétant un liquide de mauvaise nature. M. Lloyd soupçonna tout d'abord une affection cancéreuse; et bientôt la tendance des ulcérations à se propager profondément, leurs bords sinueux et indurés, la fétidité des sécrétions et la douleur qui accompagnait tout cela, ne lui laissèrent aucun doute sur la certitude de son diagnostic. L'ulcération s'étend non-seulement au méat urinaire, mais encore si profondément dans l'intérieur du vagin, qu'il ne faut même pas songer à l'excision.

La malade ne se souvient pas avoir jamais vu aucun membre de sa famille affecté de cancer ou de toute autre espèce de tumeur. Pour nous, c'est le premier cas de cancer épithélial des parties génitales que nous observions chez une femme âgée de moins de 30 ans. (*Med. Tim. and Gaz.*)

E. Chairou, interne des hôpitaux.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

Transformation de la mannite et de la glycérine en un sucre proprement dit,

Par M. Berthelot.

(*Communiqué à l'Académie des Sciences.*)

Les analogies qui existent entre la fermentation alcoolique de la mannite et de la glycérine et la fermentation alcoolique des sucres proprement dits, font naître tout d'abord l'opinion que ces deux fermentations pourraient bien n'être pas réellement distinctes : si la mannite et la glycérine fournissent de l'alcool, c'est qu'elles ont peut-être passé au préalable par l'état de sucre.

Pour examiner cette question, j'ai entrepris des expériences très-variées; leurs résultats ont été différents suivant les circonstances. Dans les conditions normales de la fermentation alcoolique de la mannite et de la glycérine, je veux dire sous les influences simultanées du carbonate de chaux et de la caséine, la transformation de la glycérine et de la mannite en alcool, soit à 40 degrés, soit même à 10 degrés, s'opère d'une manière directe, sans qu'à aucun moment de l'expérience on puisse saisir le moindre indice de l'existence temporaire d'un sucre proprement dit. Mais la marche régulière de ces expériences est subordonnée à la présence du carbonate de chaux; s'il est supprimé, tantôt et en général, la fermentation ne se développe pas : la mannite et la glycérine demeurent inaltérées; tantôt, et seulement dans des circonstances particulières, on peut observer la formation d'un sucre proprement dit. Je vais exposer le résumé de ces diverses observations.

La mannite et la glycérine, dissoutes dans l'eau, ont été abandonnées, à la température ordinaire, au contact de tous les tissus et substances azotées de nature animale ou analogues que j'ai pu me procurer. Dans plusieurs cas il s'est produit un sucre proprement dit, susceptible de réduire le tartrate cupro-potassique, et d'éprouver immédiatement sous l'influence de la levûre de bière, la fermentation alcoolique. Les conditions de cette formation de sucre sont, les unes susceptibles d'être définies avec quelque rigueur, les autres exceptionnelles.

Ainsi, j'ai observé cette formation avec l'albumine, la caséine (1), la fibrine, la gélatine, les tissus cutané, rénal, pancréatique, etc., mais toujours accidentellement et sans réussir à fixer les conditions du phénomène.

Un seul tissu, celui du testicule, a provoqué d'une manière à peu près régulière la transformation de la mannite et de la glycérine en sucre proprement dit. Voici dans quelles circonstances. On prend des testicules d'homme ou d'animaux (coq, chien, cheval), on les coupe en petits morceaux et on les abandonne dans une solution formée de dix parties d'eau et d'une partie de mannite ou de glycérine; le poids du tissu animal (supposé sec) doit représenter 1/20 environ du poids de la mannite et de la glycérine. On opère dans un flacon ouvert, sous l'influence de la lumière diffuse et à une température qui doit rester comprise entre 10 et 20 degrés. Le tissu demeure en général sans se putréfier; s'il pourrit, l'expérience est manquée. La formation des moisissures et particulièrement du *penicillium glaucum*, est également nuisible, quoique à un moindre degré. On essaye de temps en temps la liqueur; au bout d'un intervalle qui varie entre trois mois et une seule semaine, on constate d'ordinaire l'apparition d'une substance apte à réduire le tartrate cupro-potassique et à fermenter immédiatement au contact de la levûre de bière. A ce moment, on sépare par décantation les fragments testiculaires et on les soumet à des lavages réitérés jusqu'à élimination totale de la mannite ou de la glycérine; dans cet état, ils ont acquis la propriété de transformer ces deux substances en sucre véritable. Pour atteindre ce but, on reproduit avec les tissus préparés l'expérience que je viens de décrire; elle réussit en général et fournit presque toujours une certaine proportion de sucre. Il suffit même d'imprégner le tissu avec une solution de mannite ou de glycérine pour observer au bout de quelques semaines une formation de sucre très-abondante.

Quelques expériences réalisées avec la dulcine ont donné lieu à des résultats semblables.

Le sucre ainsi formé est analogue au glucose par la plupart de ses propriétés; il n'a pu être obtenu sous forme cristallisée; il est très-soluble dans l'eau, dans l'alcool aqueux et dans la glycérine, dont on ne peut guère le séparer. C'est un corps assez hygrométrique, très-altérable durant l'évaporation de ses dissolutions, susceptible de brunir sous l'influence des alcalis et de réduire le tartrate cupro-potassique; l'acétate de plomb ammoniacal ne le précipite pas en proportion sensible. Au contact de la levûre de bière, il fermente immédiatement avec production d'alcool et d'acide carbonique. Il était fort important de vérifier si ce sucre possède le pouvoir rotatoire; malheureusement, la facilité avec laquelle il se colore et s'altère durant la concentration de ses dissolutions, m'a empêché d'établir ce point avec une certitude complète. Une seule fois j'ai réussi à observer une déviation de la teinte de passage égale à — 5°,5, sur une longueur de 200 millimètres, avec une liqueur renfermant environ un vingtième de sucre; ce sucre serait donc lévogyre et distinct du glucose et de la plupart des autres sucres par le sens de son pouvoir rotatoire. J'espère établir complétement ce caractère essentiel par des observations ultérieures.

Quelle est l'origine de cette substance et quelle influence le tissu testiculaire exerce-t-il sur sa formation?

---

(1) Voici quelques causes d'erreur contre lesquelles il est bon de se tenir en garde dans ces expériences : 1° l'albumine et la caséine contiennent de petites quantités de sucre dont il est nécessaire de les débarrasser; 2° la mannite du commerce, même la plus belle, doit être également purifiée, car elle contient 1 à 2 centièmes de sucre. Ce sucre vient de la manne, laquelle en renferme 10 à 15 centièmes. Presque tous les analystes ont signalé la présence d'un sucre dans la manne; je l'ai vérifiée sur tous les échantillons que j'ai pu me procurer, et notamment sur des produits aussi frais que possible et d'origine certaine, que M. le baron Anca a bien voulu faire venir de Palerme à mon intention. La proportion de ce sucre préexistant dans la manne n'augmente pas sous l'influence du temps ou du séjour dans un lieu obscur et humide. Indépendamment du sucre et de la mannite, la manne renferme près de moitié de son poids de substances à peu près inconnues; aussi l'emploi de la manne dans ces expériences ne saurait-il conduire à aucune conclusion; 3° la glycérine dite *purifiée* du commerce renferme un corps susceptible de réduire le tartrate de cuivre. Il est nécessaire de purifier soi-même la glycérine brute.

Entre les nombreuses expériences que j'ai faites pour éclairer ce point, je citerai l'une des plus décisives :

Le 18 décembre 1856, on a pesé 2 grammes de testicules frais de coq (représentant à l'état sec 0,280), 5 grammes de mannite et 50 grammes d'eau ; on a introduit le tout dans un flacon communiquant avec l'atmosphère à travers un tube rempli de coton cardé ; le flacon a été abandonné dans un laboratoire médiocrement chauffé. Le 12 avril 1857, on a mis fin à l'expérience. La liqueur renfermait 0^{gr},250 de sucre proprement dit. Les fragments de testicule avaient conservé leur forme et leur aspect microscopique; un examen très-attentif y fit découvrir quelques traces presque inappréciables de végétaux. Lavée et séchée, la portion insoluble de ces fragments pesait 0^{gr},230. Ils avaient donc perdu 0^{gr},050. Cette perte est d'ailleurs plus apparente que réelle ; car les testicules frais renferment une certaine proportion de substances salines et autres solubles dans l'eau ; de plus, une portion du tissu se désagrége et devient également soluble sans se changer en sucre ; tous ces produits sont évalués comme perte, bien qu'on les retrouve à l'état soluble et en partie coagulable durant l'évaporation des liqueurs. Si l'on tient compte de ces diverses circonstances et de la proportion du sucre formé dans l'expérience qui précède et dans diverses autres, sans parler des analogies de composition et de constitution qui existent entre les sucres, la mannite et la glycérine, on sera conduit à regarder le sucre produit dans les expériences précédentes comme résultant surtout, et peut-être même exclusivement, de la transformation de la mannite et de la glycérine. J'ai pu, d'ailleurs, confirmer cette conclusion par d'autres expériences dans lesquelles le tissu testiculaire a produit, sans diminuer notablement, jusqu'à sept fois consécutives la tranformation de la mannite en sucre.

Ces phénomènes tendent à assimiler l'influence du tissu testiculaire aux actions de contact proprement dites que l'on a observées en chimie minérale ; cette interprétation est confirmée par la permanence de la structure microscopique du tissu testiculaire dans le cours des expériences. Mais ce sont là des probabilités plutôt qu'une démonstration. En effet, les tissus animaux ne jouissent pas de cette invariabilité absolue de composition qui caractérise souvent les composés minéraux agissant par contact. En même temps que le tissu agit, il s'altère d'une manière continue ; il se décompose sans se putréfier, comme l'attestent les analyses suivantes....

Ainsi, l'on ne peut décider avec toute rigueur si le tissu opère par action de contact en raison de sa structure organique ou de sa constitution chimique, ou bien si le fait même de sa décomposition exerce quelque influence. Enfin, le contact de l'air, sans lequel ces expériences n'ont pu réussir, introduit une complication nouvelle, car il permet le développement d'êtres microscopiques animaux et surtout végétaux ; ce développement n'a jamais pu être évité complétement, mais il semble plus nuisible que favorable à la formation du sucre. Dans les expériences les plus heureuses, la formation des êtres organisés était la plus faible possible; ainsi, dans celle dont j'ai cité plus haut les résultats numériques, leur présence ne s'est manifestée que par un examen très-minutieux.

Ces détails, que j'ai cherché à rendre aussi fidèles que possible, montrent combien sont complexes les phénomènes de fermentation ; combien ils renferment d'éléments inconnus ou obscurs ; cependant les chimistes peuvent mettre en jeu les forces qui les provoquent, les faire agir sur des corps définis et les diriger vers l'accomplissement de métamorphoses déterminées. C'est à peu près de la même manière qu'ils font agir les affinités ordinaires dont la nature intime ne leur est guère mieux connue. L'emploi des ferments ne s'en distingue que par la préexistence d'une forme, d'une constitution particulière, extrêmement mobile et produite en dehors de notre intervention, sous l'influence de la vie.

Quoi qu'il en soit, les expériences que je viens d'exposer se distinguent par leur caractère synthétique des fermentations connues jusqu'à ce jour. Au lieu de changer le sucre, la mannite, la glycérine en alcool, acide lactique, acide butyrique, composés plus simples et plus difficiles à décomposer, elles conduisent à transformer la mannite et la glycérine, corps assez stables, privés du pouvoir rotatoire et qui touchent à ceux que nous savons produire, en une substance douée d'une stabilité moindre et d'un ordre de complication plus élevé, je veux dire en un sucre véritable, analogue aux sucres qui se forment sous l'influence de la vie, au sein des tissus des végétaux et des animaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 mai 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

M. BOUSSINGAULT communique à l'Académie quelques observations *Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans la rosée artificielle, — Sur la détermination de la hauteur du mercure dans le baromètre, dans la proximité de l'Equateur, — et sur l'amplitude des variations diurnes barométriques à différentes élévations dans les Cordillières.*

M. VAILLANT. — *Note sur la théorie des ciments.*

M. J. FOUMET. — *Sur les oolithes de la grotte de Balme* (Isère).

M. Ch. BONAPARTE. — Note sur l'*expédition du capitaine Loche dans le Sahara algérien.*

M. QUATREFAGES. — *Nouvelle maladie des feuilles de mûrier.*

M. DUMAS fait connaître les observations qu'il vient de recueillir à Alais, sur les *magnaneries.*

M. QUATREFAGES. — Rapport sur l'*étisie des vers à soie.*

Nominations. — M. PASSY est nommé académicien libre, en remplacement de M. de Bonnard, et M. J. REISET, membre correspondant, en remplacement de M. Girou de Buzareingues.

M. BILLARD. — *Théorie du croup.*

M. MOREL. — Mémoire *Sur la dégénérescence physique, intellectuelle et morale dans l'espèce humaine.*

M. HOGG. — Mémoire sur la *fabrication de l'huile de foie de morue.*

M. Henri LECOQ. — *De la circulation de l'air dans les tubes aérifères des plantes aquatiques.*

MM. H. SAINTE-CLAIRE DEVILLE et DEBRAY. — *Des métaux du platine et de leur traitement par la voie sèche.*

Ozone. — M. BÉRIGNY adresse un mémoire intitulé : *Recherches et observations pratiques sur le papier ozonométrique* (3e mémoire). Voici l'extrait qu'en a fait l'auteur :

Les observations ozonométriques auxquelles je me livre depuis deux ans, à Versailles, celles que j'ai faites à l'hôpital militaire et à la caserne de Saint-Cloud, avec l'autorisation de M. le maréchal Vaillant, m'ont conduit aux recherches et observations critiques qui vont suivre, concernant divers papiers ozonométriques.

Ces observations ont été faites avec la collaboration de M. Richard (de Sedan), de sorte que les résultats consignés dans ce mémoire ont été vérifiés, contrôlés par nous deux, dans le plus grand nombre des cas.

J'ai expérimenté un assez grand nombre de papiers réactifs de l'ozone, préparés par des chimistes et des observateurs, et il m'a fallu les éliminer presque tous, tant leur zéro s'éloignait de celui du papier Schœnbein, pour concentrer mon attention sur celui de M. Lerebours (papier mis en vente sous le nom de papier Schœnbein), sur celui du docteur Moffat et sur celui de M. Jame (de Sedan).

J'ai comparé chacun de ces papiers à celui de M. Schœnbein, puis ceux de M. Jame et de M. Schœnbein à eux-mêmes.

Les observations ont été faites à six heures du matin et à six heures du soir.

J'appelle papier no 1 le premier papier que j'ai reçu, il y a deux ans.

Nature du papier Schœnbein : épais, très-granuleux, mat, rugueux au toucher.

Nature du papier Lerebours : moins épais, plus blanc, non granuleux et mat.

Avril 1856 (**12 observations**).

Schœnbein n° 1.		Lerebours.	
Matin.	Soir.	Matin.	Soir.
57,0	49,5	36,5	38,0

Différence moyenne, en faveur de Schœnbein : pour le matin, 1,71 ; pour le soir, 0,95.

Nature du papier Moffat : espèce de carton mince rayé dans sa texture et bleu comme le papier à lettre anglais.

Janvier 1857 (**24 observations**).

Schœnbein n° 1.		Moffat.	
Matin.	Soir.	Matin.	Soir.
116,5	114,8	138,0	85,7

Différence moyenne, en faveur du Schœnbein : 2,43 pour le soir ; en faveur du Moffat : 1,79 pour le matin.

Nature du papier Jame (de Sedan) : mince, à petits grains, blanc, doux au toucher (papier Berzélius encollé du réactif).

Juin 1856 (**52 observations**).

Schœnbein n° 1.		Jame.	
Matin.	Soir.	Matin.	Soir.
235,6	321,2	239,4	214,3

Différence moyenne, en faveur du Schœnbein : 0,27 pour le soir ; en faveur du Jame : 0,15 pour le matin.

Pendant cinq jours, les observations de cette série ont été faites avec du papier Jame avarié. Je dois néanmoins la laisser telle qu'elle est, d'abord pour l'exactitude, ensuite parce qu'elle peut expliquer la disproportion qui existe entre le matin et le soir, disproportion qui ne se rencontre plus dans les observations suivantes :

Juin 1856, observations tri-horaires.

	Schœnbein n° 1.	Jame.
9 h. du matin (28 observations).	213,2	222,3
Différence moyenne, en faveur de Jame : 0,33.		
Midi (27 observations). . . .	206,2	212,6
Différence moyenne, en faveur de Jame : 0,24.		
3 h. du soir (28 observations).	197,5	204,2
Différence moyenne, en faveur du Jame : 0,24.		
6 h. du soir (28 observations).	191,4	199,2
Différence moyenne, en faveur du Jame : 0,28.		
9 h. du soir (24 observations).	163,2	167,1
Différence moyenne, en faveur du Jame : 0,16.		
Minuit (20 observations). . .	133,0	137,1
Différence moyenne, en faveur du Jame : 0,21.		

Mai 1856, observations horaires (**52 observations**).

Schœnbein n° 1.	Jame.
262,3	369,4

Différence moyenne, en faveur du Jame : 2,06.

Février 1857 (**22 observations**).

Jame 1856.		Jame 1857.	
Matin.	Soir.	Matin.	Soir.
96,8	65,3	100,2	70,0

Différence moyenne, en faveur du papier 1857 : 0,31 pour le matin ; 0,43 pour le soir.

Avril 1857 (**12 observations**).

Même nature du papier Schœnbein n° 1 *bis*, tiré à la même boîte.

Schœnbein n° 1.		Schœnbein n° 1 *bis*.	
Matin.	Soir.	Matin.	Soir.
57,0	54,0	55,7	52,0

Différence moyenne, en faveur du papier n° 1 : 0,23 pour le matin ; 0,33 pour le soir.

Mai 1856 (**28 observations**).

Nature du papier Schœnbein n° 2 : même nature que celle du n° 1 (reçu à un an de distance).

Schœnbein n° 1.		Schœnbein n° 2.	
Matin.	Soir.	Matin.	Soir.
271,5	249,3	270,3	252,6

Différence moyenne, en faveur du Schœnbein n° 1 : 0,43 pour le matin ; en faveur du Schœnbein n° 2 : 0,12 pour le soir.

Décembre 1856 (**62 observations**).

Nature du papier Schœnbein n° 3 : moins épais, non granuleux, lisse (reçu à un an de distance du n° 2).

Schœnbein n° 1.		Schœnbien n° 3.	
Matin.	Soir.	Matin.	Soir.
292,8	264,0	263,1	213,1

Différence moyenne, en faveur du Schœnbein n° 1 : 0,96 pour le matin ; 1,64 pour le soir.

Il résulte de ces observations :

1° Que les papiers Lerebours et Moffat doivent être éliminés, parce qu'ils présentent des résultats beaucoup plus incertains que le papier Schœnbein ;

2° Que les papiers Schœnbein ne donnent pas des résultats identiques ;

3° Que les différences qui existent entre les papiers Schœnbein n°s 1 et 3 sont dues, soit probablement à la préparation chimique ou à un *modus faciendi* qui ne seraient pas toujours les mêmes, soit, certainement, à la nature du papier qui a reçu cette préparation ;

4° Que le papier Jame est celui de tous qui offre les différences les plus régulières, différences qui, dès lors, permettent d'effectuer des corrections les moins variables. Il faut attribuer cette supériorité du papier Jame à l'uniformité constante de sa nuance, qui rend sa comparaison à l'échelle chromatique beaucoup plus facile que celle du papier Schœnbein, qui est presque toujours fortement veiné. Enfin, l'on peut s'assurer, par la série horaire, que ce papier est beaucoup plus sensible que le papier Schœnbein, ce qui permet de faire des observations plus rapprochées, et par conséquent, plus exemptes d'erreurs.

Causes d'erreurs du procédé ozonométrique donné par M. Schœnbein. — 1° La première réside dans l'aspect du papier au moment où l'on va le comparer à l'échelle chromatique. Ainsi l'ozonomètre de M. Schœnbein est toujours fortement veiné, ce qui n'a lieu qu'à cause de la mauvaise nature du papier ; alors, l'état hygrométrique de l'air ou l'eau, lorsqu'il a été immergé, détermine les veines dont il vient d'être question. En effet, le papier s'imbibe si inégalement, qu'il conserve une plus ou moins grande quantité d'iodure d'amidon en beaucoup d'endroits. Ce phénomène se passe même pendant que les papiers sont en expérience ; ainsi, lorsqu'à un état hygrométrique de l'air se joint un vent plus ou moins fort, il survient une évaporation qui produit des nuances d'autant plus inégales, que le papier est moins homogène. Il arrive, de ces nuances, qu'un observateur compare à l'échelle chromatique la veine la plus foncée, un autre, la plus claire, et qu'un troisième établit une moyenne entre les deux. Que l'on juge déjà, par là, de l'analogie des résultats. Le papier Jame ne présente pas cette difficulté.

2° La seconde cause d'erreur réside dans l'appréciation rigoureuse, exacte, des nuances même uniformes, comparées aux différents degrés de l'échelle. Elle tient à la prédisposition visuelle de l'observateur. Je ne crains pas d'avancer que le même observateur peut se tromper de un, deux et même trois degrés, suivant que son physique et son moral sont plus ou moins bien disposés. Que sera-ce donc des résultats obtenus par plusieurs observateurs? MM. Martins et Bravais faisant des observations ozonométriques dans leur voyage en Suisse, appréciaient, le plus souvent, la nuance bleue du ciel à un, deux et même trois degrés près.

3° La troisième difficulté résulte de l'impossibilité de faire deux échelles chromatiques exactement pareilles, et même un peu dans la dégradation proportionnelle des nuances de chaque échelle.

M. Richard (de Sedan) a consacré beaucoup d'attention et de temps à faire une échelle chromatique, et nous nous sommes convaincus de la difficulté ci-dessus indiquée.

Je n'ai pas encore pu trouver deux échelles Schœnbein semblables.

Des faits et observations qui forment le sujet de ce mémoire, il résulte que, sans rejeter les observations ozonométriques faites jusqu'aujourd'hui, parce qu'elles indiquent, sinon d'une manière indubitable, la présence de l'ozone, au moins l'existence du principe qui se manifeste dans ses écarts, il est besoin de rechercher un moyen de doser l'ozone et d'en reconnaître exactement la présence. Il est surtout important que ce moyen soit assez pratiqué pour que les météorologistes puissent s'en servir facilement.

M. Mandl adresse une lettre *Sur la solubilité du phosphate de chaux dans certains liquides organiques :*

« Plusieurs liquides organiques, neutres ou alcalins, contiennent du phosphate de chaux en dissolution; tels sont, par exemple, le sang, le lait, la salive. On a voulu d'abord expliquer cette solubilité à l'aide d'un acide, comme de l'acide carbonique libre dans le sang, de l'acide lactique dans le lait. Puis ces idées ont été abandonnées, et quelques chimistes ont eu recours aux alcalis.

« Enderlin rapporte aussi que, suivant Woehler, les sels ammoniacaux dissolvent le phosphate de chaux et que, d'après Thomson, le chlorure de sodium possède la même propriété. On sait depuis longtemps que la gélatine dissout également le phosphate de chaux en grande quantité, et dans mes expériences j'ai trouvé que le sucre et l'albumine pouvaient remplacer la gélatine.

« Mais ces solutions, obtenues à l'aide de la gélatine, du sucre ou de l'albumine, sont très-étendues et demandent, pour être employées au lit du malade, un état de concentration plus grand. Cependant, toutes les tentatives faites par moi dans ce but ont échoué : dès que j'ai cherché à évaporer la solution, pour la concentrer, le phosphate de chaux s'est précipité. Je compte donc reprendre ces expériences, en faisant intervenir un sel alcalin, et je vous demande la permission de vous tenir au courant de mes résultats, s'ils méritent de fixer votre attention. »

Séance du 1er juin 1857.

Anatomie. — MM. Valenciennes et Frémy présentent un long mémoire sur la *nature du cristallin* dans la série des animaux.

Decaisne. — Note sur *deux espèces de nerprun qui fournissent le vert de Chine.*

— M. Ed. Robin adresse une réclamation de priorité pour la découverte des propriétés conservatrices de la *benzine* et de l'*huile de houille.*

— *Recherches sur l'acide pyro-gallique,* par M. Anton Rosing, de Christiania.

Choléra. — M. Poznanski présente la note suivante *Sur quelques effets des vicissitudes de la pression atmosphérique :*

On sait que la circulation du sang et la respiration se ralentissent sous l'influence de l'air condensé, et que pendant les épidémies cholériques, il y a prédominance de l'excès de pression atmosphérique avec ses conséquences, comme il est prouvé par tant d'observations incontestables.

Partant de ces principes, j'entrepris, pendant les épidémies de 1848 et 1853, deux séries d'observations, dont le but principal était de déterminer les changements qui devraient avoir lieu dans la circulation pendant l'imminence du choléra.

Ces observations, faites chaque fois sur trois cents personnes bien portantes, à Vilna, dans une prison, et à Saint-Pétersbourg, sur un régiment de la garde impériale, furent répétées tous les jours pendant plusieurs mois de suite, et ont donné les résultats suivants :

1° Pendant les épidémies cholériques, plusieurs individus, tout en jouissant d'une bonne santé, sont atteints d'un ralentissement du pouls très-notable, comme 45 et même 42 pulsations par minute ;

2° Ce ralentissement n'est accompagné, pour la plupart du temps, d'aucun symptôme ou indice morbide ;

3° A mesure du ralentissement de la circulation, le sang devient noir et visqueux, et au contraire, il reste normal, pendant l'épidémie, chez les individus qui ne sont pas atteints du ralentissement en question ;

4° Les cas de choléra ne se produisent que parmi les individus qui ont été préalablement atteints du ralentissement en question ;

5° Le ralentissement du pouls, qui devance souvent de plusieurs semaines les symptômes cholériques, peut bien être considéré comme signe pathognomonique de l'imminence du choléra ;

6° Les individus chez qui s'est manifesté le signe de l'imminence, ont toujours évité l'accès du choléra, s'ils ont accéléré la circulation du sang par un régime-traitement convenable ;

7° Le ralentissement du pouls, comme aussi la prédisposition et les accès cholériques ont, en général, été proportionnés au défaut d'énergie de la circulation, et à l'excès de pression atmosphérique ;

8° Le ralentissement du pouls ne se produit plus chez les bien portants quand l'épidémie aura déjà définitivement cessé.

En Angleterre, on a déjà fait des tentatives pour déterminer les individus qui sont sous l'influence du choléra, et modérer ainsi les ravages épidémiques ; mais on s'est borné jusqu'ici à l'examen exclusif des organes de digestion qui, dans la période de l'imminence, n'offrent que des signes très-équivoques.

Or, le signe pathognomonique de l'imminence du choléra est dans la lenteur du pouls, et l'hygiène publique, en déterminant pendant l'épidémie les individus prédisposés, et en accélérant la circulation chez eux, pourrait préserver des populations entières du ravage épidémique.

Enfin, conformément aux nombreuses observations météorologiques faites au point de vue des épidémies cholériques, j'ai l'honneur de présenter trois tables graphiques dressées d'après de longues séries d'années d'observations, faites aux Observatoires de Paris, de Londres et de Saint-Pétersbourg, qui confirment la coïncidence et le rapport mutuel des épidémies cholériques avec l'excès de pression de l'air. Quant à l'origine des épidémies, je sais bien que jamais on ne saurait être assez circonspect dans les conclusions de ce genre; aussi, je me garderai d'expliquer ici les épidémies cholériques par l'influence de l'air condensé. Mon but n'était que d'attirer l'attention des observateurs et des corporations savantes sur un phénomène tout particulier, propre à la période de l'imminence du choléra.

Glucogénie. — M. A. Sanson présente un mémoire que nous publierons ultérieurement.

Géographie botanique. — M. Henri Lecoq adresse une première *Note sur l'étendue de l'aire moyenne d'expansion géographique des espèces végétales vers le 45° lat. nord.*

Conservation des blés. — M. Persoz adresse une note que nous publierons plus tard.

Physiologie végétale. — *Note sur la respiration des végétaux,* par M. Corenwinder.

Lithotritie. — M. Heurteloup adresse une lettre qui donne lieu à de courtes explications de la part de MM. Elie de Beaumont, Velpeau, Flourens et Civiale.

Voici la lettre de M. Heurteloup :

« Monsieur le Président,

« M. le docteur Civiale ayant, dès l'année 1836, abandonné la *lithotritie* ou le *procédé des perforations répétées* des pierres vésicales, indiqué en 1813 par Gruithuisen, et ayant adopté, *à la suite* et à *l'exemple* des opérateurs en général, *mon instrument courbe*, couronné par l'Académie des Sciences en 1833 (prix de 6,000 fr.), il y aurait peut-être justice de la part de ce chirurgien à ne pas se mettre seul en saillie lorsqu'il parle de la méthode lithotriptique (θρίβω, je triture), dont la lithotritie (θερεω, je perce) n'est, de l'aveu public et journalier de M. Civiale, qu'un procédé vicieux et suranné.

« Veuillez donc me permettre, Monsieur le Président, de protester contre les termes trop paternels employés par ce chirurgien dans sa communication à l'Académie, relativement au don qu'il vient d'offrir aux hôpitaux.

« En faisant ce don, M. Civiale a sans doute fait un acte louable, duquel je lui suis personnellement reconnaissant, puisque ce don montre l'estime que M. Civiale fait de mes instruments, desquels il tend à perpétuer l'usage, mais cet acte ne saurait, avec raison, servir de prétexte et de voile à M. Civiale pour tenter de rallier à lui, sous forme de bienfaisance, dans l'opinion publique, les travaux entrepris pour soulager les calculeux par la *méthode* de broyer leur pierre, *méthode* qui, d'après les preuves imprimées et le jugement de l'Académie des Sciences elle-même, porté en 1828, appartient également à Gruithuisen. »

M. Velpeau. Le fait dont il s'agit est bien simple, et je ne vois pas que son énonciation doive provoquer ni éloge ni blâme.

La lithotritie a été l'objet de récompenses variées de la part de l'A-

cadémie : Gruithuisen, pour en avoir donné la première idée scientifique ; M. Civiale, pour l'avoir pratiquée le premier avec succès ; M. Leroy (d'Etiolles), pour l'invention des instruments qui ont permis de l'appliquer à l'homme vivant ; Jacobson, pour un instrument d'un ordre nouveau ; enfin, M. Heurteloup, pour l'invention d'une pince particulière ; de même que M. Guillon, pour une modification d'instruments déjà connus, ont tous obtenu, à ce titre, des prix, des récompenses ou des encouragements.

Les instruments, d'abord fort imparfaits, ont dû être incessamment perfectionnés, et ceux d'aujourd'hui sont infiniment meilleurs que ceux des premiers temps de l'opération.

Mais il est juste d'avouer que le système plus ou moins modifié de M. Heurteloup est à peu près le seul qui soit employé actuellement. C'est lui qui a le plus concouru à populariser le broiement de la pierre, qui a mis cette opération à la portée de tous les chirurgiens, qui en a fait une opération usuelle, une opération qui s'effectue dans les divers hôpitaux à l'instar des autres opérations de chirurgie, sans qu'il soit besoin pour cela de salles, de lits ou de praticiens spéciaux.

On conçoit dès lors que M. Civiale ait profité comme les autres de semblables perfectionnements, et qu'il se serve aujourd'hui sans scrupule des instruments de son confrère, puisqu'ils sont depuis longtemps tombés dans le domaine public.

M. Civiale. Je n'emploie dans mes opérations ni les instruments, ni les procédés proposés par M. Heurteloup ; il n'y avait donc pas lieu de les mentionner dans la communication que j'ai faite à l'Académie. Quant à mes premiers instruments, je n'y ai pas renoncé ; je les applique aux cas dans lesquels ils sont indiqués.

Iodure de chlorure mercureux. — M. Sellier adresse la lettre suivante :

« La discussion que M. Rochard a fait naître à l'occasion du mémoire sur un traitement nouveau de la couperose, que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie, le 23 mars dernier, ayant perdu son caractère scientifique, je considère comme un devoir envers l'illustre compagnie, et envers moi-même, de la faire cesser, en m'abstenant d'y prendre part à l'avenir.

« En conséquence, je ne répondrai plus à aucune des communications que M. Rochard pourrait adresser à l'Académie. »

— M. Boutigny (d'Evreux), de son côté, adresse la lettre suivante :

« Mon nom a été écrit ou prononcé assez souvent par MM. Sellier et Rochard dans leur polémique sur la découverte et l'emploi de l'*iodure de chlorure mercureux*, pour qu'il me soit permis de prendre un instant part à ce débat ; j'aurais de beaucoup préféré m'abstenir, mais l'intérêt sacré de la vérité ne me le permet pas.

« Si M. Rochard n'avait pas dit aussi souvent : *mon* traitement, *ma* médication, *ma* pommade, *mes* formules, etc., j'aurais gardé le silence, comme je l'ai fait jusqu'à ce jour, et je l'aurais laissé jouir en paix de *mes* succès ; mais, M. Rochard a dépassé de beaucoup les limites du juste, et j'ai dû me dire : *suum cuique*.

« Je rappellerai les faits aussi brièvement et aussi clairement que possible. J'espère que le docteur Sellier ne s'en affectera pas et que M. Rochard voudra bien continuer « à n'être pas le moindre de nos admirateurs (1). »

« I. En 1837 ou 1838, j'ai découvert l'*iodure de chlorure mercureux*. J'en ai indiqué les proportions et la préparation (2).

« II. Guidé par des vues que j'ai publiées en 1846, dans le *Journal de chimie médicale*, et que j'ai résumées dans la troisième édition de mes *Etudes sur les corps à l'état sphéroïdal* (p. 288), je fus conduit naturellement à employer ce sel contre les affections de la peau, et j'en obtins de bons effets.

« III. En 1840, je renonçai à l'exercice de la pharmacie. Je vins à Paris et je parlai à M. Tieullen, pharmacien, rue de la Chaussée-d'Antin, de l'espoir que j'avais de doter l'art de guérir d'un nouveau modificateur. Je le priai de me mettre en rapport avec un médecin qui aurait le temps et la volonté de continuer mes observations ; il m'indiqua M. Rochard (1841 à 1842).

« IV. Il fut convenu que nous continuerions ensemble l'étude de l'action de l'iodure de chlorure mercureux ; mais comme je ne voulais pas me faire, à Paris, ce qu'on appelle une position médicale, je laissai M. Rochard publier en son nom les résultats obtenus.

« V. Plus tard, je me séparai de M. Rochard.

« VI. Plus tard encore, M. Sellier et M. Rochard s'entendirent pour continuer l'étude de l'action du sel en question, qui paraît devoir justifier toutes mes espérances ; mais M. Sellier, en homme d'honneur qu'il est, déclara à M. Rochard qu'il serait souverainement injuste d'agir sans moi, et il insista pour que je fusse invité à prendre part aux nouvelles observations.

« Je remerciai ces messieurs ; mais, engagé dans d'autres travaux, il ne me fut pas possible d'entrer dans leurs vues ; je leur proposai mon fils, qui fut agréé.

« Le bon procédé de M. Sellier envers moi, dans cette circonstance, est d'autant plus digne d'éloges qu'il ne me connaissait pas, qu'il ne m'avait jamais vu.

« VII. L'Académie se rappelle peut-être le mémoire que MM. Sellier et Rochard ont eu l'honneur de lui adresser en 1851. Je me suis effacé dans cette occasion, comme je m'étais effacé lors de la publication du premier mémoire de M. Rochard.

« VIII. Depuis, M. Sellier s'est séparé de M. Rochard, comme je m'en étais séparé moi-même ; mais M. Sellier a continué d'employer l'*iodure de chlorure mercureux modifié*, que lui livre gratuitement mon fils, comme il se fait un devoir de le livrer au même titre à tous les médecins qui en font la demande.

« J'espère être prochainement en mesure de faire connaître à l'Académie ce en quoi consiste le nouveau mode de préparation de cet iodure ; mais, ce que je puis dire dès à présent, c'est que l'application du nouveau sel paraît être moins douloureuse que celle de l'ancien, qui était insupportable pour beaucoup de malades, et, d'après le docteur Sellier, les guérisons seraient plus promptes par l'emploi du nouveau sel, dont les proportions, du reste, sont restées les mêmes.

« En résumé, je crois pouvoir affirmer :

« 1° Que la découverte *de l'iodure de chlorure mercureux m'appartient ;*

« 2° Que je suis le premier qui l'ai employé contre les affections de la peau ;

« 3° Que M. Rochard ne s'en est servi dans le traitement des mêmes affections que d'après les indications que je lui ai fournies. »

(1) *Monit. des Hôp.* du samedi 23 mai 1857.

(2) *Journ. de chimie méd.*, mars 1847, p. 121.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'esprit d'association gagne et se développe de plus en plus. Constatons ce fait comme un heureux symptôme, en attendant qu'il nous soit permis de dire comment on pourra s'élever du symptôme au diagnostic, et du diagnostic à la thérapeutique.

C'est entre les médecins de la Seine-Inférieure que nous avons à annoncer aujourd'hui une association nouvelle de prévoyance, association provoquée par la Société de médecine de Rouen, dont plus d'une fois déjà nous avons eu l'occasion de louer le zèle. — Le bureau de la Société a été ainsi constitué : *président*, M. Vingtrinier. — *Vice-présidents*, MM. Flaubert et Dalméneschе. — *Secrétaire général*, M. Bouteiller fils. — *Trésorier*, M. Melay.

— Nous avons eu la douleur d'annoncer la mort d'un de nos bons et anciens camarades, M. Allamand, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui, depuis plusieurs années, exerçait avec autant de succès que d'honorabilité la médecine à Epernay, où il s'était allié à la digne famille de notre excellent et célèbre maître, M. Louis.

— Nous avons également appris la mort d'un autre de nos camarades, dont les excellentes qualités avaient laissé un souvenir ineffaçable dans le cœur de ses amis : M. Letixerant, ancien interne des hôpitaux, est mort à Saint-Mihiel, où il exerçait la médecine depuis l'expiration de son internat.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Notice sur les eaux sulfuro-salines de Saint-Gervais (Savoie), par le docteur J.-F. Payen. — Broch. in-8°, avec une carte, remarquable par son exactitude autant que précieuse pour le voyageur. — Paris, chez Janet, libraire, rue des Bons-Enfants, 28. — Prix : 1 fr. par la poste.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 71. 5e année. Samedi 13 Juin 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 12 juin 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**La glucogénie. — La fièvre jaune.**]

Pour la seconde fois, la discussion sur l'anesthésie a avorté, mais cette fois d'une manière si complète, que la parole n'a même pas été donnée à M. Guérin pour terminer son discours ; c'est donc au plus tôt à la prochaine séance que nous en entendrons la fin. A un discours par trois séances, la discussion pourra durer longtemps.

A défaut d'anesthésie, nous avons eu un peu de glucogénie et de fièvre jaune.

Sous le nom de supplément au rapport sur le mémoire de M. Colin, M. Bérard nous a fait entendre une véritable réponse à la lettre de M. Chauveau, lettre et réponse que nos lecteurs trouveront textuellement plus loin, accompagnées d'un petit mémoire de notre distingué collaborateur, M. Sanson.

Nous qu'une étude déjà, par malheur, assez longue des vicissitudes de la science a rendu réfractaire à l'étonnement, nous avons été assez étonné à la lecture du supplément de M. Bérard. Ce n'est pas, bien entendu, l'esprit qu'on y rencontre qui nous a étonné : M. Bérard nous a accoutumé, sous ce rapport, à ne nous étonner de rien. Mais ce à quoi nous étions loin de nous attendre, c'est à la déclaration suivante de M. Bérard : « Les vaisseaux de la circulation générale ne charrient pas, dans l'état ordinaire du sucre fermentescible ; » ni à cette autre : « M. Figuier vient déclarer qu'il a constamment échoué dans cette tentative, » (dans la tentative d'obtenir la fermentation d'une matière glucosique existant dans le sang de la circulation générale et de la veine porte).

Nous savions que sur le sang de cette dernière veine, M. Figuier avait, en effet, échoué devant la commission ; mais nous pensions nous rappeler que, quelques jours après, M. Figuier avait, au contraire, réussi à l'aide d'un procédé qu'il avait fait connaître à l'Académie ; nous pensions surtout que M. Figuier à l'aide de ce procédé, et même sans ce procédé, avait obtenu la fermentation du sucre renfermé dans le système veineux, dans le sang de toutes les saignées, et que c'était même pour cela que l'Académie des Sciences avait décerné un encouragement à M. Figuier, qui n'avait fait d'ailleurs, suivant l'Académie, que confirmer la découverte de je ne sais plus quel Allemand. Eh quoi ! l'Académie aurait quasi couronné M. Figuier pour avoir trouvé, dans le sang de la circulation générale, du sucre *non fermentescible*, c'est-à-dire une matière d'une nature parfaitement indéterminée ! Si c'est là ce que notre très-distingué confrère M. Figuier a avoué à M. Bérard, l'éminent professeur a bien eu raison de louer un semblable aveu ; mais il n'aurait pas été mal, ce nous semble, de joindre à ses justes louanges un peu d'étonnement. Quant à nous, notre surprise est telle, que jusqu'à explication de M. Figuier (1), nous renonçons à juger le débat élevé entre MM. Bérard et Chauveau, débat dont les éléments n'ont été d'ailleurs, soit d'un côté, soit de l'autre, ni assez profondément étudiés, ni assez lucidement exposés.

— Cette remise à plus ample informé nous permettra de dire un mot sur un rapport officiel très-étudié, lu par M. Beau, et sur la courte discussion dont il a été suivi, discussion dont notre Compte rendu ne donne, malheureusement, non plus que tous ceux qui ont été publiés, qu'un tableau assez infidèle.

Deux questions importantes ont été soulevées dans cette discussion, l'une par M. Bouillaud, relative à la contagion de la fièvre jaune, l'autre par M. J. Guérin, relative à la solidarité qu'il peut y avoir entre les conclusions d'un rapport et le rapport lui-même.

Sur le premier point, M. Bouillaud a trouvé à juste titre que M. Beau avait pris parti trop facilement dans une question si vivement controversée depuis un demi-siècle, et, en outre, n'avait pas pris le bon parti, autant qu'on en peut juger par les documents les plus sérieux déposés dans les annales de la science. M. Beau, il est vrai, n'a pas eu l'intention, a-t-il dit, de se prononcer sur la question de la contagion, il a seulement voulu dire que la fièvre jaune pouvait *se transmettre dans le foyer d'infection.*

L'impropriété de cette locution indique que M. Beau ne se fait pas une idée suffisamment précise des mots dont il s'est servi. Une maladie qui, soit dans un foyer d'infection, soit ailleurs, se transmet avec ou sans contact d'un individu malade à un individu sain, est une maladie contagieuse ; une maladie qui se contracte dans un foyer d'in-

(1) Un mémoire lu par M. Figuier dans la dernière séance de l'Académie des Sciences et que nous ne connaissons pas encore, nous éclairera peut-être sur l'objet de notre surprise.

fection, mais ne se transmet pas d'un individu malade à un individu sain, n'est pas contagieuse. C'est pour cette raison que la variole est contagieuse et que la fièvre intermittente ne l'est pas. Dire, comme l'a fait M. Beau, que Pierre a gagné la fièvre jaune de Paul, que Pierre et Paul fussent d'ailleurs ou ne fussent pas dans un foyer d'infection, c'est dire que la fièvre jaune est contagieuse, c'est trancher une question pour le moins douteuse, et qui, suivant nous, doit, suivant toutes les probabilités, être résolue dans un sens contraire à celui adopté par M. Beau.

Quant au second point, nous n'ignorons pas qu'un article du règlement laisse la responsabilité des rapports aux rapporteurs, et ne rend l'Académie responsable que des conclusions. Quand il s'agit de rapports ordinaires, l'article dont il s'agit suffit assurément pour mettre l'Académie à couvert. Mais il serait peut-être excessif de soutenir qu'il en soit de même en matière de rapports officiels. En d'autres temps, et à propos de ces rapports judicieux et spirituels rédigés par M. Robinet, M. le secrétaire perpétuel ne l'avait point pensé. Alors quelques esprits, trouvant que l'Académie perdait beaucoup de temps à l'examen des remèdes secrets, proposaient que la Commission desdits remèdes se bornât, en cas d'avis défavorable, à dire qu'il n'y avait pas lieu à donner suite à la demande de l'inventeur. Quelques membres, parmi lesquels M. le secrétaire perpétuel, firent observer que cette manière sommaire de juger pourrait donner à penser à l'administration que l'Académie jugeait et repoussait tout, systématiquement et sans examen sérieux; que pour éviter une telle interprétation, à laquelle les personnes étrangères à la science ont tant de propension, il fallait mettre sous les yeux du ministre au moins les principaux motifs d'après lesquels la Commission de l'Académie, et l'Académie elle-même, s'étaient prononcées. M. le secrétaire perpétuel avait alors raison, et M. J. Guérin a aussi un peu raison aujourd'hui. De deux choses l'une : ou le ministre lui-même ou son délégué lira le rapport de M. Beau, ou il ne le lira pas; s'il ne doit pas le lire, il est bien inutile de le lui envoyer; s'il doit le lire, pense-t-on qu'il s'en tiendra exclusivement à une conclusion de trois lignes, et qu'il ne conservera aucune impression de tout ce qu'il aura lu dans le rapport, et notamment de ces phrases souvent répétées : la maladie fut *transportée*, fut *transmise*, etc. Il est d'autant plus probable que ces phrases laisseront une impression, qu'il est puéril de croire que ce soit par un pur intérêt de curiosité que le ministre a consulté l'Académie. Evidemment, ce n'est pas seulement pour savoir si trois hommes ont eu la fièvre jaune ou toute autre maladie que le ministre a demandé un rapport officiel; c'est pour tirer de cette réponse des conséquences, et dans ces conséquences, la question de contagion jouera probablement un rôle. Si donc l'Académie veut que toute solidarité cesse d'être à craindre entre la conclusion qu'elle a adoptée et le rapport de M. Beau, elle fera bien, ou d'écrire en tête de sa lettre au ministre, en gros caractères, l'article du règlement rappelé par M. le président, et mieux encore, de reproduire, à la suite du rapport de M. Beau, la courte discussion dont il a été l'objet.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE.

GLUCOGÉNIE.

LETTRE ADRESSÉE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE PAR M. CHAUVEAU *et lue dans la séance du 2 juin par M. le Secrétaire perpétuel.*

Dans le mémoire lu à la séance du 19 mai, par M. Bérard, mes expériences sur la glycogénie ont été mises en cause en termes assez équivoques pour égarer l'opinion sur leur véritable signification. Je veux faire allusion au passage suivant :

Quelque temps après (après la communication faite à l'Académie sur la glycogénie intestinale par M. Colin), M. Chauveau venait faire à cette tribune le récit d'expériences qui confirmaient celles de M. Colin, mais dont il tirait des conclusions différentes. »

J'ai, en effet, confirmé par mes recherches un fait avancé par M. Colin, et aujourd'hui, encore assez fort pour être juste, je témoignerai de nouveau sur ce point, en faveur de mon collègue d'Alfort, et je proclamerai hautement qu'il y a du sucre dans la lymphe et dans le chyle chez les animaux nourris exclusivement à la viande. Mais loin de me borner, comme semble l'insinuer l'honorable M. Bérard, à émettre sur la source de ce glycose une opinion autre que celle de M. Colin, j'ai annoncé une série de faits nouveaux, des expériences précises, démontrant que l'interprétation adoptée à ce sujet par M. Colin était dénuée de tout fondement. Ces faits et ces expériences, M. Bérard les a passés entièrement sous silence, et je désire les rappeler ici pour sauvegarder, avec mes intérêts scientifiques, ceux de la justice et de la vérité.

Il a suffi à M. Colin de trouver du sucre dans la lymphe pour affirmer que cette substance s'était formée au sein de la trame des tissus. C'était peut-être agir avec peu de circonspection. Il fallait d'abord se demander si cette matière sucrée ne venait point du sang. En effet, tous les principes contenus dans le plasma du sang se retrouvent dans le fluide lymphatique; de plus, il n'est pas une seule substance diffusible, organique ou minérale, introduite expérimentalement dans le système sanguin, qui ne passe avec la plus grande rapidité dans les vaisseaux blancs; de sorte qu'on peut dire, sans rien préjuger du reste, sur la nature et l'origine de lymphe considérée dans tout son ensemble, que toutes les substances qui font partie du plasma du sang, normalement ou accidentellement, filtrent en ligne directe du réseau capillaire sanguin, dans le réseau capillaire lymphatique. Si donc on veut démontrer qu'un principe trouvé dans la lymphe a pris naissance au sein des tissus et a été directement introduit dans les vaisseaux blancs, il faut faire voir, au préalable, que ce principe n'existe pas dans le fluide sanguin. Or, j'ai prouvé qu'il y a du sucre dans le sang de la circulation générale, non-seulement chez les animaux en digestion, mais encore chez ceux qui sont privés de nourriture depuis plusieurs semaines.

Je ne m'en suis pas tenu là. Je pensai que, si le glycose lymphatique est réellement puisé dans le système capillaire sanguin, comme le fait que je viens d'indiquer autorise à le croire, tout le sucre du sang artériel ne doit point passer dans le sang veineux; et une série d'analyses minutieuses, auxquelles j'ai dû me préparer par un très-grand nombre d'exercices préliminaires, me démontrèrent, en effet, que la matière glycosique est moins abondante dans le sang des veines que dans celui des artères. Bien plus, ces analyses m'apprirent que le sucre lymphatique ne représente qu'une portion minime du glycose dont le sang se dépouille pendant son passage à travers le système capillaire. Voici des chiffres qui le prouvent de la manière la plus péremptoire :

Sur un cheval à la diète, les troncs lymphatiques versent dans le cœur droit, par l'intermédiaire de la veine cave antérieure,

une quantité de lymphe qu'il est impossible d'évaluer à plus de deux litres par heure, et qui contient, en moyenne, 3 grammes de glycose, à raison de 0gr,150 pour 100 grammes de lymphe. Dans le même temps, le cœur droit reçoit du système des veines caves environ 270 litres de sang (1), quantité calculée sur le nombre des pulsations cardiaques exécutées en une heure; et ces 270 litres de sang arrivent au cœur après s'être dépouillés, en traversant le réseau capillaire, de plus de 21 grammes de glycose, la différence que m'ont donnée mes analyses de sang veineux et de sang artériel étant environ de 0gr,008 pour 100 gr. de sang. Or, sur ces 21 grammes, 3 seulement passent dans les lymphatiques, et ces chiffres répondent assez à ceux qui voudraient prétendre qu'il y a dans la lymphe plus de sucre que le sang n'en pourrait verser.

Tels sont les faits pressants par lesquels j'ai montré que le sucre lymphatique vient du sang et non pas de la trame des tissus. Si l'honorable M. Bérard avait tenu compte de ces faits, aurait-il modifié son opinion sur l'origine de cette matière sucrée? J'en doute, car en jugeant d'après les idées émises dans son livre de physiologie, par le savant professeur, sur la nature et la source de la lymphe, on reconnaît aisément qu'il ne lui répugnerait pas d'admettre qu'il peut bien exister du sucre dans le sang sans que ce sucre passe dans les lymphatiques. Mais je veux lui ôter jusqu'à l'idée de soutenir un pareil système. Si, dirai-je à M. Bérard, ce système était fondé, il s'ensuivrait qu'on pourrait injecter dans le sang une solution de sucre de raisin, sans modifier en rien la proportion de glycose contenu normalement dans la lymphe. Eh bien, il n'en est rien! L'expérience m'a démontré qu'après cette opération la quantité de glycose lymphatique est doublée, triplée, quadruplée! et même, qu'à un moment donné, cette quantité peut être supérieure à celle qui se trouve dans le sang, comme on le remarque à l'état normal, et comme il arrive, du reste, pour d'autres substances, le chlorure de sodium, par exemple, qui cependant est puisé manifestement dans le plasma sanguin.

Le travail présumé de décomposition qui s'opère au sein des tissus ne fait donc pas entrer de glycose dans les lymphatiques. Mais, la digestion en introduit-elle? Voici comment argumente M. Bérard pour le prouver. De quoi se compose le chyle avant d'être mélangé au liquide du canal thoracique? Il se compose: 1° de l'humeur qui est versée dans les radicules des chylifères comme dans les radicules de tous les autres vaisseaux lymphatiques; 2° de l'humeur que les chylifères puisent dans la cavité des intestins.

Si l'absorption intestinale n'introduit pas de glycose dans les chylifères, on ne devrait pas découvrir de sucre dans le chyle; car la première humeur, celle qui, d'après l'opinion combattue par M. Bérard, devrait seule contenir du sucre, est au plus, à la seconde, en quantité, comme 1 à 100. Or, MM. Colin et Bérard ont trouvé beaucoup de glycose dans le chyle de leur taureau, chyle puisé dans le gros conduit qui accompagne les vaisseaux mésentériques.

La difficulté que me propose là M. Bérard serait grave, très-grave même, si le rapport qu'il signale était exact. Mais il ne l'est pas. Il est même si loin de la réalité, que j'ai pensé d'abord à une faute d'impression, soupçonnant que M. Bérard, au lieu de 1 : 100, aurait bien pu vouloir écrire 1 : 10; du reste, ma surprise, pour être alors dix fois moindre, atteint de très-grandes proportions. Pour démontrer à M. Bérard l'erreur grave dans laquelle on l'a fait tomber au sujet de ces chiffres malencontreux, je ne veux pas citer les faits qui me sont personnels, car j'ai mieux à lui offrir; je le renverrai à M. Colin lui-même. Qu'il consulte les tableaux que cet auteur a publiés dans son livre de physiologie, au chapitre de la circulation lymphatique, tableaux résumant les résultats de sept expériences entreprises pour calculer l'activité de la circulation; que M. Bérard les dépouille avec soin, le dernier surtout, qui présente un grand intérêt à cause de la durée de l'expérience, et il verra que la quantité de lymphe recueillie par une fistule pratiquée au canal thoracique est tantôt plus abondante pendant la digestion, tantôt moindre, et que, dans les deux cas, les différences sont telles, qu'on peut très-bien n'en pas tenir compte; il se convaincra ainsi que la digestion n'ajoute que fort peu de chose à la lymphe intestinale, car si les chiffres donnés par M. Bérard étaient exacts, la quantité de liquide charrié par le canal thoracique devrait quintupler au moment de la digestion, sextupler, décupler peut-être.

Du reste, on connaît ce peu de chose fourni par la digestion à la lymphe des intestins : ce sont les matières grasses émulsionnées qui rendent ce liquide lactescent; et la proportion relativement minime de ces matières n'apporte aucune modification sensible dans la composition de la lymphe après qu'elle est devenue chyle. Vouloir soutenir le contraire aujourd'hui, ce serait faire table rase de tous les faits de l'expérimentation, et revenir aux plus beaux jours de la physiologie d'Azelli.

Donc, il y a du sucre dans la lymphe intestinale d'un animal à jeun, on doit le découvrir, en proportion à peu près égale, dans cette même lymphe, après sa transformation en chyle. Mais il paraîtrait que MM. Bérard et Colin l'ont trouvé sur leur taureau en quantité supérieure, et l'excédant, selon eux, a dû être fourni par la digestion. Je répondrai à ces messieurs que, au moment de la digestion, il y a dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques plus de sucre que pendant l'abstinence; rien de plus naturel alors que de trouver le glycose de la lymphe intestinale pure moins abondant que celui de la lymphe intestinale devenue chyle. Autre chose : on pourrait me dire que la comparaison a été faite sur deux liquides pris au même moment, l'un dans le canal chylifère qui suit les vaisseaux mésentériques, l'autre sur un lymphatique du cou ou d'une autre région. Certainement que les choses n'ont pas eu lieu ainsi, autant que j'en puis juger par le très-court passage dans lequel M. Bérard rend compte de cette partie de leur expérience, mais je veux prévoir jusqu'à cette objection impossible, et alors je demanderai à M. Bérard de me fournir les chiffres précis résultant de leur étude comparative. Il parle vaguement d'une quantité supérieure de glycose contenue dans le chyle; or, ceci ne suffit pas, car si la différence est légère, elle peut n'être qu'accidentelle, comme je l'ai trouvé dans quelques expériences sur le chien, auxquelles j'ai fait allusion dans mon mémoire lu à l'Académie, et que je me borne ici à indiquer de nouveau, parce que je me propose de les faire connaître, avec beaucoup d'autres, dans un travail circonstancié.

En résumé, que reste-t-il de l'opinion soutenue par M. Colin sur l'origine du glycose des vaisseaux lymphatiques et chylifères? Les personnes impartiales en décideront, et M. Bérard se félicitera peut-être un jour de n'avoir reproduit cette opinion qu'avec la plus grande réserve. Grand admirateur du talent que ce savant professeur consacre à la vulgarisation des idées physiologiques, je ne l'ai pas vu sans regret mettre ce talent au service d'une opinion contre laquelle s'élevaient les faits les plus précis, sans peser, au préalable, la valeur de ces faits, sans les indiquer même, ce qui était juste cependant. C'est pourquoi j'ai cru devoir adresser à l'Académie les observations que je viens d'exposer.

NOTE ADDITIONNELLE AU MÉMOIRE LU PAR M. LE PROFESSEUR BÉRARD *à l'Académie de Médecine, dans la séance du 19 mai.*

Vous avez pu remarquer, Messieurs, la réserve que j'ai apportée dans les conclusions de mon travail sur la GLYCOGÉNIE. Je serai aujourd'hui beaucoup plus affirmatif. Un fait considérable, dont la vérification a eu lieu devant moi dans une circonstance assez fréquente, semble de nature à dissiper tous les doutes, si toutefois il en restait.

Posons bien clairement la question.

Après avoir démontré la présence du sucre dans le canal thoracique, chose que personne ne semble disposé à contester au-

(1) Cette évaluation est singulièrement trop basse; mais je la fixe ainsi à dessein, pour qu'on ne m'accuse pas d'exagération dans mes calculs.

jourd'hui (je ne sais cependant ce qu'en pense maintenant M. Bernard), après, dis-je, avoir constaté la présence du sucre dans le chyle, je me suis demandé d'où venait ce principe immédiat.

Etait-il versé dans le canal thoracique par les lymphatiques du foie, qui aurait puisé dans cet organe un principe sucré? Cette théorie ne pouvait être acceptée comme explication générale, puisqu'on trouve aussi du sucre dans les vaisseaux afférents au canal thoracique.

Mais on pouvait admettre peut-être que le sucre sécrété dans le foie et incessamment emporté par le courant sanguin, dans lequel il n'était pas complétement détruit, transsudait des extrémités des artères dans les radicules des lymphatiques, et revenait au cœur par le canal thoracique.

Messieurs, je ne suis pas monté à cette tribune pour me répéter, mais pour compléter ma communication. On peut voir, dans mon mémoire imprimé, sur quels motifs je me suis fondé pour rejeter cette seconde explication. Ces motifs, je les maintiens, et j'y vais ajouter une considération qui me paraît décisive.

La démonstration ne sera pas embrouillée, cependant je vous demande un peu d'attention.

De quoi s'agit-il? De rechercher si le sucre du chyle, si le sucre de la lymphe, si le sucre du liquide mixte du canal thoracique, si, en un mot, le sucre contenu dans le système lymphatique vient ou non du foie. Il ne pourrait venir du foie que par la circulation sanguine, c'est-à-dire qu'il sortirait du foie avec le sang des veines sus-hépatiques, arriverait au cœur, franchirait l'oreillette et le ventricule droit, parcourrait les artères pulmonaires, les capillaires du poumon, les veines pulmonaires, les cavités gauches du cœur, qui l'enverrait par l'aorte à toutes les parties du corps. C'est là qu'un travail endosmotique en introduirait une portion dans les radicules des vaisseaux lymphatiques ; le reste reviendrait au cœur par les veines.

Si l'explication est fondée, on doit trouver du sucre dans le sang de la circulation générale, en quelque point du corps que ce sang soit recueilli. Voyons donc ce que nous apprennent à ce sujet les travaux des hommes les plus sérieux et les plus compétents.

Lorsque M. Bernard eut fait l'intéressante découverte que le tissu du foie est sucré, ainsi que le sang contenu dans la partie du système vasculaire comprise entre le foie et le poumon, il proclama qu'***il n'y avait pas de traces de sucre dans le sang des artères ou des veines du système général, ni dans celui de la veine porte*** (1).

Je rappellerai une fois pour toutes, pour les personnes qui auraient perdu de vue ce détail, que le sang de la veine porte, lequel n'a pas encore été admis dans le foie, n'est que le sang de la circulation générale ; plus, ce que la veine a pu absorber dans le tube digestif. Le sang de la cuisse ne vient pas plus directement de l'artère fémorale, ni le sang du bras de l'artère humérale, que le sang de l'estomac et de l'intestin ne vient de l'aorte.

La proposition de M. Bernard fut, vous le savez, vivement attaquée par M. Figuier. Les mémoires composés par ce dernier ayant été successivement portés devant l'Académie des Sciences, ce corps illustre pensa qu'il lui appartenait de résoudre expérimentalement la question. Les commissaires, au nombre desquels figuraient MM. Dumas et Pelouze, invitèrent M. Figuier à démontrer en leur présence que le sang de la veine porte contenait du sucre.

M. Figuier se mit à l'œuvre. Il obtint d'abord, avec ce sang convenablement préparé, des réductions assez nettes ; sur quoi l'un des commissaires lui dit : « Nous vous attendons à l'épreuve de la fermentation !... »

Ce fut pour M. Figuier le moment critique. L'expérience fut instituée avec tout le soin convenable; mais la fermentation ne s'établit point : on ne put recueillir une seule bulle de gaz. Les expériences tentées directement par la commission donnèrent le même résultat négatif. Ce fut à ce propos que M. Dumas introduisit dans son rapport la phrase que j'ai déjà citée et que je vous prie de ne point oublier : « Tous ces phénomènes de coloration, dit-il, de réduction, produits par des matières organiques, sont trompeurs et incertains. Lorsqu'on ne peut pas « isoler le sucre en nature, il faut au moins s'assurer de sa présence par l'action du ferment et par le développement d'acide « carbonique que la fermentation produit, etc. »

M. Figuier ne se tint pas pour battu, et, pendant deux ans, ses tentatives pour démontrer que le sang de la veine porte ou celui de la circulation générale contenait du sucre, témoignèrent au moins des grandes ressources de son esprit.

Efforts infructueux ! cette fermentation rebelle ne put être excitée directement ; à peine ce sang laissait-il échapper quelques bulles de gaz lorsqu'il avait été préalablement traité par l'acide azotique.

Un dernier essai a été tenté en ma présence, il y a dix-huit jours.

M. Figuier, frappé du résultat complet que M. Colin et moi avions obtenu en suivant le procédé qu'il nous avait conseillé pour exciter la fermentation du chyle, imagina que le même moyen allait mettre en évidence le sucre, dont il continuait à soupçonner l'existence dans le sang. Un énorme chien, nourri de chair depuis plusieurs mois, fut le sujet de l'expérience. On lui retira 600 grammes de sang par une ouverture pratiquée à la veine porte, laquelle avait été liée, au préalable, à son entrée dans le foie ; on reçut dans un autre vase 600 grammes de sang provenant de l'artère fémorale du même animal.

Le sang retiré de la veine porte, privé de sa fibrine, de son albumine, etc., et dûment clarifié, suscita de très-belles réductions dans la liqueur cupro-potassique. On passa ensuite à l'épreuve de la fermentation. Je suis sûr que le cœur de M. Figuier battait bien fort en ce moment ; le mien n'était pas très-calme, et pourtant je ne soupçonnais pas encore quelle importance allait acquérir à mes yeux le résultat qui se préparait. Ce résultat, le voici :

Il ne se manifesta pas le plus petit indice de fermentation !

Le sang artériel se comporta absolument comme celui de la veine porte.

Le langage de M. Figuier, dans cette circonstance, m'apprit que je venais d'assister au dernier acte d'une opposition qui, pour avoir été longue et opiniâtre, n'en était pas moins restée consciencieuse. M. Figuier déclara que, sur ce point de la doctrine de la glycogénie, son adversaire avait raison. L'histoire de la science ne nous offre pas beaucoup d'exemples d'un semblable aveu, et cependant les occasions de dire qu'on s'est trompé ne sont pas rares. Vous voyez, Messieurs, comment cette anecdote se lie au point en discussion. S'il est vrai que, hors l'état passager que M. Bernard nomme ***débordement sucré,*** le sang de la circulation générale ne renferme pas de sucre, ce ne peut être ce sang qui apporte le sucre qu'on rencontre dans le chyle. Le sang ne peut donner ce qu'il n'a pas.

Or, nous venons de dire ce que, à cet égard, l'expérience a constamment montré à M. Bernard, et comment deux chimistes célèbres avaient confirmé sa doctrine.

On pensera peut-être que M. Bernard n'avait pas un grand désir de trouver du sucre dans le sang de la circulation générale; mais voici M. Figuier qui, pendant deux ans, n'eut rien de plus à cœur que de démontrer la présence d'un sucre fermentescible dans les vaisseaux ; voici M. Figuier qui vient déclarer qu'il a constamment échoué dans cette tentative !

Il n'est personne qui ne comprenne la portée d'un semblable aveu, aveu dicté par la bonne foi, alors que la passion eût conseillé peut-être le silence.

Mais je veux faire entendre encore quelques témoignages.

En 1855, M. Leconte, agrégé de la section de chimie près la Faculté de médecine de Paris, envoya à l'Institut un travail sur la glycogénie. Dans un tableau résumant les résultats de cinq expériences très-soignées faites sur des chiens mis au régime de

(1) Thèse *sur une nouvelle fonction du foie*, 17 mars 1853, p. 68.

la viande, je vois alignés dans une même colonne les chiffres indiquant la quantité de sucre retiré de la veine porte de ces animaux. Voici ces chiffres :

Première expérience. . . .	o
Deuxième expérience.. . .	o
Troisième expérience. . . .	o
Quatrième expérience. . .	o
Cinquième expérience. . .	o

Il est à peine nécessaire d'ajouter que, chez les cinq animaux, le sang des veines sus-hépatiques contenaient du sucre.

A côté des faits publiés par nos compatriotes, vous ne refuserez pas de placer ceux dont M. Lehmann a fait part, en 1855, à notre Académie des Sciences.

« Le sang de la veine porte, dit M. Lehmann, ne renferme « jamais les moindres traces de sucre chez les chiens à jeun et « chez les chiens nourris avec de la viande (1). »

Dans un tableau dressé comme celui de M. Leconte, la colonne où sont portés les chiffres qui expriment la quantité de sucre retiré de la veine porte sur six chiens ne contient encore que des zéros. D'autres expériences du célèbre chimiste font voir la limite que dépasse rarement le sucre engendré dans le foie. « Lorsque, dit encore M. Lehmann, le sang a traversé le « poumon, on n'y trouve généralement pas de sucre (2). »

Je vous demande, encore une fois, comment ce sang, non sucré, fournirait le sucre de la lymphe et surtout le sucre du chyle!

Mais vous voilà bien embarrassés, si je ne me trompe, pour concilier le langage des Dumas, des Pelouze, des Lehmann, des Bernard et d'autres encore avec ce qu'on professait naguère à cette tribune. Ne vous disait-on pas que toute la masse du sang contient du sucre, non à des périodes éventuelles, mais constamment, et lors même qu'on fait jeûner les animaux? Ne vous apprenait-on pas, pour chaque expérience, de combien de milligrammes au juste le sang artériel était plus riche que le sang veineux en matière saccharine? Et n'êtes-vous pas tentés de croire qu'en guise de science nous ne possédons sur ce point de physiologie qu'un fatras d'opinions contradictoires?

Rassurez-vous, Messieurs! les opérations sur lesquelles ont été basés ces dosages sont de la nature de celles que l'Institut n'a pas voulu accepter, alors même qu'il ne s'agissait que de démontrer la présence du sucre dans la veine porte. Ce sont des opérations de réduction, lesquelles trop souvent font voir du sucre dans les liquides qui n'en contiennent pas.

Ce n'est point ainsi qu'ont procédé les expérimentateurs qui nient jusqu'à la présence, dans la circulation générale, de ce sucre, que d'autres ont la prétention d'y doser. M. Lehmann a soin de nous avertir que c'est à la méthode par fermentation que sont dus les résultats qu'il fait connaître. C'est à la fermentation aussi qu'a eu recours M. Leconte. Je n'ai pas besoin de vous rappeler le jugement porté par M. Dumas sur la valeur comparative des deux méthodes.

Les faits que je viens d'exposer me suggèrent une remarque que je vais soumettre à l'Académie.

Toutes les fois qu'on peut, à l'aide de la levûre de bière, susciter la fermentation dans le sang dûment préparé, on obtient aussi avec ce sang des réductions, des décolorations dans la liqueur cupro-potassique; mais il n'y a pas réciprocité, et il arrive souvent que tel échantillon de sang qui, bien manifestement, produit des réductions, se montre impuissant à exciter la fermentation : par exemple, le sang des veines sus-hépatiques, celui des cavités droites du cœur fermentent; ils agissent aussi sur le sel cuivrique. Au delà du poumon, le sang a conservé souvent (d'autres disent toujours) la faculté de réduire le réactif; mais il a généralement perdu celle de fermenter; c'est ce que, pendant deux ans, M. Figuier a eu la douleur de constater presque toutes les semaines.

Quelle est donc cette substance qui, dans le sang, jouit de la propriété de réduire le sel cupro-potassique, et ne peut cependant être mise en fermentation? La regardera-t-on comme un sucre en voie de fermentation, un sucre non fermentescible? Rappellera-t-on que M. Berthelot vient de faire connaître des sucres qui sont dans ce cas? Je n'y mets aucune opposition. Il me suffit que l'on reconnaisse, et l'on est bien obligé de le faire, que cette matière ne peut être la même que celle qui fermente franchement dans le chyle.

En résumé, chez un animal mis au régime exclusif de la viande, le chyle contient un sucre fermentescible. Ce sucre ne vient pas du foie, puisque les vaisseaux de la circulation générale, seuls agents possibles de transport du foie au système lymphatique, ne charrient pas, dans l'état ordinaire, du sucre fermentescible.

On ne pourrait attaquer cette conclusion qu'à la condition de démontrer au préalable que la fermentation peut être excitée à volonté et à toute heure dans le sang de la circulation générale. Cette démonstration, je défie qu'on la donne!

Que si, par impossible, on venait à découvrir dans ce liquide un sucre fermentescible qui jusqu'alors y serait demeuré latent, on n'aurait pas encore prouvé le moins du monde que le sucre du chyle vient du foie.

Je suis presque honteux, Messieurs, d'occuper si souvent la tribune; cependant je demanderai quelque jour à l'Académie la permission de lui parler du chyle.

(1) Académie des Sciences, séance du 12 mars 1851, et *Union médicale*, 1855, p. 143.

(2) *Loco citato.*

Mémoire sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale,

Par A. Sanson,

Chef des travaux chimiques de l'École impériale vétérinaire de Toulouse.

(Présenté à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine.)

Dans la séance du 23 mars 1857, l'Académie des Sciences a entendu la lecture d'un mémoire *sur le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans le foie,* dû à l'un de ses membres, M. Cl. Bernard.

La principale conclusion de ce mémoire était ainsi conçue : « D'après toutes les expériences qui ont été précédemment rapportées, il reste donc parfaitement établi que le *foie* des chiens nourris exclusivement avec de la viande *possède la propriété spéciale et exclusive à tout autre organe du corps,* de créer une matière glycogène tout à fait analogue à l'amidon végétal, et pouvant comme lui se changer ultérieurement en sucre, en passant par un état intermédiaire à celui de la dextrine. »

L'honorable physiologiste était arrivé à cette conclusion par suite de l'examen particulier qu'il avait fait subir au tissu du foie, et qui consiste à le jeter, après l'avoir préalablement divisé en lanières très-minces, dans de l'eau maintenue constamment bouillante, afin, dit-il, que le tissu de l'organe soit subitement coagulé, et que la matière glycogène qui se trouve en contact avec son ferment, n'ait pas le temps de se transformer en sucre, sous l'influence d'une température qui s'élèverait trop lentement. Les morceaux de foie coagulés sont ensuite broyés dans un mortier, puis on les laisse cuire pendant environ trois quarts d'heure ou une heure dans une quantité d'eau suffisante seulement pour baigner le tissu. La cuisson achevée, on exprime dans un linge ou sous une presse, et l'on jette sur un filtre le liquide de décoction, qui, après filtration, est additionné de quatre ou cinq fois son volume d'alcool à 38 ou 40 degrés. Alors, un précipité abondant, floconneux, d'un blanc jaunâtre ou laiteux se forme. Ce précipité, recueilli sur un filtre, est lavé plusieurs fois à l'alcool, et constitue, suivant l'auteur, la *matière glycogène brute.*

Pour la purifier et la débarrasser des matières azotées, ainsi que des moindres traces de glycose qu'elle aurait pu encore

retenir, on la fait bouillir dans une dissolution de potasse caustique très-concentrée, pendant un quart d'heure ou une demi-heure, puis on filtre en ajoutant un peu d'eau ; toute la dissolution est précipitée de nouveau par l'addition de quatre ou cinq fois son volume d'alcool à 38 ou 40 degrés. Le précipité est recueilli, et, par des lavages répétés à l'alcool, on enlève autant que possible la potasse; cependant, pour le débarrasser d'une petite quantité de carbonate de potasse qu'il retient, il faut le redissoudre dans l'eau, saturer par l'acide acétique et traiter de nouveau par l'alcool, qui, en définitive, rétablit le précipité en se chargeant de l'acétate de potasse formé.

Tel est le procédé imaginé par M. Cl. Bernard, pour isoler du tissu du foie la matière à laquelle il a donné le nom de *glycogène;* procédé que j'ai tenu à reproduire à peu près textuellement, pour bien fixer le point de départ de ce mémoire. J'y dois ajouter l'indication des propriétés physiques et chimiques qu'on a assignées à cette matière.

Elle se présente avec l'aspect d'une substance blanche, très-finement tomenteuse lorsqu'elle est en suspension dans l'alcool, pulvérulente et comme farineuse quand elle est desséchée. C'est une matière neutre, sans odeur, sans saveur, donnant sur la langue la sensation de l'amidon ; soluble dans l'eau, ou peut-être plus exactement s'y mettant en suspension, en lui communiquant une teinte fortement opaline. Le microscope n'y signale aucune forme caractéristique. L'iode la colore diversement, depuis le bleu violet foncé jusqu'au rouge marron. Elle ne réduit pas le réactif de Frommherz et ne subit pas la fermentation alcoolique sous l'influence de la levûre de bière, mais elle possède ces propriétés après avoir subi l'une des influences susceptibles de transformer l'amidon végétal en dextrine et en glycose.

La découverte de cette matière glycogène devait, dans la pensée du savant professeur, confirmer pleinement la théorie de la fonction glycogénique du foie conçue par lui, en démontrant par quel mécanisme elle se produit, mécanisme qui consisterait dans la sécrétion directe, par l'organe hépatique, de cette même matière qui, sous l'influence d'un ferment particulier dont il n'indique pas la nature et qui serait fourni par le sang, se transformerait ensuite en glycose dans l'organe même.

Ce serait là un résultat extrêmement curieux au point de vue de la physiologie générale, et il importait de vérifier les faits sur lesquels il repose, soit pour le confirmer, si ceux-ci étaient démontrés exacts, soit pour l'infirmer, dans le cas contraire.

Comme le procédé expérimental à suivre est des plus simples, ainsi qu'on a pu le voir, j'ai cru devoir entreprendre cette tâche; et les recherches auxquelles je me suis livré m'ont conduit à une série de faits nouveaux que j'ose croire importants dans la question, et que je vais exposer dans l'ordre où je les ai obtenus.

Avant d'aller plus loin, et pour couper court à toute équivoque, je dois dire que les expériences qui font le sujet de ce mémoire ont été pratiquées sur des grands herbivores, dont la plupart avaient servi aux exercices chirurgicaux des élèves de l'École. Si, en cela, elles diffèrent de celles de M. Bernard, qui ont été faites sur des chiens exclusivement nourris avec de la viande, cela ne peut en rien faire varier leur signification, puisque d'ailleurs il dit lui-même que « l'on peut employer le foie d'un animal quelconque, soumis aux alimentations les plus diverses.

J'ai donc pris d'abord une certaine quantité de tissu hépatique sur un cheval mort dans les hôpitaux de l'École. Coupée en lanières minces et coagulée dans l'eau bouillante, elle a ensuite été traitée de tous points suivant le procédé indiqué par M. Bernard, que je me suis attaché à suivre scrupuleusement jusque dans ses moindres détails, et qu'il me semble inutile de répéter ici.

Cette première expérience m'a mis à même de recueillir une substance jouissant de toutes les propriétés physiques et chimiques assignées à la matière glycogène, propriétés que je néglige de rappeler pour abréger, et est venue, par conséquent, corroborer le fait avancé.

Si, au lieu d'être confirmatif, le résultat eût été négatif, je n'hésite point à déclarer que je me fusse bien gardé d'en tirer encore aucune conclusion. Mon premier mouvement eût été certainement de l'attribuer à mon inexpérience, et j'aurais cru convenable de répéter longtemps et souvent mes recherches, avant d'oser contredire un expérimentateur aussi habile que l'est le savant professeur du collége de France.

Mais ayant trouvé après lui, dans le tissu du foie, une matière susceptible de se transformer en sucre sous l'influence de la diastase, et cela sans la moindre difficulté, je me suis cru en droit d'aller plus avant, et de vérifier, par des expériences analogues, les doutes qui avaient surgi dans mon esprit à la lecture de ses conclusions.

En effet, si l'expérience pratiquée sur le tissu du foie établit bien positivement qu'il existe dans cet organe une matière glycogène, il ne s'en suivait point nécessairement, suivant moi, qu'elle lui fût exclusive ; au moins fallait-il que cela fût démontré expérimentalement. Le foie ne pouvait, à mon avis, être considéré comme l'organe sécréteur de cette matière, qu'à la condition que les mêmes recherches, pratiquées sar les autres viscères des cavités splanchniques, n'y signaleraient point sa présence.

Dans le but de m'en assurer, j'ai soumis à l'expérience une portion de la rate, de l'un des reins et du poumon d'une vache de petite taille, très-maigre, ayant subi la veille, à titre d'exercice chirurgical, l'opération de la castration. Il va sans dire que ces différents tissus ont été, exactement comme l'avait été précédemment celui du foie, coupés en lanières, coagulés, etc., etc.

Or, dans les trois cas il m'a été possible d'obtenir, en quantité plus que suffisante pour l'étude ultérieure, une substance absolument identique à celle du foie : soluble comme elle dans l'eau, sans action non plus sur la liqueur cupro-potassique, se colorant en violet plus ou moins clair par la teinture d'iode, enfin, comme elle susceptible de donner du sucre et de l'alcool par la diastase et la levûre de bière, ne différant, en un mot, de la première, que sous le rapport de sa coloration, en ce qui concerne seulement celle de la rate, qui se montre avec une teinte d'un blanc rosé.

L'existence constante de la matière glycogène dans ces divers organes, plaçait dès lors la question sur un autre terrain. Cela permettait de supposer qu'elle devait être indépendante de leur tissu propre, et y être apportée tout simplement par le sang qu'ils contiennent normalement. Il s'agissait donc de la rechercher dans le sang de la circulation générale.

A cet effet, d'une saignée pratiquée à la jugulaire d'un cheval en bon état, venu à la clinique de l'École pour une légère indisposition, j'ai recueilli une certaine quantité de sang, qui a été immédiatement coagulé dans l'eau bouillante, puis trituré et cuit à la manière ordinaire.

De cette nouvelle expérience il est encore résulté de la matière glycogène en quantité relativement considérable, et toujours avec les mêmes propriétés.

Le sang veineux contient donc de cette matière, comme le tissu du foie, comme ceux de la rate, du poumon et des reins. Cela étant, il importait encore de savoir s'il en était de même du sang artériel, et il fallait par conséquent le rechercher.

Une piqûre pratiquée à la carotide d'un vieux cheval épuisé et servant aux opérations chirurgicales des élèves, me fournit les éléments de cette recherche. Peu riche en matériaux cruoriques, le liquide artériel de cet animal fut coagulé et traité comme le précédent, et le résultat des diverses manipulations méthodiques auxquelles on le soumit, fut encore la précipitation par l'alcool d'une abondante quantité de matière glycogène, ne présentant, avec les autres échantillons déjà recueillis, d'autre différence qu'une teinte un peu plus foncée.

Il devenait donc à peu près certain, après toutes les expériences que je viens de rapporter, que tous les tissus de l'économie devaient recéler de cette matière, puisque le sang de la

circulation générale, qui pénètre partout, en contient abondamment.

Mais, quelque logique que puisse paraître cette conclusion, je n'ai pas cru qu'il fût temps encore de la formuler, car elle n'eût point été à l'abri de l'objection spécieuse qui consisterait à soutenir, malgré l'opinion de l'habile physiologiste qui prétend localiser exclusivement dans le foie la formation du sucre, que la matière glycogène, après avoir été sécrétée par cet organe, pourrait bien être ensuite versée par les veines sus-hépatiques dans le sang de la circulation générale, où je l'ai rencontré.

On devine sans peine que pour vérifier la valeur de cette objection possible, mes recherches devaient se porter désormais sur le sang de la veine porte; car, pour que l'objection que je prévoyais fût admissible, il fallait de toute nécessité que la matière glycogène en fût absente.

Eh bien, une vache de petite taille et fort maigre, ayant subi toutes les opérations possibles sur les animaux de cette espèce, fut couchée sur une table à dissection et tuée par insufflation d'air dans la jugulaire. L'abdomen ayant été immédiatement ouvert, j'appliquai rapidement une ligature sur le tronc de la veine porte, à son entrée dans le foie, et par une ouverture pratiquée au vaisseau au-dessous de la ligature, je recueillis environ 250 grammes de sang dans une éprouvette. Les vaisseaux mésentériques étaient loin d'être vidés.

Ce sang, traité comme les précédents, m'a également fourni de la matière glycogène en quantité très-notable et dans son plus grand état de pureté.

Cette matière existe donc avant comme après le foie.

Enfin, une dernière expérience restait à tenter pour éclairer, à mon sens, la question sous toutes ses faces.

Le foie des chiens exclusivement nourris de viande ayant constamment présenté le même résultat que celui que je viens d'indiquer relativement aux herbivores, le sang des veines sus-hépatiques et celui de la veine porte, chez ces mêmes animaux nourris avec de la viande, même cuite, ayant manifestement donné à plusieurs expérimentateurs les réactions caractéristiques du glycose, il restait, dis-je, à savoir si ces animaux n'avaient point reçu, avec leur alimentation, la matière glycogène toute faite.

Pour élucider ce dernier point du sujet, qui me paraît un des plus importants, je rapporterai avec tous ses détails l'expérience qui le concerne.

Environ 250 grammes de tissu musculaire emprunté au plat de la cuisse d'un cheval, ont été hachés menu et maintenus dans l'eau bouillante pendant quelques minutes, jusqu'à ce qu'ils aient revêtu toutes les apparences de la viande cuite. Jetés ensuite sur un linge, ils ont été égouttés, puis mis dans une capsule de porcelaine avec la quantité d'eau distillée suffisante pour les baigner. Placée sur le feu, cette viande, déjà cuite, a été soumise à une ébullition prolongée pendant plus d'une heure, et ce n'est que par une pression énergique qu'on a pu en retirer environ un centilitre de liquide opalin, résidu de la coction.

Ce liquide, filtré au papier et immédiatement additionné d'alcool à 38°, dans la proportion de cinq à six fois son volume, n'a pas tardé à laisser précipiter abondamment la matière glycogène brute qui, recueillie sur un filtre et lavée à l'alcool, a ensuite été mise en ébullition pendant vingt minutes dans une solution concentrée de potasse caustique. Le résidu, additionné d'un peu d'eau distillée, a été neutralisé par une quantité suffisante d'acide acétique, puis filtré. Enfin, le liquide de filtration, toujours un peu opalin et comme gommeux, a été de nouveau additionné d'alcool, et, presque instantanément, une matière d'un blanc laiteux, finement tomenteuse et en légers flocons, s'en est séparée pour se précipiter ensuite au fond de l'éprouvette.

Avant d'aller plus loin, je crois utile de faire remarquer, pour ceux qui seraient tentés de contrôler mes expériences, — ce qui est mon plus cher désir, — que ces expériences m'ont appris que la neutralisation aussi complète que possible de la potasse par l'acide acétique, dans le dernier temps de l'opération, accélère considérablement la précipitation de la matière par l'alcool, laquelle demande, dans certains cas, plusieurs jours, lorsqu'on néglige cette précaution.

Cela dit, je continue maintenant l'exposé du fait.

Comme dans les précédentes recherches, il a été fait deux parts du précipité, l'une pour être conservée à l'état d'échantillon, l'autre pour l'examen chimique.

Celle-ci s'est montrée d'abord très-facilement soluble dans l'eau distillée à laquelle elle a communiqué une teinte légèrement opaline et une certaine viscosité. Une partie de la solution, additionnée d'une faible quantité de teinture d'iode, a pris une teinte violette caractéristique; une autre partie, mise dans un tube avec de la liqueur cupro-potassique et soumise à l'ébullition, n'a manifesté aucun phénomène de réduction; enfin, le reste de la solution, placé dans une capsule, a été mis en contact avec de la diastase végétale. Comparativement, une solution de dextrine et un peu d'amidon en quantités égales et aussi additionnés l'une et l'autre de diastase, ont été également placées dans des capsules de même dimension.

Examinés seize heures après, à l'aide de la liqueur de Barreswill, les trois liquides ont présenté les signes suivants :

La solution de matière glycogène et celle de dextrine ont réduit abondamment l'oxyde de cuivre; l'empois d'amidon n'a produit aucune réaction sensible; mais il s'est coloré en violet par la teinture d'iode.

Afin d'obtenir la fermentation alcoolique confirmative de la présence du glycose, ce qui restait de la solution de la matière extraite de la viande et traitée par la diastase, a été additionné d'un peu de levûre de bière et placé au sommet d'une éprouvette sur la cuve à mercure. A côté, dans une autre éprouvette disposée de la même manière, de l'eau distillée et de la levûre ont été pareillement placées. La température de l'une et de l'autre a été maintenue entre 30 et 40 degrés, et la fermentation n'a pas tardé à se développer dans la première, d'une manière visible, par l'ascension de bulles gazeuses très-ténues et par l'abaissement du niveau du mercure, que j'avais eu le soin de noter au point de départ, tandis que rien de semblable ne s'est manifesté dans la seconde.

L'opération marchant pendant une de mes conférences avec les élèves, j'en ai rendu ainsi plusieurs élèves témoins, ainsi que quelques professeurs.

Le gaz dégagé a été ensuite complétement absorbé par la potasse.

De cette dernière expérience, il résulte que le tissu des muscles contient, comme celui de tous les autres organes que j'ai examinés, une matière susceptible de se transformer en glycose sous l'influence de la diastase. Elle y présente cependant une légère différence, qui consiste en ce qu'elle se montre beaucoup plus facilement soluble dans l'eau, différence qui me paraît avoir son importance, comme je le ferai ressortir tout à l'heure.

Il est donc permis d'en conclure, d'une manière à l'abri de toute constestation, que dans les expériences qui ont été précédemment faites sur la glycogénie avec des chiens ou d'autres animaux nourris de viande crue ou cuite, ces animaux ont reçu une alimentation contenant une matière susceptible de fournir du sucre, par le seul fait de son contact avec la diastase salivaire.

Et, de l'ensemble de celles qui sont exposées dans ce mémoire, il me semble logique de déduire, relativement à la formation physiologique du glycose dans l'économie animale, une théorie conforme aux données les plus positives de la science, qui tendent à ramener les phénomènes digestifs à des actions purement chimiques.

En effet, d'après les résultats de ces expériences, la matière glycogène, rencontrée dans le sang et dans les principaux organes, paraît avoir une analogie frappante avec la dextrine, ainsi que l'avait déjà entrevu M. Cl. Bernard pour celle du

foie, qu'il s'est borné à étudier. Or, les principes amyloïdes des aliments des herbivores qui doivent, pour être absorbés, passer à l'état de dextrine sous l'influence de la ptyaline ou diastase salivaire, puis à celui de glycose, seraient, pour une forte part, versés dans le torrent circulatoire sous le premier état, pour aller ensuite accomplir leur transformation complète en glycose dans la trame des tissus. Ce qui est rendu suffisamment plausible par la rapidité avec laquelle l'absorption intestinale s'effectue, et aussi par le peu de temps que met le sang à parcourir son cycle, et me semble, en outre, établi par la plus grande solubilité qu'acquiert le principe en s'éloignant du lieu de son absorption.

A mesure que cette transformation s'opérerait, une nouvelle quantité de dextrine serait incessamment apportée par le sang aux tissus, conformément au mouvement de composition et de décomposition non interrompu qui caractérise les actions nutritives, et dont un des produits les plus remarquables est l'acide carbonique que l'analyse accuse dans le sang veineux; de telle sorte que cette même dextrine y serait toujours présente, ainsi que le prouvent les expériences faites sur des animaux pris dans les conditions les plus diverses.

Les carnivores à leur tour, en ceci comme pour ce qui se rapporte aux autres principes, recevraient donc toute formée la dextrine contenue dans les tissus des herbivores dont ils se nourrissent, et c'est sur ce principe que s'exercerait directement chez eux l'influence de la ptyaline, sans qu'il soit besoin d'admettre la nécessité d'un organe exclusivement chargé de la sécrétion de cette matière, dont on ne s'explique point ainsi l'origine ni le mode de filiation, supposition que l'expérience démontre d'ailleurs n'être en aucun point fondée.

Et c'est ainsi que se trouve confirmée une vue récemment émise à l'Académie de Médecine par l'honorable M. Bérard, en ces termes :

« Vous examinerez, Messieurs, si, *indépendamment de la glycogénie hépatique, il ne serait pas rationnel d'admettre que, dans toutes les parties du corps, il y a incessamment production de glycose, qui retourne, par le système lymphatique, au centre circulatoire, et si, à cette glycogénie permanente, la digestion n'en ajoute pas une autre intermittente, mais beaucoup plus active.* »

Toulouse, 25 mai 1857.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juin 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

LECTURE.

Glucogénie. — M. BÉRARD lit une nouvelle note sur cette question. (*Voir* plus haut.)

RAPPORT OFFICIEL.

Fièvre jaune. — M. BEAU, en son nom et au nom de MM. Gérardin et Louis, donne lecture d'un rapport sur des cas de fièvre jaune importée à Brest, en septembre 1856, par la corvette de charge *la Fortune*, venant des Antilles.

La corvette *la Fortune* est arrivée à Brest le 4 septembre 1856, venant des Antilles; pendant la traversée, il s'était déclaré à bord une épidémie meurtrière de fièvre jaune qui durait encore quand le vaisseau mouilla dans les eaux de Brest. Plusieurs employés du port furent alors embarqués dans le vaisseau et y séjournèrent pendant la quarantaine. Le lendemain de leur rentrée dans leur famille, trois de ces employés ont présenté des symptômes plus ou moins semblables à ceux de la fièvre jaune, et ont succombé d'une manière rapide. A Brest, il y eut divergence sur la nature de la maladie qui avait emporté ces trois hommes : le Comité consultatif d'hygiène, consulté à ce sujet, répondit qu'il y avait lieu de soumettre la question aux membres de l'Académie de Médecine.

M. Beau, après avoir décrit la marche suivie antérieurement par la corvette *la Fortune*, rend compte des observations qui ont été transmises par les médecins de Brest, et conclut que cette description se rapproche beaucoup de celle de la fièvre jaune.

En conséquence, M. le rapporteur propose de répondre à M. le ministre que la maladie qui a atteint les employés du port de Brest est assurément la fièvre jaune.

M. DESPORTES demande la parole et entre dans quelques détails relativement à la fièvre jaune : il reproche au rapporteur de n'avoir pas tenu assez de compte des opinions de Chervin, et déclare ne pas accepter la conclusion du rapport, deux des malades paraissant avoir eu une maladie du foie, une hépatite, et le troisième, une fièvre gastrique.

M. BOUILLAUD. M. Beau me paraît avoir tranché trop facilement la question de la contagion de la fièvre jaune; c'est une question grave et qui a tenu des esprits distingués en contradiction pendant un quart de siècle. Quant à moi, je n'ai pas d'opinion sur cette question, de même que sur toutes celles dont je n'ai pu étudier directement les éléments; M. Beau, aujourd'hui, tranche cette difficulté si vite, que je ne puis trop admirer son intrépidité.

M. LE PRÉSIDENT, *à M. Bouilland*. Que proposez-vous relativement aux conclusions du rapport de M. Beau?

M. BOUILLAUD. Je demande que l'Académie ne se prononce pas aussi nettement sur la contagion de la fièvre jaune.

M. LE PRÉSIDENT. Si l'Académie désire discuter cette question, on peut faire imprimer le rapport, afin que chacun puisse en prendre connaissance pour la discussion.

M. BOUILLAUD. C'est uniquement dans l'intérêt de l'Académie que je fais cette proposition.

M. GIBERT. Une nouvelle discussion sur ce sujet aura le sort de celles qui l'ont précédé; elle ne mènera à rien. Le rapport de M. Beau est très-bien fait et répond exactement à une question du Ministre : la maladie à laquelle ont succombé les employés du port de Brest est-elle la fièvre jaune? Les faits motivent-ils la conclusion formulée par M. Beau? Oui, cela est incontestable.

M. BOUILLAUD. J'en demande bien pardon à M. Gibert; mais je ne suis pas de son avis sur ce point.

(MM. DESPORTES, GUÉRIN et MOREAU présentent quelques observations.)

M. LE PRÉSIDENT. Il s'agit seulement d'une réponse à la question du Ministre, et c'est sur cette réponse que l'Académie est appelée à voter.

M. BOUILLAUD. Je pense qu'il vaudrait mieux répondre simplement à la question du Ministre, en laissant de côté tout ce qui est relatif à la contagion de la fièvre jaune.

M. BEAU. En faisant ce rapport, je me trouvais dans une position embarrassante; car je n'ai pas vu les malades en question : je n'ai même vu aucun cas de fièvre jaune. Je me suis contenté de dire que la fièvre jaune pouvait se transmettre d'un foyer d'infection à individu, mais je ne suis pas entré dans la discussion du mode et du principe de transmission.

(M. Beau relit les conclusions du rapport.)

M. LE PRÉSIDENT. Jusqu'ici il ne s'est pas produit de dissidence relativement à la conclusion elle-même, et je propose de voter le rejet ou l'adoption de cette conclusion.

M. GUÉRIN. Il ne faut pas de surprise ici. (M. Guérin propose l'impression du rapport et l'ajournement du vote.)

M. LE PRÉSIDENT. Deux propositions différentes ont été formulées : 1° voter sur la conclusion du rapport; 2° faire imprimer le rapport et discuter ensuite. Je vais mettre aux voix la première de ces propositions.

La conclusion du rapport de M. Beau est adoptée.

PRÉSENTATION.

M. SERRE (d'Alais) présente des *lunettes* qu'il désigne sous le nom de *panoptiques*, et donne quelques détails sur les services qu'elles peuvent rendre pour faciliter la vision, et sur l'utilité qu'on peut en retirer pour le diagnostic de certaines affections des yeux. [Nous publierons une note sur ce sujet.]

La séance est levée à cinq heures.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 72. 5e année. Mardi 16 Juin 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière. 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — **M. le professeur NÉLATON.**

Rétrécissements multiples de l'urèthre. — Emploi de bougies en baleine. — Guérison.

Un homme de 42 ans, ayant eu dans sa jeunesse plusieurs gonorrhées, s'est aperçu, déjà depuis plusieurs années, que l'émission de l'urine était difficile. Le jet était petit, il restait toujours quelques gouttes d'urine dans le canal après que le malade croyait avoir fini. La miction était un peu douloureuse, les envies d'uriner fréquentes. Cependant le malade avait continué ses occupations jusqu'à l'époque où il est entré à l'hôpital. A ce moment l'émission de l'urine ne se faisait plus que goutte à goutte, circonstance qui forçait presque constamment le malade à rester sur son urinoir; elle était de plus très-douloureuse et empêchait, de la manière la plus absolue, le malade de se livrer à son travail quotidien.

L'état général du malade commençait à devenir inquiétant. Sa figure était maigre et d'une teinte cachectique. La préoccupation constante de son esprit l'avait rendu hypochondriaque. Il entrait à l'hôpital avec le désir d'être guéri par quelque opération que ce fût.

La verge a un volume considérable; elle donne dans toute son étendue, principalement à sa base, la sensation d'un tissu induré, résultat dû aux tiraillements continuels exercés par le malade, plutôt qu'à la maladie elle-même.

M. le professeur Nélaton, qui a peu de temps à consacrer à chaque malade, fit quelques courtes tentatives pour pénétrer jusqu'à la vessie. L'interne du service les répéta matin et soir, en y passant quelquefois une demi-heure ou trois quarts d'heure. Ces tentatives, faites avec les bougies dites en gomme élastique, restèrent infructueuses, de quelque manière qu'on s'y prît.

La flexion de la bougie, la torsion en vrille, l'introduction d'une première bougie jusqu'au rétrécissement, et glissement d'une seconde bougie sur celle-ci, tout fut inutile; et les tentatives, faites avec des bougies capillaires comme avec celles de la plus grosse dimension, restèrent sans résultat.

Il semblait qu'on venait heurter, vers le bulbe, contre une muraille infranchissable, bien qu'il restât un passage suffisant à l'émission de quelques gouttes d'urine.

Comme il n'y avait pas distension exagérée de la vessie, et

CHRONIQUE MÉDICALE.

La chronique médicale. Son rôle. Son utilité. — Les *Eaux*. — La Naïade bi-carbonatée et la Naïade hydro-sulfurique. — Trains de plaisir et de santé. — Le père Patience. — Réclame d'un bandagiste. — Grande découverte scientifique.

. . . .

La saison des eaux va s'ouvrir. Déjà les Naïades des sources minérales sont en campagne pour séduire les baigneurs; elles se présentent ornées, comme toujours, de fallacieuses promesses, de programmes fabuleux, de concerts fantastiques; elles cachent enfin, au milieu des roseaux dorés à neuf de leurs lits, les traquenards les plus séduisants. Il ne faut pas trop leur en vouloir de tout cet attirail d'hameçons; c'est le rouge, le blanc et la crinoline qui constituent la toilette de toute Naïade bien apprise. Il faut séduire les gens, et rien ne coûte pour cela : affiches, prospectus, brochures, dessins, réclames dans les grands et petits journaux, elles prennent toutes les formes et s'accrochent à tous les passants.

Mais c'est une si belle invention que *les eaux*, que je ne me sens pas le courage d'en dire autre chose que du bien. Que ferait-on, grand Dieu! de ces goutteux insupportables qui veulent à toute force guérir sans suivre aucun régime? de ces belles dames qui passent toutes les nuits au bal, et ne veulent point trouver, en rentrant, le sinistre cortége des névroses accroupies à leur porte? Qu'en ferait-on si on n'avait pas les eaux thermales pour s'en débarrasser?

J'ai encore un autre motif de ne point irriter les Naïades; dans un moment de colère, elles pourraient ouvrir simultanément tous les robinets de leurs fontaines, ce qui, vu leur nombre prodigieux, pourrait causer un nouveau déluge universel d'eaux minérales; et franchement, je préférerais encore le premier; car si quelque chose peut ajouter au désagrément d'être noyé, c'est de l'être dans une eau qui, en général, a un goût détestable.

Les Naïades ont l'air candide, mais il ne faut pas trop s'y fier; en présence du public, elles savent prendre la mine de filles de bonne maison, mais dans la coulisse, elles sont femmes à mettre le poing sur la hanche. J'assistais, il y a peu de temps, dans un petit coin, au dialogue de deux Naïades, l'une bi-carbonatée, l'autre hydro-sulfurée. Voici, entre autres compliments qu'elles échangeaient, ceux qui ont frappé mon oreille :

LA NAÏADE BI-CARBONATÉE. — Vous avez beau dire, les calculs se fondent comme de la neige aux rayons de mon soleil. L'année passée,

que l'état du malade n'était pas encore désespéré, on ne songea pas à une opération qui évacuât l'urine et qui permît à cet homme d'attendre la guérison de la maladie.

Le malade était depuis quinze jours dans l'hôpital quand M. le professeur Nélaton eut l'occasion de voir M. Phillips. Il lui parla du cas en question et lui demanda son opinion. Le savant spécialiste répondit que jusqu'alors il s'était rangé de l'opinion de Syme (d'Édimbourg); qu'il n'avait pas encore vu de rétrécissement *inflammatoire* infranchissable; et que, du moment qu'il restait un passage suffisant pour quelques gouttes d'urine, avec du temps, de la patience et des instruments *convenables*, on devait arriver à vaincre l'obstacle. Il demanda la permission d'appliquer ses idées sur le malade en question.

La permission lui fut accordée, et le lendemain M. Phillips venait, pour ainsi dire, s'installer à demeure auprès du malade. La première séance de cathétérisme dura en effet plus de deux heures.

La manière de procéder est la suivante :

Le malade est debout, appuyé sur le mur ; le chirurgien, assis devant lui, fait ses tentatives sans jamais tirailler la verge, sans jamais exercer assez de pression pour faire saigner les tissus. On comprend tout ce que cette recommandation a d'important, car si les tissus sont déjà tellement tuméfiés qu'ils ne laissent passer l'urine que goutte à goutte, la moindre cause d'irritation, en amenant un engorgement encore plus considérable, mettra un obstacle invincible à la réussite comme à l'émission de l'urine.

Quant aux instruments employés, ce furent tout d'abord des bougies en *baleine* du n° 3, terminées par une pointe très-effilée. Ce sont là les bougies dont M. Phillips se sert presque exclusivement dans sa pratique, depuis de longues années ; elles présentent sur les bougies ordinaires des avantages sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Le premier jour, après une tentative de deux heures, la bougie n'avait pas encore pénétré dans la vessie. Elle avait bien franchi le premier rétrécissement qui nous avait arrêté ; un second rétrécissement, qui se trouvait plus en arrière, avait également laissé passer la bougie, mais celle-ci était restée arrêtée par un troisième obstacle qui paraissait situé en avant de la prostate.

Ces tentatives prolongées, très-laborieuses pour le chirurgien, sont très-pénibles pour le malade. Pendant la dernière heure, le malade avait été dans un état syncopal presque continuel, et à la fin la syncope complète avait forcé à remettre le malade dans son lit et à interrompre pour ce jour l'opération.

Le malade, cependant, très désireux de guérir, encouragé par ce commencement de succès, demanda que les tentatives fussent répétées. Le reste de la journée fut peu pénible pour lui ; il dormit presque tout le temps et eut un frisson léger dans la soirée : c'est un accident que nous avions déjà eu à constater chez ce même individu, après plusieurs tentatives de cathétérisme.

Le surlendemain, nouvelle tentative de M. Phillips. Et cette fois, après une séance aussi laborieuse pour le chirurgien, aussi pénible pour le malade, nous eûmes la satisfaction de constater que la bougie avait été introduite dans la vessie.

Le pas était immense ; le chemin était ouvert ; le point précis où le canal était resté perméable avait été nettement constaté ; le malade était très-satisfait d'un résultat qui promettait de lui rendre la santé.

La bougie fut fixée dans le canal et resta en place pendant trois jours. A dater de ce moment, le cathétérisme devint plus facile. M. Phillips avait constaté que le rétrécissement ne laissait de pertuis qu'à gauche et en haut du canal, et en dirigeant de ce côté le bec de l'instrument, il parvint sans trop de difficulté à introduire des bougies d'un volume graduellement croissant. Il avait, en outre, constaté que les rétrécissements étaient multiples ; il y en avait trois principaux.

Arrivé cependant à faire pénétrer des bougies de la dimension d'une plume d'oie, M. Phillips ne put continuer à traiter la maladie par la dilatation. Il semblait que l'affection datait de si longtemps, que les tissus circonvoisins s'étaient tellement indurés, qu'un plus grand élargissement du canal était impossible.

Le malade demandait sa guérison radicale; et M. Phillips ayant demandé à M. le professeur Nélaton la permission d'inciser les rétrécissements, il lui fut répondu qu'il avait jusqu'ici conduit le malade en trop bonne voie pour qu'on songeât à l'arrêter ; et bien que n'étant pas partisan de ce mode de traitement (incision des rétrécissements), le savant professeur de la Clinique engagea M. Phillips à terminer une cure si bien commencée.

Les incisions furent donc pratiquées. Il y eut trois séances, éloignées chacune de cinq à six jours, consacrées à l'incision des brides. Elles furent faites au moyen de l'uréthrotome de M. Charrière fils ; cet instrument a l'avantage de pouvoir agir d'arrière en avant ; il permet par conséquent de ne parcourir qu'un chemin bien connu ; il évite toute fausse route et donne au chirurgien un grand élément de certitude.

L'incision en elle-même fut peu douloureuse pour le malade. L'hémorrhagie, peu abondante, s'est toujours arrêtée elle-même, et au bout de quelques semaines le malade pouvait introduire lui-même dans son canal une sonde d'une grosse dimension.

---

j'avais un duc; je ne vous dirai pas son nom, car je reçois tant de ducs qu'il m'est impossible de me rappeler le nom de tous. Ce duc avait donc dans la vessie, je ne dirai pas un calcul, mais une pierre de taille.... à lui faire un monument funèbre. Les litholabes, les lithoclastes, les lithotribes les plus célèbres y avaient laissé leurs dents. Heurteloup et Guillon y auraient perdu leur latin. Il aurait fallu, pour détruire ce calcul, non pas la pioche d'un maçon, mais la sape et la mine, comme dans les vulgaires carrières de moellons ; en quinze jours, plus rien : le calcul s'était fondu comme un simple morceau de sucre de canne, et j'ai eu toutes les peines du monde à en sauver un tout petit fragment, qui est devenu pour son propriétaire un charmant souvenir monté sur une bague. Aussi, ne saurait-on contester que je ne sois la première Naïade du monde.

La Naïade hydro-sulfurée. — La première! Eh bien! et mes dartreux, croyez-vous qu'ils ne me fassent pas un joli rang dans la société?

— Peuh ! qui est-ce qui n'a pas de dartres? Je les guérirais bien aussi si je voulais. Croyez-vous que je me contente de l'exploitation des pierres! Apprenez, ma chère, que je guéris à peu près tout ce qui est guérissable.

— Moi, j'en puis dire autant, et la dartre ne fait point seule bouillir ma marmite.

— Ah! oui, vous avez vos tables de jeu.

— Impertinente! Il vous sied bien de parler avec votre clientèle *demi-monde*.

— Et vous, avec votre public de grecs qui font sauter la coupe.

— Et vous, avec vos eaux qui fondent les calculs comme du sucre de canne. Ah! ah! ah! on les connaît, ma chère, vos calculs.

— Et vos faux dartreux qui viennent faire tapisserie aux frais de l'établissement, pensez-vous qu'on ne les connaisse pas, depuis quinze ans que vous avez toujours les mêmes?

Les deux Naïades, l'œil en feu, allaient s'attraper aux.... roseaux, lorsque je m'enfuis, plein de remords d'avoir souvent envoyé des malades à ces sources trompeuses et perfides comme l'onde, ou plutôt comme de faibles femmes.

TRAINS de santé et de plaisir. — Tel est le titre séduisant d'un prospectus qu'on vient de me remettre. L'administration se charge, au moyen de ce voyage en chemin de fer, de rendre non-seulement la santé à ceux qui l'ont perdue, mais encore de forcer les malades à éprouver les plaisirs les plus variés. Tous les voyageurs seront guéris sans distinction de maladies aiguës, chroniques, graves ou légères, le prospectus ne fait point de réserves, et tous, amusés bon gré malgré,

Il est sorti de l'hôpital parfaitement guéri, promettant de continuer de temps à autre l'introduction de sondes, pour empêcher toute rétraction consécutive du canal.

Nous avons dit au commencement de cette observation que la maladie n'exigeait pas encore momentanément une opération qui permît l'évacuation de l'urine par une voie artificielle. C'est à dessein que nous ne nous sommes pas prononcé plus explicitement. Quelles sont les voies artificielles possibles? Nous croyons que dans des cas analogues il n'y a qu'un seul moyen à employer, c'est la ponction de la vessie.

Un certain nombre de chirurgiens français auraient fait une boutonnière périnéale; mais le chirurgien d'Édimbourg dont nous avons parlé, M. Syme, la rejette d'une manière absolue, tant qu'il n'a pas été possible de faire pénétrer un petit conducteur dans le canal. Voici les raisons qu'il en donne, et, théoriquement, elles paraissent très-concluantes :

Si on n'a pas de conducteur dans le canal, la recherche est difficile et le résultat incertain. On peut être exposé à des déchirures, des fausses routes, des délabrements considérables, et par suite, à une inflammation des tissus, à la résorption purulente, à l'infiltration urineuse et à tous les accidents qui peuvent en résulter.

En second lieu, en supposant que rien de tout cela n'ait lieu, que le canal ait été aisément trouvé; qui oserait affirmer qu'il ne restera pas encore un autre rétrécissement aussi infranchissable que celui qui a occasionné l'opération?

Voyons maintenant à quelles circonstances est due la réussite du cathétérisme, en dehors de l'habileté bien connue du chirurgien. M. Phillips attribue les succès constants qu'il a obtenus dans ces cas, à l'usage des ***bougies en baleine,*** dont il se sert depuis si longtemps.

Lorsque, en effet, le rétrécissement n'est perméable que dans un point excentrique, il faut présenter le bec fléchi de la bougie à tous les points de la circonférence tour à tour, jusqu'au moment où on a fait pénétrer l'instrument. Or, les ***bougies en baleine*** ont, sur les bougies ordinaires, l'immense avantage de garder la courbure qu'on leur a imprimée. Les ***bougies dites en gomme,*** par le fait seul de la chaleur, reprennent leur direction rectiligne, et leur bec vient toujours arcbouter sur le même point du rétrécissement. De là, grande cause d'insuccès.

Tout en reconnaissant la vérité de cette assertion, nous croyons que dans les cas dont il s'agit, il y a une cause qui n'a pas peu contribué à la réussite. Nous voulons parler de cet état syncopal dans lequel se trouvait le malade.

Si ce que nous avons dit de l'engorgement et de l'inflammation qui peuvent suivre une tentative de cathétérisme est vrai, il est clair que le contraire, c'est-à-dire la syncope et par suite l'état exsangue des tissus, est une condition très-favorable à la réussite.

Du reste, ces réflexions nous sont suggérées par une observation que nous trouvons dans le *Medical Times and Gazette.* Il s'agit d'un rétrécissement inflammatoire infranchissable, qui serait devenu très-perméable sous l'influence de l'inhalation du chloroforme.

Voici du reste le cas dont il s'agit; il mérite d'être rapporté :

Un cocher ivrogne, âgé de 52 ans, est admis à l'hôpital de Guy. Il raconte qu'il eut une gonorrhée il y a douze ans environ; depuis cette époque, le passage de l'urine avait toujours été plus ou moins difficile. Il était à l'hôpital depuis trois semaines environ, quand il fut saisi d'une rétention d'urine.

Diverses tentatives de cathétérisme, longues et répétées, restèrent infructueuses. Nul doute qu'il n'y eut là un rétrécissement permanent dû à une inflammation.

En février, il y avait rétention d'urine complète depuis deux jours, et les symptômes étaient des plus alarmants quand M. Cooper Forster fut appelé pour voir le malade. L'opium avait été administré très-largement; malgré cela, des essais persévérants ne purent parvenir à faire pénétrer dans la vessie le cathéter n° 2. M. Forster se détermina à administrer le chloroforme, et ensuite, s'il était urgent, à ponctionner la vessie par le rectum. Quand le malade fut complétement insensible, une nouvelle tentative de cathétérisme fut faite avec la bougie n° 3, et cette fois avec un plein et facile succès.

C'est là un cas des plus intéressants, et qui ouvre une large voie aux expériences.

Les médicaments sont nombreux, et nous pensons qu'il y a dans cette observation un point digne de fixer l'attention des chirurgiens. E. Chairou, interne des hôpitaux.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

De la membrane muqueuse de l'utérus, au point de vue anatomique et physiologique, chez la femme et chez les animaux domestiques,

Par le Dr Raciborski,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

(Suite. Voir le n° 69.)

X. Parmi les modifications sensibles à l'œil que subit la membrane interne de l'utérus après la fécondation, il faut noter

---

tant pis pour ceux dont le seul plaisir serait de ne plus être malade, ils seront forcés de faire comme les autres.

Cependant, je me permettrai de faire observer que les voyageurs en bonne santé n'étant point formellement exclus du voyage, l'administration sera dans la cruelle nécessité de les rendre malades, d'abord pour avoir le droit de les guérir ensuite, conformément au programme. Mais, comme il est beaucoup plus facile de rendre les gens malades que de leur rendre la santé, je crois que mon observation n'est pas de nature à embarrasser la compagnie.

Je ne veux pas formuler une insinuation malveillante, mais si j'étais assez heureux pour posséder une infirmité suffisamment grave pour m'obliger à faire un voyage de trois cents lieues en train de plaisir, je voudrais que l'administration me signât un petit engagement par devant notaire de me débarrasser de ladite infirmité; de plus, je me réserverais formellement le droit de ne pas goûter d'autre plaisir. Quand on a été pris une fois aux plaisirs de l'administration, on s'en souvient toute sa vie. Je prendrais cette petite précaution, parce que si j'ai été plus d'une fois à même de constater l'efficacité thérapeutique de la vapeur employée sous forme de bains, j'ai le droit de douter de son efficacité sous forme de train de plaisir, quand même on alimenterait la chaudière avec des eaux minérales.

Le quai Napoléon forme, derrière Notre-Dame, une espèce de place où s'entassent pêle-mêle des marchandes de pommes et des brocanteurs en vieille ferraille. Là, au milieu du pittoresque désordre de ces boutiques en plein vent, je remarquai, en passant l'autre jour, une petite échelle double peinte en bleu, au sommet de laquelle était accrochée une boîte de même couleur dont les faces présentaient les inscriptions suivantes :

Face antérieure :

POMMADE
UNIVERSELLE
CAMPHRÉE
DU PÈRE PATIENCE.

Face latérale gauche :

BAUME POUR
LES CORS
ET AUTRES.

Face latérale droite :

BAUME POUR
LES DENTS
ET AUTRES.

Je restai muet d'admiration devant la boîte du père Patience. Une pommade universelle! Combien un tel prodige a-t-il dû coûter de travaux, de veilles, d'études et de recherches à ce vieux praticien libre! Je regrettai profondément de ne pas avoir une fortune à déposer à

en premier lieu une sorte de boursouflement et de relâchement, auquel succède même un léger plissement de la surface interne. Cette poche, d'après l'avis du plus grand nombre des observateurs, se termine à la hauteur de l'ouverture supérieure du col, où elle se trouve fermée par une espèce de bouchon formé par du mucus épais semblable à de la gomme detrempée, *gluten pellucidum* de Hunter, qui remplit la cavité du col.

Examinée au microscope, la membrane interne, ainsi modifiée ou *caduque,* a présenté à M. Ch. Robin une augmentation considérable, quelquefois au double, dans le volume des noyaux. Il en est de même des fibres fusiformes et cellulaires. La substance amorphe devient aussi très-abondante et « parsemée d'un nombre très-considérable de granulations moléculaires, dont quelques-unes remarquables par leur teinte jaune ambrée sont fréquemment disposées en groupes (1). » Dans cet état de choses, l'ovule, descendu dans la cavité utérine, s'enfonce dans un point de la membrane interne ainsi boursouflée et glutinifiée ; si bien que, quelquefois du moins, la cavité utérine paraît vide, et que pour apercevoir l'ovule, il faut enlever la couche de membrane interne qui le sépare ainsi, comme une cloison, de la cavité utérine. M. Coste, qui possède une collection fort intéressante d'œufs à différents degrés de développement dans son musée du Collége de France, eut l'obligeance de nous montrer un exemple de ce genre, qu'il fit reproduire dans son admirable ouvrage sur le développement. On peut considérer cet état comme *un des premiers degrés de développement de l'œuf, correspondant aux premiers jours, après un coït fécondant.*

J. Hunter ayant eu l'occasion de faire l'ouverture d'une jeune fille qui s'était empoisonnée par l'arsenic, un mois environ après un coït fécondant, examina l'utérus avec le plus grand soin, même à la loupe, sans découvrir aucune trace d'ovule dans la cavité. Il est très-probable que, dans cette observation, il est encore arrivé la même chose, et que l'ovule était encore renfermé dans l'épaisseur des parois de la caduque.

Nous ne saurions trop insister sur cette particularité anatomique, car elle peut faciliter l'intelligence de certains faits pathologiques sur lesquels il règne encore beaucoup d'incertitude.

XI. D'autrefois, il arrive que l'ovule, quoique enveloppé par la caduque, se trouve placé tout à fait à la surface et ne tient à la membrane interne que par des filaments très-déliés qui peuvent se rompre, et l'ovule tomber ensuite vers la cavité du col, sans qu'on l'ait seulement aperçu. Souvent alors, on peut trouver la cavité de la caduque vide, et avoir des doutes sur l'existence d'une conception.

On peut considérer cet état comme *une autre forme, probablement moins commune, du premier degré de développement de l'œuf humain, correspondant aux premiers jours après la conception.* On pourrait citer, comme exemple de cette forme, l'observation rapportée par Everard Home (1) : « Une domestique, âgée de 21 ans, mourut huit jours après avoir eu des rapports avec son amant. A l'ouverture du cadavre, la matrice offrait des signes de gestation ; cet organe fut mis dans l'alcool, et plus tard, lorsqu'on l'ouvrit, on trouva sa face interne couverte par une exsudation de lymphe coagulable (2), et un petit ovule caché près du col, au milieu de longs filaments d'une lymphe coagulable.... Le museau de tanche était complétement fermé par une gelée très-consistante, et les deux orifices aux angles supérieurs de l'utérus, par lesquels ce viscère communiquait avec les trompes de Fallope, étaient béants (3). » L'ovule a été examiné avec beaucoup de soin au microscope par Bauer, et reconnu pour tel.

Nous-même, en examinant une fois les morceaux expulsés du vagin chez une dame offrant tous les symptômes d'une fausse couche, laquelle était éloignée de six semaines de la dernière époque menstruelle, nous avons reconnu avec des débris de la caduque, parfaitement distincte à son aspect troué à la face interne, un grain arrondi du volume d'un petit pois, recouvert de toutes parts par une substance analogue à celle de la caduque, tenant à un de ses lambeaux par des filaments même assez faciles à rompre. Il ne paraît guère probable que ce petit corps ait été autre chose qu'un ovule dans les premiers jours de son développement.

Nous pourrions ranger dans la même catégorie l'observation publiée par MM. Dutard et Laboulbène dans les comptes rendus de la Société de Biologie (4) ; mais comme le fait pathologique qui en est l'objet a été envisagé par les auteurs sous un autre point de vue, cette observation trouvera naturellement sa place dans la seconde partie de ce travail.

XII. A mesure que l'ovule grossit, il distend sa petite loge, repousse vers la cavité utérine le mince feuillet de la caduque sous lequel il était en quelque sorte enterré, et vient proéminer de plus en plus à la surface, en se rapprochant

(1) *Archives de médecine*, loc. cit.

(1) *Philosophical Transactions*, p. 252, 1817, part. 2.

(2) Il est bien entendu que cette prétendue lymphe coagulable n'est autre chose que la membrane interne de l'utérus modifiée en caduque.

(3) Breschet, *Mém. cité*, p. 18.

(4) Tome II, 1850, p. 161.

---

ses pieds pour obtenir le secret de cette merveilleuse pommade. Je serais devenu le bienfaiteur de mon pays, l'arbitre de la santé publique. Il y a deux mille ans, la Grèce m'aurait élevé des statues, des temples, et je passais demi-dieu avec tous les avantages attachés à ce poste lucratif.

En ce moment, j'aperçus les inscriptions latérales. J'avoue qu'elles me firent faire quelques réflexions. Pourquoi, si la pommade est universelle, le père Patience possède-t-il un baume pour les dents *et autres*, et un baume pour les cors *et autres?* Ce *autres* est d'un vague qui frise l'universalité. Or, pourquoi le père Patience a-t-il inventé ces deux nouveaux baumes, puisque la pommade était déjà universelle ; il faut que la pommade soit un peu moins universelle que la boîte ne l'affirme, ou que le père Patience soit dévoré d'une ardeur scientique bien inextinguible, d'une ambition de découvertes bien insatiable.

Désirant avoir l'explication exacte de ce mot *autres*, qui restait pour mon esprit dans la pénombre des faits douteux, je demandai à la marchande de pommes la plus voisine où je pourrais trouver le père Patience, car l'imprudent n'était pas là ; il avait laissé son trésor sous la seule garde de l'honnêteté publique. La marchande m'indiqua du geste, dans le lointain, quatre ou cinq marchands de vins où le père Patience faisait probablement sa clinique et où il apaisait son ardeur scientifique. Craignant qu'il n'ait eu ce jour-là de trop grandes ardeurs à éteindre, je préférai repasser un jour où, à cheval sur le sommet de son échelle bleue, jambe de ci, jambe de là, cet homme illustre répandra sur la foule les trésors de son érudition et de ses baumes merveilleux.

FIGARO parlait l'autre jour de certain guérisseur de hernies qui avait publié dans la *Presse* une lettre de M. le baron Pasquier, chirurgien du roi, dans laquelle on le priait d'aller appliquer un bandage à M. le marquis de ***, atteint de hernie, place Vendôme, 22. Ladite lettre portait la date du 11 MAI 1857. Figaro était tout surpris, et il y avait bien de quoi, d'avoir déjà pu lire la même lettre dans le numéro du 8 MAI 1857, car on n'a pas tous les jours la satisfaction de pouvoir lire une lettre *trois jours avant* qu'elle n'ait été écrite.

Je suis en mesure d'augmenter considérablement la surprise du joyeux barbier :

1° J'ai envoyé au n° 22 de la place Vendôme, et on a répondu qu'il n'y avait pas de marquis dans la maison. Cependant, à la rigueur, il pourrait bien y en avoir un ; mais l'infortuné, s'il existe, doit voir maintenant dans chaque visiteur un indiscret qui vient lui demander

chaque jour davantage du feuillet pariétal. C'est cette portion de la caduque, ainsi soulevée par l'ovule, qu'on avait désignée sous le nom de *caduque réfléchie* ou de membrane *adventive*. Breschet l'avait désignée, après Chaussier, sous le nom d'*épichorion*, pour le distinguer du feuillet pariétal ou le *périone*.

A mesure que l'œuf acquiert plus de volume, sa tunique d'emprunt, obligée de céder devant ce mouvement d'expansion, s'atrophie progressivement, ou plutôt elle se retire vers la base, tandis que la partie supérieure présente déjà le chorion à nu. Dans un produit d'une fausse couche de deux mois, nous avons trouvé l'œuf gros comme une forte noix, avec le chorion à nu dans ses deux tiers supérieurs. Sa base, tenant à la caduque, était enveloppée circulairement par un bourrelet épichorial très-épais, envoyant des prolongements dentelés de pareille substance à toute la circonférence du chorion.

XIII. L'œuf est donc évidemment composé, dans les premiers mois, de deux poches; l'une, interne, constituée par l'œuf proprement dit; l'autre, externe, constituée par la caduque pariétale ou le périone. Ces deux parties, éloignées d'abord l'une de l'autre presque par toute la largeur ou la hauteur de la cavité utérine, finissent nécessairement par se toucher avec le progrès de la gestation et par se confondre. Au dire de certains embryologistes, et surtout de Breschet et de M. Velpeau, l'intervalle qui les sépare au commencement serait rempli par un liquide albumineux, une espèce de suc nourricier, *hydro-périone*. Mais, la plupart du temps, on ne découvre, entre ces deux feuillets, qu'un peu d'humidité visqueuse qui ne mérite guère d'être considérée comme une collection liquide. Quoi qu'il en soit, les deux caduques, la pariétale comme la caduque réfléchie, doivent jouer un rôle important dans la nutrition de l'ovule. L'aspect de ces enveloppes, leur vascularité, l'exhalation d'un liquide albumineux, en un mot, la vitalité excessive qu'on aperçoit en elles pendant les deux premiers mois, semblent justifier cette manière de voir. Toutefois, ce mode de nutrition ne devait pas suffire aux progrès ultérieurs du développement de l'œuf.

XIV. A partir du troisième mois, l'excessive vitalité que nous avons signalée dans le commencement diminue chaque jour, d'abord dans l'*épichorion*, plus tard dans le *périone* même; leurs vaisseaux, grossis sensiblement au début, s'atrophient progressivement, et toute la vitalité se concentre à la base de l'œuf, dans cette portion précisément de la membrane interne sur laquelle repose l'œuf, que l'on avait aussi désignée par un nom particulier: la *caduque inter-utéro-plantaire* ou la *caduque sérotine*. Là, les vaisseaux se transforment en de gros sinus, lesquels, d'après MM. Coste et Charles Robin, se présentent au microscope comme des *mares de sang*. De nombreuses saillies couvrent cette portion de la membrane interne, s'engrènent avec des saillies floconneuses du chorion également très-nombreuses à cet endroit et contribuent ainsi à former les deux placentas: le placenta utérin et le fœtal.

XV. Pendant que ces changements s'opèrent, la membrane interne de l'utérus, qui déjà, peu de jours après la conception, était tellement modifiée qu'on pouvait la séparer facilement avec le scalpel de la couche fibro-vasculaire, acquiert de plus en plus d'indépendance. D'un organe faisant une partie intégrante de l'utérus, elle devient, après l'atrophie de ses vaisseaux, une membrane enkystée servant d'enveloppe extérieure aux membranes du fœtus; et l'on peut encore retrouver ses principaux éléments sur la face externe du chorion à l'époque d'un accouchement à terme. Il y a plus, à mesure que cette exfoliation s'opère, il se fait en dessous un autre travail, travail réparateur par lequel l'utérus refait sa membrane exfoliée.

Mais ce qu'il y a de plus remarquable, au milieu de toutes ces métamorphoses déjà si pleines d'intérêt, c'est que la membrane muqueuse du col ne participe nullement à l'exfoliation, et que tout ce travail s'arrête au niveau de l'orifice supérieur de la cavité du col. M. Adolphe Richard, dont nous avons eu déjà l'occasion de citer l'excellente thèse sur la membrane muqueuse de l'utérus, a cru trouver l'explication de cette particularité dans une disposition anatomique qui n'a été encore, à ce que nous sachions, signalée par personne. D'après cet observateur distingué, la continuité de la muqueuse de la cavité du col avec celle de la cavité utérine ne serait qu'apparente. La continuation non interrompue de la couche épithéliale ferait seule croire à leur continuité, mais en examinant les choses de plus près, on ne tarderait pas à s'apercevoir que les membranes muqueuses elles-mêmes sont séparées l'une de l'autre par une coupe perpendiculaire, correspondant à l'orifice supérieure de la cavité du col (1). Jusqu'à présent, nous n'avons pas été assez heureux pour constater cette séparation à l'état de vacuité. Quoi qu'il en soit, dans l'absence même de ce fait anatomique, il y aurait encore d'autres raisons assez puissantes pour rendre compte de la particularité que nous venons de signaler. Chez les animaux, la laxité et l'étendue de la muqueuse utérine sont telles que la matrice se trouve déjà dans l'état ordinaire, préparée à la distension par le produit de la conception. On n'observe rien de cela dans l'espèce humaine. Ici c'est une muqueuse dense, serrée et très-adhérente à la couche sous-jacente qui doit subir la distension. Il est évident que ce résultat ne pouvait avoir lieu sans

(1) Thèse citée, p. 13.

---

des nouvelles de sa hernie, et il n'y a rien d'étonnant qu'il cherche à se dissimuler.

2° M. le baron Pasquier, médecin du roi, qui écrit des lettres le 11 MAI 1857, est.... mort le 4 JANVIER 1852.

Si ledit bandagiste n'est pas plus habile dans la fabrication de ses bandages que dans la confection de ses réclames, nous le plaignons, mais nous plaignons encore bien plus sincèrement ses clients.

Il est de mon devoir d'annoncer aujourd'hui la découverte d'un grand fait scientifique.

Il paraît que l'atmosphère avait, depuis un certain temps, modifié sournoisement sa constitution chimique; les savants dormaient sur leurs deux oreilles sans se douter de rien. Heureusement un homme veillait; profond observateur, il se sentait progressivement envahi par le phosphate calcaire, et fixa son œil profond sur le bleu de l'espace; il avait compris qu'il se passait quelque chose d'étrange dans ces régions mal organisées où les comètes peuvent vagabonder tout à leur aise sans qu'un règlement de police vienne les empêcher de perturber le repos de l'univers.

Comme César, il flaira, sentit, et la découverte fut faite.

Cet homme, dont la postérité gravera le nom en lettres d'or entre ceux de Copernic et de Cristophe Colomb, s'appelle V....

Donc M. V.... a découvert la nouvelle composition chimique de l'air. Voici comment il s'y est pris pour payer son écot à la science, qui a tant fait pour lui, — hélas! sans le connaître; — voici comment il a proclamé cette grande découverte, qui est, j'ose le dire, le plus beau fleuron de sa couronne scientifique:

Un jour qu'il était accompagné de quelques savants officiels et d'un grand nombre de savants surnuméraires, il demanda à l'un de ces derniers:

— Pourriez-vous me dire, Monsieur, quels sont les éléments constituants de l'air atmosphérique?

— L'air atmosphérique est composé de 21 parties d'oxygène, 79 d'azote, plus quelques traces d'acide carbonique et d'eau.

— Après, Monsieur?

— Voilà tout, Monsieur.

— Comment, voilà tout! Et l'*acide phosphorique!* qu'en faites-vous donc, Monsieur? s'écria l'immortel, dont la voix éclata comme un obus chargé de clartés éblouissantes à l'adresse des ignorants.

— L'acide phosphorique, Monsieur! répondit le savant en expectative, complétement ahuri.

des modifications importantes dans sa consistance. Devenue glutineuse et molle pour les besoins de ces nouvelles fonctions après chaque conception, la muqueuse utérine de la femme ne peut que céder devant les efforts de la distension. Si elle se brise au niveau de l'orifice supérieur du col, c'est d'abord parce qu'à cet endroit le col se resserre, par une action en quelque sorte antagoniste de celle de la cavité, et ensuite parce que la muqueuse de la cavité du col ayant conservé sa solidité et sa fixité, exerce sur ce point une espèce de contre-extension qui doit nécessairement amener la rupture de la muqueuse utérine.

XVI. A mesure que la membrane utérine s'exfolie, une nouvelle membrane se reforme, avons-nous dit, en dessous pour la remplacer. Ces faits s'enchaînent d'ailleurs si intimement que l'un est la conséquence de l'autre, et s'il est difficile de comprendre que la membrane interne de l'utérus puisse être exfoliée sans être presque simultanément remplacée, la démonstration du fait de la régénération de cette membrane au moment de l'accouchement, entraîne aussi avec elle implicitement l'idée d'une exfoliation préalable. Ce n'est donc pas autant des preuves que des caractères de cette régénération qu'il nous reste actuellement à donner. Ces caractères, on les trouve dans beaucoup d'auteurs qui ont fait la description de la surface interne de l'utérus aux différentes époques de la grossesse ou immédiatement après l'accouchement. Cependant, comme le fait de l'exfoliation physiologique de la membrane interne n'était pas encore connu, à plus forte raison était-on loin alors de supposer la possibilité de sa régénération ; aussi tous les détails anatomiques qui lui appartiennent étaient-ils considérés généralement comme des états pathologiques de l'utérus, et on leur attribuait même quelquefois la mort des malades.

Une observation rapportée par Dance semble nous faire assister à une des périodes la moins avancée de cette régénération. Il s'agit d'une femme morte à la suite de vomissements opiniâtres au troisième mois de la grossesse. A l'ouverture du cadavre, on remarque chez elle, *entre l'utérus et la membrane caduque, ou plutôt entre les cellulosités de cette membrane, des concrétions pseudo-membraneuses blanchâtres assez résistantes, comme infiltrées dans un tissu spongieux et formant une couche de 1 à 2 lignes d'épaisseur, entièrement semblables à une fausse membrane pleurétique* (1).

Dance, pour qui, d'après l'esprit de l'époque, il fallait à tout prix une lésion anatomique pour expliquer les vomissements opiniâtres dans la grossesse (et cette lésion ne pouvait guère alors être autre chose qu'une inflammation), avait attribué ces nouvelles productions à l'inflammation de la caduque. Mais, dégagée de toutes les préoccupations de système, son observation semble évidemment résumer les principaux caractères de la régénération commençant de la muqueuse utérine.

Il serait fort curieux de pouvoir suivre successivement, à différentes époques de la gestation, le procédé employé par la nature pour la restauration de cette membrane. Quoi qu'il en soit, tout porte à croire que ce travail organique doit offrir beaucoup d'analogie avec celui qui préside à la cicatrisation des plaies, sinon que ce ne sont pas les éléments de tissu inodulaire, mais bien les éléments constitutifs mêmes de l'organe exfolié qui se reproduisent de toutes pièces. Des groupes d'abord isolés ne tardent pas à se rapprocher et à se serrer les uns contre les autres. Qu'il survienne un obstacle quelconque, dans un point de l'utérus, à l'accomplissement de ce travail, et il pourra être arrêté partiellement dans l'endroit correspondant, sans que cela empêche la régénération de poursuivre sa marche tout autour. Ainsi, il arrive généralement que lorsque le placenta se détache après un accouchement à terme, la séparation devient si complète, qu'on aperçoit la *caduque sérotine* sur la face inférieure du délivre.

Cependant, il arrive aussi quelquefois que cette portion de l'ancienne muqueuse utérine adhère anormalement avec tant de force à la tunique fibreuse sous-jacente, que le placenta sort déchiré à l'endroit correspondant. Le débris de l'ancienne muqueuse qui reste ainsi attaché, forme en cet endroit, en quelque sorte, un véritable *séquestre,* dont la présence empêche la régénération de se compléter. Nous venons d'observer un exemple de ce genre sur un utérus appartenant à une femme morte huit jours après un accouchement à terme. Une portion de caduque sérotine ou utéro-placentaire, épaisse de 5 à 8 millimètres, formait une espèce d'excroissance au milieu de la paroi postérieure de la cavité utérine. Les bords saillants, irréguliers de cette plaque, appliquée en quelque sorte à la face interne de l'utérus, lui adhéraient intimement et se continuaient avec la mince muqueuse de nouvelle formation qui tapissait le reste de la cavité. La position plus superficielle de cette muqueuse ne permettait pas de douter que c'était une membrane tout à fait nouvelle ; les débris de l'ancienne membrane tenait au contraire, par ses racines, à un plan sensiblement plus profond.

XVII. Lorsque le travail de la régénération est achevé, les deux muqueuses, la nouvelle de la cavité et celle du col, forment de nouveau une surface continue, sans trace de séparation. Cependant, quelquefois il nous est arrivé de rencontrer à l'endroit

(1) *Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques*, t. III, p. 73.

— Certainement, Monsieur, l'acide phosphorique. *S'il n'y en avait pas dans l'air, où donc les animaux puiseraient-ils les quantités énormes de phosphore et de phosphates qu'ils contiennent !!!!*

Cette réponse à bout portant fit un tel effet sur l'intelligence de notre savant — surnuméraire, — que depuis ce jour il se considère comme une allumette et prend le plus grand soin d'éviter tout choc ou frottement de nature à modifier sa composition chimique.

La proclamation de cette nouvelle découverte fut accueillie avec un enthousiasme impossible à décrire. Dix minutes après, les assistants se tenaient encore les côtes, et de douces larmes inondaient leurs frais visages. Ils avaient tant ri !

Les savants officiels n'en purent faire autant, parce que, m'a-t-on dit, les bras leur en tombèrent ; de sorte qu'il leur fut tout à fait impossible d'applaudir.

Depuis cette immense découverte, la circonférence crânienne de l'inventeur paraît entourée le soir d'une auréole phosphorescente, c'est l'auréole du génie, qui ne pouvait couronner un plus majestueux front. Il laisse après lui dans l'espace une traînée lumineuse digne d'être signalée aux astronomes qui n'ont encore découvert que des pseudo-planètes. Cet astre brillant se distingue des autres comètes par l'odeur d'allumette chimique inséparable de sa traînée lumineuse.

L'archevêque de Bologne visitant son diocèse se trouvait, il y a quelques jours à Cinto ; il témoignait au gonfalonier la joie que lui causait l'état moral de la population : Quel beau pays ! s'écria-t-il, quelle admirable ville ! *elle est en retard de deux siècles sur le reste du monde.* Si jamais monseigneur rencontre M. V...., bien sûr qu'il dira : Quel prodigieux savant ; je gage qu'il est de Cinto !

(*Estafette.*) Dr Joulin.

Un centenaire américain. — Il y a maintenant dans le comté Murray, dans la Géorgie, un vétéran révolutionnaire qui a atteint sa cent trente-quatrième année. Il se nomme John Homes. Comme j'allais faire visite à ce débris du XVIIIe siècle, je lui demandai s'il avait connu un vieux gentilhomme qui vivait il y a environ soixante ans. « Oui, me répondit-il, c'était mon grand-père. » J. Homes est né dans le comté de Mecklembourg, dans la Virginie. Il avait 10 ans aux débuts de Washington ; il avait 32 ans quand Bradoock fut défait dans le Monongahela ; il était parti avec quelques voisins pour rejoindre l'entêté et malheureux général, mais après une marche de quelques jours, il revint sur ses pas, à la nouvelle de la défaite. Il émigra, il y a près de 100 ans, dans la Caroline du Sud. Il assista à treize grands combats de la guerre de l'Indépendance, et à de nombreuses rencontres et escarmouches avec les Indiens, les Tories et les Anglais, époque déjà bien loin de nous. (*Med. Times.*)

de l'ancienne séparation, une surface couverte d'inégalités, imitant en quelque sorte, par son aspect, une reprise dans une étoffe de laine. D'autres fois on aperçoit, au point de réunion, des flocons membraneux tenant encore par une des extrémités à la muqueuse de la cavité du col. Ce sont évidemment les débris de l'ancienne muqueuse, qui a été inégalement arrachée. C'est à M. Colin que revient l'honneur d'avoir fait le premier une excellente description de l'état de la muqueuse uterine après un accouchement a terme ; et ce qui rehausse surtout l'intérêt de cette description, c'est qu'elle a été degagée de toute l'influence d'une idée préconçue. L'auteur n'avait alors songé en aucune manière à la possibilité d'une exfoliation complète de la muqueuse utérine ; il prétendait seulement, à l'exemple de Burns, que tout se bornait à l'exfoliation de la couche épithéliale (1). Voici la description que donne M. Colin de l'intérieur de l'uterus, chez une femme morte de polypes au cœur, dans le cours du huitième mois de la grossesse:

« Après avoir enlevé deux caillots de sang, en partie sous un jet d'eau, en partie avec une pince, on trouvait toute la cavité du corps de la matrice, excepté sa partie superieure en arrière, rougeâtre, inégale, déchiquetée, comme réticulée ; de cette surface se détachaient de petits lambeaux filamenteux libres par une de leurs extrémités, adhérents par l'autre. Cette surface était en outre recouverte, par places, de petites plaques jaunâtres, semblables à la couche rejetée en dehors du chorion. A la limite supérieure de la cavité du col, elle se terminait par un bord déchiqueté, saillant au-dessus de ce dernier, et d'où se détachaient de petits lambeaux longs de 1 à 5 millimètres, de même nature que la couche qui tapissait la paroi utérine ; ces lambeaux flottaient dans la cavité du col. En examinant à l'œil la cavité utérine, on y voyait un grand nombre de vaisseaux gros comme des fils, tous d'apparence veineuse. Les petits lambeaux filamenteux dont nous avons parlé, flottaient dans le courant d'eau qu'on y versait, mais celui-ci n'entraînait rien avec lui.

« Si l'on grattait cette surface avec la lame du scalpel, on y enlevait une couche épaisse de 1 à 2 millimètres, d'autant plus épaisse qu'on se rapprochait davantage du milieu et du fond de cet organe ; cette couche était d'un gris rougeâtre, friable ; elle se détachait comme une pseudo-membrane de formation assez récente, s'écrasant de même sous le doigt. Elle était très-vasculaire, offrait partout la même structure ; on ne pouvait la subdiviser en lamelles. Au-dessous, on trouvait le tissu musculaire de l'utérus, blanc et grisâtre, parfaitement distinct de cette couche, facile à reconnaître à sa couleur plus claire, à son apparence fibrillaire, à la direction transversale de ses fibres, à sa consistance plus grande. Cette membrane, examinée à la loupe et au microscope avec des grossissements successifs de 30 à 300 diamètres, a présenté à M. Lebert une structure éminemment vasculaire, parenchymateuse, analogue à celle des muqueuses. »

Si on rencontre rarement la membrane interne de l'utérus avec des caractères aussi distincts chez les femmes qui meurent à la suite des couches, cela tient à ce qu'elle subit des altérations. M. Colin dit l'avoir vue si souvent ramollie ou même détruite dans les fièvres puerpérales, que la couche musculaire restait pour ainsi dire à nu sous une couche putrilagineuse, et il n'hésite pas à considérer cette altération comme une des plus constantes dans ces affections.

XVIII. A mesure qu'on s'éloigne de l'époque de l'accouchement, la nouvelle membrane devient de plus en plus lisse et plus consistante. D'après M. Colin, du vingt-huit au trentième jour elle est rosée ou grisâtre, surtout au voisinage du col, lisse et molle, pas assez cependant déjà pour se laisser entraîner par un courant d'eau. On peut la râcler entièrement, de manière à laisser la couche musculaire à nu ; son épaisseur n'a pas alors plus de 1 à 2 millimètres. Au trente-neuvième jour, on peut encore l'enlever avec le dos du scalpel. Au soixante sixième jour, le scalpel ne parvenait plus à en détacher qu'une pellicule légère, n'offrant plus l'aspect pulpeux d'autrefois. Plus tard, elle devient épaisse, très-adhérente à la couche fibreuse, offrant, en un mot, les caractères que nous lui avons reconnus à l'état de vacuité.

Il résulte, d'après cela, que c'est à la suite des couches qu'il est le plus facile de s'assurer de l'existence de la membrane muqueuse à l'intérieur de la cavité uterine. Aussi, n'est-il pas étonnant que Chaussier, après avoir nié l'existence de cette membrane, ait pu dire ensuite qu'on y trouvait quelquefois une couche *mince, molle, d'apparence membraneuse, que l'on pouvait détacher comme une membrane*, et qu'il considérait comme une *concrétion couenneuse accidentelle* (1). Tout porte à croire que c'est surtout le séjour à la Maternité, où il a été médecin, qui a suggéré cette modification à la manière de voir de ce célèbre médecin. *(La fin à un prochain numéro.)*

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

OBSTETRIQUE.

Rupture de l'utérus,

Par M. Reynolds.

Le 28 mars 1856, je fus appelé en toute hâte auprès de la négresse Sarah; il s'agissait d'une grossesse gémellaire. Les circonstances qui nécessitaient mon intervention, qui causaient la perplexité et l'alarme de la sage-femme étaient les suivantes :

A la naissance du premier enfant, qui arriva vers dix heures (il était sept heures quand je pus me rendre auprès de la malade), après un travail pénible de dix-sept ou dix-huit heures, une douleur subite, lancinante, se fit tout à coup sentir à la partie inférieure de l'abdomen, exactement au-dessus de la symphyse pubienne. La manifestation de cette douleur coïncida tout à fait avec la dernière contraction utérine qui avait expulsé la tête, bien que la malade eût déclaré cette douleur d'une nature toute différente des douleurs ordinaires de l'accouchement, sous le rapport de l'intensité et de la continuité; cependant la sage-femme supposa, pendant quelques heures, qu'elle était produite par l'action naturelle de l'utérus tendant à expulser le second fœtus, et elle ne fut désabusée que, lorsque ayant reconnu par le toucher qu'il y avait présentation d'un bras, elle jugea nécessaire d'appeler un aide.

Il était sept heures quand je vis la malade. A ce moment, les symptômes généraux étaient des plus inquiétants : inquiétude extrême, aspect plein d'angoisses; pouls fréquent et disposé à l'intermittence; sensibilité excessive de toute la région abdominale.

Toucher vaginal : je découvris immédiatement la main et l'avant-bras, et pendant quelques secondes, je pensai à une présentation de l'epaule ; mais en suivant le bras, je trouvai la partie antérieure du vertex tournée directement en avant et appuyée sur le bord du bassin. Je dis la partie antérieure du vertex, car en suivant la partie de la tête située en avant, il était facile de reconnaître la face.

En outre, je découvris que la tête avait une tendance marquée à la rétrocession sous l'influence de la plus légère pression, circonstance qui, avec l'historique de l'accouchement et l'état général de la malade, me porta a appréhender la nature de l'accident qui était survenu.

Il était évident que la plus grande partie du fœtus était passée dans la cavité péritonéale.

Bien que la rupture de l'utérus soit l'accident le plus grave qui puisse atteindre les organes pelviens (excepté la rupture de la vessie), et que la conséquence presque fatale de cette lésion soit la mort, ce n'est pas une raison pour abandonner la maladie à elle-même, comme un cas sans aucune ressource.

(1) *Études à l'œil nu sur la surface interne de l'utérus après l'accouchement*, etc., etc., thèses de Paris, 1847, n° 229.

(1) *Traité sur les hémorrhagies de l'utérus*, d'Edward Rigby et trad. par Boivin, 1818.

Et si l'on a quelque raison de supposer que la plaie est peu étendue, si le museau de tanche est suffisamment dilaté, si l'accident est récent, enfin, s'il y a quelques autres circonstances favorables, il faut intervenir. Mais, dans le cas présent, l'accident datait de dix ou douze heures ; la tête était très-mobile ; la plus grande partie du fœtus était juste au-dessous des parois abdominales; le pouls fréquent et intermittent; la vie sur le point de cesser. D'après toutes ces considérations, je déclinai toute intervention manuelle ou instrumentale.

A dater de ce moment, affaiblissement progressif. Le pouls devient de plus en plus fréquent et intermittent ; la tympanite augmente et amène une énorme distension de l'abdomen ; la respiration est courte, pénible et saccadée ; face grippée, vomissements répétés à de courts intervalles, de matières verdâtres ; aucune altération des fonctions sensorielles. La malade garda sa parfaite connaissance jusqu'au dernier moment. Elle mourut à sept heures de l'après-midi.

Autopsie, quatorze heures après la mort. — A l'ouverture de l'abdomen, ce qui se montra tout d'abord à la vue fut le placenta et le fœtus. Celui-ci était tout entier en dehors de l'utérus, dans la cavité péritonéale. Après avoir retiré le fœtus et ses annexes, on amena l'utérus devant les yeux. Il nous présenta un phénomène des plus remarquables (je veux parler de son extrême contraction); cette contraction était telle, qu'elle avait causé l'oblitération complète de la déchirure, et qu'elle avait réduit l'utérus au volume qu'on pouvait lui supposer avant cette dernière grossesse.

Les traces de la lésion avaient si complétement disparu, qu'il fallut quelque temps avant de déterminer exactement le siége et l'étendue de la rupture, et que ce ne fut qu'en introduisant la main dans l'utérus à travers le vagin, qu'il fut possible de trouver la blessure. La rupture avait eu lieu sur la paroi antérieure du col de l'utérus, auprès de la symphyse du pubis (c'est son siége d'élection). La lésion n'était pas exactement longitudinale, mais légèrement oblique. Il y avait peu de traces d'effusion sanguine dans la cavité péritonéale, et il est permis d'affirmer que ni au moment de la rupture, ni à une période consécutive de la vie de la malade, il n'y eut une perte de sang assez considérable pour mériter le nom d'hémorrhagie (1).

Dans l'état de contraction de l'utérus, la longueur de la blessure était de 3 pouces ; mais elle devait être beaucoup plus considérable pendant la distension de cet organe.

Il y a dans la cavité utérine quelques caillots sanguins, en petite quantité, environ comme après un accouchement normal.

La lésion est très-près du museau de tanche. Il n'y a là cependant que des signes légers d'une inflammation séreuse, bien que l'on constate une inflammation générale du péritoine.

A l'exception de l'utérus, tous les viscères pelviens paraissent dans un parfait état d'intégrité.

Je vais maintenant chercher à établir le rapport qui existe entre les symptômes manifestés pendant la vie et les lésions trouvées après la mort.

La douleur soudaine, poignante, d'un caractère fixe, rapportée à une partie bien circonscrite de l'hypogastre, indique avec une précision suffisante le moment où s'est produite la rupture et le siége de la lésion.

Lorsqu'une plaie peu considérable est produite et a permis seulement à une petite partie du fœtus de passer dans la cavité péritonéale, les efforts d'expulsion continuent jusqu'à ce que toutes les parties renfermées dans l'utérus aient été poussées à travers la plaie jusque dans la cavité abdominale. Si, au contraire, la rupture est assez considérable tout d'abord pour laisser passer brusquement la totalité ou la plus grande partie du fœtus et de ses appendices dans la cavité abdominale, il est probable que les efforts d'expulsion cesseront, quoique l'utérus doive se contracter consécutivement sur lui-même.

(1) Hamilton (p. 377) fait la remarque que si la fente a une direction transversale, il se fait une effusion de sang considérable dans la cavité péritonéale; mais que si la lésion est longitudinale, il ne survient pas le même accident.

Maintenant, pour un cas de la nature de celui dont je viens de parler, vu l'étendue de la plaie, je pense que lorsque je vis la malade, le bras était actuellement la seule partie qui restât dans l'utérus. Il est vrai que l'on trouvait la tête un peu plus haut, semblant rester au-dessus de la symphyse pubienne ; mais je suis disposé à croire que le doigt, en suivant le bras, traversait la rupture et venait rencontrer la tête, située réellement auprès de l'organe, mais appliquée immédiatement sur la plaie. Si on veut se souvenir que la blessure touchait au museau de tanche, on comprendra avec quelle facilité le doigt devait passer de l'une dans l'autre de ces ouvertures.

Comme chez ce sujet, le travail, dans les accouchements précédents, avait été long et très-douloureux, il est probable qu'il existait là quelque déformation du bassin. Je suis disposé à conclure que cette déformation portait sur le diamètre antéro-postérieur, bien que n'ayant pas pu faire l'examen du squelette et comparer le rapport des différents diamètres.

(Traduit du *Charleston med. Journ. and Rev.*, par E. CHAIROU, interne des hôpitaux.)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Bruit de modifications dans l'organisation de l'Académie de Médecine.

Nous ne nous préoccupons guère, d'habitude, on en conçoit la raison, de ce qui sort de la cuisine du *Journal des culottières ;* mais quand ses produits peuvent sembler avoir subi une sorte d'épuration, en passant par d'autres mains, il devient quelquefois utile de les soumettre à une purification plus complète. Tel est le résultat du produit suivant, accueilli sans réflexion par un autre journal :

« On nous assure qu'il a été récemment question d'une réforme radicale dans l'Institution de l'Académie de Médecine. Il ne s'agissait de rien moins que d'une réduction du nombre de ses membres *à* 40 *au lieu de* 100 ; et, *pour la compléter*, ON *devait solliciter l'entrée de ces* 40 *membres* à l'Institut comme *classe* nouvelle. »

Nous aimons à croire que les lecteurs du journal qui a donné asile à ce nouveau français se seront demandé comment on peut compléter une Académie, réduite de 100 membres à 40, en transportant ces 40 dans une autre Académie! En attendant qu'on leur fasse une réponse, voici l'information que nous leur donnerons et que nous leur aurions donnée depuis longtemps, si les projets dont on s'est entretenu dans un cercle encore fort restreint avaient été plus avancés.

Quelques personnes, qui portent un vif intérêt à la science et à l'Académie de Médecine, ont pensé qu'il serait utile à l'une et à l'autre de réduire le nombre des membres titulaires de cette Académie. Le promoteur de ce projet propose une réduction à *soixante membres* et non à *quarante;* mais pour ne pas diminuer la partie active de l'Académie, il propose en même temps de remplacer les 40 membres titulaires retranchés par 40 membres-adjoints. Ce serait revenir, à peu de chose près, à une organisation par laquelle l'Académie a déjà passé et par laquelle a passé également l'Académie des Sciences.

C'est à propos de ce projet, dont on nous donnait communication, et sans en apprécier l'utilité et l'opportunité, que nous en renouvelâmes un sur lequel nous avons déjà appelé l'attention de quelques hommes éminents, celui de supprimer la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des Sciences, et de créer à l'Institut, non pas une *classe* nouvelle, car ce corps ne compte plus de classes depuis longtemps, mais une Académie nouvelle, qui serait une Académie de Médecine. Notre modeste personne a proposé pour cette Académie, à première vue et sauf révision, le chiffre de 40 membres. Comme on le voit, ce dernier projet, déjà imaginé du reste par plusieurs savants, n'a aucune solidarité avec le premier, et il est surtout présenté avec beaucoup moins d'autorité, puisque jusqu'à présent nous ne lui connaissons de publiquement avouée que la nôtre.

Peut-être l'Académie recevra-t-elle prochainement une communication relative au premier; le second attendra, au contraire, longtemps encore avant d'être sérieusement discuté, au moins dans le monde officiel.

H. DE CASTELNAU.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 73. 5e ANNÉE. Jeudi 18 Juin 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · **M. H. DE CASTELNAU**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 17 juin 1857.

Se forme-t-il du sucre dans le foie après la mort?

M. Figuier est décidément le contrôleur de M. Cl. Bernard. On se rappelle que l'un des arguments invoqués par ce dernier expérimentateur, pour prouver que le foie sécrète ou fabrique du sucre, c'est que la fabrication continue pendant un certain temps après la mort, et que lorsqu'on a complétement débarrassé, par le lavage, le tissu du foie du sucre qu'il contient, il suffit d'attendre quelque temps pour qu'un nouveau lavage y en fasse découvrir encore. Peut-être nos lecteurs se rappellent-ils aussi les remarques que nous présentâmes sur cette expérience nouvelle (1), laquelle avait produit, sur beaucoup d'esprits, la plus grande sensation, et la plus favorable possible, en général, à M. Bernard. M. Figuier, après avoir reproduit nos remarques sur l'expérience de M. Bernard, a voulu la soumettre à un contrôle plus direct, au seul contrôle concluant, à une expérimentation nouvelle. Nos lecteurs trouveront plus loin l'exposé de ces expériences, communiqué lundi dernier à l'Académie des Sciences, et ils jugeront sans doute comme nous que ces expériences rendent très-douteuses la formation du sucre dans le foie après la mort. De ces expériences, toutefois, nous retrancherions volontiers la première, dans laquelle le tissu hépatique a été broyé au point qu'on l'a fait passer à travers un tamis *serré*. Il nous semble qu'entre un foie réduit à un pareil état de désorganisation et un foie simplement mort, il y a encore assez de différence pour qu'il soit hasardeux de conclure rigoureusement de ce qui se passe dans l'un à ce qui se passe dans l'autre. Mais la même objection ne nous semble pas pouvoir être opposée aux expériences où M. Figuier a débarrassé le foie du sucre qu'il renfermait, à l'aide de l'ingénieux procédé d'hydrotomie imaginé par le regrettable Lacauchie. Reste maintenant à concilier cette expérience avec celle de M. Bernard, qui semble démontrer que le foie sur lequel il a constaté la formation du sucre après la mort, avait bien été débarrassé préalablement du sucre qu'il renfermait, puisqu'un morceau de ce foie traité, après le lavage, par l'eau bouillante, n'avait pas donné la

(1) Voir *Monit. des Hôp.* du 9 novembre 1855.

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

Lettres à M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

VINGTIÈME LETTRE.

DE LA MÉTHODE LOCALISATRICE DE PARIS ET DE LA DOCTRINE DES ÉLÉMENTS MORBIDES DE MONTPELLIER.

Cher correspondant,

« *Destruam, et ædificabo*, — je démolirai, puis j'édifierai. »

Quand un des plus puissants écrivains du siècle grava cette audacieuse épigraphe sur la première page de ses *Etudes économiques*, beaucoup se demandèrent si, avant de détruire, la prudence n'exigeait pas qu'on bâtît une demeure solide. Je suis assez de cette opinion ; voilà pourquoi, retournant l'aphorisme de M. Proudhon, j'ai cru devoir exposer ma méthode pathologique avant de porter la pioche révolutionnaire dans les assises du monument scolastique. Vaille que vaille, aujourd'hui notre maison est debout ; que si elle est sortie petite et chétive de nos débiles mains, nous prions du moins les lecteurs qui n'oseraient s'abriter sous le toît nouveau, tout en désertant la croulante masure du passé, de considérer que nous avons fait nos efforts pour les empêcher de coucher dehors.

On tenterait en vain de se le dissimuler, depuis plusieurs années déjà, la confusion des langues a jeté le désordre parmi les nombreux architectes de la Babel nosologique. Spectacle affligeant ! la vieille truelle du vitalisme Montpeillerais salit des épithètes de *matérialiste* et de *jugulateur*, les organicistes de Paris, tout en essayant de recrépir à neuf le palais démantelé du *Divin Vieillard.* Le plus petit silex de l'école de *Lordat* fait feu au seul mot d'inflammation. « Mais votre dieu, que nous vénérons à Cos, est méconnaissable en Languedoc, leur écrit-on de Paris; son logement n'est plus de mode, la charpente en est rongée par la mousse du temps. » Et voilà que, répondant par le rire à l'injure, le *souffle solidiste* s'introduit par toutes les fissures du temple vitaliste : il vient poursuivre jusque dans le *sacrum Hippocratis*, et le *sens intime*, et l'ἐνορμον ! Nous avons vu (*horresco referens !*) les plus vieilles têtes du cénacle chercher sous l'hermine officielle un abri contre ce souffle glacial, et les noms magiques de *Broussais* ou *Bouillaud* faire frissonner les perruques séniles sous la toque universitaire !

Nonobstant, ce n'est un mystère pour personne qu'au sein même de la Faculté de Paris, tel et tel professeurs de pathologie diffèrent à

moindre parcelle de sucre. Ces deux expériences paraissent contradictoires, si, par l'un des procédés mis en usage pour les exécuter, on n'a pas altéré la texture du foie au point d'en changer complétement les conditions organiques. — Quoi qu'il en soit, les nouveaux faits communiqués par M. Figuier sont dignes de toute l'attention des physiologistes, et elles augmentent incontestablement les incertitudes que les expériences de M. Bernard avaient laissées dans leur esprit.

Nous avions espéré que la communication de M. Figuier nous donnerait la clef de la proposition qui nous a tant étonné dans le mémoire de M. le professeur Bérard; notre attente a été trompée; M. Figuier a seulement annoncé en terminant qu'il donnerait prochainement des explications à cet égard. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE.

GLUCOGÉNIE.

Expériences qui prouvent qu'il ne se forme point de sucre après la mort dans le foie des animaux,

Note lue à l'Académie des Sciences, dans la séance du 7 juin,

Par M. le Dr Louis FIGUIER,
Agrégé de chimie à l'École de Pharmacie.

L'Académie a bien voulu m'accorder, cette année, un encouragement pour mes recherches relatives à l'existence normale du sucre dans le sang de l'homme et des animaux. C'était dès lors un devoir pour moi de poursuivre un travail honoré de sa haute approbation. J'ai donc repris l'étude de la question de la glycogénie hépatique, et je soumettrai successivement à l'Académie les résultats de mes nouvelles expériences. J'aurai l'honneur de porter aujourd'hui son attention sur ce fait, annoncé par l'auteur de la théorie glycogénique, que la sécrétion du sucre par le foie persiste chez les animaux après la mort, c'est-à-dire sur ce que l'on pourrait appeler la *sécrétion posthume du sucre par le foie.*

Lorsque je crus pouvoir contester, par des expériences, la doctrine, alors si en faveur, de la glycogénie hépatique, l'auteur de cette théorie se contenta de répéter invariablement ses mêmes assertions, sans invoquer aucun fait nouveau à son appui. Ce n'est que huit mois après qu'il produisit, comme un argument sans réplique, cette assertion que la sécrétion du sucre persiste sur le cadavre de l'animal. Comment douter, disait-il, de la réalité de cette sécrétion pendant la vie, puisqu'on la voit continuer sur le cadavre jusqu'à vingt-quatre heures après la mort?

En présentant ce fait si inattendu d'une sécrétion faite par le cadavre, l'inventeur de la glycogénie hépatique ne réfléchissait pas qu'il battait lui-même en brèche l'édifice d'expériences qu'il avait élevé pour faire accepter sa doctrine. Pour démontrer que la sécrétion du sucre par le foie est, comme toutes les autres sécrétions, sous la dépendance du système nerveux, il avait multiplié ses expériences. Il s'était efforcé de prouver que la sécrétion du sucre par le foie est exaltée par la piqûre d'un certain point de la moelle allongée; qu'elle est, au contraire, anéantie par la section de certains nerfs, par la maladie ou par la fièvre, même aussi par quelques influences physiques, telles que l'abaissement artificiel de la température du corps de l'animal. Or, si le nouveau fait était exact, si la sécrétion du sucre persistait encore après la cessation de la vie, il est évident que les expériences par lesquelles on avait prétendu abolir cette sécrétion sur l'animal vivant étaient mal fondées, puisque rien, pas même la mort, ne peut s'opposer à l'accomplissement de cette fonction.

Je vais donc, dans un certain sens, venir en aide à l'inventeur de la glycogénie hépatique, en démontrant que cette sécrétion posthume, qui serait si contraire à toutes les idées physiologiques, n'existe pas en réalité.

Pour mettre en évidence le phénomène de la formation du sucre après la mort, l'auteur fait passer *pendant quarante minutes* un courant d'eau dans l'intérieur du foie. Il prend le foie d'un animal peu d'instants après sa mort, fixe le tronc de la veine porte sur un tube de *gutta-percha*, et ajuste l'autre extrémité de ce tube au robinet d'une fontaine, d'où l'eau s'écoule sous une pression énergique. Il s'assure que le sucre a disparu du foie en faisant bouillir un fragment de cet organe avec un peu d'eau, à laquelle il ne cède point de sucre. Le foie, ainsi traité, est abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, il se trouve chargé d'une quantité abondante de glycose, qui provient, selon l'auteur de cette expérience, d'une sécrétion de ce produit continuée après la mort (1).

(1) Voir *Monit. des Hôp.*, t. III, p. 738, 3 octobre 1855; et t. III, p. 1066, 9 novembre 1855.

---

ce point de principes, qu'un élève qui met le succès de l'examen au-dessus de l'opinion doctrinaire, règle la forme et l'esprit de ses réponses sur l'esprit et la forme de l'enseignement du professeur qui doit l'interroger!

Mais, quoi qu'il en soit d'ailleurs de ces divisions intestines, toutes les méthodes de médication pratiquées en France, en dehors du charlatanisme et de l'empirisme, se rattachent à deux grands systèmes : la méthode des praticiens de Paris, qui prend pour point de départ la *lésion locale;* la doctrine des praticiens de Montpellier, qui fait tout dériver des états morbides généraux et du jeu des *éléments morbides.* Occupons-nous d'abord des *localisateurs.* Ils ont cet incontestable mérite d'assurer à beaucoup de maladies un diagnostic précis, en se reportant toujours aux lésions organiques révélées par l'anatomie pathologique. L'inspiration vague n'est pas de leur goût; mais, dans toutes les affections générales — et il y en a beaucoup! — qui ne permettent pas de localiser la maladie, les organicistes s'exposent à tomber dans l'exclusivisme des systèmes ou à se croiser fatalement les bras. Je prendrai pour preuve un exemple bien connu : nombreuses autopsies ont permis de constater sur des décédés de la fièvre typhoïde, la lésion intestinale caractérisée par l'ulcération des plaques de Peyer et des follicules de Brunner; dès lors, pour les localisateurs, toute la fièvre typhoïde a été bien et dûment renfermée dans une anse intestinale. Chacun sait cependant aujourd'hui combien grande est cette erreur!

Soit donc un sujet de tempérament sanguin, âgé de 20 ans, n'ayant encore été malade, chez lequel éclatent, après ou sans incubation, les symptômes suivants: céphalalgie persistante, douleurs *courbaturales* dans les reins et les membres, langue très-rouge à la pointe et sur les bords, fortement chargée de mucus sur le milieu et à la base; épistaxis répétés, légère laryngite, éblouissements, vertiges, bourdonnements, cauchemars dans la nuit; le malade est définitivement alité, le pouls monte, l'appétit est nul, la soif assez vive, l'oppression croissante; la fièvre s'exacerbe le soir; bientôt, les yeux prennent un éclat sinistre, les lèvres sont sèches, fuligineuses; délire, surdité, râles pectoraux. Cet état peut durer un ou deux septenaires; le malade y succombe souvent, ou, s'il ne guérit radicalement, la période d'adynamie succède à celle de l'atonie : selles diarrhéiques et involontaires, prostration universelle, abêtissement et insensibilité générales, altération de l'émail dentaire, taches sur les membranes externes du globe oculaire, ecchymoses, coma et mort.

Assurément, l'assemblage et la succession de ces symptômes constituent la fièvre typhoïde. Eh bien, procédez à l'autopsie; parfois, je le reconnais, vous trouverez les lésions intestinales de la dothinentérie, mais combien de fois rencontrerez-vous les lésions capitales,

Tout le monde, si je ne m'abuse, a dû comprendre, en lisant la description de cette expérience, le vice qu'elle renferme. Croire que l'on peut débarrasser de tout son glycose le foie d'un animal, au moyen d'un simple courant d'eau traversant cet organe pendant quarante minutes, c'est se faire une singulière illusion. Evidemment, dans cette circonstance, le courant d'eau ne peut que parcourir les ramifications de la veine porte, sans avoir le temps de pénétrer, ou en ne pénétrant que d'une manière incomplète, dans l'intérieur des cellules hépatiques où le glycose se trouve emprisonné; et si le foie est très-chargé de sucre, comme l'est toujours celui d'un carnivore, on ne peut faire disparaître par ce moyen qu'une partie de ce produit.

Je n'ai pas eu de peine à constater par l'expérience la vérité de cette prévision. En prenant le foie d'un chien qui se trouvait depuis quinze jours au régime de la viande, je l'ai fait traverser, peu d'instants après avoir mis l'animal à mort, par un courant d'eau, que j'ai entretenu trois quarts d'heure, en me plaçant exactement dans les conditions décrites ci-dessus. En examinant alors le foie, je n'ai pas eu de peine à reconnaître qu'il renfermait encore une notable quantité de glycose. Il est vrai que je ne me suis pas contenté, pour cet examen, de prendre un fragment de l'organe, mais bien le foie tout entier, que j'ai haché et fait bouillir avec une petite quantité d'eau. Le liquide résultant de cette décoction, traité par le sous-acétate de plomb et le carbonate de soude, réduisait énergiquement le réactif cupro-potassique.

Ainsi, le lavage du foie par un simple courant d'eau entrant par la veine porte pour ressortir par la veine cave inférieure, est un moyen insuffisant pour débarrasser le foie de tout le glycose qu'il renferme. Je peux ajouter qu'on ne réussit pas mieux à le dépouiller du même produit si l'on hache le foie, et qu'on laisse ce tissu, ainsi imparfaitement divisé, macérer pendant plusieurs heures dans un courant d'eau constamment entretenu. Quand on reprend ce foie ainsi lavé, qu'on le hache de nouveau, qu'on le fait bouillir dans de l'eau, sa décoction réduit encore abondamment le réactif cupro-potassique.

L'opération qui consiste à débarrasser le foie par l'action de l'eau de tout le glycose emprisonné dans ses cellules exige donc des précautions particulières. Mais si l'on exécute ce lavage d'une manière rigoureuse, on reconnaît que le tissn du foie, quand il a été parfaitement débarrassé de tous ses produits solubles, ne jouit en aucune façon de la propriété qu'on lui a prêtée de former du sucre spontanément. Voici comment j'ai procédé pour mettre ce fait en évidence :

Exp. I. — J'ai pris un foie de mouton peu après la mort de l'animal, et je l'ai haché avec soin. Le tissu, ainsi divisé, a été passé à travers un tamis de crin serré. Ce qui traversait le tamis constituait une véritable pulpe, dans laquelle le tissu hépatique se trouvait réduit à un grand état de division. Les parties restées sur le tamis étaient de nouveau soumises au hachage, de telle sorte que la plus grande partie de l'organe a pu être ainsi amenée à l'état de pulpe. J'ai lavé cette matière dans l'eau froide par décantation un grand nombre de fois. Après ce lavage méthodique, il reste une masse presque incolore et tout à fait exempte de glycose. On l'a alors abandonnée à elle-même pendant vingt-quatre heures pour reconnaître s'il s'y formerait du sucre. Or, l'eau dans laquelle on a fait bouillir, au bout de ce temps, toute cette masse fibreuse, ne renfermait pas la plus légère trace de glycose. Ainsi, la substance du foie, bien débarrassée du sucre par un lavage rigoureux, ne se recharge pas au bout d'un certain temps, comme on l'a dit, d'une nouvelle quantité de sucre.

Mais pour décider plus positivement si le foie sécrète du glycose après la mort de l'animal, il y avait une expérience tout indiquée d'avance à un observateur rigoureux. Il fallait déterminer par l'analyse chimique la quantité de sucre existant dans un foie lavé, et, au bout de vingt-quatre heures, répéter ce dosage, afin de reconnaître si, après cet intervalle, la quantité de sucre avait augmenté. Cette détermination comparative a été faite de la manière suivante :

Exp. II. — Un foie de mouton, pris peu de temps après la mort de l'animal, a été soumis pendant une heure et demie à l'action d'un courant d'eau entrant par la veine porte et sortant par la veine cave inférieure. On se servait, à cet effet, de l'appareil que l'on doit à M. Lacauchie, et qui est employé pour exécuter les lavages dits *hydrotomiques*, dont cet anatomiste s'est servi avec succès pour étudier la structure de divers organes. L'appareil laveur de M. Lacauchie consiste en un large tube en caoutchouc que l'on ajuste au robinet d'une fontaine, et qui se termine par un ou plusieurs tubes de petit calibre munis de petits robinets et pourvus chacun d'un ajutage en cuivre.

Le lavage du foie, au moyen de cet appareil et par un courant d'eau poussé par une pression énergique du réservoir, a été entretenu une heure et demie.

Après ce lavage, le foie, qui pesait 900 grammes, a été partagé en deux parties du même poids, soit 450 grammes chacune.

L'une de ces moitiés a été hachée soigneusement et soumise à l'action de l'eau bouillante. Le liquide provenant de cette décoction a été légèrement concentré, précipité par le sous-acétate de plomb et l'excès du sel de plomb enveloppé par le carbonate de soude. La liqueur filtrée a été traitée par le réactif cupro-potassique, qui, sous

soit sur les organes thoraciques, soit dans la masse encéphalique! C'est donc de l'exclusivisme erroné que de confondre la fièvre typhoïde avec la lésion des plaques et follicules de l'intestin grêle. Sous ce rapport, l'école de Barthez est bien plus dans le vrai lorsqu'elle définit la fièvre typhoïde : « Un état morbide général avec lésion des fonctions vitales, caractérisé principalement par l'atonie et l'adynamie. » Dans un cas de cette nature, il y aurait mauvaise grâce à ne pas reconnaître que la méthode localisatrice peut induire en erreur.

Voici maintenant un autre cas où la même méthode réduit le praticien à l'inaction ; c'est un fait que feu M. Rech, professeur à l'Ecole de Montpellier, racontait toujours en traitant des apoplexies : M. le professeur Cruveilhier se trouvant dans le département de l'Hérault, un homme mourut d'une attaque d'apoplexie foudroyante. M. le professeur Dubreuil (de Montpellier), anatomiste distingué, emmena son vénérable collègue de Paris, pour procéder, conjointement avec lui, à l'ouverture du cadavre.

Le sujet était d'un tempérament nerveux; l'autopsie du cerveau fut pratiquée avec des soins minutieux ; on ne put constater ni stries de sang congestionné dans les coupes faites en tout sens sur le cerveau, ni le moindre épanchement séreux ou sanguin en *aucun point*. La nature de la mort n'était cependant pas contestable : elle avait été apoplectique et subite. M. le professeur Rech s'appuyait sur ce fait et d'autres analogues pour soutenir l'existence de l'*apoplexie nerveuse*, sans lésion organique appréciable. Que ferait, dans un cas semblable, le localisateur, pour lequel la mort par apoplexie implique nécessairement ou un épanchement, ou une congestion de liquides?

Enfin, nous voyons tous les jours des malades qui, à la suite de travaux trop pénibles, de chagrins profonds, de dés acclimatement, souvent sans qu'il soit possible d'apprécier la cause déterminante, sont contraints de s'aliter; ils se plaignent de douleurs générales, sans pouvoir préciser une région plus malade que l'autre. On a constaté seulement que les sécrétions et absorptions ont perdu leur jeu normal; il y a inappétence, insomnie ou cauchemar la nuit; douleurs céphalalgiques et lombaires, brisement des membres. Mais auscultez, percutez, palpez; aucune altération organique ne se révèle à vous! L'organiciste n'en conviendra pas; mais, obligé d'agir, trouvant un pouls fréquent et rude, il saignera hardiment! C'est qu'il vient de *deviner* une *endocardite!* son zèle à vouloir localiser le porte à s'aventurer jusqu'aux romanesques allures du *médecin d'inspiration!* Qu'advient-il cependant? Souvent, les prodrômes d'une affection générale, que le praticien vient de confondre avec une maladie bien assise, donnent suite à une lésion fonctionnelle de nature hyposthénisante, et l'effet de la saignée est déplorable. C'est ainsi qu'on a

l'influence de l'ébullition, a fourni un précipité volumineux jaune rougeâtre de sous-oxyde de cuivre hydraté (1).

Ce précipité de sous-oxyde de cuivre étant recueilli sur un filtre, lavé, et longtemps calciné dans un creuset de platine au contact de l'air pour le transformer en bi-oxyde de cuivre, a laissé un résidu de cet oxyde pesant 0,123.

Au bout de vingt-quatre heures, la seconde moitié de ce foie, qui avait été abandonnée à elle-même, a été soumise aux mêmes opérations que la première moitié. On l'a traitée par l'eau comme la première, précipitée par le sous-acétate de plomb, ensuite par le carbonate de soude, et enfin mise en contact à l'ébullition avec le réactif cupro-potassique. Le précipité jaune rougeâtre de sous-oxyde de cuivre, recueilli sur un filtre et calciné au contact de l'air pour le transformer en bi-oxyde noir, a laissé un résidu de cet oxyde pesant 0^{gr},102.

Il résulte de cette expérience que, malgré un lavage par un courant d'eau, prolongé une heure et demie, le foie contenait encore une notable quantité de glycose, et qu'en outre *cette quantité n'a pas augmenté dans cet organe abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures.*

Voici une variante de l'expérience précédente, qui a conduit à la même conclusion. Au lieu de doser la quantité de sucre existant, avant et après vingt-quatre heures, dans chaque moitié d'un même foie, on a comparé le poids total des *matières solubles* contenues dans ces deux moitiés avant et après vingt-quatre heures.

Exp. III. — Un chien mis au régime exclusif de la viande depuis un mois, a été tué par la section du bulbe rachidien ; son foie pesait 225 grammes. On a pris 140 grammes de cet organe, que l'on a partagés en deux parties du même poids, soit 70 grammes pour chaque moitié.

La première moitié de ce foie, soigneusement hachée, a été mise en ébullition dans l'eau, et le coagulum résultant de cette opération, traité plusieurs fois par l'eau bouillante, pour l'épuiser à peu près complétement de toute matière soluble. Les liqueurs résultant de ces diverses décoctions ayant été réunies et évaporées à siccité, ont laissé un résidu qui, bien desséché, pesait 4^{gr}, 46.

La seconde moitié du même foie, soit 70 grammes, a été abandonnée à elle-même pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, cette seconde moitié a été traitée par l'eau comme la précédente. Elle a laissé un résidu qui, bien desséché, pesait 4^{gr}, 21.

Ainsi, au bout de vingt-quatre heures, la proportion des matières solubles n'avait pas augmenté dans le foie.

(1) Ainsi, malgré un lavage d'une heure et demie, le foie avait conservé une notable quantité de sucre.

J'ai répété la même expérience avec le foie d'un autre chien mis également depuis un mois au régime de la viande. Son foie pesait 290 grammes. Comme dans la précédente expérience, on a pris 140 grammes de ce foie, que l'on a divisés en deux parties égales du poids de 70 grammes chaque. La proportion de matières solubles contenues dans cette portion du foie, et déterminée peu de temps après la mort de l'animal, était de 4^{gr}, 95. La quantité de matières solubles contenues dans la seconde moitié du même foie, examinée vingt-quatre heures après, était de 4^{gr},53.

Il résulte donc de ces dernières expériences que la proportion de matières solubles contenues dans le foie d'un animal, et qui est composé de sucre en majeure partie, n'augmente pas au bout de vingt-quatre heures. Cette proportion aurait augmenté, si le foie produisait réellement du sucre après la mort.

J'ai avancé plus haut que la cause de l'erreur dans laquelle est tombé l'auteur de la doctrine de la glycogénie hépatique, en affirmant que le sucre se reforme dans le foie après la mort des animaux, tient à l'insuffisance du moyen qu'il a employé pour opérer le lavage de cet organe. Un courant d'eau, entretenu pendant quarante minutes seulement, à travers les ramifications de la veine porte, est un moyen insuffisant pour débarrasser le foie de toutes ses matières solubles, surtout quand on opère avec un foie extrêmement chargé de sucre, comme l'est toujours celui d'un carnivore. J'ai pensé qu'en opérant sur un foie moins chargé de glycose, et en prolongeant convenablement le temps du lavage, on pourrait parvenir à le débarrasser complétement de toute matière sucrée, et que l'on pourrait ensuite, sans altérer, sans diviser l'organe, en un mot, sans toucher à son intégrité anatomique, reconnaître s'il se reforme spontanément du sucre dans son tissu bien lavé. Ayant reconnu que le cheval est un des animaux dont le foie est le moins sucré, j'ai profité de cette condition pour faire une dernière expérience qui a confirmé les précédentes.

Exp. IV. — A l'Ecole vétérinaire d'Alfort, j'ai pris le foie d'un cheval qui venait d'être abattu, et, au moyen de l'appareil de M. Lacauchie, je l'ai soumis, pendant deux heures et demie, à un fort courant d'eau. Je m'étais assuré avant cette opération que le foie expérimenté contenait du sucre. Après ce lavage de deux heures et demie, le foie s'est trouvé débarrassé de tout son glycose, car un morceau de cet organe du poids de 250 grammes n'en cédait aucune trace à l'eau bouillante.

Ayant été abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures, ce foie s'est montré après cet intervalle tout à fait dépourvu de sucre. En effet, 500 grammes du tissu hépatique, hachés et traités par l'eau

---

souvent préparé une funeste issue à des fièvres typhoïdes ou muqueuses graves.

La raison des erreurs nombreuses de l'école localisatrice tient donc, en définitive, à la nécessité où elle se place de recourir à l'hypothèse dans les cas nombreux où les révélations exploratrices se taisent. Le point de départ est excellent, nous ne saurions trop le répéter ; nul n'a le droit de s'affranchir de l'étude des lésions localisées ; mais outre que ces lésions peuvent souvent être l'*effet indirect*, non la cause de la maladie, qu'elles sont souvent inappréciables aux sens, la vraie pathologie physiologique enseigne que si l'état général est souvent le résultat d'une lésion locale organique, souvent aussi le mal ne se traduit en altérations locales que par suite d'une lésion des fonctions générales. Alors, le localisateur s'expose à se tromper, en prenant l'effet pour la cause.

En résumé, toutes les modifications vitales pouvant, ainsi qu'il a été établi ailleurs, se ramener aux deux termes simples d'action et de réaction, les médecins de l'école de Paris, qui savent bien constater comment l'action locale peut provoquer la réaction générale, sont moins aptes à pénétrer comment l'action générale peut entraîner la réaction locale. En vain jureraient-ils par le scalpel de leur infaillibilité ! si les lésions cadavériques parlent toujours, il est souvent difficile de comprendre dans quel sens ; leur constatation, précieuse dans bien des circonstances, ressemble aussi parfois à une confession d'impuissance, qui ne réveille pas les morts et rassure peu les vivants.

Examinons maintenant quelles peuvent être les conséquences de la doctrine *des états morbides généraux et des éléments* de Montpellier.

Qu'un aveu précède notre critique ! Appelé par les circonstances à étudier successivement sur les bancs des amphithéâtres de Paris et de Montpellier, nous avons quitté cette dernière école avec la conviction que l'amour de la philosophie médicale peut bien plutôt naître des leçons professées par les successeurs de Dugès, que des cliniques de la Faculté de Paris. C'est qu'à Montpellier, si l'on est Chauvin, si l'on se paye parfois de vains mots, tous les maîtres du moins sont unis dans une communion de doctrines qui ne laisse pas de donner à leur enseignement une grande force et une certaine élévation. A Paris, au contraire, la supériorité même des individualités entraîne des antagonismes dans le corps enseignant, et, si l'on a une *Faculté*, on n'a pas d'*Ecole*, dans le sens doctrinal du mot. Pour les élèves auxquels il faut, avant tout, une méthode, cela est fâcheux ; pour la vérité, dont le triomphe a plus à gagner au choc des rivalités puissantes d'idée qu'à la monotonie d'une doctrine erronée, cela est meilleur.

Nous venons d'écrire les mots de *doctrine erronée*, les idées patho-

bouillante, ont donné une décoction qui, traitée par le sous-acétate de plomb et le carbonate de soude, n'a pas donné la moindre réduction avec le réactif cupro-potassique.

L'expérience qui vient d'être décrite a été répétée identiquement sur les foies de deux autres chevaux, et elle a fourni des résultats tout semblables : existence du sucre dans le foie examiné au moment où l'animal venait d'être abattu, — absence de sucre après un lavage de deux heures et demie par un courant d'eau, — et absence complète de sucre vingt-quatre heures apres ce lavage.

Ainsi, quand on opère sur le foie d'un animal qui, physiologiquement, ne contient pas de grandes quantités de glycose, et quand on prolonge suffisamment le lavage, on constate que l'organe hépatique ne se charge point d'une nouvelle quantité de sucre au bout de vingt-quatre heures.

Il résulte des faits contenus dans la note que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à l'Académie :

1° Que le tissu du foie, réduit en pulpe pour en effectuer l'exacte division, et traité par l'eau qui le prive de toute matière soluble, n'a point la propriété de reformer spontanément du glycose ;

2° Que le lavage au moyen d'un courant d'eau traversant les ramifications de la veine porte, et entretenu pendant quarante minutes seulement, est un moyen tout à fait insuffisant pour débarrasser l'organe hépatique du sucre qu'il renferme, surtout quand on opère sur des carnivores, dont le foie est toujours très-chargé de sucre ;

3° Que la quantité de glycose qui demeure retenue dans le foie d'un carnivore, après un lavage insuffisant par un courant d'eau, n'augmente pas après un intervalle de vingt-quatre heures ;

4° Que le foie des chevaux étant débarrassé de toute matière soluble par un courant d'eau prolongé un temps suffisant, ne se charge pas, au bout de vingt-quatre heures, d'une nouvelle quantité de sucre.

D'après l'ensemble de ces faits, les physiologistes demeureront convaincus, je l'espère, que cette étrange assertion, qui consistait à attribuer au cadavre l'accomplissement d'une fonction physiologique, est dénuée de tout fondement.

Dans un nouveau mémoire, j'aurai l'honneur de communiquer prochainement à l'Académie le résultat de quelques expériences sur la *matière glycogène* qui existerait dans le foie, d'après une communication récente de l'inventeur de la glycogénie hépatique. Cette matière n'est, selon moi, que le produit de la décomposition, par la potasse, de l'*albuminose*, produit organique dont j'ai signalé l'existence dans le foie, et qui se trouve signalé et décrit dans le premier mémoire que j'ai publié sur ce sujet en janvier 1855. Je montrerai que cette *matière glycogène* se forme avec la plupart des matières albuminoïdes, et qu'on peut l'obtenir en opérant avec l'albumine de l'œuf précipitée par l'alcool, redissoute dans l'eau et traitée par la potasse caustique bouillante. Je m'efforcerai aussi de faire ressortir la différence chimique qui existe entre le sucre contenu dans le foie et celui que l'on trouve dans la veine porte et dans la circulation générale chez les animaux soumis au régime exclusif de la viande.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

Des fistules urétéro-vaginales,

Par M. le professeur ALQUIÉ, de Montpellier.

Les fistules urinaires chez la femme ont été, surtout de nos jours, l'objet de travaux fort utiles et fort nombreux. En outre des fistules ou perforations urétro-vaginales et vésico-vaginales du col et du bas-fond de la vessie, M. le professeur Bérard a signalé les fistules *urétéro-utérines* (1), M. le professeur Jobert, les fistules *vésico-utérines* et *vésico-utéro-vaginales* (2), M. le docteur Léo Barbier surtout, les fistules *vésico-intestinales* (3). Mais l'économie humaine se montre tellement diverse, que, malgré toutes ces espèces pathologiques, on peut encore en rencontrer de nouvelles. Telle est celle qui s'est offerte à notre observation chez une malade dont nous allons rapporter l'histoire :

Fistule urétéro-vaginale par suite d'un accouchement laborieux ; écoulement continu d'urine par la vulve ; cautérisation répétée et inefficace.

(Observation par M. BLANC, chef de clinique chirurgicale.)

Marianne Benoît, âgée de 30 ans, née aux Piles (Drôme), exerçant la profession de domestique, mariée depuis plusieurs années, entre le 15 décembre 1856 à l'hôpital Saint-Éloi, de

(1) *Dict. de méd. en* 30 *vol.*, art. *Vagin* (*fistules*), p. 499.
(2) *Traité des fistules vésico-utérines*, etc. ; un vol. in-8° ; 1852.
(3) *Observations*, etc., 1843, in-8°.

---

logiques de Montpellier ont-elles mérité cette injure ? Assurément, la pratique médicale est basée, dans la ville des Delpech et des Barthez, sur les idées physiologiques de l'école, et c'est là une méthode excellente. Mais nous avons vu que rien n'est plus contradictoire et plus vague que ces idées physiologiques. Ce n'est pas ici le lieu de revenir sur les discussions de la force vitale, du sens intime, de l'agrégat matériel ; nous avons démontré, dès le début de cette étude, la sonorité creuse de ces mots dans le catéchisme vitaliste.

Les Montpellierais se défient énormément des individualités morbides fixées et prisonnières dans une lésion organique ; à ce point de vue, nous sommes assez de leur avis ; mais ils s'empressent de tomber dans l'erreur contraire à l'opinion localisatrice, en affectant de ne reconnaître que des états morbides généraux. Ce mot de M. le professeur agrégé L. Barre, dans un examen : « *Je ne connais pas cette* DEMOISELLE *que vous appelez la maladie, en tant qu'*ENTITÉ, » traduit parfaitement l'idée de l'école à ce sujet. Étonnez-vous ensuite si parmi les médiocrités sorties de cette Faculté (partout la majorité des élèves est médiocre), on trouve beaucoup plus commode de ne pas explorer les régions et de baptiser du nom d'*affection typhoïde* toutes les affections internes un peu graves ! Étonnez-vous encore de ce que M. le professeur Fuster, homme d'ailleurs aussi distingué par son grand caractère que par son érudition, enseigne en pleine clinique « que la fièvre typhoïde n'existe pas, mais seulement l'*état typhique !* »

Avec des idées aussi vagues, toute classification d'*individualités morbides* devenait superflue. Mais comme il était impossible de ne pas distinguer, parmi des manifestations si variées, des états morbides généraux, on adopta comme agents de la maladie universelle un certain nombre d'*éléments morbides* dont les symptômes seraient séparément décrits dans l'école.

M. le professeur agrégé Quissac, dans un livre qui possède plus d'un mérite, a très-nettement exposé la méthode analytique des éléments ; il en reconnaît onze, savoir :

Eléments : inflammatoire, catarrhal, fluxionnaire, malin, nerveux, ataxique, bilieux, rhumatismal, typhique, périodique, adynamique.

Si nous intervertissons l'ordre d'énumération, cela importe peu ; notre mémoire suffit seulement à nous rappeler la nature différentielle de chacun de ces éléments ; mais je demanderai à mes maîtres :

1° Que signifie cet accouplement monstrueux ? Parmi ces éléments, les uns indiquent des symptômes inhérents à l'anatomie des organes et des tissus ; en effet, ceux-ci peuvent être lésés dans leur structure par *inflammation, catarrhe, fluxion*, etc. ; les autres expriment des caractères nosologiques entièrement étrangers à la nature et la texture

Montpellier. Elle se plaint d'un écoulement qui aurait lieu par les voies génitales et qui remonterait à quinze mois.

Elle a eu deux accouchements assez laborieux pour qu'on ait eu recours à l'application du forceps. A la suite du dernier accouchement, sept ou huit jours après, elle s'aperçut qu'elle rendait de l'urine par le vagin. Le médecin qui la visita lui dit qu'elle avait une fistule vésico-vaginale, qu'elle perdait ses urines à travers un orifice tellement étroit qu'on ne pouvait le voir. La constitution de cette femme est robuste, ses fonctions s'exécutent bien, mais l'odeur urineuse qu'elle exhale, le dégoût que lui inspire la souillure de ses vêtements et de sa couche, les excoriations à la vulve et à la face interne des cuisses, ont fini par l'engager à venir à Montpellier.

En examinant attentivement les voies génitales, M. le professeur Alquié a cherché à découvrir la source de cette dégoûtante infirmité; mais à quatre reprises différentes, à l'aide du toucher, de spéculums de plusieurs formes, du stylet et de la sonde de femmes introduits dans la vessie, enfin des injections de lait, on n'a pu découvrir l'orifice par où l'urine s'échappait. Aussi on a pensé un moment qu'il s'agissait d'une incontinence d'urine, ou bien d'une fistule faisant communiquer la vessie avec la cavité du col utérin.

Or, on ne pouvait admettre une simple incontinence, puisque la malade sentait du liquide dans le vagin. D'un autre côté, malgré la déformation du col et l'impossibilité naturelle de voir le liquide se déverser dans la cavité de l'utérus, on ne pouvait conclure à l'existence d'une fistule vésico-utérine, puisque les injections ne passaient point de la vessie dans le col de l'utérus.

On se décida à une cinquième exploration, et l'on fit faire, le 9 avril 1857, une forte décoction de bois de campêche, que l'on poussa dans la vessie; mais rien ne s'écoula ni par le vagin, ni par le col de la matrice.

Le 12 janvier, en examinant cette femme, on n'a pu faire passer l'injection colorée par aucun point fistuleux en distendant la vessie; mais on a vu de l'urine sortir du côté gauche du vagin et au niveau de la lèvre postérieure du col utérin.

Si nous tenons compte de l'accouchement laborieux qui a eu lieu; si nous faisons observer que ce n'est que sept ou huit jours après l'accouchement que l'écoulement s'est manifesté; si nous rappelons qu'à chaque exploration la sonde introduite dans la vessie par l'urèthre a toujours trouvé un peu d'urine; si nous rapprochons de ces notions l'impossibilité de faire passer une injection de la vessie dans le vagin ou dans l'utérus, et le passage goutte à goutte de l'urine dans le vagin, à travers un pertuis très-étroit et très-élevé à gauche du col, nous sommes porté à croire que nous avons affaire à une communication accidentelle entre l'uretère gauche et le côté gauche du vagin, au point où l'uretère côtoie le vagin avant de pénétrer obliquement dans la vessie à l'angle postérieur du trigone. Cette fistule *urétéro-vaginale* admise, nous comprenons tous les phénomènes observés. Un seul uretère est fistuleux, l'autre amène de l'urine dans la vessie, où nous en avons toujours trouvé à chaque cathétérisme; les injections ne passent point par la fistule, parce que l'uretère est bouché à son entrée vésicale par la valvule muqueuse, lorsqu'on distend la vessie au moyen d'un liquide. L'écoulement s'échappe goutte à goutte, parce que l'uretère ne contient qu'une très-petite quantité d'urine.

On a fait, le 12 janvier, la cautérisation du pertuis avec un crayon de nitrate d'argent, vers trois heures de l'après-midi. Mais pendant la nuit il est survenu des douleurs assez violentes du côté gauche, vers le rein gauche, et en même temps il ne s'est pas écoulé d'urine; nous noterons que cette femme a un peu vomi.

Le 14, nous remarquons, à la visite du matin, que le lit est de nouveau souillé par l'urine et que la malade ne souffre plus.

Le 16, on fait une nouvelle cautérisation qui n'amène que de légères douleurs, sans phénomène sympathique de l'estomac; la malade retire momentanément les bénéfices de cette opération, qui a été répétée depuis. Nous dirons que l'amélioration n'a été que momentanée, qu'elle a toujours suivi immédiatement chaque cautérisation; mais il ne nous a pas été permis de suivre longtemps les effets de ce traitement, parce que cette femme, fatiguée des explorations, des cautérisations et de la reproduction du passage de l'urine à travers la fistule, a demandé à sortir de l'hôpital, le 19 février 1857.

Lorsque nous nous livrâmes à l'examen de cette femme, nous éprouvâmes, en effet, à plusieurs reprises, les plus grandes difficultés pour reconnaître le point d'où s'écoulait l'urine. Au niveau du col de la matrice, attiré, du reste, à droite et offrant de profondes déchirures qui annonçaient la lenteur et les difficultés de l'accouchement au moment où la tête du fœtus se trouvait au couronnement; à droite et sur la paroi supérieure du vagin se trouvait un pertuis fort déprimé et caché au milieu de froncements inodulaires de la muqueuse vaginale. Considérant l'écoulement continu de l'urine, l'impossibilité de porter une sonde ou un simple stylet de la vessie dans le vagin, ou de ce conduit dans la vessie à travers les pertuis fistuleux; constatant que la malade gardait dans la vessie et rendait volontairement par l'urèthre une quantité d'urine à peu près égale à celle qu'elle per-

---

des organes: ce sont des influences *périodiques*, *malignes*, *typhiques*, etc., etc... de telle sorte que, loin de simplifier des états morbides distincts et adéquats en valeur, cette méthode de classification confond les genres et les espèces, les causes externes et les effets internes, les caractères extrinsèques et les modifications intrinsèques, etc., etc. Chacun de ces éléments peut ainsi rentrer dans son voisin et se confondre avec lui. Une *inflammation* de nature *catarrhale* peut très-bien provoquer des accidents *fluxionnaires*, lesquels revenant *périodiquement*, déterminent un état d'*adynamie* compliqué de spasmes *nerveux*. Certaines uréthrites de nature syphilitique réunissent tous ces symptômes, plus l'élément *malin* du virus. Voilà donc sept éléments sur onze dans une seule maladie? En vérité, est-ce ainsi qu'on peut prétendre élever la médecine au niveau d'une science certaine et méthodique?

2° On pourrait aussi demander aux inventeurs de cette ingénieuse statistique, pourquoi ils ont limité à onze le chiffre de leurs éléments. Pourquoi ne pas doubler de même et reconnaître :

Les éléments : goîtreux, cataleptique, tuberculeux, épileptique, cancéreux, hydropique, rachitique, farcineux, pléthorique, tétanique, purulent, etc., etc.

Le lecteur le comprend, rien de plus arbitraire que le classement de ces *éléments*, élastiques à ce point qu'on peut les multiplier ou les restreindre à volonté, sans changer rien au caractère de la nomenclature! Aussi les partisans de cette doctrine sont-ils fatalement condamnés à tomber dans la confusion lorsqu'ils veulent spécialiser, dans le vague s'ils tentent de généraliser.

Heureusement Montpellier, comme Paris, possède un petit nombre de praticiens habiles à décrire sévèrement et minutieusement les principaux symptômes des affections diverses, et, quelle que soit d'ailleurs la méthode générale, les élèves doivent tirer de ces descriptions analytiques de bons principes de diagnostic pour l'avenir.

La longueur de cette lettre et les proportions de mon cadre m'obligent à terminer cette revue critique et à clore ici la partie pathologique de notre travail. Quelques réflexions générales sur l'hygiène, les méthodes de traitement et l'exercice professionnel de la médecine au point de vue de la philosophie sociale, compléteront l'ensemble de cette étude sur la philosophie médicale.

Dr ARMAND DE FLEURY (de Mansle).

dait lentement par la vulve; expérimentant, enfin, que tout liquide injecté dans la vessie ne passait nullement par la fistule, qui ne cessait cependant de laisser suinter de l'urine, nous fûmes amené à penser que la source de ce liquide et de la fistule était dans l'uretère correspondant.

Cette induction, tirée de l'observation clinique simple, fut confirmée et par la suite du traitement et par les recherches anatomiques. Comme nous l'avions annoncé d'avance, la cautérisation du pertuis fistuleux à l'aide du nitrate d'argent, en déterminant le gonflement et le contact des bords de la fistule, amènerait une gêne prononcée du cours de l'urine dans l'uretère déjà rétréci par la rétraction cicatricielle. Il devait en résulter la stase et l'accumulation de l'urine dans l'uretère, le bassinet et le calice. De là les douleurs croissantes et ascendantes dans la direction de ces conduits, après chacune des cinq cautérisations; de là la fièvre, les nausées, les vomissements même qui survenaient ici, comme lorsque des graviers urinaires descendus des reins s'arrêtent dans les uretères, où ils gênent le cours de l'urine; de là, enfin, le soulagement prompt et le rétablissement de la malade dès que la fistule vaginale se reproduisait.

L'étude attentive des rapports anatomiques de l'uretère dans l'excavation pelvienne vient ajouter une démonstration dernière à ces inductions cliniques. Du côté gauche surtout, l'uretère s'engage dans les ligaments larges, côtoie la matrice, repose et adhère sur la paroi supérieure du vagin, s'engage dans la cloison vésico-vaginale, pénètre à travers les membranes de la vessie, et vient s'ouvrir à l'angle correspondant du trigone. Pendant ce trajet oblique, l'uretère présente une étendue de 6 centimètres environ, sur lesquels il peut s'établir des perforations fistuleuses qui ne communiquent pas avec la cavité vésicale. Au bord de l'utérus et sur une longueur de près de 3 centimètres, l'uretère peut adhérer et se déverser dans cet organe, de manière à produire la fistule urétéro-utérine dont le professeur A. Bérard a le premier parlé. Au-dessous de ce point et dans l'étendue d'un centimètre et demi environ, l'uretère adhère à la paroi supérieure du vagin et à la cloison vésico-vaginale; là aussi peuvent s'établir des *fistules urétéro-vaginales*, pareilles à celles dont notre malade nous a présenté un exemple. Enfin, des perforations semblables peuvent se produire sur la portion de l'uretère comprise dans l'épaisseur du bas-fond de la vessie, et en rapport avec une partie de la paroi supérieure du vagin. Ces dernières espèces de fistules ne sauraient s'ouvrir sur la ligne médiane, mais bien sur la limite externe de la paroi supérieure du conduit vaginal.

Le *traitement* de cette espèce de fistule urinaire nous paraît plus difficile et plus infidèle que celui de la plupart des autres lésions du même genre. Quand le pertuis fistuleux se trouve au canal de l'urèthre, au col vésical ou même au bas-fond de la vessie, l'emploi d'une grosse sonde à demeure, aidé de la cautérisation de la fistule, a procuré plusieurs succès et peut en donner de pareils. Il est aussi probable que l'usage d'une semblable sonde portée et maintenue dans l'uretère, de manière que son extrémité ouverte s'élevât jusqu'au-dessus de la perforation, aidée de l'action du nitrate d'argent sur le pourtour du pertuis fistuleux, serait de même capable d'amener un résultat avantageux. Mais l'introduction d'une pareille sonde à travers le col vésical et l'orifice vésical de l'uretère est plus qu'incertaine, à raison de la profondeur de l'orifice et de la disposition du repli valvulaire qui le recouvre d'une sorte de soupape dirigée contre l'impulsion donnée à la sonde.

Une autre question à s'adresser est celle de savoir si l'économie tolérerait la présence d'un corps étranger en permanence dans l'uretère, alors que des graviers ne s'y arrêtent pas sans provoquer des perturbations dont la femme qui fait le sujet de notre observation a plusieurs fois présenté le tableau.

Ne pouvant, en conséquence, avoir recours à une pareille méthode de traitement, nous avons songé vainement à l'autoplastie. Ici, en effet, l'introduction d'un lambeau dans l'orifice fistuleux aurait bouché le conduit déjà si étroit et si rétréci de l'uretère, et un lambeau emprunté sur l'un des côtés et renversé sur le pertuis en forme d'opercule, pour y être fixé dans une incision convenablement disposée, nous a paru un procédé d'une réalisation trop incertaine.

Force a été de nous réduire à l'emploi de la cautérisation de l'orifice fistuleux à la faveur d'un crayon très-effilé de nitrate d'argent. A cinq reprises, et à une semaine d'intervalle chaque fois, nous avons eu recours à ce moyen, et presque toujours nous avons constaté les mêmes phénomènes : suspension de l'écoulement d'urine, douleurs vives le long de l'uretère jusqu'au rein correspondant, anxiété, nausées, vomituritions, fièvre. Cet état a duré pendant quatre jours environ, sans augmentation notable de l'expulsion normale de l'urine. Vers le cinquième jour, l'urine s'est échappée de nouveau à travers l'orifice fistuleux, tous les phénomènes pathologiques ont cessé, et la malade a repris rapidement son état antérieur.

A quoi peut-on attribuer ces suites de la cautérisation, si ce n'est à l'obturation de l'orifice fistuleux qui, aboutissant à un conduit fort étroit ordinairement, se trouvait coarcté par suite de l'accident qui avait produit la fistule? Ne rencontrant pas ou presque pas d'écoulement vers son orifice vésical, ni à travers le pertuis momentanément fermé, l'urine devait s'accumuler dans l'uretère, le bassinet, les calices. De là les douleurs éprouvées par la malade le long de ces conduits; les nausées, les vomissements, la fièvre; perturbation qui devait nécessairement disparaître aussitôt que le pertuis fistuleux, tiraillé par le poids du liquide accumulé, venait à permettre la reproduction de l'écoulement urinaire. Cet état anatomique et physiologique ayant été ainsi constaté à cinq reprises différentes, nous avons reconnu l'inutilité de pousser plus loin ces tentatives thérapeutiques, qui, s'il fallait en croire les affirmations de la malade, lui auraient cependant procuré une notable amélioration.

(*Ann. clin. de Montpellier.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 juin 1857.

Présidence de M. Geoffroy St.-Hilaire.

Ethnologie. — M. Gay lit un rapport sur un mémoire de M. Edouard de Rivero, relatif aux *Momies du Pérou.*

Zoologie. — M. Duméril lit un rapport sur un mémoire de M. Hollard, relatif à une famille de poissons nommée les *Ostracides.*

Élection. — M. Thuret est nommé membre correspondant dans la section de botanique.

Physique. — M. Verdet présente une *Note sur les propriétés optiques des corps magnétiques.*

Physiologie. — M. L. Figuier communique à l'Académie des *Expériences qui prouvent qu'il ne se forme pas de sucre après la mort dans le foie des animaux.* (*Voir* plus haut.)

Chimie. — M. Paul Thenard adresse une *Note sur un appareil à doser le gaz inflammable des mines de houille.*

M. Persoz. — *Note sur les combinaisons du soufre avec le carbone.*

Botanique. — M. H. Lecoq adresse une *Seconde note sur l'étendue de l'aire moyenne d'expansion géographique des espèces végétales vers le 45° degré de lat. N.*

Toxicologie. — M. Blondlot (de Nancy) envoie une note intitulée : *Remarque sur la recherche toxicologique de l'arsenic.* (Nous avons publié cette note.)

M. Duméry. — Note sur des *appareils de chauffage.*

MM. Joly et Lavocat. — *Nouvelle démonstration de la coalescence du métacarpien ou métatarsien du pouce avec la première phalange de ce même doigt.*

M. Laurent (de Saint-Martin) adresse à l'Académie un *papier fumigatoire antiseptique,* qu'il emploie pour neutraliser les miasmes dans les amphithéâtres d'anatomie et dans les salles de malades.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Hôpitaux de Londres et de Paris. — Sous ce titre, le *Medical Times* publie les lignes suivantes :

« Un rapport intéressant du Comité des institutions de bienfaisance de la Société statistique met en évidence la grande différence qu'il y a à Londres et à Paris dans le mode adopté pour le soulagement des malades dans les classes pauvres. — A Londres, une grande partie des secours sont donnés à domicile par les médecins et chirurgiens attachés à nos dispensaires. A Paris, au contraire, les secours à domicile sont peu de chose relativement à ceux donnés dans les hôpitaux. Ainsi, dans l'année 1853, le nombre des malades traités dans les hôpitaux de Paris ne fut pas moindre de 91,754, tandis qu'à Londres, dans le cours de la même année, il ne fut que de 45.808, abstraction faite des infirmeries qui existent dans les différents ateliers. Mais d'un autre côté, tandis que le nombre des malades secourus au dehors était de 102,472, il montait à Londres au delà de 600,000.

« A Londres, le budget de l'Assistance médicale s'est élevé à 1,150,900 livres sterling; à Paris, les dépenses de l'administration générale ont été de 560,853 livres sterling. »

Notre confrère de Londres s'abstient de tout commentaire sur ces chiffres, qu'il se contente d'établir. Ils pourraient cependant donner lieu à des remarques qui offriraient plus d'un intérêt. Il est vrai qu'il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, entrer dans des détails que notre confrère d'outre-Manche ne donne point ; qu'il faudrait savoir, par exemple, quels genres de secours ont été donnés à domicile, quels résultats y ont été produits, etc., etc. En l'absence de ces détails, nous ne pouvons nous-même chercher à justifier nos préférences pour le système parisien, qui, au moins, chez nous, est infiniment supérieur au système de Londres.

Distribution de l'eau à Londres. — Le même journal donne sous ce titre les intéressants détails qui suivent :

« Le rapport de la semaine dernière établit un fait très-intéressant : c'est la diminution rapide de l'eau dans les rivières qui doivent approvisionner Londres. Ce fait, signalé d'abord par M. Pittard, a une importance beaucoup plus grande sur la santé publique qu'il ne paraît au premier abord. Il s'ensuit effectivement qu'une même quantité d'eau potable contient beaucoup plus d'impuretés solides par le fait de cette diminution considérable. Ne pourrait-il pas y avoir un rapport entre cette circonstance et le nombre croissant des diarrhées que l'on observe à Londres pendant l'été? »

— Une nombreuse phalange de savants et de naturalistes, venus de Paris et des autres points de la France, explore depuis plusieurs jours les environs de Montpellier. La Société entomologique et la Société de botanique de France, ayant choisi notre ville pour y tenir une cession, ont partagé leur temps entre des réunions scientifiques et des courses à la campagne.

Un grand nombre d'élèves de la Faculté de médecine de Paris, ayant à leur tête M. le professeur Chatin, sont arrivés par le chemin de fer, la boîte de botaniste sur le dos, pour étudier, avec les membres du Congrès, la flore de Montpellier et quelque peu aussi sa topographie. Les élèves de la Faculté de Montpellier, au nombre de plus de deux cents, désireux de témoigner leur sympathie à leurs collègues de Paris, leur ont offert le vendredi, 12 du courant, une très-belle fête dans le Jardin des plantes de Montpellier, que l'autorité avait mis à leur disposition. Le *lunch* était servi dans l'orangerie; l'Ecole de botanique était entièrement illuminée. La musique du 2ᵉ régiment du génie, gracieusement offerte par M. le général commandant la division, n'a cessé, pendant toute la soirée, de jouer des airs joyeux. Plusieurs discours ont été prononcés par MM. les professeurs Martins (de Montpellier) et Chatin (de Paris), et par MM. Foville (élève de Paris) et Estor (de Montpellier). La plus franche cordialité et la gaieté la plus expansive n'ont cessé de régner dans cette fête, qui s'est prolongée jusqu'à une heure avancée, sans qu'il en soit résulté le moindre désordre. (*Revue thérap. du Midi.*)

— Les obsèques du docteur VIMONT ont eu lieu le jeudi 4 juin, au cimetière du Montparnasse. Il était recommandable par son amour désintéressé pour la science. C'était un élève distingué de Gall et l'un des continuateurs les plus convaincus de ses doctrines. Il a fait un ouvrage, exécuté avec luxe, qui fait autorité sur cette matière. Sa collection de crânes comparés est l'une des plus précieuses de l'Europe. Elle lui a coûté trente ans de soins assidus et des sommes considérables.

Vimont était un savant de bonne foi. Quelques paroles ont été prononcées sur sa tombe par l'un de ses confrères qui a rappelé la noblesse de son caractère et les services qu'il a rendus à la science.

— Un concours pour deux places d'aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris s'ouvrira le 22 juin 1857. Tous les élèves en médecine sont admis à concourir. Le premier candidat nommé entrera immédiatement en exercice; le deuxième commencera ses fonctions le 1ᵉʳ avril 1858. On s'inscrit tous les jours au secrétariat, de dix à deux heures.

Association de prévoyance des médecins, pharmaciens et vétérinaires de Seine-et-Oise. — Nous avons reçu le Compte rendu de l'Assemblée générale de cette Association, qui, parvenue seulement à sa seconde année d'existence, se présente cependant déjà avec des éléments de vitalité qui assurent son avenir. C'est ce qui résulte clairement du compte financier présenté par M. Labbé, pharmacien, trésorier de l'Association. Ce Compte rendu a été précédé d'un discours de M. le docteur Bataille, président, qui a fait connaître en très-bons termes le but de l'Association et fait entrevoir son avenir. Ce discours et le compte financier ont été adressés aux médecins, pharmaciens et vétérinaires du département, accompagnés d'une lettre parfaitement rédigée du secrétaire-général de l'Association, M. le docteur Remilly, ancien interne très-distingué des hôpitaux de Paris.

Le bureau, la commission générale et la sous-commission pour l'année 1857-1858, ont été ainsi constitués pour l'élection, à l'exception du président, nommé par l'Empereur. Ils se trouvent constitués comme il suit :

Bureau : MM. BATAILLE, médecin à Versailles; BOURGEOIS, médecin à Etampes, *vice président;* THIBIERGE, pharmacien à Versailles, *vice-président;* REMILLY, médecin à Versailles, *secrétaire-général;* DUGUET, médecin à Versailles, *secrétaire-adjoint;* LABBÉ, pharmacien à Versailles, *trésorier;* DESPREZ, pharmacien à Versailles, *trésorier-adjoint.*

Commission générale : MM. PRESTAT, médecin à Pontoise; DUQUESNE, vétérinaire à Etampes; SERGEANT, médecin à Neauphle-le-Château; TAYON, vétérinaire à Verrières; ANCELLE, médecin à Trappes.

Sous-commission : MM. MOZER, vétérinaire à Versailles; BOUCHER, médecin à Versailles; OUDINET, pharmacien à Versailles; PITON, médecin à Marly-le-Roy; BRAILLARD, médecin à Versailles.

— A la suite d'une intervention pour laquelle le rédacteur en chef de ce journal a une haute estime et une grande déférence, les conventions suivantes ont été adoptées par MM. E. Bouchut et H. de Castelnau :

« Si M. de Castelnau a outrepassé les droits de la critique en parodiant quelques passages d'un ouvrage de M. Bouchut, il n'a pas eu l'intention de le blesser personnellement et il retire toute expression de nature à porter atteinte à l'honorabilité de ce médecin.

« M. Bouchut remercie M. de Castelnau de la déclaration spontanée qui précède et elle suffit pour empêcher de donner suite à la discussion judiciaire prête à s'élever entre eux. »

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le bon jardinier pour l'année 1857, par MM. VILMORIN, POITEAU, DECAISNE, NAUDIN, NEUMANN, PÉPIN, etc. — Un très-fort vol. grand in-18.— Paris, à la librairie agricole de la *Maison rustique*, 26, rue Jacob. — Prix : 7 francs.

Traité élémentaire d'anatomie, avec un *Atlas* de 60 planches, contenant 250 fig. coloriées et de nombreux tableaux synoptiques, par L. et P. BATISSIER et E. SALMON. — Paris, 1857. — Chez J. VIAT, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12. — Prix : 30 fr.

Considérations pratiques sur les vices de conformation du bassin. Leçons et observations recueillies à la clinique d'accouchements de M. le professeur Paul Dubois, par M. Jules ROUYER. — Chez LECLERC, 14, rue de l'École-de-Médecine. — Prix : 1 fr. 25 c., et par la poste, 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 74. 5e année. Samedi 20 Juin 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, 5. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 19 juin 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

[**Un spécifique de l'épilepsie. — Péripétie glucogénique. — Les eaux de Pougues. — L'anesthésie.**]

L'Académie a entendu mardi dernier un rapport inusité, mais qui n'en a pour cela que plus d'importance. En d'autres temps, elle avait déjà eu à juger un prétendu spécifique de l'épilepsie, possédé depuis longues années ar une honorable famille du Dauphiné. Ce spécifique, c'était le simple et modeste *gallium album* (caille-lait blanc), lequel ne posséderait toutes ses propriétés qu'à la condition d'être cueilli *en pleine lune de mai, sur le côteau de l'Ermitage; d'être dissous dans du vin blanc de l'Ermitage vieux et le plus sec possible*, et même d'*être employé* sinon à l'Ermitage même, au moins dans les environs, à la distance des frontières départementales tout au plus. L'Académie avait soumis ce spécifique au contrôle de l'expérience, et elle n'avait pas tardé à se convaincre que le merveilleux spécifique, indiqué d'ailleurs comme anti-épileptique dans une foule d'auteurs, n'avait ni plus ni moins de vertu que tous ses nombreux succédanés (1) ; elle avait rédigé dans ce sens un rapport officiel. On pouvait considérer la question comme définitivement jugée ; s'il s'était agi d'un inventeur ordinaire, elle l'aurait été sans contredit. Mais le *gallium* s'abritait sous des autorités qui, si elles étaient légères en science, paraissaient avoir du poids en influence. Le *gallium* a donc reparu sur la scène, et cette fois, il y a reparu avec un tel cortége d'approbateurs, qu'il ne s'agissait rien moins que d'une demande d'autorisation pour ouvrir, sous forme de loterie, une souscription de *six cent mille francs*, devant servir à fonder un établisssement où seraient traités gratuitement, par le *gallium*, un grand nombre d'épileptiques. Quelque louable que fût au fond la pensée de créer un semblable établissement, la Commission des remèdes secrets n'a pas cru qu'elle pût en favoriser l'exécution en consacrant une grave erreur, et M. Robinet, avec son jugement et son tact habituels, a confirmé, par de nouvelles conclusions, l'ancienne décision de l'Académie. L'Académie a approuvé à l'unanimité les conclusions du travail de M. Robinet, et nous aimons à le croire, malgré le règlement, tout le travail lui-même.

Il sera désormais intéressant de savoir si, malgré cette décision itérative du corps le plus compétent pour juger des questions thérapeutiques, il sera donné suite au projet dont nous venons de parler, et auquel, d'ailleurs, il n'a pas été fait allusion, que nous sachions, dans le rapport de M. Robinet. Et puisque nous parlons encore de ce rapport, terminons en ne félicitant point M. Robinet du soin qu'il a eu de ne pas laisser, contrairement à la coutume suivie par tout le monde, son travail au secrétariat, afin qu'il fût possible aux rédacteurs des journaux d'en prendre une connaissance plus complète qu'on ne peut le faire à une simple audition.

— Nous avons eu mardi, de M. Figuier, l'explication que nous réclamions de lui dans notre dernier article sur la séance de l'Académie des Sciences, et cette explication nous a justifié de n'avoir accueilli que sous toutes réserves la renonciation faite, au nom de M. Figuier, par le savant professeur de physiologie de la Faculté de Médecine. M. Figuier annonce qu'il *n'abjure pas le moins du monde le fait*, qu'il croit avoir démontré, de la présence du sucre fermentescible dans la veine porte ; il rappelle seulement que ce sucre ne fermente pas directement, mais seulement après avoir été tenu en ébullition pendant quelque temps avec un acide. Il est permis de penser que M. Figuier ne renonce pas plus au fait de la présence du sucre dans le système sanguin général que dans le système de la veine porte ; toutefois, il ne s'explique pas à cet égard, soit qu'il ait jugé une déclaration inutile sur ce point, soit qu'il ait oublié que M. Bérard lui avait attribué cette dernière renonciation non moins catégoriquement que la première. M. Figuier annonce, du reste, un prochain mémoire sur la question tranchée d'un mot par M. Bérard. Nous verrons venir ce mémoire avec un intérêt qu'explique suffisamment le soin tout particulier que nous avons mis à débrouiller avec nos lecteurs cette question de la glucogénie, qui va se compliquant tous les jours davantage,

(1) A propos de cette constatation, l'*Union médicale* fait la remarque suivante : « C'est malheureux, mais vaut-il encore mieux la triste vérité que d'accepter de décevantes espérances. » Les principes exprimés dans cette phrase sont depuis longtemps les nôtres, et nous sommes heureux de voir un journal jouissant d'une influence légitime, se rattacher à une philosophie qui n'a pas toujours eu ses sympathies.

mais qui va aussi s'enrichissant de faits curieux et bien dignes d'occuper l'esprit des physiologistes.

— Un travail de M. de Crozant, dont nous publierons prochainement une analyse détaillée, montre tout le parti qu'on peut tirer des eaux de Pougues dans le traitement des affections scrofuleuses. Un essai, fait sur des enfants de l'hospice de Nevers, a paru assez satisfaisant pour engager M. le directeur de l'assistance publique de Paris, à envoyer à ces eaux quelques-uns des enfants confiés à sa direction. La composition ferrugineuse des eaux de Pougues pouvait, à la rigueur, expliquer les résultats obtenus par M. de Crozant; cependant cette raison n'a point paru suffisante à M. Mialhe, et il lui semblait plus naturel d'attribuer à l'iode une partie des effets thérapeutiques constatés. Une analyse rigoureuse, faite en collaboration avec un jeune chimiste, déjà fort habile et très-zélé pour la science, M. Ossian Henry fils, a pleinement justifié les prévisions de M. Mialhe : cette analyse a démontré d'une manière positive la présence de l'iode dans les eaux de Pougues. Mais M. Mialhe ne s'est point arrêté là ; la présence de l'iode lui a fait supposer que d'autres principes non moins essentiels, le brôme et l'arsenic, pourraient bien se trouver associés au premier métalloïde, et que de nouvelles analyses devenaient nécessaires pour fixer définitivement la place que doivent occuper les eaux de Pougues dans la classification des eaux minérales. Il est à espérer que M. Mialhe se chargera d'exécuter lui-même le programme qu'il a posé, et que nous apprendrons prochainement jusqu'à quel point ses nouvelles prévisions sont fondées.

— Après les communications précédentes, fort intéressantes comme on le voit, après la lecture d'une observation très-curieuse de trachéotomie, faite par M. François, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, la discussion sur les anesthésiques a repris son cours tristement, c'est-à-dire devant des banquettes à peu près vides. Il serait difficile de dire pourquoi cette question excite aussi peu d'intérêt, car le sujet du débat mérite certainement l'attention du public scientifique. Comme nous aurons à apprécier le discours de notre excitable confrère en journalisme, M. J. Guérin, nous attendrons d'en lire le texte officiel dans la *Gazette médicale,* si nous ne le recevons plus tôt sur papier timbré. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

De la membrane muqueuse de l'utérus, au point de vue anatomique et physiologique, chez la femme et chez les animaux domestiques,

Par le Dr RACIBORSKI,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

(Suite. Voir les nos 69 et 72.)

XIX. Nous voilà donc arrivé presque au terme de nos études anatomiques et physiologiques sur la membrane interne de l'utérus. Ainsi, cette membrane, dont, il y a peu d'années encore, on avait contesté l'existence, peut être à chaque instant démontrée et se trouver évidemment destinée à jouer un rôle important dans la reproduction de l'espèce. C'est elle, en effet, qui fournit d'abord les premiers éléments nutritifs à l'ovule, arrivé dans la cavité utérine; plus tard, elle augmente le nombre des enveloppes protectrices de l'œuf. Et qu'on ne suppose pas que l'idée dont nous cherchons ici le triomphe puisse être comparée à tant d'autres idées que l'on a vues souvent être mises en avant sous une garantie apparente de l'observation et de l'expérience, et que d'autres observateurs et des expériences plus exactes firent ensuite crouler complétement ; c'est le scalpel à la main, aidé des renseignements fournis par le microscope, qu'on a démontré l'existence de la membrane interne de l'utérus, avec ses caractères propres. C'est encore l'anatomie, aidée de l'observation microscopique, qui a mis hors de doute le fait si curieux de l'exfoliation physiologique de cette membrane, en donnant des preuves de son identité avec la caduque des auteurs, et en nous permettant de la suivre jusque sur la surface du chorion et au-dessous du placenta. C'est par les mêmes procédés encore qu'on est arrivé à apprendre qu'après la parturition, la membrane musculaire de l'utérus ne se trouve point à nu, mais qu'elle est déjà recouverte d'une muqueuse de nouvelle formation.

La plupart des personnes qui essayent encore de faire un simulacre d'opposition à l'admission de ce fait nouveau, se fondent uniquement sur une apparente analogie. La régénération de la membrane interne de l'utérus ne peut pas être réelle, dit-on, car ce serait une exception unique dans tout le système des membranes muqueuses. Mais nous avons démontré que la membrane interne de l'utérus, à part des éléments communs au système muqueux en général, possède aussi des éléments spéciaux qu'on ne rencontre nulle part ailleurs à l'état physiologique. Et d'ailleurs, tout n'est-il pas également merveilleux dans l'utérus, et tout ne vient-il pas nous prouver combien était fondée l'opinion de Swammerdam, qui déjà, au XVIe siècle, désignait cet organe sous le nom de *miraculum naturæ.* L'utérus ne possède-t-il pas également des fibres musculaires exceptionnelles qui s'hypertrophient ou s'atrophient physiologiquement, selon les besoins de la génération? ses vaisseaux, ses nerfs n'ont-ils pas aussi une disposition à part? le péritoine lui-même ne fait-il pas l'unique exception pour l'utérus en offrant une ouverture à l'extrémité des trompes pour le passage des ovules? Ainsi, parmi les différents systèmes qui entrent dans la composition de l'utérus, il n'y en a pas un seul qui s'y conforme comme partout ailleurs ; tous sont appropriés par certaines modifications à la grande œuvre de la reproduction de l'espèce. Sous ce rapport, la muqueuse de l'utérus se distingue encore entre tous les éléments qui le composent, car elle naît, on peut dire, pour la fécondation, et disparaît après chaque génération. Qu'aurait dit Galien en présence d'un fait pareil, lui qu'une connaissance encore bien superficielle de l'organisation de l'utérus saisissait déjà d'admiration et lui faisait dire qu'il devrait chanter des hymnes aux dieux pour les remercier d'avoir vu une disposition aussi merveilleuse !

XX. Si la membrane interne de la cavité utérine possède une structure spéciale, qui lui était nécessaire pour remplir son rôle dans la génération, d'autres portions de la muqueuse des organes sexuels présentent également un arrangement particulier qu'on ne rencontre plus dans la cavité utérine et qui est toujours subordonné au mode de leur participation dans la reproduction de l'espèce. Ainsi, la muqueuse du vagin offre de nombreuses saillies circulaires qui ne s'effacent pas après la distension de l'organe pendant l'accouchement. Ce curieux arrangement, propre à la femme qui est assujettie à la position verticale, semble jouer, en petit, le rôle des valvules dans les veines des membres inférieurs, et sert probablement à retenir davantage les mucosités, peut-être même à faciliter l'ascension des particules animées du sperme.

Dans la cavité du col, on trouve un grand nombre de rainures plus ou moins profondes, qui ne s'effacent pas non plus après l'accouchement. Ces rainures cachent dans leur profondeur de nombreux follicules muqueux dont le produit sert à fermer l'orifice inférieur de la cavité utérine après la fécondation.

A l'autre extrémité de l'utérus on voit également une disposition particulière de la muqueuse. Si l'on se contente d'examiner

es pavillons des trompes à l'état frais, on n'y aperçoit le plus souvent autre chose qu'une foule de plis plus ou moins réguliers, sans un arrangement déterminé. Mais qu'on les soumette à l'ébullition, qui resserre et durcit les éléments fibro-albumineux, et l'on ne tardera pas à reconnaître dans ce désordre apparent un arrangement qui offre un cachet tout spécial en rapport avec les fonctions des pavillons. Les nombreux plis que l'on y remarquait à l'état frais représentent alors autant de petites rigoles concentriques aboutissant toutes, comme les plis d'un éventail, vers un point culminant où se trouve l'orifice de la trompe. Qui ne voit dans cet arrangement une disposition anatomique devant favoriser la progression des ovules vers la cavité utérine et les empêcher de se diriger de côté !

XXI. Le rôle de la membrane interne de l'utérus ne peut pas faire désormais un objet de doute. On ne doit pas la considérer comme une muqueuse ordinaire, car par sa structure même, qui n'appartient qu'à elle seule, elle diffère de toutes les muqueuses de l'économie. Ses usages sont si nettement dessinés par les modifications importantes qu'elle subit après chaque coït fécondant et à chaque période de développement du fœtus, qu'on peut très-bien lui appliquer ce que Burdach et après lui Breschet et M. Velpeau avaient dit de la *caduque*, qu'elle peut être considérée comme une espèce de *nidamentum*.

Chez la plupart des femelles d'animaux, les œufs, en parcourant les organes sexuels, se couvrent d'une matière albumineuse qui leur sert de nourriture et favorise en même temps leur incubation par la chaleur et le repos, en les enveloppant de toutes parts et en les fixant aux différents corps du voisinage. C'est de cette manière que l'on voit les insectes fabriquer leurs nids, les grenouilles et les poissons leurs frais, les sangsues leurs cocons, etc., etc. Chez certains poissons, c'est la peau du ventre; chez une espèce de grenouille, *rana pipa*, c'est la peau du dos qui reçoit les œufs et leur sert de *nidamentum*.

La bourse ventrale des marsupiaux peut être également considérée comme une espèce de *nidamentum*. D'après les observations du comte d'Aboville (1), dix jours après la fécondation, durant lesquels la bourse des didelphes s'est évidemment surexcitée et pour ainsi dire enflammée et agrandie, les femelles expulsent le noyau fœtal sous forme d'un fluide séminal et le font passer dans la bourse. C'est alors que commence la formation de l'embryon que l'on trouve suspendu à une tétine, laquelle représente en quelque sorte un cotylédon et lui fournit sa nourriture par l'artère marsupiaire. Les divisions de cette artère forment une espèce de cordon ombilical et se ramifient, comme le pense l'illustre professeur Serres, dans l'arrière-gorge et le pharynx de l'embryon. Au bout de six semaines, le cordon se rompt, les vaisseaux s'arrêtent dans la glande mammaire, où commence alors la sécrétion lactée.

XXII. La nature semble avoir réuni pour le fœtus humain, dans la membrane interne de l'utérus, tous les ingénieux procédés qu'elle emploie ailleurs isolément pour la nourriture et le développement des œufs.

Quant à ce qui touche les rapports mêmes de l'œuf avec l'utérus, ils furent si ingénieusement variés chez les mammifères, qu'on ne les retrouve presque jamais les mêmes dans les différentes familles. Toutefois, ce qu'il y a de remarquable, c'est que chez aucun des animaux domestiques on ne voit la muqueuse utérine jouer ce rôle important qu'elle joue chez la femme, où elle doit sacrifier chaque fois jusqu'à sa propre existence pour les besoins de la nutrition et du développement du produit de la conception.

Cependant, beaucoup de physiologistes parlent de la caduque chez les animaux. Si on avait connu tout d'abord les fonctions de la membrane interne de l'utérus chez la femme, si on avait su que la caduque n'est pas réellement autre chose que cette membrane modifiée, on aurait évité le malentendu. Rien n'eût été plus facile que de s'assurer si cette membrane subit des modifications analogues chez les mammifères, en l'examinant aux différentes époques de la gestation et immédiatement après la parturition. Mais comme on avait considéré jusqu'à ces dernières années la caduque de la femme comme une espèce d'exsudation pseudo-membraneuse, dès lors, tout ce qui offrait seulement quelque apparence de fausse membrane sur la surface de l'œuf des mammifères, était de suite proclamé comme la caduque et considéré comme devant jouer le même rôle. Il en est résulté qu'on a été constamment en contradiction là-dessus, et que la caduque des mammifères se trouvait à peu près aussi souvent admise que contestée par des hommes d'une égale valeur.

Voici, par exemple, les caractères de la caduque chez la brebis, d'après Dutrochet : Chez un fœtus qui offrait encore ses quatre membres comme des tubercules charnus, la caduque formait une membrane extérieure non vasculaire, *qu'une macération de quelques heures dans l'eau fit tomber en cellules* (1).

Sur un fœtus de 8 lignes de long, la caduque *commence déjà à se desquammer*. Sur un autre de 8 lignes 1/2, *elle était déjà toute tombée en cellules*.

Quand on examine ces faits avec l'esprit dégagé de l'influence d'une idée préconçue, il est difficile de voir autre chose dans cette prétendue membrane qu'une couche de mucosités, qu'on rencontre toujours dans la cavité utérine après la fécondation. Ces mucosités peuvent former des concrétions pultacées autour de l'ovule, elles peuvent même l'envelopper de toutes parts, les premiers jours de son arrivée dans la cavité utérine. Mais si cette circonstance donne à cette couche une certaine ressemblance avec ce qu'on a appelé la membrane *adrentive* chez la femme, elle ne lui donne pas pour cela la moindre analogie avec la caduque proprement dite. Loin de faire la partie intégrante de la muqueuse utérine, cette couche accidentelle n'est que le produit de sa sécrétion.

XXIII. Quoi qu'il en soit, il a été si bien convenu généralement que les mammifères devaient avoir une caduque, que même plus tard, lorsque M. Coste avait déjà démontré que la caduque de la femme était la muqueuse utérine modifiée, il y a eu encore des médecins, fort distingués d'ailleurs, qui considérèrent cette belle découverte comme une simple application des données fournies préalablement par l'anatomie comparée.

« Cette opinion si contraire, dit M. Giraldès en parlant de la théorie de M. Coste, à tout ce qu'on avait imaginé pour expliquer et comprendre la formation de la caduque utérine, a pris sa source, on ne saurait le nier, dans les applications de l'anatomie des animaux. C'est évidemment l'étude préalable de l'utérus des animaux qui, ici comme dans beaucoup d'autres cas, a conduit les anatomistes à démontrer, par des faits d'une authenticité incontestable, que la *caduque utérine* de l'espèce humaine est le résultat de l'exfoliation de la muqueuse de l'utérus (2). »

Si M. Giraldès, dont tout le monde apprécie les connaissances anatomiques et le talent d'érudition vraiment remarquable, a pu soutenir une pareille opinion, comment ne pas croire qu'elle puisse être partagée par l'immense majorité des médecins ? Rien n'est pourtant moins fondé que la manière de voir de notre distingué confrère, et elle prouve une fois de plus combien il est dangereux d'établir, *à priori*, des analogies entre l'espèce humaine et les animaux. Ce danger existe aussi bien en anatomie qu'en physiologie, et à plus forte raison, en pathologie. L'autorité de M. Giraldès en pareille matière nous avait mis, pendant quelque temps dans un très-grand embarras. Après avoir lu sa thèse, nous avons cru devoir recommencer nos recherches sur l'utérus des ruminants, où déjà antérieurement nous n'avions

(1) *Considérations générales sur les organes sexuels des animaux*, etc., par Geoffroy Saint-Hilaire, in *Mém. du Muséum d'hist. nat.*, t. IX.

(1) *Recherches sur les enveloppes du fœtus*, in *Mém. de la Soc. méd. d'émulation*, t. VIII, p. 51.

(2) *Sur les avantages de l'anatomie comparée pour l'étude de l'anatomie humaine*, thèse de concours pour la chaire d'anatomie, 1846, p. 48.

rien rencontré dans la muqueuse utérine qui ressemblât à la caduque de la femme. Depuis, nous avons vainement cherché son analogie chez d'autres animaux domestiques. Si M. Coste avait pu être guidé dans sa découverte par quelques faits antérieurement connus, c'eût été peut-être plutôt par des observations de Hunter ou celles d'Oken sur l'utérus de la femme, mais jamais par les données de l'anatomie comparée. Quiconque aurait voulu conclure pour la caduque de la femme de ce qu'il aurait observé chez les animaux, aurait éprouvé des mécomptes. La question, comme il est facile de le voir, est assez importante et mérite que nous lui consacrions quelques instants.

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE.

Anévrysme de l'aorte ascendante,

Par le Dr Camille Lauwers, de Courtrai.

—

Nous empruntons aux *Annales médicales de la Flandre occidentale*, l'observation suivante, due à M. Camille Lauwers, médecin distingué, dont le même journal annonce la mort récente. Malade depuis plusieurs années, M. Lauwers s'était consacré presque exclusivement à l'étude, et s'occupait de travaux importants qui viennent d'être interrompus par sa mort prématurée.

Voici le résumé de cette publication; nous en avons retranché seulement quelques détails, dépourvus d'intérêt pour les médecins étrangers à la localité :

Le 21 février 1848, on apporte à l'hôpital civil de Gand un garçon âgé de 8 à 10 ans. Il est malade, dit-il, depuis le 18 de ce mois; antérieurement, il avait été bien portant, avait joué et couru avec ses compagnons, et n'avait paru ni moins fort, ni moins habile que les autres enfants de son âge.

Aujourd'hui, il se plaint de lassitude, de gêne à la respiration; il baille, il a de la tendance à s'évanouir. La figure est légèrement bouffie, pâle; les lèvres sont bleuâtres; le reste du corps présente un embonpoint ordinaire et des chairs très-flasques. Mais ce qui est extraordinaire, c'est qu'avec l'attention la plus scrupuleuse, on ne parvient pas à découvrir le pouls radial, ni aucune pulsation artérielle n'importe en quelle région, si ce n'est peut-être au cou, où la carotide semble encore frémir. Les bruits du cœur sont fréquents, le premier paraît affaibli; la pulsation est assez sensible. L'enfant accuse un peu de douleur dans la région que nous explorons. A quoi avons-nous affaire?...

Le 24, le petit malade se plaint d'une douleur sourde et pulsatile vers les cartilages des trois premières côtes du côté droit; on y remarque une légère voussure, une *teinte ecchymotique* très-faible, largement répandue et se perdant dans la pâleur générale de la peau. Examinée à l'oreille, cette région douloureuse nous permet d'entendre des bruits exactement semblables à ceux du cœur. On n'y sent pas d'impulsion bien évidente. Les bruits du cœur s'entendent d'ailleurs comme le premier jour, mais sont moins forts, comme plus profondément situés. Ils sont surtout bien moins clairs que ceux qu'on trouve à droite du sternum. Le malade se couche de préférence sur le côté gauche; tout ce côté est mat à la percussion, dans la partie antérieure du corps; en arrière, la sonorité existe, mais affaiblie; à droite, la région que nous avons explorée tout à l'heure est aussi complétement mate que les environs. Partout ailleurs, la sonorité n'est qu'affaiblie.

La joue gauche, la paupière du même côté sont infiltrées; la bouffissure, du reste, existe sur tout le corps.

La faiblesse générale est plus grande. S'étant assis dans son lit, le petit malade éprouve un moment de défaillance. Aucun traitement particulier.

Encore une fois, à quoi avons-nous affaire?

Nous diagnostiquons un anévrysme de la partie supérieure de l'aorte ascendante, déjà très-distendu. Nos arguments étaient : l'absence de toute pulsation artérielle, la voussure, la teinte ecchymotique, juste à l'endroit où, sur certains sujets, on observe les pulsations de l'aorte, et où les anévrysmes de cette partie se montrent le plus fréquemment dans d'autres observations. Chez notre sujet, le souffle manquait.

Les jours suivants, les symptômes restent les mêmes, mais se prononcent et s'aggravent. Nous maintenons notre diagnostic. Enfin, le mercredi 1er mars, la mort de notre intéressant malade avait mis un terme à nos investigations.

Autopsie. — L'aspect extérieur est caractérisé par une assez notable infiltration; ce qui frappe, c'est la voussure et l'ecchymose mentionnées; celle-ci est d'une couleur ardoise foncée.

Lorsque le plastron antérieur de la cage thoracique est levé, on aperçoit le péricarde énormément distendu; le tissu cellulaire qui l'environne est imprégné de sang noir; ce sang a filtré de là, le long des gros troncs vasculaires, et en colore la tunique externe jusqu'à la distance de plusieurs centimètres.

A l'ouverture du péricarde, il s'échappe un flot de sérosité sanguinolente, et on aperçoit un caillot noirâtre et friable, qui couvre les parties que nous devions étudier. Après d'abondantes lotions, nous voyons le cœur qui n'est ni dilaté, ni hypertrophié, en partie masqué par une large poche, qui n'est autre chose qu'une dilatatation de l'aorte ascendante et d'une partie de la crosse. Cette poche, dont le volume dépasse au moins de moitié celui du cœur, présente les rapports suivants : En avant, elle est largement en relation par l'intermédiaire du péricarde, avec le sternum et les cartilages costaux, surtout avec ceux du côté droit; en arrière, elle repose contre la veine cave supérieure, sur l'infundibulum, sur l'artère pulmonaire et sur l'oreillette droite; à droite et à gauche, elle n'est en contact qu'avec la sérosité sanguinolente qui distend le péricarde. En examinant la surface externe de cette poche, on y découvre postérieurement, dans la partie qui repose sur l'oreillette, une ouverture arrondie, déchiquetée, de la largeur de 2 à 3 millimètres.

En ouvrant ce sac, on le trouve en grande partie rempli d'un caillot dont la couleur a pâli et dont la consistance est beaucoup plus forte que celle du caillot formé par le sang épanché dans le péricarde; mais bientôt on reconnaît que la paroi amincie de ce sac n'est constituée que par la tunique externe, celluleuse de l'artère, et par le feuillet viscéral du péricarde; en effet, la tunique moyenne ou élastique complétement disséquée à l'extérieur, intérieurement tapissée, comme toujours, par la tunique séreuse, se retrouve au fond de la poche. Ces tuniques, moyenne et interne, sont loin d'être intactes; elles constituent un tuyau fusiforme qui, dans sa partie la plus large, a le diamètre à peu près doublé, et elles présentent deux déchirures rameuses, l'une à droite, l'autre à gauche, chacune à trois branches d'inégale longeur, mais dont les plus longues ont plus d'un centimètre. L'intérieur du vaisseau n'est occupé par aucun caillot. Ici on se demandera comment il se fait que le pouls avait manqué jusque dans les carotides? Il est probable que la pression exercée par les caillots extérieurs au tube formé par les membranes internes, a aplati celui-ci et ainsi mis obstacle au cours du sang.

Voilà donc la confirmation de notre diagnostic. Il s'était présenté à notre observation un anévrysme de l'aorte ascendante et d'une partie de la crosse; mais un anévrysme qui a été l'objet de plusieurs particularités : la dilatation fusiforme des membranes internes prouve que, d'abord, il était ce qu'on appelle un anévrysme vrai, et que, plus tard, il s'est transformé en anévrysme faux, par la rupture des membranes interne et moyenne. Cet anévrysme faux lui-même était d'une espèce particulière et rare, c'était un *anévrysme disséquant*.

Ce n'est pas tout; notre sujet présentait une autre lésion, et dont nous étions loin d'avoir soupçonné l'existence pendant la vie. C'était l'inverse de l'anévrysme, c'était une oblitération complète de l'aorte, juste au niveau de la petite corde fibreuse qui unit ce vaisseau avec la bifurcation de l'artère pulmonaire, et qui est le vestige du canal artériel. Cette oblitération était tout à fait lo-

cale, comme si elle avait été l'effet d'une ligature. Immédiatement au-dessus, comme aussi immédiatement au-dessous, l'aorte avait son calibre normal et uniforme, de même que les vaisseaux qui en naissent.

Il est très-probable que ce rétrécissement s'était formé à une époque assez voisine de la naissance. Depuis ce temps jusqu'à la mort, les trois troncs, qui naissent de la crosse, ont dû fournir le sang à tout le corps; cependant, je le répète, ces troncs n'étaient pas élargis, et les différentes branches fournies par les parties thoracique et abdominale de l'aorte étaient loin d'être moins développées qu'à l'état normal.

Il eût été curieux de suivre les anastomoses par lesquelles les branches supérieures de l'arbre artériel, coupé au milieu de son tronc, s'étaient mises en communication avec les branches inférieures; malheureusement le zèle exagéré du prosecteur nous a rendu cette recherche impossible : la pièce que nous avions soigneusement disséquée avait été plongée dans l'alcool pour orner le cabinet anatomo-pathologique de l'Université, où elle restera ensevelie parmi tant d'autres richesses stériles pour la science (1).

L'anévrysme disséquant de l'aorte, affection rare, et sa coarctation complète, vice de conformation non moins rare, occupent presque toujours, peut-être même toujours, la même partie du vaisseau, lorsque cette dernière anomalie se présente avec les caractères décrits plus haut. C'est ce que nous avons pu vérifier dans le cas rapporté.

Le sujet de notre observation n'a été malade que pendant douze jours. Est-ce que cet anévrysme s'est développé en ce court laps de temps ? Il est probable que l'anévrysme vrai existait depuis longtemps, et que, comme cela arrive assez souvent pour cette variété, il n'avait donné lieu à aucun symptôme incommode. Il est probable encore que l'état maladif a été l'effet de la rupture des tuniques artérielles internes et du prompt développement de la tumeur. Mais parmi les symptômes graves qui ont caractérisé cette maladie, il en est un sur lequel il importe d'appeler de nouveau l'attention, c'est la couleur ecchymotique qui s'est montrée à la voussure légère et douloureuse qui existait à la poitrine. Quelle est la valeur diagnostique de cette particularité? J'insiste là-dessus parce que mes livres n'en disent rien, et que j'ai eu cependat l'occasion de l'observer encore dans un autre cas d'anévrysme intrathoracique qui s'était développé très-lentement en usant plusieurs côtes dans la fosse sous-clavière gauche. La tumeur se couvrait de temps en temps de larges ecchymoses, qui passaient par toutes les phases que présente ordinairement ce phénomène, et finissaient par disparaître.

On a remarqué que dans les plaies pénétrantes de la plèvre, trois à quinze jours après l'événement, il se développait quelquefois une ecchymose très-large, et on a pris cette ecchymose pour un signe d'épanchement de sang dans la séreuse du poumon. Des contestations avaient d'abord amoindri la valeur de ce signe; mais plus tard l'auscultation et la percussion lui ont rendu toute son importance. Hé bien! je le demande maintenant, si dans quelque région des parois thoraciques il existait des symptômes qui font soupçonner l'existence d'un anévrysme, est ce que l'apparition d'une ecchymose n'est pas de nature à compléter le diagnostic. De plus, on peut se demander si l'ecchymose ne serait pas exclusivement propre à l'anévrysme faux, dont la tunique est souvent fort mince? Comme il est bien prouvé que tout épanchement de sang dans la plèvre est loin de produire *toujours* une ecchymose extérieure, de même il est relativement rare que l'anévrysme intrathoracique soit accompagné de ce symptôme; mais, dans les quelques cas où on le rencontre, je pense qu'il donne au diagnostic une extrême exactitude.

(1) Nous regrettons d'autant plus l'absence de détails sur ce point, qu'il eût été intéressant de rapprocher cette observation, à ce point de vue, de celle que nous avons publiée récemment d'après le *Medical Times* (voir *Monit. des Hôp.*, 1857 : n° 67, 4 juin). (*Note du Rédacteur.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

Hématocèle rétro-utérine. — Ouverture de la tumeur dans le rectum. — Mort. — Autopsie,

Par M. le Dr Engelhard.

L'hématocèle rétro-utérine, affection signalée récemment, a été le sujet de plusieurs thèses inaugurales soutenues à la Faculté de Paris. M. Engelhard, mettant à profit ces travaux antérieurs, vient de présenter à la Faculté de Strasbourg une nouvelle thèse sur cette affection : aux observations publiées antérieurement, l'auteur en ajoute une qu'il a pu recueillir lui-même. Voici cette observation que nous empruntons textuellement à la dissertation inaugurale de M. Engelhard :

Augustine K...., âgée de 38 ans, laveuse à Strasbourg depuis vingt-quatre ans, lymphatique, mais d'une constitution robuste; réglée à 14 ans régulièrement toutes les trois semaines. Accouchée il y a dix-sept ans d'une petite fille, ses couches ont été heureuses.

Il y a trois mois, sans cause connue, ses règles n'ont point paru; cependant sa dernière période avait été normale. Depuis trois semaines elle éprouve, dans le bas-ventre, des douleurs et de la constipation qu'elle ne sait à quoi attribuer. Une première fois, le seul repos dissipa ces accidents. Mais, le 3 mars, elle est forcée d'entrer à l'hospice où des applications de sangsues, des bains, de l'huile de ricin, n'amenèrent qu'un soulagement passager. Depuis huit jours, elle éprouve une rétention d'urine qui nécessite le cathétérisme journalier. Le 24 mars, elle est évacuée sur le service de la clinique d'accouchements.

Au toucher vaginal, on rencontre, à quelques centimètres de la vulve, le col de l'utérus, qui presse fortement contre la paroi antérieure du vagin. Le col lui-même est ferme, peu volumineux, mais plus long qu'à l'état normal. Dans le cul-de-sac postérieur, existe une tumeur volumineuse, saillante et rénitente; elle paraît faire corps avec l'utérus, qu'elle repousse en bas et en avant, et presser fortement sur le rectum. En touchant par l'anus, on constate la même tumeur et on y trouve un point élastique qui pourrait provenir d'un liquide enkysté; cependant la fluctuation est fort douteuse. La sonde utérine pénètre assez facilement à une profondeur de 12 centimètres. En abaissant le manche de l'instrument, on peut sentir le fond de l'utérus à la région hypogastrique, à deux travers de doigt au-dessus des pubis. En même temps le doigt, introduit dans le vagin, fait reconnaître que la tumeur fait corps avec la matrice et se déplace avec cet organe. En palpant l'abdomen, on sent une tumeur assez dure, siégeant particulièrement dans la fosse iliaque et semblant s'enfoncer dans le bassin.

Diagnostic. Corps fibreux développé dans la paroi postérieure de l'utérus et qui renfermerait peut-être un kyste en son centre.

27 *mars.* La malade a uriné spontanément hier; un peu d'œdème des extrémités.

3 *avril.* Dans la journée, les douleurs du bas-ventre ont augmenté; plusieurs vomissements sympathiques. Depuis hier, écoulement menstruel peu abondant et qui présente un aspect jaunâtre. On constate au-dessus de l'aine gauche une petite tumeur isolée.

Le 6, la femme souffre beaucoup depuis hier; la pression audessus de l'aine gauche est très douloureuse; la peau est chaude, le pouls sub-fréquent; les menstrues ont cessé. — Cataplasme, sangsues.

Le 7, selles involontaires; douleurs, tuméfaction du ventre.

Le 9, ces symptômes alarmants avaient en grande partie disparu. Depuis ce jour, jusqu'au 17 du même mois, la malade a plus ou moins souffert, sans que son état ait présenté une grande gravité. A cette époque, le ventre est toujours sensible au moindre attouchement et quelquefois spontanément douloureux. La tumeur est moins facile à délimiter et paraît moins dure, si ce

n'est vers l'aine gauche. Diarrhée; langue sèche, fuligineuse; soif modérée, anorexie, vomituritions, peau chaude, pouls fébrile. — Frictions d'onguent mercuriel, opium.

Le 19, plusieurs selles involontaires dans lesquelles la malade dit avoir vu du sang.

Le 22, facies moins abattu, même état de l'abdomen. La malade se plaint d'une légère douleur au niveau des fausses côtes gauches, avec toux incommode.

Le 25, la malade a eu deux selles diarrhéiques depuis hier au soir, liquides, d'une fétidité extrême; elles présentent une coloration rouge brunâtre, et au fond du vase on reconnaît une couche manifeste de sang. Le ventre, très sensible à la pression, ne présente pas cependant de tension; la langue est sèche, la peau chaude, et le pouls est à 104 pulsations; la toux continue, ainsi que le point douloureux du thorax; râles sibilants dans toute la poitrine, avec souffle à la partie inférieure.

Le 26, deux vomissements et six selles qui n'ont plus été sanglantes; pas de changement dans l'état de la poitrine; facies abattu, respiration fréquente; cependant le pouls est plus calme, 84 pulsations.

Le 27, dyspnée assez violente survenant par moment, coïncidant avec un amendement assez notable de l'affection des poumons. On constate un bruit râpeux au second temps du cœur; le premier temps est sec et court; palpitations; la diarrhée continue séreuse et fétide; quelquefois les selles sont involontaires.

Le 29, la malade s'affaiblit de plus en plus; le ventre est tendu, tympanisé, douloureux, et l'on peut constater un commencement d'ascite; le pouls est petit et fréquent; la soif est vive, et chaque fois qu'elle a bu elle est obligée d'aller à la selle; altération profonde de la face. Tous ces symptômes vont en s'aggravant, et la mort survient le 1er mai.

Autopsie, trente-six heures après la mort. Cadavre généralement infiltré, surtout aux extrémités inférieures.

Poitrine. Dans la plèvre gauche, épanchement séreux contenant en suspension des fausses membranes récentes; la plèvre droite est saine; le deux poumons, de coloration normale en avant, sont fortement œdématiés; le lobe inférieur du poumon gauche est gorgé de sang et son tissu est peu friable.

Le *cœur*, plus volumineux qu'à l'état normal, présente un caillot décoloré dans ses cavités; on observe un petit noyau fibro-cartilagineux aux valvules aortiques.

Abdomen. L'incision des parois abdominales donne écoulement à un litre environ d'un liquide séro-purulent avec quelques fausses membranes. Tout le péritoine a une coloration gris ardoisé très remarquable; cette coloration, assez uniforme, devient plus foncée vers le bassin. Tous les organes abdominaux sont soudés par des fausses membranes dont la résistance augmente à mesure qu'on approche de la matrice; dans cette région, elles sont telles qu'on ne peut séparer les intestins qu'avec l'aide du scalpel. En détachant le paquet intestinal à gauche, on tombe dans une vaste cavité remplie de caillots anciens, noirâtres, mélangés à des détritus putrilagineux exhalant une odeur infecte. Entre le rectum et l'angle sacro-vertebral, existe un kyste séreux très-mince, rempli d'un liquide limpide du volume d'une pomme, et qui ressemble assez à ceux qu'on observe chez les moutons qu'on a menés paître dans des pâturages humides. Après avoir scié les branches horizontales des pubis et les ischions, on extrait en une seule masse les organes du petit bassin pour les examiner de plus près. La cavité remplie de caillots de sang dont il a été parlé plus haut est constituée en bas par le cul-de-sac rétro-utérin; sa paroi antérieure est formée par la matrice, augmentée légèrement de longueur, et les ligaments larges; sa paroi postérieure par le rectum. Latéralement la tumeur est bornée par les ligaments larges et les ovaires, qui sont englobés par des fausses membranes de façon à constituer un tout presque inextricable; supérieurement, elle est recouverte par le paquet intestinal et l'épiploon soudés ensemble; elle est revêtue à l'intérieur par une membrane inégale, épaisse, tomenteuse, d'une coloration foncée analogue à celle de son contenu; à la partie postérieure, cette partie communique avec le rectum par deux ouvertures rondes faites en emporte-pièce, de la grandeur d'une pièce de 20 centimes.

L'*utérus*, de consistance normale, paraît sain, mais sa longueur et sa forme sont anormales; il est manifestement allongé, et son angle supérieur droit est arrondi et tronqué; le gauche est normal. La cavité de la matrice présente la même forme; à droite, on ne découvre pas trace de l'ouverture de la trompe de Fallope, mais on trouve, étalé sur tout le même côté de l'utérus, un ligament rond très-large. En essayant de séparer, par la dissection, les annexes utérines des exsudats dont elles sont englobées, on tombe à gauche dans un foyer de pus épais, jaunâtre et crémeux, qui paraît siéger dans l'ovaire gauche. On croit aussi reconnaître une trompe du même côté; à droite on trouve des traces d'ovaire.

Tous les autres organes sont sains, si ce n'est les reins, qui sont augmentés de volume et dont la substance corticale semble graisseuse.

Cette malade qui, avant son entrée au service des accouchements, avait fait l'objet d'une conférence des internes sous la direction de M. l'agrégé et chef des cliniques Hergott, présente un de ces cas d'hématocèle dont le diagnostic est hérissé de tant de difficultés. La marche lente de la tumeur, l'absence de douleurs et d'accidents graves pendant son développement, son union si intime avec la matrice, sa mobilité et sa consistance: tels sont les éléments sur lesquels M. le professeur Stoltz basa son diagnostic. Pendant les derniers temps de la clinique (semestre d'hiver), cette malade fut l'occasion, de la part de notre savant maître, de conférences sur les tumeurs fibreuses et sur les accidents qui peuvent venir les compliquer. Nous ne saurions ici les rapporter sans sortir de notre sujet; nous dirons seulement que, dans l'une d'elles, après avoir émis l'idée d'une accumulation de liquide telle qu'on en observe dans certaines tumeurs fibreuses, il manifesta l'intention de pratiquer une ponction exploratrice; mais les accidents inflammatoires qui se produisirent avec tant d'intensité l'engagèrent à s'en abstenir, dans la crainte de les aggraver encore.

Au point de vue étiologique, cette observation ne nous donne aucun élément positif: le début de l'affection ne se manifeste que par une suppression subite des règles, sans que d'autres accidents se produisent pendant longtemps (six semaines), et l'autopsie nous présente des altérations pathologiques telles qu'il est impossible de remonter à la source de l'hémorrhagie.

Enfin il est un fait intéressant à noter, peut-être à l'unique point de vue pathologique: c'est la forme anormale de l'utérus qui présente, du côté droit, une sorte d'arrêt de développement et l'absence de la trompe de Fallope. Cette circonstance est d'autant plus intéressante qu'elle coïncide avec une grossesse antérieure normale et parvenue à maturité.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 9 juin 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1856, dans les départements du Cantal et des Hautes-Pyrénées. (Commission des épidémies.)

— Un mémoire de M. le docteur Henri HARDY, sur la *fièvre jaune*. (Comm. : MM. Louis, Trousseau et Beau.)

Eaux minérales. — Plusieurs rapports sur le service médical des Eaux minérales en 1856. — M. FINAZ : eaux de *Charbonnières*. — PEIRONNEL : eaux de *Bourboule*. — M. LAFON : eaux de *Trébas*. — MM. BUISSARD et NIEPCE : eaux de *Lamotte* et *Allevard*. — M. DE PUISAYE : eaux d'*Enghien*. — M. CHEVALIER : eaux de *Chaudes-Aigues*. — M. CHEVALIER : eaux de *Provins*. — M. BARDOU : bains de mer de *Boulogne*. — M. LAPEYRE : eaux d'*Avène*. — M. DE CROZANT : eaux de *Pougues*. — M. CISSEVILLE : eaux de *Forges*. (Commission des Eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Luxation du tibia. — M. ANCELET adresse une observation de luxation du tibia en avant, consécutive à une luxation latérale externe. (M. Malgaigne, rapporteur.)

Anesthésie. — M. LANGLOIS, pharmacien en chef de l'Hôtel des Invalides, adresse un mémoire intitulé : *Nouvel examen du gaz provenant de la décomposition de l'eau par le charbon incandescent ; action de ce gaz sur les animaux.*

Les expériences faites par M. Langlois permettent de constater une fois de plus l'action énergique de l'oxyde de carbone sur l'économie animale, et elles permettent aussi de prévoir les dangers qu'on aurait à redouter si, comme la pensée en a été émise dernièrement, on voulait un jour s'en servir comme agent anesthésique dans les opérations chirurgicales.

— M. LUDGER-LALLEMAND adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il rend compte des expériences qui ont été faites par la Société médicale d'émulation sur l'*action anesthésique du chloroforme.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. SERRE (d'Alais), membre correspondant, assiste à la séance.

RAPPORT OFFICIEL.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la Commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport sur une nouvelle source découverte à Vichy, au voisinage de celle des Célestins.

La Commission propose de répondre à M. le ministre que l'eau de la nouvelle source des Célestins peut être considérée comme identique à celle de l'ancienne source des Célestins, et qu'en raison de leur voisinage, on doit croire qu'elles émergent de la même nappe originelle; que tout milite, en conséquence, pour que l'exploitation de la nouvelle source des Célestins, au point de vue médical, soit accordée aux concessionnaires-fermiers, et qu'il faut se féliciter de la découverte de cette nouvelle source, puisqu'elle assure le service complet de notre premier établissement thermal.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Séance du **16** *juin* **1857.** — Présidence de M. BUSSY.

En l'absence de M. Michel Lévy, président, et de M. Laugier, vice-président, M. le Secrétaire perpétuel invite M. Bussy à occuper le fauteuil de la présidence. M. Bussy ouvre la séance.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Épidémies. — Un rapport de M. le docteur GRIMAUD, de Poligny (Jura), sur une épidémie de *rougeole* qui a régné dernièrement dans la commune de Montrand.

— Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Saône-et-Loire. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source d'eau minérale récemment découverte à Blotzheim (Haut-Rhin).

— Des rapports relatifs au service médical des établissements thermaux en 1856 : *Saint-Alban* (Loire), par M. GAY. — *Uriage* (Isère), par M. BERNARD. — *Castera-Verduzan* (Gers), par M. MATTET. — *Bains* (Vosges), par M. BAILLY. — *Moustier* (Hautes-Alpes), par M. CHABRAUD. — *Vals* et *Neyrac* (Ardèche), par MM. RUELLE et TAILHAUD. — *Bilazolis* (Deux-Sèvres), par M. FOUCART. — *Euzet* et *Saint-Jean de Ceyrargues*, par M. PERRIN. — *Bourbon-Lancy* (Saône-et-Loire), par M. PELLIER. — *Vic-sur-Cère* (Cantal), par M. CAVAROC. — *Le Maska* et *Lavardens* (Gers), par M. MAUTREYT. (Commission des Eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Une lettre de M. le professeur HEYFELDER, d'Erlangen, accompagnant l'envoi de différentes pièces imprimées.

— Un mémoire de M. le docteur BEAUPOIL, d'Ingrandes (Eure-et-Loir), intitulé : *Etudes sur deux lésions chirurgicales du coude peu connues.* (Comm. : MM. Robert et Malgaigne.)

Prothèse dentaire. — Un travail de MM. FOWLER et PRÉTERRE, dentistes américains à Paris, contenant la description de pièces prothétiques adaptées à des malades ayant subi des opérations portant sur les maxillaires supérieurs et inférieurs. (Comm. : MM. Oudet, Gimelle et Malgaigne.)

Glucogénie. — Un mémoire sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale, par M. SANSON, chef des travaux chimiques de l'Ecole vétérinaire de Toulouse. (Comm. : MM. Bouley, Poggiale et Longet.) — [Nous avons publié ce mémoire dans le nº 71.]

Glucogénie. — M. FIGUIER adresse la lettre suivante :

« On pourrait interpréter d'une manière inexacte divers passages de la lecture qui a été faite par M. Bérard dans la dernière séance de l'Académie. L'honorable M. Bérard n'a pu vouloir déclarer que j'abjurais le fait, si souvent énoncé par moi, de l'existence du sucre dans le sang de la veine porte chez les animaux carnivores, puisque c'est le contraire qui est dans ma pensée. J'admets que ce sucre n'entre pas directement en fermentation, et il y a déjà longtemps que j'ai fait connaître ce fait. Il me suffira de rappeler ici l'expérience décrite dans mon *Troisième mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie*, lu le 27 août 1855 à l'Académie des Sciences (1). Dans cette expérience, je partage en deux moitiés le sang tiré de la veine porte d'un chien carnivore, et je montre que la première moitié, mise directement en contact avec la levûre de bière, ne donne aucun signe de fermentation, tandis que la seconde moitié, après avoir été tenue pendant quelques minutes en ébullition avec un acide, donne des signes manifestes de fermentation. Je continue d'admettre aujourd'hui, comme en 1855, que le sucre que l'on retire de la veine porte chez les animaux carnivores n'entre pas directement en fermentation, ce qui ne signifie point qu'il y ait absence de sucre dans le cas dont il s'agit. Au reste, je reviendrai prochainement sur ce sujet dans un nouveau mémoire, où je montrerai les différences chimiques qui me paraissent exister entre le sucre contenu dans le foie, et celui qui circule avec le sang dans les vaisseaux chez les animaux soumis au régime exclusif de la viande.

« On ne peut juger un auteur que sur ce qui émane de lui ; or, d'après ce que je viens de dire, je n'ai pas besoin d'ajouter que je suis entièrement étranger à la communication de l'honorable M. Bérard. »

— M. BARRESWILL adresse une lettre à M. le président de l'Académie, dans laquelle il proteste contre ce qu'on lui a fait dire, à savoir : que la liqueur préparée par lui, et qui porte son nom, possède une valeur absolue. C'est un réactif comme tous les autres, qui, dans certains cas, suffisent pour caractériser une substance, et qui, quelquefois, ne sont qu'un indice important ayant besoin de confirmation.

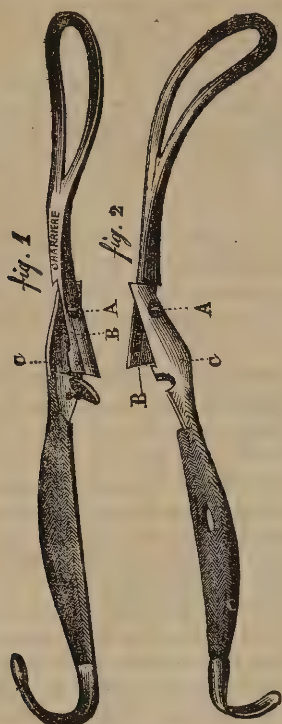
Forceps et céphalotribe. — M. CHARRIÈRE fils présente un nouveau modèle de brisure particulier aux forceps et aux céphalotribes :

Cet instrument n'offre aucune saillie, aucun accessoire susceptibles de se détériorer avec le temps ; le praticien qui le voit pour la première fois n'éprouve aucune difficulté pour le monter ou le démonter ; sa solidité est aussi grande que celle du forceps ordinaire non brisé ; enfin son poids et son volume sont en tout semblables à ceux de ce dernier instrument. La disposition qu'il a adoptée a mis à même de satisfaire aux demandes de beaucoup de praticiens en réunissant, sous un très petit volume, trois et quatre forceps et même un céphalotribe variés de formes et de grandeurs.

Il est arrivé à ce résultat à l'aide du mécanisme suivant : les brisures sont fixées et montées sur un seul manche au moyen du tenon déjà bien connu qu'il a appliqué pour l'articulation des ciseaux et des pinces. L'entablure est divisé naturellement en deux, et pour assurer la solidité de cette brisure, les deux extrémités, comme on le voit sur la planche ci-contre, sont ajustées à queue d'aronde et en plan oblique, de manière que plus on exerce de pression et plus l'as-

(1) *Voir* le *Monit. des Hôp.* du 31 août 1855, t. III, p. 825 et suiv.

semblage se consolide; les faces internes sont fendues de bas en haut au tiers de leur largeur et les parties les plus étroites sont légèrement amincies, afin de leur donner l'élasticité nécessaire pour passer sur les clous qui s'engagent dans les trous. Ainsi qu'on le voit, les deux



Les *fig.* 1 et 2 représentent les deux branches du forceps, vues à demi assemblées au moyen de leur tenon.

AA, les deux tenons dans leur mortaise.

BB, les deux parties internes divisées partiellement et légèrement amincies pour leur donner l'élasticité nécessaire pour s'engager sur les clous d'arrêt.

CC, clous fixés à demeure, sur lesquels s'engagent les parties BB. C'est alors que l'instrument est solidement fixé.

parties amincies sont renfermées entre l'entablure, afin de rendre la solidité aussi complète que si les deux parties étaient d'une seule pièce.

Quant au démontage, il suffit de fléchir avec les deux mains chaque branche du dehors au dedans; le remontage s'opère de même que celui des ciseaux et des pinces à tenon.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur MARTIUS, de Munich, membre correspondant, assiste à la séance.

RAPPORT OFFICIEL.

Spécifique contre l'épilepsie. — M. ROBINET, au nom de la Commission des remèdes secrets, donne lecture d'un rapport sur un médicament anti-épileptique employé par M. de Larnage, contre l'épilepsie. Ce médicament n'est autre que le *gallium album* (caille-lait blanc).

M. Robinet n'ayant pas laissé son manuscrit à l'Académie, nous ne pouvons en reproduire que la conclusion :

Répondre à M. le Ministre qu'il n'y a pas lieu de s'occuper de ce médicament, qui n'est malheureusement pas plus efficace que d'autres remèdes proposés contre la même maladie, vantés d'abord et tombés ensuite dans un juste discrédit.

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

LECTURES.

M. A. FRANÇOIS, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville, lit à l'Académie une *observation d'opération de trachéotomie faite dans des circonstances tout exceptionnelles et pratiquée pour combattre une asphyxie déterminée par la compression sur la trachée, du corps thyroïde hypertrophié.* [Nous publierons dans le prochain numéro un résumé de cette observation.]

Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Velpeau, Malgaigne et Nélaton.

Eaux de Pougues. — M. MIALHE lit une note *sur la présence de l'iode dans les eaux de Pougues.*

Je crois devoir porter à la connaissance de l'Académie, qu'en faisant quelques recherches sur la composition chimique des eaux de Pougues, je viens de constater, parmi les principes minéralisateurs, une quantité d'iode suffisante pour expliquer parfaitement les résultats thérapeutiques que M. de Crozant a obtenus à Pougues dans le traitement des affections scrofuleuses et lymphatiques.

La présence de l'iode dans les eaux de Pougues donne donc le plus grand espoir de succès à l'excellente mesure que vient de prendre l'administration supérieure de la ville de Paris, d'envoyer aux eaux de Pougues un certain nombre d'enfants scrofuleux.

Il avait été observé que, malgré soins et précautions, beaucoup de bouteilles semblaient se décomposer et prendre une odeur particulière que plusieurs personnes avaient même comparée à l'eau de Javelle.

J'ai cherché quelles pouvaient être les causes d'une semblable altération.

Ayant évaporé à une douce chaleur 100 grammes d'eau de Pougues, j'ai obtenu un résidu salin qui, traité par l'acide nitrique-nitreux et l'amidon, a donné lieu à une coloration bleue très-manifeste, que j'ai cru devoir rapporter à la présence de l'iode et à son action sur l'amidon.

Pour plus de certitude sur l'existence de l'iode dans les eaux de Pougues, j'ai traité 800 à 900 grammes (la valeur d'une bouteille) par le nitrate acide d'argent : il s'est formé un précipité blanc de chlorure, iodure et peut-être de bromure d'argent, qui, mélangé, après dessiccation, avec du cyanure d'argent, et soumis à un courant de chlore sec, suivant le procédé de MM. Ossian Henry fils et Humbert, a produit des cristaux très-évidents de cyanure d'iode.

J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux les cristaux résultant d'une expérience faite en commun avec M. le docteur Ossian Henry fils.

Dès lors, il m'a été possible de comprendre comment les eaux de Pougues pouvaient se décomposer et prendre une odeur particulière : sous l'influence de l'oxygène de l'air, l'iodure alcalin se transforme en oxyde basique et en iode : celui-ci reste en dissolution dans le liquide, en lui communiquant son odeur et sa saveur caractéristiques.

Par cette décomposition, les eaux de Pougues ne perdent probablement rien de leur vertu chimique, mais elles éprouvent dans leur constitution physique une altération qui rend leur usage moins agréable et moins facile.

Pour éviter ces inconvénients, il suffirait de préserver le liquide autant que possible du contact de l'air, au moment de l'embouteillage, et de remplir exactement les bouteilles.

D'après ces faits, les eaux de Pougues doivent occuper une place spéciale dans la classe des eaux bicarbonatées, calcaires, magnésiennes et ferrugineuses; de plus, elles nécessitent de nouvelles analyses tendant à démontrer quelle part peuvent avoir dans leur composition chimique les principes minéralisateurs, iode, brome, arsenic, etc., qui, dans ces derniers temps, ont été découverts dans un grand nombre d'eaux minérales; travail que je me propose de soumettre prochainement à l'Académie.

L'ordre du jour appelle la suite de la *discussion sur l'anesthésie.* M. Guérin termine son discours. Nous attendrons, pour le publier, que ce travail ait été rédigé par l'auteur lui-même.

La parole est ensuite donnée à M. Jules Cloquet.

Les autres orateurs inscrits sont MM. Larrey, Robert, Nélaton et Jobert.

La séance est levée à cinq heures.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J.-F. PAYEN. In-8°.— **Carte topographique des environs des bains,** par le même. Une feuille in-f°. Paris, chez Jannet, rue Richelieu, 15.

De la médication stupéfiante dans le traitement de la folie, par le docteur MICHÉA, médecin d'un établissement particulier d'aliénés à Picpus. — Un vol. in-8°, 2e édit.; chez LABÉ, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, — Prix : 3 fr.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5.— N° 75. 5e année. Mardi 23 Juin 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 22 juin 1857.

Mort de M. Thénard.

La science, les jeunes savants et l'Académie des Sciences viennent d'être frappés d'un des coups les plus cruels qu'ils pussent ressentir. M. Thénard a cessé de vivre hier dimanche, dans la soirée. En apprenant cette triste nouvelle, l'Académie a levé la séance en signe de deuil, suivant le pieux usage qu'elle a adopté quand elle perd une de ses illustrations.

Depuis quelques années, la santé de M. Thénard avait éprouvé une certaine altération ; cependant, elle était encore suffisamment bonne pour permettre à l'illustre vieillard d'assister régulièrement aux séances de l'Académie, et d'y signaler même sa présence par quelques réflexions toujours empreintes d'un rare bon sens. Il y a une dizaine de jours, M. Thénard avait subi une très-légère opération au cou, que lui avait pratiquée M. Velpeau. Il en était parfaitement guéri ; il avait dîné jeudi avec le meilleur appétit, et était allé se promener après dîner au bois de Boulogne. Vendredi, il fut pris de vomissements et d'accidents du côté de la poitrine ; ces symptômes, que M. Andral croit avoir été causés par une pneumonie, se sont terminés hier au soir d'une manière fatale.

Le temps ne nous permet pas d'esquisser aujourd'hui les immenses services que M. Thénard a rendus à la science. Mais nous serons l'interprète de tous les savants en disant que personne, en France, n'a fait plus que lui pour la chimie, non-seulement par ses travaux, son zèle et son enseignement, mais aussi par le soin extrême qu'il n'a jamais cessé de mettre à encourager, de toutes les façons, les jeunes savants que leur bonne étoile conduisait près de lui.

On sait que, tout récemment, M. Thénard venait de couronner une des plus longues et des plus brillantes carrières scientifiques par la fondation d'une Société de bienfaisance, qui fera inscrire son nom parmi les bienfaiteurs de

DÉLASSEMENTS.

Bonne renommée vaut mieux que ceinture dorée. Les célébrités chanceuses. — Une existence ratée. — Ce même *très-distingué*. — Une industrie sans nom.

Bonne renommée vaut mieux que ceinture dorée, dit un vieux proverbe, et ce proverbe a raison. Certes, le comfort d'une riche maison, des actions par centaines dans les plus fructueuses entreprises, les éloges d'amis achetés dans tous les rangs de la presse même scientifique, tout cela peut faire refluer un instant l'orgueil jusqu'au cerveau; mais, hélas! quand vient le souvenir des jours où l'on se traîna si bas pour arriver jusqu'à ce faste, oh! alors, l'homme s'abîme dans son passé, et il se prend souvent à regretter la vie modeste de l'homme de bien qui n'a pour toute fortune que le produit de son travail journalier, et pour tout cortége que l'estime de tous. Voici, à ce sujet, une petite anecdote qui nous a été contée, et que nous reproduisons comme une des plus heureuses applications de ce proverbe :

Un de nos jeunes confrères, dont la position est loin d'être en rapport avec le mérite, fut appelé aux environs de Paris par une de ses clientes. Après sa visite à la malade. X.... se mit à faire, en attendant le passage du convoi du chemin de fer, une petite excursion aux alentours de l'endroit. Il errait ainsi à l'aventure, lorsqu'il arriva jusqu'à la grille d'une magnifique habitation où, sur la permission que lui en donna le garde, il s'aventura dans les allées touffues d'un parc qui paraissait sans fin. A peine y avait-il fait une centaine de pas, qu'il fit la rencontre du maître de céans qui, avec une affabilité des plus engageantes, le convia à venir visiter l'intérieur de sa demeure princière. Durant ce long parcourt, X...., en jetant au passage ses regards sur les rayons d'une bibliothèque remplie d'exemplaires du même ouvrage, reconnut au nom de l'auteur quel était son cicérone ; il rougit d'un pareil contact, et prend aussitôt un prétexte quelconque pour se retirer.

— Qu'à cela ne tienne, lui répond celui-ci, nous n'avons nul besoin de revenir sur nos pas ; tout ici est ménagé de manière à pouvoir entrer et sortir à volonté de toutes les pièces pour regagner la grande avenue, sans être aperçu au besoin. Ces grands seigneurs de la régence s'entendaient bien mieux que nos plus habiles architectes à mettre en pratique, dans leurs constructions, l'*utile dulci* ajouta-t-il, en appuyant avec intention sur ce dernier mot. Et ce disant, il toucha à l'un des clous dorés des panneaux richement sculptés; aussitôt la muraille s'entr'ouvre et met à jour un escalier, véritable chef-d'œuvre d'architecture, qui les conduisit jusqu'au bord de la route.

l'humanité, comme ses travaux l'ont déjà inscrit parmi les plus célèbres représentants de la science.

Les obsèques de M. Thénard auront lieu demain mardi, à 11 heures, à l'église Saint-Sulpice.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. le professeur NÉLATON.

Kyste séreux du vagin.

(*Observation recueillie par M. F. PANA, interne du service.*)

L'affection dont l'observation actuelle est un exemple n'est pas, il s'en faut, des plus communes. Déjà à ce titre, elle se recommande à l'attention des observateurs ; mais ce qui la rend plus instructive, c'est qu'elle a donné lieu, avant l'entrée de la malade dans le service, à des erreurs de diagnostic qu'il sera bon d'éviter, d'autant plus que cela est facile. Je veux donc passer de suite à l'exposition du fait, en réservant pour la fin une simple mention des cas analogues consignés dans la science, convaincu que c'est seulement par le rapprochement et la comparaison des faits que ressort l'utilité clinique.

La nommée X...., âgée de 38 ans, piqueuse de bottines, femme faible et chétive, entrée dans le service le 26 mai dernier, est couchée au lit n° 1 de la salle des femmes. Voici ce que nous apprend l'interrogatoire de la malade :

La tumeur du vagin ne date que de huit ans. Mariée trois ans avant, elle avait eu déjà un accouchement à terme et une fausse couche de sept mois, et cela dans les deux premières années; de sorte qu'on comptait déjà un an depuis la fausse couche, quand la tumeur du vagin a commencé à se développer spontanément et sans cause appréciable aucune. C'est au moins à cette époque que la malade s'est aperçue pour la première fois d'une petite tumeur arrondie, transparente, grosse comme une noix environ, qui venait se présenter à l'orifice du vagin toutes les fois qu'elle était debout, ou surtout qu'elle se se livrait à quelques efforts. Ce kyste, qui ne gênait pas la malade autrement, allait toujours en grossissant, et, au bout de quatre ans, il avait acquis déjà le volume d'un œuf de poule, ce qui n'a pas empêché la malade de devenir enceinte et d'avoir à cette époque une deuxième fausse couche de trois mois. Jusque-là, avons-nous dit, la malade ne souffrait point ; mais à partir de ce moment, les règles sont devenues irrégulières et douloureuses; la miction et la défécation restent à peu près normales jusqu'il y a un an. C'est alors que la malade a commencé à éprouver des douleurs dans le ventre, des tiraillements aux aines, et une sensation de brûlure pendant la miction, devenue désormais difficile et par instants impossible. Quant à la tumeur elle-même, elle est restée indolente et a acquis aujourd'hui un volume plus gros que le poing. C'est pour cela que la marche est très-gênée et pénible.

L'investigation directe des parties nous apprend ce qui suit :

Au premier coup d'œil, on voit une tumeur globuleuse ou plutôt piriforme, pendante entre les cuisses en écartant les grandes lèvres, puis pénétrant dans le vagin, qui l'étrangle circulairement à ce niveau. Si on repousse le collet de la tumeur vers le pubis et la paroi postérieure du vagin, on ne tarde pas à apercevoir, sous le doigt et à l'œil, le col de la matrice placé tout à fait à l'entrée du vagin, entre la paroi vaginale postérieure et la tumeur. Il devient aisé de constater alors que le pédicule de la tumeur s'insère, d'une part, sur la lèvre antérieure du col, en s'avançant jusqu'à l'orifice de celui-ci, et de l'autre, à la demi-circonférence antérieure de l'orifice du vagin. Les deux orifices se trouvant désormais sur un même plan horizontal, le cul-de-sac antérieur du vagin n'existe plus, tandis que le postérieur persiste, de sorte que le col utérin n'est réellement distinct que de ce côté. Quant à la paroi vaginale postérieure, elle est fortement plissée sur elle-même, et comme effacée par l'abaissement considérable de l'utérus. Le museau de tanche paraît d'ailleurs parfaitement sain ; son orifice seul est entr'ouvert et permet d'y introduire le bout de l'indicateur : on voit s'écouler par cet orifice une certaine quantité de sang menstruel, attendu que la malade se trouve à la fin de son époque cataméniale, qui ne dure pas, chez elle, plus de quarante-huit heures. Si nous revenons maintenant à la tumeur, nous ferons observer qu'elle a, comme nous l'avons dit plus haut, le volume du poing; que ses parois sont, à partir du centre et dans plus de la moitié de son étendue, minces, transparentes, sèches, comme parcheminées, à peine parcourues par quelques rares vaisseaux capillaires, ce qui permet de voir, par transparence et à la seule lumière diffuse, le contenu parfaitement clair de celle-ci. Plus, au

---

— Eh bien ! fit pour adieu le fier propriétaire, que dites-vous de mon escalier dérobé?

— Qu'il est comme tout le reste, lui jeta X.... en s'éloignant au plus vite.

Quelle leçon !

Après quinze, vingt ou trente ans de travaux et d'enseignement, plus ou moins, les professeurs du Collége de France, quelquefois ceux du Muséum, rarement ceux de la Sorbonne, arrivent à donner à leur Cours assez d'éclat pour que les journaux politiques se croient obligés d'annoncer à leurs lecteurs l'ouverture de ces Cours. Les professeurs titulaires de la Faculté de Médecine obtiennent rarement un pareil honneur, lorsqu'ils n'ont pas des rapports particuliers avec les caissiers des journaux ; quant aux pauvres professeurs-agrégés ou même suppléants, un pareil bonheur leur est inconnu.

Il y a des gens plus heureux. Ils ne sont ni professeurs, ni agrégés, ni même, autant qu'on peut le supposer, aspirants à la suppléance ou à l'agrégation, et qui ont la chance de voir les grands journaux s'occuper de leur enseignement, ni plus ni moins que de celui de Cuvier, de Broussais ou de Laënnec. M. le docteur Maheux, entre autres, a eu cette chance. La *Presse*, et probablement quelques autres journaux, ont jugé d'une utilité publique assez grande pour l'annoncer dans ces termes à leurs lecteurs :

« M. le docteur MAHEUX commencera ses conférences cliniques sur les maladies des femmes, à son dispensaire, pour le traitement de ces maladies, impasse Larrey, etc. »

Voilà M. le doyen bien humilié, lui dont les journaux oublient d'annoncer la savante clinique !

Au reste, certains professeurs n'ont pas seuls le monopole de ces faveurs inusitées de dame célébrité ; certains auteurs sont favorisés d'une chance égale. En voici deux exemples, qu'un seul numéro de la *Presse* nous fournit à la fois (n° du 30 mai) :

« M. Daralde, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, vient enfin de publier les résultats de sa longue pratique de ces eaux dans le traitement des maladies de poitrine. Son important travail est inséré dans la quatrième édition, qui vient de paraître, du *Guide aux Eaux minérales,* de M. Constantin James. »

« Le Dr Dancel a trouvé le moyen de diminuer l'embonpoint sans altérer la santé. Voyez son intitulé : *Préceptes fondés sur la chimie pour diminuer l'embonpoint.* Prix : 5 fr. Chez l'auteur, le Dr Dancel, 61, faubourg Montmartre. »

Quand les professeurs Chomel, Grisolle, Gavarret et autres font un livre, les journaux ne s'en occupent pas autant. Ce que c'est, pourtant, que la chance !

Le spirituel feuilletoniste de l'*Estafette,* M. Paul d'Ivoy, racontait ces jours-ci dans sa chronique hebdomadaire, à propos de cet engoue-

contraire, on s'approche de son point d'attache à la paroi antérieure du vagin, plus la muqueuse qui les recouvre devient épaisse et offre les plis caractéristiques de la muqueuse vaginale. Sa consistance est celle d'une tumeur liquide, et la fluctuation y est des plus manifestes. Si on cherche à la réduire en masse dans le vagin, on ne peut le faire, son volume s'opposant à cela. Ainsi donc, c'est bien à une collection aqueuse qu'on a affaire; mais quel est le siége, le point de départ de celle-ci? C'est ce qu'il importe de préciser maintenant.

Les chirurgiens qui ont vu la malade avant son entrée à l'hôpital, ont déclaré qu'il s'agissait là d'une cystocèle vaginale, et, à cet effet, on a cherché à la réduire, et on a même appliqué des pessaires.

M. Nélaton, en examinant la tumeur, a été tout d'abord frappé du volume et de l'extrême transparence de la tumeur, qui ne sont pas ceux d'une cystocèle, et qui la rapprochaient bien plutôt de deux cas analogues de kystes du vagin, qu'il a eu l'occasion d'observer dans sa vaste pratique. — Si ensuite, prenant la tumeur à pleine main, on cherchait à la comprimer, comme pour la vider dans la vessie, on n'obtenait aucun résultat. En introduisant une sonde dans la vessie, la tumeur ne s'affaissait pas non plus, et de quelque côté qu'on tournât l'instrument, jamais son bec ne pénétrait jusque dans la tumeur. D'après tout cela, il était impossible de s'arrêter un instant à l'idée d'une hernie de la vessie. Aussi, M. Nélaton, après s'être livré à toutes les explorations ci-dessus indiquées, a diagnostiqué d'une manière sûre et sans hésitation qu'il s'agissait bien là d'un ***kyste séreux*** de la paroi antérieure du vagin, qui, en grossissant, s'était recouvert de toute cette paroi, depuis le col utérin, entraîné presque au dehors, jusqu'à l'orifice du vagin, et de façon à la retourner complétement sur elle-même.

M. Nélaton remarquant que la tumeur s'est montrée tardivement au dehors, que son pédicule empiète sur la lèvre antérieure du col, pense qu'elle s'est développée tout d'abord à la partie la plus élevée du vagin, ou même sur la lèvre antérieure du col. Et ce qui semble corroborer cette dernière hypothèse, d'après M. Nélaton, c'est la fréquence des petits kystes développés sur le col, comparée avec la rareté d'une pareille tumeur siégeant sur les parois du vagin. M. Nélaton pense donc que le siége anatomique de la tumeur est un follicule du col dont l'orifice s'est trouvé oblitéré, de sorte que l'humeur sécrétée s'accumulant de plus en plus, a fini par le distendre et lui donner le volume qu'il possède aujourd'hui. Une objection qu'on pourrait faire à cette manière de voir, ajoute M. Nélaton, c'est que le contenu devrait être glaireux comme du mucus, tandis qu'il s'est toujours offert à moi fluide comme du sérum ou à peu près.

Passant ensuite au traitement qu'il convenait d'appliquer, voici comment M. Nélaton l'a formulé :

« La ponction ou l'incision ne suffisent point, l'expérience ayant démontré que la petite plaie se cicatrise et que le liquide ne tarde pas à s'accumuler de nouveau, et on se trouve ainsi n'avoir rien fait de bon.

« L'évacuation suivie d'une injection iodée, n'est peut-être pas faite pour préserver plus sûrement d'une récidive, que la simple incision. Et dans tous les cas, il resterait ensuite une masse plus ou moins dure dans le vagin, ce dont on doit tenir compte; à tout prendre, je crois donc que l'*excision* de la tumeur est le meilleur moyen à employer. C'est à elle que j'ai eu recours avec avantage dans un cas analogue, et je me propose d'agir encore de même dans le cas présent; seulement, ajoute M Nélaton, je dois vous indiquer les précautions qu'il faut prendre pour pratiquer l'*excision* de la tumeur, et vous prémunir contre *la possibilité* d'un accident consécutif de l'opération, afin que vous ne soyez pris au dépourvu, le cas échéant.

« C'est ainsi qu'il ne faut pas porter la section tout à fait à la base ou si vous voulez, au point d'implantation de la tumeur; mais rester plus ou moins éloigné, et mieux vaut plus que moins : cela n'est pas nécessaire, la portion de la paroi qui subsiste, suppure, se flétrit et se trouve réduite à peu de chose; en agissant autrement, on court le risque d'ouvrir la vessie ou le rectum, suivant qu'on a affaire à la paroi antérieure ou postérieure du canal vaginal, ce qu'il est facile de comprendre, ces organes pouvant être attirés par la tumeur et se prolonger en forme de doigt de gant dans la portion la plus élevée du pédicule; ils se trouveraient donc compris dans la section. Une fois l'opération terminée, vous avez à craindre un accident : c'est une hémorrhagie consécutive arrivant quelques heures après, et qui peut être assez sérieuse pour compromettre la santé et même la vie de la malade, si vous ne portez pas un prompt secours, et cela est d'autant plus important à savoir qu'en raison de la sécheresse et du peu de vascularité des parois de la tumeur, on resterait dans une sécurité trompeuse. J'ai vu une fois cet accident se produire, dans un cas identique à celui-ci, et voilà pourquoi je crois utile de vous en avertir. Heureusement qu'appelé à temps, j'ai pu y remédier facilement. Si un pareil accident survient, on se rend maître du sang, en ayant recours aux applications de perchlorure de fer. »

---

ment qui gagne toutes les classes de la société pour jouer la comédie, qu'un professeur *très-distingué*, membre de l'Académie de Médecine, disait dans un salon qu'il avait *raté* son existence, qu'il était né pour faire un grand comédien.

— Puisqu'il se prenait de si belle verve d'indiscrétion, exprima le confrère B...., le charmant écrivain aurait bien dû nous dire le nom de ce très-distingué.

— O blonde Javota, o toi, fier rival de Riquiqui, soupira à côté, avec un accent de profonde douleur, le malin agrégé X...., voilà que déjà on oublie les immortels bifteks de la rue Mouffetard. A quoi sert donc la gloire!

Ce même *très-distingué* se trouvant dans un autre salon, disait, assez haut pour être entendu, à l'un de ses plus spirituels collègues :

— Eh! mon ami, comme le temps s'écoule vite; voilà que j'approche de la cinquantaine.

— En vérité! fit naïvement l'autre, vous êtes fort à plaindre, car moi, avec deux ans de moins que vous, je m'en éloigne joliment tous les jours.

Confrères, dans notre art il est une industrie
Qui, pour être sans nom, doit être plus flétrie.
Un homme, spéculant sur d'intimes douleurs,
Le dirai-je, grands dieux! loin d'essuyer les pleurs
Qui tombent sur un sein d'où vient de fuir la vie,
Jette sur le cadavre un regard plein d'envie,
Et, dans l'entier oubli qu'il constate un décès,
Du traitement il feint d'instruire le procès.
L'annonce n'est donc pas de nos jours si prospère,
Que le voilà cherchant l'ombre alors qu'il opère,
Que, laissant tout à coup le vivant pour le mort,
Il exploite le deuil avant le croque-mort?
Ah! détourne tes yeux, et d'un coup de lanière
Vivement appliqué au milieu de l'ornière,
O muse, sur son front laisse en guise de sceau
La fange la plus sale enlevée au ruisseau.

Il est vrai que cet homme (*de quel nom l'appeler?*) a cru sans doute s'être disculpé en écrivant une lettre impossible à l'un de nos plus honorables confrères, car hélas! celui qui exploite ainsi le lit de mort est un vrai confrère (par le titre s'entend); pourquoi faut-il que notre profond respect pour Thémis nous empêche de faire passer son nom à la postérité!

Mais j'en ai dit assez peut-être pour que chacun se charge du soin que je ne puis prendre moi-même, au moins en tant que feuilletoniste, car en qualité de praticien, je réserve tous mes droits.

Dr A.-L. Roux.

Le 27 *mai*, M. Nélaton a pratiqué l'*excision*, qui ne fut suivie ni d'hémorrhagie ni d'aucun autre accident. On a pu constater que la cavité du kyste était parfaitement close de toutes parts, et sans communication aucune avec la vessie. Aujourd'hui, 18 *juin*, la malade est en pleine voie de guérison, et l'utérus a repris en partie sa place.

La structure de la tumeur excisée était la suivante : les parois n'étaient guère plus épaisses qu'une feuille de papier vélin. Deux membranes emboîtées l'une dans l'autre et intimement confondues entre elles, constituaient ces parois. La plus extérieure, légèrement sèche et comme écailleuse, était représentée par la muqueuse du vagin modifiée, en ce sens qu'elle ne contenait plus de follicules glanduleux, mais comme elle, elle était tapissée à sa surface par un épithélium pavimenteux.

La membrane la plus intérieure, celle qui formait immédiatement les parois du kyste, était lisse, humide comme un séreuse et tapissée également d'un épithélium pavimenteux. Nous devons tous ces détails histologiques à l'obligeance de M. Ch. Robin. Le liquide contenu dans la tumeur, examiné par moi, est séreux, légèrement trouble, ressemblant en tout point à une solution de gomme, et pèse 350 grammes. Il n'a ni odeur ni saveur, et il est neutre. Voici sa composition centésimale :

Eau.	98
Albumine.	1,50
Chlorures, sels alcalins, épithélium.	0,50
	100,00

On voit donc que la composition de ce liquide est à peu près celle des épanchements hydropiques les plus faiblement albumineux.

Maintenant que nous avons exposé l'observation en détail, je veux revenir sur quelques points de la question qui méritent une mention spéciale. Cela me permettra de mentionner en même temps les exemples de cette affection peu commune signalés dans les auteurs.

Morgagni ne dit pas un mot sur cette maladie; cela tient à ce qu'il a peu étudié les tumeurs des parties génitales, surtout chez la femme. Voici, en effet, comment il s'exprime lui-même à cet égard, dans sa cinquantième lettre : « Quant aux tumeurs qui appartiennent au pénis, à l'anus et aux parties naturelles des femmes, bien que j'en aie vu plusieurs, j'ai pourtant quelque chose à en dire, parce que je n'ai jamais eu l'occasion d'en disséquer. »

En consultant des auteurs postérieurs, et en y ajoutant les deux faits observés par M. Nélaton, je suis arrivé à un total de 9 cas, ce qui fait voir, même en supposant que divers cas n'aient pas été publiés, que les kystes du vagin ne sont pas très-fréquents. Sur ces 9 cas, 4 occupaient la cloison vésico vaginale, 2 la paroi recto-vaginale, et pour les 3 autres, le siége n'est pas précisé. Le contenu n'a pas toujours été le même. Dans 4 ou 5, c'était un liquide séreux, clair; une fois du pus (Pelletan); une autre, c'était un liquide épais, visqueux (Lisfranc); enfin, une fois il y avait de la sérosité sanguinolente et visqueuse (Sanson); et dans un dernier cas, du sang pur (Récamier). Cette diversité du contenu nous indique déjà que le kyste peut suppurer; mais quelle est la source du sang renfermé dans le kyste? Dans l'un des deux cas précédemment indiqués, on a attribué cela à des coups reçus par la malade sur les parties; mais dans l'autre, il n'est nullement question de cette étiologie.

Si on réfléchit à la petitesse des vaisseaux contenus dans les parois, et en même temps, si l'on tient compte de l'hémorrhagie abondante observée dans un cas par M. Nélaton, on sera porté à admettre que ces hémorrhagies se font par une exsudation des parois saines de ce kyste, ainsi qu'on l'observe dans certains kystes du corps thyroïde, et même dans les cas de kystes ovariques, ainsi que l'a fait remarquer M. le professeur Nélaton.

Une autre question à résoudre est celle relative à l'étiologie des kystes du vagin; mais les éléments manquent dans la plupart des observations rapportées jusqu'ici; aussi ne m'appesantirai-je pas sur ce point. On sait que les grossesses répétées sont une cause efficace pour la production de la cystocèle vaginale; en est-il de même pour les kystes? Chez notre malade, la tumeur n'est devenue manifeste pour elle qu'après une première couche à terme et une fausse couche; mais cela ne veut pas dire qu'elle n'existait pas bien avant. Cela paraît même très-probable. — Ceci nous conduit à rechercher si cette première fausse couche, arrivée au septième mois de la grossesse, n'a pas été déterminée par la présence du kyste naissant, ou plutôt par le fait du prolapsus utérin qu'il avait déterminé. Cela paraîtra d'autant plus probable en voyant que, cinq ans plus tard, quand la tumeur était déjà volumineuse, et l'utérus de plus en plus abaissé, la malade a eu une deuxième fausse couche, mais cette fois-ci à une époque bien moins avancée que la première, vers la fin du troisième mois. — Pour ce qui est des troubles des organes voisins, nous avons vu que la miction n'avait pas souffert dans les sept ou huit premières années, et que ce n'est pas tout à fait dans ces derniers temps que la malade a commencé à s'en plaindre. Cela s'explique facilement, quand on songe que l'urèthre n'est en rapport qu'avec la moitié inférieure de la paroi antérieure du vagin, et qu'il a fallu que cette paroi fût complétement entraînée et comme retournée par la tumeur, pour que la direction du canal excréteur de l'urine se trouvât déviée dans sa direction. La malade se plaint depuis longtemps de coliques, et elle a des alternatives de diarrhée et de constipation. Mais si on tient compte qu'elle a maigri beaucoup, qu'elle a des sueurs partielles, avec exacerbations fébriles vers le soir, qu'elle a eu à plusieurs reprises des hémoptysies, et qu'enfin elle présente une respiration presque caverneuse, avec râles humides et matité à la percussion au sommet du poumon droit, on doit attribuer ces accidents survenus du côté de l'abdomen à la diathèse tuberculeuse plutôt qu'à l'existence du kyste.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE.

De la membrane muqueuse de l'utérus, au point de vue anatomique et physiologique, chez la femme et chez les animaux domestiques,

Par le D[r] Raciborski,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

(suite et fin. Voir les n[os] 69, 72 et 74.)

XXIV. Nous avons commencé nos recherches par les ruminants. Comme nous l'avons dit plus haut, la muqueuse utérine offre, chez ces animaux, un aspect tout particulier dû à la présence des cotylédons. Nous avons pensé qu'à l'aide de ces organes il nous serait possible de marcher même sans le secours du microscope, dont nous n'avons pas une grande habitude. Pouvant toujours distinguer à l'œil nu les cotylédons, rien n'est plus facile que de déterminer leur aspect et leur position, et de s'assurer par là si la muqueuse utérine est exfoliée après la fécondation, pour constituer la caduque, si elle est remplacée par une nouvelle membrane avec d'autres cotylédons après chaque mise bas, etc.

Pendant toute la durée de la gestation, la muqueuse utérine des ruminants est dans un état de congestion très-prononcée. Sa laxité augmente encore davantage; les brides cellulo-vasculaires qui l'attachent à la couche fibreuse s'allongent de plus en plus, de telle sorte que la muqueuse utérine jouit, chez des femelles pleines, d'une grande mobilité, et qu'elle est à même de soustraire, jusqu'à un certain point, le fœtus, à des violences extérieures dirigées sur les régions du ventre occcupées par la matrice. Ajoutons à cela que la surface muqueuse est recouverte d'assez abondantes mucosités, et que la cavité du col est remplie d'un abondant mucus glutineux, lequel, chez la brebis surtout, offre l'apparence de la gomme un peu détrempée et ramollie. Quant aux cotylédons, ils n'augmentent point en nombre comme

cela a été déjà très-bien prouvé par M. Goubaux (1); mais leur volume augmente considérablement, surtout dans les points correspondants à la portion adhérente du fœtus. De gros comme les boutons de la petite vérole, ils deviennent, chez la brebis, gros comme de petits champignons comestibles, dont ils offrent un peu l'aspect. Chez la vache, ils acquièrent le volume de petites figues d'automne dont ils rappellent un peu la forme. Cette augmentation de volume est due en grande partie à l'accroissement proportionnel des éléments fibro-plastiques, ce qui les rend mous et faciles à écraser. La pression les réduit en une pulpe blanchâtre contenant une liqueur lactescente, qui offre une certaine analogie avec le lait. D'après les recherches de M. Joly, professeur à la Faculté des Sciences de Toulouse, cette liqueur serait riche en albumine et pauvre au contraire en caséine, et se rapprocherait ainsi davantage du *colostrum* (2).

Les anciens, en voyant cette forme mamelonnée des cotylédons, s'imaginaient que ces organes étaient destinés à donner l'habitude de téter aux petits. Si l'on peut sourire aujourd'hui devant une pareille opinion prise dans son sens littéral, elle peut néanmoins être considérée, d'après ce que nous venons de dire, comme une belle métaphore définissant le rôle des cotylédons dans la nutrition du fœtus.

Les enveloppes du fœtus s'attachent aux cotylédons par de nombreuses villosités choriales extrêmement vasculaires, qui s'enfoncent dans les porosités de ces organes et forment, par leur réunion, ce qu'on appelle des *cotylédons placentaires*. Ce sont ces derniers seulement qui accompagnent le délivre. Les cotylédons utérins restent attachés à la muqueuse qui n'est pas du tout exfoliée; ils ont d'abord la surface toute trouée après la parturition, mais une atrophie progressive les ramène peu à peu à l'état où ils étaient avant la fécondation. Non-seulement les cotylédons ne se renouvellent pas avec chaque gestation, mais il paraît même que lorsqu'on les arrache quelquefois par des manœuvres imprudentes, au moment de la parturition, leur régénération n'est plus possible (3).

XXV. Chez la truie, la muqueuse de l'utérus, déjà naturellement assez mobile et glissant sur la couche sous-jacente, acquiert encore plus d'ampleur et de mobilité sous l'influence de la fécondation. Très congestionnée dans toute son étendue, elle présente de distance en distance des espèces de caroncules ou d'appendices formés par la duplicature de la muqueuse, lesquels, pour la plupart, sont dans un état d'œdème manifeste et offrent quelquefois l'aspect de petits kystes. Toute la surface, d'ailleurs, est lubréfiée de mucosités abondantes, qui baignent les enveloppes des fœtus et facilitent leur glissement. Les poches fœtales ne tiennent directement par aucun point de leur surface à la muqueuse utérine; elles ne sont qu'appliquées contre cette membrane; de telle sorte que la mère ne fournit d'abord à l'œuf que de la chaleur nécessaire à son développement et quelques sucs nourriciers qui lui arrivent par l'endosmose. Plus tard, la circulation fœtale est entièrement indépendante et n'a pas la moindre communication avec la muqueuse utérine. Il résulte de cette disposition qu'on peut, à tout moment de la gestation, retirer l'une après l'autre toutes les poches fœtales avec la plus grande facilité; une simple pression exercée de haut en bas, à partir des étranglements qui séparent ces poches, suffit pour obtenir ce résultat. Pendant la parturition, les enveloppes de fœtus ne font que glisser sur la muqueuse utérine; rien absolument ne se détache de celle-ci, et il n'y a lieu à aucune solution de continuité.

M. Charles Robin ayant examiné sur notre demande, au microscope, la muqueuse d'une truie au début de la gestation, a trouvé que les vaisseaux étaient plus volumineux au niveau de l'œuf qu'ailleurs, mais qu'ils ne formaient nulle part de *sinus*. Il a remarqué aussi que les papilles de la muqueuse étaient plus grosses dans ces endroits. A part cette légère différence, la muqueuse était absolument dans les mêmes conditions dans les points correspondant aux œufs que dans l'intervalle. « La couche grisâtre, molle et pulpeuse qui reste à la surface de l'allantoïde, nous dit dans sa note M. Robin, est formée de cellules épithéliales plus volumineuses que dans les autres parties, et offrant un noyau volumineux pourvu d'un nucléole. Ces cellules sont tantôt isolées, tantôt encore réunies en couches ou gaînes conservant la forme des papilles vasculaires qu'elles recouvraient. On trouve parmi elles quelques gaînes d'épithélium nucléaire provenant des glandes tubuleuses ou follicules muqueux que cette variété d'épithélium tapisse. »

XXVI. L'examen de l'utérus chez la chienne et chez la lapine pourrait d'abord faire supposer qu'il y a chez ces animaux au moins une exfoliation partielle de la muqueuse à l'endroit correspondant au placenta maternel. En effet, on examinant l'utérus d'une chienne plusieurs jours après la mise bas, nous avons trouvé, sur la membrane interne, plusieurs îlots dont chacun correspondait à l'ancien œuf et était composé d'un paquet d'une matière molle, d'un blanc mat, d'une apparence filamenteuse, facile à enlever. La membrane sous-jacente était évidemment déprimée; cependant, l'examen microscopique a prouvé qu'elle n'avait point disparu au niveau de la dépression et que les masses filamenteuses dont nous venons de parler n'étaient autre chose que d'anciennes villosités placentaires mortifiées. Cette mortification a dû commencer avant l'époque de la parturition; ce qu'il y a de certain, c'est que, chez la lapine, nous l'avons constamment rencontrée déjà vers la fin de la gestation. A cette époque, chaque placenta, lequel est bilobaire chez ces animaux, repose sur un coussinet presque aussi gros que le placenta lui-même, formé d'une matière d'un blanc opaque, molle, d'un aspect couenneux, ressemblant beaucoup à certaines plaques diphtériques. Ce coussinet tient encore au placenta fœtal par quelques dentelures assez faciles d'ailleurs à rompre, mais il ne tient presque plus à la muqueuse sous-jacente, dont on le sépare aisément. La muqueuse offre en cet endroit une dépression circulaire assez prononcée, mais elle-même est néanmoins intacte. Ces masses blanchâtres ne sont autre chose que des placentas maternels ayant subi la mortification, qui constitue, dans cette espèce d'animaux, une des conditions physiologiques. Si l'on examine l'utérus d'une lapine au début de la gestation, on ne trouve encore rien de semblable. On y rencontre également des placentas bilobaires correspondant à chaque œuf; mais ces placentas reposent directement sur une large saillie ressemblant à une *plaque muqueuse*. Lorsqu'on détache les placentas, la surface des plaques en question paraît légèrement déprimée au centre, comme ulcérée, à cause du rebord saillant qui domine circulairement au-dessus du reste du niveau de la plaque. La dépression paraît veloutée et d'un rouge plus pâle que le reste. Ce sont ces plaques muqueuses qui constituent les placentas maternels, la mortification de leurs éléments essentiels placés au centre, leur donne plus tard l'aspect de ces masses d'un blanc opaque dont nous avons parlé tout à l'heure. Voici la note que M. Charles Robin a eu l'obligeance de nous rédiger sur la structure de ces plaques, d'après l'examen microscopique des pièces que nous lui avons présentées.

« La portion renflée de la muqueuse formant placenta maternel, offre une coupe homogène, d'aspect charnu, gris rougeâtre. Elle est constituée d'une trame de tissu cellulaire comme dans la muqueuse d'alentour; mais on y voit, en outre, une

(1) *Voir* l'intéressant mémoire déjà cité.

(2) *Thèses de Paris*, 1851.

(3) M. Goubaux cite un fait fort curieux sous ce rapport. Une bête pleine de quatre mois environ, fut abattue pour les besoins de la consommation. Le fœtus était situé dans la corne droite. Les cotylédons étaient seulement au nombre de 68. Mais la moitié droite de la matrice contenait seule des cotylédons uniformément répartis; la moitié gauche n'en avait que dans la partie postérieure. « Dans tout le reste de l'étendue de cette moitié gauche, on trouvait, à la place des cotylédons, des cicatrices blanches, rayonnées et résistantes. La partie correspondante du chorion était lisse et ne présentait aucune trace de cotylédons placentaires. » (*Mém. cité.*)

quantité considérable d'éléments fusiformes fibro-plastiques et surtout de matière amorphe homogène, finement granuleux, interposée aux fibres. Les vaisseaux, plus volumineux que dans le reste de la muqueuse, n'offrent pourtant pas l'aspect de *sinus*. Je n'ai pas trouvé dans ce tissu, qui doit son épaississement à cette matière amorphe et aux éléments fibro-plastiques, aucune glande folliculeuse pareille à celle de la muqueuse interposée aux œufs. La surface de ces renflements ou placentas maternels est plissée et présente une hypertrophie considérable des villosités vasculaires coniques qu'on voit sur toute la muqueuse. Ces plis et villosités sont enchevêtrés avec les villosités du placenta fœtal, mais par simple juxta-position, sans pénétration radiculaire de l'un dans l'autre. Les plis et villosités des placentas maternels sont couverts d'une couche grisâtre, dans laquelle on retrouve des fragments de villosités du placenta fœtal déchirés par l'arrachement, mais surtout de grandes cellules épithéliales à noyaux nombreux et les gaînes qu'elles forment aux villosités de la muqueuse hypertrophiée. Ce sont ces cellules qui font la plus grande partie de cette couche grise. »

Il résulte donc de toutes les recherches que nous avons faites sur l'utérus de la plupart des mammifères domestiques, que, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, la membrane interne ne joue, nulle part, le rôle de la caduque qu'elle joue chez la femme, et que nulle part ailleurs elle n'est pas non plus sujette à l'exfoliation.

XXVII. L'exfoliation physiologique de la muqueuse utérine ne doit pas rester sans influence sur certaines affections de la matrice. Il va sans dire que des altérations, qui se bornent exclusivement à la muqueuse, doivent disparaître de cette manière avec la membrane malade exfoliée.

On pourrait en dire autant de certaines tumeurs développées immédiatement au-dessous de la muqueuse, lorsqu'elles n'empêchent pas la conception d'avoir lieu et n'entravent pas sensiblement la marche régulière de la grossesse. La muqueuse une fois exfoliée, ces tumeurs peuvent être soit immédiatement entraînées avec la caduque du placenta à laquelle elles adhéraient, soit expulsées plus tard par suite du retrait de la matrice sur elle-même, lorsqu'elles restaient libres dans sa cavité.

Dans un cas cité par M. le docteur Aubinais, on a eu toute la peine du monde à retirer le placenta qui était adhérent, et renversait avec lui le fond de l'utérus à chaque effort que l'on faisait pour le retirer. Une exploration attentive de la cavité utérine fit reconnaître qu'on avait affaire à une tumeur polypeuse, qui tenait encore par une espèce de pédicule aux parois, et dont une portion était recouverte par le placenta qui y adhérait solidement. Il a été assez facile à M. Aubinais, après avoir fixé le fond de l'utérus contre le sacrum, de saisir la tumeur et d'en pratiquer l'extraction qui a amené le placenta (1).

Il est très-probable qu'en faisant des recherches dans les différents recueils scientifiques, on en trouverait plusieurs autres exemples de ce genre.

M. Cruveilhier eut l'occasion de voir une jeune femme qui, dix-neuf jours après un accouchement difficile, éprouva des douleurs analogues à celles de l'enfantement. On commençait déjà à supposer une superfétation, lorsqu'au bout de trois jours de souffrances excessives, elle rendit trois corps plats de forte consistance, reconnus pour des corps fibreux (2).

Enfin, il peut arriver qu'une bonne portion ou même toute la caduque utéro-placentaire adhère d'une manière anormale à la tunique fibreuse de l'utérus, et ne soit point exfoliée avec le reste de la muqueuse utérine pendant l'accouchement. C'est là, comme l'a fort bien établi M. le docteur Morderet, du Mans (3), le mécanisme le plus probable des adhérences anomales du placenta, lesquelles, comme on le sait, résistent parfois à tous les moyens mis en usage, et peuvent se terminer par la résorption du placenta.

Nous voilà donc en présence d'un fait physiologique qui, nonobstant sa grande jeunesse, puisque son acte civil a tout au plus quelques années de date, a pu atteindre rapidement les échelons les plus élevés de la certitude dans les sciences d'observation. En effet, l'exfoliation physiologique de la muqueuse utérine peut être, non-seulement démontrée anatomiquement, mais elle est confirmée par les faits pathologiques.

Peu de théories physiologiques jouissent réellement de cet avantage, même parmi les plus accréditées. Ceci provient de ce que l'exfoliation de la muqueuse utérine, qui s'opère après chaque fécondation, n'est pas venue prendre sa place parmi les faits physiologiques comme une solution d'un problème arrêté d'avance, mais comme une induction directe d'autres faits antérieurement observés. Cette route est plus longue et moins brillante, mais elle conduit plus sûrement à la vérité. Quand on se pose d'avance un problème à résoudre, et la plupart des expérimentateurs en physiologie sont dans ce cas, on est exposé souvent à ne voir que ce qu'on avait désiré rencontrer. De là proviennent, en grande partie, ces nombreuses et fâcheuses contradictions dans les résultats obtenus par les différents expérimentateurs. Nous n'avons rien à craindre de ce côté pour le sort de l'exfoliation de la muqueuse utérine. Déjà les idées de M. Coste sur l'origine de la caduque sont généralement adoptées dans les livres spéciaux les plus estimés. Nous aimons à croire qu'après l'étude approfondie que nous venons de faire des différentes phases de cette exfoliation chez la femme et chez les animaux domestiques, les faits avancés dans ce travail ne trouveront guère de contradicteurs, et qu'en particulier ils seront admis par notre savant et illustre maître, M. le professeur Bérard, chez qui ni de grandes occupations attachées à sa haute position au Conseil impérial de l'Instruction publique, ni même une fort grave maladie récente, n'ont pu ralentir le zèle constant pour les progrès de la physiologie.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Hypertrophie du corps thyroïde. — Trachéotomie,

Par M. A. François,
Chirurgien-adjoint à l'hôpital d'Abbeville.

Le jeune Blondel, âgé de 13 ans, portait depuis trois ans un goître parenchymateux qui, jusqu'en octobre 1856, n'avait jamais déterminé d'accidents du côté des voies aériennes. La tumeur s'étend depuis le bord supérieur du sternum jusqu'à l'os hyoïde ; sa moitié droite est plus volumineuse. On avait eu recours à divers traitements médicaux, qui semblèrent maintenir la tumeur à un état stationnaire, sans qu'elle diminuât.

Le 9 octobre, cet enfant fut pris tout à coup d'accidents sérieux : perte de connaissance, puis les symptômes de l'asphyxie se manifestent : face injectée, yeux ternes, pupilles dilatées, lèvres livides, extrémités froides, pouls imperceptible, inspirations rares et incomplètes, insensibilité. Ces symptômes suivaient une marche progressive. En présence de ce danger, M. François, assisté de M. Vion, se décida à pratiquer la trachéotomie ; l'opération fut faite de la manière suivante :

Une incision est faite sur la ligne médiane, depuis la partie supérieure du cou jusqu'au sternum, comprenant toute l'épaisseur des tissus jusqu'au corps thyroïde. Lorsque cet organe lui-même est intéressé jusqu'à une profondeur de 3 ou 4 centimètres, l'écoulement de sang veineux est assez abondant pour masquer les parties. Il était difficile de poursuivre l'opération ; cette hémorrhagie, jusque-là, était plus favorable que nuisible à

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1844.

(2) *Du diagnostic différentiel des tumeurs de l'utérus*, par Trumet ; thèses de Paris, 1851.

(3) *Recherches sur les adhérences morbides et anormales du placenta*, mémoire couronné par la Société de Médecine de Gand, in *Monit. des Hôp.*, année 1855, n° 14.

l'enfant, car il respirait un peu mieux. L'opérateur entreprend alors de renverser le corps thyroïde de haut en bas, afin de découvrir le larynx et la trachée. Déjà le premier de ces organes était découvert, lorsqu'en poursuivant ce temps de l'opération, deux artères volumineuses furent incisées; la ligature présenta quelques difficultés à cause de la profondeur de la plaie.

Le larynx est incisé alors sur la ligne médiane, et une sonde de femme est introduite dans la plaie; mais cette opération ne modifie pas notablement la respiration. C'était la trachée surtout qui était comprimée; c'était donc ce canal qu'il fallait ouvrir. Alors, M. François résolut d'aller chercher cet organe derrière le sternum; il y parvint, en effet, et pratiquant une incision sur ce canal, il y introduisit une canule; la respiration se fit alors plus largement, et des quintes de toux rejetèrent une grande quantité de mucosités. Malheureusement, aucune canule n'était assez longue, et voici comment M. François para à cet inconvénient : il enfonça une canule simple dans la plaie; son extrémité supérieure n'arrivant pas jusqu'aux bords de la plaie, le chirurgien les écarta de chaque côté, afin qu'en se rapprochant ils ne vinssent pas s'opposer à l'accès de l'air.

Notons qu'en allant à la recherche de la trachée derrière le sternum, M. François reconnut que cet organe avait été déplacé par le développement du corps thyroïde; il était porté du côté gauche en décrivant une ligne courbe, ce qui tenait au développement plus grand du lobe droit de l'organe; en continuant à inciser sur la ligne médiane, de manière à traverser le corps thyroïde, l'opérateur n'eut pas rencontré la trachée, mais serait arrivé sur les vaisseaux et les nerfs, particulièrement sur la veine jugulaire interne, qui paraissait être très-volumineuse.

En outre, les anneaux cartilagineux de la trachée semblaient avoir perdu leur élasticité, car lorsque ce canal fut séparé de la tumeur qui le comprimait, il conserva la déformation, l'aplatissement qu'il présentait auparavant.

A la suite de cette opération, les accidents d'asphyxie se dissipèrent, et l'enfant recouvra la santé assez rapidement. Il a été présenté à l'Académie de Médecine par M. François, dans la séance du 16 juin 1857.

L'auteur termine son observation par les conclusions suivantes, qui en résument les particularités les plus intéressantes au point de vue de la symptomatologie et du traitement :

« 1° Dans un goître parenchymateux, lorsque la toux est rauque, quoique la parole soit libre, il faut redouter l'asphyxie;

« 2° Le son de voix normale avec une respiration sifflante, indique une compression à la partie inférieure de la trachée sans affection du larynx;

« 3° Le volume extérieur de la tumeur n'est pas toujours en raison directe des accidents qu'elle peut déterminer, il faut prendre garde de s'en laisser imposer par ce signe, et redouter un développement profond;

4° Quand le corps thyroïde hypertrophié comprime la trachée-artère et détermine une asphyxie promptement mortelle, tenter la trachéotomie à travers la tumeur, c'est à peu près tenter l'impossible;

« 5° La laryngotomie dans ce cas est une mauvaise opération qui ne doit pas avoir de succès;

« 6° Chercher la trachée-artère, en renversant de haut en bas le corps thyroïde, c'est s'exposer à une hémorrhagie foudroyante par la difficulté des ligatures et la dilatation énorme des vaisseaux;

« 7° L'opération la plus rationnelle consiste à chercher la trachée derrière le sternum, à en suivre la direction avec le doigt, à isoler les deux lobes, et en admettant que ces deux lobes soient unis par un pont (ce qui n'est pas constant), la division de ce pont sera toujours plus facile et plus sûre que n'importe quelle opération;

« 8° La canule ne doit être ni trop longue ni trop courte. Trop courte, elle n'arrive pas jusqu'à l'obstacle; trop longue, elle comprime la trachée par son extrémité inférieure, cause de la douleur, et rend par un défaut de parallélisme le passage de l'air difficile;

« 9° Le collodion est le meilleur moyen pour maintenir la canule en place. »

OBSTÉTRIQUE.

Rupture de l'utérus dans un cas d'hydrocéphalie,

Par G.-F. Giles.

Nous avons récemment fait connaître un cas intéressant de rupture de l'utérus, dû à M. Reynolds. En voici un second exemple que nous ferons suivre de quelques remarques :

Une indigente de Hackney, Mme H...., âgée de 37 ans, au terme de sa sixième grossesse et en travail, avait réclamé, vers une heure du matin, l'assistance de son chirurgien, M. V...., qui, trouvant l'orifice à peine dilaté et reconnaissant une présentation du sommet, s'éloigna en recommandant qu'on l'appelât de nouveau dès que les douleurs seraient régulières et plus rapprochées. A son retour vers le matin, la dilatation était complète; mais la tête donnant au toucher une sensation tout à fait insolite, V.... réclama l'assistance et les conseils de son collègue W.... A l'heure de la consultation, les douleurs étant très-peu efficaces, V.... et W.... crurent pouvoir s'éloigner pour quelques instants. Un quart d'heure après, ils trouvèrent la femme vomissant; avec les vomissements, une très-violente douleur s'était manifestée, et en même temps les contractions utérines avaient cessé tout à coup. Vainement le doigt cherchait-il à atteindre la tête; on ne découvrait autre chose que le placenta dans le vagin. C'est alors que l'avis de Giles fut réclamé. Il arriva à sept heures un quart et trouva la femme décolorée, sans pouls, presque mourante. Elle perdait un peu. Il était, en effet, impossible d'atteindre la tête avec le doigt. La main, introduite dans l'utérus, n'y trouva plus le placenta, mais constata l'existence d'une crevasse qui avait livré passage au fœtus, et à travers laquelle on sentait une tête flottante et d'un volume considérable. Ce ne fut pas sans peine qu'on pût arriver aux pieds; mais une fois saisis, ils furent facilement amenés au dehors. Le dégagement des bras offrit aussi quelque difficulté. Quant à la tête, on ne pouvait songer à l'extraire avant d'en avoir réduit le volume. La perforation, faite à travers l'occipital, évacua un litre à un litre et demi de sérosité; après quoi, l'extraction eut lieu très-aisément. Le placenta était décollé, mais comme on éprouvait, à l'extraire, quelque difficulté au milieu de la masse intestinale qui l'enveloppait, on le laissa en place. La femme succomba trois quarts d'heure après cette délivrance incomplète.

A l'autopsie, vingt-quatre heures après la mort, on constata d'abord l'état d'embonpoint du cadavre, puis, à l'ouverture du ventre, la présence du placenta derrière la paroi abdominale, et, à la face antérieure de l'utérus, une crevasse de 9 à 11 centimètres, qui, du cul-de-sac du vagin, s'élevait à travers l'orifice jusqu'à la moitié de la hauteur de la paroi utérine. La partie de la matrice située au-dessus de la rupture, celle sur la face interne de laquelle le placenta avait été implanté, était seule rétractée. L'hémorrhagie interne était peu considérable. C'était donc plus au trouble profond produit par l'accident qu'à la perte de sang que la femme avait succombé.

(*Med. Tim. and Gaz.*, 1857, n° 359, p. 486.)

Cette observation peut donner lieu à plusieurs remarques et à quelques critiques.

Elle confirme et met en évidence plusieurs points bien connus de l'histoire des ruptures de l'utérus :

En premier lieu, la beaucoup plus grande fréquence de ce terrible accident chez les multipares et particulièrement chez les femmes qui ont déjà eu plusieurs enfants. Celle-ci était enceinte de son sixième, et son âge était une prédisposition de plus qui ressort de toutes les statistiques. L'âge un peu avancé et les accouchements répétés altèrent-ils, en effet, la structure de l'utérus, et diminuent-ils la force de résistance dont ses fibres sont d'abord douées?

En second lieu, la cause occasionnelle, très-évidente ici et notée bien des fois déjà, à savoir : l'hydrocéphalie du fœtus. Pour peu qu'elle soit portée à un degré assez considérable, quelle plus invincible résistance pour les contractions utérines! Les viciations et les obstructions du bassin ont bien aussi leur part et une large part dans l'étiologie des ruptures de l'utérus. Mais enfin, à défaut de l'art, la nature peut encore, dans ce cas, suffire quelquefois à elle-même en conformant à l'étroitesse du passage une tête susceptible, à l'état normal, d'une notable réduction. Au contraire, à moins d'une évacuation spontanée du liquide par un éclat subit des enveloppes sur lequel il ne faut guère compter, quelle chance de réduction peut-on espérer dans un cas d'hydrocéphalie considérable, et que ne doit-on pas redouter alors des effets impuissants de l'utérus? Aussi voyons-nous, dans une statistique récente de James Trask (*Amer. Journ., july*, 1856, et *Schmidt's Jahrb.* XCIV, 197), l'hydrocéphalie figurer, dans douze cas, parmi les causes de la rupture de l'utérus pendant le travail de l'accouchement.

Une troisième remarque sur la nature des contractions utérines ne serait pas sans importance; mais s'appliquerait-elle au cas présent? Que l'utérus se rompe sous l'effort de violentes contractions, on comprend à peine qu'il en puisse être autrement. Les cas où la rupture de l'utérus a eu lieu sous l'influence de contractions ordinaires ou mêmes faibles ne sont pourtant pas rares. Nul n'a plus et mieux insisté sur ce point que Ed. W. Murphy (*Dublin, Journ. May*, 1835). L'observation de Giles laisse à désirer à cet endroit. Les contractions utérines peuvent être très-violentes, et en même temps très-peu efficaces (*very inefficient*), mais elles peuvent être très-peu efficaces parce qu'elles sont très-faibles. Pour l'honneur des deux premiers accoucheurs appelés, il vaut mieux croire que ce dernier cas était celui de Mme H.... ; autrement, leur inaction à ce moment, la dilatation étant complète, et surtout l'abandon de la femme même pendant quelques instants seraient inexplicables, pour ne pas dire inexcusables.

En quatrième lieu, remarquons que l'absence d'hémorrhagie est bien ici en rapport avec le siége et la direction de la crevasse qui, malgré son étendue, n'allait pas jusqu'aux grosses branches des vaisseaux utérins placés sur les parties latérales.

Quant aux symptômes, ils étaient dans ce cas parfaitement caractéristiques, et leur prompte aggravation, prélude d'une issue funeste, a dû plonger V.... et W.... dans la stupeur.

Etait-il possible de prévenir ce fatal accident? Oui, sans aucun doute, par la perforation du crâne, qui eût procuré immédiatement les facilités qu'elle a données plus tard, et probablement même, rendu toute manœuvre ultérieure inutile. Cette sage et opportune intervention ne pouvait être, à la vérité, que le résultat d'un diagnostic bien établi, et rien dans l'observation ne dit que l'hydrocéphalie eût été reconnue avant la rupture de l'utérus. C'est sans doute un oubli de Giles, qui laisse ainsi peser sur ses collègues le soupçon immérité d'ignorance ou d'inattention. Ne vaut-il pas mieux croire que ces deux honorables praticiens avaient bien constaté la nature de l'obstacle, et qu'en l'absence de douleurs assez fortes pour être inquiétantes, ils ont cru pouvoir s'éloigner et ajourner une opération qu'ils savaient bien devoir être plus tard indispensable.

Mais il faut au moins que ce cas serve d'enseignement, et qu'il montre, une fois de plus, le danger immense qui peut résulter d'un délai malheureux, et la nécessité d'allier la décision à la patience dans la pratique des accouchements.

Un dernier mot sur la conduite suivie relativement à la délivrance : le placenta, alors incomplétement décollé sans doute, avait d'abord été trouvé dans le vagin. Plus tard, après son décollement complet, l'utérus, par une contraction ultime, l'avait chassé dans le péritoine. Comment, une fois dans cette cavité, a-t-il pu être enveloppé au point que l'extraction en dût être difficile ou impossible? C'est là un enkystement d'une nouvelle sorte, bien singulière assurément, et dont on ne trouverait pas un autre exemple dans les annales de l'obstétrique. Il y avait peu de chances, sans doute, de sauver la femme; mais doit-on jamais désespérer absolument? et dans ce cas, l'abandon du placenta dans la cavité péritonéale n'était-il pas de nature à aggraver encore une position si pleine de danger?

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le baccalauréat ès lettres et la Faculté de Strasbourg. — Notre honorable confrère de la *Gazette médicale de Strasbourg* répond ainsi à la question que nous lui avions posée lorsque nous avons annoncé la décision de la Faculté alsacienne sur le rétablissement du baccalauréat ès lettres :

« Le *Moniteur des Hôpitaux* a de la peine à s'expliquer ce que majorité de la Faculté de Médecine de Strasbourg entend par le mot *expérience*, qui, selon elle, *n'a pas encore pu prononcer sur la valeur du nouveau mode*, c'est-à-dire sur la suppression du baccalauréat ès lettres.

« Notre confrère espère que nous pourrons le tirer d'embarras sans commettre d'indiscrétion.

« Malheureusement, nous n'avons pas nos entrées aux conseils de la Faculté, et si nous devons nous en rapporter aux confidences des membres, tant de la majorité que de la minorité opposante, la décision de la Faculté aurait peut-être pu se formuler, *sinon plus clairement*, du moins *autrement*.

« Les lois fiscales actuelles interdisant à un journal non cautionné ni timbré toute discussion sur des matières d'organisation, nous devons nous borner à ce peu de mots, ajoutant, si cela peut être de quelque intérêt pour notre confrère, que personnellement nous partageons l'opinion de la minorité de notre Faculté. »

Il est certainement très-intéressant pour nous de savoir que la *Gazette médicale de Strasbourg* partage l'opinion de la minorité de sa faculté et donne ainsi, par son suffrage, l'unanimité au sentiment qui s'est manifesté dans la presse médicale touchant la question sur laquelle M. le ministre a interrogé les Facultés. Mais nous regrettons que notre confrère n'ait pas cherché avec plus d'insistance à savoir ce que la majorité de la Faculté a voulu entendre par *expérience*, dans la question dont il s'agit. Quoique la *Gazette de Strasbourg* n'ait pas ses entrées dans les conseils de la Faculté, les murs ne sont pas tellement dépourvus d'oreilles et de mémoire qu'ils ne retiennent quelque chose de ce qu'ils ont entendu, et ils ne sont pas tellement discrets qu'ils ne disent quelque chose de ce qu'ils ont retenu. Si la *Gazette* les avait interrogés, il est donc probable qu'ils auraient répondu et qu'ils lui auraient appris le sens probablement assez nouveau que la majorité de la Faculté donne au mot *expérience*. D'un autre côté, la *Gazette médicale de Strasbourg* aurait parfaitement pu nous faire connaître ce sens et même le discuter sans sortir du cercle dans lequel doit se renfermer un journal non cautionné et non timbré. Ce qui se publie depuis plusieurs semaines dans la presse médicale de Paris et de province en est la preuve péremptoire. — Ce qui ressort de plus clair des explications fort incomplètes qui précèdent, c'est que la majorité de la Faculté de Strasbourg a voté pour la suppression du baccalauréat ès lettres sans qu'on sache pourquoi, et sans qu'il soit permis, jusqu'à nouvel ordre, de le deviner.

Physiologie comparée. — M. FLOURENS, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, commencera son cours de *Physiologie comparée* le mardi 23 juin 1857, à onze heures précises, au Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

L'objet du cours de cette année sera l'étude des *Lois de la vie*. Les leçons auront lieu dans l'*amphithéâtre de géologie*.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'état des forces dans les maladies *et des indications qui s'y rapportent*, par le docteur BARBASTE, médecin en chef du dépôt militaire de Romans. — Un vol. in-8° de 170 pages. — Chez Adrien DELAHAYE, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23, à Paris. — Prix : 2 fr.

Traité des maladies nerveuses *et de leur rapport avec l'électricité*, par P. BERNARD. — Un vol. grand in-18 de 158 pages. — Paris, 1857. — Chez J. VIAT, libraire-éditeur, cour du Commerce, 12.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 76. 5e année. Jeudi 25 Juin 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX Rue Garancière, n. 5
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef · M. H. DE CASTELNAU

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSTÉTRIQUE CLINIQUE.

Mémoire sur une tumeur considérable composée de dix poches embryonnaires dans les ovaires d'une femme adulte,

Par le professeur ALQUIÉ, de Montpellier.

Les cas rares, autant que les faits normaux, servent à éclairer les problèmes obscurs de la médecine. La tératologie est devenue de nos jours une science, et les anomalies ne sont plus rangées parmi les jeux de la nature. L'embryologie y puise tous les jours de précieux enseignements; à ces aberrations de la nature humaine, on peut demander d'éclairer le mécanisme de la fécondation, des grossesses extra-utérines, des superfétations et bien d'autres questions du même genre. Les enseignements à cet égard sont souvent d'autant plus précieux, que les faits s'éloignent davantage de l'état ordinaire des faits du même ordre. Sous ce rapport, il est peu d'observations aussi remarquables que celles dont nous allons donner l'histoire. Jusqu'ici, les annales de la science nous fournissent des exemples de trois kystes embryonnaires rencontrés dans les ovaires de femmes qui en ont éprouvé des troubles variés; et malgré ces faits, les opinions sur l'origine de ces poches renfermant des cheveux et des dents, ne sont pas encore entièrement fixées. Mais on ne connaît point, à notre avis, de faits pareils à celui qui nous a suggéré ce mémoire, et où nous avons découvert dix kystes contenant chacun les restes manifestes d'un produit de conception. En outre, des recherches poursuivies parmi les précieuses collections de notre magnifique *Muséum* nous ont procuré d'autres détails intéressants; enfin, nous avons été presque en même temps consulté par une dame qui, à notre avis, souffrait d'une énorme tuméfaction de l'abdomen, dépendant d'une altération organique de même origine. Voici notre première observation :

OBS. I. — *Femme adulte offrant une tumeur étendue de l'abdomen; marasme; mort. — Nécropsie : ovaires considérablement altérés, ayant à leur surface un grand nombre de kystes ovariques, parmi lesquels dix contenaient chacun les restes évidents d'un embryon.*

(Observation de M. DUBREUIL fils, aide d'anatomie de la Faculté.)

Au n° 14 de la salle Martin-Tisson fut couchée Mélanie Lasutte, âgée de 49 ans, d'une constitution peu robuste, d'un tempérament nervo-sanguin, née à Montpellier, malade depuis quelque temps et transportée à l'Hôtel-Dieu le 15 mai 1855. La constitution de cette personne est profondément délabrée, la maigreur extrême, le teint celui de la cachexie, les forces abattues, la voix éteinte, l'appétit nul, le sommeil troublé, la respiration très-gênée, de sorte que cette femme est obligée de rester constamment assise dans son lit. On remarquait encore un pouls petit et irrégulier, surtout au moment des exacerbations fébriles dont cette femme se trouvait tourmentée de temps en temps. Elle souffrait d'une toux ancienne, accompagnée de crachats puriformes et d'une diarrhée chronique.

L'abdomen était le siége d'une tuméfaction considérable et présentait à peu près le volume de celui d'une femme au neuvième mois de la grossesse. Cette ampliation du ventre dépendait de l'existence d'une tumeur qui s'élevait jusqu'à la région épigastrique, offrant une forme irrégulièrement ovalaire, une surface inégale et bosselée, une consistance assez grande et variable, suivant les points où l'on sentait une fluctuation obscure. L'oreille ne percevait aucun bruit, aucun battement notable. En pratiquant le toucher vaginal, on constatait que le col de l'utérus remontait si haut dans l'excavation pelvienne qu'il était impossible de l'atteindre. Le vagin se trouvait fort tendu et tiré vers son extrémité supérieure. En pratiquant simultanément le toucher anal et vaginal, on sentait une sorte de tumeur remplissant l'excavation recto-vaginale. La miction était difficile, la constipation souvent opiniâtre, alternant avec de la diarrhée. La malade urinait souvent, mais rendait peu d'urine chaque fois. Alors on voyait diminuer un peu une saillie sus-pubienne, que le cathétérisme fait reconnaître pour la vessie distendue par de l'urine et de l'air.

Les membres inférieurs, et surtout celui du côté droit, offraient un léger œdème dans toute leur étendue. L'examen de la poitrine dénotait l'existence d'altérations profondes des poumons.

Soit faiblesse extrême, soit par tout autre motif, cette femme ne donnait pas sur ses antécédents tous les renseignements désirables, que nous avons dû recueillir auprès des personnes de sa connaissance. Ainsi, nous avons appris que Mélanie Lasutte avait eu une jeunesse des plus orageuses, et s'était rapidement usée par les plaisirs vénériens. Atteinte de phthisie pulmonaire, elle était tourmentée par les aggravations successives de cette affection. Cette femme se faisait les plus étranges illusions sur son mal, dont elle rapportait le siége à l'estomac. Depuis longtemps tourmentée par une soif vive, elle attribuait son état à ce qu'elle avait bu de l'eau fraîche en trop grande quantité. A son avis aussi, le ventre aurait pris un accroissement rapide dans l'espace de cinq mois seulement. Elle n'a cessé de répéter que ses menstrues, toujours régulières, n'avaient cessé de couler que depuis cinq mois, époque à laquelle son ventre s'était tuméfié. Elle affirmait n'être jamais devenue enceinte, n'avoir pas eu d'accouchement ni d'avortement, ce que l'examen des téguments du ventre venait confirmer.

Pendant le mois que cette femme passa dans le service chirurgical, le traitement eut pour but de calmer les souffrances, la toux et de relever les forces. Plusieurs fois nous fûmes sur le point de pratiquer

une ponction au kyste de l'ovaire que nous avions diagnostiqué ; mais chaque fois aussi l'incertitude de la fluctuation et la faiblesse de la malade nous fit différer cette exploration. Enfin, les signes d'une mort très-prochaine rendirent toute tentative contre-indiquée ; cette femme s'éteignit le 13 juin 1856.

Voici l'histoire de la nécropsie rédigée par M. le docteur Cellarier, chirurgien chef-interne de l'Hôtel-Dieu :

L'abdomen, distendu comme dans la grossesse de neuf mois, avait un diamètre transverse qui l'emportait sur le diamètre vertical. La percussion donnait un son mat dans toute l'étendue du ventre. A la partie moyenne de l'hypogastre, on obtenait une fluctuation obscure. Sur les autres points, l'on avait la sensation d'une résistance élastique. A l'ouverture du ventre, on constate l'existence de deux tumeurs ; l'une, plus volumineuse, s'élevant du centre du petit bassin, occupant la région moyenne de la cavité abdominale, presque sphérique, légèrement rétrécie à la portion pelvienne et s'élevant jusqu'à la partie supérieure de l'épigastre et des hypochondres ; elle a en avant et en bas la vessie, comprimée entre le kyste et les parois de l'abdomen ; l'S iliaque et la portion supérieure du rectum sont rétrécies et atrophiées ; les viscères abdominaux se trouvent refoulés vers le diaphragme, le colon ascendant et le cœcum sont comprimés, l'appendice cœcal est allongé et appliqué sur le côté droit du kyste. A gauche se trouvait adossée la seconde tumeur ; celle-ci, parfaitement distincte, était séparée de la précédente par l'utérus, aplati et remonté dans l'abdomen ; cet organe semblait avoir perdu en épaisseur ce qu'il avait gagné en largeur et en hauteur ; son col présentait quelques œufs de Naboth, plus volumineux que de coutume ; la muqueuse offrait les traces d'une inflammation chronique jusqu'au niveau de la cavité du corps, qui était saine ; la trompe droite, atrophiée, était difficile à reconnaître, la gauche, tiraillée, mais non comprimée, adhérait à la tumeur dans presque toute son étendue, ses franges étaient effacées, mais son conduit perméable.

La tumeur principale, qui n'est autre chose que l'ovaire droit, coiffée du péritoine, présentait un fascia sous-séreux résistant et fibreux dans toute son étendue, qui adhérait à l'enveloppe propre du kyste. Cette enveloppe se divisait elle-même en deux feuillets, l'un externe, résistant, fibreux, l'autre interne, de même nature que le précédent, mais plus terne et plus friable. Ce dernier formait en avant l'enveloppe des sept kystes principaux, situés à la surface de cette masse anormale, et tous tapissés en dedans par une membrane en apparence séreuse.

Le premier kyste, correspondant à la région de l'hypogastre, contenait environ un litre d'une matière blanche, grasse, semblable à de l'axonge. Dans les six poches restantes se trouvaient des touffes de cheveux soyeux, de couleur différente suivant leur siége, enchevêtrés, légèrement ondulés, d'une longueur considérable, et imprégnés d'une substance grasse demi-liquide.

I. Dans le premier des kystes pileux qui ont été examinés, les cheveux étaient noirs et venaient s'implanter d'une manière isolée et fort distincte sur un point de la paroi de la cavité, point rugueux, comme chagriné, plus vasculaire, analogue au cuir chevelu, et d'où s'élevaient deux tubercules arrondis, rougeâtres, spongieux, l'un de la grosseur d'une grosse fève, l'autre d'une forte cerise. Ces deux tumeurs étaient séparées par une partie dure, à laquelle elles adhéraient. Celle-ci était un fragment osseux, recouvert de périoste, de forme allongée, rappelant un fragment de maxillaire inférieur, sur lequel trois alvéoles supportaient trois dents, dont deux canines et une molaire, bien formées, semblables à celles de première dentition. Un léger intervalle séparait la canine et la molaire adossées, d'avec l'autre canine, implantée perpendiculairement à la direction des précédentes. Au sein de la même poche se trouvait un petit fragment osseux, irrégulier, recouvert de périoste, et composé de substance compacte. On y remarquait encore une région de la face interne du kyste, analogue au cuir chevelu, et où les cheveux venaient prendre racine.

II. La deuxième poche renfermait des cheveux châtains foncés, deux dents canines et un fragment osseux rappelant la forme d'une partie du maxillaire supérieur. On y voyait aussi une partie analogue à la peau du crâne, de laquelle émergeaient très-distinctement un bon nombre de cheveux.

III. La troisième contenait des cheveux châtain-clair, une dent incisive soutenue par une espèce de cupule perforée de deux pertuis de consistance cartilagineuse de couleur brune. A côté se trouvait un fragment osseux, de 4 centimètres de longueur, de 5 millimètres d'épaisseur, irrégulier, recouvert de périoste, et adhérent à une petite coque osseuse, fragile, renfermant un liquide d'une couleur rouge foncé.

IV. La quatrième renfermait une touffe de cheveux ; mais certains points de la face interne offraient des rugosités et étaient comme cartilagineux. Autour de ces principaux kystes, dont le plus volumineux aurait pu contenir facilement le poing fermé, on retrouvait une foule de petites poches de la grosseur d'un pois à celle d'une noix ; les unes, superficielles, sont péritonéales et remplies de sérosité ; les autres contiennent une matière jaunâtre, plus ou moins foncée ou blanchâtre, et semblable à du suif, à de la cire, à du plâtre gâché, à du miel, à la matière crétacée des tubercules. En arrière de ces cavités, le reste de l'ovaire, du volume d'une grosse tête d'adulte, se trouvait divisé en une foule de petites poches de formes variées, cloisonnées par des prolongements fibreux qui partaient de la surface de l'ovaire. Ces loges contenaient une matière gélatino-albumineuse, rougeâtre, onctueuse, se séparant en grumeaux par l'action du jet d'eau.

La seconde tumeur, du volume d'une tête de fœtus, irrégulière, toute composée de kystes, formée par l'ovaire gauche, entourée des mêmes membranes que la précédente, renfermait six kystes pileux et une foule de petites poches semblables à celles dont nous avons parlé précédemment.

V. Des six poches pileuses, l'une contenait deux bouquets de dents implantées sur un fragment osseux, rappelant la forme de la mâchoire inférieure ; de plus, un petit corps mou, brun, du volume d'une tête d'épingle. Les cheveux s'implantaient sur un point rugueux.

VI. La deuxième renfermait un produit dentaire

VII. La troisième contenait un fragment osseux, irrégulier, recouvert de périoste, composé de substance compacte ; de plus, sur ses parois, se trouvaient des débris ossiformes aplatis, sans analogie avec les os du squelette.

VIII. Une quatrième poche nous a fourni un petit tubercule osseux, ovoïde, très-dur, coiffé d'une membrane périostique de la grosseur d'une graine de lin.

IX-X. Les autres contenaient seulement des cheveux.

Sur une partie de la paroi de tous les kystes renfermant des cheveux, on remarquait, dans l'épaisseur de la cloison, une vascularisation plus apparente et des fibres d'un tissu rappelant celui des muscles des viscères. Les deux tumeurs étaient, du reste, entourées de vaisseaux assez nombreux. Une disposition, commune à tous ces kystes pileux, c'est la présence de traînées et d'adhérences fibreuses et très-solides, entre les parois et les produits plus ou moins consistants qu'ils renfermaient.

Au microscope, la matière blanche, onctueuse, a paru composée : 1° de gouttelettes de graisse ; 2° de larges plaques épithéliales ; 3° de quelques cristaux prismatiques, triangulaires et allongés ; 4° d'une matière amorphe.

La matière rougeâtre contenue dans les loges de la première tumeur paraissait composée : 1° de granules ; 2° de gouttelettes de graisse ; 3° d'une matière amorphe.

La matière jaunâtre ne différait de la blanche que par une quantité plus considérable de granules.

L'étude de ce fait extraordinaire suggère des conséquences importantes dont nous devons nous occuper :

Et d'abord, il s'agit de constater rigoureusement la nature des produits divers contenus dans ces différents kystes. Leur présence au sein ou à la surface des ovaires conduit à penser qu'il s'agit de produits des fonctions génitales et peut-être de la fécondation. Cette pré-

somption se trouve confirmée bientôt par l'examen des poches occupées par des cheveux, des dents et des fragments osseux ; on est conduit ainsi à distinguer cette catégorie de kystes pileux de celle, beaucoup plus nombreuse, où, à défaut de produits organisés, se trouvent des liquides plus ou moins consistants. Une seconde remarque générale qui tend à établir une similitude de nature entre les kystes pileux, c'est leur ressemblance de position, de forme, de structure et de contenu. Leurs parois offrent une épaisseur, des surfaces, et des membranes pareilles, comme nous le démontrerons plus loin. Leur contenu est aussi pareil quoique à des degrés différents. Ainsi, 1° cheveux enchevêtrés et implantés, pour la plupart, sur une partie de la face interne du kyste ; 2° surface folliculeuse de cette partie d'implantation ayant l'aspect et la résistance du cuir chevelu ; 3° fragments osseux enveloppés de périoste représentant, pour la plupart, des portions de maxillaires, et soutenant des alvéoles dans lesquels s'implantent des dents bien développées. L'étude de chacune des parties solides contenues dans ces cavités sert encore à la démonstration dont il s'agit. Ainsi, dans l'une de ces poches se trouvait un maxillaire inférieur assez fortement développé supportant sept dents entièrement formées : à cette partie anatomique, entourée de deux petites masses organiques, associée à une autre portion d'os, à une plaque de cuir chevelu sur laquelle s'implantaient nettement un assez grand nombre de cheveux, comment méconnaître les traces d'un être humain ? Cette première constatation nous conduit à celle du kyste où se trouvait une portion considérable de maxillaire inférieur, pourvue de trois dents environnées d'une production organique, de plusieurs fragments osseux, d'une portion de cuir chevelu où de nombreux cheveux venaient prendre racine. Ce deuxième produit nous amène à un troisième, où nous rencontrons une masse osseuse rappelant le maxillaire supérieur à laquelle étaient fixées deux dents, une portion de cuir chevelu d'où s'élevaient de nombreux cheveux. Nous arrivons à la quatrième poche ovarique où nous sommes obligé de reconnaître les restes d'un produit de fécondation — dans les cheveux implantés sur un point semblable à la peau du crâne, la dent incisive soutenue par une espèce de cupule dentée, dans le fragment osseux de 4 centimètres de longueur, enfin dans la petite coque osseuse remplie d'un liquide rougeâtre. Ces faits étant constatés, il est impossible de ne pas retrouver la nature du fragment osseux, irrégulier, recouvert de périoste, les débris ossiformes attachés aux parois d'une poche placée au sein de l'ovaire gauche, où se trouvait aussi une touffe de cheveux fixés à une portion membraneuse semblable au cuir chevelu. Il en est de même à l'égard d'un sixième kyste où existait, à part des cheveux implantés, comme dans les autres poches, un petit tubercule osseux enveloppé de périoste. Ainsi, nous sommes amené à établir une origine semblable pour le contenu, restreint à un produit dentaire situé dans un septième kyste pileux. A la faveur de cette comparaison des produits organiques, nous arrivons forcément à reconnaître une source commune à une huitième poche, offrant une touffe de cheveux et à sa surface interne des points rugueux et comme cartilagineux. Admettons maintenant une destruction encore plus considérable des débris d'un être humain, et il nous restera une poche remplie de liquide varié et de cheveux isolés ; tel est l'état des neuvième et dixième kystes ovariques.

Certainement, si nous n'avions eu à étudier que ces deux derniers produits, leur détermination fût restée fort incertaine, fort contradictoire, malgré leur siége, leur forme et leur structure. Mais leur liaison obligée aux huit autres produits semblables ne permet pas de les ranger dans une catégorie différente. Et de là découle un premier enseignement de cette remarquable observation : c'est que les kystes pileux éloignés de la peau et de certaines muqueuses, et renfermant seulement des agglomérations de cheveux ou de poils, sont les restes d'un produit de fécondation, qu'ils soient logés autour des organes génitaux ou éloignés d'eux.

Les faits invoqués par les auteurs qui n'adoptent pas ce sentiment sont mieux interprétés par la connaissance des cas analogues à celui que nous publions, et par leur comparaison. Ainsi l'on cite, à l'appui de l'origine étrangère à la fécondation, une foule d'observations qui viennent à l'appui de cette source même. Le fait publié par Martin le jeune, de Lyon, se rattache évidemment à un produit embryonnaire expulsé lentement par le rectum (1). Il est analogue à celui du professeur Delpech, qui retira de la vessie d'une femme un grand nombre de cheveux, suivis enfin de leur point d'implantation et accompagné de dents (2). Un cas semblable, rapporté par Rivière (3), a été vérifié même par la nécropsie. Aussi J.-F. Meckel est-il obligé de dire : « Dans ceux dont parlent Powel, Rivière, Hamelin, ils se sont développés dans la matrice ou ses environs, et ont passé de là dans la vessie à travers une ouverture fistuleuse (4). » Si des poils ou plutôt des cheveux se sont développés dans la matrice, où se trouve une muqueuse, c'est qu'ils dépendaient d'un produit de conception, dans les faits de Fabrice de Hilden, de Vicq-d'Azyr. M. Rayer en a signalé un certain nombre d'autres dans un mémoire fort intéressant (5), que M. Denucé a su mettre à profit dans les notes ajoutées à son travail sur les corps étrangers de la vessie (6).

En vérifiant les histoires insérées dans les annales de la science, on est souvent conduit à répéter avec Meckel : « Cette observation fait naître des doutes, car l'on a pris pour cheveux ou poils ce qui en avait seulement les apparences. Tels sont les poils du cœur, dont parlent plusieurs auteurs anciens, et qui se rapportent à des productions fibrineuses. Le fait de Ruysch était évidemment le produit d'une grossesse intra-utérine ; il en est de même de celui de Winship, qui rencontra dans l'abdomen de la même femme trois poches, dont les deux inférieures, placées auprès de la matrice, renfermaient des cheveux, des poils, une masse stéatomateuse, un fluide et des plaques osseuses (7).

Les faits qui paraissaient, jusqu'à ces derniers temps, contraires à l'origine fécondante des kystes pileux des cavités splanchniques, ce sont ceux que l'on rencontre chez l'homme. Mais l'inclusion des produits embryonnaires est assez généralement admise maintenant pour que l'on ne répugne plus à reconnaître une pareille origine aux kystes pileux découverts dans le foie, le rein, sur un point du tube digestif. Quand des poils ou des cheveux se trouvent au sein des poches étrangères à l'action fécondante, ces poches sont situées dans une région normalement pourvue de ces produits pileux, de manière à être le résultat de l'occlusion accidentelle d'un follicule pileux lui-même, comme nous en observons d'assez fréquents exemples à la surface de la tête. Une remarque générale qui rattache tous les faits de cette catégorie à une source fécondante, c'est que presque tous contiennent des concrétions plus ou moins ossiformes et des dents pour la plupart. Tels sont ceux de Ruysch.

Ces parties ossiformes retracent plus ou moins fortement l'un des maxillaires qui peut même acquérir d'énormes dimensions. Ainsi, sur une pièce déposée dans notre *muséum* depuis près de quarante ans, nous remarquons des dents molaires implantées autour ou dans l'épaisseur d'une espèce de corps d'un maxillaire, qui dépasse en longueur et en épaisseur la dimension d'un pareil os chez un sujet adulte.

La présence d'amas de poils dans les organes internes est due à un produit de conception. Voyons donc maintenant s'il est possible de reconnaître les parties du fœtus sur lesquelles se sont développés les produits pileux, et, partant, d'arriver à diagnostiquer le sexe des débris embryonnaires difformes que l'on rencontre dans ces kystes. Examinons les parties où doivent se développer à l'état normal des cheveux et des poils. Étudions les différences qui séparent ces deux productions et les caractères particuliers qu'elles présentent en raison du siége et par suite du sexe ; peut-être trouverons-nous dans cette étude des éléments de diagnostic dans une question qui de prime-abord paraît à peu près insoluble. Le cuir chevelu est la partie du corps qui renferme les éléments les plus complets de la for-

(1) *Mém. méd.*, etc., 1835, p. 379-384.

(2) *Chirurg. clin.* Montpellier, 1823, p. 521-532.

(3) *Journ. méd.*, 1759.

(4) *Journ. complém.*, 1819, t. IV, p. 125.

(5) *Mém. de la Soc. de biologie*, 1851, t. II, p. 167.

(6) *Mém. sur les corps étrangers*, in-8°, 1856, p. 39.

(7) *Mem. of the London med. Soc.*, vol. II, p. 358.

mation pileuse ; ainsi, l'on a toujours découvert, et notre observation vient pleinement confirmer cette remarque, que les touffes de poils rencontrées dans ces kystes sont plutôt les analogues des cheveux que du poil de toute autre région ; mais si la forme essentiellement chevelue est celle qui domine, il est aussi vrai qu'on trouve des poils très-caractérisés, n'acquérant qu'une longueur assez minime et bornée, ne présentant pas la forme cylindrique, qui est en général le propre des cheveux ; d'ailleurs, plus roides et se tordant sur eux-mêmes, comme les poils du pubis, de la barbe, etc. Constater cette différence dans l'aspect du produit pileux, c'est, il nous semble, reconnaître que la partie de l'embryon, sur laquelle il est implanté, appartient au cuir chevelu ou à toute autre partie analogue du corps. Les poils rencontrés seront, je suppose, adhérents à une partie tégumentaire fixée elle-même sur un rudiment de maxillaire, d'humérus, etc. N'y a-t-il pas toutes chances pour que, dans le premier cas, ce soient les poils de la barbe, et ceux de l'aisselle dans le second ? Mais diagnostiquer le siége, c'est diagnostiquer le sexe du produit embryonnaire ; le sexe masculin, en effet, est caractérisé par la présence de follicules pileux siégeant sur le menton, le pourtour des joues, la lèvre supérieure, le sternum, follicules pileux qui se trouvent bien chez la femme, mais qui ne fournissent jamais qu'un poil rudimentaire, tandis qu'il est une époque où le follicule pileux de la même région, chez l'homme, fournit un poil parfait et bien caractérisé.

C'est ainsi que ce travail déterminera la sortie des poils du menton, des joues, de l'aisselle sur les débris de ces diverses régions, si l'embryon était primitivement mâle, tandis qu'il sera impuissant à produire ce résultat chez l'embryon femelle, que la nature ne voulait pas douer de la même manière. Il y a donc là des éléments pouvant tout au moins servir à poser un diagnostic probable du sexe des produits embryonnaires. Dans le principe, la tête est dans des rapports tels avec le reste du corps, qu'elle domine sans cesse dans les débris informes ou plus ou moins modifiés qui remplissent les kystes dont nous nous occupons ; et par suite, les follicules pileux de cette région sont, par une double raison, dans des circonstances plus favorables pour la sortie de leurs produits.

Ces considérations sur le diagnostic nous paraissent applicables, au moins dans certains cas, et surtout méritent une sérieuse attention, en l'absence forcée de tout autre signe ; il est impossible aujourd'hui de nier la présence des cheveux et des poils, avec leur différence bien tranchée, dans ces kystes. D'après Meckel, Mosti et Gambani en auraient trouvés d'analogues à ceux qui ombragent les parties génitales. Des recherches ultérieures dans ce sens auraient donc la plus grande utilité : c'est aux observateurs à ne pas négliger ces investigations.

Pour ce qui regarde le siége où se sont développés les produits, et par suite le point où s'est opérée la fécondation, nous trouvons dans notre observation les moyens de résoudre une question longuement débattue ; je veux parler des grossesses ovariques internes ; nous y trouverons une affirmation complète de ces sortes de fécondations ; la négation est devenue impossible devant le fait bien constaté ; d'ailleurs, malgré les raisons contraires à cette variété de la grossesse extra-utérine, le fait bien connu et bien décrit de Tohernet avait déjà rendu probable cette sorte de grossesse. Le fait que nous présentons aujourd'hui le rend incontestable.

Une double considération vient appuyer notre assertion ; en premier lieu, l'identité de structure de ces kystes nombreux, en second lieu, leur siége.

Qu'arriverait-il si ces kystes n'étaient pas ovariques ? Une conséquence forcée serait la différence dans la composition de leurs parois. Relativement au siége, ces grossesses extra-ovariques seraient alors ou ventrales, ou tubaires, ou ovariques externes, etc. Mais dans ces conditions il n'y aurait pas identité de forme ; le kyste serait plus ou moins irrégulier, et surtout la composition de sa poche serait fort variable. La plupart des tumeurs sanguines du bassin paraissent dues à des grossesses extra-utérines dans lesquelles l'embryon, peu développé, est confondu avec la masse générale ou passe inaperçu (1). Aussi les hématocèles rétro-utérines sont-elles considérées comme des grossesses extra-utérines, moins le produit de conception (2). Baudeloque rapporte un cas de grossesse d'apparence tubaire, constituée par un kyste épais, coriace, et contenant des concrétions calcaires (3). Le docteur Gaide découvrit chez une autre femme, atteinte de grossesse utéro-tubaire, une poche composée d'éléments anatomiques divers (4). Un autre fait de grossesse pelvi-péritonéale nous offre une tumeur peu adhérente, contenant le squelette d'un embryon contenu dans une enveloppe mince, celluleuse et à peu près diaphane (5). Le résumé d'un grand nombre d'autres faits montre que l'embryon échappé de sa vésicule et s'arrêtant dans un autre lieu que la cavité utérine, ou tombant autour des ligaments larges, dans l'excavation utéro-rectale, est bientôt enveloppé d'une couche pseudo membraneuse, à la manière des corps étrangers que l'économie isole jusqu'à un certain point des parties voisines. De là ces couches sanguines, fibrineuses, pseudo-membraneuses dont sont enveloppées les poches accidentelles autour des produits de conception situés hors de la cavité utérine. De là les variétés nombreuses de ces kystes, suivant leur siége et leur ancienneté. Ainsi le kyste a pu acquérir en plusieurs années la structure ossiforme (6). Les faits mentionnés précédemment et tous ceux que les annales de la science renferment, montrent aussi que presque toutes les variétés de grossesses extra utérines ont un siége varié. Ainsi elles ont mérité les dénominations de tubaire, tubo-abdominale, abdominale, utéro-rectale, tubo-utérine, interstitielle, etc. Ainsi, sous le rapport du siége comme sous celui de la structure de leurs enveloppes, les grossesses extra-utérines offrent généralement des dissemblances. Il n'y a qu'un organe où des grossesses multiples extra-utérines puissent présenter une ressemblance frappante de composition ; cet organe, c'est la vésicule de l'ovaire ; partout ailleurs, chaque kyste ne peut que varier dans sa structure. Le kyste dû à une grossesse abdominale ne peut avoir que deux enveloppes, le péritoine et la couche fibrineuse qui détermine l'adhérence. La grossesse extra-ovarique est dans le même cas. La grossesse tubaire nous présenterait les éléments de la trompe, etc. Chez notre sujet, toutes ces parties sont parfaitement visibles, et du reste, nos kystes se présentent avec une structure telle, qu'il n'y a que le développement de la vésicule dans l'intérieur même de l'ovaire qui puisse en donner l'explication. Quatre membranes bien distinctes se montraient sous le scalpel avant que l'on pût pénétrer dans l'intérieur de la poche. Ces quatre membranes sont les suivantes : la première, séreuse, continue dans tous les points avec le péritoine ; la deuxième, plus dense, assez adhérente à la précédente, nous a paru représenter le tissu cellulaire sous-péritonéal, mais modifié par le travail qui s'est passé sur ce point ; la troisième, fibreuse, était l'enveloppe du tissu propre de l'ovaire ; la quatrième, enfin, un peu plus terne et plus friable, tapissée en dedans par une séreuse, était évidemment formée de la membrane propre de la vésicule de Graaf. Tandis que les trois premières étaient communes et étendues à tous les kystes, la dernière seule était distincte pour chacun d'eux en particulier. Cette disposition de ces feuillets ne peut appartenir qu'à une grossesse ovarique et vésiculaire. Cette disposition anatomique est celle de l'état normal, sauf le développement exagéré et les modifications subies par toutes les parties de cet organe. Tout est en place : péritoine, fascia sous-séreux, tunique fibreuse de l'ovaire ; la vésicule de Graaf est développée outre mesure, mais située toujours dans le stroma de l'ovaire, elle n'a subi aucun développement, *elle n'a donc pu être fécondée que*

(1) *Bull. Soc. anat.*, 1853. — *Monit. des Hôp.*, 1853, p. 363.

(2) *Gaz. hebd.*, 1856, p. 485.

(3) *Revue méd.*, 1825, t. II, p. 150.

(4) *Ibid.*, 1828, t. IV, p. 321.

(5) *Ibid.*, p. 623.

(6) *Nouvelle biblioth. méd.*, 1829, t. I, p. 93.

sur place, circonstance des plus importantes, car elle confirme la possibilité de grossesses intra-ovariques et démontre qu'il est des cas où la grossesse peut s'établir sans qu'il y ait pour cela *éclosion* d'une vésicule.

En présence d'un pareil fait, que deviennent les théories où le contact des spermatozoaires est fatalement nécessaire? Plusieurs auteurs avaient même admis que le spermatozoaire se glissant dans l'ovule, allait y devenir l'embryon! Sans doute le contact est des plus favorables. Il n'en est pas moins vrai aussi qu'il existe des conditions particulières qui démontrent la possibilité des grossesses intra-ovariques et la fécondation s'effectuant à travers les membranes qui protégent le tissu propre de l'ovaire; mais il est rationnel d'admettre que l'évolution n'est pas nécessairement liée à la fécondation.

Une autre conclusion en opposition encore avec ce qui est généralement admis aujourd'hui, et que l'étude de notre observation nous paraît justifier, c'est que la menstruation n'est pas absolument liée à l'ovulation.

Chez la femme dont nous nous occupons, les menstrues n'avaient cessé de couler que depuis cinq mois; cependant, il nous semble évident que depuis bien longtemps auparavant les ovaires étaient dans l'impossibilité de permettre la formation des ovules. Les altérations de l'organe étaient telles, que son influence sur la production des germes était impuissante. La modification des ovaires était complète, car ils ne conservaient aucun point à l'état sain; les kystes en avaient envahi toute la substance, et des produits anormaux, des accumulations de matériaux de nutrition ou le résultat d'un travail de formation perverti existaient au point de rendre méconnaissables ces deux organes.

Parmi tous les kystes, il en était un, dans l'ovaire droit, qui renfermait une grande quantité de substance suifeuse ou lactescente. Ce kyste formait une forte bosselure sur la ligne médiane, et l'augmentation de son contenu contribuait beaucoup à simuler une grossesse avancée, et qui, dès lors, dut en convaincre la femme. Mais tout démontre qu'avant l'époque de la cessation des règles, l'ovaire droit était au moins analogue à l'ovaire gauche, et que leur altération remonte beaucoup plus haut. Nous sommes donc aussi porté à admettre que les règles qui paraissaient pendant ces grossesses multiples n'étaient nécessairement pas liées à une ponte.

Nous venons d'énoncer comme un fait constaté que les modifications des ovaires étaient anciennes, quoique l'inspection des organes et la description déjà donnée le montrent suffisamment, néanmoins il importe de le prouver. On ne peut croire que ces grossesses aient été simultanées, à moins d'admettre une ovulation décuple, la nature a généralement lié le nombre des produits de conception au nombre des mamelles, et le nombre des premiers est normalement moitié moindre que celui des dernières. La femme ayant deux mamelles ne met généralement au monde qu'un enfant; la nature, en agissant ainsi, a voulu se ménager des ressources pour la nutrition. Cette disposition dépend, du reste, d'une loi générale de l'organisation, surtout dans ce qui a rapport à la vie de relation : organes de la vision, de l'olfaction, de l'audition, etc., afin d'assurer la fonction contre des éventualités diverses. Mais quelquefois la nature dévie de ces principes et le nombre des produits de conception égale ou surpasse celui des mamelles. Trois enfants viables ou même non viables sont des cas rares. Si donc nous adoptons la règle générale comme ayant présidé à la formation de nos kystes embryonnaires, nous sommes amenés à admettre dix fécondations, dix grossesses à des intervalles de temps variables. Admettrions-nous l'exception, qu'il faudrait bien encore reconnaître cinq fécondations différentes; mais cinq fécondations successives demandent un temps très-long, peut-être dix années, période approximativement vraie, puisqu'elle coïncide avec les commémoratifs de la personne qui fait le sujet de l'observation; puisqu'elle coïncide avec la formation des dents, comme nous aurons occasion de le démontrer bientôt.

C'est dans le développement des dents et des cheveux que consiste la deuxième preuve en faveur de l'ancienneté de ces kystes ovariques. Les dents, en effet, se rencontrent en très-grand nombre dans ces cavités et se présentent avec les caractères propres aux produits embryonnaires. Leur forme identique avec celle des dents normales, les caractères tranchés suivant l'espèce de dent prouvent que là il y avait un germe dentaire bien formé, et qu'il n'y a rien de ressemblant dans leur développement avec les productions osseuses pathologiques ou cornées irrégulières qu'on a rencontrées dans certaines circonstances.

Sans doute ces germes sont plus indépendants de la vie générale, la vie locale leur suffit pour leur permettre d'atteindre leur développement normal. Tant que le follicule pileux recevra des matériaux, le cheveu s'allongera. Les lois de la nature se manifestent de la même manière dans bien d'autres cas analogues. Ainsi, nous venons d'extirper à la paupière supérieure droite d'un jeune militaire un kyste fibreux; le contenu de cette poche nous a fourni une matière sébacée, mêlée de poils semblables à ceux déjà observés, et à d'autres implantés dans les follicules pileux de la face interne de ce kyste qui offrait, en outre, beaucoup de petits utricules sébacés. Le siége et la composition de ce kyste démontrent qu'il s'agit d'un utricule cutané qui, privé de son orifice externe, a développé au dedans non-seulement sa cavité générale et pilifère, mais encore les utricules pilifères et les follicules sébacés dont il est tapissé. Les recherches microscopiques montrent, en effet, que le follicule pileux lui-même, composé de plusieurs lobules secondaires et pilifères, reçoit un certain nombre de follicules sébacés. Tant que le follicule dentaire existera, la dent prendra ses développements successifs; c'est là ce qui nous explique la présence de ces organes et non celle des autres parties qui ont perdu leur pouvoir d'accroissement. Leur dureté, leur tissu propre, les défendent, en outre, des causes d'élimination qui existent pour toutes les autres parties.

Les cheveux que nous avons trouvés se présentaient avec des colorations différentes : dans un premier kyste, des cheveux blonds, dans un autre, des cheveux d'un noir d'ébène, dans un troisième, des cheveux châtains. N'est-ce pas là la preuve irréfragable que ces cheveux n'appartenaient pas au même individu et que la grossesse était multiple? L'inspection des dents nous prouve encore qu'elles étaient anciennes. Sur une des faces osseuses nous voyons les alvéoles peu formées, ossifiées; la dent est donc liée à l'existence du follicule.

Les dents présentent, du reste, le phénomène particulier de la double dentition : nous avons pu constater, dans notre observation, que les kystes en renfermaient des deux époques. Les unes, plus blanches, à racines courtes, et qui existaient pourtant dans le premier kyste du côté droit, représentaient des dents de lait. D'autres, en plus grand nombre, par leur dureté, par leur couronne pourvue de tubercules plus nombreux, par leurs racines longues et volumineuses, offraient tous les caractères des dents de la seconde dentition. Pour en arriver là, il a fallu un temps considérable, ce qui explique la présence de dents de lait libres dans l'intérieur de l'un des kystes de cette femme, tandis que les dents implantées sur les rudiments du maxillaire se présentent avec tous les caractères des dents de seconde dentition.

Les dents de seconde dentition restent donc pour nous un signe de l'âge avancé des produits de conception auxquels elles appartiennent, ce qui concorde, du reste, avec les inductions que nous avons cru devoir tirer du nombre de ces produits.

Nous avons pu constater ces distinctions sur une pièce que M. le docteur Villeneuve, professeur à l'École de Marseille, a bien voulu nous montrer, et dans laquelle nous avons reconnu, indépendamment des débris de crâne, quarante-sept dents, les unes de première, et les autres de seconde dentition.

Admettre des âges divers pour ces produits, c'est soulever une question très-importante : celle de la superfétation, qui doit nous arrêter quelques instants. Niée par certains auteurs, dans les cas où un fœtus de conception est déjà développée dans l'utérus, la superfétation est adoptée généralement dans les cas analogues à celui-ci, c'est-à-dire quand l'embryon est en dehors

de l'utérus, ou bien quand ce n'est encore qu'une ovule. En effet, rien ici ne s'oppose à l'arrivée du fluide fécondant. Dans le cas qui nous occupe, elle a eu évidemment lieu, puisque nous avons été forcés de reconnaître que les produits embryonnés proviennent d'époques bien différentes. Nous avons démontré, par la structure anatomique des kystes qu'ils ne sauraient être dus à un cloisonnement pathologique d'un kyste primitif, ni renfermer des organes d'un seul et unique fœtus.

Il serait sans doute fort intéressant de savoir les circonstances qui paraissent avoir agi pour produire ces fécondations intra-ovariques, sans qu'il ait été possible à l'œuf de se rendre dans les organes gestateurs. Mais notre ignorance est grande à cet égard, car nulle altération organique, nulle anomalie apparente n'existent dans les organes sexuels de cette femme. Cependant il est permis d'établir, *à priori*, que c'est dans une condition permanente qu'il faut en saisir l'origine, puisque chaque poche embryonnée était composée de quatre membranes semblables, il faut admettre que ces tuniques n'ont pas subi les modifications ordinaires qui amènent l'éclosion et la ponte du germe, qui a dû éprouver l'influence de la liqueur fécondante à la manière du sang renfermé dans les capillaires bronchiques, où il reçoit l'action de la colonne aérienne à travers les vésicules du poumon. La densité et l'adhésion de ces quatre membranes seraient peut-être la raison particulière et commune à ces fécondations ovariques.

Comment se sont établies les adhérences des diverses parties des embryons, soit entre elles, soit avec la paroi du kyste? Ces phénomènes sont loin d'être rares dans l'économie ; l'autoplastie, les greffes animales, qu'il est aujourd'hui impossible de nier, ne sont que des moyens de réunion dont la nature seule fait tous les frais. Ne voyons-nous pas, dans la gestation, des fœtus s'accoler ensemble, ou bien même un seul fœtus réuni à des parties d'un autre produit de conception, dont l'évolution a été entravée par des causes de toute espèce? Des faits de cet ordre peuvent nous faire comprendre comment, dans une même masse, dans les kystes qui nous occupent, on peut trouver réunies les parties ordinairement les moins en rapport. Du reste, l'état gélatineux ou visqueux et la compression sont deux conditions très-favorables à l'adhésion des parties maintenues en contact. Or, ces conditions paraissent avoir agi dans les faits de cet ordre.

En outre, accrus par le fait même de la conception, les mouvements de nutrition qui le portent vers la vésicule fécondée, y exagèrent le pouvoir plastique ; et celui-ci ne trouvant pas dans le fœtus lui-même un emploi de sa puissance, développe autour des masses embryonnaires des tissus qui finissent par amener des adhérences multiples inextricables et de la nature de celles qu'il nous a été donné d'observer.

On pourrait nous demander pourquoi nous voulons admettre des produits embryonnés dans les dix kystes dont il vient d'être question jusqu'ici, et non dans les autres nombreuses poches développées autour de ceux-ci et leur ressemblant si bien par leurs parois. Cette similitude de structure et de position de cette nombreuse catégorie de kystes nous conduit à les regarder aussi comme des vésicules ovariques développées anormalement, mais non comme des kystes embryonnés, parce que nous n'y avons découvert aucun contenu solide et ayant la plus légère analogie avec des parties fœtales. Sous l'influence de cette fluxion sanguine si active, de ce puissant mouvement nutritif, quoique anormal, dont les ovaires se trouvaient le siége pendant plusieurs années, les vésicules, comme tous les autres éléments anatomiques de ces organes, ont pu ou dû prendre une extension considérable. De là l'accroissement de leurs parois, l'augmentation et même la perversion de leur contenu. Ainsi, nous avons trouvé dans l'épaisseur des ovaires devenus le siége d'une fluxion prolongée, chez un grand nombre de sujets, des vésicules accrues de volume au point d'égaler celui d'un pois chiche, d'une noisette. Les parois de ces vésicules si agrandies étaient plus prononcées, leur contenu abondant, sans mélange de parties solides au moins appréciables ; là, sans nul doute, est la source de certains kystes simples de l'ovaire indépendants de la fécondation, et qui prennent parfois des dimensions considérables.

(*La fin à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Effets comparatifs de l'amylène et du chloroforme sur le même individu,

Par M. Sharpin,

Chirurgien de l'Infirmerie générale de Bedford.

Sous ce titre, le *Medical Times* publie le résumé succinct de deux expériences faites avec l'amylène et le chloroforme, ou plutôt d'une seule expérience faite avec chacun de ces anesthésiques sur le même individu. Quoiqu'un seul fait de cette nature ne puisse conduire à une conclusion définitive, nous pensons cependant qu'on lira avec un certain intérêt, et à titre de renseignement, la narration publiée par le journal anglais :

Ebenezer Fuller, âgé de 8 ans, fut amené à l'infirmerie avec une lésion du pouce telle, que l'amputation fut jugée nécessaire.

L'amylène fut administré; le malade le respira pendant un quart d'heure. L'inhalation produisit la résolution apparente ; mais la sensibilité à la douleur persista. L'inhalation ne causa ni spasmes de la glotte, ni agitation. Au commencement, les battements du cœur devinrent plus fréquents ; mais bientot, le pouls diminua tellement d'intensité qu'on le sentait à peine, et qu'on put craindre une syncope.

L'application du bistouri agita le malade, et le pouls reprit de la force ; mais il ne fut pas jugé prudent de continuer l'inhalation ; et désireux de comparer les effets du chloroforme dans un même cas, je remis l'opération au lendemain. Le malade revint aussitôt à lui sans le moindre malaise.

Le lendemain, l'inhalation au chloroforme produisit la résolution et l'insensibilité en trois minutes. Il ne causa pas de spasme de la glotte, mais quelque agitation dans les premiers moments. La fréquence du pouls, augmentée d'abord, retomba bientôt à son type normal lorsque l'insensibilité fut complète.

L'opération se fit sans le moindre mouvement du malade. Le petit malade revint à lui aussitôt après que le pansement fut achevé. Il vomit un peu, et quelque temps encore, il éprouva un peu de malaise. — E. C.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discussion sur l'anesthésie.

Nous aurions désiré publier, avant les discours de MM. Guérin, Cloquet, Larrey, la note lue par M. Devergie et qui a donné lieu à cette discussion. Malheureusement, cette note n'a pas encore été publiée, ainsi que M. Larrey le constatait mardi. Nous espérons cependant pouvoir la faire passer prochainement sous les yeux de nos lecteurs.

DISCOURS DE M. GUÉRIN.

M. J. Guérin. L'Académie n'a pas oublié la thèse de M. Devergie, à savoir, que parmi les accidents causés par le chloroforme, il en est un certain nombre qui sont le résultat de l'asphyxie. Partant de ce fait, notre collègue a proposé de rendre obligatoire l'usage d'appareils propres à éviter à coup sûr ce genre d'accidents, et il espère ainsi mettre la responsabilité médicale complétement à couvert. Plusieurs de nos collègues ont discuté le côté juridique de la proposition de M. Devergie, et ils ont généralement repoussé sa proposition. Moins absolu qu'eux, j'ai dit que s'il était prouvé d'une part que l'asphyxie eût produit et fût susceptible de produire un certain nombre de cas de mort, et, d'autre part, que des appareils spéciaux pus-

sent toujours garantir de ces sortes d'accidents, il y aurait lieu d'accueillir la proposition de M. Devergie. Mais immédiatement j'ai cru pouvoir établir qu'il n'a jamais existé, à la suite de la chloroformisation, de cas de mort causé par l'asphyxie véritable, et par conséquent j'ai dû considérer la mesure proposée par M. Devergie comme illusoire, et l'opinion scientifique qui lui a servi de point de départ comme dangereuse. L'asphyxie, ai-je dit, en tant qu'asphyxie véritable, mécanique, celle qui résulte de l'insuffisance d'air respirable, a été confondue par M. Devergie avec l'*asphyxie toxique*, avec l'*intoxication chloroformique* qui peut bien amener après elle une sorte d'asphyxie secondaire, celle que notre collègue a diagnostiquée d'après l'observation nécroscopique. Pour le démontrer, j'ai cherché à faire voir qu'aucun cas jusqu'ici ne pouvait être légitimement rapporté à l'asphyxie mécanique, mais bien à l'asphyxie toxique; j'ai démontré, en outre, à l'aide de plusieurs séries d'expériences sur les animaux, qu'on peut à volonté produire tous les *degrés*, toutes les *formes*, toutes les *variations* d'intoxication chloroformique, suivant qu'on emploie telle ou telle dose de chloroforme et telle méthode de chloroformisation : *directe*, *indirecte*, *médiate* ou *immédiate*. J'ai cité avec détail quelques-unes de ces expériences d'où il est résulté qu'on peut renfermer l'action toxique ou anesthésique du chloroforme dans des limites précises et presque rigoureuses. J'en étais là de mon argumentation lorsqu'elle a été interrompue.

J'étais parti de ces faits pour conclure :

1° Qu'on peut renfermer l'action du chloroforme dans des limites très-précises, soit comme agent toxique, soit comme agent anesthésique;

2° Que, dans aucun cas, l'asphyxie mécanique n'a été observée;

3° Que les phénomènes observés chez les animaux qui ont succombé à l'emploi du chloroforme sont exclusivement ceux de l'intoxication ou de l'asphyxie toxique.

Il nous reste à préciser le mécanisme physiologique de la mort produite par le chloroforme, et à déduire de cette recherche les principes qui doivent présider à l'emploi de cet agent anesthésique.

On peut ramener à quatre genres de mort l'intoxication produite par le chloroforme : 1° la sidération immédiate du système nerveux général; 2° la paralysie du système cardiaque produisant la syncope; 3° la paralysie du système pulmonaire produisant l'asphyxie toxique; 4° la paralysie générale, lente et consécutive.

Chacune de ces formes physiologiques de l'intoxication chloroformique a sa symptomatologie propre, et elle résulte d'un emploi déterminé de l'agent toxique. Quelques courtes observations suffiront pour l'établir, et l'Académie ne se méprendra pas sur le sens et le but de cet analyse : ce n'est pas seulement là un objet de recherche scientifique, mais une détermination pratique propre à servir de base à l'emploi méthodique et régulier du chloroforme.

L'action du chloroforme sur le système nerveux est *locale* ou *générale*, *directe* ou *indirecte* : dans le premier cas, le chloroforme exerce son action sur la portion du système nerveux avec lequel il est en contact. J'ai montré, en effet, qu'il est possible de chloroformiser directement l'animal en appliquant du chloroforme sur le trajet des nerfs, le pneumogastrique, par exemple, ou une région seulement, le train postérieur, en injectant du chloroforme sous la peau de la cuisse d'un animal. Dans ces deux cas, le chloroforme agit donc localement et directement; ces faits expliquent la possibilité d'une action locale et directe sur le système nerveux du cœur, du poumon, etc. L'action *générale* et *indirecte* résulte d'une diffusion du chloroforme dans toute l'économie par les voies circulatoires, lequel impressionne consécutivement le système nerveux général : le cerveau, la moelle épinière et le système ganglionnaire. Partant de ces données physiologiques qui résultent de l'expérimentation directe sur les animaux, et qui se trouvent en parfaite concordance avec l'observation clinique sur l'homme, on se rend compte du mécanisme de la *sidération*, de la *syncope*, de l'*asphyxie toxique* et de l'*intoxication lente* générale.

Dans la sidération, la mort peut arriver en une ou deux minutes et même en quelques secondes : la vie semble atteinte dans son foyer; toutes les fonctions s'arrêtent brusquement et simultanément; l'animal est mort. Ce genre d'intoxication répond à un mode d'emploi spécial du chloroforme : à l'emploi concentré et non dilué. Ainsi, j'ai produit la mort instantanée en injectant un gramme à peine de chloroforme dans la veine saphène d'un chien, et en en injectant une égale quantité dans les bronches d'un chien d'assez forte taille. Dans les deux cas, la mort est arrivée en quelques secondes. J'ai produit la sidération, quoique moins rapide, en faisant respirer du chloroforme concentré et appliqué directement sur les narines de l'animal.

La syncope et l'asphyxie toxique peuvent également être produites comme par une sorte de sidération locale et directe du système nerveux cardiaque et pulmonaire, comme aussi ces deux modes physiologiques peuvent être le résultat de l'action indirecte et consécutive du chloroforme. A ce double égard, j'ai constaté des particularités physiologiques qui ne sont peut-être pas sans intérêt et qui sont en désaccord avec ce qu'on a dit de la préexistence absolue de l'un ou l'autre des deux genres de mort. Ainsi, dans son intéressante communication au nom de la Société médicale d'émulation, M. Ludger Lallemand a cherché à établir que la mort a lieu primitivement par le poumon; il affirme que toujours la respiration s'est arrêtée avant la circulation, et que tous les animaux dont la respiration a été suspendue sont morts. Une observation attentive, et en quelque façon plus analytique, ne m'a pas permis de considérer les choses d'une manière aussi absolue : j'ai constaté d'abord, à plusieurs reprises, la cessation brusque de tout mouvement du cœur et du pouls, alors que l'animal faisait encore des efforts de respiration irréguliers et peu prolongés, il est vrai. Il y a une distinction importante à faire à cet égard; c'est que la respiration peut être abolie d'emblée ou partiellement et graduellement influencée dans ses phénomènes mécaniques et chimiques. Dans certains cas de chloroformisation directe et immédiate, j'ai vu la respiration mécanique s'arrêter brusquement, l'animal frappé d'une immobilité absolue, le cœur et le pouls continuaient à battre; au bout d'une minute, les mouvements respiratoires reparaissaient; dans d'autres cas, c'est la respiration thoracique ou costale qui cesse, la respiration abdominale ou diaphragmatique continuant; dans d'autres cas encore, on voit s'arrêter successivement la respiration thoracique, abdominale, et il ne reste plus que la respiration faciale, quelques mouvements dans les joues, les lèvres, les ailes du nez; on assiste ainsi à une sorte de dédoublement de tous les phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration, à la paralysie partielle et successive de tous les agents qui y concourent. Il est une distinction fort importante à faire à cet égard; c'est que la respiration chimique, l'hématose proprement dite, peut avoir cessé complétement, alors que l'animal fait encore des efforts de respiration mécanique : c'est le dernier soupir, c'est la respiration de la mort. L'observation attentive ne permet donc pas d'établir un ordre de succession et de subordination, comme on la fait, entre le cessation de la respiration et de la circulation.

Les phénomènes qui caractérisent l'intoxication lente et consécutive ajoutent encore à la précision des observations qui précèdent. Ainsi, lorsque l'on a injecté du chloroforme sous la peau de la cuisse d'un chien, la mort peut n'arriver qu'après cinq ou six heures et même plus tard; on observe alors une extinction lente, graduée et simultanée de toutes les fonctions; le pouls et la respiration deviennent en même temps imperceptibles, et l'animal s'éteint sans qu'on puisse voir par quel point de la manifestation vitale la mort commence et s'achève.

Les expériences et les observations que je viens de rappeler m'ont paru pouvoir servir de base et de principes à l'application méthodique et régulière du chloroforme. Ici, Messieurs, je rentre tout à fait dans la discussion. En rappelant à l'Académie qu'il existe des opinions diamétralement opposées quant à l'emploi des appareils, et que chaque parti compte des membres également éminents, elle comprendra toute l'importance et tout l'intérêt qui s'attachent à la discussion des deux ordres d'opinions. Dans cette occurrence, je suis heureux de me ranger, avec quelques autres de nos collègues, du côté de M. Devergie. Comme lui, je suis fermement convaincu que l'emploi du chloroforme doit avoir lieu à l'aide d'appareils de précision. Voici mes motifs :

Si l'on venait proposer d'administrer un médicament actif quelconque, sans considération du dosage, de la quantité de véhicule, et en se guidant simplement d'après l'effet produit, on se croirait reculé de plusieurs siècles, on se trouverait en désaccord complet avec les principes thérapeutiques les plus vulgaires et les mieux assis. C'est pourtant ce que l'on veut faire en livrant l'emploi du chloroforme aux expédients de l'éponge, de la charpie, des compresses, du mouchoir. A l'aide de ces moyens arbitraires, il est impossible de fixer, même grossièrement, quelle est la quantité de chloroforme inhalé; à quel degré de dilution les vapeurs ont été mêlées à l'air; quelle quantité relative d'air a été inspirée; en un mot, ni dosage de l'agent principal, ni dosage de l'excipient, ni degré de dilution des vapeurs. Or, l'Académie a pu voir, par les expériences que j'ai rappelées, qu'il existe cependant une relation précise et certaine entre la dose, l'intensité des vapeurs, l'application plus ou moins immédiate du chloroforme et les phénomènes d'intoxication et d'anesthésie observés. Il n'est donc pas possible de méconnaître, en principe au moins, la su-

périorité et la sécurité plus grande de l'emploi du chloroforme par les appareils. Or, le principe dégagé de tous les prétextes, de toutes les circonlocutions, de tous les faux-fuyants dont on l'a entouré, ne paraîtrait pas contestable. Examinons donc quels peuvent être les arguments du parti contraire aux appareils.

On a allégué trois choses :

1° On a invoqué l'*instabilité* de l'action du chloroforme ;

2° On a prétendu qu'avec les appareils de précision on ne voit pas aussi bien qu'avec les moyens externes, et qu'il est plus facile à l'aide de ces derniers de diriger et de modifier, suivant les circonstances, l'action du chloroforme ;

3° On a invoqué les résultats heureux de la pratique sans appareils.

Quelques courtes remarques suffiront pour réduire à leur valeur chacune de ces allégations.

Et d'abord, il est contraire à l'observation et à l'expérience de prétendre que l'instabilité de l'action du chloroforme est telle, qu'il soit impossible de soumettre son emploi à un dosage et à un mode d'administration fixe. Nos expériences en font foi. Il est, au contraire, très-certain qu'avec un appareil convenable il est toujours possible de renfermer l'action toxique ou anesthésique du chloroforme dans des limites plus ou moins précises. Nous ne voulons pas méconnaître que chaque espèce, que chaque individu même ne jouisse d'une aptitude, d'une susceptibilité propres ; mais ici, comme toujours, ces aptitudes, cette susceptibilité ont des bornes. Il est possible d'en établir les données les plus générales, de les renfermer dans des extrêmes minima et maxima, au delà et en deçà desquels commencent les véritables exceptions. J'ai montré qu'il pouvait en être ainsi chez les animaux. La plus grande difficulté chez l'homme n'est pas seulement sa plus grande susceptibilité ; l'instabilité des phénomènes anesthésiques chez lui tient autant et plus à la variabilité des doses et modes d'administration du chloroforme. Le défaut de précision dans l'expérience de la part de l'expérimentateur est peut-être la raison principale de la plus grande instabilité qu'on invoque contre les moyens qui la renfermeraient dans des limites déterminées. Pour ce qui est des susceptibilités véritablement exceptionnelles, il n'est pas impossible non plus de les ramener à certaines conditions qui en feraient autant de catégories déterminées. Déjà l'observation a fait quelques pas dans cette voie. On sait que la chloroformisation répétée prédispose aux accidents : il en serait de même des affections du cœur, de la poitrine, de l'anémie, de l'hystérie, de toute espèce d'affaiblissement soit physique, soit moral, soit primitif, soit accidentel. Il en est de même des longues suppurations qui amènent l'épuisement des malades ; notre collègue M. Robert a rapporté naguère un cas intéressant de ce genre. Ma conclusion sur ce point est donc que c'est méconnaître et fausser le véritable caractère des choses que d'invoquer l'instabilité des phénomènes d'anesthésie contre l'emploi des appareils qui agissent précisément en limitant et en régularisant cette instabilité.

Le second motif des adversaires des appareils mérite à peine qu'on s'y arrête. On voit mieux ce que l'on fait en employant les éponges, les compresses ! On voit l'éponge, la compresse, le mouchoir, mais rien au delà. Voit-on la dose de chloroforme inhalé, le volume des vapeurs, etc.? Et quant à ce qui est de modifier à volonté l'action et le degré d'action du chloroforme, c'est une véritable dérision que de prétendre arriver plus sûrement à ce but en éloignant ou écartant vaguement une dose indéterminée de chloroforme sur une éponge, qu'en ajoutant une quantité précise et rigoureuse, depuis une goutte jusqu'à plusieurs grammes, d'un agent énergique, dont on peut, après tout, même dans cette limite de dosage, modifier, régler, suspendre l'action d'après la quantité d'excipient, d'air employé.

Enfin, pour ce qui est des résultats plus ou moins heureux de la pratique de quelques personnes qui, sur des milliers d'expériences, n'auraient jamais éprouvé d'accidents sérieux, on peut d'abord rétorquer l'argument en disant que des milliers d'expériences pratiquées avec des appareils ont eu lieu aussi sans accidents ; mais là n'est pas la question. En supposant que certaines personnes, douées d'un instinct qui leur permet d'éviter les accidents là où les difficultés et les dangers abondent, ont pu, à la faveur de cet instinct exceptionnellement heureux, échapper à des dangers réels, qui oserait affirmer qu'elles y échapperont toujours, et surtout qui oserait garantir à tous cette immunité qui ne repose que sur les privilèges d'une organisation et d'une pratique exceptionnelles ? Le véritable progrès dans les arts de précision comme dans l'industrie, c'est la substitution des machines de précision aux mains et à l'intelligence de l'homme. En fin de compte, c'est à la supériorité de cette intelligence que l'invention et la réglementation en sont dues ; mais une fois inventées et régularisées, elles peuvent être appliquées par toutes les intelligences, même les plus vulgaires.

J'en conclus donc que les motifs allégués contre l'emploi des appareils pour produire l'anesthésie chloroformique ne reposent que sur des préjugés, des préventions, et ne supportent aucun examen sérieux.

L'Académie me permettra de lui présenter un appareil dans lequel les principes et les règles qui viennent d'être exposés ont été rigoureusement observés.

Dans cet appareil se trouvent réalisées les quatre principales conditions auxquelles peut être ramenée la chloroformisation régularisée :

1° Le dosage précis ;

2° La dilution complète des vapeurs chloroformiques ;

3° L'introduction d'une quantité suffisante d'air pour prévenir toute asphyxie, et l'évacuation successive de tout l'air expiré ;

4° La faculté de suspendre, de graduer, de renouveler la chloroformisation dans des limites précises et rigoureuses.

L'appareil est disposé pour recevoir à la surface interne ou d'évaporation d'un disque d'éponge, en rapport suffisamment éloigné avec les voies respiratoires, la quantité voulue de chloroforme.

L'air, en traversant les pores de l'éponge, se charge des vapeurs très-divisées du chloroforme, et la longueur du trajet à parcourir est telle, que les plus ténues seules de ces vapeurs arrivent au poumon.

Le tuyau de communication est d'un diamètre en rapport avec le diamètre de la trachée-artère ; comme l'épaisseur et la densité des disques imprégnés de chloroforme que l'on doit traverser sont telles, qu'elles ne peuvent traverser ni amoindrir la quantité d'air nécessaire à la respiration libre et complète ; enfin, il existe entre les surfaces d'évaporation et le tuyau conducteur un opercule ouvrant et fermant à volonté, qui permet d'intercepter complétement ou simplement de la modifier, l'aspiration des vapeurs de chloroforme ou de l'air pur, comme aussi d'en ajouter de nouvelles doses parfaitement déterminées ; le tout instantanément et sans déplacement aucun de l'appareil.

Telles sont les observations que j'avais à soumettre à l'Académie à l'occasion de la communication de M. Devergie. Ces observations peuvent se résumer en trois points principaux :

1° Il ne faut jamais perdre de vue que le chloroforme est ou un poison ou un agent anesthésique ;

2° Que l'une ou l'autre de ces deux propriétés résultera surtout de la manière d'employer l'agent ;

3° Qu'il est des variations individuelles dont il faut tenir compte, mais qu'il est généralement possible de les ramener à des conditions plus ou moins précises, ou que l'observation ultérieure rendra de plus en plus rares et exceptionnelles.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Obsèques de M. Thénard. — Les obsèques de M. Thénard ont eu lieu hier mardi 23 juin, à onze heures, ainsi que nous l'avions annoncé. Après le service funèbre, célébré à l'église Saint-Sulpice, le convoi s'est dirigé vers la gare du chemin de fer de Lyon. Les cordons du poêle étaient tenus par MM. Dumas, vice-président du Conseil supérieur de l'instruction publique ; Cayx, recteur de l'Académie de la Seine ; Is. Geoffroy Saint-Hilaire, président de l'Académie des Sciences ; V. Regnault, professeur au Collége de France ; Balard, professeur à la Faculté des Sciences ; d'Eichtal, au nom de la Société des amis des sciences, fondée par l'illustre défunt.

Plusieurs discours ont été prononcés dans la cour de l'embarcadère : par MM. Dumas, au nom du Conseil supérieur de l'instruction publique ; Geoffroy Saint-Hilaire, au nom de l'Institut ; Pelouze, au nom de la section de chimie, de l'Académie des Sciences ; Giraud (d'Aix), au nom de l'ancien Conseil de l'instruction publique ; Balard, au nom de la Faculté des Sciences.

Après cette cérémonie qui s'est terminée à trois heures et demie, les dépouilles mortelles de M. Thénard ont été transportées dans le tombeau de sa famille, situé dans une de ses propriétés.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 77. 5e année. Samedi 27 Juin 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois.. . . 7 fr. 6 mois.. . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 26 juin 1857.

Réunion du Conseil impérial de l'instruction publique. — Question du rétablissement du baccalauréat ès lettres.

En ouvrant la session du Conseil impérial de l'instruction publique, M. le Ministre a prononcé un discours dont plusieurs passages intéressent l'enseignement médical.

M. le Ministre a commencé par rendre à la mémoire de M. Thénard un hommage qui ne fait pas moins d'honneur au goût et aux sentiments de M. le Ministre qu'à la mémoire de l'illustre défunt.

Arrivant ensuite à la question dont nous avons les premiers récemment entretenu nos lecteurs, M. le Ministre s'est exprimé ainsi :

. . . . Aujourd'hui, grâce à de laborieuses études, qui ne sont, après tout, que l'accomplissement de mon devoir, je n'hésite plus à provoquer vos délibérations, parce que je me sens la force de discuter les différents problèmes universitaires dont chacun demande la solution, et de marcher d'un pas ferme, avec votre bienveillant appui, dans la voie des sages améliorations.

Ces mots *sages améliorations* définissent nettement la pensée qui a présidé aux mesures dont vous aurez, Messieurs, à examiner l'opportunité et la valeur. Lorsque vous avez créé, avec mon regrettable prédécesseur, le nouveau système d'études, après les plus mûres réflexions, après les discussions les plus approfondies, il n'est venu à l'esprit de personne qu'on devrait, au bout de quelques années, le changer radicalement, soit en restaurant le passé, soit en lui substituant une combinaison toute nouvelle. Les plus hostiles à ce système, car ils sont hommes de prudence et de savoir, n'ont pu alors désirer que *l'heure plus ou moins prochaine de modifications heureuses,* laissant subsister l'édifice, mais réglant mieux ses distributions et son usage. Aussi pour moi, Messieurs, me suis-je confirmé de plus en plus dans cette résolution, que je crois conforme au bon sens, de respecter les *bases fondamentales* de notre régime actuel.

C'est avec une juste et forte intelligence des besoins de la société moderne que vous avez, suivant les inspirations de l'em-

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

Lettres à M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

—

VINGT-UNIÈME LETTRE.

THÉRAPEUTIQUE.

—

DE LA CERTITUDE EN MÉDECINE, AU POINT DE VUE DE LA THÉRAPEUTIQUE. — DIVISION.

Le médecin qui manque de notions philosophiques sur les principes généraux de la physiologie, pèche par la base de l'enseignement, puisqu'il est constant que l'homme malade ne peut être étudié et connu que comparé à l'homme jouissant de la santé; le pathologiste qui n'a pas puisé, dans un cadre logique de notions physiologiques, des données qui lui permettent de rattacher les divers groupes morbides à des divisions naturelles de causalité, est également incomplet, puisque tout devient confusion en dehors d'une méthode nosologique raisonnée. Mais le public, appelé à juger de la capacité par les résultats, ne connaît que le praticien. Pour ce *profane*, le lit du malade est la seule chaire authentique : la guérison ou l'échec sont le critérium suprême. Tant vaut le traitement, tant vaut le docteur.

On ne saurait nier le droit de juger brutalement l'ouvrier à l'œuvre, à cette masse affairée, étrangère à notre science. Mais le labeur du bon médecin doit-il nécessairement aboutir à une cure heureuse? Nul n'oserait raisonnablement l'exiger. Dans les circonstances trop nombreuses où l'art est empêché par le fait, le public n'a plus droit qu'à un pronostic sûr. « Si vous ne pouvez guérir, faites-nous entendre pourquoi et révélez-nous l'issue d'un mal qui vous réduit à l'inaction. » Les plus exigeants parmi les *mondains* ne sauraient plus demander. Il en est autrement toutefois, et même dans la catégorie railleuse des gens de pensée, on nie la médecine comme science, parce que la médecine avoue ne pas posséder une panacée universelle.

Pour juger si le caractère de certitude pratique que l'on est en droit d'exiger de la médecine est le même que celui présenté par les mathématiques, la physique, la chimie, il serait tout d'abord urgent de connaître les éléments constituants de ce que nous avons l'*outrecuidance* d'appeler la *science médicale.* Si les objets comparés ne sont pas de même nature, devra-t-on s'étonner de constater des caractères différents?

pereur lui-même, donné à l'enseignement scientifique une plus large part dans nos lycées et nos facultés, et assuré aux jeunes gens la possibilité de choisir, à une certaine époque des humanités, la direction qui convient le mieux à leurs aptitudes et à la carrière pressentie ou choisie déjà par eux. *Il serait mal de répudier à la hâte un principe si judicieux et si utile, et nous ne devrons l'abandonner un jour,* pour toute autre conception meilleure, que *sous la garantie d'expériences complètes et décisives.*

Ainsi, quant à présent, porter remède aux abus, faciliter l'application du système pour les professeurs et les élèves, alléger le fardeau partout où il est trop pesant, diminuer la prédominance des détails confiés à la mémoire pour augmenter l'exercice de l'intelligence, tel est le but des améliorations que j'ai préparées, tout en conservant l'organisation générale adoptée. J'espère, Messieurs, par ces vues prudentes et utiles, répondre au vœu du Conseil impérial et de tous les hommes qui veulent, *non pas détruire,* mais *perfectionner* le régime de l'instruction secondaire.

La réserve obligée dans le langage officiel ne permet pas de prévoir quelles seront les *modifications heureuses,* quels seront les *perfectionnements* dont parle M. le Ministre; mais il suffit que ces *modifications* et ces *perfectionnements* aient été mentionnés dans le discours qui sert de programme aux travaux du Conseil, pour qu'on doive espérer de les voir réalisés dans *une heure plus ou moins prochaine,* suivant les termes employés par M. le Ministre.

Si le discours nous laisse ignorer quelles seront ces modifications, il ne nous dit pas davantage dans quelle section particulière de l'enseignement elles auront lieu. Il n'est guère permis de douter toutefois que l'enseignement médical n'entre pour sa bonne part dans les projets de M. le Ministre, et les questions adressées récemment aux Facultés de médecine permettent assez d'entrevoir l'objet auquel M. le Ministre a surtout voulu faire allusion. Il est donc à espérer que, dans un temps plus ou moins prochain, la question posée aux Facultés recevra la solution adoptée *à l'unanimité* par les Facultés de Paris et de Montpellier, et repoussée à *une faible majorité,* pensons-nous, par la Faculté de Strasbourg, sous prétexte de la nécessité d'une *expérience* dont personne ne comprend le sens.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSTÉTRIQUE CLINIQUE.

Mémoire sur une tumeur considérable composée de dix poches embryonnaires contenus dans les ovaires d'une femme adulte,

Par le professeur ALQUIÉ, de Montpellier.

(SUITE ET FIN. Voir le n° 76.)

Bien que difficile, le *diagnostic* de ces kystes embryonnés peut cependant être établi sur des données satisfaisantes. Nous croyons opportun de rapporter ici un fait que nous avons pu recueillir presque en même temps que celui qui fait l'objet principal de ce mémoire :

OBS. II. — *Accouchement facile d'un enfant vivant et à terme. — Soupçon de l'existence d'un second fœtus dans la matrice. — Augmentation du volume du ventre pendant sept mois encore. — Grossesse extra-utérine probable.*

Le 30 juin 1856, notre avis a été réclamé par Mme N...., de Sainte-Dionysie, département du Gard, qui est atteinte d'une tuméfaction déjà ancienne du ventre. Agée de 35 ans environ, cette dame, douée d'une constitution assez bonne, quoique peu robuste, devint enceinte il y a près de quatre ans d'un garçon, qui vint à terme et sans accident; depuis lors aussi, les règles n'ont pas reparu. Mme N.... allaita cet enfant pendant plus de dix-neuf mois, époque à laquelle elle se reconnut enceinte de nouveau et cessa d'allaiter. Pendant ce temps aussi, elle constata vers la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur arrondie, mobile, peu douloureuse, et qui fut combattue par les topiques fondants. Néanmoins, la nouvelle grossesse suivit la marche ordinaire, et sept mois après s'être sentie enceinte, Mme N.... eut un accouchement naturel d'un nouvel enfant, qu'elle allaita penpendant plusieurs mois. Lors de cette dernière couche, Mme N.... éprouva seulement de légères coliques, sans hémorrhagie, sans autre accident. Toutefois, peu d'instants après ce dernier accouchement, la sage-femme appelée auprès de notre consultante, crut reconnaître une tuméfaction anormale de la matrice, et la présence d'un autre fœtus dans cet organe. Cette appréciation fut bientôt après approuvée par le docteur V...., qui annonça une seconde grossesse, et partant un second accouchement au bout de plusieurs mois. Cependant Mme N... conservait encore la liberté entière de ses fonctions, et sa santé n'en était pas troublée.

Sept mois depuis lors se sont écoulés, durant lesquels l'abdomen a pris une ampliation constante; les règles n'ont pas reparu, et la santé

Les chiffres et les signes géométriques sont immuables dans leur valeur intrinsèque, quoi d'étonnant à ce que leurs combinaisons soient certaines? Les lois de cohésion et d'affinité qui président à la décomposition et à la recomposition des corps inorganiques sont nécessaires; quoi de surprenant à ce que la valeur des équivalents chimiques soit la source de règles sûres pour la constitution de la chimie? L'attraction, l'hydraulique, la vapeur, le calorique, renferment des théorèmes dont la démonstration mathématique fait de la physique une science incontestable; et cependant, déjà des théories contradictoires et des résultats douteux sont constatés aussitôt que l'on met le pied sur le terrain élastique de la lumière, de l'électricité, du magnétisme. Que prétendez-vous exiger de plus de la médecine?

Elle embrasse, dans sa gigantesque envergure, les neuf dixièmes des objets qui font l'étude de l'esprit humain; elle n'agit pas seulement sur les agrégats matériels; les faits moraux sont de son domaine, la peser dans une balance exclusive devient dès lors une injustice. Géométrie superbe, retirez votre compas, il peut à peine mesurer les pôles et décrire des angles du soleil à la terre; il est impuissant à marquer d'avance deux points certains sur la trajection de la vie d'un homme. Chimistes satisfaits, éloignez vos alambics; vous isolez l'oxygène de l'azote et l'hydrogène du chlore; vous n'avez jamais pu faire un grain de blé. Physiciens émérites, retirez vos appareils; la plus parfaite de vos machines pneumatiques ne fera jamais le vide absolu; nous avons des procédés pour rendre *parfois* la raison à un fou! Un seul fait semblable distance toutes vos merveilles.

Dans le domaine des faits palpables, les sciences positives sont un peu nos servantes. A quoi serait bonne la chimie, sans l'analyse et la préparation des substances médicamenteuses et toxiques? Les arts et l'industrie lui doivent, il est vrai, beaucoup, mais l'officine du pharmacien est le véritable trône du chimiste. Nous commandons aux physiciens des instruments de micrographie pour débrouiller des plexus. La cosmologie nous donne la moitié des lois de l'hygiène. Rien n'est plus rigoureusement scientifique que la structure anatomique du corps humain telle que nous la devons connaître. Les phénomènes mécaniques de la digestion, de la circulation, de la respiration, sont décrits avec une précision égale à celle que nous offrent les phénomènes de la porosité, de l'élasticité, de la ductilité, de la pesanteur. L'inflammation, l'hydropisie, la gangrène présentent des symptômes tellement définis que nulle confusion n'est possible. La quinine est un antipériodique, les ferrugineux sont un tonique, le tartre stibié un vomitif, le sulfate de magnésie un purgatif, tout aussi certainement que la vapeur est compressible.

Dans l'ordre des sciences morales, la philosophie nous prête ses meilleurs travaux de psychologie. L'analyse des facultés de l'enten-

de notre consultante s'est altérée. Aussi a-t-elle de nouveau consulté plusieurs médecins qui ont nié l'existence de toute grossesse, et ont conseillé l'usage de pommades et de pilules fondantes.

Fatiguée de cette incertitude, Mme N.... est venue réclamer notre avis. Voici l'état dans lequel elle s'est présentée à nous : La constitution de Mme N..., est affaiblie, amaigrie; la figure, jaunâtre, n'offre pas entièrement le facies de la femme enceinte, mais un grand nombre de taches rouges et papuleuses. La plupart des fonctions s'exécutent convenablement; les urines et les selles sont assez libres. Notre consultante accuse seulement des douleurs assez vives au sommet du crâne, mais nullement entre les épaules ni aux lombes, ni à l'épigastre. Toutefois, elle éprouve beaucoup de gêne et de pesanteur à l'hypogastre; ses forces ont diminué.

Les membres ne présentent rien d'insolite et ne paraissent pas avoir été le siége d'œdème; la respiration s'exécute régulièrement, avec un peu de gêne toutefois. L'abdomen offre une intumescence extraordinaire, et son volume égale celui d'une femme enceinte à terme. Mais au lieu de présenter l'ampliation arrondie de la grossesse normale, le ventre a une forme tout à fait irrégulière. Ainsi tout l'hypogastre est comme excavé et tendu fortement jusqu'à une saillie considérable de la région ombilicale. Là se trouve, en effet, une tuméfaction bosselée, inégale, résistante, recouverte de veines sinueuses, et donnant l'aspect d'un placenta très-épais et situé sous la peau. Là aussi, l'oreille perçoit à droite de forts battements isochrones au pouls de la malade. Cette première saillie, étendue à toute la région ombilicale, est assez distincte d'autres saillies ou tumeurs latérales par des dépressions prononcées. Celles-ci sont ovalaires dans le sens vertical, moins consistantes, et donnant la sensation d'une fluctuation obscure avec des points plus résistants, mais sans fournir de bruits sensibles à l'auscultation.

L'ensemble de cette vaste tuméfaction jouit d'une certaine mobilité latérale; la sensibilité y est peu vive, et il ne nous a pas été permis d'y percevoir d'autre bruit que celui dont nous venons de parler. Les parties génitales externes n'ont subi aucun changement; le vagin est ample, un peu tendu. Le col de la matrice est situé un peu bas; il est souple, inégal, légèrement ouvert, et le corps de cet organe paraît adhérer fortement à la masse abdominale. En arrière du col utérin existe un prolongement de celle-ci, qui descend entre le rectum et le vagin, d'une forme arrondie, d'une assez grande consistance. Il n'est pas possible de soulever la masse abdominale en exerçant les manœuvres par le ballottement que l'on ne perçoit pas.

De cet examen, nous sommes amenés à conclure :

1° Que Mme N.... ne porte point de fœtus dans la cavité de la matrice dont le tissu nous paraît à peu près sain;

2° Que la tuméfaction du ventre tient au développement d'une poche ou kyste formé à la surface de l'un des ovaires;

3° Que cette poche remonte à l'époque où Mme N.... reconnut, sur l'un des côtés du bas-ventre, la présence d'une tumeur arrondie et mobile;

4° Cette tumeur s'est accrue, pendant la dernière grossesse, de manière à faire croire à l'existence d'un second enfant au moment du dernier accouchement, qui date de sept mois;

5° Cette poche ou kyste ovarique renferme très-probablement un produit de conception, et constitue une grossesse extra-utérine, avec des produits accidentels plus ou moins liquides ou solides.

De cette constatation, il résulte que Mme N.... est exposée aux suites ordinaires de semblables kystes embryonnés. Il peut arriver, en effet, ou que la nature se livre à des efforts pour débarrasser l'économie de ce produit anormal, ou qu'elle en tolère l'existence prolongée. En ce dernier cas, la vie et la santé relatives peuvent se poursuivre pendant un temps indéterminé et à l'aide des seuls soins de l'hygiène. Toutefois il est probable que le poids et le volume du ventre détermineront une gêne plus grande de la respiration, un affaiblissement progressif, de manière à justifier certaines ressources chirurgicales.

Ces moyens deviendront encore plus plausibles quand il surviendra des phénomènes irréguliers d'accouchement anormal. Alors le médecin doit calmer les souffrances, soutenir les forces, prévenir ou calmer l'inflammation et les autres accidents probables. Les liniments anodins et les frictions mercurielles sur le ventre, les opiacés et les antispasmodiques à l'intérieur, les boissons émollientes, les bouillons ou potages restaurants, seront alors indiqués. Alors aussi, si la santé et la vie de notre consultante sont menacées, le médecin pourrait tenter de provoquer l'expulsion des produits renfermés dans le kyste ovarique. Dans ce but, il faudrait choisir le point le plus fluctuant, y faire l'application d'un cautère profond, provoquer la chute de l'escharre, renouveler l'emploi du caustique, de manière à déterminer des adhérences solides entre les parois du ventre et la poche anormale. Ainsi on pourrait arriver sans trop de dangers jusqu'à la cavité de cette dernière, l'ouvrir ensuite par une ponction ménagée, reconnaître la nature des matières contenues, agrandir lentement cette ouverture à la faveur de sonde ou éponge préparée.

Cette ouverture étant suffisante, on devrait provoquer l'expulsion des liquides et des solides contenus, au moyen d'injections déterminées, de la teinture d'iode, d'une irrigation prolongée, et même par l'introduction d'une paire de pinces étroites, afin de pratiquer l'extraction de produits solides. Ce traitement demande donc beaucoup de soin et de temps, et l'examen journalier de notre malade à l'époque où les accidents surviendront.

Ces accidents n'ont pas, en effet, tardé à survenir; les membres inférieurs sont devenus le siége d'une infiltration séreuse qui a gagné les parties génitales, les parois de même, la cavité du ventre. Aussi

---

dement, de la volition, de la sensibilité, la pénétration intime de leurs ressorts importent au médecin tout aussi bien qu'au philosophe. Sans l'anatomie et la physiologie, les questions qui touchent à l'union du moral et du physique (à savoir les problèmes qui intéressent au plus haut degré l'esprit humain), sont des questions oiseuses. Gall, Lavater, Spurzheim, Brown, Stahl, Bichat, Buisson, Dugès, Broussais, Lordat, Flourens sont autant des philosophes que des médecins.

L'économie politique, en tant qu'elle traite de l'amélioration du sort des classes laborieuses, fait de l'hygiène sur un grand théâtre. La religion s'asseoit à côté de la médecine au chevet des mourants, et toutes les fois qu'elle console avec amour au lieu d'effrayer avec menaces, elle contribue à l'efficacité des efforts de l'art. L'histoire, enfin, en dévoilant les secrets replis du cœur humain, permet d'étudier les réactions physiques du caractère et des tempéraments, point souvent capital dans l'étude des causes morbides.

Au double point de vue physique et moral, la médecine offre donc le caractère de certitude que l'on est en droit d'exiger d'une science; la thérapeutique, rameau terminal auquel aboutissent toutes les branches de l'arbre médical, ne saurait être fausse, du moment où la médecine est vraie. Disons seulement qu'il faut la considérer comme l'aide intelligent de la nature, et non comme son antagoniste.

Rétablir l'équilibre et la convergence dans le faisceau lésé des forces de la vie, tel est le but comme la définition de la thérapeutique. Mais de même qu'il serait insensé de demander au mathématicien la solution d'un problème mal posé, ainsi est-il irrationnel d'exiger de la thérapeutique des prodiges contre nature. Le tuberculeux qui a craché ses poumons, seul organe spécial de la respiration chez l'homme, meurt; le seul moyen de lui rendre la vie était de lui *fabriquer* une *paire* de poumons neufs. Ne criez pas contre le médecin s'il ne peut ce miracle. Un anévrysme de la crosse de l'aorte rompt subitement sa poche, il y a mort instantanée par apoplexie thoracique; n'accusez pas le praticien s'il est impuissant à empêcher la rupture d'une tunique si profondémont située. De même des kystes du cerveau, des cancers de l'estomac, etc., etc. Saisir pourquoi, comment, depuis quand les composantes de la vie sont lésées; enrayer le travail morbide, soit en éliminant des principes viciés, soit en introduisant des éléments nécessaires; provoquer, en un mot, la réaction de l'homme sain contre l'homme malade, en s'étudiant à imiter toujours, autant que possible, le faire de la nature, telle est l'œuvre difficile souvent, toujours sérieuse et magnifique de la thérapeutique.

La division de la thérapeutique en moyens *chirurgicaux* et moyens *médicaux* est très-ancienne et usitée encore de nos jours. Ainsi que

la santé de cette femme s'est-elle promptement altérée; et quand je fus appelé à Saint-Dyonisie, auprès d'elle, le 22 août suivant, je la trouvai dans un état de suffocation de mort imminente. Elle se plaignait, en outre, de vives souffrances à l'hypogastre, où la peau était violacée, empâtée, et paraissait annoncer un travail éliminateur. Ayant bien perçu la fluctuation dans la côte gauche de l'abdomen, je me décidai à y pratiquer une ponction avec le trocart-aiguille, afin de suspendre l'imminence de suffocation, ce qui fut obtenu par la lente évacuation de près de trois litres de sérosité sanguinolente. Cependant les forces de la malade s'éteignaient, et la vie l'abandonna trois jours après. J'ai plusieurs fois demandé à la famille de laisser pratiquer l'autopsie, et n'ai pu l'obtenir.

Le cas que nous venons de rapporter nous paraît présenter tous les signes propres à déterminer d'une manière au moins probable le diagnostic d'un kyste embryonné de l'ovaire. Quel est le siége de la tumeur? Évidemment, ce n'est pas l'utérus, car nous ne trouvons par l'exploration aucun des signes qui appartiennent aux tumeurs de cet organe.

A cause de son énorme volume, l'ovaire ne pouvant se loger qu'en partie dans la cavité pelvienne, se développe surtout dans l'abdomen. Mais lié d'une manière invariable avec l'utérus, par son ligament propre et par les ligaments larges, il porte l'utérus en haut en même temps qu'il s'élève, tandis que la partie logée dans le petit bassin se refoule en avant, par suite de son augmentation dans le sens antéro-postérieur. Aussi l'autopsie nous a-t-elle montré, dans le premier cas, l'utérus fortement aplati au devant de l'ovaire, phénomène que nous retrouvons chez nos deux femmes, et surtout dans le premier cas, où le doigt n'atteignait qu'avec beaucoup de peine le col, porté fortement en haut; signe bien caractéristique et différentiant très-bien les cas de la plupart des dégénérescences de l'utérus, qui, comme nous l'avons déjà dit, se font remarquer par une tendance au prolapsus de cet organe.

En même temps que le vagin est tendu et tiré vers le ventre par les tractions lentes que la tumeur ovarique exerce sur l'utérus, celui-ci est incliné du côté de l'ovaire lésé ou le plus développé. A cette élagation du vagin se joint celle de la matrice, portée en haut et de côté, et dont le col ne fournit aucun des changements propres ni à la grossesse, ni aux dégénérescences diverses. Le corps de cet organe n'offre aussi aucune modification notable à son exploration par l'hypogastre et par la vessie. Ajoutez, enfin, que dans presque tous les cas la matrice continue ses fonctions menstruelles, et vous aurez de plus fortes raisons de penser que ce viscère n'est pas le siége de la tumeur volumineuse qui lui est cependant fortement unie.

L'examen attentif de la tumeur abdominale fait reconnaître qu'elle s'est développée dans la région iliaque interne et non à l'hypogastre. D'abord mobile, arrondie et peu douloureuse, elle a, dans son extension, successivement envahi l'ombilic et le côté opposé de l'abdomen. La surface de cette cavité offre de fortes bosselures, dont les doigts explorateurs sentent la séparation et la consistance liquide ou demi-liquide. La fluctuation est, en effet, très-sensible dans la plupart de ces bosselures, ce qui ne permet pas de douter de l'existence de liquides dans leur intérieur. On arrive à reconnaître que ces cavités renferment aussi des produits embryonnés, en ce que la fluctuation est inégale et permet de percevoir au sein du liquide des parties résistantes et dont la consistance osseuse ne permet pas de les rapporter à d'autres produits qu'à ceux de la conception. Enfin, si à ces signes locaux on réunit ceux que fournit les antécédents et l'histoire entière de la femme, on pourra arriver à un diagnostic satisfaisant.

En général, la marche de ces tumeurs est lente et chronique, excepté dans les premiers mois où le développement doit être assez rapide. Bientôt, le produit embryonné cesse de vivre et il ne dépasse que rarement le troisième ou quatrième mois. Mais en cessant de vivre, sans perdre les droits à la vie végétative, non exposé à aucune influence délétère, la circulation diminue. Un travail plastique de toute espèce s'organise, et nous en connaissons les résultats.

Mais alors, la lésion peut être supportée très-longtemps; la marche est devenue chronique au plus haut degré. L'embryon est transformé peu à peu en une substance analogue au gras de cadavre. Quelques rudiments osseux, les follicules dentaires, les cheveux sont les seuls organes à qui cette vie végétative suffise pour permettre un développement même exagéré. Cette circonstance est la plus heureuse, et il est des cas où le kyste joue le rôle de corps étranger; il ne peut plus être supporté par l'économie. Alors, la nature trouve quelquefois un moyen de guérison : une partie du kyste s'enflamme, contracte des adhérences avec les parois correspondantes de l'abdomen; l'ulcération perfore celle-ci, et le kyste se vide ainsi de lui-même à l'extérieur. Ce travail éliminateur ne se fait pas toujours sans orages; il ajoute parfois à la debilité dans laquelle la femme se trouve plongée, comme il nous paraît en avoir été ainsi chez la personne qui fait le sujet de notre dernière observation. D'autres fois, la distension du kyste étant portée trop loin, il y a rupture de la poche et un épanchement le plus souvent funeste. Ces terminaisons sont loin d'être les plus communes : souvent le kyste est supporté, mais les troubles que sa présence amène dans les autres fonctions conduit peu à peu au marasme et à la

l'indique la seule étymologie, on a voulu séparer les affections que l'on traite à l'aide de la main et des instruments de celles que l'on combat sans opérations. Si l'on a seulement égard aux praticiens, il est incontestable que, ne pouvant embrasser toute l'étendue du champ thérapeutique, les hommes de l'art se classent ordinairement dans la catégorie des chirurgiens ou des médecins. Mais les qualités de l'un sont si nécessaires à l'autre, qu'il appert que cette division est radicalement mauvaise. Le chirurgien qui vient de couper un bras n'a fait que la moitié la plus facile de la tâche; la fièvre de résorption purulente, qui peut survenir le lendemain de son opération, exige que ce chirurgien devienne immédiatement médecin; et là s'efface la division artificielle. J'estime, pour ma part, que l'opérateur qui ne saurait que trancher, quelle que soit d'ailleurs sa dextérité, n'est qu'un hardi boucher, dont l'adresse n'excuse pas l'insolence. Il ne saurait jamais y avoir de génie dans la façon de diriger un couteau; concevoir la nécessité d'une opération nouvelle, deviner son opportunité, la raisonner, en prévoir la suite, là est tout le génie, et ce travail est du tact médical. Quant au maniement de la scie, tout le monde peut l'apprendre, et rien n'est digne de pitié comme ces charlatans immortels qui, pour *briller*, se hasardent dans des essais effrayants! Le sang a coulé; les chairs ont été largement fouillées; les trois quarts de la face du patient sont tombés: tout a été fait *cito et jucunde*. Le grand homme se repose dans sa gloire! Cependant un interne publie l'opération à son de trompe : un maxillaire supérieur et la moitié de l'inférieur sont enlevés; on a lié trois artères importantes; le tout dans cinq minutes, et avec phlegme! Le malade respirait une heure après la bataille; victoire! l'opération est merveilleuse, nouvelle! et M. X.... est un prodige. — Au bas de l'observation, en petits caractères, on lit souvent : « *huit heures du soir : le malade vient de succomber.* » C'est la faute du médecin!

Cela n'est pas de l'exagération et prouve seulement que le chirurgien qui n'est pas surtout, toujours et partout médecin, n'est qu'un triste homme, eût-il nom Dupuytren. De son côté, le médecin qui ne sait pas opérer manque d'un *talent de manœuvre* souvent indispensable. S'il possède bien son anatomie et qu'il veuille, il sera toujours d'autant meilleur chirurgien, qu'il sera meilleur médecin. En thérapeutique, la division classique est donc inconséquente; la seule raisonnable, si l'on tient à en faire, est celle qui reconnaît des traitements externes ou internes, suivant le cas pathologique.

D[r] ARMAND DE FLEURY (de Mansle).

mort. C'est ainsi que se sont terminées les observations que nous rapportons, et nous ne craignons pas d'établir que, de tous les modes de terminaison, c'est encore celui-là qui est le plus avantageux, car, avant le dénoûment, il peut se passer de longues années.

UN MOT SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES EMBRYONNÉS.

Il est des lésions que la nature tolère longtemps, et cette tolérance est une chance dont il ne faut pas priver le malade, à moins de circonstances exceptionnelles, et dans ces cas, une opération dont les dangers sont sérieux doit être renvoyée à une époque où l'urgence en sera évidente. Ici, en effet, la malade ne perd rien pour attendre. Parer aux accidents doit être le but du médecin dans ces circonstances. Nous avons vu que la nature peut les supporter pendant vingt et trente années. Il est des cas où la nécessité détermine le chirurgien. Les chances de succès sont alors préférables à une temporisation fâcheuse; l'opération est alors indiquée. Ici comme partout, c'est le cas d'appliquer ce principe : faire de la chirurgie pour le malade et non pour le médecin.

Si la tumeur est considérable, un des premiers soins doit être de soutenir la masse. A cet effet, un bandage de corps modérément serré sera utile.

La douleur sera combattue localement par des fomentations calmantes et émollientes; les opiacés seront aussi convenables, sans en abuser. On entretiendra les voies intestinales libres par l'administration de lavements émollients ou de doux laxatifs, de manière à prévenir le marasme, à relever les forces et nullement à les déprimer.

A cet effet, les influences d'une bonne hygiène seront remarquables. Le régime sera des plus nourrissants, sous un volume qui ne pourra pas surcharger l'estomac.

Il sera permis à l'art d'intervenir et de remédier aux accidents graves par une opération légitime, quand rien ne saurait laisser espérer des jours encore supportables pour la malade.

Parmi les opérations sanglantes, il en est qui seraient des folies chirurgicales et que nous devons éloigner de prime abord. De ce nombre est l'extirpation. Qui oserait, en effet, pratiquer une incision suffisante au passage d'une telle tumeur, et devant intéresser les parois abdominales et avec elles le péritoine? Ce serait déjà bien téméraire; mais si à cela nous ajoutons les rapports de la tumeur avec des organes de la plus haute importance, les adhérences multiples et étendues qui s'établissent, et que nous avons pu constater à l'autopsie, nous ne croyons pas nous être trop avancés que de qualifier de folie chirurgicale une entreprise de ce genre, que Dieffenbach, entre autres, laissa inachevée. Aussi, les procédés de Thesen, de Smith, de Macdowel nous paraissent plutôt des essais praticables aux amphithéâtres, que dignes de l'attention d'un chirurgien prudent.

Les autres ressources que l'art met entre les mains du chirurgien sont préférables et ne diffèrent pas de celles que l'on met en œuvre dans les autres kystes. Ce sont, en première ligne, la ponction.

Cette ponction, faite avec un trocart, permet l'évacuation de la matière liquide que renferme le kyste, et peut ainsi amener un soulagement à une époque où aucun topique n'était plus capable d'amener de résultat. Mais il faut le dire, ce moyen ne peut guère être considéré que comme un palliatif, comme nous avons pu nous en convaincre chez la dame à qui nous avons donné ces soins à une période, il est vrai, trop voisine de la mort.

L'excision n'est pas sans danger.

De tous les procédés pour la cure de ces kystes, le plus simple, celui qui nous paraît offrir le plus de chances de succès, c'est l'extraction après avoir déterminé une ouverture au moyen des caustiques. La poudre de Vienne, la potasse caustique, en produisant une escharre qui ne tombe qu'au bout de plusieurs jours, et qui, du reste, s'étend en profondeur au gré du chirurgien, permet d'ouvrir le péritoine sur une surface plus étendue, et ne laisse pas plus de chances à l'inflammation si la malade échappe à ce premier danger. Le caustique a déterminé des adhérences entre les parois abdominales et la cavité à ouvrir, adhérences qui préviennent un épanchement, le plus souvent mortel. On pénètre ainsi dans la cavité du kyste, et alors avec des pinces on retire pièce à pièce et en plusieurs temps les débris organiques qu'il peut renfermer. La science renferme des cas où cette opération a pu être pratiquée avec succès. Le kyste s'affaisse, la plaie se cicatrise et les accidents ne se reproduisent plus. Si l'on craignait toutefois que la poche ne se remplît encore, l'on pourrait essayer d'en faire adhérer les parois par les injections iodées, qui arriveraient à ce résultat par l'inflammation adhésive qu'elles provoquent. Cette manière d'agir a du reste été suivie avec avantage en plusieurs cas, et notamment par M. Rousseau, d'Épernay (1), M. Martin, de Pont-de-Beauvoisin (2).

Des recherches et des réflexions que cette remarquable observation nous a suggérées, il nous paraît résulter les conclusions suivantes :

1° La fécondation, dans les vésicules de l'ovaire non rompues, est possible, même à travers les quatre membranes qui recouvrent le germe;

2° La grossesse intra-ovarique peut donc se produire;

3° Cette fécondation peut s'effectuer chez la même femme plusieurs fois, et même dix fois, à des époques différentes; la superfétation de cette espèce, même multiple, est donc possible;

4° L'éclosion de l'ovule ou la ponte n'est pas nécessairement liée à la menstruation;

5° Les kystes développés dans l'ovaire, dans ses environs, ou dans les organes éloignés du bassin, et qui renferment des cheveux ou des dents, sont des produits de conception;

6° L'existence des grossesses intra ou extra-ovariques peut être reconnue aux signes suivants : persistance de la menstruation; développement, non à l'hypogastre, mais à la région iliaque interne d'une tumeur arrondie, indolore, s'étendant progressivement à tout le ventre; forme irrégulière et largement bosselée de l'abdomen, qui fournit une sensation manifeste de fluctuation circonscrite à ces bosselures, dans lesquelles on perçoit la présence de parties dures, osseuses; élongation et obliquité du vagin et de la matrice, retirés en haut par les connexions normales et pathologiques avec la masse embryonnée; conservation de la santé, satisfaisante chez la femme pendant longtemps.

Montpellier, 20 juin 1856.

MÉDECINE.

Un mot sur le cyrtomètre de M. Woillez (3),

Par E. Bourgarel,

Second médecin en chef de l'hôpital civil de Toulon.

Le monde médical vient d'assister à la naissance d'un nouvel instrument. L'auteur, M. Woillez, après l'avoir présenté à l'Académie, a essayé, dans une note reproduite par les *Archives générales de Médecine* du mois de mai, d'en démontrer l'utilité *pratique* et *scientifique*. Quelque savant que soit le plaidoyer de M. Woillez, je ne puis me rendre à ses raisons. Je me

(1) *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1855, p. 589.

(2) *Gaz. méd. de Lyon*, 1856, p. 357.

(3) Le temps ne nous a pas permis de consacrer encore à l'analyse du mémoire de M. Woillez l'étude que méritent en général les travaux de cet honorable médecin. — C'est donc sans préjudice de cette analyse que nous insérons aujourd'hui la note de notre honorable correspondant de Toulon, que nous avons reçue depuis plusieurs jours déjà. (*Note du Rédacteur en chef.*)

hâte de le dire, je n'ai pas vu le cyrtomètre, et je veux bien le tenir pour un instrument d'une admirable précision; mais je ne le crois pas appelé à rendre des services assez importants pour que l'on doive en conseiller l'usage.

Je vous suppose appelé auprès d'un malade atteint de pleurésie. Si vous êtes homme de précaution, vous devez avoir dans votre poche un stéthoscope, un plessimètre et surtout un cyrtomètre; cela fait trois instruments; et demain peut-être, grâce à une nouvelle invention, vous ne pourrez plus marcher sans un quatrième et un cinquième, tous de plus en plus indispensables, au dire de leurs auteurs. Au lit du malade (j'allais dire du patient), vous déployez votre appareil; si vous avez affaire à un adulte, cette exhibition l'étonne un peu; si c'est un enfant, vous lui faites peur; mais tout cela n'est rien si l'instrument est utile. Vous le placez suivant les règles indiquées, vous mesurez la poitrine, et vous reconnaissez.... que cette première épreuve ne signifie rien par elle-même, ainsi que le déclare M. Woillez. Sur ce point, je suis complétement de son avis.

Le lendemain, vous constatez que l'ampliation de la poitrine est exactement la même que la veille. Qu'en concluez-vous au point de vue du pronostic: que rien n'est changé, que la maladie persiste et que vous ne pouvez vous prononcer sur son mode de terminaison. Pourtant, si vous daignez regarder votre malade, son facies vous apprend, ce que votre instrument ne vous dit pas, que la maladie cède ou va céder; le pouls vous annonce que votre malade est sauvé. C'est qu'en effet la quantité plus ou moins grande de liquide épanché ne constitue pas toute l'affection. Il n'est pas besoin d'une bien longue expérience pour avoir vu des malades suffoqués par quelques cuillerées de liquide; d'autres, au contraire, chez qui, avec une cavité pleurale presque pleine, la respiration était à peine gênée. Le danger est dans la nature de l'épanchement, et, si j'ose m'exprimer ainsi, dans sa tendance. L'indication de la thoracentèse doit naître, pour vous, non pas de la constatation d'un état stationnaire ou d'une augmentation de cet épanchement, mais des symptômes généraux que vous observez, et d'un ensemble de données que vos sens vous fournissent et que votre intelligence doit féconder. Si, aux prises avec une pleurésie chronique, vous voulez, de temps en temps, mesurer les dimensions de la poitrine, un simple cordon vous suffira lorsque la différence d'une époque à l'autre sera assez notable pour que l'on doive en tenir compte. Lorsqu'elle est trop peu considérable pour pouvoir être perçue ainsi, je ne vois aucun inconvénient à la négliger.

Je le répète, je ne critique pas le cyrtomètre comme instrument; il peut être parfait; mais je proteste de toutes mes forces contre l'esprit, je ne crains pas de le dire, peu médical de ceux qui voudraient faire adopter cet instrument ou tout autre de la même nature. Je ne considère pas comme un progrès la substitution d'une tige d'acier à l'examen par l'œil et les doigts. Je crois que nous devons chercher à nous affranchir du secours des machines au profit de nos sens et de notre intelligence. Soyons un peu plus médecins et un peu moins mécaniciens. Observons le plus possible, et ne mesurons pas trop. Gloire à celui qui le premier a montré comment le doigt de l'accoucheur est le plus commode et le plus fidèle de tous les instruments pour mesurer les dimensions du bassin, renvoyant ainsi aux vitrines des musées toute la ferraille pelvimétrique.

Espérons que l'amour de la mécanique, si développé actuellement, se calmera; que beaucoup d'instruments inutiles disparaîtront, comme ont disparu les sphygmomètres qui avaient l'absurde prétention de remplacer les doigts dans l'appréciation du pouls. Quant au cyrtomètre, pour que tant de travail ne soit pas entièrement perdu, employons-le, si nous tenons à nous en servir, à cet usage dont M. Woillez parle en dernier lieu : Conservons-le pour mesurer le crâne des Aztèques et des Siamois.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Anévrysme de l'artère carotide interne gauche dans le crâne, diagnostiqué durant la vie et guéri par la ligature de l'artère carotide commune gauche,

Par M. Coe.

Une femme âgée de 55 ans, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'alors, ayant eu une altercation vive avec son mari, reçut plusieurs coups sur la tête durant la querelle; elle fut en proie à une colère très-vive. Elle fit en même temps de grands efforts pour soulever de pesants fardeaux. Cinq minutes après qu'elle fut revenue un peu de cette surexcitation, elle se plaignit à une voisine d'une sensation extraordinaire (bruit de battement et de bourdonnement) dans la tête, qu'elle n'avait jamais éprouvée auparavant, et qui, disait-elle, avait continué sans cesser depuis cette époque jusqu'au jour où M. Coe la vit, du mois de juin au mois de novembre 1851.

Elle comparait ce bruit à celui d'une pompe à feu, et disait qu'elle l'entendait plus distinctement dans l'oreille gauche que dans l'oreille droite, et qu'il était accompagné d'un bruit continu, semblable au roulement du tonnerre dans le lointain. Elle l'entendait plus distinctement près de l'angle supérieur et postérieur de l'os pariétal droit.

Depuis que ces symptômes s'étaient manifestés, elle n'avait pu rester couchée, et elle était obligée de dormir assise. Quoique rêvant d'habitude, cependant ses rêves étaient devenus très-effrayants; ils la réveillaient en sursaut et la remplissaient de terreur.

A l'examen, on ne distinguait pas de son anormal dans la région du cœur ou des grands vaisseaux; mais, vers la région du cou, on distinguait un bruit anévrysmal très-fort, isochrone avec le pouls. On l'entendait distinctement sur toute la surface de la tête, mais plus fort sur l'os pétreux gauche. En comprimant l'artère carotide commune droite, on ne faisait pas cesser le bruit, tandis qu'il cessait immédiatement lorsqu'on comprimait la carotide commune gauche. Il y avait un léger strabisme de l'œil gauche; la malade ne voyait pas aussi bien de l'œil gauche que de l'œil droit.

L'ouïe n'était pas affectée; cependant le bruit qui avait lieu était si grand qu'il étouffait celui produit par les voitures qui passaient dans la rue, à moins de diriger fortement son attention de ce côté. En se livrant à un examen attentif, on ne distinguait pas de tumeur sur les parties extérieures de la tête et du cou, non plus que dans les cavités nasale, buccale et pharyngienne.

M. Coe diagnostiqua un anévrysme de la carotide interne gauche à son entrée dans le sinus caverneux, immédiatement après son émergence de la portion pétrée de l'os temporal.

Le 11 *décembre* 1851, la patiente ayant été soumise aux inhalations du chloroforme, M. Coe fit la ligature de l'artère carotide commune gauche. La ligature étant pratiquée, le bruit cessa tout à coup; mais, très-peu d'instants après, un murmure doux et presque continu lui succéda. On le percevait en appliquant le stéthoscope immédiatement au-dessus de l'oreille gauche.

La malade put garder la position horizontale cinq heures après l'opération.

Le 13, elle n'entend plus aucun bruit dans la tête, même lorsqu'elle y prête toute son attention.

Le 15, elle a des rêves horribles. Elle peut entendre distinctement les voitures qui passent dans la rue.

Le 18, elle a bien dormi; pas de rêves effrayants. La ligature ne tomba que le trente-troisième jour.

Le 16 *février*, l'abduction de l'œil gauche est presque parfaite. La patiente est considérée comme guérie.

(*Pr. méd. belge.*)

MÉDECINE COMPARÉE.

Recherches historiques sur la maladie des chevaux, appelée par les Grecs et par Polybe *limopsoron*,

Par le professeur J.-B. Ercolani.

(Traduit et analysé par M. L. Prangé, vétérinaire à Paris.)

Il n'y a point en médecine vétérinaire de travaux lexicographiques étendus sur la pathologie, telle que la comprenaient et la professaient les anciens hippiatres. Cependant, dans les historiens et dans les auteurs anciens qui ont parlé de la guerre, de l'économie rurale, de l'éducation des animaux domestiques, on rencontre quelquefois des citations qu'il serait très-curieux de faire tourner au profit de nos études actuelles.

Ainsi, par exemple, Polybe, l'élégant historien des guerres puniques, dans ses Histoires (1), l'an de Rome 537, 140me olympiade, 217 ans avant J.-C., seconde guerre punique, au liv. III, § 86, dit : « Tandis qu'Annibal campait en ce temps-là « aux environs de la mer Adriatique, en un lieu fertile en toutes « sortes de choses, il donna ordre de faire guérir et les hommes « et les chevaux, d'autant qu'ils avaient hiverné à découvert « dans la Gaule cisalpine, exposés à toutes les injures de l'air, « parmi la crasse et l'ordure, et qu'ensuite ils avaient beaucoup « souffert en passant par les marécages ; les hommes et les « chevaux étaient presque tous malades de cette sorte de mala- « die que les Grecs appellent *limopsoron*, c'est-à-dire gale, qui « vient de faim et de privation. De sorte qu'ayant rencontré un « lieu commode en toutes choses, il fut bien aise de les y faire « bien traiter, et de renouveler par ce moyen le courage de son « armée.... » Et au § 87 : « Annibal transporta son camp à pe- « tites distances de la mer Adriatique pour gagner du temps et « pour refaire son armée. Ainsi, en faisant laver ses chevaux de « vin vieux, dont il avait abondance en ces quartiers-là, il les « guérit de leurs indispositions (2) et de la gale. »

M. Ercolani a essayé d'éclairer par des recherches bibliographiques le susdit passage de cet historien. C'est en consultant quelques auteurs anciens, contemporains de Polybe, et quelques écrivains modernes, qu'il a été amené à des rapprochements qui lui ont permis de laisser entrevoir quelle peut être la nature de la maladie appelée en grec *limopsoron*.

L'histoire des anciennes épizooties, quoique faite avec une certaine érudition par plusieurs savants médecins et par quelques vétérinaires instruits, ne renferme aucun détail de cette affection. M. Ercolani cite Metaxà, qui, dans son *Traité des maladies épizootiques* (t. I, p. 115), dit, en parlant de leur histoire, que le mot MALIS était uniquement employé par les Grecs pour désigner la peste des animaux, comme LIMOS signifiait peste humaine. Le même auteur ajoute en note que le mot *malis* fut étendu pour dénommer non-seulement la morve, mais toutes sortes de maladies contagieuses, absolument comme le firent les Latins pour le mot *pestis*, et qu'on abusa également du mot *scabies* pour qualifier des affections exanthémateuses ou impétigineuses.

Mais les explications que donne Metaxà ne dissipent point encore l'obscurité qui règne sur ce point. On voit cependant, suivant lui, que les Grecs employaient le mot *limos* pour les épidémies seulement, tandis que, d'après le passage de Polybe, il reste clairement démontré que cette dénomination était aussi étendue aux épizooties.

En recherchant dans les hippiatres grecs, M. Ercolani a trouvé une citation qui paraît bien se rapporter à la maladie que Polybe veut désigner sous le nom de *limopsoron*, et qui peut, jusqu'à un certain point, donner le sens du texte.

Voici cette citation (1) : « *Traitement et signes de la gale* (sans indication d'auteur). D'abord le corps perd le poil, il devient blanc, il se tire et s'écaille ; l'animal marche lentement, parce qu'il a la peau retirée. Lavez-le avec lessive et eau chaude, etc..... » Et plus bas : « Ensuite lavez-le, frottez-le et arrosez-le avec le vin..... et, sans attendre, faites que ce qu'il mange et boit soit bon. »

Le traitement employé pour les chevaux malades de l'armée d'Annibal est absolument le même : une bonne alimentation et des lotions avec du vin généreux.

L'auteur de ces recherches se demande maintenant à quelle forme morbide chez le cheval, d'après les auteurs modernes, on pourrait comparer le limopsoron ou gale par la faim ; si cette affection serait la même que celle indiquée par l'auteur anonyme grec sous le nom de gale.

M. Ercolani ne s'est point dissimulé combien cette recherche est incertaine, mais on voit qu'il est porté à penser que le limopsoron de Polybe et la gale dont parle l'anonyme grec ne seraient qu'une même affection de nature herpétique, semblable à celle que Haubner, en 1839, dans son *Aufschluss der Hautausschlœge* (*voir* son ouvrage *Heilungslehre, etc.*) place parmi les efflorescences squammeuses, et qu'il spécifie sous le nom d'*herpès squammeux*.

Hering, dans sa *Spezielle Pathologie und Therapeutik* (année 1849, p. 185), affirme aussi qu'on observe fréquemment cette forme herpétique au printemps, qu'elle disparaît en automne pour reparaître l'année suivante. Il y a quelques années, M. O. Delafond a recueilli sur le cheval des faits analogues caractérisant une des formes de l'anémie (*voir* Recueil, *Recherches sur une maladie du cheval peu connue*, années 1851 et 1852), et qu'il indique sous le nom d'efflorescences salines. M. Ercolani a observé, lui aussi, très-fréquemment dans l'Italie centrale cette forme de l'anémie. Le vulgaire désigne encore aujourd'hui cette affection sous le nom de gale d'hiver (*rogna d'inverno*), et il l'attribue bien plus à la rigueur de la saison qu'à la privation des aliments. La gale d'hiver des solipèdes pourrait donc aujourd'hui encore être appelée gale de faim ou limopsoron, comme au temps des Grecs.

C'est à tort assurément, et nous partageons l'opinion de M. Ercolani, que le docteur Kohen, qui a annoté Polybe, dit que la dénomination de gale de faim est tout à fait impropre, quoiqu'il s'appuie sur l'autorité du docteur Joseph Franck qui affirme, lui, que ce n'est pas la faim, mais la malpropreté, qui engendre chez l'homme la *psydracia ab immunditia*. Dans Polybe il est plus question de la maladie des chevaux que de celle des hommes ; c'est de l'homme que Franck voulait parler, et non du cheval, duquel il ne s'occupait pas.

D'après ce que nous venons de rapporter, pourrait-on, avec M. Ercolani, admettre comme conclusion que le limopsoron de Polybe, dont jusqu'à présent il n'a été question ni dans la description des maladies, ni dans l'histoire des épizooties était l'herpès squammeux du cheval des auteurs modernes ?

Il nous semble qu'il manque à la certitude de ces documents un grand nombre d'éclaircissements. Ainsi, dans les recherches de M. Ercolani il est plusieurs fois parlé de gale. Chez les anciens ce mot n'avait certes point la valeur qu'il possède actuellement, et, bien que l'acarus ait été connu depuis longtemps, il est évident qu'aujourd'hui on n'appelle plus gale qu'une affection dans laquelle on rencontre toujours l'acarus ; et il est reconnu que les anciens désignaient sous le nom de gale une infinité de

(1) *Histoires de Polybe*, vulgarisées sur le texte grec par Schweighauser, et enrichies de notes par le docteur Kohen, de Trieste.

(2) Suivant le docteur Kohen, le texte ne veut pas dire autre chose que *mauvaise disposition*. N. Perotto, dans son édition latine faite en 1548, a traduit le mot *limopsoron* par *scabies*. P. du Ryer, dans son édition française faite à Paris en 1655, dit le *farcin* et la gale ; mais sans aucun doute il se sert du mot *farcin* d'une manière générique pour désigner évidemment des éruptions, et non pour déterminer particulièrement la maladie du cheval connue sous le nom de *farcin*. Quoi qu'il en soit, on peut penser que les chevaux qui n'étaient point atteints de gale étaient dans un état plus ou moins voisin de la cachexie, ou déjà cachectiques. (*Note du traducteur.*)

(1) *Hippiatrique* de Grinée, liv. II, chap. 69, p. 109. — *Id.* de Ruel, liv. II, chap. 69, p. 71.

maladies très-différentes. Cela se conçoit d'autant plus facilement qu'aujourd'hui encore plusieurs vétérinaires méconnaissent les différentes éruptions accessoires de la gale, et, les considérant comme des accidents essentiellement symptomatiques, se font des idées très-différentes sur la nature, la marche et la forme de cette maladie dans nos animaux domestiques.

Quoi qu'il en soit, il pourrait être curieux de prendre en considération ces recherches bibliographiques dans l'étude de la gale observée en Crimée pendant la dernière guerre; affection qui a rendu beaucoup de nos chevaux si misérables et qui s'est communiquée à un grand nombre de nos cavaliers.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juin 1857. — Présidence de M. Bussy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Anesthésie. — Une lettre de M. E. Berchon, chirurgien-major du vaisseau l'*Algésiras,* sur le procédé et l'appareil employés dans la marine pour l'inhalation des vapeurs anesthésiques.

— Une lettre de M. Boinet sur un cas d'anesthésie suivie d'accidents graves, mais non mortels.

— M. Wanner adresse une note relative à des expériences sur l'*asphyxie.*

Seringue à vider les abcès. — M. le docteur Bougarel adresse une note sur une pompe à double effet, destinée à vider les abcès et à y injecter des liquides médicamenteux sans pénétration d'air. (M. Poiseuille, rapporteur.)

Glucogénie. — M. Chauveau adresse à l'Académie une nouvelle lettre, en réponse à la note lue par M. Bérard dans la séance du 19 mai.

Vaccine. — M. Falconi envoie une *nouvelle lancette à vaccinations.*

M. le Président annonce la mort de M. Thénard, membre associé de l'Académie. Le bureau a assisté à ses obsèques qui ont eu lieu le matin même.

M. Bouley. Il y a en ce moment trois places vacantes à l'Académie; et je propose qu'une décision soit prise au sujet des élections à faire. Cela serait d'autant plus utile que les candidats auraient encore un certain temps pour faire les lectures à l'appui de leur candidature.

M. le Président. La proposition de M. Bouley sera prise en considération et soumise à l'examen du bureau, à la prochaine séance.

LECTURES.

Auscultation. — M. Collongues donne lecture d'un mémoire sur un *nouveau mode d'auscultation,* qu'il désigne sous le nom de *dynamoscopie.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Guérard, Beau et Barth. [Nous en publierons ultérieurement un extrait.]

Glucosurie des femmes en lactation. — M. Leconte lit un mémoire intitulé : *Recherches sur l'urine des femmes en lactation.*

M. Blot a signalé récemment la présence du sucre dans l'urine des femmes en lactation; M. Leconte voulant étudier les propriétés de ce sucre, fut amené à constater que cette substance n'existait pas dans les urines qu'il eut occasion d'examiner. En cherchant à répéter exactement les mêmes expériences que M. Blot, M. Leconte arriva à reconnaître que plusieurs causes pouvaient induire en erreur l'expérimentateur :

« Les preuves de M. Blot, en faveur de la présence du sucre dans les urines de femme en lactation, sont puisées à trois sources différentes : 1° la *polarisation;* 2° la *réduction du liquide cupro-potassique;* 3° la *fermentation* sous l'influence de la levûre de bière.

« I. La polarisation qui, l'année dernière avait donné entre les mains de deux habiles expérimentateurs, M. Berthelot et M. J. Reguauld, des indices non douteux de la présence du sucre dans les liquides examinés n'a, depuis cette époque, que des résultats négatifs pour les urines des femmes en lactation considérées comme très-riches en sucre, en raison de l'abondance du précipité qu'elles donnaient avec le cupro-tartrate de potasse. Les deux faits de la déviation de la lumière polarisée n'en persistent pas moins, et nul doute qu'en multipliant les expériences polarimétriques, on n'arrive à trouver la raison de ces contradictions qui peuvent n'être qu'apparentes.

« II. La fermentation alcoolique est, après l'extraction directe, le caractère le plus certain pour démontrer la présence du sucre, à la condition de se mettre à l'abri des causes d'erreur, qui sont assez nombreuses. Ces causes sont : 1° l'altération spontanée qu'éprouve la levûre de bière au contact de l'air, dans un temps qui peut être très-court, mais qui varie avec la température; la levure achetée chez les boulangers présente fréquemment cette altération ; 2° un contact trop prolongé de la levûre avec les substances organiques contenues dans le liquide que l'on veut faire fermenter; 3° une température trop élevée et trop longtemps soutenue.

. . . .

« III. Le liquide bleu de Barreswill et celui de Fehling peuvent souvent induire en erreur dans la recherche du sucre; cependant, on peut conclure avec certitude qu'il n'y a pas de sucre dans le liquide sur lequel on opère, s'il ne réduit pas les réactifs précédents. Les corps qui peuvent réduire le cupro-tartrate de potasse sont nombreux : tous les corps réducteurs sont dans ce cas, tels sont l'acide sulfureux, les sulfites, l'aldéhyde, le chloroforme, l'acide tannique, la salicine, l'acide urique, etc. Ces corps réduisent les liquides bleus lors même qu'ils renferment une grande quantité d'alcalis caustiques; mais quand l'alcali vient à être saturé partiellement, soit par l'acide carbonique de l'air, ce qui arrive aux liquides préparés depuis longtemps, soit par une liqueur acide quelconque, la réduction devient très-facile en présence d'un grand nombre de matières organiques; il m'a même été possible d'obtenir la réduction de liquides bleus anciens, rien qu'en les portant à l'ébullition, après les avoir étendus d'eau distillée. »

M. Leconte termine son mémoire par les conclusions suivantes :

« 1° Il n'existait pas de sucre dans les urines des femmes en lactation que j'ai examinées; les nombreuses analyses immédiates que j'ai faites appuient toutes cette conclusion ;

« 2° Il m'a été impossible d'obtenir une fermentation alcoolique avec les urines que j'ai examinées et de la levûre de bonne qualité;

« 3° Toutes les urines peuvent réduire les liquides bleus un peu anciens; les causes de cette réduction peuvent être multiples : la présence de l'acide urique m'a paru être la plus énergique, puisque ce corps réduit les liquides bleus même récemment préparés;

« 4° Les urines de femmes en lactation m'ont présenté moins d'urée et plus d'acide urique que les urines normales, ce qui facilite la réduction du liquide bleu ;

« 5° La quantité d'eau et de matières solides dans les urines de femmes en lactation est à peu près la même que dans l'urine normale. »

Le travail de M. Leconte est renvoyé à l'examen d'une Commission composée de MM. Depaul, Poggiale et Wurtz.

M. Baillarger lit un travail intitulé : *De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques.*

DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE.

M. Larrey n'ayant pas laissé son discours à l'Académie, nous sommes obligés d'en différer la publication.

La séance est levée à quatre heures trois quart.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 78. 5e année. Mardi 30 Juin 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois.. . . . 7 fr. 6 mois.. . . . 12 fr. 1 an.. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

De l'urétrotomie,

Réponse à une lettre de M. SYME, d'Edimbourg, dans laquelle ce chirurgien compare l'urétrotomie externe avec l'urétrotomie interne.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR LA PREMIÈRE DE CES OPÉRATIONS,

Extraites d'un mémoire adressé à l'Académie de Médecine pour le prix d'Argenteuil (1856),

Par le Dr REYBARD, de Lyon.

Peu de temps après que l'Académie impériale de Médecine eut couronné mon mémoire sur les rétrécissements du canal de l'urètre, M. le docteur Syme, d'Édimbourg, adressa à M. le président de cette savante Assemblée une lettre sur l'urétrotomie externe.

Jusqu'à ces jours derniers, le contenu de cette lettre m'était resté inconnu; j'ignorais qu'elle eût pour but la comparaison de l'urétrotomie externe avec l'urétrotomie interne, et surtout j'étais loin de penser que l'auteur, après avoir proposé son opération pour les cas réfractaires à la dilatation, que nous avions adjugés à notre méthode, l'eût encore présentée comme plus simple, plus facile d'exécution et moins dangereuse que la nôtre.

Bien que les paroles de M. Syme ne nous aient pas été adressées directement, nous ne pensons pas moins qu'elles nous concernent personnellement; aussi nous croyons-nous obligé d'y répondre. C'est, du reste, dans un but exclusivement scientifique et avec la franchise qui nous est habituelle que nous prendrons la plume.

Pour être appréciée, notre réponse, on le comprend, devra être précédée de la lettre du professeur écossais. En voici la copie :

LETTRE DE M. SYME

Au Président de l'Académie impériale de Médecine de Paris (mai 1853).

Le *Bulletin de l'Académie* du 12 septembre dernier contient le rapport de la Commission nommée pour examiner les droits des candidats au prix du marquis d'Argenteuil, pour les perfectionnements apportés dans le traitement des maladies de l'urètre, et particulièrement des rétrécissements de ce canal. Je n'ai nullement l'intention de mettre en doute la justice de la décision prise par cette Commission; je n'ai point concouru et

FEUILLETON.

Essai sur la philosophie de la médecine.

Lettres à M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

—

VINGT-DEUXIÈME ET DERNIÈRE LETTRE.

THÉRAPEUTIQUE.

—

DES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES ET DES MÉDICATIONS.

Les encyclopédistes philosophes ont longuement disserté sur le sens du mot *méthode*. Il signifie simplement pour moi : « *Un ensemble raisonné de moyens pour atteindre un but.* » En thérapeutique, le temps et les écoles ont mis en vogue diverses méthodes.

Sur ce sujet, les discussions de la scolastique nous semblent peu concluantes : par leur nature même, elles se condamnaient à aboutir à des divisions systématiques incomplètes; à des redites, à la confusion. La raison en est que ceux-ci ont pris le sens du mot *méthode* par rapport à l'effet produit d'une médication, tandis que ceux-là l'ont interprété par rapport au procédé du médecin. On a ainsi confondu les systèmes et les méthodes, l'instrument et l'idée, le but et les moyens.

Barthez, auquel il appartenait plus qu'à personne de discuter un tel sujet, divisait les méthodes de traitement en *naturelles*, *analytiques* et *empiriques*. Il ne nous paraît pas que ces trois dénominations soient à la fois distinctes et complètes. Exemple :

A la suite de fièvres paludéennes prolongées, l'œdème des extrémités inférieures se déclare sur un sujet donné : cette affection est accompagnée d'anémie, les urines sont rares et très-sédimenteuses. On tonifie l'état général avec des ferrugineux; on augmente et facilite la sécrétion urinaire par des boissons nitrées — le malade guérit. Laquelle des trois méthodes thérapeutiques a-t-on suivie dans ce cas? Aucune spécialement, et toutes les trois ensemble, ainsi qu'il est facile de l'établir. En effet :

1° « Les *méthodes naturelles* — écrit le savant chancelier de Montpellier — ont pour objet direct de préparer, de faciliter et de fortifier les mouvements spontanés de la nature, qui tendent à opérer la guérison d'une maladie. »

Or, en provoquant de larges évacuations urinaires, nous avons *préparé, facilité* et *fortifié un mouvement spontané de la nature. Usage de la méthode naturelle.*

sa décision ne me concerne pas; mais mon nom a été introduit dans le rapport. L'on y a donné une idée fort erronée de l'opération que j'ai imaginée pour la cure des rétrécissements invétérés. Je suis persuadé que les membres de l'Académie, lorsqu'ils sauront jusqu'à quel point ma méthode a été mal interprétée, n'hésiteront pas à l'affranchir d'un reproche qui, je crois pouvoir le leur démontrer, n'a pas le moindre fondement.

Le rapport établit que mon opération est plus grave que celle de M. Reybard, puisqu'elle exige la division de toutes les parties molles du périnée, et elle est traitée de mesure extrême, dont l'emploi, tout en prouvant la gravité de la maladie, rehausse en même temps la valeur du procédé plus doux de M. Reybard.

Je ne veux pas, dit votre rapporteur, faire de comparaison entre l'urétrotomie de M. Syme et celle de notre compatriote. Ces deux méthodes sont, en effet, peu comparables au point de vue de la médecine opératoire. Permettez-moi de faire ce que votre Commission considère comme inadmissible, c'est-à-dire de comparer les deux opérations 1° dans leur exécution ; 2° dans leurs effets.

L'opération de M. Reybard se fait en introduisant dans le rétrécissement une gaîne contenant une lame à laquelle on peut donner l'écartement nécessaire, au moyen d'une tige centrale; mais comme un semblable appareil ne pourrait franchir un rétrécissement fort étroit, on nous dit que le malade doit être préparé par une dilatation suffisante pour admettre l'urétrotome, et que si ce procédé est trop lent ou trop douloureux, on doit avoir recours à la scarification de la partie rétrécie. On ajoute que quelle que soit la forme du rétrécissement, l'incision doit toujours être dirigée latéralement, de manière à éviter les artères bulbeuses placées inférieurement. Je maintiens qu'il y a ici une erreur anatomique qui peut avoir les conséquences les plus graves dans la pratique : les artères du bulbe sont situées, non en dessous, mais sur les côtés du canal, et sont ainsi en danger d'être atteintes par toute incision qui n'est point strictement bornée à la ligne médiane correspondante au raphé du périnée.

Dans le traitement consécutif de cette incision, qui doit être, dit-on, de 5 à 6 millimètres de profondeur et de 6 centimètres de longueur, M. Reybard fait passer dans l'urètre soit un dilatateur métallique dont les branches peuvent s'écarter, ou un sac dilatable par le mercure, et répète ce procédé chaque jour, pendant quatre à cinq semaines.

Dans mon opération, on introduit dans le rétrécissement un conducteur cannelé, d'une dimension telle qu'il puisse produire un écoulement de sang douloureux, et j'affirme qu'il n'y a point de rétrécissement qui n'admette un instrument de cette espèce. Les cuisses du malade étant alors relevées, une incision d'environ 4 centimètres de longueur est faite exactement sur la ligne médiane du périnée, à travers les téguments et le fascia. L'opérateur tenant le conducteur de la main gauche, guide le bistouri sur l'index de la main droite, de manière à insérer la pointe dans la cannelure, au bulbe même, puis le porte en avant à travers toute la partie contractée du canal. Dans quelque partie de l'urètre que soit située le rétrécissement, l'opération se fait de même; mais comme on n'en rencontre jamais au delà de la portion bulbeuse, il n'est jamais nécessaire de diviser, ainsi que le dit votre rapporteur, toute l'épaisseur de la partie molle du périnée, ni même autre chose que les téguments, le fascia et le corps spongieux. De plus, l'incision étant faite sur la ligne médiane, les artères principales du corps spongieux restent à l'abri de toute atteinte, et une hémorrhagie ne peut avoir lieu. Un cathéter d'argent, de grosseur moyenne, est maintenu dans la vessie pendant deux jours, et le seul traitement consécutif consiste à introduire parfois dans le canal, après dix ou douze jours, et même après autant de semaines, une bougie de volume ordinaire.

Quant à l'effet des deux opérations, il faut remarquer que M. Reybard soutient que tous les rétrécissements dépendent de la formation d'un nouveau tissu, qui dans tous les cas exige, pour que la cure soit complète, une division longitudinale étendue, et aussi que l'urétrotomie est inapplicable aux rétrécissements denses et non dilatables qui se présentent chez les vieillards ou chez les individus de mauvaise santé, rétrécissements pour lesquels il croit que des moyens palliatifs sont plus convenables.

On peut conclure de tout cela que dans les cas soumis à l'opération par M. Reybard, les rétrécissements n'étaient point de la classe la plus invétérée ou la plus rebelle au traitement ; en effet, dans les sept cas mentionnés dans le rapport comme ayant été guéris par M. Reybard, il n'est question ni de la durée de la maladie, ni de sa persistance, ni de la non réussite du traitement antérieur ; je soutiens que les rétrécissements varient dans leur nature, les uns cédant et les autres résistant à la dilatation, et une troisième espèce cédant à l'action des bougies, mais sans qu'il en résulte aucun avantage, à cause d'une disposition élastique et rétractile des tissus, qui laisse reparaître immédiatement les symptômes.

Au moyen de la simple bougie métallique, je guéris généralement les formes ordinaires des rétrécissements; et même dans des cas qui ont une durée de vingt ans et plus, je compte, en

---

2° « Les *méthodes analytiques*, continue Barthez, sont celles où, après avoir décomposé une maladie, dans les affections essentielles dont elle est le produit...., on attaque directement ces éléments de la maladie par des moyens proportionnés à leurs rapports de force et d'influence. »

En analysant les deux symptômes d'anasarque et d'anémie, de façon à les attaquer chacun par une médication spéciale, le fer et le nitrate de potasse, nous avons *décomposé la maladie dans ses affections essentielles. Usage de la méthode analytique.*

3° « Les *méthodes empiriques* du traitement d'une maladie sont celles où l'on s'attache directement à en changer la forme entière par des remèdes qu'indique le raisonnement fondé sur l'expérience de leur utilité dans des cas analogues. »

En employant le nitrate de potasse pour déterminer un surcroît de sécrétion rénale, nous savions *par expérience* qu'un semblable résultat avait été obtenu par nous dans des cas analogues. *Usage de la méthode empirique.* Disons seulement que les deux mots *méthode* et *empirisme* se choquent. Un empiriste suit une *routine :* du moment où il raisonne, il n'est plus empirique.

Cet exemple doit suffire à démontrer que la division générale de Barthez manque de clarté. Sa classification des méthodes en thérapeutique est extrêmement confuse.

M. d'Amador, ancien professeur de pathologie générale, reconnaissait, comme Barthez, trois grandes méthodes de traitement : les *naturelles*, les *imitatrices* et les *antagonistes.* Cette classification est passible des mêmes objections que la précédente. En effet, lorsque dans le début d'une maladie inflammatoire, la nature provoque une hémorrhagie critique, la *nature* qui oppose la débilitation à l'hypersthénie, fait de l'*antagonisme*, quand un écoulement de la muqueuse vaginale est guéri par un flux catarrhal *naturellement* établi sur un autre point, la nature est *imitatrice.*

Fordyce, le contemporain anglais de Barthez, donne une division de méthodes thérapeutiques plus compliquée et guère moins obscure que les deux dont nous venons de parler.

Stahl me semble beaucoup moins diffus et infiniment plus large, lorsqu'il admet seulement deux grandes méthodes : les *naturelles* et les *spécifiques*. Cela n'a rien de doctrinal, mais l'on comprend très-bien comment les principaux modes de traitement peuvent se ranger dans ces deux catégories. J'estime qu'on pourrait de même faire rentrer toutes les méthodes thérapeutiques dans les deux classes suivantes : *imitatrices* et *antagonistes.* En effet, que l'on fasse de la médecine *symptomatique*, *empirique*, *analytique*, *expectante*, *palliative* ou *préventive*, on seconde toujours la nature quand la résultante de ses tendances est curative (imitation); ou bien on enraye son

règle générale, sur le succès de cette méthode, n'appliquant mon opération qu'au nombre relativement petit des cas qui par leur persistance peuvent être considérés comme des exceptions; ainsi, j'ai à présent en traitement un malade qui est venu de Montréal pour se soumettre à l'opération, après des essais prolongés et faits avec soin des moyens ordinaires de traitement.

Presque tous les cas dans lesquels j'ai opéré offraient un caractère semblable de persistance, et je n'ai jamais considéré l'âge ou la santé des malades comme un obstacle à l'opération.

Dans ces circonstances, on ne peut guère s'attendre à ce que les effets immédiats de l'opération soient moins graves que ceux de l'opération adoptée par M. Reybard, car il paraît que dans trente-deux cas d'opérations faites par lui, un des malades a succombé. Cependant, soixante-six malades ont été opérés par moi, et je n'en ai pas perdu un seul. Dans ces trente-deux cas de M. Reybard, l'hémorrhagie s'est manifestée dix fois; dans mes soixante-six cas, elle ne s'est pas produite une seule fois. Dans tous les cas de M. Reybard, l'écoulement de sang a continué de quatre à cinq jours; dans les miens, il n'a jamais duré plus de quatre à cinq heures.

Je soutiens, par conséquent, que mon opération est plus simple, plus certaine et plus à l'abri d'accidents que celle de M. Reybard, et qu'elle s'applique d'une manière plus étendue aux cas qui ont résisté aux autres modes de traitement.

Vingt-cinq ans se sont écoulés depuis que Staffort, de Londres, a proposé de guérir les rétrécissements par une incision interne, et il y a dix ans j'ai employé cette méthode dans un cas qui avait résisté à tous les moyens de traitement connus. J'ai divisé l'urètre dans une aussi grande étendue que M. Reybard, au moyen d'un instrument qui consistait, comme le sien, en une gaîne renfermant une lame dont la saillie était produite par une tige centrale : telle était même l'étendue de la division, que sans aucune dilatation subséquente les instruments les plus volumineux ont pu être passés avec facilité; mais j'ai trouvé que le soulagement du malade n'avait eu que quelques jours de durée, et j'en ai conclu que cette opération ne pouvait guérir les rétrécissements les plus invétérés. La même opinion est, presque sans aucune exception, partagée par tous les chirurgiens de ce pays, et est le résultat d'une expérience longue et variée.

En résumé, j'établis comme base de tout ce que je viens d'avancer :

1° Qu'il n'y a point de rétrécissement réellement infranchissable, et qu'avec du temps et du soin on peut, dans tous les cas, faire passer à travers un instrument qui sert de guide au bistouri;

2° Que dans les rétrécissements qui ne peuvent être guéris par la simple dilatation, on ne peut produire de soulagement efficace qu'au moyen d'une division étendue de la partie contractée du canal;

3° Que cet objet ne peut être atteint avec certitude et sûreté que par une incision externe sur une ligne correspondante au raphé du périnée et avec l'aide d'un conducteur cannelé passé dans le rétrécissement;

4° Que le seul traitement consécutif nécessaire est l'introduction, pendant quarante-huit heures, d'un cathéter, et l'usage subséquent, et à des intervalles éloignés, d'une bougie de volume ordinaire;

5° Que si l'opération est convenablement faite, il n'y a à craindre ni hémorrhagie, ni extravasation de sang, ni ouverture fistuleuse.

RÉPONSE DE M. REYBARD

à la lettre de M. Syme.

Avant de discuter les différents paragraphes de la lettre de M. Syme, qu'on me permette de dire, en passant, qu'il n'est pas fondé de s'attribuer la découverte (méthode que j'ai imaginée) d'une opération connue depuis des siècles; il est à regretter que dans cette lettre, M. Syme n'ait pas aussi cherché quelles pouvaient être les analogies des deux méthodes dont il a voulu établir le parallèle. Pourquoi passer sous silence le mécanisme suivant lequel le canal s'élargit? Est-ce oubli, est-ce ignorance de sa part? J'ose à peine soulever cette question, et cependant il ne me sera pas difficile de démontrer qu'il a méconnu la portée de ces opérations. Mais entrons en matière.

Comparaison des procédés d'urétrotomie intra et extra-urétrale.

Autant qu'il nous sera possible, nous suivrons la marche adoptée par M. Syme; ainsi : 1° nous comparerons les deux méthodes sous le rapport des divers rétrécissements auxquels ces opérations s'appliquent plus spécialement; 2° nous les examinerons sous le rapport de leur exécution, c'est-à-dire quelle est la plus facile, quelle est la plus sûre pour le chirurgien; 3° nous chercherons les accidents, les dangers qu'elles peuvent entraîner; 4° il sera nécessaire de passer en revue le traitement consécutif qu'elles réclament; 5° nous examinerons en dernier lieu l'élargissement du canal, dont elles font bénéficier le malade. C'est en procédant de la sorte qu'il nous sera possible de faire apprécier leur valeur respective et de mettre en évidence la supériorité de l'une et l'infériorité de l'autre.

---

travail lorsqu'il est entièrement et évidemment pernicieux (antagonisme).

Mais en fait, toutes ces divisions n'offrent rien de nécessaire ni de vraiment scientifique. Aussi bien, pour nous, le plan pathologique de cette étude ne nous permet pas de nous placer sur ce terrain, qui n'est pas celui de la philosophie médicale.

Car la philosophie reconnaît une méthode unique, également applicable à toutes les sciences : c'est la méthode de l'*analyse* et de la *synthèse combinées*. Elle doit s'adapter à la thérapeutique. En effet, le médecin qui guérit se trouve partout et toujours en face des deux faits suivants : un malade qui offre des symptômes donnés; une thérapeutique qui présente des moyens spéciaux. Donc, analyser scrupuleusement dans leur cause et leurs effets les éléments d'une maladie, reconstituer ces symptômes de façon à en déduire, par synthèse, une individualité nosologique, d'une part; d'autre part, analyser de même les moyens thérapeutiques, afin de reconnaître ceux qui s'adaptent le mieux à la maladie; les combiner synthétiquement dans leur application au point de vue du résultat à produire : là est la seule méthode générale qui englobe toutes les autres.

Avec cette simple donnée, reportons-nous maintenant à notre division pathologique : toutes les affections sont dominées, avons-nous dit, par trois grands états morbides : *hypersthénie*, *hyposthénie*, *diasthénie*.

Notre méthode nous conduit de même à trois médications générales, calquées sur ces trois états :

Etat hypersthénique. . . .	Médication contro-stimulante.
Etat hyposthénique. . . .	Médication tonique.
Etat diasthénique. . . .	Médication révulsive.

Il est évident que nous attachons au mot *révulsif* un sens plus étendu que celui qu'on lui donne habituellement en thérapeutique. Toutes les fois que des forces vitales divergées sont ramenées par un traitement à leur rôle normal, il y a eu révulsion (*revellere*).

C'est chose facile, maintenant, de faire dériver, *sans forceps*, toutes les médications, aujourd'hui reconnues, de ces trois grandes divisions. Prouvons-le :

La médication *stimulante* est en même temps tonique (paralysies cédant à l'électricité).

La médication *débilitante* est en même temps contro-stimulante (usage de la saignée).

La médication *vomitive* est en même temps révulsive (succès de l'ipéca dans certaines formes du choléra).

I. *Peut-on, sans distinction de siége, attaquer, sans inconvénient, le rétrécissement par l'une ou l'autre méthode d'urétrotomie?* — M. Syme n'a pas résolu cette question; elle nous semble cependant de la plus haute importance. Ainsi, j'admets que l'on ne doit soumettre à l'urétrotomie interne que les rétrécissements seulement inguérissables par la dilatation; mais au moins, avec mon urétrotome, toutes les lésions, sans distinction de siége, peuvent être attaquées; il suffira, par exemple, d'ajouter un bout de sonde recourbé, soit en gomme, soit en métal, et il sera possible d'atteindre les coarctations des régions les plus profondes de l'urètre. On les divisera alors sans plus d'inconvénient que celles de la région pénienne. On pourra même se servir de cet instrument pour diviser l'orifice vésical du réservoir urinaire, la prostate et la valvule du col.

Suivant moi, au contraire, les rétrécissements seuls de la région périnéale seraient justiciables de l'urétrotomie interne. Telle est du moins mon opinion; elle est soutenue aussi par bien des auteurs; ainsi, par M. Civiale, un de nos lithotomistes les plus distingués « on ne saurait, dit-il, conseiller cette opération, au moins inutile, et qui peut être suivie de ces fistules urétrales difficiles à guérir dans cet endroit; » par M. Guthrie, président du Collége royal des chirurgiens de Londres; par M. Sédillot « je doute, dit le savant professeur de Strasbourg, qu'on puisse fendre avantageusement l'urètre et les téguments de la portion spongieuse correspondante au scrotum. » Ainsi, en admettant que l'urétrotomie externe fut plus simple que ma méthode, sa rivale, elle ne pourrait encore être appliquée qu'à un très-petit nombre de rétrécissements.

II. *Comparaison de ces deux méthodes sous le rapport de leur exécution; quelle est la plus simple, la plus facile et la plus sûre?* — M. Syme a prétendu que l'urétrotomie externe l'emportait sur l'urétrotomie interne: 1° en divisant, dit-il, les tissus sur la ligne médiane, on évite ainsi les artères bulbeuses; 2° on peut épargner les tissus du périnée, puisque l'on ne rencontre pas de rétrécissement au delà de la portion bulbeuse. Mais n'est-ce pas émettre autant d'opinions paradoxales qui méritent à peine d'être discutées? En supposant, en effet, qu'il ne se rencontre pas de rétrécissement au delà de la région bulbeuse, ne serait-on pas obligé de diviser encore le périnée dans toute son épaisseur pour atteindre ceux (et ce sont les plus nombreux) qui siégent à la jonction de cette région avec la région membraneuse.

Vainement M. Syme voudrait-il nous faire croire que son opération est plus facile que la nôtre, parce qu'il pense l'avoir réduite en une simple incision, en la pratiquant pour ainsi dire en un seul temps. En effet, si cette manière d'opérer paraît plus simple en théorie, combien, en revanche, n'est-elle pas plus dangereuse et moins sûre, en pratique, que celle dans laquelle on coupe, couche par couche et successivement, les tissus du périnée et ceux de l'urètre?

On ne saurait considérer, avec le promoteur de l'urétrotomie externe, que cette opération est plus simple que l'urétrotomie interne, parce que, en pratiquant cette dernière, on est le plus souvent obligé de recourir à la dilatation du rétrécissement. Ce traitement préparatoire, affirme M. Syme, est inutile pour son opération. Dès qu'il y a un pertuis par lequel l'urine s'écoule, on peut, avec de la patience et de l'adresse, le traverser constamment avec un cathéter métallique très-délié.

Je suis loin de partager l'opinion de l'auteur sous ces différents points de vue. L'expérience de tous les jours démontre, en effet, que les rétrécissements étroits qui laissent couler l'urine sont très-difficilement traversés avec les bougies métalliques de petite dimension; il en est même un grand nombre qu'on peut traverser avec des bougies en gomme d'un certain volume, coniques et pointues ou terminées par un bout olivaire, et qui ne peuvent pas être cependant franchies avec un cathéter rigide du plus petit volume; ce sont même ces grandes difficultés pour traverser avec un instrument rigide, qui m'ont donné l'idée d'adapter à mon urétrotome un bout de sonde ou de bougie en gomme, droit ou courbe. En agissant ainsi, on facilite beaucoup l'introduction de l'instrument dans la partie rétrécie. Au surplus, réussirait-on toujours à traverser un rétrécissement avec un cathéter filiforme, je n'en conseillerais pas moins d'en dilater un peu l'ouverture avant l'opération; je vais plus loin, je ferais même au chirurgien une obligation de recourir à ce traitement préparatoire, ne serait-ce que pour émousser la sensibilité du canal et du rétrécissement et prévenir ainsi les accès fébriles dont s'accompagnent si souvent les premières introductions. Ainsi, le conseil donné par M. Syme, d'opérer d'emblée, c'est-à-dire sans dilatation préalable, me paraît bien peu rationnel; outre les difficultés du cathétérisme, le danger des fausses routes, cette pratique n'expose-t-elle pas constamment le chirurgien à soumettre à l'urétrotomie les rétrécissements qu'on aurait pu guérir par la simple dilatation?

Mais l'urétrotomie externe serait-elle plus facile que l'urétrotomie interne, elle ne pourrait encore passer pour être aussi simple que cette dernière. Il suffit d'avoir vu opérer par ces deux procédés pour être fixé sur leur compte à cet égard. Je pourrais, au surplus, invoquer, pour ce qui regarde mon opération, le témoignage de MM. les académiciens qui ont fait partie des deux Commissions du premier concours pour le prix d'Argenteuil; ils peuvent, en effet, attester que les seize malades que

---

La médication *sudorifique* est en même temps contro-stimulante (courbatures cédant à une diaphorèse).

La médication *astringente* est en même temps tonique (rathania et tannin contre les diarrhées atoniques).

La médication *éméto-cathartique* est aussi contro-stimulante (dans le début des pneumonies).

La médication *antispasmodique* est aussi contro-stimulante (assafœtida dans l'hystérie).

La médication *emménagogue* est aussi révulsive (menstrues ramenées).

La médication *tétanique* est aussi tonique (strychnine dans l'amaurose torpide).

La médication *narcotique* est contro-stimulante (opium, laudanum, solanées).

La médication *expectorante* peut être contro-stimulante (dans les catarrhes aigus).

La médication *aphrodisiaque* est tonique (cantharides, phosphore, vanille contre l'atonie génitale).

Les médications *purgative*, *dérivative*, *laxative*, sont contro-stimulantes (embarras gastriques).

La médication *diurétique* est un bien énergique contro-stimulant (quand, par exemple, le stimulus morbide est de nature hydropique).

La médication *altérante* est tonique, parce qu'elle doit sa dénomination à ce qu'elle altère le virus (iode, potassium; le *mercure*, qui altère sans tonifier, ne doit jamais être employé que lorsque l'effet attendu ne peut être produit que par lui).

La médication *substitutive* est tonique, contro-stimulante ou révulsive, suivant l'élément morbide auquel elle se substitue.

La médication *hydrothérapique* est révulsive.

Nous ne poursuivrons pas plus loin un parallèle qui deviendrait fastidieux. Ces faits suffisent, nous le pensons, pour justifier notre division, dont le plan, en rapport avec notre ordre pathologique, concorde en outre avec la théorie dynamique exposée dans la partie physiologique de cet *Essai*.

Ainsi se trouve terminée une étude dont la rapide esquisse nous semble cependant complète. Puisse le lecteur, et vous, cher correspondant, l'avoir suivie avec quelque intérêt.

Salut bien fraternel. Dr ARMAND DE FLEURY (de Mansle).

FIN.

j'ai opérés en leur présence à l'Académie même, n'ont accusé ni douleurs, ni laissé échapper une seule plainte, à ce point que plusieurs de ces messieurs en ont été étonnés : quelques-uns avaient même d'abord pensé que l'impassibilité des malades était simulée.

Ainsi, mon opération est plus simple que la boutonnière ; on peut opérer par elle sans éthériser, presque sans prévenir le sujet. Après l'urétrotomie externe, le patient est obligé de garder le lit jusqu'à cicatrisation de la plaie ; après l'urétrotomie interne, cet assujettissement n'est nullement exigible. Mais, direz-vous, comment croire à cette simplicité que vous vantez autant, lorsque vous faites cependant aux chirurgiens une obligation si formelle de préparer les malades, de les entourer de tant de soins, de tant de précautions ? C'est que l'expérience m'a appris que les opérations les plus simples, pratiquées dans l'urètre, étaient quelquefois suivies d'accidents graves et de réactions mortelles ; or, la crainte de ces accidents et d'un revers ne suffit-elle pas pour éveiller l'attention du praticien et lui faire un devoir de ne rien négliger pour les prévenir.

Il nous reste encore, pour examiner complétement la question de l'exécution opératoire, à savoir si dans les deux opérations d'urétrotomie, les rétrécissements et les parois de l'urètre peuvent être sectionnés dans toute leur épaisseur, dans la même étendue et avec la même régularité.

On eut pu croire *à priori* qu'on devait obtenir ce résultat avec plus de certitude et de précision en procédant de dehors en dedans, surtout lorsque l'incision est pratiquée sur une grosse sonde cannelée. Il n'en est rien cependant, depuis que j'ai perfectionné mon urétrotome en réalisant un instrument tranchant et un instrument de dilatation. On divise alors les parties avec autant de précision, avec autant de certitude que si l'on agissait de dehors en dedans.

III. *Accidents et dangers des deux opérations d'urétrotomie.* — Quelle est, de ces deux opérations, la plus grave et la plus dangereuse?

L'urétrotomie interne serait plus grave, dit M. Syme, que l'urétrotomie externe, parce que j'aurais recommandé de ne pas l'appliquer aux rétrécissements des vieillards, des valétudinaires ou des individus épuisés; mais le conseil de s'en abstenir dans ces cas, ne doit pas plus laisser présumer que mon opération est dangereuse, que ne pourrait le laisser supposer le conseil de n'opérer les malades qu'après les avoir préparés convenablement.

J'ai rarement pratiqué mon opération chez des hommes d'un âge très-avancé : dans ces circonstances, j'ai pu presque toujours franchir les rétrécissements et les dilater aisément. On peut en déduire que, chez les vieillards, les coarctations ne sont plus accompagnées de ces spasmes qui, chez les jeunes sujets, jouent un rôle si important. Chez les premiers, du reste, la difficulté dans l'émission des urines vient surtout et de l'altération de la prostate et de celle de la vessie ; mais c'est surtout en comparant les accidents et les revers dont ces opérations ont été suivies, qu'on pourra apprécier leur gravité.

A. *Comparaison des deux méthodes sous le rapport des accidents.* — M. Syme avance que l'urétrotomie externe est moins grave que mon opération, parce que, sur 66 malades qu'il a opérés, il n'a pas eu un seul cas d'hémorrhagie, tandis que, sur 32 de mes opérations, cet accident s'est présenté dix fois ; sous ce rapport, l'urétrotomie interne serait en réalité plus dangereuse que l'externe. Mais que l'on permette de faire observer que, sur ces 10 cas d'hémorrhagie, neuf fois l'accident s'est arrêté de lui-même (une seule fois, dit en effet le savant M. Robert, dans son rapport pour le concours d'Argenteuil, M. Reybard a cru devoir la maîtriser en exerçant la compression sur le trajet de l'urètre).

Quoiqu'il soit difficile de concevoir pourquoi l'hémorrhagie est plus forte après l'une qu'après l'autre de ces opérations, puisque ce sont les mêmes tissus et les mêmes vaisseaux qui sont intéressés, je suis cependant obligé de convenir qu'elle est plus fréquente après l'urétrotomie interne qu'après l'urétrotomie externe. Serait-ce que, après cette dernière, la plaie étant extérieure et exposée à l'air, ses vaisseaux, qui se resserrent et se crispent plus énergiquement, cessent plus tôt de verser du sang? Je l'ignore; toutefois, je suis loin de penser, avec M. Syme, que l'hémorrhagie soit plus fréquente, parce que, en incisant latéralement le canal, je coupe plus sûrement les artères bulbeuses, qui, selon lui, se remarquent sur les parois latérales, et qu'il prétend les éviter en incisant par sa face inférieure ; je soutiens, en effet, que ces vaisseaux sont situés sur la face inférieure de l'urètre, et qu'ils ne sont pas coupés dans l'incision latérale. Au surplus, je dirai en passant que leur lésion par l'un ou par l'autre procédé d'urétrotomie ne saurait constituer un danger susceptible de faire rejeter cette opération ; je le redoute même si peu que, sachant les artères bulbeuses sur la face inférieure du canal, je conseille cependant aujourd'hui d'inciser de préférence de ce côté, dans les rétrécissements des régions profondes surtout, à cause de 3 à 4 cas d'hémorrhagie grave, que j'ai observée en l'incisant latéralement au niveau du bulbe ; le sang s'échappait, en effet, avec tant d'abondance, après ces opérations, que je n'ai pu m'empêcher d'en rapporter la source à la lésion d'une des divisions de l'artère honteuse, autre que l'artère bulbeuse.

Mais resterait-il démontré que l'hémorrhagie est plus forte et plus fréquente après ma section? Je suis loin de trouver dans cet accident une raison suffisante pour faire préférer l'urétrotomie externe? Toujours, en effet, la compression du canal à travers le périnée maîtrise l'écoulement du sang. Il suffit d'un bandage approprié et convenablement placé ; on ne saurait s'en passer. Pour moi, je n'ai peut-être jamais fait une seule urétrotomie dans les régions profondes du canal sans le mettre en place. De quel secours ne peut-il pas vous être, si l'hémorrhagie, et cela arrive souvent, si l'hémorrhagie, dis-je, ne se déclarait que plusieurs heures après. Inutile, je crois, de faire ressortir que la compression doit se faire directement sur la plaie, et même plutôt en arrière qu'en avant; en agissant ainsi, on ne peut pas forcer le sang à se porter dans la vessie.

On pourrait croire, d'après la lettre de M. Syme, que l'hémorrhagie est le seul accident qui puisse se manifester après les opérations d'urétrotomie, puisqu'il ne les a comparées que sous ce point de vue : il n'ignore cependant pas qu'elles peuvent être suivie d'infiltration d'urine, d'abcès, d'inflammation, de gangrène, de phlébite, de résorption purulente, de fièvre de mauvaise nature, etc. Je ne les comparerai pas non plus sous tous ces divers rapports, je ferai seulement remarquer que ces accidents sont bien plus communs après l'urétrotomie externe qu'après l'urétrotomie interne.

B. *Comparaison des opérations d'urétrotomie, sous le rapport de leurs revers.* — M. Syme prétend que son opération est moins dangereuse que celle par mon procédé ; pour preuves il avance qu'il a opéré 66 malades sans un seul mort ; j'ai pour moi 32 cas et une mort.

En admettant que le chirurgien anglais n'ait réellement pas perdu plus de malades (à la date de sa lettre à l'Académie), il ne s'ensuit pas que sa méthode soit moins dangereuse que la nôtre. En récapitulant la statistique générale, le résultat nous paraîtra bien différent. Certes, en voyant tant de praticiens habiles rapporter un si grand nombre de cas de mort (proportion gardée à leurs opérations), faut-il croire la chronique qui prétend que tous les revers n'auraient pas été accusés? En résumé, tout compte fait, le nombre des malades qui ont succombé après l'urétrotomie externe est plus grand que celui des malades qui ont succombé après l'urétrotomie de dedans en dehors.

Ainsi, mortalité après l'urétrotomie périnéale.

La *Revue médico-chirurgicale* (t. XVII, p. 36), nous apprend que les urétrotomies périnéales faites en Angleterre s'élèvent à 153. Sur ce nombre M. Syme en a pratiqué 108 ; il n'a perdu que deux malades. Sur les 45 qui ont été opérés par des chirurgiens anglais, quatre auraient succombé.

En France, cette opération n'aurait été pratiquée que quinze fois, savoir :

Par M. Sédillot, six fois, deux morts, ci.	2
Par M. A. Richard, deux fois, un mort, ci.	1
Par M. Barrier (de Lyon), sept fois, trois morts, ci. .	3
Total des opérations d'urétrotomie externe.	168
Total des morts, douze, ci.	12

Voici maintenant la statistique des opérations d'urétrotomie interne :

J'ignore quelles sont toutes les urétrotomies qui ont été pratiquées ; car je ne considère comme appartenant à ma méthode que celles dans lesquelles on a successivement divisé et le rétrécissement et les parois urétrales, d'après le procédé que j'ai décrit (voir *Tr. pr. des rétrécissements*, p. 376), aussi ne ferai-je figurer dans le tableau que les opérations que j'ai pratiquées, soit avant soit après le concours pour le prix d'Argenteuil. Elles sont au nombre de 90, savoir : 32 faites avant le concours pour le prix d'Argenteuil, sur lesquelles un cas de mort ; et 58 après ce concours, sur lesquelles un autre insuccès. Ainsi deux cas de mort sur 90 opérés. On a bien attribué deux autres cas de mort à ma méthode ; mais ils doivent être supprimés, car c'est gratuitement qu'ils avaient été supposés pour nuire à mon opération (voir *Monit. des Hôp.*, 26 décembre 1855).

On voit, d'après ce tableau, que l'urétrotomie interne est beaucoup moins dangereuse que l'urétrotomie externe. Aussi, MM. Sédillot, Civiale, Barrier, et généralement tous les praticiens français, ont-ils eu raison de la réserver pour les cas de nécessité, pour ceux où il est indispensable de soustraire les malades à des dangers prochains.

Mais je prévois qu'en n'avouant que deux cas de mort, après mon opération, on va m'accuser de les dissimuler, car, me dira-t-on, on en connaît un beaucoup plus grand nombre. A cette objection je réponds hardiment que je n'en cache aucun, déclarant que les onze cas de mort qu'on lui a imputés lui sont complétement étrangers et appartiennent tous à la scarification, ainsi que je l'ai démontré dans mon mémoire sur les différents procédés d'urétrotomie interne (voir *Monit. des Hôp.*, 24 et 26 décembre 1855).

On m'objectera aussi qu'en attribuant un si grand nombre de revers à la scarification, je l'accuse indirectement d'être plus grave que ma méthode, et qu'il est cependant impossible d'admettre qu'une opération dans laquelle on coupe les tissus dans une plus grande profondeur, soit moins grave et moins dangereuse que celle où les mêmes tissus sont divisés plus superficiellement et dans une moins grande étendue. La plus simple réflexion semble suffire, en effet, pour faire comprendre que si l'opération où l'on coupe moins présente des dangers, celle où l'on coupe plus devra, *à fortiori*, en présenter davantage. Ce raisonnement paraît, en effet, d'une si grande logique au premier abord, que toute contradiction doit être impossible. Pour nous, cependant, la question se juge tout différemment. En voici, nous croyons, la raison :

Il est probable qu'on a perdu un plus grand nombre d'opérés après la scarification qu'après l'urétrotomie : 1° parce qu'on ignore que les opérations les plus légères qu'on pratique dans l'urètre, la dilatation et même le simple cathétérisme peuvent être suivies de réactions générales graves et souvent mortelles. On ne prend alors aucune précaution pour les prévenir ; 2° parce les chirurgiens ayant considéré la scarification comme un fait des plus simples, n'ont pas cru qu'il fût nécessaire d'y préparer les malades ; 3° parce que la plupart de ceux qui se sont livrés à ces opérations les ont pratiquées sans en avoir l'habitude, et le plus souvent en essayant des instruments de leur invention. Quelques-uns même ne semblent pas encore en avoir compris le mode vicieux d'action, malgré les accidents et les nombreux malheurs qu'ils ont eu à déplorer. Peut-on, en effet, raisonnablement admettre qu'en urétrotomisant avec un lithotome du frère Jacques, on puisse diviser le rétrécissement sans intéresser en même temps le parois urétrales dans toute la longueur du canal? Peut-on admettre, d'un autre côté, qu'il soit possible de diviser ces parties avec un instrument quelconque, régulièrement et dans une grande étendue, sans les fixer et sans les tendre en même temps? Non, cent fois non ; 4° parce que les jeunes urétrotomistes ignoraient jusqu'au moyen de prévenir et de combattre les principaux accidents dont leur opération pouvait être la cause ; en effet, on n'avait pas soupçonné avant moi que l'infiltration d'urine pouvait être déterminée par un caillot de sang obstruant momentanément le canal. On ignorait aussi qu'on pouvait prévenir cet accident en broyant cette espèce de bouchon avec une sonde introduite immédiatement avant la miction. On ne s'était pas douté que les accès de fièvre étaient souvent déterminés par la douleur occasionnée par le passage de l'urine sur la plaie, et on ignorait qu'on pouvait les prévenir en laissant une sonde à demeure dans le canal, pendant les premiers jours de l'opération.

Pour ce qui concerne l'hémorrhagie, n'ai-je pas entendu des praticiens distingués raconter qu'ils ne redoutaient les grandes incisions que parce qu'ils en avaient pratiqué de moins étendues qui avaient été suivies d'hémorrhagies graves et quelquefois fatales, faute d'avoir eu la pensée de recourir à la compression de l'urètre à travers le périnée.

On ignorait, on semble même encore ne pas avoir compris que la scarification n'est plus dangereuse que ma méthode d'urétrotomie qu'en raison des accidents dont le traitement consécutif est seul la cause. S'était-on douté, en effet, avant mes recherches sur l'urétrotomie, du danger auquel on s'exposait en irritant et en enflammant avec les sondes le tissu spongieux qu'on avait mis à nu? On n'ignore pas cependant que de l'inflammation de ce tissu érectile, essentiellement vasculaire, à la suppuration, à la phlébite il n'y a qu'un pas, et que de ce dernier accident à l'accès fébrile, qui est la manifestation de l'infection purulente, la pensée à peine en devine les limites. Mais à toutes ces raisons, qui m'ont permis de reconnaître pourquoi la scarification avait été suivie de plus d'accidents et de revers que ne semble le comporter sa gravité, j'en ajouterai une dernière : la scarification a cessé d'être une opération aussi simple qu'elle était autrefois, entre les mains des promoteurs de l'urétrotomie en France (Amussat, Ségalas, Robert, Ricord, etc.), et alors qu'elle n'était employée que pour faciliter la dilatation. Depuis mes expériences et surtout depuis que j'ai démontré que l'urétrotomie était une méthode de traitement susceptible d'opérer à elle seule l'élargissement du canal à la faveur de la cicatrice qui s'établit sur les bords de la plaie, les chirurgiens sont devenus plus hardis, ils se sont crus autorisés à faire des incisions plus grandes ; mais, malheureusement, on a été bien loin d'employer l'ensemble des précautions que je prends pour éviter les accidents. Dès lors, les scarifications ont eu plus de revers.

Dans l'impossibilité de comprendre ce que M. Syme a voulu critiquer dans les premiers paragraphes de la seconde partie de sa lettre (effets de l'urétrotomie), je n'entrerai dans aucune discussion à ce sujet. Est-ce mon procédé d'urétrotomie? Sont-ce mes opinions sur la nature et sur les propriétés du tissu des rétrécissements que l'auteur anglais a voulu critiquer? La réponse, du reste, à toutes ces objections, se trouve très-longuement exposée. (Voir *Tr. pr. des rétrécissements*, p. 3..) Je ne puis discuter non plus la question de la curabilité absolue des angusties par la dilatation ; ce serait dépasser les limites dans lesquelles je dois restreindre ce travail. Cependant, je dirai à ce propos, bien que je ne croie pas à la curabilité absolue des rétrécissements par la dilatation, que je ne soumets néanmoins à l'urétrotomie que ceux qui, étant inextensibles ou trop élastiques pour conserver l'élargissement qu'on leur a imprimé par les sondes, peuvent continuer à gêner l'excrétion de l'urine et devenir la cause de graves désordres dans l'appareil uro-génital.

Examinons maintenant ce qui a rapport au *traitement concutif*.

(La fin à un prochain numéro.)

(La fin à un prochain numéro.)

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — **M. le professeur Nélaton.**

Nécrose syphilitique du tibia.

(*Leçon clinique recueillie par M. E. Chairou, interne du service.*)

Voici une malade qui vient nous fournir un nouvel exemple à l'appui de cette proposition que je vous ai avancée déjà bien souvent : on ne saurait trop se défier des histoires toutes faites à l'avance par les malades.

Cette femme a des ulcérations nombreuses aux jambes, aux pieds, à un bras ; la paroi postérieure du pharynx est couverte de cicatrices ; la voûte palatine est perforée. Elle vient pour se faire traiter d'une ulcération du bas de la jambe, et elle attribue toute cette série de lésions à une entorse.

Cependant, voici à peu près comment il est possible de reconstruire l'histoire de sa maladie : Elle commença à souffrir, il y a deux ans, d'un pied, à un point peu éloigné de la base du gros orteil. Il se forma une tumeur qui s'ulcéra. Il y eut là longtemps une de ces ulcérations profondes que l'on voit succéder fréquemment aux tumeurs gommeuses. Cette lésion a guéri ; on en voit aujourd'hui la cicatrice. Même série de symptômes quelque temps après à la face dorsale du pied. Enfin, aujourd'hui, la malade se présente à nous avec une ulcération assez inquiétante de la partie inférieure de la jambe.

Il y a là, à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la malléole tibiale, une ulcération considérable. Au fond de cette ulcération, on aperçoit le tissu osseux. Vers un point plus rapproché encore de la malléole interne, il y a deux fistules ; une seule d'elles permet de conduire le stylet jusqu'à une partie osseuse dénudée.

Avons-nous affaire à un séquestre isolé, ou bien cette partie osseuse fait-elle corps avec le tibia ? Partie morte entée sur une partie vivante ?

Cette dernière hypothèse est la vraie.

J'ai vu maintes fois de ces os nécrosés sous l'influence de la syphilis, rester fort longtemps sans se séparer des parties saines. Nous avons eu un de ces exemples il y a peu de temps dans notre service. Mais un cas bien plus remarquable est le suivant :

Un étranger avait à la face interne du tibia une partie d'os nécrosé de 7 à 8 centimètres de longueur, qu'il montrait depuis dix ans à tous les chirurgiens des capitales qu'il traversait.

A Paris, M. Cloquet, auquel il s'était adressé, avait essayé un traitement chimique ; il voulait détruire la partie organique, et, dans ce but, tous les matins il badigeonnait l'os avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique. Ce traitement énergique resta sans succès, et plusieurs années après je revis le malade toujours dans le même état.

Ici nous avons une complication qui mérite de sérieuses réflexions, c'est le voisinage de l'articulation.

Il y a une dizaine d'années la malade a, dit-elle, présenté une affection toute analogue à l'extrémité inférieure de l'humérus. M. Denonvilliers, dans le service duquel elle se trouvait alors, a enlevé une partie nécrosée considérable. La guérison eut lieu d'une manière tellement satisfaisante que la malade se trouve aujourd'hui en état de très-bien se servir de son membre.

Dans le cas particulier qui est sous nos yeux, ne serait-il pas à propos de retrancher toute cette partie nécrosée et de pénétrer jusqu'aux parties saines ? C'est une opération qui n'est ni difficile ni dangereuse pour la malade, mais ici la considération dont je vous parlais tout à l'heure m'arrête. Il serait à craindre que l'inflammation ne se propageât à l'articulation qui est si rapprochée ; et, dans ce cas, nous aurions tout lieu de nous repentir de cette résolution.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Sur un cas d'ulcère simple de l'estomac, suivi de perforation,

Par M. Jeannel, professeur à l'Ecole de Médecine de Bordeaux.

Le nommé C...., peintre en bâtiments, âgé de 38 ans, brun, d'une constitution athlétique et d'une taille élevée, se plaignait quelquefois, depuis plusieurs années, de constipation et de douleurs vagues dans la région épigastrique. A la suite de ces douleurs, il vomissait un liquide incolore. Il menait une vie très-régulière et travaillait assidûment. Il n'avait jamais éprouvé d'accidents qu'on pût rapporter positivement à l'intoxication saturnine. Il répétait souvent qu'il avait une gastrite, mais cette allégation n'était prise au sérieux par personne ; elle contrastait avec les apparences d'une constitution très-énergique et avec un appétit extraordinaire ; et, d'ailleurs, les inquiétudes qu'il avait pu concevoir sur sa santé n'avaient pas été bien vives, car il n'avait jamais réclamé de soins médicaux.

Le 6 avril 1857, après un déjeûner copieux, il se plaint de quelques coliques et les attribue à de la constipation.

Le 7 au matin, il a mangé très-peu et il a eu une selle insuffisante et pénible ; il va faire une promenade à la campagne, espérant que la marche suffira pour le rétablir. En revenant, vers quatre heures de l'après-midi, il éprouve tout à coup une douleur très-violente dans la région hypochondriaque droite. Il peut à peine se tenir debout ; les passants, arrêtés par ses plaintes, le transportent chez un pharmacien, qui lui administre une potion antispasmodique. Cette potion lui inspire un grand dégoût ; il la vomit. On le transporte chez lui. Je suis appelé à sept heures du soir. Je le trouve couché sur le dos ; la face est pâle et couverte de sueur ; l'intelligence est parfaitement nette ; il n'y a pas de céphalalgie. La respiration est courte, anxieuse, entrecoupée ; la voix est sourde et saccadée ; le pouls, filiforme et facile à déprimer, donne 120 pulsations ; la peau est humide et paraît d'une température normale ; la langue est large et saburrale. Pas de soif, pas de vomissements ni même de nausées ; pas de selles, urines normales. Le ventre n'est pas tuméfié ; il est seulement un peu tendu et très-sensible à la pression, surtout vers l'épigastre et la région iliaque gauche. La percussion donne un son tympanique dans la fosse iliaque droite, sur tout le trajet du colon ascendant et dans la région ombilicale droite ; la matité est manifeste à l'épigastre et devient absolue dans l'hypochondre, dans la région ombilicale et dans la région iliaque gauches.

Le malade insiste sur l'insuffisance de ses évacuations ; il est persuadé qu'il serait guéri sur-le-champ s'il pouvait aller à la selle.

Prescription : potion purgative, lavement purgatif, pommade belladonée, cataplasmes sur le ventre.

Le 8, à six heures du matin, le lavement, qui n'a pas été gardé, a entraîné quelques matières dures, peu abondantes. Pas d'autres évacuations, pas de vomissements ni de nausées. Vers deux heures du matin, le malade n'obtenant pas l'effet purgatif qu'il attendait de sa potion, a pris de lui-même 60 grammes d'huile de ricin et plusieurs tasses de bouillon maigre.

La face exprime la plus vive anxiété ; elle est couverte de sueur froide. L'intelligence est nette, la parole lente et difficile, la respiration entrecoupée, très-courte. Le pouls, filiforme et très-facile à déprimer, donne 130 pulsations. La peau est moite et semble un peu refroidie. Le ventre est tendu et très-douloureux ; la matité persiste dans les régions où elle existait hier.

Prescription : lavements huileux renouvelés tous les quarts d'heure ; pommade belladonée ; cataplasmes.

Le 8, à neuf heures du matin, le malade a pu se lever à plusieurs reprises pour rendre les lavements. Pas d'évacuations ni par le vomissement, ni par les selles.

La douleur abdominale est excessive, le ventre est ballonné; le malade rejette les cataplasmes et soutient sa couverture avec ses mains pour en empêcher le contact. Le pouls est presque imperceptible. La peau est humide et froide. Un commencement de cyanose apparaît à la face et aux extrémités.

Prescription : 20 sangsues sur l'abdomen ; potion antispasmodique fortement laudanisée.

Le 8, à trois heures de l'après-midi, le malade, froid et cyanosé, pousse par intervalles des gémissements sourds, et projette ses membres en dehors de son lit; il répond à voix basse et très-péniblement aux questions qu'on lui adresse. Tout à coup, il s'interrompt; il dit qu'il ne peut plus parler; il est mort.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Sujet vigoureusement musclé, sans aucune apparence d'émaciation. Abdomen très-tuméfié. La cavité péritonéale contient trois litres d'un liquide jaune et troublé où surnagent de nombreuses gouttes d'huile. La face interne des parois abdominales est d'un rouge violacé. Les circonvolutions intestinales sont réunies par de faibles adhérences albumineuses et sont marbrées de larges taches d'un rouge vif. Les épiploons sont épaissis et très-résistants; les intestins n'offrent aucune trace d'iléus ni d'invagination. Le colon et le cœcum contiennent quelques matières liquides et sont distendus par une grande quantité de gaz fétides; l'iléon et le jejunum contiennent une quantité notable de matières grisâtres demi-fluides, qui ont l'apparence chymeuse, et le duodémum, des matières fortement colorées par de la bile. La muqueuse est parfaitemefit saine dans toute l'étendue des intestins. L'estomac est très-ample, l'orifice pylorique n'est point rétréci. Immédiatement au-dessus de l'orifice pylorique, en avant, il existe une ouverture ovalaire, à bords épais, fongueux et boursoufflés, dont le grand diamètre mesure 2 centimètres. Cette ouverture établit une libre communication entre l'intérieur de l'estomac et la cavité péritonéale. On trouve dans l'estomac une petite quantité de liquide mêlé de gouttes huileuses, semblable à celui dans lequel baignaient les intestins.

Au-dessus de l'ouverture accidentelle, à la distance de 5 millimètres, on voit une ulcération arrondie, rosée, d'un centimètre de diamètre, n'intéressant que la surface de la muqueuse; d'ailleurs, la muqueuse de l'estomac est parfaitement saine, sauf un peu d'emphysème vers le grand cul-de-sac de l'estomac.

Le foie a pris sur toute sa surface extérieure la couleur jaunâtre du liquide contenu dans la cavité du péritoine. Cette coloration superficielle provient évidemment de la macération de l'organe, car à l'intérieur son tissu est normal.

En général, le diagnostic de la perforation de l'estomac avec épanchement des matières alimentaires dans le péritoine, se fonde sur la violence des symptômes : la peau devient froide, le pouls imperceptible, le malade perd connaissance; il survient des nausées, des vomissements; la moindre pression exaspère la douleur du ventre, au point de provoquer des syncopes, etc. (Geoffroy, *Mém. de la Société roy. de Méd.*, ann. 1780-81, p. 162.) Douleur excessive survenue tout à coup, frisson, froid des extrémités, corps courbé en avant (Valleix, t. II, p. 259). La violence des douleurs force le malade à se rouler à terre...; le ventre est très-tendu, etc. (Moutard-Martin, *Société méd. des hôpitaux,* séance du 12 avril 1854). Les symptômes antérieurs d'ulcère de l'estomac, savoir : les vomissements très-persistants avec une grave atteinte des fonctions nutritives, sont des commémoratifs qui ont suffi à M. Cruveilhier pour diagnostiquer une perforation dans un cas de péritonite foudroyante, où il n'a pas pu faire la nécropsie (Cruveilhier, *Anat. pathol.*, in-f°, 1829-1835. Ulcère simple de l'estomac, XX° liv., p. 2).

Cependant, M. Forget fait observer que, dans les perforations dites *spontanées*, l'accident est loin de se manifester toujours par les symptômes foudroyants dont parlent les auteurs. Dans beaucoup de cas, les observateurs, trompés par l'obscurité des symptômes, ont méconnu l'accident. (Voir *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, note sur la perforation dite *spontanée de l'estomac,* par M. Forget, séance du 11 octobre 1854.)

L'observation que je viens de rapporter me paraît offrir un intérêt particulier, surtout *en raison des difficultés du diagnostic.* L'intensité des symptômes du début a été relativement médiocre, la santé habituellement très-bonne, l'absence de nausées et de vomissements; la matité très-manifeste dans les régions latérales gauches de l'abdomen, la constipation dont se plaignait le malade, et jusqu'à sa profession qui l'exposait à des coliques douloureuses, tout, pendant les premières heures, éloignait l'idée d'une perforation de l'estomac avec épanchement dans le péritoine. C'est l'absence d'évacuations alvines et de vomissements après l'administration des purgatifs et les progrès de la péritonite qui ont dévoilé la cause des accidents.

Le fait rentre dans la catégorie de ceux qui étaient autrefois désignés sous le titre de *perforations spontanées,* et qui sont beaucoup mieux désignés sous le nom de *perforations de cause interne,* comme le font remarquer avec raison les auteurs du *Compendium de médecine pratique* (t. III, p. 538). Il me paraît incontestable qu'il a existé chez notre sujet un ulcère chronique de l'estomac ; les bords fongueux de l'ouverture accidentelle démontrent un travail pathologique antérieur; et l'ulcération superficielle qui l'accompagnait à une faible distance, pourrait être considérée comme le commencement d'un autre lésion semblable. Mais le peu d'importance des accidents morbides auxquels le malade était sujet, et qui se bornaient à quelques douleurs vagues, quelques vomissements de liquides aqueux, sans aucune altération dans les fonctions de nutrition, démontre que l'ulcère chronique de l'estomac peut amener lentement la destruction complète des parois, sans que rien puisse faire soupçonner la gravité de la maladie. (*Voir* le mémoire de M. Cruveilhier, *Rev. méd.*, février et mars 1838.)

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Mort de sir Robert Carswell. — Avant-hier, à trois heures, ont eu lieu à Laeken les funérailles de sir Robert Carswell, médecin ordinaire du roi des Belges, chevalier de l'ordre de Léopold et de la Légion d'honneur.

Tout le personnel de la maison du roi et de la maison du duc de Brabant, des notabilités de la commune de Laeken, des membres du corps médical de la capitale, etc., assistaient au convoi funèbre.

Le cercueil, recouvert de velours noir, a été porté à bras jusqu'au cimetière communal. La cérémonie s'est faite d'après le rite du culte réformé anglican, et les prières récitées en anglais par le pasteur M. Drury.

Au moment de la sépulture dans l'enceinte du cimetière réservée aux défunts appartenant au culte réformé, deux discours en français ont été prononcés : le premier par M. le docteur Rieken, médecin du roi, le second par M. le docteur Koepl, médecin-chirurgien de Sa Majesté, qui ont rappelé, par de touchantes paroles, la longue et honorable carrière parcourue par sir Robert Carswell.

(*Presse méd. belge.*)

— Nos lecteurs apprendront sans doute avec plaisir que notre collaborateur et ami, M. Alvaro Reynoso, jeune chimiste distingué, auteur de plusieurs travaux importants en physiologie, vient d'être nommé professeur de chimie organique à l'Université de Madrid.

— Le *Musée des sciences* de M. Lecouturier rend compte d'expériences importantes et curieuses, faites sur les moyens de préserver les sapeurs-pompiers de l'action du feu à l'aide de vêtements en amiante, en tissu métallique ou en draps rendus incombustibles par le borax. Quelquefois on revêt un seul de ces vêtements, quelquefois on les revêt tous les trois. Les expériences, toutes couronnées de succès, ont consisté : 1° à placer la tête au-dessous d'une chaudière dans laquelle on jetait constamment de la paille; 2° à marcher entre deux haies de menus bois recouvertes de paille, éloignées de 1m,50, longues de 10 mètres et hautes de 2 mètres. Trois pompiers sont restés dans les flammes deux minutes quarante-quatre secondes et en sont sortis sans avoir éprouvé autre chose qu'une vive chaleur; les nombres de pulsations de pouls étaient, avant leur entrée, de 88, 84 et 72; après, de 152, 138, 124 par seconde.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 79. 5e année. Jeudi 2 Juillet 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5. Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

De l'urétrotomie,

Réponse à une lettre de M. Syme, d'Edimbourg, dans laquelle ce chirurgien compare l'urétrotomie externe avec l'urétrotomie interne.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR LA PREMIÈRE DE CES OPÉRATIONS,

Extraites d'un mémoire adressé à l'Académie de Médecine pour le prix d'Argenteuil (1856),

Par le Dr Reybard, de Lyon.

(Suite. Voir le n° 78.)

Examinons maintenant ce qui a rapport au *traitement consécutif.*

C'est surtout dans le mode de traitement de la plaie qui résulte de son opération, que M. Syme trouve les motifs de la préférence qu'il lui accorde. Ce traitement, dans lequel il se borne à passer dans le canal une sonde tous les dix à douze jours, est en effet beaucoup plus simple que celui de mon opération ; non-seulement, en effet, après celle-ci, j'écarte soir et matin les bords de l'incision avec un dilatateur métallique ou autre, que j'introduis et que je retire aussitôt, mais je continue encore le traitement pendant plus de deux mois. C'est vrai, sous ce rapport, l'urétrotomie externe pourrait, à bon droit, passer pour être plus simple que l'urétrotomie interne, car il est d'observation que la plupart des accidents de cette dernière se développent durant le traitement de la plaie et reconnaissent pour cause son inflammation. Mais ces deux traitements ont-ils une valeur égale au point de vue de la cure radicale des rétrécissements? Je suis loin de partager cette opinion. Il suffit de réfléchir au mode de cicatrisation des plaies de l'urètre qu'on veut faire servir à l'élargissement du canal, pour reconnaître que le traitement de M. Syme doit avoir été d'une insuffisance absolue ; il diffère même tellement de celui qui est généralement adopté, que je suis tenté de croire que le promoteur de l'urétrotomie périnéale a complétement méconnu la portée de cette opération ; c'est-à-dire qu'il n'a pas compris que le canal était élargi par la cicatrisation qui recouvrait les bords de la plaie. Partant de ces considérations, je me crois autorisé à avancer qu'il n'a pas dû guérir un seul de ses cent et tant d'opérés.

Si exagérées, si téméraires même que paraissent ces opinions, je les crois cependant fondées. J'espère en donner la preuve, soit en rappelant le mode de cicatrisation des plaies urétrales, soit en parlant de l'analogie de ces opérations, soit en comparant leur traitement.

A. *Mode de cicatrisation des plaies de l'urètre.* — Nous avons démontré, en expérimentant sur les animaux, que les plaies longitudinales de l'urètre se cicatrisaient sans élargir ni rétrécir le canal, lorsqu'on les abandonnait à elles-mêmes. Poursuivant nos expériences, nous avons démontré que lorsqu'on tenait leurs bords écartés avec des corps dilatants, de manière à s'opposer à leur réunion, il se formait, non-seulement sur chacun d'eux, mais encore dans l'intervalle qui les sépare, une cicatrice qui, en s'ajoutant aux parois de l'urètre, en augmentait la largeur et par contre la capacité. C'est également ainsi, on ne saurait désormais en douter, que s'opère l'élargissement du canal chez l'homme, après l'urétrotomie interne. Aujourd'hui, en effet, non-seulement le raisonnement, la théorie, l'observation clinique et nos expériences se sont réunis pour démontrer ce fait, mais il m'a encore été donné de le vérifier sur l'homme, dans l'autopsie d'un individu mort d'une maladie étrangère à son opération.

B. *Analogie des opérations intra et extra-urétrales.* — Si c'est par la cicatrice qui se forme isolément sur les bords de la plaie que le canal est élargi après mon opération, qui oserait soutenir que son élargissement ne soit également le résultat de cette cicatrice, après l'urétrotomie externe? Il y a, en effet, une telle analogie entre ces opérations, que n'aurait-on pas vu la cicatrice élargissante après l'urétrotomie externe, le raisonnement seul suffirait à prouver que le canal ne peut obtenir son élargissement que par ce tissu de nouvelle formation. Ne coupe-t-on pas, dans l'une comme dans l'autre, avec le rétrécissement, le canal dans toute son épaisseur? La plaie qui résulte de cette section n'a-t-elle pas aussi la même étendue, la même longueur? N'est-on pas obligé, pour empêcher la réunion et pour la conduire à cicatrisation d'une manière convenable, d'employer à peu près le même traitement, c'est-à-dire d'écarter ses bords avec des corps dilatants introduits dans le canal? Dans ces deux cas la cicatrice ne procède-t-elle pas aussi à peu près de la même manière, c'est-à-dire n'a-t-elle pas pour point de départ la membrane muqueuse? Dans mon opinion, ces opérations ont tant d'analogie au point de vue des tissus divisés, du traitement de la plaie et du mode de cicatrisation, que je ne puis m'empêcher de les considérer comme les procédés d'une même méthode, et je déclare que dénier à l'une le pouvoir d'élargir le canal, c'est refuser à l'autre la faculté d'obtenir ce résultat.

IV. *Traitement consécutif.* — On verra bientôt que c'est surtout en comparant le traitement de M. Syme, soit avec celui des auteurs qui ont fait un plus ou moins grand nombre d'urétrotomies périnéales, soit avec le traitement que j'ai adopté après mon opération, qu'on devra trouver les preuves les plus

nombreuses de l'analogie et de la valeur respective de ces deux procédés opératoires ; aussi exposerai-je avec soin cette partie de mon sujet :

1° *Traitement après l'urétrotomie interne.* — Il est aussi difficile, aussi important de savoir diriger la cicatrisation, que de faire l'opération elle-même ; il ne suffit certes pas, pour l'obtenir, d'introduire, sans précaution et sans discernement, de grosses sondes ou d'autres corps dilatants, il faut encore apprécier leur mode d'action, leurs effets sur l'urètre et la vessie, et surtout leur influence sur la cicatrisation de la plaie. Or, j'ai dit en parlant de l'urétrotomie interne, que ce n'était qu'après avoir expérimenté plusieurs de ces moyens dilatants, que j'avais été fixé sur leur choix, sur la manière de m'en servir et sur le temps qu'il convenait d'en faire usage. Après de nombreuses tentatives seulement, j'ai donné la préférence à mes dilatateurs métalliques, à ceux à air ou à eau de Ducamp. J'ai reconnu qu'au lieu de les laisser à demeure, il suffisait de les introduire soir et matin ; on empêche alors la réunion de la plaie, et l'on favorise sur ses bords la production de la cicatrice élargissante.

J'avais d'abord fixé la durée du traitement à quarante jours ; je reconnais aujourd'hui qu'il ne faut pas le continuer moins de deux mois et même plus longtemps. J'ai indiqué les phénomènes que la plaie présentait durant sa cicatrisation, combien elle mettait de temps à parcourir les diverses évolutions qui la conduisent à son terme ; j'ai parlé des accidents qui pouvaient la retarder ou l'empêcher, du mode de développement de la cicatrice, de sa forme, de sa nature et de la durée de l'élargissement qu'elle produisait. Je me suis même tellement étendu sur toutes ces questions (voir *Tr. pr. des rétrécissements,* p. 404), que je croirais superflu d'y revenir aujourd'hui. Je me contenterai de faire remarquer que c'est par le même traitement ou à peu près qu'on peut conduire à cicatrisation la plaie qui résulte de l'urétrotomie périnéale, car, je le répète, on ne saurait désormais attribuer l'élargissement du canal, après cette opération, qu'à la cicatrice qui se forme isolément sur ses bords. Je vais donc examiner si on a trouvé dans les corps dilatants et dans la manière de s'en servir le moyen d'arriver à ce résultat.

2° *Traitement après l'urétrotomie périnéale.* — On faisait autrefois cicatriser la plaie périnéo-urétrale sur une grosse sonde, qu'on laissait généralement dans le canal jusqu'à ce que l'obturation fût obtenue du côté du périnée ; on ne la retirait momentanément que pour la nettoyer ou lui en substituer une autre. Il n'a pas été apporté de grandes modifications à cette manière de faire, ainsi qu'on pourra en juger par la pratique des chirurgiens qui de nos jours ont fait plusieurs urétrotomies périnéales. Cependant, il existe plusieurs modes de traitement après cette opération ; je vais en faire l'exposition, soit pour les comparer entre eux et en faire apprécier la valeur, soit pour les comparer avec celui que je me propose de leur substituer.

a. *Traitement de M. Sédillot.* — Une sonde en caoutchouc à courbure fixe et d'un gros diamètre doit être placée à demeure dans la vessie et maintenue constamment ouverte pendant les premiers jours. Le malade, couché sur le dos, a les jarrets soulevés par un traversin. La plaie périnéale n'exige que des soins de propreté, sans aucun pansement. On change la sonde vers le huitième jour, sans difficulté et sans douleur. Les urines cessent de couler par la plaie du huitième au douzième jour, et la cicatrice périnéale est ordinairement achevée à la fin du troisième au quatrième septénaire. On peut retirer la sonde aussitôt que la plaie est fermée ou même plus tôt, d'abord pendant quelques heures, puis pendant la nuit, et l'on se contente ensuite de la réintroduire à des intervalles de plus en plus longs, en prenant pour règle la liberté de la miction et l'ampleur et la souplesse du canal.

Notre honorable confrère, M. Barrier, professeur-adjoint de clinique chirurgicale à Lyon, avait d'abord adopté le traitement de M. Sedillot ; mais les accidents et les revers qu'il a cru devoir attribuer aux sondes à demeure, l'ont fait renoncer à cette pratique ; ainsi, aujourd'hui, il se contente d'introduire un cathéter Mayor une fois par jour seulement.

b. *Traitement de M. Syme.* — Placer une sonde dans la vessie après l'opération, la retirer au bout de deux jours, et ne la passer ensuite dans le canal que tous les dix à douze jours ; ainsi fait le professeur écossais.

Je donnerai à l'examen de ce traitement la plus grande attention. L'auteur, en effet, insiste avec beaucoup de soin pour démontrer que si son opération est moins grave que l'urétrotomie interne, c'est à la simplicité du traitement consécutif qu'on doit l'attribuer. Il y a, du reste, entre cette conduite et la mienne et même celle généralement adoptée après l'urétrotomie externe, de trop grandes différences pour ne pas éveiller l'attention et le désir d'en connaître le mode d'action. Les chirurgiens qui connaissent mes expériences sur les plaies de l'urètre, mes opinions sur leur cicatrisation, et le mécanisme suivant lequel elles élargissent le canal. Ceux surtout qui reconnaissent avec moi qu'on ne peut obtenir une cicatrice utile qu'autant que l'on empêche la réunion de la plaie, ou, ce qui revient au même, que l'on tient ses bords écartés d'une manière artificielle, ceux-là, dis-je, comprendront sans peine que, par son traitement, M. Syme ne doit avoir ni empêché la réunion de la plaie urétrale, ni favorisé sur ses bords la cicatrice élargissante. Aussi, d'après ces considérations, suis-je tenté de croire que l'urétrotomie périnéale n'a dû, entre les mains du professeur d'Édimbourg, n'amener que des cures palliatives. Il n'a dû, certainement, obtenir qu'un élargissement de peu d'étendue et de peu de durée, ou un soulagement analogue, sans doute, à celui qu'ont éprouvé les malades auxquels j'ai simplement incisé le rétrécissement par mon procédé de scarification, auquel je n'associe pas la dilatation. (Voir *Tr. pr. des rétrécissements,* p. 338.) Pour moi, je ne saurais trop le répéter, mes expériences et les faits cliniques m'ont si souvent démontré, après l'urétrotomie interne, que lorsque je m'étais contenté d'écarter les bords des plaies urétrales avec de petites sondes et à de grands intervalles, il avait été impossible d'empêcher leur réunion par adhérence et d'obtenir, par conséquent, la cicatrice qui doit servir à l'élargissement du canal, que je crois être en droit de déclarer sans efficacité le même traitement après l'urétrotomie péritonéale. C'est aussi avec le sentiment d'une conviction profonde que j'ose avancer que M. Syme n'a pas dû obtenir l'élargissement définitif d'un seul de ses cent et tant d'opérés, et qu'il s'est trompé en annonçant les avoir tous guéris.

Après avoir démontré que l'urétrotomie externe n'était ni plus sûre, ni plus simple, ni plus facile que l'urétrotomie interne ; qu'elle n'était exempte ni d'accidents, ni de dangers ; qu'elle comptait plus de cas de mort que cette dernière ; après avoir exposé ses nombreuses analogies avec l'urétrotomie interne, sous le rapport des tissus qui sont divisés avec le rétrécissement, sous le rapport de l'étendue de la plaie, des moyens dilatants employés pour empêcher sa réunion et pour favoriser la cicatrice qui se forme sur ses bords, etc., il me reste à comparer maintenant ces deux méthodes, au point de vue de leurs effets curatifs.

V. *L'urétrotomie périnéale amène-t-elle plus sûrement la guérison des rétrécissements que l'urétrotomie interne ?* — En traitant cette question, la plus importante de toutes, je vais naturellement être amené à parler de la forme, de l'étendue de la plaie que l'urétrotomie externe détermine. J'étudierai aussi son mode de cicatrisation, les moyens employés pour obtenir une large cicatrice. Je traiterai, enfin, de la théorie de sa cicatrisation, de la forme, de l'étendue et de la nature de la cicatrice, ou, ce qui revient au même, de l'étendue et de la durée de l'élargissement du canal que cette cicatrice a pour effet. On verra que ce n'est que dans l'étude attentive de toutes ces questions et dans leur comparaison que je trouverai le moyen de faire apprécier ces opérations à leur juste valeur.

La plaie étant plus grande dans l'urétrotomie externe, on est

tenté de croire, *à priori*, qu'il doit, par conséquent, en résulter pour le canal un élargissement plus considérable. C'est une erreur complète : le contraire même arrive plus fréquemment. Je me réserve de le démontrer en parlant de l'étendue de la cicatrice, comparée à celle qui se forme après l'urétrotomie interne.

Forme, étendue de la plaie périnéo-urétrale. — Pour bien faire comprendre, après l'urétrotomie périnéale, et le mode de cicatrisation de la plaie, et le mode d'action des corps dilatants dont se compose son traitement, je crois indispensable d'en faire connaître la forme immédiatement après l'opération, soit à l'état de vacuité, soit à l'état de dilatation du canal.

1° Examine-t-on la plaie à l'état de vacuité du canal, on voit qu'elle se présente sous la forme d'une fente plus ou moins semblable à celle d'une plaie profonde d'une autre partie du corps, mais qu'elle diffère de cette dernière, parce qu'elle aboutit dans une cavité naturelle, et qu'elle se compose, par conséquent, de deux faces qui ont chacune deux lèvres ; une lèvre interne en rapport avec la membrane muqueuse de l'urètre, et une lèvre externe ou périnéale, en rapport avec la peau. On remarque aussi que les faces de cette plaie sont en contiguïté habituelles, ou qu'elles se touchent assez immédiatement, les cuisses étant rapprochées, pour qu'elles puissent se réunir par agglutination, soit par première, soit par seconde intention. Or, dans ces cas, comme après l'urétrotomie interne, il est évident que si l'on abandonnait la plaie à elle-même, et que si sa réunion s'opérait dans ces conditions, rien ne serait changé dans la disposition vicieuse du canal, le rétrécissement persisterait et l'opération serait sans résultat.

Examine-t-on, au contraire, la plaie à l'état de dilatation, ou lorsqu'on a introduit une grosse sonde, ainsi qu'on le pratique ordinairement, on remarque que, du côté de l'urètre, ses lèvres sont soulevées par l'instrument et tenues écartées l'une de l'autre, surtout au niveau du rétrécissement ; tandis que, du côté du périnée, elles ne cessent pas de se toucher, excepté peut-être lorsque l'inflammation s'en est emparée, qu'elles sont gonflées et tuméfiées.

2° En réfléchissant à sa forme, dans l'état de dilatation du canal, on comprend de suite que cette plaie ne doit pas se cicatriser de la même manière dans toutes ses parties ; sa cicatrisation s'opère, en effet, d'après deux modes si différents, que je me suis cru obligé de distinguer deux plaies dans une seule, l'une périnéale et l'autre urétrale. L'une et l'autre se cicatrisent chacune de leur manière. Voici ce mode de cicatrisation.

Cicatrisation de la plaie périnéale. — Elle me paraît être peu connue et encore mal appréciée, quoique la crainte de la voir rester fistuleuse ait cependant préoccupé beaucoup les chirurgiens.

Avant de se réunir, la plaie périnéale se gonfle, se tuméfie, elle bourgeonne, elle suppure, et ce n'est généralement que douze à dix-sept jours après l'opération, que ses faces se réunissent en s'agglutinant par seconde intention.

On s'imagine assez généralement que cette plaie se réunit par agglutination dans toute son étendue ou par tous les points de sa surface ; mais on est dans l'erreur : en effet, comme leur réunion ne s'opère que tardivement, on remarque qu'une cicatrice de plusieurs millimètres, plus ou moins, s'est déjà formée sur chacune de ses faces du côté de la peau, et a diminué d'autant les points par lesquels ces surfaces doivent se réunir par agglutination. J'ai aussi remarqué que les bords de cette plaie ne se réunissaient pas à la fois par tous leurs points de contact, leur agglutination se fait au contraire peu à peu en commençant par les extrémités, et en finissant dans le milieu, si bien qu'à la fin du traitement, lorsque la plaie est sur le point de se fermer, elle ne présente plus qu'une très-petite ouverture en forme de trajet fistuleux. On remarque aussi, lorsque leur agglutination se trouve accidentellement retardée, que la cicatrice qui se fait sur chacun d'eux, les recouvre encore dans une plus grande étendue. Dans ce cas leur agglutination ne peut plus se faire que par une petite partie de leur surface et par une cicatrice de très-peu d'épaisseur. Cette cicatrice est même quelquefois mince et pelliculaire ; aussi peut-elle être déchirée par les sondes ou par les urines, surtout lorsque celles-ci, retenues par le rétrécissement qui s'est déjà reproduit, dilatent et distendent le canal à cet endroit. Tel était le cas d'un malade urétrotomisé, en mai 1856, par M. Baumers, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Dans quelques circonstances, lorsque l'agglutination des bords de la plaie périnéale se trouve empêchée, il peut arriver que la cicatrice qui se fait sur ses bords vienne en recouvrir toute la surface, et qu'elle aille se joindre à celle qui s'est faite sur la plaie urétrale ; dans ces cas, la solution de continuité se trouve transformée en fistule organisée, de forme variable, mais en général allongée, évasée en entonnoir, dont le sommet s'ouvre dans le canal immédiatement derrière le rétrécissement. C'est ainsi que se forment les fistules urétrales après l'urétrotomie externe. J'en ai rencontré plusieurs exemples sur les malades que j'ai vu urétrotomiser à Lyon.

On voit, d'après ce que je viens de dire sur le mode de cicatrisation de la plaie périnéale, que lorsque l'agglutination de ses bords se trouve accidentellement retardée, il peut se faire sur eux une cicatrice générale qui la rend fistuleuse, ou une cicatrice de quelque étendue seulement, qui fait perdre au périnée une partie de son épaisseur au niveau du canal et du rétrécissement, et que la ligne raphéale, ordinairement saillante, se trouve transformée en une espèce de gouttière plus ou moins profonde.

C'est, on ne saurait en douter, la crainte de voir la cicatrice gagner toute la surface de la plaie et la convertir en une ouverture fistuleuse, qui a le plus préoccupé les chirurgiens dans l'urétrotomie périnéale. C'est sans doute aussi cette crainte qui les a engagés à donner si peu d'étendue à l'incision du canal et du périnée.

Cicatrisation de la plaie urétrale. — S'il est facile de suivre la marche de la cicatrisation de la plaie périnéale, il est, au contraire, impossible de voir comment se fait celle de la plaie urétrale. Néanmoins, d'après la forme que je lui ai assignée pendant la dilatation du canal, je peux en quelque sorte annoncer que, dans l'état d'écartement des bords sous lequel je l'ai présentée, une cicatrice doit forcément s'établir sur chacun d'eux, parce qu'elle trouve, du côté de l'urètre, un point de départ dans un tissu primitif : la membrane muqueuse qu'on a divisée en même temps que le rétrécissement. Cette cicatrice, qui commence à la fois sur les deux bords de la plaie, en recouvre peu à peu les faces jusqu'à leur angle de réunion, où elle se termine en se soudant, celle de droite avec celle de gauche.

Lorsque cette cicatrice est achevée, elle doit présenter à peu près la même forme et la même disposition, mais en sens inverse que celle qui recouvre la plaie périnéale, et sans doute aussi élargir le canal en formant, de son côté, un enfoncement à peu près semblable à la gouttière périnéale dont je viens de parler.

3° *De quelle manière et combien de temps doit-on se servir des moyens de dilatation ?* — Maintenant qu'on connaît la forme et la disposition de la plaie périnéo-urétrale, le mode de cicatrisation de ses différentes parties, il sera aisé de comprendre comment on devra en diriger le traitement pour obtenir sur la portion urétrale une cicatrice très-étendue. On ne saurait disconvenir que plus les sondes seront volumineuses, plus on pourra les laisser séjourner dans le canal sans enflammer la plaie, et que plus longtemps on pourra en continuer l'usage, plus la cicatrice élargissante devra avoir d'étendue, et *vice versâ*. Il est aussi aisé de voir d'après les mêmes considérations, qu'une sonde, si elle n'est introduite qu'à de longs intervalles, ne saurait s'opposer à la réunion de la plaie dont les bords sont en contiguïté habituelle ; car on comprend que plus est grande la réunion par agglutination, plus doit se trouver réduite la portion urétrale de cette solution de continuité sur

laquelle doit se former la cicatrice élargissante. Ainsi, quoiqu'on ne puisse pas déterminer *à priori* l'étendue de la cicatrice urétrale, on peut cependant annoncer qu'elle devra être proportionnée au volume des corps dilatants par lesquels on l'aura fait cicatriser, au temps qu'on les aura laissés dans le canal et surtout au temps pendant lequel on en aura fait usage.

Théorie de la cicatrisation de la plaie. — Quand commence-t-elle à se faire? Combien de temps la cicatrice urétrale met-elle à se former? A quels signes peut-on reconnaître qu'elle est achevée?

1° Quoiqu'il soit presque impossible de savoir quand commence à se cicatriser la plaie urétrale, on peut cependant, en raison des analogies qu'elle a avec la plaie périnéale, annoncer que sa cicatrisation doit à peu près suivre la même marche, ou au moins commencer à peu près à la même époque. Or, comme la réunion de la plaie périnéale et la cicatrice qui s'établit sur ses bords du côté du périnée, ne commence que lorsqu'elle a suppuré et lorsque l'inflammation s'est dissipée, c'est-à-dire douze à quinze jours après l'opération, il est à présumer que ce ne doit être aussi qu'à cette époque que doit commencer à se faire la cicatrice de la plaie urétrale. Cette remarque toute pratique, qui devait servir de règle ou de boussole pour diriger les chirurgiens dans le traitement de cette solution de continuité, ne me paraît pas avoir suffisamment fixé leur attention. S'il est vrai, en effet, que la cicatrisation de la plaie urétrale ne commence réellement que douze à quinze jours après l'opération, il est aisé de comprendre combien doit être vicieuse ou au moins regrettable, la pratique, trop généralement adoptée, de cesser le traitement du troisième au quatrième septenaire, époque à laquelle la plaie périnéale est fermée. Il est impossible cependant d'admettre que ces plaies marchent à cicatrisation avec la même rapidité. Pour moi, je suis tenté de croire que si l'état de phlogose, d'engorgement et d'induration dans lequel ces sondes entretiennent la plaie urétrale, n'est pas un obstacle absolu à sa cicatrisation, il doit du moins la retarder beaucoup, et je ne crois pas me tromper en avançant qu'elle ne commence à peu près que lorsque la plaie périnéale est déjà fermée.

2° *Combien de temps la cicatrice urétrale met-elle à se former?* — On ne saurait assigner un terme précis à la cicatrisation de la plaie urétrale conséquemment à la durée de son traitement; d'un côté, en effet, elle commence tard; en second lieu, elle doit varier suivant les individus, l'état de phlogose, la manière d'en diriger le traitement et notamment suivant les accidents locaux et généraux qui peuvent être provoqués par les sondes. Cependant, quoique la durée du traitement ne puisse rien avoir d'absolu, je puis annoncer qu'il doit être long, et surtout plus long que celui qui est exigé pour la plaie qui provient de l'urétrotomie interne. Ainsi, je ne crois pas me tromper en lui appliquant une durée de près de trois mois, ayant récemment assigné plus de deux mois à celui de mon opération. Au surplus, je n'ai pas besoin de le dire, c'est alors seulement que la plaie urétrale est entièrement cicatrisée que le traitement devra être suspendu. Or, à quel signe peut-on reconnaître cette cicatrisation?

Cette question, encore plus mal étudiée que les précédentes, est une des plus difficiles à résoudre. On ne saurait en effet invoquer, pour se déterminer à cesser ou à continuer l'usage des corps dilatants, ni l'occlusion de la plaie périnéale, ni la facilité du cathétérisme, ni la liberté de la miction, puisque tant que la plaie urétrale n'est pas cicatrisée, le canal offre plus de largeur et qu'il est plus facile à dilater que lorsqu'une cicatrice la recouvre dans toute son étendue. La douleur causée par le cathétérisme ne saurait non plus être prise en considération, puisqu'elle est à peu près la même, que la plaie soit ou non cicatrisée.

Les meilleurs renseignements doivent être tirés de la suppuration; mais comme le pus est en très-petite quantité, surtout lorsque la plaie a peu d'étendue et qu'il n'en sort alors pas assez par le canal pour tacher le linge, entraîné qu'il est d'ailleurs par les urines, ce signe devient le plus souvent encore insuffisant pour se renseigner; assez souvent même, les sondes entretiennent dans la muqueuse, tout autour de la plaie, une irritation qui a pour effet la sécrétion d'une mucosité puriforme, qu'il est très-difficile de distinguer du véritable pus.

Lorsqu'on ne peut plus en faire sortir en pressant le canal avec les doigts, d'arrière en avant, on aura recours à l'exploration avec les bougies à boule, d'un volume proportionné à celui du canal, au niveau de la solution de continuité. Tant que celle-ci n'est pas cicatrisée, la bougie ramènera du pus autour de son col. Se sert-on d'une sonde un peu plus forte, le liquide purulent se colore en même temps de sang. Quelquefois même, le sang sortira seul; cela ne peut arriver, du reste, que si la plaie n'est pas cicatrisée.

Quelquefois, je me suis contenté de faire uriner les malades dans un verre à pied : on a la précaution de ne recevoir que le premier jet d'urine. S'il y a du pus entraîné avec l'urine, il se précipite au fond du vase; agite-t-on celui-ci, on voit alors le mélange se troubler; jette-t-on quelques gouttes d'ammoniaque sur le précipité, si la matière est purulente, c'est une espèce de savon ou de matière grasse qui se forme.

3° *Etendue de la cicatrice urétrale.* — Si l'on admet avec moi que la cicatrice sera d'autant plus étendue que les corps dilatants, sur lesquels on aura fait cicatriser la plaie, seront plus volumineux, qu'ils auront séjourné plus longtemps dans le canal, et que l'usage en aura été continué pendant plus de temps, il ne sera pas difficile de reconnaître quelle est l'étendue qu'on doit avoir donné à la cicatrice de la plaie urétrale, en suivant le traitement dont j'ai parlé.

On se tromperait, je le répète, si l'on calculait sa largeur sur l'étendue générale de la plaie: elle ne saurait, en effet, avoir plus d'étendue que la sonde sur laquelle on a fait cicatriser la portion urétrale de cette solution de continuité; mais, en supposant même, ce qu'il est difficile d'admettre, qu'elle ait autant d'étendue que le moule sur lequel elle s'est établie, elle ne serait pas encore assez large pour rendre au canal sa capacité normale, au niveau du rétrécissement, et cela parce qu'on est obligé, pour dilater les bords, de se servir de sondes d'un calibre proportionné au diamètre du méat urinaire, et non pas au diamètre du canal qui, on le sait, présente généralement, dans ses parties profondes, plus de capacité que son orifice extérieur.

Au reste, quels que soient les soins et les précautions avec lesquels on dirige le traitement de cette solution de continuité, je ferai remarquer qu'il est impossible d'obtenir, après l'urétrotomie externe, une cicatrice aussi étendue qu'après l'urétrotomie interne; d'un côté, parce que, quoique moins profonde, la plaie de mon opération offre vraiment, pendant la dilatation, une surface saignante plus étendue que la plaie de l'urétrotomie externe, et de l'autre côté, parce que dans mon traitement j'emploie des moyens dilatants qui en écartent les bords d'une manière plus considérable que les sondes dont on s'est servi habituellement.

Nature de la cicatrice de la plaie urétrale, ou *durée de l'élargissement du canal, après l'urétrotomie périnéale.* — J'ai dit, en parlant de l'urétrotomie interne, qu'il ne suffisait pas de se procurer une cicatrice de quelque étendue sur la plaie pour obtenir la guérison d'un rétrécissement, qu'il fallait encore que cette cicatrice fût mince et souple, si l'on voulait qu'elle fût durable et définitive. J'ai ajouté, en parlant de mes expériences (voir *Tr. pr. des rétrécissements*, p. 346 et 421), que cette cicatrice, après mon opération, possédait les qualités de finesse et de souplesse dont j'ai parlé, soit parce qu'elle s'établissait en partie sur les lèvres de la plaie, soit en partie au dehors du canal, dans le tissu cellulaire lamelleux, soit aussi parce que la plaie sur laquelle elle se formait, moins irritée par les sondes, pouvait, pour ainsi dire, se cicatriser sans s'enflammer et sans suppurer à la manière des plaies ulcéreuses.

Je ne saurais dire quelle est, après l'urétrotomie externe, la

nature de la cicatrice; il ne m'a pas encore été possible de la voir et je n'ai pu encore explorer le canal d'un assez grand nombre de malades après cette opération. Toutefois, si je devais en apprécier la nature, d'après l'analogie de cicatrisation des plaies urétrales, je croirais qu'au lieu d'être mince et souple, comme après l'urétrotomie interne, elle devrait être dure et épaisse, d'abord parce qu'il est d'observation qu'elle s'établit le plus souvent sur une sonde laissée dans le canal, et par conséquent sur une plaie irritée qui suppure abondamment. Si donc cette cicatrice est épaisse, elle doit aussi être rétractile et faire perdre à l'urètre une partie de l'élargissement qu'elle lui avait d'abord procuré, et c'est en effet ce qui arrive, car non-seulement on observe plus de récidive après cette opération qu'après l'urétrotomie interne, mais elle procure encore un élargissement beaucoup moins considérable. Quelquefois, le rétrécissement reparaît avant que la plaie périnéale soit fermée : c'est alors que celle-ci reste fistuleuse. Deux fois j'ai vu inciser le rétrécissement de dedans en dehors quinze jours après l'opération.

Mais, quelle que soit l'étendue de la cicatrice, elle est rétractile et elle tend sans cesse à rétrécir de nouveau le canal. Tel fut le cas d'un des malades uretrotomisé par M. Barrier, qui, après deux mois de séjour à l'hôpital, s'en alla guéri, c'est-à-dire pouvant passer une sonde Mayor d'environ 9 millimètres ; or, voici l'état de son canal, le 26 juillet 1853, environ cinq mois après son opération :

Ayant chargé M. Desplan, d'Orange, jeune étudiant distingué, d'explorer le canal de ce malade, son compatriote, je vais transcrire ici le passage de sa lettre, qui contient les renseignements que je l'avais prié de me donner : « Jusqu'au mois de juillet, le malade n'a pas laissé cinq à six jours s'écouler sans passer sa sonde Mayor de 9 millimètres ; sur votre avis, j'en ai fait suspendre l'introduction pendant douze jours ; je l'ai ensuite sondé avec une bougie à tête de 5 millimètres, pour constater si le rétrécissement persistait toujours ; j'ai éprouvé une première résistance à une profondeur de 145 millimètres; la sonde a avancé avec plus de frottement ; j'ai enfin perçu la sensation d'un obstacle franchi ; je m'en suis assuré en voulant retirer la sonde, qui a été retenue assez fortement : j'étais alors à une profondeur de 168 millimètres ; le rétrécissement avait donc, d'après mon observation, une longueur de 23 millimètres. »

Cette cicatrice était réellement très-rétractile, puisque, pour avoir suspendu le cathétérisme pendant douze jours, elle avait, pour ainsi dire, déjà perdu la moitié de sa largeur; mais il est probable aussi qu'elle était en même temps extensible, puisque le malade a pu l'allonger assez pour pouvoir franchir l'obstacle avec la même sonde, en employant un peu plus de force que d'habitude.

Après cet ensemble de considérations, je crois donc possible d'affirmer : 1° que l'urétrotomie interne peut s'appliquer à la curation d'un plus grand nombre de rétrécissements que l'urétrotomie externe ; 2° que mon opération est plus facile à exécuter et plus sûre ; 3° qu'elle entraîne moins de dangers, moins d'accidents que l'urétrotomie externe ; 4° que les récidives sont moins fréquentes lorsque l'on dirige le traitement d'après mes indications.

(*La fin au prochain numéro.*)

MÉDECINE LÉGALE.

De l'anesthésie envisagée sous le rapport de la responsabilité médicale,

Note lue à l'Académie de Médecine, dans la séance du 26 mai 1857,

Par M. Devergie.

Les questions relatives à l'éthérisation ont souvent appelé l'attention de l'Académie, et dans une de ses dernières séances encore, un rapport remarquable de notre honorable collègue, M. Robert, tendait à élucider l'une d'elles, celle de déterminer si l'amylène devait être préféré au chloroforme dans son emploi en médecine.

Je ne sache pas que la Compagnie se soit occupée de l'éthérisation au point de vue de la responsabilité médicale. Et cependant vous n'ignorez pas, Messieurs, que bien souvent, trop souvent, on a fait application aux médecins de l'art. 319 du Code pénal qui a trait à l'homicide par imprudence.

Vous vous rappellerez probablement qu'en 1853 un jeune chirurgien de mérite fut traduit en police correctionnelle, et condamné à subir la peine de l'emprisonnement pour avoir vu périr entre ses mains une personne de la rue de Provence, à laquelle il allait extirper un tubercule squirrheux développé à la joue.

Alors, malgré les témoignages de plusieurs sommités de la médecine et de la chirurgie, la conviction des magistrats ne put être ébranlée et un verdict de culpabilité fut prononcé.

Permettez-moi donc de soumettre à l'Académie quelques réflexions sur les conséquences possibles de la pratique actuelle en fait d'éthérisation, surtout en présence de deux assertions qui ont été émises il y a quinze jours dans cette enceinte : l'une par M. Gibert, *qui considère les chirurgiens et les médecins entre les mains desquels les malades ont succombé pendant l'éthérisation, comme ayant été tout à fait étrangers à la mort;* l'autre par M. Velpeau, *qui regarde comme étant à peu près inutiles les appareils qui ont été inventés pour faire respirer les éthers.*

En 1851, et surtout en 1852, les cas de mort par le chloroforme prirent, si vous vous le rappelez, un accroissement tel que le monde médical et même les personnes étrangères à l'art de guérir en furent impressionnées. C'est probablement sous cette influence que la justice intervint.

Depuis 1853, au contraire, les cas de mort par l'éthérisation ou pendant l'ethérisation sont devenus extrêmement rares, et ce n'est qu'à de longs intervalles que l'on apprend aujourd'hui un événement de ce genre ; toutefois c'est encore trop.

Cette transition d'un passé malheureux à un présent plus heureux me paraît devoir être rattachée à plusieurs causes. Il est constant que de part et d'autre, opérateurs et opérés ont été plus sobres d'éthérisation. A cet égard, M. Robert nous a dit que, bien souvent, les chirurgiens éthérisaient sous la pression des malades.

D'une autre part, il faut bien reconnaître aussi qu'en présence d'événements malheureux réitérés, les médecins et les chirurgiens ont peut-être apporté plus de soins encore, ont employé plus de précautions minutieuses peur éviter aux malades les chances funestes ds cette opération. Mais, j'ai le regret de le dire, je ne puis me ranger entièrement à l'opinion de notre collègue, M. Gilbert, qui a donné aux médecins une immunité complète, et qui a exclusivement rattaché à certaines conditions toutes spéciales aux malades, les fâcheux résultats de l'éthérisation.

Si, en effet, je recherche sous l'influence de quelles causes la mort par l'éther, le chloroforme ou l'amylène peut survenir, je crois être porté à penser que cette cause *n'est pas toujours la même.*

L'action des éthers sur l'homme et sur les animaux est encore imparfaitement connue, malgré des décès trop nombreux, et malgré de nombreuses expériences sur les animaux.

Quand on met en regard les cas de décès chez l'homme et ceux survenus dans les expériences sur diverses classes d'animaux, on est tout d'abord frappé d'une grande différence dans le mode de cessation de la vie chez l'un et chez les autres.

Il semble résulter des faits publiés à l'égard de l'homme que, le plus souvent, la mort a eu lieu dans les premiers moments de l'inspiration des éthers; de sorte que l'on serait conduit, ou à admettre, ce qui n'est pas, une action toxique stupéfiante de l'éther, action presque foudroyante, comme serait celle, par exemple, de l'acide sulfhydrique; ou bien il faut alors, pour expliquer la mort, invoquer une sorte d'idiosyncrasie, en vertu de laquelle certaines personnes seraient impressionnées d'une

manière mortelle par cet agent, tandis que d'autres le supporteraient presque impunément.

Dans d'autres cas, au contraire, la mort n'a eu lieu chez l'homme qu'après des inspirations prolongées des éthers, et surtout chez les individus où l'anesthésie était difficilement obtenue. C'est au moins ce que me rappellent les souvenirs que j'ai conservés de la lecture des faits qui ont été publiés à cet égard. J'admettrai volontiers que le premier mode de mort a été plus fréquent, au moins on l'a dit; mais je tiens à conserver l'existence du second.

Lorsqu'au contraire on jette un coup d'œil sur les expériences qui ont été faites sur les animaux, soit qu'il s'agisse d'animaux à sang froid, soit qu'il s'agisse d'animaux à sang chaud; que ce soit des serpents, des chiens ou des oiseaux, c'est toujours le même genre de mort, toujours les mêmes phénomènes allant en progressant jusqu'à l'extinction de la vie, et toujours l'intensité de ce phénomène est en raison de la quantité de l'éther qui a été administrée.

Ainsi, l'homme seul ferait exception; de là des explications plus ou moins fondées de la mort; ici, c'est la syncope; là, une influence morale qui éteint soudainement la vie; ailleurs, une influence sur le cerveau et sur tout le système nerveux; une action spéciale sur le cœur, etc. Quoi qu'il en puisse être, une explication satisfaisante n'est pas encore donnée dans ce genre de mort.

En présence de faits que l'on ne peut nier, il faut s'humilier; mais il n'en résulte pas moins que le genre de mort n'est pas constamment le même, et qu'il me paraît impossible de ne pas admettre qu'il est des cas où la mort *puisse survenir par asphyxie.*

J'irai même plus loin, et je dirai qu'il y a deux modes possibles d'asphyxie dans l'éthérisation: 1° celui qui provient de la paralysie des muscles inspirateurs de la poitrine; 2° celui qui a lieu par défaut d'air. La première asphyxie se produirait à la suite d'une éthérisation prolongée, la seconde expliquerait les décès qui peuvent survenir par l'imprudence de l'opérateur qui a apporté un obstacle trop complet à l'entrée de l'air dans les poumons. Dans certains cas même, la mort est probablement due et à l'influence directe du chloroforme et à l'asphyxie à la fois.

A l'appui de ce genre de mort possible par asphyxie, j'invoquerai plusieurs ordres de faits.

Et d'abord, appelé il y a déjà longtemps à faire deux ouvertures de corps en justice, pour des cas de ce genre, j'ai rencontré les caractères de la mort par asphyxie, si bien décrits par Bichat dans ses recherches sur la vie et la mort; et qu'il me soit permis de le dire sans présomption aucune, la généralité des médecins et des chirurgiens ne les apprécient pas assez, parce qu'ils ne sont jamais à même de faire des ouvertures de corps de personnes mortes subitement. Ils n'observent, en fait d'organes, que des organes malades, et ils n'ont pas pour terme de comparaison des organes sains.

Lors de l'autopsie, on déplace tous les organes pour les examiner, on ouvre et on vide tous les gros vaisseaux, et tous ces caractères d'ensemble, que Bichat s'est attaché à énoncer avec tant de soin, disparaissent sous le scalpel investigateur du chirurgien ou du médecin.

A ces deux autopsies, que j'ai faites dans deux cas de mort par le chloroforme, j'ajouterai la description si minutieuse de l'état des organes de la respiration et de la circulation chez les animaux qui succombent à l'éthérisation, et qu'une commission de la Société médicale d'émulation, qui a fait plus de cent cinquante expériences sur les animaux avec le chloroforme, a si exactement décrits. De cette description résulte un ensemble d'état des organes de la circulation et de la respiration qui se rattache évidemment à l'asphyxie.

Enfin, Messieurs, permettez-moi de le dire, je crains que le malade, qui est mort pendant l'éthérisation au moyen de l'amylène dans les mains de M. Snow, ait succombé en grande partie à une véritable asphyxie. En voici les motifs: 1° le malade a été éthérisé dans une position peu favorable à la respiration, le décubitus plus ou moins marqué sur le côté; 2° on s'est servi d'un appareil à éthérisation avec opercule destiné au passage de l'air au voisinage de la bouche, et muni d'une soupape que le chirurgien fait mouvoir à son gré, de manière à permettre l'entrée d'un volume plus ou moins considérable d'air. On a versé dans l'appareil 10 drachmes d'amylène. L'ouverture du masque fut d'abord laissée *entière*, puis *graduellement on en ferma les trois quarts.* Au bout de deux minutes, le malade perdit connaissance et *fit quelques inspirations rapides;* le pouls était bon. On commençait l'opération quand les membres *se roidirent.* On *s'aperçut alors que l'opercule avait glissé et fermait entièrement l'ouverture de l'air.* On ajoute: mais cette occlusion complète ne durait que depuis quelques secondes. A ce moment, le pouls avait disparu à gauche. On ne sentait qu'une faible ondulation à droite. La respiration était tout à fait naturelle; légers mouvements de la face et des membres, comme si le malade allait se réveiller; mais au bout de deux ou trois minutes, la respiration se ralentit, s'embarrasse; la face devient livide, etc. Tels sont les phénomènes rapportés dans l'observation de M. Snow.

On signale à l'autopsie deux circonstances qui viennent encore à l'appui de la mort par asphyxie. D'une part, les poumons remplissent outre mesure la poitrine, ce qui veut dire que, au lieu de s'affaisser, comme on le voit dans certains cas à l'ouverture du thorax, ils semblent faire un trop plein, et saillir dans l'incision pratiquée, comme on l'observe dans la généralité des cas de mort par asphyxie; d'une autre part, le *foie est gorgé de sang.* Or, si le foie est gorgé de sang, les veines caves et les cavités droites du cœur sont remplies par ce fluide, ainsi que les poumons, et l'ensemble de ces caractères se rattache essentiellement à la mort par asphyxie.

Les circonstances de l'inhalation, les symptômes offerts par le malade de M. Snow durant l'éthérisation, l'état des organes après la mort, constituent un ensemble tel, qu'il est permis d'élever *au moins des doutes* sur le genre de mort, et qui tend même à exonérer l'amylène d'une partie des effets fâcheux que l'on a fait peser sur cet éther.

Que si la mort était survenue malgré l'emploi d'un appareil à inhalation, où il eût existé un courant d'air forcé, et dont l'opérateur ne pût pas diminuer le volume à sa volonté, alors je comprendrais que l'amylène devînt seul responsable; mais on a pu voir qu'il n'en a pas été ainsi.

Enfin, à l'appui du genre de mort possible par asphyxie durant l'éthérisation en général, je crois devoir rappeler les circonstances que je citais tout à l'heure en ce qui concerne les expériences sur les animaux, à savoir que les dangers de l'éthérisation sont, chez eux, en raison de la quantité de l'éther que l'on fait respirer, qu'il faut pour des chiens de *même* âge et de *même* volume une *même* quantité d'éther pour amener la mort; que les animaux à *sang chaud*, c'est-à-dire ceux qui ont besoin de plus d'oxygène pour vivre, sont ceux qui sont le plus impressionnables par le chloroforme et l'éther; que les animaux à sang froid, quoique d'un volume beaucoup moindre, offrent une résistance beaucoup plus grande; toutes circonstances qui, sans être tout à fait probantes, viennent à l'appui de ce genre de mort.

Or, si les personnes soumises à l'éthérisation *peuvent* périr asphyxiées, le médecin ne pourra-t-il pas devenir responsable, aux yeux de la loi, *s'il n'a pas employé, pour opérer l'éthérisation,* des procédés à l'aide desquels il puisse fournir la preuve *matérielle* de l'impossibilité de la mort par asphyxie dépendante de ses actes.

Ces procédés ont pour instruments les appareils à inhalation, mais nous repoussons tout appareil dans lequel l'entrée de l'air est *facultative,* et nous ne tenons pour efficaces, au point de vue auquel nous nous plaçons, que ceux dont l'ouverture de l'air ne peut être ni augmentée, ni diminuée à la volonté du chirurgien, que ce soit d'ailleurs un appareil, ou que ce soit un mode mécanique quelconque. C'est là, suivant nous, le seul moyen

propre à prévenir toute poursuite judiciaire; et il faut bien le reconnaître, c'est la meilleure garantie à offrir au malade contre tout accident qui pourrait résulter, je ne dirai pas de la négligence d'un médecin, je n'en admets pas dans ce cas, mais comme le chirurgien ne peut pas, dans bien des circonstances, opérer le malade et pratiquer à la fois l'éthérisation; comme il est obligé de se confier à un aide; comme sa surveillance ne peut être soutenue et suivie d'instant en instant, il suffit d'un moment d'oubli pour arriver à une issue malheureuse, de sorte que je ne serais pas surpris, lorsque, dans une circonstance donnée, une inculpation de ce genre viendrait à peser même sur une sommité chirurgicale.

En vain déclarerait-elle qu'elle ne s'est jamais servie d'appareils, qu'elle a pratiqué quatre à cinq mille fois l'éthérisation, et qu'elle n'a jamais vu survenir d'accidents, etc. Les magistrats qui, par devoir, ont besoin d'être convaincus au moyen de preuves, auraient, *à tort ou à raison,* à dire à ce chirurgien de premier ordre : Vous avez eu un moment d'oubli, bien excusable peut-être en présence de cinq mille éthérisations où vous n'avez jamais failli, mais vous aviez un moyen d'éviter ce cinq mille et unième cas qui a été malheureux, en vous servant d'un appareil qui vous mettait à l'abri, et vous ne l'avez pas employé.

Et si maintenant, en regard d'une des sommités de la chirurgie, vous placez le chirurgien modeste, qui n'est appelé que de loin en loin à pratiquer l'éthérisation, et auquel un pareil malheur arrive dans les mêmes conditions, ne voyez-vous pas le peu de créance que ses assertions vont trouver auprès de la justice? Une condamnation, une mise en accusation seule ne peut-elle pas conduire aux conséquences les plus graves pour sa position sociale? Et lorsqu'on réfléchit aux avantages que le médecin peut trouver dans l'emploi d'un instrument spécial, lorsqu'on acquiert la certitude qu'avec cet instrument, fait dans de bonnes conditions, il y a plus de sécurité pour le malade, en même temps qu'il fournit au chirurgien le moyen de satisfaire à sa conscience et à sa sécurité personnelle, on se demande si, au lieu *d'atténuer* les avantages de ces appareils et de les considérer comme *presque inutiles,* il ne serait pas *plus sage* d'en recommander l'emploi, dût-on les perfectionner, si besoin est.

Voyez d'ailleurs ce qu'a fait M. Snow lui-même, qui est un des plus grands propagateurs et partisans de l'anesthésie; c'est avec un instrument qu'il a appliqué l'amylène.

Toutefois, il faut reconnaître que son instrument a un défaut qui rend son emploi tout à fait illusoire.

Un tel appareil doit avoir une ouverture toujours invariable dans ses dimensions pour l'entrée de l'air. Cette ouverture ne saurait jamais être diminuée; et si l'on objectait que dans certains cas on ne peut obtenir l'anesthésie qu'à la condition de faire respirer des vapeurs éthérées presques pures, je répondrais que mieux vaut cent fois renoncer aux bénéfices de l'anesthésie que de se la procurer à ce prix. C'est là surtout qu'est le danger; ce sont les éthérisations trop prolongées et avec des vapeurs éthérées trop intenses, qui conduisent à une anesthésie profonde et parfois mortelle, par cela même que ses effets deviennent beaucoup plus difficiles à dissiper.

Telles sont les considérations que j'ai voulu soumettre à l'Académie : si j'ai pris pour point de départ deux assertions émises par nos honorables collègues, MM. Gibert et Velpeau, l'Académie comprendra que je n'ai pas voulu, dans cette lecture, en faire l'objet d'une réfutation ou même d'une discussion. Je ne les ai citées que parce qu'elles sont tout à fait contraires aux conseils qui peuvent se concilier avec la responsabilité médicale. Je n'ai eu en vue que de chercher les moyens de garantir mes confrères en médecine de ces applications trop fréquentes d'un article du Code pénal que tant de circonstances peuvent faire évoquer, dans l'exercice de notre profession, soit de la part du ministère public, soit surtout de la part des familles.

Je me résume et je dis :

La mort, dans l'opération de l'éthérisation, peut avoir lieu par asphyxie.

Cette asphyxie peut être le résultat de la quantité trop faible d'air qu'on laisse arriver dans les poumons.

Lorsque l'air n'arrive pas en quantité suffisante dans les poumons, c'est la faute de l'opérateur.

Placer l'opérateur dans des conditions telles qu'il ne puisse jamais commettre cette faute, c'est garantir le malade d'un danger, c'est garantir le médecin des conséquences qu'il peut subir au point de vue de la responsabilité médicale.

Il y aurait donc lieu de préconiser, dans les éthérisations, l'emploi d'appareils à ouvertures fixes et invariables pour l'entrée de l'air, plutôt que d'en repousser l'usage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 juin 1857. — Présidence de M. Bussy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Eaux minérales. — Plusieurs rapports sur le service médical des Eaux minérales : MM. Barrié et Camparan, eaux de *Bagnères-de-Luchon* et d'*Encausse;* M. Baud, eaux de *Contrexeville;* M. Peyrecave, eaux de *Barbotan.* (Commission des Eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. le docteur Joire, de Lille, adresse un *Mémoire sur l'hémorrhagie des méninges chez les aliénés.* (Comm. : MM. Rostan, Ferrus et Baillarger.)

M. P.-H. Boutigny, d'Evreux, envoie une note intitulée : *Un mot sur la destruction des miasmes par des mélanges fumigatoires nouveaux.* (M. Bouchardat, rapporteur.)

Glucogénie. — M. A. Sanson, chef des travaux chimiques de l'Ecole vétérinaire de Toulouse, adresse une nouvelle *Note sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale.* (Commission nommée.)

M. Velpeau présente à l'Académie, au nom de M. Alfred Vy, médecin à Elbeuf, un travail ayant pour titre : *Quelques observations sur la vaccine et la variole.* (Commission de vaccine.)

M. Depaul, secrétaire perpétuel, donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie par M. Desprès, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, et relative à l'*anesthésie.*

M. le Président annonce à l'Académie qu'une vacance est déclarée dans la section de thérapeutique, d'histoire naturelle et de matière médicale, en remplacement de Martin-Solon, décédé.

LECTURES.

M. Chapelle, d'Angoulême, lit un mémoire intitulé : *De la méthode à suivre dans l'étude de la médecine.* (Comm. : MM. Jolly, Rostan et Ferrus.)

M. Reynal, chef de clinique à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, donne lecture d'un travail intitulé : *Dartre tonsurante du cheval et du bœuf contagieuse de ces animaux à l'homme.* (Comm. : MM. Leblanc, H. Bouley et Devergie.)

M. Deleau lit un travail ayant pour titre : *La paralysie de la face produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne.* (Comm.: MM. Larrey, Guérard et Roche.)

DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE.

Nous publions plus haut la note de M. Devergie; nous publierons dans les prochains numéros les discours de MM. Cloquet, Larrey et Robert. Les autres orateurs inscrits sont MM. Jobert et Nélaton.

ADDITION à la séance du 23 juin 1857.

Dynamoscopie. — M. le docteur Collongues lit un mémoire sur un nouveau système d'auscultation, nommé *dynamoscopie,* faisant

connaître les altérations apportées par l'état de maladie, au bourdonnement qui se fait entendre à l'oreille lorsqu'on l'oblitère exactement avec le doigt. M. Charrière a exécuté, sur les instructions de M. le docteur Collongues, un instrument ou *dynamoscope*, qui est aux altérations du bourdonnement ce que le stéthoscope est aux affections des viscères thoraciques. Nous en donnons la figure et l'explication :



Le dynamoscope est une tige (A) de liége, d'argent ou d'acier, qui présente à une extrémité un renflement (B) creusé en godet pour recevoir la dernière phalange d'un des doigts de la personne auscultée; et, à l'autre extrémité, un second renflement (C) plein et en forme de cône tronqué, que l'observateur introduit dans son oreille et qui doit oblitérer exactement le conduit auditif externe.

L'extrémité auriculaire de l'instrument doit varier suivant la conformation du conduit auditif externe de l'expérimentateur; c'est ainsi qu'il peut être ovale, elliptique.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Mort de M. Sestier. — Nous avons la douleur d'annoncer la mort inattendue autant que déplorable de notre très-distingué et éminemment honorable confrère, M. le docteur Sestier. Les quelques mots prononcés sur sa tombe par M. Demarquay suffiront pour faire connaître toute l'étendue de la perte qu'a faite le Corps médical de Paris en perdant M. Sestier.

PAROLES DE M. DEMARQUAY.

Messieurs,

Il y a quelques jours à peine, notre regrettable ami, M. Sestier, plein de force et de santé, me parlait des joies de son intérieur, de ses travaux commencés et de ses espérances. Ce souvenir est si présent à ma pensée, qu'il me semble l'entendre. En un instant, ce bonheur s'est évanoui ; ces travaux commencés restent inachevés ; sa veuve accablée de douleur et ses amis éplorés se demandent s'il est possible que M. Sestier ne soit plus ; mais à la vue de ce cercueil et de cette tombe, la triste réalité vous pénètre, et il ne nous reste plus qu'à pleurer celui que nous avons tant aimé et qui était si digne de l'être.

M. Sestier est frappé, jeune encore, comme Valleix, son ami, sans avoir rempli sa carrière ; mais au point même où elle a été interrompue, Sestier offre déjà un passé qu'on peut rappeler à son honneur. Aucun médecin n'a eu plus que Sestier le sentiment du devoir et n'a porté plus loin le dévouement à ses malades ; ce dévouement était tel, que Sestier ne tenta point de devenir médecin des hôpitaux, dans la crainte de ne pouvoir donner au grand nombre des malheureux qui forment un service, les soins que réclamait leur état; crainte pieuse, due à un défaut de confiance en soi, à une modestie exagérée, et qui nous a privés du bonheur de compter M. Sestier parmi les médecins les plus remarquables des hôpitaux de Paris.

Un travail assidu lui permit d'arriver vite, et par de brillants concours, à l'internat et à l'agrégation. Ces distinctions et des travaux intéressants lui valurent, jeune encore, la croix de la Légion d'honneur. Il y a quelques années, il publia un remarquable ouvrage *Sur l'œdème de la glotte*. Ce livre, savamment écrit et digne de ses illustres maîtres, Chomel et Louis, fut récompensé par l'Académie des Sciences. Hélas ! il laisse inachevé un travail fort remarquable *sur les effets de la foudre*. Cet ouvrage lui eut ouvert incontestablement les portes de l'Académie de Médecine, où l'appelaient d'ailleurs des amitiés puissantes, des travaux importants, et, par-dessus tout, un esprit éminemment distingué. Au lieu de ce brillant avenir, il ne nous reste que le souvenir de ce que fut notre ami. Pour nous tous, réunis autour de cette tombe, c'est moins encore le savant distingué que nous regrettons que l'homme de cœur et de dévouement. Chez lui, les qualités du cœur étaient alliées à une grande fermeté de caractère. Pendant les événements de 1848, nous l'avons toujours vu au premier rang pour apaiser les troubles civils par la lutte autant que par la bonté et la persuasion et pour soulager les victimes des tristes événements que nous avons subis. Ce sont les services rendus qui l'ont amené à faire partie du service médical de la garde nationale ; là, comme partout, M. Sestier a conquis l'estime et l'affection de tous ceux qui l'ont connu. Puissent les regrets profonds exprimés devant ce cercueil, arriver au cœur de sa veuve et adoucir les cruels chagrins causés par une mort si prompte et si inattendue !

Séance annuelle de la Société de Chirurgie. — La Société de Chirurgie a tenu hier mercredi 1er juillet, sa séance annuelle. M. Marjolin, secrétaire général, a lu un rapport très-intéressant sur les travaux de la Société pendant cette dernière année, et a passé en revue successivement les principales communications et les discussions auxquelles elles ont donné lieu. Parmi les principales, nous citerons celle sur la *galvano-caustique* proposée par M. Middeldorpf, et qui a été l'objet d'un rapport intéressant de notre collaborateur M. Broca ; sur l'*écrasement linéaire*, à l'occasion d'une communication de M. Chassaignac ; sur l'*anesthésie* par l'amylène, sur les *cicatrices vicieuses*, à propos d'un travail de M. Decès, de Reims, et d'un rapport remarquable sur ce sujet par M. Verneuil ; sur le *redressement des membres dans les tumeurs blanches*, etc.

Le prix Duval a été décerné à M. Caron, ancien interne des hôpitaux, auteur d'une thèse *Sur le traitement des varices par les injections de perchlorure de fer*. Une mention honorable a été accordée à M. *Gaujot*, qui a donné également une bonne thèse sur le traitement des luxations de l'épaule. — R.

Banquet des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — Le banquet annuel des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris a eu lieu, lundi soir, au grand hôtel du Louvre. On s'est mis à table à huit heures. La plus franche cordialité n'a cessé de régner pendant tout le temps du repas. On a été très-sobre de toasts ; M. le docteur Ricord a bu à la santé des internes passés, présents et surtout futurs, en assaisonnant sa courte allocution d'un de ces heureux *quiproquos* qui ont tant de succès en pareille occurrence : *Je bois*, a-t-il dit, *à l'érection...... d'un monument à la mémoire de celui qui a eu l'idée de fonder l'internat* (1). Après M. Ricord, M. Labbé, interne à la Charité, s'est levé, et, au nom de la Commission, a remercié M. le professeur Serres de l'empressement qu'il a mis à accepter les fonctions de président du banquet. M. le professeur Serres a répondu : Que c'est toujours avec un nouveau plaisir qu'il accepte la présidence du banquet de l'Internat, institution à laquelle la France doit principalement la supériorité de ses médecins sur ceux des nations étrangères.

Après le repas, on a quitté la splendide salle du festin, et on s'est rendu dans un salon adjacent pour prendre le café. Là, chefs et élèves, confondus autour de la même table, se sont donnés les marques de la plus vive et de la plus cordiale sympathie. Les rangs s'étaient effacés pour faire place à la plus charmante camaraderie, qui n'a fait que se dessiner encore plus quand les convives se sont retrouvés à la table de whist, ce jeu favori des internes et de tous les gens bien élevés. — D....

Voici les chefs de service dont nous avons pu retenir les noms :

MM. Serres, Monod, Michon, Maisonneuve, Moissenet, Follin, Bazin, Legendre, Béhier, Verneuil, Grisolle, Piedagnel, Desprès, Cazeaux, Depaul, Ricord, Cullerier, Bergeron, Vernois.

(1) Inutile de dire que ce mot a paru très-innocent aux vertus patentées, les orateurs de banquets n'étant pas soumis aux mêmes exigences que les journalistes.

M. Violette aurait découvert que le meilleur moyen de saccharifier le grain ou les fruits amylacés pour en extraire l'alcool, consiste à les soumettre à l'action simultanée d'une haute pression et d'une température élevée ; avec la quantité convenable d'eau et d'acide, la saccharification s'opérerait rapidement; on saturerait ensuite l'acide avec la craie ou un autre carbonate, puis on ferait fermenter et on distillerait par les procédés ordinaires. Est-ce bien pratique? (*Cosmos.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Recherches sur les causes et les indications curatives des Maladies nerveuses, par le docteur O. Landry. — Brochure in-8° de 136 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 80. 5e année. Samedi 4 Juillet 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

De l'urétrotomie,

Réponse à une lettre de M. Syme, d'Edimbourg, dans laquelle ce chirurgien compare l'urétrotomie externe avec l'urétrotomie interne.

NOUVELLES CONSIDÉRATIONS SUR LA PREMIÈRE DE CES OPÉRATIONS,

Extraites d'un mémoire adressé à l'Académie de Médecine pour le prix d'Argenteuil (1856),

Par le Dr Reybard, de Lyon.

(SUITE ET FIN. Voir les nos 78 et 79.)

Nouvelles réflexions sur l'urétrotomie externe.

Ayant vu pratiquer un grand nombre de ces opérations, ayant longuement réfléchi sur le mode de cicatrisation de la plaie, j'ai pu faire à leur occasion plusieurs remarques pratiques, soit sur le mode opératoire en lui-même, soit sur le traitement. Je vais successivement les exposer sous la forme de corollaires, persuadé qu'elles sont un perfectionnement dans cette méthode et qu'elles contribueront à en faire, par la suite, une méthode plus sûre, moins dangereuse et bien plus efficace.

A. *Remarques sur l'opération.* — Il me semble que jusqu'ici on a réalisé l'urétrotomie externe sans règles parfaitement déterminées, et cependant, pour être bien faite, cette opération ne doit pas être pratiquée suivant des règles moins bien connues que l'urétrotomie interne. Voici celles d'après lesquelles je conseille d'urétrotomiser.

Suivant moi, on ne divise pas, avec le rétrécissement, le canal et les tissus extérieurs dans une assez grande étendue ; on pourrait, je crois, sans inconvénient, donner environ 6 centimètres de longueur à l'incision des parties du côté du canal, et 8 à 9 centimètres à celle des parties extérieures ; en donnant plus de longueur à cette dernière, d'un côté on faciliterait l'opération, et de l'autre on éviterait l'infiltration d'urine dans le tissu des bourses et du périnée, à laquelle une plaie étroite semble prédisposer.

On sait que la division longitudinale du canal, dans ses parties saines, est sans inconvénient, ou du moins que la plaie ne peut point en rétrécir le diamètre ; on comprend, au contraire, qu'il y en aurait beaucoup à borner l'incision au rétrécissement, car ici, comme après l'urétrotomie interne, il se conçoit que plus la plaie aura de longueur, plus la cicatrice élargissante devra avoir d'étendue ; que plus elle sera longue, plus facilement on pourra en écarter les bords avec les sondes, sans l'irriter et sans l'enflammer, et que plus tôt par conséquent on devra en obtenir la cicatrisation.

Mais il ne suffit pas de savoir qu'il convient d'inciser, avec le rétrécissement, le canal dans une grande longueur ; il importe surtout d'être fixé sur l'étendue dans laquelle il doit être divisé, soit en avant, soit en arrière de la coarctation. Mes remarques sur la cicatrisation de la plaie périnéo-urétrale m'ont appris que la pratique ancienne dans laquelle on incise le canal immédiatement en avant du rétrécissement, était vicieuse ; aussi ai-je conseillé de le diviser dans une égale étendue, soit en avant, soit en arrière de la coarctation, de manière à placer celle-ci dans le centre de l'incision ou dans le milieu de la plaie qui en résulte. Il ne me sera pas moins facile d'exposer les avantages de la nouvelle pratique que les inconvénients de l'ancienne, en rappelant simplement le mode de cicatrisation de la plaie qui résulte de cette opération.

Si l'on se souvient que cette plaie commence toujours à se cicatriser par ses extrémités, et que sa cicatrisation se fait ainsi peu à peu par agglutination, dans la plus grande partie de son étendue, il sera aisé de comprendre que si l'on incise le canal très-près du rétrécissement, la division de celui-ci pourra ne pas être suivie de l'élargissement du conduit. Il n'y a pas élargissement dans ce cas, parce que la plaie, qui se réunit de bonne heure par agglutination, se fait sur toutes ses parties, avant que la cicatrice élargissante ait eu le temps de s'établir sur les bords de sa portion urétrale qui correspond au rétrécissement. C'est ainsi qu'on peut expliquer la récidive de celui-ci. Cette récidive est quelquefois si prompte, qu'on est tenté de croire que la division complète n'avait pas été faite.

Incise-t-on au contraire le canal dans une égale étendue ou à 3 centimètres, par exemple, en avant et en arrière du rétrécissement, et de manière à placer celui-ci dans le centre de l'incision, il ne sera pas moins facile de comprendre que l'opération sera, dans ce cas, suivie de l'élargissement du canal, parce que une cicatrice aura déjà eu le temps de s'établir sur les bords de la portion urétrale de la plaie : elle aura même acquis une certaine étendue, lorsque sa portion périnéale se réunira dans sa partie moyenne ou au niveau de la coarctation : ce n'est, en effet, qu'en dernier lieu qu'elle se fait dans cet endroit.

B. *Remarques sur le traitement.* — Jusqu'à ce jour, on a cru trouver dans les sondes, souvent introduites ou laissées à demeure dans le canal, le moyen de remplir la double indication qu'on se propose dans le traitement de la plaie périnéo-urétrale : d'un côté, en effet, en écartant les bords de la plaie urétrale, elles favorisent la cicatrice élargissante qui se forme sur chacun d'eux, au niveau du rétrécissement ; de l'autre, en donnant issue à l'urine et en la détournant de la plaie périnéale, les bords contigus de celle-ci peuvent plus facilement se réunir ; mais ce

traitement, en apparence si rationnel, est-il bien celui qui convient le mieux, et surtout, est-il sans inconvénients et sans dangers? Je ne le pense pas. J'ai déjà dit qu'il était presque impossible d'obtenir, à l'aide de ces corps dilatants, une cicatrice un peu étendue, et de recalibrer, par conséquent, le canal par leur moyen ; je terminerai en faisant remarquer que les sondes ne se bornent pas à irriter, à enflammer la plaie, et à en retarder la cicatrisation ; elles étendent encore leur action irritante sur les diverses parties de l'appareil uro-génital, sans parler des réactions générales violentes et souvent mortelles dont leur simple introduction s'accompagne quelquefois ; elles irritent et enflamment encore le canal et la vessie, provoquent des besoins d'uriner incessants et des douleurs si violentes, qu'on est obligé d'abandonner ce moyen. Je les ai vues s'accompagner d'urétrites aiguës, d'abcès dans l'épaisseur des parois du canal ; mais le plus souvent, en perpétuant l'inflammation dans la plaie, elles deviennent une cause de phlébite et de résorption purulente à laquelle les malades succombent ordinairement. Ce sont les nombreux accidents dus à la présence des sondes dans le canal qui m'ont donné l'idée de ne pas les laisser à demeure, ni de les introduire dans la vessie après mon opération. En résumé, ce traitement n'est pas seulement insuffisant, il est encore très-dangereux. Aussi ai-je l'espoir, malgré l'influence de l'habitude, et quoiqu'il soit, pour ainsi dire, en opposition complète avec les idées qu'on s'est faite sur la cicatrisation de la plaie périnéo-urétrale, de faire adopter celui que je me propose de lui substituer.

c. *Nouveau mode de traitement de la plaie.* — Ayant remarqué qu'il était à peu près impossible, au moyen des sondes tenues dans le canal, d'empêcher la plaie périnéale de se réunir par agglutination, et de se faire en même temps sur la plus grande partie de la plaie urétrale ; sachant, d'un autre côté, que sa réunion s'opérait toujours par ses extrémités, et principalement par son extrémité antérieure, j'ai eu l'idée d'empêcher cette réunion ou de ne la laisser commencer qu'après qu'une large cicatrice a déjà recouvert les bords de la portion urétrale de cette solution de continuité. A cet effet, je propose de tenir dans cette plaie un corps étranger, disposé à la manière d'une mèche de séton. Cette mèche sera longue et engaînée dans un tube d'intestin de chat préparé. On la rendra ainsi moins irritante.

On l'introduit dans le canal au moyen d'une sonde qu'on fait sortir par la plaie et au bout de laquelle on l'attache. En retirant la sonde, on entraîne la mèche ; alors on réunit ses deux bouts et on les attache à une ceinture placée autour du bassin. C'est une espèce de séton qu'on a placé dans la plaie, et un des bouts est dans le canal et l'autre au dehors. Cette mèche doit presser un peu sur l'angle antérieur, afin de s'opposer plus sûrement à l'agglutination des bords. Pour empêcher celle-ci de se faire par l'extrémité postérieure, on écartera ses bords avec un gros cathéter Mayor, qu'on introduira soir et matin, et qu'on poussera avec un peu de force contre son angle postérieur.

Il sera nécessaire de renouveler cette mèche tous les cinq à six jours. Ce traitement, très-simple, peut-être continué sans inconvénient pendant un mois ou deux, plus ou moins, suivant que la cicatrice urétrale mettra plus ou moins de temps à se faire.

Pendant ce temps, on devra aussi surveiller la cicatrisation de la plaie périnéale par ses bords libres ; si une cicatrice tend à se faire sur eux, on la détruira en les touchant de temps à autre avec le nitrate d'argent. Après l'opération, il pourra convenir de laisser une sonde à demeure dans la vessie pendant deux ou trois jours ; mais, au bout de ce temps, on la retirera et on ne la réintroduira que pour vider le réservoir urinaire lorsque le besoin d'uriner se fera sentir, et encore seulement lorsque son introduction, qui se fera par le bout vésical du canal, sera facile et pourra être faite par le malade. Dans le cas contraire, on laissera couler l'urine par la plaie. Je ne vois aucun inconvénient à sa sortie par cette voie artificielle, surtout quelques jours après l'opération et lorsque la plaie n'est pas trop irritée. Celle-ci est-elle enflammée, on peut combattre la phlogose par les applications émollientes (cataplasmes, fomentations, injections).

Je crois qu'il serait possible également d'empêcher la réunion de la plaie périnéale. On tiendrait les bords écartés avec un dilatateur à air dont la baudruche serait formée d'un intestin de mouton plus volumineux que celui de chat. Insufflé d'air, ce dilatateur agirait certainement sans comprimer douloureusement ces parties, sans irriter les bords de la plaie ; aussi pourrait-il être laissé à demeure sans beaucoup d'inconvénients.

Lorsque la cicatrice aura recouvert la plaie urétrale dans une assez grande étendue, pour servir à l'élargissement du canal, on s'occupera alors de faire cicatriser la plaie périnéale. C'est, on le sait, par l'agglutination de ses faces que cette cicatrisation doit s'opérer. Celle-ci sera d'autant plus facile qu'à cette époque ses bords ne sont ni gonflés ni tuméfiés et qu'ils n'ont pas cessé d'être en rapport de contiguïté. Tout au moins on pourra facilement les mettre en contact, soit en rapprochant les cuisses, soit par la suture enchevillée ou par un des moyens unissants dont j'ai parlé à l'occasion de mon nouveau procédé d'autoplastie. (Voir *Gaz. méd. de Lyon*, 1856.)

Ainsi désormais, après l'urétrotomie externe, on ne se servira plus de sondes pour écarter les bords de la plaie urétrale, et pour obtenir sur eux la cicatrice qui doit élargir le canal. C'est en s'opposant simplement à la réunion de la plaie périnéale avec la mèche de séton dont j'ai parlé, qu'on obtiendra ce résultat. Ce traitement me paraît très-rationnel ; il est d'ailleurs basé sur le mode de cicatrisation de la plaie périnéo-urétrale. D'un autre côté, il est simple et ne semble avoir ni inconvénients ni dangers ; il est en même temps plus sûr que celui de la pratique ancienne. Telle est du moins l'opinion que je m'en suis faite, après de sérieuses réflexions sur la cicatrisation de cette plaie. Je la soumets avec confiance à l'appréciation des hommes de science, prêt, du reste, à recevoir toujours avec le plus grand empressement, toutes les observations qu'il leur plaira de me faire sur les questions d'urétrotomie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discussion sur l'anesthésie.

DISCOURS DE M. LARREY

(Séance du 23 juin.)

M. H. Larrey. La note lue à l'une des précédentes séances de l'Académie par notre savant collègue, M. Devergie, sur l'éthérisation dans ses rapports avec la responsabilité médicale, a été écoutée avec toute l'attention que commandaient à la fois l'autorité de l'auteur et l'importance du sujet. Mais cette note devait émouvoir, étonner la plupart des membres de la Compagnie, en soulevant une question fort grave et nécessairement controversable, et en provoquant surtout de la part des chirurgiens une protestation formelle, sinon unanime. Plusieurs de nos honorables collègues, M. Velpeau le premier, MM. Robert, Cazeaux, Huguier ensuite, ont pris la parole spontanément à cette occasion.

Je l'avais demandée aussi, et j'aurais dit le même jour, en quelques mots, ce que j'aurai l'honneur de lire aujourd'hui avec plus de développement, si l'Académie veut bien me le permettre. J'aurai soin, par égard pour elle-même, de me renfermer dans les limites de la question. C'est pour cela que j'ai écrit ce que j'avais à dire.

Regrettons tout d'abord que la note de M. Devergie n'ait pas été publiée textuellement pour nous en faciliter l'appréciation, car c'est d'après l'analyse seule des journaux que nous avons pu coordonner nos souvenirs et nos impressions. Notre honorable collègue a déclaré, dans la séance suivante, que l'on avait mal compris et mal interprété sa pensée au sujet de l'asphyxie, en lui faisant dire que, dans la généralité des cas, il attribuait à cette cause la mort survenue pendant l'emploi du chloroforme. Il a reproché à la presse médicale d'avoir reproduit cette opinion, si bien, a-t-il dit, qu'elle figure au sommaire

de la séance, tandis qu'on ne la retrouve pas dans l'exposé de son travail lui-même. Mais si la presse médicale tout entière a reproduit cette opinion, c'est qu'elle l'avait comprise ainsi d'après la lecture faite à l'Académie, et comme la note, malgré le bon vouloir de l'auteur, n'a été ni déposée sur le bureau, ni mise à la disposition des rédacteurs, qui l'ont vainement cherchée, ainsi que nous, elle n'a pu fournir au sommaire de la séance le texte dont nous avions besoin.

M. Devergie m'a fait l'honneur de m'écrire, il y a vingt jours, pour m'engager à prendre connaissance de son manuscrit dans le *Bulletin de l'Académie* : « Vous éviterez ainsi, me dit-il, une argumentation « qui pourrait reposer sur des idées qui ne seraient pas celles que « j'ai émises ; » et il m'annonce avoir adressé la même lettre à ceux de nos collègues qui se proposaient de prendre la parole à l'occasion de sa lecture. Je me serais empressé de déférer à la demande de M. Devergie en lisant sa note dans le *Bulletin;* mais aujourd'hui 23 juin, presque un mois après la lecture, elle n'a pas encore paru, par des circonstances probablement indépendantes de sa volonté. Cette explication préalable m'a semblé nécessaire.

J'aborde maintenant la discussion, avec confiance dans la bonne foi de notre honorable collègue et dans la bienveillante attention de l'Académie.

Voici la question grave soulevée par M. Devergie réduite à ses termes exacts : La responsabilité médicale reste à découvert en présence des redoutables éventualités de l'éthérisation. L'absence de règles précisant le danger entraîne l'arbitraire de la justice à l'égard de la médecine mise en cause. Le moyen de remédier à cet état de choses, c'est d'abord la détermination des dangers à prévoir et à prévenir ; c'est, ensuite, l'emploi réglé d'appareils spéciaux à cet effet. M. Devergie a même formellement dit : N'est-ce pas un moyen de couvrir la responsabilité médicale que de prescrire plutôt que de repousser l'usage des appareils?

C'est là, en effet, une question des plus sérieuses au point de vue de la responsabilité médicale, car cette question se trouve soulevée par un médecin que les lumières de son savoir et sa position spéciale autorisent justement à éclairer l'opinion et les arrêts de la justice. Oui, c'est là ce qui établit un fait d'une extrême gravité, quoique M. Devergie, par un sentiment de modestie ou de réserve bien louable, ait cherché à amoindrir l'importance ou la portée de son travail académique.

Comme médecin légiste, il a pensé, il a écrit, il a lu, ce qu'il croit être vrai, proposable et admissible; mais s'il était chirurgien opérant, il apprécierait sans doute autrement qu'il ne l'a fait la responsabilité médicale dans l'emploi de l'éthérisation. Puissions-nous l'en convaincre avec toute la déférence qui lui est due. Les restrictions qu'il a déjà bien voulu faire nous laissent cet espoir.

L'objet du travail de notre savant collègue est d'examiner la conséquence possible de la pratique en face de l'éthérisation. C'est à peu près ainsi qu'il s'est exprimé tout d'abord, quoiqu'il n'ait pas voulu assurément susciter des contradictions parmi les chirurgiens pour donner gain de cause à la théorie dont il semblait vouloir déduire une règle d'application. Cependant l'art et la profession se trouvent par là intéressés à bien s'entendre sur ce sujet.

La liberté d'appréciation pour recourir ou non à l'anesthésie, pour préférer tel agent à tel autre, pour adopter ou rejeter un mode uniforme d'inhalation, a été jusqu'ici un droit légitime de tout praticien muni de son pouvoir légal d'exercice, pénétré du sentiment de ses devoirs professionnels, et investi de la confiance de ses malades. Ce premier point ne nous paraît pas discutable.

Mais la prévision des dangers de l'éthérisation est difficile, impossible même, absolument parlant, eu égard aux aptitudes individuelles si variables pour tel genre, tel degré, telle durée, telle conséquence de l'anesthésie, et en admettant même les conditions voulues les meilleures. Tous les praticiens le savent, et M. Devergie, le reconnaissant aussi, a paru soulever contre eux une proposition menaçante soumise au terrible article du Code pénal, de l'*homicide par imprudence*, en laissant à sa note lue une aussi redoutable interprétation.

C'est ce point là qui est essentiellement en litige. Que la mort ait été le résultat direct, exclusif même des inhalations de chloroforme, aucun chirurgien ne le conteste. Des faits trop déplorables le prouvent; mais que dans tous les cas signalés la mort ait été due à la faute des opérateurs, c'est ce qu'il est impossible d'admettre. L'immunité accordée aux médecins et aux chirurgiens ne doit pas sans doute être trop exclusive, trop absolue, en attribuant aux malades seuls, ou plutôt aux conditions dans lesquelles ils se trouvent, les funestes accidents survenus. Mais assez d'exemples démontrent, et l'on ne saurait trop le rappeler, que diverses causes, souvent même inappréciables et tout à fait indépendantes de l'anesthésie, peuvent déterminer la mort.

C'est ce que j'ai tâché de démontrer ailleurs, dans une discussion sur ce sujet au sein de la Société de chirurgie (1). Il ne conviendrait pas d'y revenir devant l'Académie; mais il importe, je crois, d'exonérer le chloroforme de quelques-unes des imputations de mort qui lui ont été adressées, car avant l'emploi des anesthésiques, des individus ont même succombé aux effets de la frayeur d'une opération imminente, comme d'autres ont succombé à l'excès de la douleur physique. Chez ceux-là c'était une sorte de sidération cérébro-spinale; chez ceux-ci l'épuisement progressif de l'influx nerveux.

Il faut donc faire la part des influences nombreuses qui peuvent compromettre le succès de l'anesthésie, sans que l'on soit en droit de l'attribuer au mode d'application. Les idiosyncrasies offrant des prédispositions diverses aux syncopes, aux congestions cérébrales, à l'asphyxie, aux émotions morales, et surtout, comme l'a rappelé M. Cloquet, les aptitudes à l'éthérisation aussi variables que les aptitudes à l'ivresse alcoolique; les affections concomitantes ou les complications, telles que certaines maladies des poumons, du larynx, du cœur ou des gros vaisseaux ; les contre-indications, même passagères, dues à un écart de régime, à l'ingestion des aliments et des boissons dans l'estomac, sont autant de chances défavorables dont on doit tenir compte.

Les expériences successives de MM. Flourens, Serres, Longet, Sédillot, Parchappe, etc.; la première discussion de l'Académie sur l'important rapport de M. Malgaigne ; les rapports non moins remarquables de M. Robert à la Société de chirurgie, et de M. Ludger-Lallemand, à la Société médicale d'émulation ; les écrits multipliés sur les agents anesthésiques, et particulièrement ceux de MM. Bouisson (de Montpellier), Sédillot (de Strasbourg), Simonin (de Nancy), Yvonneau, Chambert et de bien d'autres, sans parler d'une foule de mémoires ou monographies, et enfin les innombrables faits de la pratique, témoignent assez, depuis dix ans, de tous les efforts pour expliquer les effets de l'éthérisation, sans qu'il soit besoin de revenir dans la discussion actuelle sur des points appréciés déjà. Examinons seulement celui qui est en cause.

M. Devergie semble reprocher aux médecins et aux chirurgiens de n'avoir pas fait pour l'homme ce qui a été fait pour les animaux. Ils n'ont pas cherché, dit-il, à doser dans leurs opérations ou leurs expériences la vapeur d'éther ou de chloroforme. Comment notre honorable collègue peut-il exprimer un reproche ou un regret semblable? Comment faire pour l'homme ce qui a été fait pour les animaux ? Les expériences semblables ou similaires sont-elles possibles ou licites ? Les éléments de comparaison existent-ils même? L'organisation de l'homme, son tempérament, son idiosyncrasie, ses habitudes, ses maladies, et surtout ses sens, ses facultés, ses impressions, c'est-à-dire autant d'éléments distincts ou complexes qui peuvent modifier l'action de l'anesthésie, tout cela se retrouve-t-il chez les animaux pour soumettre l'homme aux mêmes expériences ? Que devient le dosage de l'éthérisation chez des sujets dont l'aptitude ou la tolérance anesthésique est si variable, non-seulement sur différents individus, mais quelquefois sur les mêmes? La différence de la mortalité chez l'homme et chez les animaux soumis à des expériences est donc si manifeste, si sensible, qu'une appréciation comparative n'est pas fondée.

La mort rapide, souvent instantanée, survenue chez l'homme dans la plupart des cas signalés, suffirait d'abord à contredire la théorie de l'asphyxie admise peut-être d'une manière trop générale par M. Devergie ; elle ne saurait davantage, comme il l'a d'ailleurs

(1) *Quelques mots sur l'anesthésie.* (*Bull. de la Soc. de Chir.*, t. IV, 1853.)

justement indiqué, provenir absolument d'une sorte d'intoxication, si active qu'elle puisse être.

La mort paraît due principalement à l'abolition progressive des fonctions des centres nerveux, par l'action stupéfiante du chloroforme, action d'autant plus rapide que sa concentration est plus grande. Les expériences faites pour la première fois par M. Flourens (1) avaient déjà exposé ce résultat que les expériences relatées par M. Ludger-Lallemand (2) ont confirmé en dernier lieu. La mort lente a été plus rarement observée chez l'homme, ou après des inhalations prolongées, soit par les difficultés de l'anesthésie, soit par d'autres causes. La mort, chez les animaux, n'arrive jamais que d'une manière tardive aussi, mais par une progression graduelle et après l'inhalation d'une notable quantité d'éther ou de chloroforme. La mort attribuée chez l'homme aux effets seuls de l'anesthésie peut dépendre d'ailleurs, répétons-le, de causes concomitantes; c'est, par exemple, la syncope si fréquente, si redoutable, chez certains individus pusillanimes placés sous l'imminence d'une opération chirurgicale et surtout d'une opération sanglante. Combien d'exemples n'en voyons-nous pas dans la pratique?

La mort par asphyxie ne saurait sans doute être contestée, mais ne semble pas aussi fréquente que l'annonçait M. Devergie tout d'abord, en admettant même les deux genres d'asphyxie qu'il distingue, à savoir : 1° par paralysie des muscles respiratoires dans l'éthérisation prolongée; 2° par défaut d'air ou par une occlusion trop immédiate des ouvertures nasale et buccale. Cette seconde asphyxie, selon notre honorable collègue, expliquerait les décès pouvant survenir par l'imprudence de l'opérateur qui a apporté un obstacle trop complet à l'entrée de l'air dans les poumons.

D'après la lecture faite par M. Devergie à l'Académie, on pouvait croire qu'à son point de vue la mort dans l'éthérisation était attribuée principalement à l'asphyxie, s'il ne s'était défendu d'avoir émis une semblable opinion, et si d'une cause présumée essentielle il n'avait fait judicieusement une cause secondaire. Les explications données depuis par notre savant collègue doivent être accueillies avec empressement, mais elles me paraissent insuffisantes pour effacer tout à fait l'impression généralement produite par la lecture de sa note, et pour annuler ensuite, sinon pour modifier radicalement les objections suscitées par quelques-uns d'entre nous.

Admettons que M. Devergie n'ait pas voulu attribuer à l'asphyxie une raison d'être plus fréquente ou plus générale qu'elle ne l'est en réalité. Mais du moment qu'il ne cherche plus à faire prévaloir cette théorie sur tout autre genre de mort par le chloroforme, il ne doit plus, pour être conséquent avec lui-même, faire prévaloir l'opportunité des appareils, puisqu'il en établissait l'indication sur les dangers de l'asphyxie.

De plus, si notre collègue reconnaît maintenant que l'asphyxie n'est pas à beaucoup près la cause la plus fréquente de mort dans l'éthérisation, il reconnaîtra peut-être plus tard qu'elle en est la cause la plus rare, et pour ne pas rester en contradiction avec lui-même, loin d'attribuer aux appareils l'avantage de prévenir l'asphyxie, il ne sera peut-être pas éloigné de croire avec nous qu'ils offrent quelquefois l'inconvénient de la provoquer. Nous essaierons de le démontrer tout à l'heure.

M. Chambert (3), dans l'un des premiers et des meilleurs travaux publics sur l'éthérisation, établit déjà (sixième conclusion) que l'asphyxie n'est pour rien dans la rapidité de la mort. Cette opinion tend à se propager de plus en plus, sauf toutefois quelques justes réserves à faire.

En effet, l'asphyxie, comme M. Cazeaux l'a rappelé, ne peut être la cause de la mort, puisque dans la plupart des cas publiés, les accidents funestes sont survenus presque tout à coup, dès les premières inhalations, en quelques secondes enfin, et ainsi bien avant que des phénomènes réguliers successifs, sinon lents, d'asphyxie, pussent se produire. On peut invoquer à l'appui de la même opinion le savant rapport de M. Robert à la Société de Chirurgie, et encore celui de M. Lallemant à la Société médicale d'émulation.

M. Devergie explique enfin par l'asphyxie la mort survenue récemment par l'amylène entre les mains de M. Snow, et dont MM. Robert et Giraldès ont rendu compte à l'Académie. Mais M. Devergie, comme l'a fait observer déjà M. Robert, a interprété ce fait et d'autres d'après les lésions cadavériques des animaux soumis à des inhalations prolongées de chloroforme, c'est-à-dire d'après les congestions sanguines du cœur, du foie, etc., résultant en effet de l'asphyxie.

La conséquence de l'asphyxie ainsi admise par M. Devergie, sauf toutes réserves encore une fois, c'est, selon lui, de rendre le médecin responsable judiciairement de n'avoir pas employé pour l'inhalation des moyens qui lui permettent de prouver que la mort par asphyxie ne dépend pas de ses actes et ne constitue point un homicide par imprudence. Notre honorable collègue va même jusqu'à dire dans l'une de ses conclusions, que lorsque l'air n'arrive pas en suffisante quantité dans les poumons, c'est la faute de l'opérateur. La portée d'une déduction semblable est fort grave, et la preuve, c'est qu'à peine cette opinion avait-elle été émise, qu'elle soulevait parmi nous un sentiment général d'étonnement et de dénégation.

La fixation des règles à suivre est non moins difficile, d'une manière absolue, pour prévenir les dangers, quoique M. Devergie ne paraisse pas en douter autant que nous. C'est même le point où il voulait en venir, à savoir de rejeter le mode d'inhalation ordinaire, ou plus généralement tout appareil laissant à l'air une entrée libre, pour y substituer d'une manière exclusive des appareils à ouverture fixe, invariable, indépendante de la volonté du chirurgien.

C'est là, suivant lui, le seul moyen de prévenir toute poursuite judiciaire, et, ajoute-t-il avec assurance, c'est la meilleure garantie à offrir au malade contre toute chance d'accident. Je déclare, dit M. Devergie, que si le malade a pu respirer une certaine quantité d'air, le magistrat n'a rien à voir après. Un tel jugement, s'il pouvait prévaloir auprès de l'Académie, aurait les conséquences les plus regrettables, les plus malheureuses pour la responsabilité médicale vis-à-vis des tribunaux, et ne tendrait à rien moins, dans notre conviction, qu'à déposséder bientôt la chirurgie de l'assistance la plus précieuse contre la douleur des opérations.

Sans doute qu'une insuffisante quantité d'air, mélangée à l'éther ou au chloroforme, peut occasionner des résultats funestes; mais il n'est pas un praticien, pas un aide, pas un élève même, qui ne sache l'importance de maintenir l'accès de l'air dans la manœuvre de l'anesthésie, par quelque méthode ou procédé que ce soit.

Je ne chercherai donc pas, une fois de plus, à démontrer que la théorie de l'asphyxie est non pas illusoire, mais exagérée dans les effets immédiats de l'éthérisation. Cette tâche a été entreprise et accomplie par d'autres bien mieux que je ne saurais le faire. Je me contenterai d'examiner la conséquence pratique, toute chirurgicale, de cette théorie si justement contestée, à savoir : l'application de l'anesthésie elle-même ou l'emploi des appareils d'éthérisation.

Ainsi, selon cette théorie, le magistrat ne pouvant tenir compte que du fait matériel, serait en droit d'exiger qu'un appareil fût toujours employé, ou de sévir contre tout médecin qui, ne s'étant point soumis à cette obligation, aurait eu le malheur de perdre un malade éthérisé par lui sans un appareil spécial d'une fabrication particulière. Mais outre l'erreur de fait résultant de la proposition d'un appareil *ad hoc*, l'incompétence du magistrat ne ferait pas seulement de cet appareil une obligation injuste, elle en ferait une arme dangereuse livrée à des mains hostiles ou cupides envers les médecins.

Les appareils à ouverture fixe, tels que M. Devergie voulait les imposer, offrent-ils donc une garantie certaine contre la mort? Nous ne le croyons pas, et beaucoup de chirurgiens sont assurément de notre avis. Outre que ces appareils peuvent être mal confectionnés ou défectueux, outre qu'ils sont susceptibles de s'oblitérer ou de se détériorer, ils deviendraient souvent un embarras, par la nécessité même d'en faire usage ou d'en acquérir l'habitude, et les praticiens qui ne sauraient employer l'anesthésie autrement ne pourraient plus s'en dispenser.

Appelés à l'improviste pour une opération grave ou douloureuse, mais accidentellement privés d'un appareil d'inhalation, ils seraient

(1) Mémoire à l'Académie des Sciences.

(2) Rapport à la Société médicale d'émulation. (*Union méd.*, 1855.)

(3) *Des effets physiologiques et thérapeutiques des éthers.* Paris, 1848.

fort en peine d'y suppléer par les moyens les plus simples dont ils n'auraient nullement encore fait usage. De là des hésitations, des tâtonnements regrettables et des chances d'accidents par timidité ou par maladresse, ou bien au contraire par trop de hardiesse, par abus ou par routine.

Les appareils ne peuvent être employés d'emblée, pour ainsi dire ; la précaution d'y accoutumer préalablement les malades a été jugée, sinon indispensable, du moins utile, et si cette précaution fait défaut dans les cas urgents ou imprévus, les effets de l'inhalation peuvent être compromis. Exiger que le médecin, dans un cas malheureux, prouve qu'il a employé dans l'inhalation du chloroforme une suffisante quantité d'air, c'est vouloir une chose à peu près impossible ou inacceptable, sans invoquer même à cet égard les droits de compétence. Autant vaudrait exiger, après toute opération importante suivie de mort, que le chirurgien démontrât par devant un tribunal qu'il a opéré d'après des indications précises et conformément aux règles de l'art ; ou bien autant vaudrait imposer au médecin l'obligation de se servir du stéthoscope et du plessimètre pour ausculter et percuter la poitrine, sous peine de devenir responsable de la mort dans un cas de pneumonie, d'épanchement pleurétique, etc.

Que la justice intervienne pour apprécier la moralité des actes dans la pratique médicale, qu'elle intervienne pour sauvegarder non-seulement la santé des malades, mais aussi la responsabilité du médecin, c'est là une intervention salutaire et protectrice digne des vœux de tous. Mais qu'elle intervienne pour décider une question aussi difficile, aussi complexe que celle de l'éthérisation, en subordonnant son verdict à l'emploi d'appareils reconnus facultatifs, sinon déclarés inutiles, ce serait là une intervention dangereuse et menaçante que nous devons repousser de toutes nos forces.

A qui d'ailleurs serait confiée l'enquête sur le mode d'éthérisation employé? Serait-ce au magistrat, qui ne pourrait apprécier ni les conditions physiologiques, ni l'état pathologique, ni les particularités chirurgicales du cas déféré à la justice? Serait-ce au médecin légiste, fort compétent sans doute pour rendre compte de l'autopsie judiciaire, mais qui serait en peine peut-être de rattacher les altérations cadavériques à des phénomènes morbides qu'il n'aurait pas observés? Serait-ce à une commission médicale qui, malgré l'autorité spéciale dont elle se trouverait revêtue, hésiterait presque toujours, et avec raison, à faire peser sur un confrère une responsabilité douteuse ou injuste? Enfin, serait-ce à la famille, aux amis du défunt, qui auraient en eux, au contraire, des soutiens passionnés ou avides d'obtenir des dommages-intérêts, et de venger à leur profit, mais au détriment du médecin, la mort du malade?

Et qui jugerait la validité d'une semblable enquête, alors surtout que les appareils les plus perfectionnés, les précautions les plus minutieuses, ne préservent pas toujours d'accidents funestes, mais faciles à prévenir le plus souvent par les moyens les plus simples et les précautions les plus ordinaires?

Jamais, certainement, le chirurgien le plus partisan de l'emploi des appareils fixes dans l'éthérisation n'aurait songé à les faire prévaloir à ce point d'en imposer l'obligation à ses confrères, parce qu'un chirurgien, tant soit peu exercé à l'emploi du chloroforme ainsi qu'à la pratique des opérations, connaît et apprécie trop bien toutes les difficultés, toutes les incertitudes de l'art, pour substituer son attention et ses mouvements, ses yeux et sa main à l'action aveugle d'un mécanisme artificiel.

Les malades eux-mêmes n'ont pas, à beaucoup près, dans un appareil compliqué, la même confiance que dans un simple linge. Les gens du monde surtout, vaguement instruits des dangers du chloroforme, n'acceptent pas sans défiance l'application immédiate d'un masque qui les empêche plus ou moins de respirer; ils croient même devoir retenir, autant que possible, leur respiration, tandis qu'ils se prêtent bien plus volontiers à l'application médiate d'un mouchoir rapproché graduellement de leur figure, et dont ils apprécient mieux la simplicité.

En effet, les appareils mécaniques les plus ingénieux, les plus précis, les plus exacts pour le dosage de l'agent anesthésique et pour le passage de l'air, sont toujours des appareils dont la vue impressionne et inquiète certains malades, avec ou sans manifestation de leur part ; et, dans ce dernier cas, des accidents imprévus d'hémorrhagie, de défaillance, de syncope, de palpitations, peuvent survenir et compromettre l'éthérisation la plus méthodique en apparence.

Plusieurs des appareils employés ont pour inconvénient de provoquer des accès de toux et de suffocation ; toutes les embouchures ne s'adaptent pas exactement à toutes les bouches, les soupapes d'aspiration et d'expiration ne sont pas toujours bien ajustées ; les orifices auxquels elles correspondent n'ont pas quelquefois des dimensions convenables ; de là des effets contraires à ceux d'une bonne éthérisation. Si, par exemple, l'orifice de la soupape d'expiration est trop étroit, l'air expiré, éprouvant de la difficulté à sortir, se trouve repris par une nouvelle inspiration, le succès en est compromis. Si, au contraire, la soupape intérieure ou d'inspiration, devant se refermer pendant l'expiration, est mal ajustée ou ne fonctionne plus, les conséquences peuvent en être fâcheuses par l'altération des vapeurs en suspens. L'éther, enfin, ou le chloroforme, doit être parfaitement pur, ou renouvelé souvent dans l'appareil, sinon, étant altéré, il peut, par sa concentration même, provoquer de regrettables accidents.

Il y a même, comme l'a dit M. Velpeau avec une si juste autorité, il y a des malades qui s'asphyxieraient tout seuls, sans respirer même la vapeur anesthésique, si l'on persistait à les y obliger. Il faut alors suspendre momentanément l'inhalation, ou y renoncer tout à fait. C'est ce que j'ai dû faire aussi plusieurs fois, et récemment encore chez un officier auquel je pratiquais une opération d'autoplastie à la face.

Qu'arrive-t-il effectivement chez quelques-uns des malades prédisposés à cette sorte d'asphyxie spontanée? C'est que ne pouvant supporter même l'odeur de l'agent anesthésique, ils s'efforcent de ne point respirer, et sont exposés, dans certaines occurrences, aux effets des congestions les plus violentes vers le cerveau ou les poumons. L'un des nombreux blessés de Crimée que j'ai eu occasion de voir au Val-de-Grâce, c'était un sous-officier de zouaves auquel je devais extraire une balle de la hanche, a éprouvé ainsi les symptômes d'une apoplexie, dès la première inhalation du chloroforme faite à distance, bien mélangée d'air, et sans qu'il en eût encore respiré la plus minime quantité ; nous dûmes sagement y renoncer.

Chez d'autres un état de faiblesse prononcée par des causes diverses, certaines affections des organes respiratoires, s'ajoutant à une éthérisation trop concentrée, les exposent aux funestes accidents que l'histoire du chloroforme nous a fait connaître, et loin d'en exonérer les appareils, je serais tenté de leur en attribuer au moins une part : telles sont des hémorrhagies abondantes ou répétées, des suppurations anciennes colliquatives, des syncopes nerveuses ou symptomatiques.

Que conclure de ces faits, auxquels nous pourrions en joindre d'autres, et dont tous les chirurgiens, certainement, nous fourniraient des exemples? c'est qu'il ne faut pas attribuer toujours au chloroforme ou à son mode d'administration, des accidents qui n'en dépendent point, fussent même des accidents d'asphyxie.

On a fait valoir comme un avantage de l'appareil la possibilité de doser le chloroforme à l'instar des autres médicaments, et l'on aurait eu raison si les effets de l'agent anesthésique étaient fixes, précis, invariablement calculés d'avance. Il n'en est pas ainsi, et par malheur presque tous les accidents mortels attribués au chloroforme sont survenus dans des cas où le dosage avait été bien mesuré, dans des cas où les doses d'inhalation avaient été tout à fait minimes, et réduites à 1, 2 ou 3 grammes au plus, tandis que sans dosage, sans appareil, à l'aide seulement d'un linge, les chirurgiens administraient journellement, et sans danger, des quantités assez considérables de chloroforme.

M. Robert (1) a démontré que le dosage du chloroforme est impossible, et il a soutenu avec raison, selon nous, l'impossibilité d'évaluer même approximativement, chez l'homme, les doses de chloroforme inhalé. M. Snow a bien examiné un appareil gradué aussi ingénieux, à cet effet, que l'anesthésimètre de M. Duroy, mais, pas plus que les autres, cet appareil ne garantit avec certitude la quantité de chloroforme absorbée par les voies respiratoires d'un malade, comparativement à la quantité perdue ou évaporée dans l'air mélangé à l'inhalation de ce gaz.

(1) Rapport à la Société de Chirurgie.

Les partisans des appareils, et surtout les spécialistes, accoutumés à la chirurgie localisée bien plus qu'à la chirurgie générale, les dentistes, par exemple, recommandent eux-mêmes certaines précautions essentielles : la nécessité, par exemple, d'essayer ou d'adapter préalablement l'appareil sur la bouche du malade, et de lui apprendre le rhythme des inspirations, dont la régularité importe au succès de l'éthérisation ainsi faite.

Mais les appareils spéciaux d'inhalation, appliqués particulièrement aux opérations de la cavité buccale, me paraissent offrir un danger de plus par la concentration du gaz anesthésique mélangé au sang que peut avaler le malade. On ne saurait trop contester, dans les cas de ce genre, les chances de l'asphyxie, qui alors dépend autant des causes locales que de l'éthérisation elle-même. Pareil danger ne semble pas aussi redoutable par l'usage de la compresse ou par l'anesthésie, pour ainsi dire, raréfiée. Il serait curieux de rechercher, à cette occasion, si plusieurs des accidents mortels survenus dans la chloroformisation, ne coïncidaient pas avec cette double circonstance : l'emploi d'un appareil de concentration pour une opération pratiquée à la face, et spécialement dans la bouche, pour l'avulsion des dents, par exemple. C'est un point que les auteurs des observations pourraient seuls éclaircir, et ils interviendraient utilement, à cet égard, dans la discussion.

Les appareils offrent peut-être quelquefois l'avantage de la célérité dans l'éthérisation ; mais cet avantage, appelé *cito* dans le langage classique, pour supprimer ou amoindrir la douleur, est-il donc nécessaire, et peut-il contrebalancer le plus important, la sécurité ou le *tuto ?* Ainsi le besoin de tourner le robinet pour diminuer l'intensité des vapeurs, et y substituer à propos de l'air pur lorsqu'une opération se prolonge, et que l'embouchure de l'appareil semble rester en place trop longtemps ; l'utilité, pour le malade, d'avaler sa salive à mesure que la sécrétion en devient trop abondante, au lieu de la rejeter comme s'il n'avait devant sa bouche aucun obstacle ; l'habitude de comprimer le nez, soit avec les doigts, soit avec de petites pinces, pour annihiler la respiration nasale ; l'opportunité d'élargir ou de rétrécir l'ouverture donnant passage aux vapeurs, la difficulté de prévoir ou d'accomplir toujours ce besoin, et d'autres conditions encore, sont autant de soins délicats dont l'imprévoyance ou l'oubli peuvent compromettre l'éthérisation par des appareils spéciaux.

Que ces diverses précautions soient négligées ; tandis que le malade s'est soumis par de vains efforts à l'action impuissante ou empêchée de l'appareil, on peut sans doute en chercher la cause, la reconnaître, y remédier ; mais le temps s'écoule, le malade s'inquiète, les assistants attendent, le chirurgien se presse, et l'appareil, remis en état, fonctionne alors avec une précipitation dangereuse, sinon funeste.

C'est même une question délicate à décider, que de savoir s'il convient ordinairement d'essayer la tolérance anesthésique des malades, en les soumettant d'avance à l'éthérisation sans les opérer aussitôt. C'est leur faire craindre des dangers dont ils n'ont pas toujours une idée nette, c'est compter sur des effets qui peuvent varier au moment de l'opération, c'est enfin compliquer celle-ci des inconvénients d'une fatigue, d'une anxiété inutiles et des chances d'accidents, imputables, selon nous, aux appareils.

Croit-on d'ailleurs que si un appareil semblait préférable à d'autres, ceux-ci seraient facilement abandonnés par leurs inventeurs ? Il est permis d'en douter, si on en juge par les prédilections de chacun pour ce qu'il a fait, à moins de renocntrer de généreuses et trop rares abnégations, comme celle dont notre éminent collègue, M. Cloquet, nous offre un si digne exemple, en déclarant mauvais un appareil cependant fort ingénieux imaginé par lui avant bien d'autres du même genre.

On dira peut-être que la confection de ces appareils amènerait une concurrence favorable, soit ; mais la contrefaçon, ou si on veut, la pseudo-confection, serait toute prête à ralentir, à empêcher ou à compromettre les résultats de l'éthérisation.

Si, une fois l'anesthésie produite, on enlève l'appareil brusquement, le réveil a lieu quelquefois tout à coup, et avant que la somme des douleurs épargnées jusque-là soit épuisée. Si, au contraire, on le laisse trop longtemps en place, on peut outre-passer la tolérance anesthésique, et donner lieu aux accidents les plus redoutables. Cette tolérance anesthésique, si variable selon les individus, prompte, soudaine chez les uns, lente, tardive chez les autres, mais désirable chez tous, doit être bien plus incertaine et inquiétante par l'emploi que sans l'emploi des appareils dits *de précision* et qu'il faudrait plutôt appeler des appareils *de concentration.*

L'intermittence des inhalations, si essentielle dans les opérations prolongées, est bien plus facile sans les appareils ou avec la compresse tenue à distance; et les malades le comprennent si bien, lorsqu'on leur démontre d'avance la nécessité d'une éthérisation prolongée, qu'ils aiment mieux quelquefois supporter toute la douleur, en conservant leur libre arbitre, que de se soumettre à l'action continue ou même intermittente des appareils.

L'anesthésie qui semble se produire, chez les personnes faibles, débilitées, plus facilement, plus vite que chez celles d'une certaine énergie vitale, offre donc moins de sécurité à l'aide des appareils. Il en est de même des personnes nerveuses, de celles qui sont atteintes d'affections des organes respiratoires, de celles encore qui, par une sobriété habituelle et par l'abstinence complète des boissons alcooliques, ressentent les effets de l'éthérisation. Mon savant collègue et ami, M. Sédillot, qui a contribué pour une large part à la propagation de l'anesthésie, tout en accordant des avantages à l'appareil de M. Esler (de Strasbourg), n'hésite pas à dire (1) : « Si l'on avait à opérer des personnes craintives et impressionnables, que la peur rend incapables d'écouter aucun conseil, et pour lesquelles tout inconnu est effrayant, je conseillerais de leur faire respirer le chloroforme sur un mouchoir, c'est le moyen le plus simple. »

M. Devergie s'est fondé en partie sur le fait malheureux de M. Snow, explicable peut-être par l'asphyxie, pour étayer la théorie d'où il déduit l'opportunité de recourir aux appareils mécaniques ; mais cette déduction ne nous semble pas plus justifiée par ce fait particulier que par l'observation générale. En effet, dans le cas dont il s'agit, la mort a été manifestement déterminée par l'occlusion de l'opercule réservé au passage de l'air, et conséquemment par l'inhalation d'une quantité de gaz beaucoup trop concentrée.

Les appareils spéciaux ne peuvent-ils donc, comme dans le cas rapporté par M. Snow (1), éprouver un semblable accident, l'occlusion instantanée de l'opercule à l'insu même du chirurgien, à plus forte raison si celui-ci est exclusivement préoccupé du soin de l'opération? C'est là précisément ce qui est arrivé à l'habile praticien, qui en a, du reste, fait l'aveu avec la plus honorable bonne foi (2). « La pièce de l'appareil qui fermait, dit-il, l'ouverture buccale, la recouvrait entièrement. Je ne fis pas grande attention, je fermais souvent complétement cet opercule. Mais que se passa-t-il en ce moment? Le malade fit-il une inspiration plus large? Je n'en sais rien. » Je *n'en sais rien.* Il y a dans cet aveu si triste, mais si sincère, tout un enseignement à l'endroit des appareils dits de précision.

La précision même avec laquelle fonctionnent ces appareils peut devenir un danger, selon nous, par la promptitude des effets, si surtout les inspirations sont ou trop fortes ou trop prolongées.

Les chirurgiens les plus exercés à l'emploi des agents anesthésiques, doivent redouter, avec l'appareil, de dépasser vite le moment où ils auront à suspendre l'inhalation, c'est-à-dire, dès les premiers degrés de la résolution musculaire. Enfin l'appareil le meilleur, supposons même le plus parfait, l'anesthésimètre de M. Duroy, par exemple, que nous avons vu fonctionner dans les expériences de la Société d'émulation, cet appareil ou tout autre que celui-là préféré par M. Devergie, ne sera jamais une garantie certaine, infaillible contre les accidents propres ou étrangers à l'anesthésie elle-même.

L'appareil le plus simple, le plus usuel, le plus vulgaire en chirurgie, pour les inhalations anesthésiques, s'il peut même s'appeler un appareil, c'est assurément un linge ou un mouchoir ployé convenablement et humecté du liquide d'éthérisation. Voici à quoi se réduisent les règles à suivre dans l'emploi de ce moyen :

(1) *De l'insensibilité produite par le chloroforme*, 1848.

(2) *Med. Times and Gaz.*, 18 avril 1857, et *Monit. des Hôp.*, 23 avril.

Le malade préparé à l'opération, est couché sur le dos, dans l'attitude du sommeil naturel, ayant la tête un peu soulevée par un oreiller, le cou et la poitrine dégagés de tous les liens, les membres libres de toute entrave. Le linge ou le mouchoir est ployé en triangle ou en cornet, dont les coins sont lâchement fixés par une épingle, et dont le fond, percé à jour, contient de la charpie ou une petite éponge. On verse d'abord sur ce point 1 ou 2 grammes seulement de chloroforme, et on se contente de placer le linge par sa partie évasée, à quelque distance de la bouche et du nez, en recommandant au malade de respirer sans efforts et comme s'il dormait déjà. Il s'accoutume ainsi à l'odeur et à la première impression de l'agent anesthésique dont on augmente peu à peu la dose en laissant un passage facile à l'air ambiant. La respiration, un peu précipitée quelquefois, se ralentit, se régularise dès qu'on écarte plus ou moins le linge, on verse alors une plus grande quantité de liquide, l'inhalation s'opère largement, la période d'excitation, si elle survient, n'est pas indispensable ; il suffit de surveiller le pouls, et plus attentivement encore la respiration ; on éloigne, on rapproche alternativement la compresse, ou mieux encore on la soulève en soutenant ses bords sur la racine du nez, mais sans boucher les narines. Nul accident ne survient ainsi et l'éthérisation est aussi sûre que complète.

L'opération peut être faite alors avec toute sécurité ; et si elle doit se prolonger, il ne s'agit plus que d'entretenir l'anesthésie, non d'une façon continue, mais intermittente, par le même moyen. La plus simple habitude en garantit le succès. L'air, bien loin d'être intercepté par cet appareil, circule si librement autour, au-dessous et sur les côtés, qu'il ne cesse pas de pénétrer dans les voies respiratoires, alors même que l'on applique tout à fait la compresse au-devant de la bouche et du nez. Rien de plus facile d'ailleurs que de surveiller le libre accès de l'air dans les voies aériennes et d'en augmenter ou d'en diminuer à volonté la quantité par le rapprochement ou l'écartement alternatif de l'appareil simple, tandis que l'appareil composé ne garantit pas cet avantage fondamental de surveiller, de régulariser et de maintenir l'intégrité de la respiration.

Et cela me semble si vrai, que tous les chirurgiens sont à même de se servir d'appareils : ils en ont à leur disposition, surtout dans les grandes villes, où la fabrication est riche ; ils en possèdent dans les hôpitaux ; quelques-uns même, comme M. Cloquet, ont apporté ou conseillé des modifications à ces appareils ; et cependant ils ne s'en servent pas, ou bien ils les ont abandonnés.

Un autre avantage de l'appareil simple, ou du linge, est de permettre dans les premiers instants, aux malades, d'exprimer leurs sensations ; de répondre, si besoin est, aux questions qui leur sont adressées ; d'avoir enfin, même sans rien dire, la confiance nécessaire pour se faire comprendre. L'appareil composé devient au contraire, à cette période initiale de l'éthérisme, un appareil d'occlusion dont l'embouchure ne permet plus aux malades de parler, et qui les sépare, en quelque sorte, des personnes placées autour d'eux.

On conçoit, à la rigueur, que, dès les premières expérimentations de l'anesthésie sur l'homme, on ait imaginé, modifié, perfectionné des appareils artificiels, comme paraissant offrir quelques avantages, eu égard, surtout, à l'éthérisation proprement dite ; mais, dès que l'éther a été remplacé par le chloroforme, dont l'action est beaucoup plus rapide, plus active et plus prolongée, il n'y avait plus lieu de persister dans l'usage de ces appareils.

Leur inutilité, généralement reconnue par les chirurgiens français, a déjà été démontrée, dès le début de cette discussion, par M. Velpeau, avec toute l'autorité de sa grande expérience. Je me rallie donc tout à fait à cette opinion, et je n'y insisterais pas davantage, si notre honorable collègue, M. Robert, n'accordait encore une certaine préférence à ces appareils.

M. Sédillot, partisan des appareils d'éthérisation dans les premiers temps de sa pratique, y a renoncé depuis plusieurs années. Il condamne surtout les appareils au moyen desquels la bouche seule est chargée des inspirations. Il a rencontré, comme plusieurs d'entre nous, des personnes dont la respiration s'embarrasse, dès qu'elle ne peut plus s'accomplir par le nez simultanément avec la bouche. De là, par conséquent, des dangers à craindre par les appareils qui interceptent le passage de l'air dans las narines. « L'emploi du chloroforme, dit M. Sédillot (1), est aujourd'hui d'une rare simplicité, puisqu'il suffit d'en verser sur un mouchoir. »

M. Huguier a fait la même déclaration que nous dans la discussion, et il a employé aussi un nombre considérable de fois le chloroforme, sans avoir jamais eu d'accidents ; il s'étonne même que son honorable collègue de l'hôpital Beaujon soit peut-être, à Paris, le seul chirurgien qui préfère encore les appareils mécaniques.

La plupart des chirurgiens anglais ont abandonné aussi les appareils, et se servent très-efficacement du tissu de charpie (qu'ils appliquent généralement aux plaies). Ils en imbibent un morceau avec du chloroforme et le maintiennent sur la bouche et sur le nez du malade assez fortement pour faire craindre les effets d'un contact trop immédiat, si ce procédé, comme celui de la compresse, n'était exempt de danger, par la pénétration facile de l'air à travers le tissu et par son mélange en proportion suffisante au gaz anesthésique.

M. Simpson (2), dans son mémoire sur le chloroforme, déclare inutile de se servir d'un appareil, et suffisant de verser quelques grammes de liquide sur un mouchoir de poche ou sur une éponge approchée du nez et de la bouche du malade. L'immense pratique de l'habile chirurgien d'Edimbourg atteste les heureux résultats de ce simple mode d'éthérisation.

La même remarque serait applicable à la pratique de plusieurs des chirurgiens de l'Allemagne et de l'Italie. M. Porta (de Milan) (3), par exemple, ne se sert d'aucun appareil, mais simplement d'une compresse sur laquelle on verse le chloroforme, et qu'on approche ensuite plus ou moins des narines et de la bouche du malade. Il a employé ainsi trois cents fois l'anesthésie avec la plus grande sécurité, et ne signale que trois cas dans lesquels des accidents sérieux, mais non mortels étaient dus à une concentration trop grande et à une inspiration trop rapide de l'agent anesthésique, réduit cependant à une dose minime.

M. Costantini, (de Rome) (4), comme M. Porta et la plupart des chirurgiens attachés aux grands hôpitaux de l'Italie, préfère la compresse ployée, avec ou sans éponge, aux différents appareils d'éthérisation.

Il serait facile de savoir si telle n'est pas la pratique la plus répandue parmi les chirurgiens de quelques autres nations, la Russie, par exemple, et l'Amérique. Il nous est permis de le présumer, d'après quelques renseignement auxquels il ne manque plus qu'un caractère officiel.

Mais je soumettrai à l'Académie un document qui nous touche de plus près à cet égard. Le conseil de santé des armées, par une décision du ministre de la guerre (5), datant déjà de 1848, sur l'emploi du chloroforme dans les hôpitaux et les ambulances, dit, au second paragraphe : « On peut, pour l'application, se passer d'appareil proprement dit. Il suffit d'une compresse à demi usée ou d'un mouchoir de poche, qu'on roule de manière à former une sorte d'entonnoir au fond duquel on verse directement le chloroforme. » Cette recommandation, revêtue d'un caractère officiel, avait été dictée au Conseil par l'expérience acquise dès cette époque, et par une juste prévision de la pratique généralisée aujourd'hui dans les hôpitaux militaires comme dans les hôpitaux civils.

M. Sédillot a formulé une proposition hardie, trop absolue selon nous, mais vraie en elle-même, et que j'appuie en principe : c'est que le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais. Or, l'habile professeur de Strasbourg se garde bien de recommander à cet effet les appareils qu'il avait cependant beaucoup essayés pour l'éthérisation ; il en connaissait donc parfaitement les avantages et les inconvénients.

L'un des expérimentateurs les plus autorisés à faire prévaloir l'appareil en général sur le linge, et l'anesthésimètre de M. Duroy en particulier, ce serait, certes, le savant rapporteur de la Société médi-

(1) Mémoire sur le chloroforme.

(2) *Histoire d'un nouvel agent anesthésique proposé comme remplaçant l'éther sulfurique dans les cas de chirurgie et d'accouchements.* Novembre 1847.

(3) *Annales universelles de médecine de Milan*, 1853.

(4) *Essai sur la clinique chirurgicale de l'Université de Rome*, 1853.

(5) *Décision ministérielle autorisant l'emploi du chloroforme*, etc., 1848.

cale d'émulation, M. Ludger-Lallemand, qui a tant appliqué cet appareil chez les animaux. Il n'hésite pas cependant à préférer pour l'homme la plus simple compresse, dont il nous a vu faire un constant usage au Val-de-Grâce, et qu'il a eu lui-même occasion d'employer à Constantinople; c'est ce qu'ont fait, du reste, la plupart des chirurgiens de l'armée d'Orient. Et cependant les ambulances, pas plus que les hôpitaux, n'étaient dépourvus d'appareils. L'habile fabricant M. Charrière en avait fourni à peu près partout; mais enfin, à peu près partout, on a préféré s'en passer, comme me l'ont appris nos camarades et plusieurs des nombreux blessés ou amputés de Crimée que j'ai eu occasion de voir à leur retour en France.

Je ne connais qu'une objection réelle à faire à l'éthérisation pratiquée avec un linge, c'est la nécessité d'employer une plus grande quantité d'éther ou de chloroforme qu'avec un appareil, et ainsi d'entraîner la déperdition d'un peu plus de liquide, en prolongeant l'inhalation. Mais cet inconvénient nous paraît être bien peu de chose, si on le compare aux dangers d'une inhalation trop concentrée, si bien graduée qu'elle puisse être, avec un appareil mécanique. Faut-il sérieusement tenir compte de la dépense d'une plus grande quantité de chloroforme, puisqu'il coûte fort peu de chose? On le débitait, par exemple, à Strasbourg, dès 1848, nous disait M. Sédillot, à moins de 5 centimes le gramme; et d'après la remarque de M. Simpson, il n'en faut pas, en moyenne, beaucoup plus de 10 grammes pour chaque cas en particulier.

Il est vrai aussi que parfois les vapeurs du liquide volant se répandent autour du malade, et sont perçues par l'opérateur ou par les assistants; mais ce léger inconvénient est-il comparable au danger d'une concentration trop forte de l'agent anesthésique, aux dépens du malade seul? On peut d'ailleurs prévenir l'inconvénient dont il s'agit, en versant le liquide en petite quantité à la fois et en soutenant le linge, comme il a été dit. Cette simple précaution suffit pour diminuer la perte de l'évaporation du chloroforme, en même temps que ses effets plus simples sont plus assurés. On obtient ainsi, facilement, sans inquiétude et sans danger, l'éthérisation complète, la seule qui satisfasse véritablement à toutes les exigences des grandes et douloureuses opérations chirurgicales.

Nous ne comprenons pas, d'une part, la pratique singulière qui prétend limiter à la période d'excitation l'emploi de l'éther ou du chloroforme, au risque de provoquer sous l'action simultanée du bistouri, des mouvements d'autant plus désordonnés, d'autant plus dangereux, qu'ils sont involontaires et souvent incoercibles, en exaltant parfois la sensibilité, au lieu de l'annihiler. Mais nous comprenons, d'autre part, l'importance extrême de ménager avec soin les premières inspirations du chloroforme, se fondant sur ce fait général et vrai, que la plupart des cas de mort se sont déclarés dès le début des inhalations. Il résulte de là, répétons-le, qu'un appareil de concentration exposera bien plus qu'un appareil de déperdition, à ce funeste résultat. On risque enfin de provoquer tout à coup l'anesthésie, en dépassant ses limites, au lieu de la favoriser peu à peu avec l'autre, en mesurant son action.

On a expérimenté sur des animaux l'éthérisation que j'appellerais volontiers *adhésive* ou au contact des appareils, et l'éthérisation *objective*, ou à distance, d'après des expressions usitées pour l'emploi du cautère actuel. Or, qu'a-t-on observé dans ces expériences? c'est que l'éthérisation au contact tend plus ou moins à déterminer la mort, tandis que l'éthérisation à distance préserve toujours de tout accident funeste.

Selon nous, en définitive, l'emploi des appareils mécaniques, loin de diminuer ou de garantir la responsabilité médicale, l'augmenterait, la compromettrait certainement.

La proposition contraire de M. Devergie est une allégation sans preuves, une théorie qui n'est point basée sur la pratique; car pour prétendre que ces appareils dussent être mis en usage de préférence aux moyens les plus simples, il faudrait appuyer sur des expériences suivies, sur des observations cliniques, cette grave proposition. C'est ce que n'a pas fait notre honorable collègue.

Une protestation vive et soudaine de M. Gibert a témoigné du reste, à M. Devergie, un sentiment partagé par beaucoup d'entre nous, et que, pour ma part, j'ai cru devoir lui exprimer, trop longuement, peut-être, mais aussi avec autant de modération que de franchise, et en regrettant qu'il n'ait pu substituer lui-même l'expérience chirurgicale à l'expertise médico-légale. C'est dans une pensée très-louable assurément, très-confraternelle, que M. Devergie a voulu mettre la responsabilité médicale à l'abri des poursuites judiciaires; mais il serait loin, je le répète, d'atteindre ce but, en faisant prévaloir l'emploi des appareils mécaniques d'éthérisation; et l'Académie, espérons-le, n'accordera pas son assentiment à cette proposition.

On trouvera peut-être quelque jour un moyen plus sûr ou d'une efficacité beaucoup moins contestable que celui-là. C'est un vœu à former maintenant pour les malades surtout, mais un peu aussi pour les médecins, dont il faut garantir et non entraver la liberté d'action devant la justice.

De la responsabilité devant la loi, on en viendrait peut-être ensuite à la responsabilité devant l'Église, comme à Edimbourg, où des ministres du culte ont blâmé un grand chirurgien, d'anéantir artificiellement la douleur; comme à Rome, où le médecin ne peut, sans l'assistance du prêtre, soumettre un malade à l'éthérisation. Mais arrêtons-nous là.

Exigez une vraie surveillance et un contrôle sévère sur la préparation du chloroforme, dont la pureté est la première et l'une des plus importantes garanties de l'éthérisation, comme son impureté peut être cause d'accidents et de mort; assurez-vous, par analyse et par expertise, qu'il offre toutes les conditions désirables à cet égard; reconnaissez, par exemple, que la présence de l'alcool, comme l'a démontré M. Sédillot, est la cause la plus habituelle de la période d'excitation et de l'irritation des bronches; obligez enfin la pharmacie à fournir à la médecine et à la chirurgie un agent de chloroformisation irréprochable, et vous ne songerez plus alors à nous imposer, de par la loi, l'obligation de faire usage d'appareils inutiles, sinon nuisibles. — Que M. Devergie me permette enfin de lui adresser un dernier mot : s'il maintient formellement la proposition émise dans sa note à l'Académie, il nous fera sans doute un reproche de l'avoir combattue, et il acceptera la suite de la discussion. Mais s'il retire loyalement cette proposition, en reconnaissant ses conséquences graves, il aura plus fait, selon nous, pour le corps médical, par cette généreuse renonciation, que par une persistance contraire.

Je concluerai jusque-là, en disant : La doctrine émise par M. Devergie ne saurait être acceptée sans de plus grands périls que ceux de l'éthérisation elle-même. La conscience de l'homme de l'art engagée ainsi, n'aurait plus le droit de le condamner ou de l'absoudre, à elle seule, si au lieu du libre arbitre de son jugement, elle était soumise aux rouages d'un appareil mécanique et à la juridiction d'un tribunal incompétent. — C'est à condition d'une liberté d'appréciation éclairée par le savoir, par le talent et par la moralité dans l'art; c'est à condition d'une liberté d'action fondée sur les préceptes de l'expérience acquise et sur les résultats de l'observation pratique, c'est à ces deux conditions seulement que l'éthérisation subsistera toujours, comme l'une des plus utiles, des plus fécondes et des plus bienfaisantes découvertes de l'humanité.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

M. Dolbeau, aide d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris, vient d'être nommé prosecteur à la même Faculté.

— L'abondance des matières nous oblige à remettre au prochain numéro le discours de M. Cloquet sur l'anesthésie.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 81. 5e année. Mardi 7 Juillet 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. REMQUET ET Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 6 juillet 1857.

Un mot sur la réforme pharmaceutique.

Dans le dernier numéro du *Journal de chimie médicale*, notre excellent ami, M. Chevallier, répond à un écrit anonyme qui ne nous est pas tombé sous la main, et qui paraît traiter de la *réforme de la pharmacie*. D'après les quelques détails donnés par M. Chevallier, il est assez probable que l'écrit en question est une œuvre exclusivement industrielle, dans la moins bonne acception du mot, et à ce titre, nous pensons que M. Chevallier a poussé trop loin les craintes de passer pour battu en dédaignant un écrit de cette nature. Nous ne pensons pas qu'un seul pharmacien, un médecin, suppose à M. Chevallier ni moins de raison ni de moins bonnes intentions, quand l'honorable académicien laissera passer sans réponse les prospectus de toutes les pharmacies *normales*, *hygiéniques*, *rationnelles*, *nouvelles*, *populaires*, *raspaillistes* et autres; tout le monde trouvera même que la besogne serait au-dessus des forces d'un seul homme, s'il devait s'occuper des réclames qu'enfantent ces qualifications créées par le besoin de la mauvaise spéculation. Pour notre compte, ce ne sera point de ces pharmacies ou de leurs produits intellectuels que nous nous occuperons, mais seulement des quelques lignes dont elles ont été l'occasion pour M. Chevallier.

Après des définitions qui ne sont pas toutes également réussies des mots *hygiénique, rationnelle, humanitaire*, etc., M. Chevallier résume ainsi (provisoirement) ce qu'il entend par les mots « *réformes de la pharmacie.* »

Pour nous, le progrès serait dans les modifications suivantes :

1° L'établissement d'*un prix courant officiel de la valeur des médicaments*, prix courant qui mettrait le pharmacien à même de lutter contre certains concurrents, sans avoir besoin de faire d'annonces, de prospectus ou de vendre des remèdes spéciaux ;

2° La défense de qualifier une officine par des dénominations particulières, en exigeant, en outre, que le nom du titulaire soit inscrit sur l'officine et sur les étiquettes, et que ces dénomina-

---

DÉLASSEMENTS.

Un grand enseignement; funérailles de M. le baron Thénard; adieu à l'homme de bien. — Un souvenir de lui. — Un fait historique.

Je ne sache pas de plus salutaire enseignement pour notre orgueil que le spectacle d'une tombe qui vient à s'entr'ouvrir sous les pas d'un des heureux de la vie. A cette heure suprême encore, tous les vestiges de sa fortune et de sa puissance lui font cortége, des voix officielles discourent sur son cercueil, le marbre enfin cache la terre qui le recouvre; mais, après l'accomplissement de toutes ces cérémonies, que reste-t-il de cet homme, s'il est un de ceux qui se couchent pour jamais dans leur égoïsme, de ceux qui ne laissent derrière leurs pas aucun souvenir de l'âme? Cet homme s'abîme tout entier dans la matière qui constitue son corps, et l'ensemble disparaît dans la poussière et l'oubli.

Ces pensées se pressaient dans notre cœur en suivant, perdu dans la foule des habits chamarrés, le magnifique convoi du baron Thénard. Certes, si le luxe étalé dans des funérailles pouvait servir de consolation à une famille éplorée ; si le nombre des représentants de nos corporations savantes, dont faisait partie l'illustre défunt, était un soulagement à la douleur de la perte d'un père, certes, dis-je, tout cela s'y trouvait à profusion. Mais il y avait plus encore : des hommes de tout âge et de toutes les professions, à la mise modeste, au front baigné de tristesse et au cœur débordant de gratitude, accompagnaient l'homme de bien jusqu'aux limites de la séparation éternelle. C'est que celui dont on suivait ainsi dans le deuil la dépouille mortelle n'emportait pas avec lui de vains titres ; c'est que le baron Thénard avait par lui-même scientifiquement anobli son nom, tout en sachant conquérir la vénération et l'amour de tous. Aussi, dans leur dernier adieu, l'Eglise a-t-elle mêlé à ses prières la voix de la reconnaisance du pauvre, la science ses accents de profond souvenir, la jeunesse intellectuelle une larme de regret infini.

Heureux est le savant, baron Thénard, qui, après des travaux pareils aux vôtres, se couche dans la tombe ; cent fois heureux l'homme qui, comme vous, s'endort dans le bien !

Au milieu de ce concert d'éloges, d'expressions de regret et de belles actions rappelées durant la cérémonie funèbre, nous avons

tions et ces étiquettes soient changées immédiatement, lorsqu'un pharmacien succède à un autre pharmacien;

3° La réglementation de l'exploitation des pharmacies par les gérants, établissant que nul ne pourrait être gérant avant d'avoir justifié de ses titres et de sa moralité, et d'avoir été autorisé par qui de droit à accepter une gérance.

Nous croyons que tout le monde acceptera, dans leur sens le plus général, les deux dernières propositions formulées par M. Chevallier; on regrettera seulement qu'il ne les ait pas suffisamment développées pour en déterminer le sens avec quelque précision, les principes généraux mal définis étant presque toujours susceptibles de mauvaises applications.

Quant à la première proposition, nous ne croyons pas qu'elle puisse être transformée en prescription réglementaire, si du moins elle rend littéralement la pensée de l'auteur. Si, par l'*établissement d'un prix courant officiel,* l'auteur a voulu qu'on fixât le *maximum* auquel un médicament peut être vendu, comme on fixe le *maximum* du pain et de la viande, la chose serait à la rigueur possible, quoique fort difficile et d'une utilité contestable; si, au contraire, M. Chevallier a voulu entendre qu'on doive fixer un prix *minimum,* au-dessous duquel il sera interdit de vendre un médicament, une telle prescription serait absolument contraire, et au progrès, et à toutes les règles de liberté commerciale, nous dirions volontiers de liberté individuelle. Pour la viande et même pour le pain, on n'a jamais songé à établir un prix *minimum.*

Maintenant que nous avons exprimé sommairement (ainsi que le comportait le laconisme de M. Chevallier) notre avis sur ce que renferme l'article du *Journal de chimie médicale,* qu'il nous soit permis de dire un mot sur ce qu'il ne renferme pas.

Les propositions terminales de cet article sont loin, en effet, de traduire tous les *desiderata* du progrès de la pharmacie, on peut même dire qu'elles ne traduisent pas les plus importants de ces *desiderata,* au moins au point de vue scientifique et thérapeutique. Dans le cours de son article, M. Chevallier a même glissé incidemment une phrase qui se concilie difficilement avec les sympathies bien connues de notre ami pour le progrès : « Tout médicament, dit-il, préparé par une autre méthode (que celle du *Codex*), s'il n'est pas exécuté d'après une formule médicale et pour un cas spécial, peut être saisi comme étant un remède secret; » et M. Chevallier souligne les deux dernières phrases.

Qu'un médicament, dans ces conditions, *puisse* être saisi à la lettre judaïque de la loi, c'est incontestable; mais *doit*-il être saisi? voilà la question. Or, sur cette question, M. Chevallier pense évidemment comme nous, comme l'universalité des esprits éclairés. Il y a peut-être, aujourd'hui, plus de bonnes formules hors du *Codex* que dans le *Codex ;* il ne faudrait donc pas laisser supposer que tout ce qui n'est pas écrit dans ce livre suranné doit être condamné, car le contraire pourrait être plus juste. Le véritable progrès, sous ce rapport, consisterait dans une nouvelle édition rationnellement, judicieusement faite, du *Codex,* et une fois cette édition publiée, dans une application plus intelligente, c'est-à-dire plus libérale par l'Académie de Médecine, du décret de mai 1850 sur les remèdes nouveaux.

Voilà ce que M. Chevallier devra écrire et contribuer à faire pour être fidèle à la loi du progrès, sous le drapeau de laquelle nous avons l'habitude de le trouver aux premiers rangs. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

De l'exfoliation pathologique de la membrane muqueuse de la cavité utérine,

Par le Dr RACIBORSKI,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

Nous avons vu, dans un précédent travail, que la muqueuse utérine adhère si intimement à la couche fibro-vasculaire, que pendant longtemps on avait même nié son existence. Tant qu'on n'avait pas appris que cette adhérence pouvait être quelquefois vaincue, comme cela a lieu constamment dans les conditions tout à fait physiologiques, sous l'influence de la fécondation, l'idée de l'expulsion de la muqueuse utérine ne pouvait guère se présenter à l'esprit. Aussi faut-il arriver jusqu'à ces dernières années pour trouver à la fois l'idée et la démonstration de ce fait si intéressant et en apparence si extraordinaire.

pieusement recueilli entre autres exemples qui témoignent de la justice et de la bonté de M. le baron Thénard, le fait suivant :

Il y a une trentaine d'années environ, qu'une de nos illustrations scientifiques, aujourd'hui surchargée de places et de croix, débutait fort humblement dans la carrière. Pauvre et relégué en province, le jeune savant en herbe eut le bonheur, dans une de ses expérimentations, de faire une découverte imprévue. Le voilà par le fait devenu tout à coup un homme d'importance, l'égal de quelques-unes, et de beaucoup au-dessus de la plupart de nos célébrités d'alors. Faire un long mémoire et l'adresser à l'Institut, c'est pour lui l'affaire de quelques jours. Une prompte et grande lettre sur papier glacé, portant au frontispice la tête traditionnelle de la sage Minerve, lui annonça en même temps la réception de son mémoire et son renvoi à une commission. Jugez si sa joie fut grande en songeant qu'il allait enfin fixer les yeux du monde savant, que son nom viendrait à retentir d'un hémisphère à l'autre. Évidemment les honneurs et la fortune viendraient après fondre sur lui. Et ce croyant, il attendit, hélas! il attendit longtemps. Chaque fois que dans son impatience, bien légitime du reste, il s'adressa au secrétaire général pour avoir des nouvelles de son travail, il en reçut en réponse cette phrase stéréotypée : « Monsieur, dès que la commission chargée d'examiner votre mémoire aura présenté son rapport, j'aurai l'honneur de vous en faire connaître les conclusions. » — Mais à la manière, à ce qu'il paraît, dont l'Académie s'occupe de mon travail, il lui faudra le temps d'une vie d'homme avant que de conclure ! s'écria-t-il à bout de résignation. Parbleu! allons à Paris; ils seront bien forcés, à me voir comme leur ombre attachée à leurs pas, d'en finir avec ma personne!

Le soir même il prenait la diligence, le cœur gros d'espoir et la bourse assez légère.

Arrivé au but de ses désirs, son premier soin est d'aller au palais Mazarin prendre les noms de ceux qui composent sa fameuse Commission, et le voilà courant aussitôt chez celui-ci, chez celui-là, chez cet autre; mais, ô malheur! celui-ci est à la campagne, celui-là a la goutte, cet autre dîne chez le ministre; si bien que le soir, harassé de fatigue, il se couche sans avoir pu entrevoir un seul immortel. Le lendemain, même course au clocher et même résultat. Huit jours s'étaient ainsi inutilement écoulés, lorsque, désespéré, la bourse presque épuisée et errant à l'aventure, il suivit machinalement la foule qui entrait au Collége de France. C'était l'heure du cours de M. Thénard. Les expériences auxquelles se livra le célèbre professeur fixèrent si vivement l'attention de notre auditeur de hasard, que celui-ci s'en aperçut et lui demanda sur la fin de la leçon, s'il s'occupait spécialement de chimie. De cette simple question, on arriva à

Au dire de Riolan, Aretée et Soranus auraient dit quelques mots du renversement de la membrane interne de l'utérus. A la fin du dernier siècle, un médecin de Lyon publia trois observations de renversement de la membrane interne avec hernie à travers l'orifice du col. Certes, d'un renversement à l'exfoliation de la membrane interne la distance n'est pas trop grande pour que, ayant admis le premier un de ces états, on n'ait pu regarder l'autre comme possible. Mais, malheureusement, les observations de Colomb n'ont pas été du tout confirmées depuis par d'autres chirurgiens. Il suffit d'ailleurs de les examiner avec un peu d'attention pour reconnaître que l'auteur avait commis une erreur de diagnostic.

Voici la première de ces observations, celle précisément qui renferme le plus de détails sur la tumeur enlevée, avant et après l'opération :

Obs. I. — Une dame de Franche-Comté, âgée de 37 ans, d'un tempérament mélancolique, mariée depuis huit ans sans avoir eu d'enfants, avait, au lieu du sphincter de la matrice, une tumeur oblongue, flottant dans le vagin depuis dix-huit mois, dont le corps était de la grosseur d'un œuf de pigeon, compacte et uni à sa base. Le col de cette tumeur était allongé et souple ; on distinguait dans l'épaisseur de ses parois un grand nombre de fibres tendineuses et ligamenteuses. Cette tumeur sortait en partie par la vulve lorsqu'elle se tenait quelque temps sur ses pieds.

La malade éprouvait des douleurs dans le bas-ventre, surtout étant debout ; elle avait une perte blanche abondante, quelquefois sanguinolente, et ses règles tous les mois. N'éprouvant aucun soulagement des moyens employés, la malade se rendit à Lyon pour consulter Colomb. Ce chirurgien crut devoir s'adjoindre Pouteau fils et Flurent le jeune. Ces deux médecins, après avoir examiné la malade, avaient prétendu qu'il s'agissait d'une excroissance polypeuse qu'il fallait extirper.

« Sans doute, leur représentai-je, dit Colomb, vous n'avez pas fait attention que le polype utérin sort de l'orifice de la matrice, qu'il en écarte les bords relativement à son volume, qu'on peut passer le doigt entre eux et le polype, et que si on ne peut pas y atteindre, on y parvient avec une sonde, qui permet d'en parcourir la circonférence, au lieu que dans cette circonstance, il y a continuité de parties et point de sphincter ; d'ailleurs, ajoutait Colomb, on distingue sensiblement les filets tendineux et ligamenteux, rassemblés en faisceaux au centre de l'épaisseur des parois du col de la tumeur (1). »

Colomb pratiqua la ligature, d'après la méthode de Levret, immédiatement au-dessus du faisceau des fibres tendineuses et ligamenteuses. La malade avait manifesté beaucoup de souffrances, qui se sont renouvelées à chaque resserrement de la ligature, en s'étendant au bas-ventre et sur la partie latérale et externe des cuisses. Elle éprouvait ensuite, pendant deux ou trois heures, des maux de cœur et des mouvements spasmodiques des membres.

Le dix-neuvième jour, la tumeur tomba, et, au dire de Colomb, il fut reconnu par tous les trois médecins qu'elle était formée par un renversement de la matrice.

(1) *OEuvres médico-chirurgicales*. Lyon, 1798.

Sans doute, les caractères donnés par Colomb semblent éloigner l'hypothèse d'un polype ordinaire chez cette malade ; mais cela ne suffit pas encore pour admettre le renversement de la muqueuse utérine. Les douleurs éprouvées par cette femme après la ligature, et cette autre circonstance que la tumeur se continuait par sa surface avec la muqueuse du col, sans qu'on ait pu circonscrire le pédicule, feraient supposer plutôt qu'il y avait tout bonnement chez elle une hypertrophie considérable avec allongement d'une des lèvres du museau de tanche. Il y a quelques années de cela, nous avons eu l'occasion de voir un cas analogue. La tumeur, qui descendait presque à la hauteur de la vulve, avait été également prise pour un polype par le médecin habituel de la malade. Ayant reconnu que la tumeur était formée par l'hypertrophie excessive de la lèvre postérieure du museau de tanche, nous n'hésitâmes pas à en faire l'amputation, et la malade guérit parfaitement. L'examen microscopique de la pièce, fait par notre savant et excellent confrère, M. le docteur Lebert, avait confirmé en tous point le diagnostic ; la pièce enlevée ne présenta aucune trace de dégénération organique, tandis qu'il y avait des preuves évidentes d'une hypertrophie générale de tous les éléments (1).

Il se pourrait aussi que la tumeur enlevée par Colomb dans cette observation fût formée par un petit polype fibreux du col, si bien enveloppé par la muqueuse, qu'on l'ait pris pour le renversement de cette membrane. M. Malgaigne enleva un jour, à l'hôpital Saint-Louis, un polype de cette espèce. L'aspect feutré, ainsi que la couleur de ce produit, le faisaient ressembler à la muqueuse utérine dans les trois premiers mois de la gestation (2).

Les deux autres observations de Collomb relatives au prétendu

(1) *Voir* la description de ce fait dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1850, n° 118. Il arrive plus souvent de voir l'hypertrophie du col occuper les deux lèvres à la fois et simuler même, comme l'a très-bien remarqué M. Huguier, un prolapsus de l'utérus. On trouve dans l'*Atlas* de Dugès et Boivin, un exemple remarquable de ce genre. M. Bonnet en cite également un cas, lequel est d'autant plus intéressant qu'il a été observé chez une fille vierge âgée de 23 ans. Le col dépassait d'un pouce la membrane d'hymen repoussée et dilatée.

(2) *Archiv. gén. de méd.*, 1848 ; et Semelaigne, *Thèses de Paris*, 1851.

---

une causerie dans laquelle le pauvre jeune homme lui raconta en quelques mots les causes de son séjour à Paris et ses déceptions.

— Eh bien, lui dit M. Thénard en lui tendant la main, venez demain dîner avec moi, et nous causerons bien plus utilement qu'ici de votre affaire.

Fidèle au rendez-vous, notre invité fut très-surpris de s'y trouver en nombreuse compagnie, et déjà il commençait à perdre contenance devant tant d'habits décorés, quand M. Thénard, le prenant par le bras, le leur présenta en ajoutant :

— Messieurs, permettez-moi de vous faire connaître le jeune chimiste distingué auquel j'ai promis que vous rendriez justice ; en attendant, M. le ministre a bien voulu, sur ma recommandation, le nommer parmi nos préparateurs ; c'était, comme vous le voyez, aller au devant de vos vœux.

A partir de cet instant, l'avenir du jeune savant fut assuré. Sans cette circonstance, peut-être eût-il subi le sort de Laurent et de Gerhardt.

Hélas ! que ne s'en souvient-il !

Puisque nous sommes sur le chapitre de nos illustres, nous devons avouer avec tristesse, que s'il en est qui ont de l'âme, il en est d'autres aussi chez lesquels l'orgueil, éteignant dans leur mémoire le souvenir de leurs débuts, se posent en demi-dieux, tant et si bien, que l'on serait tenté de croire qu'il ne leur reste pas même dans la poitrine le vestige d'un cœur d'homme. Demandez-le plutôt à ces pauvres travailleurs que vous voyez errer, comme des âmes en peine, d'académie en académie, présentant ci et là les résultats de leurs laborieuses recherches, et ils vous diront ce qu'ils ont à souffrir de dédains, parfois de traits offensants, et ce qui est pis encore, de paroles décourageantes, et partant, pleines de désespoir. On m'a raconté à ce propos qu'un de ces hauts parvenus avait, sans doute, à tel point perdu la tête, qu'aujourd'hui il était devenu méconnaissable et que l'on craignait pour sa raison. Écoutez cette histoire :

Un de nos vieux et des plus distingués praticiens de province avait été l'un des meilleurs amis du père d'un de nos académiciens. Il avait donc vu celui-ci enfant, l'avait soigné comme médecin, et, enfin, lui avait bien des fois donné de ces conseils paternels que l'on adresse aux jeunes gens que l'on a vu naître et grandir. Il y avait une vingtaine d'années que le jeune homme avait quitté son village, et depuis lors la fortune s'était attachée à ses pas. Le vieillard voulant, avant de mourir, comme il le disait, voir encore Paris, s'y rendit dans le double espoir d'admirer les embellissements qu'avait éprouvés la capitale depuis une dizaine d'années et d'aller féliciter son ancien

renversement de la membrane muqueuse utérine, sont encore moins concluantes que celle que nous venons de rapporter. Ce qu'il y a de particulier, c'est que, tandis que le chirurgien de Lyon admettait avec tant de facilité la possibilité du renversement de la membrane interne, il n'a pas pu se résigner à admettre la possibilité du renversement du fond de l'utérus, dont la science possède néanmoins des exemples incontestables.

Il faut arriver jusqu'à l'année 1847 pour entendre parler pour la première fois de l'exfoliation pathologique de la membrane interne de l'utérus. Depuis longtemps déjà, l'attention des médecins a été attirée sur des produits d'apparence membraneuse que certaines femmes expulsent de la matrice au milieu d'une métrorrhagie. Ayant entrevu de l'analogie entre ces produits et la membrane caduque, on leur avait appliqué d'abord la théorie qui dominait alors dans les écoles sur l'origine de la caduque, et on les a considérées comme des concrétions pseudo-membraneuses formées accidentellement, par suite d'une excitation pathologique de la surface interne de la matrice. Le professeur Simpson (d'Edimbourg) est le premier qui ait soutenu que ces productions n'étaient point de fausses membranes ou des concrétions de lymphe coagulée, mais qu'elles étaient constituées réellement par la muqueuse utérine elle-même hypertrophiée et exfoliée (1).

Le savant médecin écossais fondait surtout son opinion : 1° sur la forme des produits expulsés, qui était généralement celle de la cavité utérine, avec des ouvertures correspondant à chacune des ouvertures de cette cavité ; 2° sur l'aspect troué de la face libre de ces concrétions, lequel rappelait tout à fait l'aspect de la surface libre de la muqueuse utérine, dû à des ouvertures de nombreux follicules muqueux qui entrent dans sa composition ; 3° enfin, sur la grande ressemblance de ses produits avec la caduque des premiers mois après la corruption.

Depuis, on a soumis les concrétions dont nous parlons à l'observation microscopique, et elle a donné complétement raison aux présomptions du professeur Simpson. De même que le microscope avait déjà démontré que la caduque n'était autre chose que la membrane interne de l'utérus modifiée pour les besoins de la reproduction, de même nous devons encore aux micrographes d'avoir fait constater, dans les prétendues concrétions couenneuses ou pseudo-membraneuses des auteurs, les principaux éléments constitutifs de la muqueuse utérine.

MM. les docteurs Lebert, Follin, Dutard et Laboulbène, ont publié, en France, des observations qui ne laissent pas le moindre doute à cet égard. Nous-même, nous avons eu l'occasion d'observer deux faits de ce genre dans notre clientèle. Nous avons pensé qu'en réunissant toutes ces observations dans une description générale, et en leur ajoutant même quelques autres qu'on rencontre dans les auteurs plus anciens, on pourrait trouver l'occasion de jeter quelque jour sur ce point intéressant et encore obscur de la pathologie utérine. Les faits isolés, seraient-ils même très-nombreux, ne feraient jamais que prouver chacun, une fois de plus, ce qui ne paraît plus être un objet de doute : la possibilité de l'expulsion pathologique de la muqueuse utérine. Mais ce qu'il importe de connaître, et sur quoi la science ne possède pas encore le premier mot, c'est l'origine de l'exfoliation, ses causes, ses rapports avec l'état physiologique ou des états morbides de la matrice, ses conséquences sur l'économie, etc., etc. On ne peut arriver à connaître tout cela qu'en examinant attentivement tous les éléments des faits particuliers, et en en faisant ensuite une étude comparative dans l'ensemble. C'est la marche qui nous a paru la plus naturelle, et nous allons l'adopter.

(1) *The Montly Journal of med. Scienc.*, 1847.

FAITS PARTICULIERS.

Obs. II. — (*Fait communiqué par M. le docteur* Lebert *à la Société de Biologie* (1).

Mme M...., âgée de 26 ans, d'une bonne constitution, sujette aux douleurs de rhumatisme et de névralgie, a été bien réglée depuis l'âge de 15 ans, abondamment et régulièrement, mais ayant des coliques vives chaque fois pendant les premiers jours. Mariée depuis cinq ans, elle a eu un enfant il y a trois ans et demi. Dernièrement, elle a eu dans ses époques un retard de douze jours, au bout desquels elles parurent accompagnées de douleurs plus vives que de coutume. Pendant la nuit, entre le premier et le second jour, elle sentit un accès de colique comme pour expulser un corps de l'intérieur de la matrice. Se croyant enceinte, elle avait la même sensation que si elle faisait une fausse couche.

La partie expulsée ne m'a été montrée que 36 heures après et déjà un peu altérée, ayant surtout, d'après le dire de la malade, diminué de plus de moitié de volume. La forme de ce corps était irrégulièrement triangulaire ; il avait 4 centimètres de long sur 2 1/2 de large, se rétrécissant tout à fait vers l'extrémité inférieure et 1 centimètre d'épaisseur.

On voyait évidemment inférieurement un orifice, ainsi qu'un autre supérieurement à droite ; je n'ai pas pu en distinguer à gauche. L'orifice inférieur correspondait à celui de la cavité utérine du côté de la portion vaginale, tandis que l'orifice supérieur paraissait correspondre à l'ouverture d'une des trompes. Ce corps renfermait une cavité

(1) *Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie*, t. II, 1850, p. 73.

---

petit client et ami. Sa première visite fut donc pour celui qu'il croyait retrouver comme autrefois, un peu mauvaise tête, mais toujours bon cœur. Quelle ne fut pas sa surprise lorsque, admis dans le cabinet du seigneur et maître de la maison, il y fut reçu d'une manière si froide et si hautaine, que notre pauvre visiteur s'imagina tout à coup s'être trompé ; mais après avoir bien dévisagé son homme : — Ah ! ça, s'écria-t-il, j'ai la berlue ou bien c'est toi !

— Pardon ! monsieur, je ne crois pas avoir l'honneur de vous connaître.

—Ce n'est pas étonnant, il y a bien au moins vingt ans que nous ne nous sommes vus ; cependant, moi, je t'aurais reconnu entre cent mille, quoique tu sois passablement changé.

— Monsieur, je vous affirme que je ne vous remets en aucune façon.

— En vérité ! exclama avec un air de profonde douleur le vieux médecin, l'infirmité que l'on te prête serait encore plus grave que je ne le pensais.

— Expliquez-vous, monsieur, car je ne comprends rien à cette infirmité dont vous me parlez.

— Et oui, mon pauvre ami, on m'avait dit que tu avais perdu l'ouïe, voilà maintenant que tu perds la vue, puisque tu en es arrivé à ne point entendre la voix de tes amis, et que tu ne les reconnais plus. Adieu donc, pauvre aveugle et sourd ; tu me fais pitié.

Quelle leçon !

Dr A.-L. Roux.

dont les parois avaient 2 à 4 millimètres d'épaisseur et étaient lisses et rosées à la surface interne, tomenteuses et d'un rouge lie de vin à la surface externe (1).

L'examen microscopique met tout à fait hors de doute que nous avions affaire à une membrane muqueuse utérine expulsée. Nous avons pu constater, à ne pas en douter, de nombreuses glandes utriculaires, les unes intactes, les autres par fragments seulement. Ces glandules constituaient pour la plupart des tubes recourbés, avaient 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 de longueur, sur 1/8 à 1/10 de largeur, et étaient revêtues dans tout leur intérieur d'un épithélium pavimenteux à cellules arrondies de 1/80 à 1/50 de millimètre de diamètre, renfermant un noyau ovoïde de 1/200 à 1/140 et munis d'un ou deux très-petits nucléoles punctiformes. Beaucoup de noyaux étaient libres en dehors des cellules.

Obs. III. — (*Fait communiqué par M. Follin à M. Semelaigne.*) (2)

Une jeune fille d'une vingtaine d'années rendit par le vagin, à l'époque de ses règles, une masse charnue, mêlée à des caillots sanguins. Elle avait été bien réglée le mois précédent et n'avait éprouvé auparavant que quelques accidents de dysménorrhée. Cette masse fut apportée à M. le docteur Lebled, qui eut l'obligeance de me la donner à examiner.

Ce fragment membraneux avait la forme de la cavité utérine, ou pour mieux dire, celle d'un triangle dont les angles auraient été abattus; il était long de 6 centimètres, large de 4 centimètres à sa base et de 2 à sa pointe.

A un examen plus attentif, j'ai constaté que ce fragment membraneux était creux, et que sa cavité se composait de deux parois affaissées l'une sur l'autre; il était facile de les soulever et de rétablir la cavité.

J'ai pu constater trois orifices à cette masse, deux aux angles mousses de la base du triangle, l'autre vers la pointe. En mettant cette pièce dans la position qu'elle devait occuper dans l'utérus, il est facile de comprendre que ces orifices correspondent l'un au col de l'utérus, et les deux autres aux orifices internes des trompes.

La surface externe de cette membrane est tomenteuse, plus rouge en certains points, ce qui me paraît dû à des épanchements sanguins.

La surface interne, celle qui correspond à la cavité, est lisse, d'un rouge brun foncé, présentant des sillons parfois arborescents, assez profonds, et un très-grand nombre de pertuis qui ont 1/8 à 1/10 de millimètre de largeur. L'aspect est à peu près identique dans toute l'étendue de la cavité; toutefois, dans certains points, la disparition des sillons est telle que cette cavité paraît mamelonnée à son intérieur.

Des fragments de ce tissu, examinés à l'aide du microscope, m'y ont révélé la structure de la muqueuse interne. J'ai constaté à un faible grossissement (50 à 60 diamètres) un grand nombre de tubes glandulaires terminés en cul-de-sac, parfois considérablement enroulés sur eux-mêmes, granuleux à leur intérieur, et entre lesquels on voyait circuler un assez grand nombre de vaisseaux sanguins. A un plus fort grossissement, j'ai pu voir que ces glandes contenaient à leur intérieur un épithélium assez régulièrement pavimenteux formé par de petites cellules contenant un noyau parfaitement rond, lequel le plus souvent était pourvu de deux nucléoles. Des éléments fibro-plastiques se trouvaient çà et là mêlés aux éléments épithéliaux.

Nous avons commencé par rapporter les deux observations précédentes, parce qu'elles renferment tant de détails microscopiques, qui prouvent l'identité des produits expulsés avec la membrane interne de l'utérus, que le fait d'expulsion anomale de cette membrane se trouve par elles anatomiquement démontré.

Les deux observations qui vont suivre ont été recueillies par nous-même dans notre clientèle. Cette circonstance n'est pas sans quelque importance, car nous avons été ainsi en mesure d'ajouter aux documents anatomiques et microscopiques déjà connus, d'autres renseignements non moins précieux sur la marche des accidents qui ont précédé ou suivi l'expulsion de la muqueuse utérine.

Obs. IV. — Mme C...., âgée de 36 ans, très-brune de peau et de cheveux, habituellement bien réglée, mère de trois enfants dont le dernier avait déjà 11 ans. Elle portait, depuis sa première grossesse, un kyste assez volumineux du côté de l'ovaire gauche, qui n'a eu néanmoins aucune influence sur sa santé. Veuve depuis dix ans, Mme C ..., s'est remariée il y a quatre ans, immédiatement après une époque menstruelle. Depuis lors, elle a remarqué que ses règles étaient devenues plus abondantes et qu'elles avaient duré plus longtemps ; d'après son dire, elle aurait été continuellement dans le sang. Au lieu de s'arrêter après cinq ou six jours, comme autrefois, le sang continuait encore à couler un peu pendant plusieurs jours, puis l'écoulement s'arrêtait pendant trois ou quatre jours pour reparaître de nouveau, et ainsi de suite. Cet état finit par amener beaucoup de faiblesse avec sentiment de lassitude dans les extrémités inférieures et le bas-ventre, ce qui l'obligeait à rester souvent couchée. Cependant, il n'y avait point de fièvre et l'appétit était conservé. Le quatrième mois, après une légère augmentation dans l'abondance de la métrorrhagie, qui faisait supposer à la malade qu'elle était à l'époque des règles, elle rendit par le vagin un corps charnu, qu'on s'est empressé de mettre de côté pour le soumettre à notre examen. Comme cela arrive presque toujours dans des cas pareils, le corps expulsé a été considéré comme le résultat d'une fausse couche, ce qui chagrinait beaucoup la malade et son jeune mari.

Ce corps consistait en une masse charnue d'un rouge pâle, teinte par ci par là de gouttelettes de sang. Il avait la forme d'une castagnette ou plutôt celle de la cavité utérine. Plus large en haut, où il offrait deux angles arrondis, il se rétrécissait dans le tiers inférieur pour se terminer par un bord coupé circulairement d'une manière un peu déchiquetée. A en juger par sa position respective, ce bord devait correspondre à la limite supérieure de la cavité du col. Chaque angle supérieur de ce corps charnu présentait un petit appendice cylindrique de la grosseur d'une plume de corbeau, d'un blanc plus mat que le reste, long d'un centimètre à un centimètre et demi.

Le toucher donnait la sensation d'un corps creux et mou, comme de l'amadou mouillé. En versant de l'eau sur cette masse charnue, on enlevait facilement toutes les taches de sang, et la surface apparaissait alors plus propre et plus pâle. On la voyait surmontée de nombreuses villosités blanchâtres, que l'eau agitait en tombant et les séparait les unes des autres. Pris dans cet état dans la main, ce corps ne tachait plus les doigts comme l'aurait fait un caillot de sang. Aussitôt qu'on cessait de verser de l'eau dessus, les villosités s'appliquaient de nouveau les unes contre les autres, et la surface présentait en quelque sorte l'aspect d'une peau de souris mouillée, seulement, elle était d'un rouge pâle, ce qui provenait évidemment du mélange des filaments de deux nuances, rouges et blancs, en proportion à peu près égale. Ce corps avait 4 à 5 centimètres de longueur et 3 centimètres 1/2 de largeur. Le bord inférieur correspondait à une ouverture conduisant dans la cavité centrale, laquelle rappelait par sa forme la cavité de l'utérus et était tapissée partout par une membrane lisse, d'un rouge plus foncé que la surface, avec l'aspect légèrement mamelonné et deux très-petites ouvertures en haut, à l'endroit correspondant aux deux appendices extérieurs.

Ayant prié M. le docteur Lebert d'examiner cette pièce avec nous, cet habile micrographe a déclaré qu'il n'y avait pas le moindre doute pour lui sur sa nature, ayant pu distinguer dans ce produit les glandules de la membrane interne de l'utérus.

Après l'expulsion du corps en question, la malade continuait à tacher légèrement son linge pendant quelques jours, et nous l'avons tenue au lit, quoi qu'il n'y a pas eu de fièvre ni aucune douleur abdominale. Depuis, l'hémorrhagie avait complétement cessé ; les règles avaient repris leur cours et cinq ou six mois plus tard la malade devint enceinte et est accouchée à terme.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Dans la rédaction originale, les qualités que nous donnons ici à la surface interne sont attribuées à la surface externe *et vice versâ.* Si nous nous sommes permis de faire ce changement, c'est qu'il nous semble évident qu'il y a là un quiproquo résultant d'une faute d'impression qui a échappé à l'attention de l'auteur.

(2) Ouvrage cité.

HYGIÈNE.

Des fumigations chlorées en vue de désinfecter l'air et de diminuer les ravages du choléra et de quelques autres maladies épidémiques,

Par le Dr NONAT,

Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris, médecin de la Charité.

L'homme, dans l'état de santé comme dans l'état de maladie, verse dans l'atmosphère, soit par la transpiration cutanée, soit par la transpiration pulmonaire, etc., des substances miasmatiques qui peuvent exercer sur l'économie animale une influence plus ou moins nuisible. Puisqu'il en est ainsi, on comprend qu'il est de la plus haute importance de détruire ces substances à mesure qu'elles se produisent, afin d'arrêter leur fâcheuse action. Et si cela est d'une si haute importance dans toutes les localités, combien cela n'est-il pas plus utile, plus indispensable dans tous les établissements où se trouvent réunis un grand nombre d'individus, et spécialement dans les hôpitaux? Guidé par ces considérations et voulant autant que possible mettre les malades qui nous sont confiés à l'abri de l'influence miasmatique, nous avons été conduit à l'emploi des fumigations chlorées, qui jouissent à un si haut degré de la propriété désinfectante.

L'épidémie de 1853-1854 fut l'occasion de nos premières expériences. Frappé du grand nombre de malades qui, en 1849, avaient contracté le choléra dans certains hôpitaux de Paris, et voyant le même fait se reproduire, en 1853, à l'hôpital de la Pitié, nous nous demandâmes s'il n'existait pas un moyen d'atténuer cette fâcheuse influence de l'épidémie, et nous songeâmes de suite aux fumigations chlorées. On en avait déjà fait usage en 1832, dans le but de diminuer les ravages du choléra, et même on en avait abusé, car dès l'apparition du fléau, on s'empressa de répandre du chlore partout, sans établir de distinction entre les lieux salubres et les lieux insalubres. En agissant ainsi, on se proposait de combattre la cause générale du choléra et on avait l'espoir d'en neutraliser l'influence. Mais l'expérience ne tarda pas à démontrer que les fumigations chlorées sont loin d'avoir les propriétés spécifiques qu'on était disposé à leur accorder.

Éclairé par l'expérience de 1832, nous nous proposâmes de combattre par ce moyen, non pas la cause générale du choléra, mais seulement l'une de ses causes occasionnelles, à savoir, l'influence des miasmes répandus autour des malades; en un mot, nous eûmes en vue de rendre l'air moins insalubre.

Le procédé que nous employâmes alors et que nous employons aujourd'hui pour obtenir un dégagement permanent de chlore est aussi simple que peu dispendieux. Il consiste à placer dans un vase de la largeur d'une assiette du chlorure de chaux pulvérisé, une partie de sel contre 10 ou 12 parties d'eau. A l'air libre, l'acide carbonique répandu dans l'atmosphère s'empare de la chaux pour donner naissance à un carbonate calcaire et le chlore se dégage lentement. En temps ordinaire, il suffit de renouveler le mélange tous les deux jours; mais pendant les épidémies, on doit le faire toutes les vingt-quatre heures.

Si nous n'avons pas mis en usage l'appareil de Guyton de Morveau, c'est que la quantité de chlore qu'il dégage est trop considérable, et qu'il peut en résulter de graves inconvénients pour les malades et pour ceux qui surveillent l'expérience.

Il y a maintenant quelques détails pratiques qu'il est utile de ne pas négliger. Ainsi, il vaut mieux multiplier le nombre des vases, dans une salle d'hôpital, que d'en employer un ou deux qui seraient d'une plus vaste capacité. Il est bon d'en placer quelques-uns comme supplément, autour des malades qui répandent une plus grande quantité de miasmes.

Je dois ajouter ici que l'odeur de chlore ne doit pas se faire sentir et si, par hasard, elle se manifestait, il serait facile d'y remédier en diminuant la quantité de chlorure de chaux. On arrive promptement, du reste, à déterminer la proportion de chlorure qu'il convient d'employer pour une salle.

Qu'il nous soit permis maintenant de mettre sous les yeux du lecteur un tableau qui fera ressortir avec force tous les avantages que nous avons retirés des fumigations chlorées en 1854. Ce tableau comprend le relevé des cholériques traités dans les différents services de la Pitié, depuis le 1er janvier 1854 jusqu'à la fin d'août, c'est-à-dire pendant une période de huit mois. Nous avons eu soin d'indiquer séparément les cholériques venus du dehors et ceux qui ont contracté la maladie à l'intérieur. Cette distinction était très-importante pour faire voir nettement l'influence des fumigations de chlore sur la marche de l'épidémie dans nos deux salles où, depuis l'invasion du fléau, c'est-à-dire depuis trois semaines, nous avions compté dix cas développés à l'intérieur. Nous devons ajouter que ces fumigations n'ont été faites que dans notre division qui, en 1849, avait été aussi frappée, si non plus frappée que les autres salles de la Pitié.

PREMIER TABLEAU.

Cholériques venus du dehors.

Service de M. Gendrin (*hommes :* 54 lits; *femmes :* 40 lits).
173 cholériques (92 h.; 81 f.)

M. Nonat (*hommes :* 54 lits; *femmes :* 40 lits).
35 cholériques (34 h.; 1 f.)

M. Valleix (*hommes :* 40 lits; *femmes :* 42 lits).
31 cholériques (14 h; 17 f.).

M. Marrotte (*hommes :* 40 lits; *femmes :* 56 lits).
50 cholériques (18 h.; 32 f.).

M. Sée (*hommes :* 26 lits; *femmes :* 56 lits).
40 cholériques (8 h.; 32 f.)

M. Laugier (*hommes :* 50 lits; *femmes :* 34 lits).
1 cholérique h.

M. Michon (*hommes :* 60 lits; *femmes :* 24 lits).
2 cholériques f.

SECOND TABLEAU.

Cholériques dont la maladie s'est développée dans l'hôpital.

MM. Gendrin.	42	(26 h.;	16 f.).
Nonat.	5	(4 h.;	1 f.).
Valleix.	17	(13 h.;	4 f.).
Marrotte.	23	(9 h.;	14 f.).
Sée.	19	(5 h.;	14 f.).
Laugier.	11	(6 h.;	5 f.).
Michon.	5	(4 h.;	1 f.).

Depuis le 1er septembre jusqu'à la fin de l'épidémie, un seul cas de choléra s'est développé dans notre division, ce qui, en définitive, porte seulement à six le nombre des cas de choléra qui ont pris naissance dans nos deux salles pendant l'épidémie, depuis l'institution de nos expériences.

En jetant un coup d'œil sur les tableaux précédents, si nous comparons entre eux les chiffre de cholériques traités dans chaque division, nous voyons que là où les cholériques du dehors ont été admis en plus grand nombre, les cas se sont multipliés aussi en plus grand nombre à l'intérieur; en outre, nous remarquons que dans la division confiée à nos soins, le chiffre des cholériques n'a pas suivi le même mode de progression que dans la division de nos collègues, mais qu'il est resté égal à celui des services de chirurgie, dans lesquels on n'a presque pas admis de cholériques de la ville.

A quelle cause attribuer l'immunité presque complète de nos deux salles, à partir du moment où nous avons eu soin d'instituer en permanence des fumigations de chlore? Ce résultat est-il dû à l'influence des fumigations, ou bien dépend-il tout simplement d'une coïncidence, c'est à dire d'une diminution spontanée de l'influence générale de l'épidémie?

Si nos expériences n'avaient eu que quelques jours ou quelques semaines de durée, on pourrait avec raison contester le rôle des fumigations chlorées dans les résultats favorables que nous avons obtenus; mais il n'en a pas été ainsi. Nos expériences ont été continuées sans interruption pendant dix mois, du 23 décembre 1853 à la fin d'octobre 1854, et, à partir du moment où nous avons produit un dégagement de chlore dans nos salles, l'influence épidémique a cessé presque entièrement et comme par enchantement. En présence d'un fait semblable, il ne nous est pas possible de ne pas admettre que les fumigations chlorées ont eu la plus grande part dans la diminution de l'influence épidémique, pendant cette longue période de dix mois.

Quelle que soit, d'ailleurs, la manière dont on interprète le fait, on nous accordera : 1° que les fumigations de chlore n'ont pas exercé une influence fâcheuse sur les malades de nos deux salles; 2° que les fumigations ont pu être utiles, en détruisant les miasmes versés par les cholériques, et en maintenant l'air dans des conditions de pureté nécessaires dans tous les temps, mais surtout dans les temps d'épidémie.

Depuis le choléra de 1854, nous avons continué de désinfecter nos salles à l'aide du même procédé, car nous ne doutons pas que cette précaution ne soit très-utile, non-seulement pour atténuer l'influence infectieuse dans les épidémies de choléra, mais encore pour rendre moins pernicieuses les diverses épidémies qui frappent de temps en temps les hôpitaux.

Il est de notre devoir d'appeler plus spécialement l'attention sur les avantages que peuvent offrir les fumigations de chlore dans les établissements consacrés aux femmes en couche, lorsque ces établissements viennent à subir l'influence des épidémies de fièvre puerpérale. On sait quels ravages ces épidémies exercent sur les nouvelles accouchées. Or, nous le demandons, n'est-il pas indiqué, dans une maladie aussi grave, aussi rebelle et, le plus souvent, au-dessus des ressources de l'art, d'éloigner toutes les causes occasionnelles qui, venant s'ajouter à la cause générale de l'épidémie, peuvent concourir à augmenter le nombre de ses victimes?

Parmi ces causes occasionnelles, l'influence miasmatique est assurément la plus importante. C'est pourquoi, ayant reçu, cette année, dans l'une de nos salles de l'Hôtel-Dieu, un certain nombre de femmes nouvellement accouchées, nous avons eu soin de purifier l'air de cette salle au moyen des fumigations chlorées et pendant toute la durée de l'épidémie, nous n'avons eu à déplorer la perte d'aucune de nos malades. Est-ce à l'emploi de ces moyens que nous devons cet heureux résultat? Nous ne saurions le dire; l'expérience seule décidera cette question.

Qu'il nous soit permis ici de rappeler que, sous le premier Empire, des soldats espagnols, occupés à creuser des canaux en Hollande, furent décimés par les fièvres paludéennes. M. Thénard, chargé de rechercher les moyens d'arrêter les ravages causés par ces fièvres et sachant quelle était leur origine, eut l'heureuse idée d'employer des fumigations chlorées, qui firent cesser à l'instant même l'épidémie.

Ce que nous avons dit du choléra, de la fièvre puerpérale et des fièvres paludéennes, nous le disons aussi du typhus, de la fièvre typhoïde et en général de toutes les maladies infectieuses.

Les fumigations chlorées peuvent-elles être remplacées par la ventilation? Nous ne le pensons pas, attendu que si ce dernier moyen entraîne au dehors une partie des miasmes versés par les malades, il ne les détruit pas, ainsi que le fait le chlore. La ventilation ne peut enlever les miasmes à mesure qu'ils se produisent, et, quelque parfaite qu'elle soit, elle en laisse toujours une certaine quantité dans l'atmosphère de la salle. Il n'en est pas ainsi des fumigations chlorées, et c'est ce qui fait leur supériorité.

Les fumigations de chlore sont donc très-utiles pendant les diverses épidémies que nous avons énumérées plus haut. Elles ne sauraient être remplacées par la ventilation : ce qui ne veut pas dire que celle-ci doive être supprimée; ces deux moyens devront être combinés et se prêter un mutuel concours.

Notre but, en publiant cette note, est d'appeler l'attention des praticiens sur tous les heureux effets qu'on peut retirer des fumigations chlorées et sur les services que ce moyen peut rendre dans les hôpitaux. Pourquoi des expériences ne seraient-elles pas faites par tous nos confrères et encouragées par l'administration supérieure? Pratiquées sur une vaste échelle, elles auraient bientôt montré leur valeur et leur importance. Quant à nous, nous ne doutons pas un instant du succès.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

Paralysie du nerf facial produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne,

Par le Dr Deleau jeune.

(*Extrait d'une notice lue à l'Académie de Médecine.*)

La première observation que j'ai publiée sur ce sujet date du 7 juin 1834. La seconde est du 3 novembre de la même année. Je crois devoir relater celle-ci pour qu'il soit bien établi que depuis plus de vingt ans j'étais sur la voie de ce point de pathologie. Une jeune anglaise avait reçu sur l'apophyse mastoïde gauche un coup de bâton qui fut la cause d'un abcès dans les cellules de cette apophyse. Une ouverture se forma au dehors; plus tard, une seconde eut lieu dans le conduit auditif : la membrane du tympan s'enflamma, la caisse devint le siége d'un engouement et, dès cet instant, tout le côté gauche de la face fut paralysé.

Chez cette jeune fille, la paralysie ne survint qu'au moment où l'inflammation pénétrait dans les cellules mastoïdiennes et dans la caisse du tambour. La membrane tympanique n'était pas ulcérée.

Dans certains cas moins graves de maladies de la caisse, on voit seulement survenir des spasmes des muscles de la face. J'arrive maintenant au fait qui fait l'objet de cette notice :

Depuis plusieurs années, une demoiselle âgée de 16 ans était atteinte d'une suppuration de l'oreille droite. Sa mère présentait la même infirmité, mais à un degré bien moins intense.

Chez la jeune fille, le conduit auditif était rempli de bourgeons charnus qui saignaient facilement. Au moindre refroidissement, des douleurs vives se déclaraient vers la tempe, dans l'œil droit, et il survenait des spasmes dans les muscles de la joue. On me rapporta qu'à une certaine époque, après une soirée passée au bal, la paralysie du nerf facial se joignit à ces douleurs.

L'ouïe était fort affaiblie. — Avant d'opérer le polype, ou plutôt les bourgeons charnus, je voulus m'assurer si la membrane tympanique était perforée. Le cathétérisme et une injection d'air ne me laissèrent aucun doute sur la réalité de cette lésion.

Un jour, chez cette jeune demoiselle, le conduit auditif étant parfaitement dégagé de tout corps étranger, la caisse du tambour étant aussi débarrassée des mucosités qu'elle contenait par des injections d'air pratiquées de dedans en dehors, je vis très-distinctement, à l'aide d'un bon spéculum et d'une vive lumière, la corde du tympan : elle était rouge et tuméfiée. L'idée me vint à l'instant de la toucher avec une solution de nitrate d'argent. La douleur fut vive. Le lendemain la joue était paralysée. Les ventouses rétablirent les mouvements des muscles. Quinze jours plus tard, la même expérience fut répétée; les résultats furent les mêmes, c'est-à-dire qu'il y eut encore douleurs et paralysie.

Avant d'avoir fait ces expériences, j'avais cru que la paralysie du tronc du nerf de la septième paire était le résultat de la compression générale exercée dans toute la caisse du tambour, soit par des corps étrangers venus du dehors ou formés dans cette cavité, soit par l'accumulation des mucosités ou de pus sous lésion de la grande membrane du tympan. Cette idée de

compression générale dans toute la caisse du tambour était loin de me satisfaire ; je me faisais cette objection : le tronc du nerf facial est cuirassé dans son canal osseux, un caillou, un pois logé dans la caisse ne peuvent l'atteindre. Il est encore bien moins accessible à des liquides plus ou moins épais accumulés dans cette boîte si résistante vers la paroi qui répond à l'aqueduc de Fallope.

La compression de la corde du tympan, du plexus tympanique et des ramifications du nerf de Wrisbery n'explique en aucune manière la paralysie du tronc de la septième paire de nerfs.

Mon expérience sur la corde du tympan, faite dans un état complet de vacuité de la caisse, est venue enfin détruire mon incertitude; elle m'a prouvé que cette corde nerveuse, chargée de transmettre le mouvement, est douée d'une vive sensibilité à l'état morbide ; et c'est cette sensibilité qui se propage dans l'aqueduc de Fallope, où elle est la condition d'une inflammation, qui est la cause directe de la compression du nerf facial.

Cet étranglement et ses effets sont si certains, que des saignées locales, pratiquées sur-le-champ, ont guéri immédiatement, trois fois de suite, la paralysie éprouvée de la jeune personne dont j'ai parlé.

M. Larrey a guéri également une hémyplégie faciale par l'application des ventouses.

Le nommé Thévenin, qui est le sujet de l'observation de cet honorable chirurgien, n'accuse aucune douleur d'oreille; il a la joue paralysée. On lui avait enlevé depuis peu deux dents cariées....

Le 25 avril 1850, jour de son entrée à l'hôpital, on remarque que la région parotidienne du côté de la paralysie est sensible et tuméfiée. (Traitement : saignée de 400 grammes; ventouses scarifiées: vésicatoires et moxas à la nuque; sangsues derrière les oreilles; vésicatoire à la région temporale; fumigations émollientes dans la bouche; embrocations huileuses.)

Voilà, il faut en convenir, une otite interne attaquée avec vigueur. Les déplétions sanguines et les dérivatifs sont on ne peut pas plus actifs; aussi leur efficacité ne se fait pas attendre. La guérison de l'otite interne et, par conséquent, de la paralysie, fut complète; il n'y eut pas de rechute.

Citons encore un exemple de la maladie de la caisse qui provoque la paralysie de la face :

A une certaine époque, le professeur Roux est atteint d'une paralysie de la face, qui fixe seule son attention ; il ne se doute pas de la lésion primitive de l'oreille moyenne; cependant il remarque que l'exercice de l'ouïe est pénible. La paralysie disparaît; mais, plus tard, une nouvelle otite interne provoque le rétrécissement des trompes d'Eustachi. En janvier 1843, il me pria de suivre et de guérir cette maladie, qui l'affectait beaucoup. Depuis quatre mois, dit M. Roux, je suis atteint d'une surdité grave qui est concomitante de douleurs rhumatismales, qui se font sentir sur les épaules, à la nuque et sur les côtés du cou.

L'examen des conduits auditifs ne m'apprit que ce que je soupçonnais depuis longtemps, on n'introduit pas journellement dans cette partie de l'oreille externe des plumes et des morceaux d'ivoire sans qu'il ne résulte des épaississements de tissus. Malgré l'étroitesse des conduits auditifs, je pus voir les membranes tympaniques. Ce rétrécissement chronique n'était donc pour rien dans la surdité. L'exploration des trompes d'Eustachi me mit sur la voie; je reconnus là la cause prochaine de cette infirmité, ces conduits étaient rétrécis par une phlegmasie subaiguë. Je dis à M. Roux : ce n'est pas la première fois que votre oreille moyenne est malade, puisque vous avez été atteint autrefois d'une paralysie de la face, paralysie qui, à mes yeux, a presque toujours pour cause une phlegmasie de la caisse du tambour.

Il résulte de cet écrit et des réflexions qu'il suggère que : 1° la paralysie essentielle du nerf facial est probablement très-rare; 2° sa cause prochaine est l'étranglement de son tronc dans son passage dans l'aqueduc de Fallope; 3° l'hiperconsie qui accompagne la paralysie est un symptôme de l'otite interne; 4° pour guérir la paralysie faciale, il faut traiter activement cette otite.

Si des médecins doutaient encore des vérités que je viens d'énoncer dans ces conclusions, je m'offre de constater, à l'aide du cathétérisme de la trompe d'Eustachi, la lésion de l'oreille moyenne avant ou pendant la paralysie de la face.

Je termine ce mémoire en appelant l'attention des praticiens sur l'état de tous les conduits osseux qui donnent passage aux nerfs sensitifs ou moteurs, j'ai l'intime conviction que beaucoup de névralgies n'ont pas d'autre cause que l'étranglement opéré dans ces canaux par inflammation et par épaississement de tissus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discussion sur l'anesthésie.

DISCOURS DE M. CLOQUET

(Séance du 16 juin.)

M. Cloquet monte à la tribune et expose brièvement sa manière de voir sur quelques-unes des questions actuellement discutées :

Je ferai d'abord remarquer que la quantité de chloroforme nécessaire pour amener l'anesthésie est extrêmement variable suivant les individus, de même que l'on voit l'ivresse se produire plus ou moins facilement chez des personnes ayant observé la même quantité de liquides alcooliques. C'est ainsi que certains sujets peuvent s'endormir après quelques inspirations, tandis que chez d'autres il faut employer des quantités assez considérables de chloroforme.

On a proposé de nombreux appareils dans le but de régulariser les inhalations et même de doser les quantités de liquides employés. J'avais moi-même, il y a quelques années, songé à utiliser pour l'anesthésie un appareil que j'avais autrefois imaginé dans un autre but; c'était pour faire respirer de l'air pur pris au dehors aux ouvriers employés dans des ateliers insalubres. Il peut-être utile pour cet usage; mais comme je trouve l'emploi des appareils très-mauvais pour l'anesthésie, je m'empresse de comprendre le mien au nombre de ceux que je rejette, quoique je le trouve meilleur, poussé sans doute par un sentiment tout paternel.

Je trouve qu'avec des éponges, de la charpie ou une compresse, on peut, avec plus de certitude, faire respirer une quantité plus ou moins grande d'air mélangé aux vapeurs anesthésiques suivant qu'on le juge convenable; c'est avec raison, selon moi, que les chirurgiens ont renoncé à l'emploi des appareils qui, dans certains cas pourraient être plutôt nuisibles. J'en ai vu un exemple assez curieux dans ces derniers temps. Un jeune médecin, instruit, laborieux, avait présenté à l'Académie des Sciences un mémoire dans lequel il rendait compte d'expériences tendant à prouver que l'éther pouvait servir de contre-poison au chloroforme. Je faisais partie de la Commission chargée de rendre compte de ce travail, et j'assistai aux expériences faites par ce jeune médecin devant la Commission, au Jardin-des-Plantes; mais nous pûmes bientôt nous convaincre qu'il avait été induit en erreur par les conditions suivantes: il soumettait des animaux à l'inhalation de vapeurs anesthésiques au moyen d'un appareil; malheureusement il s'en servait mal; il produisait simplement une asphyxie plus ou moins prononcée que l'éther dissipait en agissant seulement comme excitant.

Je repousse formellement l'emploi des appareils; je les considère non pas seulement comme inutiles, mais même comme nuisibles, parce qu'ils augmentent les chances d'asphyxie.

Quant à la question de responsabilité médicale soulevée par M. Devergie, je repousse de toutes mes forces ce qui a été proposé par cet honorable collègue. J'ai pour la justice un profond respect, mais je dénie la compétence des magistrats à s'immiscer dans des questions de cet ordre. Sur ce point, comme sur bien d'autres, le médecin est le seul juge et ne relève que de sa conscience.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 82. 5e année. Jeudi 9 Juillet 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Imp. W. REMQUET et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — **M. le professeur NÉLATON.**

Tumeur gommeuse du front. — Traitement antisyphilitique. — Guérison rapide.

(*Observation recueillie par M. JULES ROUYER.*)

Élisa P...., âgée de 20 ans, passementière, entre dans le service de M. Nélaton le 7 juin 1856. Cette jeune fille porte au milieu du front une tumeur saillante sous les téguments, arrondie, mais tendant un peu à prendre une forme acuminée, légèrement conique. La tumeur, qui présente environ 4 centimètres de diamètre dans tous les sens, n'est pas nettement limitée ; elle semble se perdre insensiblement sous les téguments, vers sa base ; elle est fixe, on ne peut pas la déplacer latéralement ; la peau qui la recouvre ne glisse pas sur elle. Sa consistance n'est pas uniforme ; à sa partie centrale, elle est molle, fluctuante, tandis qu'elle est dure vers sa circonférence. On sent là tout autour un rebord semblable à ceux qui entourent les bosses sanguines du crâne. Par une pression modérée, on ne détermine pas de douleur au centre ; sur les bords, la douleur paraît au contraire assez vive.

Cette tumeur date de quelques mois déjà ; d'abord, dit la malade, elle était dure dans toute son étendue ; dans le principe, elle causait des douleurs qui, assez aiguës pendant la nuit, finissaient par disparaître presque entièrement dans la journée.

Dans un autre point du crâne, sous le cuir chevelu, on sent une autre tumeur, moins grosse que celle-ci, dure dans toute son étendue, mal limitée également et douloureuse.

A la partie supérieure et interne de la cuisse droite, on remarque de petites ulcérations qui présentent les caractères de celles qui reconnaissent une origine syphilitique.

Il s'agit ici d'une tumeur gommeuse ayant déjà commencé à se ramollir. Ce diagnostic est des plus clairs ; cependant, un chirurgien des hôpitaux, que la malade avait consulté, lui avait dit qu'elle portait une loupe.... La présence de la deuxième tumeur, les ulcérations de la cuisse fournissent des éléments utiles pour le diagnostic. Nous verrons plus loin que le traitement vint encore en confirmer l'exactitude.

Quoique cette tumeur soit déjà arrivée à un degré assez avancé, puisqu'on y sent de la fluctuation, M. Nélaton, se fondant sur d'autres faits observés par lui, ne désespère pas de la voir disparaître sous l'influence d'un traitement antisyphilitique bien suivi.

On prescrivit à la malade d'abord un gramme d'iodure de potassium par jour, en augmentant assez rapidement la dose, de manière à arriver à 4 grammes.

Le 27 *juin*, vingt jours après l'entrée de la malade, la tumeur a déjà diminué des trois quarts ; on ne sent plus qu'une couche de liquide fort mince placée entre les téguments et les os, qu'on peut sentir en exerçant une légère pression. — Les ulcérations de la cuisse tendent à se cicatriser et leur guérison est déjà très-avancée. — La deuxième tumeur du crâne a presque entièrement disparu.

On continue le même traitement, et le 29 *juillet* la malade sort du service ; à cette époque, les deux tumeurs ont entièrement disparu, même celle du front ; cette partie a repris toute sa régularité. Les ulcérations de la cuisse sont tout à fait cicatrisées.

Comme on le voit par cette observation, les tumeurs gommeuses peuvent encore être avantageusement combattues par un traitement antisyphilitique, lors même qu'elles semblent arrivées à un degré très-prononcé de ramollissement, période avancée de leur évolution. Dans ce cas particulier, la guérison a été très-rapide ; on a eu recours de suite à une dose assez élevée d'iodure de potassium ; dans quelques cas, même, il est utile de donner ce médicament concurremment avec le proto-iodure de mercure.

MÉDECINE.

De l'exfoliation pathologique de la membrane muqueuse de la cavité utérine,

Par le Dr RACIBORSKI,
Ancien chef de clinique de la Faculté.

(Suite. Voir le n° 81.)

OBS. V. — Mme D...., âgée de 28 ans, femme d'un avoué des environs de Paris, très-bien constituée, blonde, mariée depuis huit ans, avait eu une fille au bout d'un an de mariage. Elle était toujours bien portante, à part quelques douleurs gastralgiques et un peu de catarrhe utérin dont nous l'avions débarrassée depuis plus de deux ans. Ses règles paraissaient habituellement avec beaucoup de régularité ; cependant, elles avaient manqué à la fin de janvier 1851, et elles n'avaient pas encore reparu le 1er mars suivant, le jour où cette dame est arrivée à Paris pour assister au bal de l'Hôtel-de-Ville. Elle a fait, ce

jour là, quinze lieues de route en chemin de fer, sans se sentir bien fatiguée. Toutefois, le soir, au moment de faire ses préparatifs de bal, elle a été prise de coliques et a rendu un peu de sang. Comme elle a été toujours bien réglée, l'absence des règles, jointe au gonflement des seins, qu'elle avait éprouvé au début de sa première grossesse, lui faisait de suite supposer qu'elle était enceinte ; aussi toute sa famille a-t-elle considéré l'accident qui venait de lui arriver comme une menace d'une fausse couche.

Nous avons prescrit le repos au lit et deux demi-lavements de guimauve avec dix gouttes de laudanum, à deux heures de distance l'un de l'autre.

Nonobstant cela, la malade rendit dans la nuit une masse charnue, dans laquelle nous n'avons pas eu à reconnaître tous les caractères de la muqueuse utérine exfoliée. C'était un corps d'un rouge cerise, offrant la forme d'une petite castagnette, d'un aspect tomenteux au dehors, mou au toucher, avec le bord supérieur convexe et deux angles latéraux arrondis. Vers le tiers inférieur commençait un rétrécissement qui allait de chaque côté en mourant, pour se terminer par un bord coupé circulairement d'une manière assez irrégulière. A l'un des angles latéraux on distinguait encore un reste de l'appendice blanchâtre, cylindrique, de 4 millimètres environ de longueur. En versant un filet d'eau sur la surface de ce corps, on enlevait à l'instant la couche de sang liquide qui lui donnait sa teinte, et il devenait d'un rouge pâle, hérissé de nombreux flocons blanchâtres sur toute la surface. Dans cet état, on pouvait le prendre dans la main sans que les doigts en fussent tachés. La cavité centrale était tapissée d'une membrane lisse, humide, d'un rouge très-foncé, offrant l'aspect légèrement mamelonné dans quelques points. M. Lebert, qui eut l'obligeance d'examiner cette pièce au microscope, y trouva des glandules de la membrane interne de l'utérus et la considéra, de même que celle de la dernière observation, comme le résultat de l'exfoliation de cette membrane.

Les détails anatomiques dont nous avons donné à dessein une description minutieuse dans les deux dernières observations, sont fort importants pour le diagnostic des produits formés par la membrane interne de l'utérus. Les praticiens n'ont pas toujours de microscope à leur disposition, tandis qu'il leur sera facile de reconnaître la nature du corps expulsé à l'aide des caractères anatomiques et physiques que nous venons de donner. Plus tard, lorsque nous aurons à nous occuper du diagnostic différentiel, nous aurons soin d'ajouter encore quelques autres caractères qui empêcheront les méprises. Mais ceux que nous connaissons jusqu'à présent suffisent déjà pour nous autoriser à chercher d'autres exemples de cette affection dans les archives médicales. Nous l'avons déjà dit, l'idée de la possibilité de l'exfoliation et de l'expulsion de la membrane interne de l'utérus appartient à des conquêtes tout à fait modernes; mais cela ne veut pas dire que le fait pathologique soit tout à fait nouveau et qu'il n'ait pas existé. Il suffit, au contraire, de consulter les auteurs pour en trouver des exemples, seulement, ils étaient tout autrement interprétés. Parmi les faits de ce genre, il y en a surtout deux dans lesquels l'exactitude de la description est telle, qu'elle ne laisse, pour ainsi dire, rien à désirer ; l'un d'eux appartient à Morgagni et l'autre à Chaussier. Grâce à leur génie observateur, ces deux savants, si justement célèbres, ont laissé, sans le savoir, une description, on peut dire photographique tellement elle est exacte, des pièces anatomiques appartenant à l'exfoliation de la membrane interne de l'utérus. L'observation de Morgagni est très-longue, mais nous n'avons voulu sacrifier aucun détail du tableau d'un pareil maître, chez qui tout porte le cachet du génie.

Obs. VI (1). — Il y avait, dans mon pays, une dame noble, d'une taille élevée, d'un teint et d'une constitution louables, qui était accouchée quelquefois dans les premiers mois de la gestation; mais sa grossesse étant pourtant arrivée souvent à terme au milieu de ces avortements, elle avait mis au monde des enfants viables, très-gros, quelquefois même deux à la fois, non sans un grand travail et un accouchement pénible. Dans l'intervalle de ces accouchements difficiles, elle avait été sujette assez souvent à un écoulement blanc et innocent, et quelquefois aussi, dans l'espace de temps qui séparait les purgations menstruelles, à un écoulement de sang que l'approche de son mari, surtout quand il pratiquait le coït avec un peu trop de violence, renouvelait toujours, non sans quelque douleur. Cette femme, à l'âge d'environ 34 ans, commença donc, lorsque cet écoulement blanc se fut entièrement arrêté, à éprouver par intervalles un nouveau genre de maladie qui revint fort souvent dans l'espace de deux ans, et qui, les trois derniers mois de l'an 1723 et le premier de l'année suivante, où je fus consulté par lettres, reparut toujours à une certaine époque, savoir à celles des menstrues, car alors des douleurs d'accouchement se déclarant, et le cours du sang, qui s'écoulait même plus abondamment qu'à l'ordinaire, commençant le premier ou le second jour, *elle rendait par l'utérus, au milieu à peu près de cet écoulement, un corps qui paraissait membraneux, et qui était d'une forme et d'une grosseur qui répondaient assez bien à la cavité triangulaire de l'utérus ; il était un peu convexe extérieurement, et cette face externe était inégale, et non sans un grand nombre de filaments qui paraissaient avoir été arrachés des endroits où ils étaient adhérents; mais il était creux en dedans où il se trouvait lisse, et humecté comme par une humeur aqueuse qu'il aurait contenue auparavant, et qu'il aurait répandue, en sortant, par un grand trou qui existait à l'un des angles, et qui s'était sans doute ouvert par l'effet du tiraillement.* La sortie de ce corps était suivie de lochies abondantes, qui étaient fréquemment interrompues, comme cela avait lieu habituellement chez cette femme. Que si quelquefois ce corps sortait, non pas entier, mais *divisé en petits morceaux qui étaient rendus les uns après les autres*, alors les douleurs et l'écoulement des lochies recommençaient aussi alternativement. La femme ayant éprouvé quatre de ces sortes d'avortements très-pénibles dans les quatre mois pendant lesquels elle s'était abstenue de communiquer avec son mari, et les remèdes ordonnés par un grand nombre de médecins distingués qui avaient été consultés, n'ayant été d'aucune utilité, persuadée qu'il était beaucoup plus avantageux pour elle d'être exempte de douleurs au moins pendant neuf mois, elle ne voulut plus coucher à part ; c'est pourquoi elle devint grosse au mois de mars de l'an 1724. Cependant, elle ne porta pas son fœtus au delà du mois de juin. Mais ce qu'elle gagna, c'est que le mois de juillet et les deux suivants, les menstrues s'écoulèrent convenablement et sans cette incommodité. Toutefois, aucune d'elles n'avaient pas reparu au mois d'octobre; les douleurs revinrent vers le commencement de novembre, et furent accompagnées de la sortie du corps décrit et de tous les autres phénomènes dont il a été parlé plus haut. Les mêmes accidents continuèrent à revenir pendant fort longtemps, à des intervalles fixes, en sorte que comme je me trouvais à Forli l'une des années suivantes, je vis le corps rendu, *lequel, conformément à ce que j'avais répondu pendant que j'étais absent, était composé d'une concrétion polypeuse, qui simulait une membrane disposée en forme d'une petite bourse triangulaire.*

Aux approches de l'époque où les purgations menstruelles s'arrêtent ordinairement chez les femmes, l'affection commença à revenir, non plus chaque mois, mais seulement deux ou trois fois par an, et lorsqu'elles cessèrent, elle cessa aussi. Il n'exista d'ailleurs nulle part aucun indice d'une érosion même légère de l'utérus, ni d'une incommodité quelconque dépendante de ce viscère, tant que la femme vécut.

L'observation qu'on vient de lire, déjà si intéressante par le fait pathologique principal qui en est l'objet, ainsi que par l'exactitude de la description, est surtout remarquable par la fréquence des accidents éprouvés par la malade, et qu'un examen superficiel pourrait attribuer chaque fois à une nouvelle exfoliation de la muqueuse utérine. Prétendre que pendant plusieurs mois consécutifs cette membrane puisse être expulsée, régénérée, puis de nouveau exfoliée à chaque époque des règles, ce serait réellement vouloir inutilement épouvanter tous ceux qui ont de la peine encore à se résigner d'admettre la possibilité de l'exfoliation et de la régénération de la muqueuse utérine.

(1) *De sedibus et causis*, et Lettre 48, § 12.

Il ne faut pas perdre de vue que Morgagni, n'attachant pas au fait pathologique qu'il décrit la même signification que nous lui attachons aujourd'hui, rapporte certains détails d'après un simple ouï-dire, d'après les renseignements fournis par la malade ou d'autres gens du monde qui l'entouraient. Il faut donc savoir faire le choix des détails dans sa description, garder ce qui est certain et laisser de côté tout ce qui est douteux et à plus forte raison tout ce qui ne porte même pas le cachet de la vraisemblance.

Parmi les choses qui paraissent bien démontrées, nous signalerons d'abord l'expulsion d'une poche membraneuse qui a été vue, examinée et décrite avec tant de soin par Morgagni lui-même, qu'on reconnaît de suite là-dedans les caractères de la muqueuse utérine. Il paraît également certain que le corps dont il est question a été expulsé quatre mois après un accouchement à terme, après deux mois de ménorrhée. Les deux premiers mois après l'accouchement, les règles s'étaient passées convenablement, sans aucune incommodité, mais elles n'avaient plus reparu à la troisième époque, et c'est pendant qu'on les attendait à la quatrième époque que la malade a rendu le corps membraneux décrit par Morgagni.

Tout ceci est parfaitement établi et parfaitement clair; de même qu'il paraît incontestable que la malade devait être atteinte d'une affection chronique de la matrice, ayant occasionné des métrorrhagies et même plusieurs fausses couches, lesquelles, chose encore remarquable, avaient eu toujours lieu dans les premiers mois de la grossesse. Mais quant à ces différents *petits morceaux* que la malade rendait *quelquefois les uns après les autres pendant les règles,* ce serait évidemment aller trop loin que de les considérer tous également comme étant de la même nature que le corps membraneux dont il a été question. Le diagnostic, établi dans ce sens par la malade, ne peut pas avoir une grande valeur à nos yeux. Ne voyons-nous pas tous les jours des malades, lorsqu'elles sont menacées d'une fausse couche, disposées à voir dans chaque gros caillot de sang une nouvelle poche fœtale? Ne nous arrive-t-il pas d'assister quelquefois à l'expulsion du produit de l'avortement chez des malades qui, ayant jugé d'après le volume de morceaux rendus préalablement, avaient cru déjà tout terminé? Ainsi, encore une fois, nous ne devons prendre, dans l'observation de Morgagni, que ce qui est bien démontré. Prise dans ces conditions, l'observation que nous venons de rapporter perd ce qu'il y avait vraiment d'incroyable, et peut être citée comme un document assez important à côté d'autres observations que nous avons rapportées et de celles qui vont suivre. Sans ce travail analytique, loin de jeter du jour sur le fait intéressant que nous étudions, l'observation de Morgagni, prise *in crudo,* n'aurait fait que l'embrouiller davantage.

Obs. VII (1). — Une jeune femme d'un tempérament ardent, après quelques abus érotiques, se crut enceinte, parce que ses menstrues étaient supprimées depuis deux mois. Parvenue au troisième mois, elle éprouva les symptômes qui lui annonçaient ordinairement le retour des menstrues, cependant il n'y eut aucune excrétion, et comme elle se plaignait beaucoup de douleurs, de spasmes et surtout d'un sentiment de pesanteur inaccoutumé, je fus appelé avec un de mes collègues. En examinant l'état des parties, nous trouvâmes l'utérus abaissé dans l'excavation pelvienne; son orifice ouvert, élargi, donnant passage à une sorte de tumeur molle, lisse, indolente, qui avait la forme, la grosseur d'une figue ordinaire, dont le sommet allongé, rétréci, paraissait adhérent, implanté au pourtour intérieur du col et de l'orifice de l'utérus; mais en tirant légèrement cette tumeur, que l'on pouvait facilement saisir avec deux doigts, elle s'allongea peu à peu et se détacha tout à coup entièrement et sans causer aucune douleur. Nous reconnûmes alors, de la manière la plus évidente, que ce corps n'était qu'*un sac couenneux,* épais d'un millimètre, dont la cavité était remplie d'un sang brunâtre, à demi-fluide; *sa forme était exactement celle de l'utérus, mais renversé; sa base ou la portion saillante dans le vagin était large, arrondie; son pédicule ou la portion adhérente au col et à l'orifice de l'utérus était allongée, tubulée et garnie à son extrémité de franges ou petits lambeaux de forme inégale; enfin, son tissu, dense, compacte, blanchâtre, uniforme dans toute son étendue, ne présentait aucune apparence fibreuse, aréolaire, aucune trace de ramifications vasculaires, et se dissolvant entièrement dans une liqueur alcaline.*

Aussitôt après l'extraction ou décollement de ce sac membraneux, il s'écoula quelques cuillerées de sang brunâtre; les douleurs, les spasmes ont entièrement cessé, les menstrues ont repris leur cours habituel, et la jeune femme n'a éprouvé aucun accident.

(1) Lettre de Chaussier à Mme Boivin, dans le *Traité sur les hémorrhagies de l'utérus,* d'Edouard Rigby et Steward Duncun, trad. par Mme Boivin, 1818.

Si l'on n'envisageait le fait rapporté par Chaussier que d'après les caractères anatomiques dont il nous a laissé la description, on pourrait nous trouver trop facile de l'avoir accepté comme exemple de l'exfoliation de la muqueuse utérine, cependant quand on aura examiné ce fait sous toutes les faces, quand on l'aura comparé avec tous les autres qui puissent offrir de l'analogie, quant à l'aspect du corps expulsé, on sera forcément amené à partager notre manière de voir.

Nous trouvons, dans l'observation de Chaussier, un détail anatomo-pathologique important que nous n'avons pas encore vu dans les observations citées jusqu'à présent, et que nous tenons à enregistrer : nous voulons parler de la persistance de l'adhérence de la muqueuse utérine dans la région cervicale après son détachement au fond de l'organe. Cette circonstance détermina le renversement du sac exfolié; son fond s'engagea d'abord comme s'il s'agissait du renversement de l'utérus lui-même; la face interne devint externe et la grosse extrémité, devenue inférieure, pendait dans le vagin. Au lieu de communiquer librement avec le vagin par son ouverture inférieure, la cavité de la membrane exfoliée fut transformée en un véritable sac à l'ouverture supérieure par laquelle le sang pouvait pénétrer dans la cavité sans pouvoir en sortir. Cette disposition est surtout remarquable en ce qu'elle peut être la cause des erreurs de diagnostic et faire prendre quelquefois l'exfoliation de la muqueuse pour des polypes.

Un nouveau fait d'expulsion de la muqueuse utérine exfoliée, et le dernier à notre connaissance avec la constatation de sa nature par le microscope, a été rapporté par MM. Dutard et Laboulbène dans les Mémoires et Comptes rendus de la Société de de Biologie (1). Nous allons en donner l'analyse :

Obs. VIII. — Leroux (Marie), ouvrière, âgée de 24 ans, est entrée à l'infirmerie générale de la Salpêtrière le 13 septembre. Toujours bien réglée depuis l'âge de 11 ans 1/2, elle avait eu un enfant à 16 ans; depuis lors, elle a fait deux fausses couches à trois mois de grossesse environ, une il y a cinq ans et l'autre il y a trois ans; à cette dernière, elle n'a point constaté l'existence de fœtus. Cette malade devait avoir ses règles le 28 août, mais elle les avait attendues en vain.

Le 13 *septembre*, il survint des coliques dans le bas-ventre; l'utérus n'avait pas augmenté de volume, mais il y a eu un peu d'écoulement jaunâtre par le vagin. La malade ignorait si elle était enceinte, mais elle a avoué que cela était possible. Cet état se prolongea jusqu'au 17, où pendant la nuit il survint des douleurs vives et pour ainsi dire intolérables, surtout par moments. L'écoulement utérin devint en même temps plus abondant et évidemment sanguinolent. Les douleurs avaient continué toute la journée et ne se sont calmées un peu que vers le soir. L'abdomen était tendu, un peu tuméfié, douloureux à la pression, avec des nausées et vomissements de matières filantes, muqueuses; peau chaude, pouls fréquent.

Le 18, même état. Le col n'est pas entr'ouvert; cependant, dans la soirée, la malade, en voulant se lever pour aller à la garde-robe, a senti s'échapper par la vulve un corps qu'elle a pris pour un caillot de sang.

A partir de ce moment, tous les accidents se sont calmés, seule-

(1) Tome II, 1850, p. 161.

ment, l'écoulement continuait encore d'être séro-sanguinolent, quoique de moins en moins abondant.

Le 21, le linge était à peine taché par le sang.

Le corps rendu par la malade est la muqueuse de l'utérus. Elle offre la forme triangulaire de la cavité interne, moins la portion du col. Elle présente une ouverture inférieure irrégulière, dilacérée sur ses bords, et deux autres petites ouvertures qui correspondent à l'entrée des trompes. Sa couleur est d'un rouge vif; examinée sous l'eau, elle a une épaisseur de plusieurs millimètres; elle est villeuse à sa face externe, lisse, douce au toucher à sa face interne. Celle-ci est criblée de petits orifices en partie visibles à l'œil nu. Elle ressemble pas mal, pour la consistance et l'aspect, à un petit sac d'agaric ou d'amadou qui serait poli dans son intérieur et villeux à son extérieur. L'examen microscopique, fait avec un grand soin par M. Charles Robin, ne laisse aucun doute sur la nature de ce produit; les follicules caractéristiques y abondent. C'est bien une membrane organisée, la muqueuse interne elle-même.

Sur un des points de son intérieur, vers le tiers supérieur et latéral, au-dessous d'une ouverture tubaire, on voit un petit corps pédiculé.

L'observation qu'on vient de lire est une des plus intéressantes dans son genre. La poche membraneuse dont elle donne la description réunit d'abord les principaux caractères physiques que nous avons signalés dans les observations précédentes. D'un autre côté, le résultat de l'examen microscopique ne permet pas non plus de douter un instant qu'elle appartienne au même ordre de faits pathologiques, c'est-à-dire qu'elle soit constituée par la muqueuse utérine exfoliée. Il est vraiment fâcheux qu'on n'ait pas songé d'examiner au microscope ce *petit corps pédiculé* qui se trouvait placé vers *le tiers supérieur et latéral* de la *cavité de la muqueuse utérine, au-dessous d'une ouverture tubaire*. Nous serions assez disposé de croire que ce petit corps n'a été qu'un ovule arrêté dans son développement. En nous accupant de l'exfoliation physiologique de la muqueuse utérine, nous avons rappelé un fait appartenant à Evrard Home, qui offre la plus grande analogie avec celui-ci. Là, il était question d'une jeune fille de 21 ans, morte empoisonnée le huitième jour après un coït fécondant. La membrane interne de l'utérus, transformée en caduque, renfermait un petit ovule qui restait caché près du col de la matrice. Dans l'observation de MM. Dutard et Laboulbène, la poche membraneuse expulsée n'était pas non plus autre chose que la caduque; l'examen microscopique l'avait prouvé. En admettant, comme nous l'avons présumé, que le petit corps tenant à cette membrane par un pédicule ait été réellement un ovule, on serait autorisé d'en conclure que la pièce entière représentait les caractères anatomiques de la caduque quelques jours après un coït fécondant. Il n'y aurait, dans ce cas, d'autre différence entre les observations d'Evrard Home et de MM. Dutard et Laboulbène que celle-là: que dans la première, c'est l'empoisonnement de la mère qui aurait arrêté le développement normal de l'ovule, tandis que dans le fait rapporté par les auteurs français, l'ovule aurait été frappé de mort à la suite de quelque état pathologique, ce qui aurait occasionné plus tard l'expulsion de la caduque.

HISTOIRE GÉNÉRALE.

Nature et étiologie des poches membraneuses formées par la muqueuse utérine expulsée accidentellement.

L'histoire de l'exfoliation pathologique de la membrane interne de l'utérus a suivi les mêmes phases que l'histoire de la caduque. Avant qu'on fût arrivé à connaître la structure de ces corps d'apparence membraneuse, que l'on voit quelquefois être expulsés de la cavité de la matrice, on les attribuait généralement à l'inflammation.

Le docteur Churchil comparaît ces produits aux exsudations diphthéritiques, lesquelles se moulent également, comme on le sait, sur les parois de différentes cavités muqueuses, et en représentent les formes. D'après le docteur Montgomery, ces productions seraient dues à toute cause capable d'exciter un certain degré d'irritation, qui aurait pour effet de répandre de la fibrine sur la surface de la cavité utérine. Telle a été encore à peu près la manière de voir du docteur Copland, qui pense qu'une simple irritation nerveuse, assez obscure même pour ne pas être accompagnée de douleurs, peut donner également lieu à cet état pathologique. Les médecins français ne diffèrent, sous ce rapport, en rien, dans leur opinion, des médecins anglais que nous venons de nommer.

Le professeur Simpson, tout en substituant, en 1847, à l'ancienne théorie le fait d'exfoliation suivie de l'expulsion de la muqueuse utérine, laissa néanmoins subsister les idées étiologiques de ses devanciers. C'était toujours, aux yeux du savant professeur d'Édimbourg, une inflammation née sous l'influence du molimen menstruel, qui serait la cause de l'exfoliation de la muqueuse utérine; il en fit même le caractère anatomique essentiel d'une variété de *dysménorrhée*.

Déjà, il y a une trentaine d'années, un savant français, qui, malheureusement, nous le disons à regret, n'a pas toujours su se prémunir contre les illusions de son ardente imagination, publia une théorie de l'exfoliation de toutes les muqueuses en général, où l'irritation physiologique et pathologique jouent également un très-grand rôle. Si nous avons cru devoir en parler, c'est que cette théorie a été aussi appliquée par l'auteur à l'exfoliation physiologique de la membrane interne de l'utérus; elle peut, par conséquent, avoir une certaine importance au point de vue historique.

« Les auteurs ont établi souvent, dit M. Raspail, que la membrane caduque utérine se formait de toutes pièces entre le chorion et l'utérus; quelques-uns même ont admis une seconde caduque appartenant au chorion. Les résultats que j'ai obtenus dans un autre ordre de recherches et un certain nombre d'observations que j'ai eu occasion de faire à ce sujet, en m'occupant, de concert avec M. Breschet, de la formation du placenta, enfin, le raisonnement, me portent à croire que les auteurs ont pris pour la *formation d'une nouvelle membrane les caractères qui dénotent au contraire sa déformation, et que la caduque, au lieu d'être une membrane postérieure à la fécondation, préexistait à cette époque sous forme d'une membrane muqueuse tapissant l'utérus.* Mais l'œuf venant à s'appliquer contre la surface de l'utérus, cette tunique muqueuse acquiert une plus grande énergie d'action. *Or, toute membrane muqueuse tend à se détacher et à s'exfolier avec d'autant plus de rapidité qu'elle agit avec plus d'énergie. Elle meurt, pour ainsi dire, quand elle a rempli la période de ses fonctions, et elle devient une membrane inerte qui se désagrége et s'épaissit sous l'influence de l'humidité du milieu où elle se trouve, et qui, sous l'influence de l'air, se dessécherait et s'exfolierait par paillettes, comme la membrane externe qui recouvre le corps humain* (1). »

Inutile d'insister sur l'exagération des faits sur lesquel repose la théorie de M. Raspail. Il est aujourd'hui démontré que la couche épithéliale des membranes muqueuses s'exfolie sans cesse, et se trouve éliminée avec les liquides excrémentitiels dont elle est baignée. Tout le monde sait qu'on rencontre des plaques épithéliales de la muqueuse vésicale et des uretères dans l'urine; que l'épithélium de la muqueuse buccale se retrouve dans la salive, que celui des intestins peut être découvert dans les excréments. On sait, en particulier, que le mucus vaginal et celui de la cavité utérine renferment aussi des débris d'épithélium qui recouvrent les muqueuses tapissant ces conduits, et qu'on en rencontre même avec le sang menstruel. Mais conclure de

(1) *Sur la structure intime des tissus de nature animale*, in *Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologiques*, t. VI, 1re partie, in-4°. Il est à remarquer que, dans ce travail, on trouve seulement l'exposition des idées générales de l'auteur sur ce sujet. Le passage ci-dessus, rapporté d'après l'ouvrage de Breschet, ne s'y trouve pas. Il est très-probable que ce passage a été pris dans une autre édition du *Répertoire* réimprimé in-8°, dont les exemplaires sont si rares qu'il n'y en a même pas à la bibliothèque de la Faculté.

là, comme le fait M. Raspail, que les membranes muqueuses s'exfolient elles-mêmes spontanément, et que toute cause irritante appliquée directement sur les muqueuses puisse amener leur exfoliation, c'est avancer une opinion qui se trouve démentie à chaque instant par l'observation et l'expérience.

Nous n'avons pas de motifs d'être plus facile pour la muqueuse utérine. Si elle offre quelques caractères anatomiques pathologiques spéciaux, qu'on ne rencontre plus dans d'autres muqueuses, leur présence exceptionnelle se laisse justifier par les nécessités de la reproduction de l'espèce, à laquelle cette membrane est entièrement dévolue. Mais si nous l'avons vue sans étonnement s'exfolier physiologiquement chez la femme après chaque fécondation, la même considération nous empêche de croire à la possibilité de cette exfoliation sous l'influence des causes ordinaires de l'inflammation, dont l'action ne pourrait ainsi qu'entraver à chaque instant l'œuvre de la génération. Écoutons plutôt ce que dit à cet égard un auteur dont l'opinion devra paraître d'autant moins suspecte en cette circonstance, qu'il est un de ceux qui avaient assimilé la caduque à l'exsudation plastique de fausses membranes :

« Quoique nous comparions la membrane caduque, dit Breschet, sous le rapport de sa formation et de sa disposition, aux pseudo-membranes, cependant nous ne prétendons pas établir d'identité de structure entre ces tissus. La production de périone tient à des circonstances particulières, à un mode spécifique de stimulation, lequel est la fécondation. Le stimulus de l'acte vénérien, une irritation quelconque, dirigée sur la membrane muqueuse utérine, ne produiront pas de membrane caduque; sans cela, cette poche se formerait dans chaque coït. Quant à une excitation morbide, elle peut changer la sécrétion, elle peut même déterminer la formation de pseudo-membranes; mais leur examen comparatif, comme par exemple dans des cas de métrite hors le temps de gestation, et à la suite de la résection du col de cet organe, nous a fait reconnaître que ces fausses membranes diffèrent de la membrane caduque. Nous ne voulons conséquemment indiquer qu'une analogie et non une similitude (1). »

Nous ne saurions trop approuver la distinction établie par Breschet. Tout porte à croire qu'il n'y a qu'une stimulation spéciale, celle qui caractérise la fécondation, qui seule puisse produire la caduque, ou, en d'autres termes, amener l'exfoliation de la membrane interne de l'utérus.

Quand on examine attentivement les corps membraneux expulsés de la matrice, que le professeur Simpson avait considérés comme appartenant à un état pathologique de l'utérus, on ne peut pas s'empêcher de leur trouver la plus grande analogie dans l'aspect et la forme avec la caduque quelques jours après la fécondation. Il se pourrait donc, que tout ne fût pas pathologique dans le fait signalé par le savant professeur d'Édimbourg, et que particulièrement l'exfoliation de la muqueuse utérine n'y fût qu'une conséquence tout à fait physiologique d'une fécondation préalable passée inaperçue. Une disposition pathologique quelconque, suffisante pour frapper de mort l'ovule ou l'arrêter du moins dès le début dans son développement, pourrait rendre la présence de la caduque superflue, et léguer par la même raison à la nature le soin de se débarrasser de ce corps étranger.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Hémorrhagie de l'utérus. — Transfusion du sang.

Par MM. LEVER et BRYANT (hôpital Guy, de Londres).

Jane S...., âgée de 45 ans, demeurant à Deptford, fut admise, le 20 mai 1857, dans le service du docteur Lever. Il y a dix ans qu'elle ressentit pour la première fois une vive douleur dans le dos et les reins; il y a sept ans qu'elle fut atteinte d'une première et abondante hémorrhagie, qui se renouvela fréquemment. Elle ne croyait avoir aucune tumeur, si ce n'est depuis douze mois, quand elle se présenta à la consultation de l'hôpital Guy. Dans les cinq derniers mois, elle eut de nombreuses et abondantes hémorrhagies, accompagnées de douleurs très-intenses. Depuis trois semaines, elle éprouva des douleurs semblables aux douleurs expulsives, qui prirent un caractère plus sérieux dans la nuit du samedi 17 mai; et une grosse tumeur fit saillie à travers le vagin; elle était environ de la grosseur d'un cœur de veau, de texture fibreuse, tout à fait vasculaire, et attachée à l'utérus par un long et épais pédicule. La malade perdit en ce moment trois livres de sang. Le docteur Gargien fut appelé et fit mander le docteur Lever. En arrivant, il appliqua une ligature à la partie de la tumeur extérieure à la vulve, et recommanda de porter la malade à Guy dès qu'elle serait en état.

A son admission, elle était très-pâle, dans un état extrême de prostration, avec un pouls faible et fréquent, une langue épaisse et à peine d'appétit. Une canule de Gook fut introduite dans le vagin; la tumeur fut ligaturée plus haut que la première fois.

Le 21, elle vomissait continuellement, paraissait faible et abattue. Les pertes par la tumeur étaient excessives; en conséquence, elle fut excisée à l'endroit de la première ligature, en laissant toutefois la canule attachée.

A dater de ce jour, jusqu'au 30, elle semble graduellement perdre connaissance, vomit beaucoup et prend à peine quelque aliment par la bouche; deux fois par jour, on lui injectait du thé de bœuf et du vin d'Oporto; la langue était épaissie, le pouls très-faible, oscillant entre 80 et 110.

Le 30, la ligature tomba; la malade passa une très mauvaise nuit. Le docteur Lever appela M. Bryant en consultation : la transfusion fut décidée et accomplie avec l'appareil ordinaire. Le sang fut fourni par un des élèves. Six onces environ furent injectées; et à plusieurs reprises, durant l'opération, on fit prendre de petites quantités de vin à la malade. Son pouls qui, avant l'opération, était entre 120 et 135, tomba à 90 et devint beaucoup plus fort. Cette femme s'assoupit bientôt après l'opération et passa une très-bonne nuit. Depuis lors, sa santé s'améliora graduellement: pendant les quatre jours suivants, elle ne se sentait aucun mal et prenait quelque nourriture légère en petite quantité; le soir du quatrième jour, ses forces diminuèrent, et elle mourut le jour suivant, à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — Tous les tissus et les organes furent trouvés complétement anémiés et chargés de graisse; le péritoine sur la surface des intestins, au voisinage du bassin, était légèrement enflammé; les tissus pelviens étaient en suppuration ainsi que la vessie et l'utérus; le foie avait augmenté de volume et était chargé de graisse; les reins suppuraient et il y avait des grumeaux de pus dans la veine iliaque externe.

(*Med. Times and Gaz.*)

Du traitement des tumeurs érectiles,

Par M. COOPER FORSTER.

Le traitement des tumeurs érectiles compte un certain nombre de méthodes, qui ont donné lieu à un grand nombre de procédés. Quelques-uns de ces moyens thérapeutiques sont plus spécialement applicables à certains cas particuliers.

Malgré leur multiplicité, le chirurgien est souvent fort embarrassé en présence des *nævi* des enfants. Un nouveau moyen a été découvert dans ces derniers temps un peu par le fait du hasard. Il est publié par M. Cooper Forster, dans le *Medical Times and Gazette*.

Peut-être trouvera-t-il une utile application dans ces affections, alors qu'elles n'ont pas encore pris un grand développement. Voici le fait :

(1) *Études sur l'œuf*, in *Mém. de l'Acad. de Méd.*, t. II, p. 96.

Le chirurgien anglais avait l'habitude de traiter ces tumeurs par la ligature de la manière suivante :

Il enfonçait suivant les deux diamètres de la masse, deux épingles courbées à angle droit, puis il saisissait le pédicule ainsi constitué dans un fil fortement serré. Au bout de quatre à cinq jours, la tumeur se détachait en laissant une plaie chargée de granulations, qui finissait par former une cicatrice généralement difforme.

Dans ces temps derniers, il venait de traiter par ce procédé un petit *nævus*, quand par hasard le lien constricteur se détacha quatre heures après son application. Malgré ce contre-temps, la tumeur se rida, et il se fit au-dessous un travail de guérison sans suppuration. Et quand la masse tomba vers le douzième jour, à peine y avait-il une cicatrice visible.

Depuis ce temps, la même expérience répétée donna le même résultat dans plusieurs cas semblables.

La guérison se manifestait au bout d'une quinzaine de jours, sans suppuration, sans plaie, sans cicatrice difforme.

Que se passe-t-il là? Quel travail modificateur a donné un résultat aussi satisfaisant?

La circulation du sang dans les vaisseaux s'arrête pour quelque temps, mais non à ce point de former une escharre. L'oblitération est suffisante pour permettre au sang de se coaguler dans la masse malade. La tumeur se flétrit, tombe au bout de quelque temps, et ne laisse après sa chute ni cicatrice, ni difformité.

En livrant ce fait à la publicité, nous avons l'espérance que de nouveaux faits viendront bientôt se grouper autour de ceux déjà connus. Et peut-être la thérapeutique des tumeurs érectiles superficielles comptera un nouveau moyen très-efficace; mais qui, nous le pensons, ne viendra qu'après la *vaccination*.

E. Chairou, interne des hôpitaux.

Deux cas de tumeurs de la région spinale.

Par une coïncidence assez bizarre, nous trouvons dans deux numéros du *Medical Times* deux faits qui, par leur contraste même, méritent d'être rapportés.

Il s'agit de deux tumeurs situées sur la partie inférieure de la colonne vertébrale, au lieu d'élection des *spina-bifida*.

L'une se trouvait chez un très-jeune enfant; la position de la tumeur, ses rapports et l'âge du sujet concouraient à faire porter un diagnostic d'*hydrorachis*. Mais un examen plus attentif permit de constater la nature bénigne de la maladie; et les suites de l'opération vinrent confirmer le pronostic qui avait été porté.

L'autre, au contraire, présentant tous les caractères du *spina bifida*, se trouva chez un homme de 32 ans. De plus, cette tumeur n'aurait apparu que vers l'âge de 13 ans; et malgré l'âge du malade, malgré l'époque à laquelle il s'aperçut de son affection, on n'hésita pas à porter un diagnostic de *spina-bifida*, et par suite à décliner tout traitement chirurgical.

Voici, du reste, les deux faits :

I. Tumeur graisseuse simulant un spina-bifida.

Un enfant mâle bien portant, âgé de 16 mois, fut admis dans le service de M. Hilton; il portait une tumeur sur l'épine lombaire, tumeur qui avait été prise pour un *spina-bifida*. Elle a la dimension d'une demi-pomme, et paraît avoir des adhérences médiocres avec les parties profondes.

Cet enfant n'avait pas de paralysie des extrémités inférieures. Il n'avait jamais souffert de symptômes cérébraux d'aucune nature.

Convaincu qu'il se trouvait en présence d'une tumeur complétement solide, H. Hilton en proposa l'extirpation.

L'opération ne fut entravée par aucune difficulté; il fut reconnu que c'était une tumeur graisseuse.

II. Hydrorachis chez un jeune homme.

John L...., âgé de 32 ans, paraît d'une bonne santé et bien développé. Il vient nous consulter pour une tumeur sensible et douloureuse, qu'il porte à la partie inférieure de son sacrum. Cette tumeur est de forme ovale; elle a environ le volume du poing; elle est située exactement sur la ligne médiane, à un peu plus d'un travers de main au-dessus du coccyx. La peau qui la recouvre est blanche, lisse et tout à fait libre; elle est plus blanche, plus lisse que la peau des parties voisines; elle est tout à fait dépourvue de poils. A environ trois quarts de pouce de la surface, on sent les parois d'un kyste à contenu fluide. Ce kyste a environ le volume d'un œuf de canard; il ne peut être soulevé, et le doigt, en explorant sa base, peut constater qu'il se continue profondément avec les lames du sacrum.

L'examen de cette partie cause une vive douleur et la pression, dit le malade : « *produit de singulières sensations dans la tête, et des étincelles dans les yeux.* » Le malade nous raconte que ce fut vers l'âge de 13 ans que cette tumeur attira son attention pour la première fois. Il semble certain qu'il n'y avait rien là dans son enfance. — Il entra vers cet âge dans le service de M. Tucker, à l'hôpital d'Oxford pour se faire extirper une tumeur située dans le voisinage du genou gauche, et ce fut alors qu'il découvrit cette autre tumeur dans le dos. — Depuis cette époque, deux médecins qu'il consulta à ce propos, lui conseillèrent de n'avoir recours à aucune opération chirurgicale. — Il ne suivit donc qu'un traitement interne, et, sauf la douleur, il ne ressentit nulle incommodité de son affection. Dernièrement cependant, la douleur augmenta, et il se décida à voir ce qu'il y aurait à faire. Considérant la communication avec la moelle comme probable, et pensant qu'il se trouvait en présence d'un *spina-bifida non congénital*, M. Hutchinson déclina tout traitement chirurgical. L'application de la belladone pour combattre la douleur de caractère névralgique et une plaque de métal bien faite destinée à protéger la tumeur contre toute pression. Ce fut là toute la prescription. (*Med. Times and Gaz.*)

Cette dernière observation est du plus grand intérêt.

Quelle a pu être la cause productrice de cette affection? A la suite de quelle modification organique cette tumeur se sera-t-elle montrée? Quel rapport peut-il y avoir entre la tumeur enlevée au genou gauche et l'apparition de l'hydrorachis? Ce sont là autant de questions dont la solution nous semble impossible.

D'un autre côté, si la position précise de la tumeur, la communication avec la moelle paraissent mises hors de doute par les *sensations étranges dans la tête et les étincelles devant les yeux* que la plus petite pression détermine, nous regrettons que l'auteur anglais n'ait pas comblé quelques lacunes. Ainsi la tumeur diminuait-elle lorsque la tête était baissée et les extrémités inférieures élevées? Comment se comportait ce sac liquide pendant l'inspiration et l'expiration? C'étaient là des points importants à noter, et qui auraient donné un grand élément de certitude au diagnostic.

Cependant, tel qu'il nous est donné, ce fait est des plus intéressants pour la science. Nous désirons seulement que le malade ne soit pas perdu de vue, et qu'un examen ultérieur prolongé vienne combler les lacunes que laisse cette première inspection.

E. Chairou, interne des hôpitaux.

OBSTÉTRIQUE CLINIQUE.

Rétrécissement considérable du bassin. — Accouchement spontané,

Observation communiquée par le docteur Hyernaux, chirurgien en second à l'hôpital de la Maternité de Bruxelles.

La *Presse médicale belge* publie, sous ce titre, un fait très-intéressant par lui-même, mais qui perd une partie de son in-

térêt à cause de l'absence ou de la singularité de certains détails. Voici d'abord l'observation textuelle :

Anne-Marie J...., âgée de 24 ans, rachitique, petite de taille, primipare, à terme de grossesse, entre à la Maternité, le 3 novembre dernier, à neuf heures du matin; le col utérin est ouvert d'un doigt, long et souple, les eaux écoulées depuis la nuit.

La colonne rachidienne est sans déviation latérale, mais il y a une forte ensellure; les muscles sacro-lombaires sont très-développés; la hanche droite un peu plus élevée que la gauche; le bassin très-large transversalement; les fémurs déviés en dehors; les genoux en dedans; les tibias en avant. Par le toucher, on constate que les parois cotyloïdiennes sont enfoncées, et l'on arrive avec toute facilité à l'angle sacro-vertébral. Le rétrécissement est tel qu'on peut, à l'aide des doigts médius et index, faiblement écartés, atteindre simultanément le promontoire et la face interne de la symphyse des pubis. L'enfant est vivant et se présente par le sommet.

Voulant faire un examen comparatif de quelques procédés de mensuration, on obtient avec le compas d'épaisseur de Baudelocque, 3 pouces 3 lignes; avec le pied français, 3 pouces; avec l'instrument de Coutouly, 21 lignes; enfin, avec le pelvimètre universel, 20 lignes, pour l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal.

Dans cette occurrence, il n'y avait que deux choses à faire : l'opération césarienne ou l'embryotomie. La femme se décide pour cette dernière opération; mais le moment de la délivrer n'est pas encore venu.

Dans la nuit du 8 au 9, les douleurs sont faibles, irrégulières dans leur retour. Elles augmentent dans la matinée; mais le col, ouvert de deux doigts, reste dur et résistant. On perçoit encore distinctement les bruits cardiaques de l'enfant. (Bain prolongé avec injections vaginales continuelles.) — Le soir, nul progrès; les bruits du cœur du fœtus ont cessé. (Demi-bain; injections.)

Dans la nuit du 9 au 10, les douleurs reviennent toutes les demi-heures, sans que l'orifice utérin s'ouvre plus que la veille. (Bain général d'une heure avec injections.)

Le 11 au matin, le col s'efface davantage sans qu'il y ait pourtant plus de dilatation; une odeur fétide s'exhale du vagin. Dans l'après-midi, le pouls s'accélère, la femme éprouve des frissons et elle a des vomissements verts porracés. A six heures du soir, l'ouverture du col est large comme un gros sou et on y constate plus de souplesse; les douleurs deviennent expulsives.

On attend une dilatation plus grande, et l'opération est fixée à huit heures du soir.

Tout était disposé pour faire une section crânienne, lorsque, sous l'empire d'énergiques contractions et au grand étonnement de plusieurs praticiens et d'un grand nombre d'élèves, la tête est *spontanément* expulsée, nonobstant l'angustie pelvienne considérable que tous ceux qui étaient présents avaient pu reconnaître. Seulement on est obligé de dégager le tronc à l'aide du crochet mousse passé dans l'aisselle postérieure.

L'enfant est très-volumineux, mais dans un état de putréfaction déjà très-avancée. Les os de la voûte et même de la base du crâne étaient mobiles, complétement dissociés, au point que, en incisant le cuir chevelu, les pariétaux, tout à fait détachés, en sont tombés. Grâce à cette décomposition, la tête avait pu se mouler sur la filière pelvienne, s'y accommoder et la franchir, malgré le grand rétrécissement dont elle était le siége.

Le placenta reste adhérent; craignant que son séjour dans l'utérus ne soit, dans cette circonstance, une cause d'infection, on exerce, mais en vain, des tractions sur le cordon, en même temps qu'on presse sur le fond de la matrice. On administre ensuite le seigle ergoté à la dose de 6 grains en trois paquets, sans que le délivre soit encore expulsé. Enfin, on veut aller le décoller, sans plus de succès, la main délicate de la maîtresse sage-femme ne pouvant même passer à travers le resserrement considérable du détroit supérieur.

N'étant plus gêné par la présence de la tête fœtale, on renouvelle la mensuration. M. le professeur Pigeolet, présent à l'accouchement, et désireux d'apprécier le degré de viciation, réapplique lui-même le pelvimètre de Coutouly, qui rapporte encore 21 lignes.

La femme est isolée.

Le lendemain, on trouve l'arrière-faix expulsé spontanément et exhalant une odeur des plus infectes. Le pouls est calme; la langue un peu chaude, mais humide; le ventre légèrement sensible. (Injections chlorurées toutes les deux heures avec sonde à demeure.) Le soir, selles liquides.

Le 13, nuit calme; pouls petit, mais non accéléré; langue bonne; ventre ballonné, indolent; lochies fétides, diarrhée. (Cataplasme sur l'abdomen; frictions mercurielles à la face interne des jambes et des cuisses; injections chlorurées souvent répétées; diète.)

Le soir, pouls fébrile; matrice dure et sensible. (8 sangsues à l'hypogastre; cataplasmes; diète.)

Le 14, pouls légèrement accéléré; langue fraîche; ventre ballonné, indolent; lochies fétides; diarrhée moindre; transpiration toute la nuit. (Sulfate de quinine; frictions; injections; soupe à la bière avec de la farine.) — Le soir, accélération du pouls.

Le 15 au matin, la malade a eu des frissons suivis de chaleur; le ventre reste ballonné, mais indolent; les lochies sont moins odorantes; il n'y a plus de diarrhée. (Même traitement que plus haut.)

Les 16 et 17, même état; de plus, toux bronchique, râles muqueux dans la poitrine. (Traitement *ut supra*, avec addition d'une potion expectorante kermétisée.)

Les 18 et 19, fréquence du pouls, ventre insensible et moins ballonné; lochies de nouveau fétides; la diarrhée reparaît. (Suppression du kermès; continuation du sulfate de quinine dans une potion diacodée; trois frictions par jour; laitage.)

Du 20 au 23, légère amélioration; pouls moins fréquent, langue bonne, ventre insensible et plus souple; lochies moins fétides; plus de diarrhée. (Suppression de quinine et de sirop diacode; on continue les frictions et les injections vaginales; laitage avec farine et un jaune d'œuf.)

Le 24, état moins satisfaisant; accélération du pouls; langue chaude, ballonnement du ventre, lochies presque nulles; selles liquides. (Injections avec sonde à demeure; trois frictions par jour; lait de poule, soupe maigre.)

A dater de cette époque, le mal a toujours empiré, et, malgré les frictions nombreuses, jamais on n'a pu produire la salivation. Le malade a succombé le 28 au matin.

Autopsie. — Liquide séro-sanguinolent dans la poitrine et dans l'abdomen; légère injection du péritoine; contusion très-forte avec ecchymose à la base sacrée et à la paroi vaginale correspondante, où il s'est fait une ouverture par suite de la formation et de la chute d'une escharre dont on aperçoit encore les débris et qui ne peut être que le résultat de la pression de la tête sur cette région et des efforts qu'a faits la matrice pour l'expulsion du produit. L'étendue du diamètre sacro-pubien, prise avec le compas boutonné, mesure *exactement* 20 lignes.

En lisant cette observation, le lecteur a dû être frappé de certains détails qui y sont consignés, entres autres : — Relativement à la pelvimétrie, l'emploi de diverses manières de mesurer l'étendue du diamètre antéro-postérieur, y compris le pelvimètre *universel* (?), a donné des résultats variant de 20 à 39 lignes! Sans conclure aucunement quelle est l'étendue de ce diamètre, autant qu'on peut le faire, l'auteur qui s'est donné une telle latitude, ajoute que « dans cette occurence, il n'y avait que deux choses à faire, l'opération césarienne ou l'embryotomie. » Si le diamètre antéro-postérieur est de 20 lignes, dans les cas ordinaires, il ne reste qu'une seule ressource, l'opération césarienne, puisque ce rétrécissement ne permettrait pas la sortie de la tête réduite de volume, ni même l'introduction d'un céphalotribe. Dans le cas particulier, la terminaison naturelle de l'accouchement est, il faut en tenir compte, tout exceptionnelle.

Comment se fait-il que l'enfant dont on entendait distinctement le cœur le 9 au matin, soit venu soixante heures après dans un état de décomposition aussi avancé que celui qui est décrit dans l'observation. — J. R.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juillet 1857. — Présidence de M. Bussy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Un rapport de M. Mutru, sur une épidémie de *fièvre scarlatine* qui a régné dans la commune de Salinelles (Gard).

— Un rapport de M. Philbert, sur une épidémie de *variole* qui a régné à Dombrot-sur-Vair (Vosges).

— Un rapport de M. Bocamy, sur une épidémie de *diphthérite* qui a régné dans la commune de Théza (Pyrénées-Orientales). (Commission des épidémies.)

— Un mémoire de M. Moritz, de Coblentz, sur l'*emploi du phosphore et de la créosote pour le traitement des fièvres intermittentes.* (Comm. : MM. Bouvier et Michel Lévy.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Tumeurs. — Un mémoire de M. L. Sandras, sur la *différence de composition des tumeurs fibreuses* (Comm. : MM. Velpeau et Bégin.)

Eaux minérales. — Une notice sur les Eaux de Condillac, par M. le docteur Tampier. (Commission des Eaux minérales.)

Fièvres intermittentes. — Un mémoire de M. le docteur Missa, de Soissons, sur le *traitement des fièvres intermittentes par les ventouses sèches.* (Comm. : MM. Mélier, Barth et Grisolle.)

LECTURE.

M. Guibourt lit un rapport officiel sur le prix du sulfate de quinine.

Physiologie. — M. G. Colin lit un travail intitulé : *De la formation du chyle.*

Voici les conclusions de ce travail :

« D'une part, la turgescence des villosités, le gonflement des ganglions mésentériques, la réplétion considérable des vaisseaux lactés et du canal thoracique pendant la digestion, la grande quantité de liquide que donnent alors les fistules établies à ce canal; d'autre part, la rétraction des villosités, l'affaissement des chylifères, leur vacuité presque complète quand les matières susceptibles d'être absorbées font défaut dans l'intestin, indiquent très-manifestement que c'est par le travail de l'absorption que le système chylifère se remplit du fluide réparateur connu sous le nom de chyle.

« La composition intime de ce liquide, les quatre ordres de substances qu'il renferme, l'analogie de sa nature avec celle de la matière alimentaire, les variations qu'il éprouve, la coïncidence de celles-ci avec les modifications que subit le contenu de l'intestin, montrent clairement que le chyle provient de l'aliment lui-même. Il en dérive en entier par sa fibrine, comme par son albumine, par sa graisse aussi bien que par son sucre, son eau et ses substances minérales. En un mot, il est chyle par l'ensemble de ses éléments constitutifs et non par un seul ou par quelques-uns d'entr'eux.

« L'absorption des principes dont il se compose est effectuée collectivement; c'est un phénomène forcé qui porte fatalement et indistinctement sur tous à la fois, pourvu que, par le fait de leur dissolution, ils soient susceptibles d'imprégner le tissu des villosités et de traverser les parois vasculaires.

« Les matériaux du chyle, une fois parvenus dans les villosités, s'engagent indifféremment, partie dans les radicules des veines mésaraïques et partie dans les lactés, car ces deux espèces de vaisseaux ont à leur origine des parois également minces et perméables. Aussi doit-on reconnaître deux chyles distincts, l'un pris par les mésaraïques, et aussitôt mêlé au sang qui l'emporte dans son mouvement rapide; l'autre, tout à fait isolé, saisi par les chylifères qui, avec un peu de plasma, le conduisent au canal thoracique. »

PRÉSENTATION.

Pellagre. — M. Baillarger présente à l'Académie, de la part de M. le docteur Billod, médecin en chef de l'Asile d'Angers, trois aliénés pellagreux. M. Billod a observé, dans cet asile, des cas assez nombreux de pellagre, et il a adressé un mémoire à l'Académie sur ce sujet. Ces cas de pellagre ont cela de remarquable qu'ils surviennent chez des malades appartenant à des localités où la pellagre n'a jamais régné. La pellagre, en effet, est inconnue dans le département de Maine-et-Loire et dans les villages qui entourent l'Asile. C'est donc l'état d'aliénation mentale qui semble constituer une prédisposition à la maladie.

M. Baillarger fait remarquer qu'en Lombardie ce sont les pellagreux qui deviennent aliénés; ici, au contraire, ce sont les aliénés qui sont atteints de pellagre. Quant à l'érythème, il n'offre pas, chez les trois malades, les caractères complets de la pellagre de la Lombardie; mais ce n'est pas sur l'érythème seul que se fonde M. Billod pour établir le diagnostic de la maladie. Ces aliénés pellagreux ont en même temps des douleurs dorsales, un sentiment de brûlure à l'épigastre et des diarrhées très-fréquentes. M. Billod en a déjà vu succomber un assez grand nombre dans un état de marasme produit par la persistance et la gravité de l'affection intestinale.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Érection d'une statue à la mémoire de Jenner. — Une Commission, formée dans le sein de la Société des Sciences industrielles, Arts et Belles-Lettres de Paris, a eu l'idée d'ériger une statue à la mémoire de l'illustre médecin anglais.

C'est à Boulogne (Pas-de-Calais), port principal de débarquement de l'Angleterre, patrie de Jenner, que sera élevé le monument.

L'emplacement désigné est le spacieux terre-plein qui s'étend en avant de la façade de la caserne formant perspective aux quais. — Parfaitement dégagée, la statue sera l'un des premiers objets qui frapperont les regards de l'étranger, dans le trajet du port à la gare du chemin de fer. — Le sujet, confié à M. Eugène Paul, sculpteur, sera *Jenner découvrant la vaccine.* — L'inauguration aura lieu en juin 1858.

La Commission du monument se compose de : MM. Adèle-Margras (de Nancy), médecin, *président.* — B. Lonel, médecin, *secrétaire général de la Commission.* — Les docteurs Bourdonnay et Petron. — E. Paul, sculpteur, chargé de l'exécution de la statue. — Thénot, artiste, peintre et professeur. — Adolphe Favre, *secrétaire particulier.*

La souscription est ouverte parmi les médecins français et étrangers, mais toutes les personnes qui apprécient les services rendus par Jenner pourront concourir à l'érection du monument.

Une brochure, contenant l'historique des travaux de la Commission, la liste des souscriptions, le détail des dépenses, etc., sera publiée et adressée à tous les souscripteurs. — Les souscriptions doivent être adressées à M. Gossart, notaire, rue Saint Honoré, 217, à Paris.

On peut aussi souscrire dans les Bureaux de notre Journal.

— La Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles vient de procéder au renouvellement de son bureau pour l'année académique 1857-1858. M. le professeur Pigeolet a été nommé président, et M. le professeur Hauchamps secrétaire, à l'unanimité des suffrages.

(*Presse méd. belge.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Traité pratique des maladies de l'œil, par W. Mackensie. — Quatrième édition, traduite de l'anglais et augmentée de notes par les docteurs *E. Warlomont* et *A. Testelin.* — T. II, fasc. XI et XII et derniers. — Prix des deux fascicules : 5 fr.

L'ouvrage complet forme deux volumes grand in-8° compactes, contenant : le premier, VIII-862 pages et 96 figures; le deuxième, LVIII-900 pages et 161 fig. Paris (1856-57), chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 17. — Prix : 30 fr.

Considérations sur un cas de diabète, par le docteur A.-M.-D. Jordaô. — Broch. in-4° de 86 pages, avec tableau et planche. (Paris, 1857). — Chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — Prix : 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 83. 5e année. Samedi 11 Juillet 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

Messieurs,

En terminant mes leçons de l'année dernière, je vous avais promis de continuer, cette année, le parallèle si intéressant de la scrofule, de la syphilis, de la dartre et de l'arthritis. Après avoir suivi ensemble les différentes manifestations de ces diverses maladies sur les systèmes cutané, muqueux, cellulaire et ganglionaire, nous devions aborder l'étude des affections plus profondes, et j'aurais pu sans peine vous convaincre que la scrofule, quand elle atteint les os, les articulations, les viscères, se présente toujours avec des caractères qui n'appartiennent qu'à elle, et qui, par conséquent, la distinguent toujours de la syphilis, de la dartre et de l'arthritis dans leurs manifestations profondes.

Pourquoi donc ai-je abandonné ce sujet, et pourquoi ai-je choisi, pour mes leçons de cette année, l'étude des affections cutanées parasitaires?

Deux raisons surtout m'ont déterminé à interrompre mes leçons de l'année dernière. D'abord je n'ai point, ce que je devais avoir, mon service de femmes scrofuleuses, et vous savez que, chez la femme, la scrofule se montre avec des caractères aussi tranchés, plus tranchés peut-être que chez l'homme. En second lieu, la publication de mes dernières leçons n'étant pas encore achevée, il m'était impossible de continuer un sujet dont mes nouveaux auditeurs n'auraient pu connaître la première partie.

J'ai voulu reprendre, cette année, l'étude des affections parasitaires, parce que ce sujet n'a été traité que d'une manière tout à fait incomplète dans mes leçons de 1855 : je n'ai pas dit un mot des parasites animaux, et c'est tout au plus si j'ai consacré une leçon à la description des différentes variétés de teignes. Le moment m'a paru opportun de faire cette année, avec vous, une étude sérieuse, complète, approfondie de ces affections parasitaires les plus intéressantes peut-être, et, sans contredit, les plus négligées de la pathologie cutanée. Elles forment une classe très-nombreuse, très-variée : chaque jour, elles donnent lieu aux méprises les plus fâcheuses, et je ne saurais dire combien de malades (tant le nombre en est considérable !) sont venus ici nous consulter, portant une affection parasitaire que des confrères très habiles avaient rattachée à la dartre ou plus souvent à la syphilis.

Entrons maintenant dans notre sujet, et permettez-moi, avant tout, de vous donner une définition claire et précise des termes que nous emploierons, car, vous le savez, pour s'entendre sur les choses, il faut d'abord s'entendre sur les mots.

Qu'est-ce donc qu'un parasite, une affection parasitaire et une maladie parasitaire?

On donne le nom de parasite à un être organisé, végétal ou animal, qui, fixé sur un autre être, y puise exclusivement les éléments de sa subsistance. Il y a donc deux classes de parasites : les parasites animaux et les parasites végétaux ; les uns et les autres peuvent se montrer sur des animaux ou sur des végétaux ; je ne m'occuperai que des parasites qui vivent sur la peau de l'homme.

L'affection cutanée parasitaire est une affection de la peau produite directement par le parasite lui-même, ou symptomatique d'une maladie parasitaire.

Enfin, sous le nom de maladie parasitaire, nous entendons un état particulier et accidentel de l'organisme qui se montre par suite de la présence d'un parasite (animal ou végétal) sur un point quelconque du corps, et qui se manifeste par un ensemble de symptômes, d'affections et de lésions.

Ainsi, la teigne tonsurante est un état qui embrasse toutes les expressions qui se rattachent à l'existence d'un végétal parasite : disques érythémateux, herpès circiné, eczéma et lichen circonscrit, pustules, tubercules. La teigne tonsurante est donc une maladie parasitaire; l'une quelconque de ces manifestations, l'herpès circiné, par exemple, est une affection parasitaire ; et le parasite lui-même, c'est le trichophyton.

Je crains que vous ne compreniez pas bien, et par suite que vous trouviez subtile la distinction que j'ai établie entre l'affection parasitaire et la maladie parasitaire. Sans doute, il est difficile de poser des limites fixes, et quelquefois l'on ne saurait dire s'il y a maladie parasitaire ou simplement affection ; mais il n'en est pas moins vrai que la différence est grande entre l'une et l'autre, puisque la première est un état dont la seconde n'est qu'une manifestation. Je n'insiste pas davantage, cette question n'ayant qu'une médiocre importance à cause de l'ordre que j'adopterai dans cette étude; vous me comprendrez mieux à la fin de cette leçon.

Le parasite fixé sur la peau de l'homme joue le triple rôle de cause, de symptôme et de lésions.

1° Il joue le rôle de cause en déterminant des lésions physiques; en traçant son sillon, l'acarus soulève et détruit les couches superficielles de l'épiderme; l'achorion, dans le favus et dans les autres variétés de porrigo, dissorie, en se développant, les deux lamelles épidermiques entre lesquelles il est placé, et quand il existe depuis longtemps, il produit souvent des cicatrices indélébiles; d'autres fois, le même parasite se développe sous l'ongle, le soulève, le détruit lentement et finit par le perforer.

Outre ces lésions purement mécaniques, il provoque, à une certaine période de son existence, des éruptions cutanées diverses: herpès, eczéma, lichen, pityriasis, ecthyma, etc. Déjà, à ce moment, s'est développée dans l'organisme une aptitude sans laquelle ses éruptions ne sauraient se manifester. Ici, comme dans toute maladie, nous trouvons deux causes dont le concours est nécessaire, l'une externe, l'autre interne. C'est cette dernière que j'ai déjà désignée sous le nom d'aptitude, et que je vous prie de ne pas confondre avec la condition de terrain. La maladie peut être considérée comme la résultante de ces deux forces interne et externe. Le parasite ne peut rien sans l'aptitude de l'organisme, et sans le parasite, cette aptitude demeure stérile. J'ai eu l'occasion d'observer un sujet dont la peau des mains était couverte de sillons et d'acarus, sans qu'on pût trouver la moindre trace de la plus légère éruption: évidemment, dans ce cas, il y avait défaut d'aptitude, et le sujet n'avait pas la gale. Cependant les conditions de terrain étaient très-favorables au développement des parasites, puisque ces derniers étaient extrêmement nombreux. Vous voyez, par cet exemple, que les conditions locales et l'aptitude sont choses très-différentes.

2° Il est aussi symptôme. N'est ce pas, en effet, l'achorion qui constitue ces godets si remarquables dans le favus? N'est-ce pas également le trichophyton qui forme ces gaînes blanches qui entourent et masquent les poils cassés dans la teigne tonsurante? Et ne savez-vous pas tous que, dans la gale, ce petit point blanc, brillant, que l'on voit à l'extrémité d'un sillon, n'est autre chose que l'acarus?

3° J'ai dit, enfin, que le parasite jouait le rôle de lésion. Il joue ce rôle par son mélange avec les éléments cutanés qu'il a altérés, ou avec les produits morbides dont il a provoqué la formation.

J'attache une très-grande importance à ce triple rôle que joue le parasite dans les affections cutanées. Vous verrez, en effet, que ces idées sont loin d'être admises par tous les dermatologistes, et je désire vous faire bien comprendre en quoi ma doctrine est différente des autres. Dans un grand nombre de maladies, dans la fièvre typhoïde et dans le choléra, par exemple, on voit souvent se développer des parasites. Leur existence est incontestable, mais ils diffèrent essentiellement des parasites cutanés, que nous étudierons; ils ne jouent pas le triple rôle de cause, de symptôme et de lésion; ils n'ajoutent rien à la maladie dans laquelle ils se produisent, et leur développement a lieu sur des tissus altérés ou sur des produits de nouvelle formation. Ce ne sont donc que des parasites de la lésion morbide, qui ne méritent en aucune façon de fixer l'attention du médecin. Eh bien, beaucoup de dermatographes n'attachent pas plus d'importance à nos parasites cutanés, puisqu'ils les considèrent comme se développant sur des produits de sécrétion altérés ou comme se montrant sous l'influence d'un état morbide de l'organisme. Lisez dans le livre de M. Cazenave le mode de production du champignon favique, et, dans celui de M. Devergie, le chapitre qui traite de la gale, et vous verrez quel triste rôle joue le parasite. Pour M. Cazenave, le champignon (quand il existe) ne forme qu'une très-petite partie des croûtes faviques, lesquelles se composent, en presque totalité, de matière sébacée, et c'est toujours sur cette matière sébacée altérée que le parasite se développe; la vérité est, je crois vous l'avoir déjà dit, que ces croûtes jaunes du favus sont exclusivement constituées par ce végétal parasite, auquel les naturalistes donnent le nom d'achorion. Quant à M. Devergie, il fait un peu plus d'honneur au parasite animal; l'acarus peut être engendré spontanément sous l'influence d'un état morbide de l'organisme, par suite d'une altération particulière des humeurs; mais dès qu'il est créé, ce parasite joue un rôle actif et contribue au développement des diverses éruptions qui se manifestent dans la gale; en un mot, l'acarus, qui n'est d'abord qu'un effet de la maladie, est plus tard élevé à la dignité de cause.

Vous ne sauriez croire quelle funeste influence ces doctrines ont exercé sur la thérapeutique des affections cutanées parasitaires. Et, pour ne citer qu'un exemple, pourquoi, en 1848, se bornait-on encore aux frictions partielles dans le traitement de la gale, lorsque depuis longtemps déjà Helmerich et Burdin, son élève, avaient montré l'efficacité de la friction générale? C'est qu'en considérant l'acarus comme un produit de la maladie, on ne pouvait donner qu'une mauvaise explication de la supériorité des frictions générales; la destruction de l'acarus n'était rien moins qu'importante, il fallait avant tout corriger les humeurs, comme le dit expressément Burdin, et pour cela il suffisait de faire absorber par la peau 4 onces de pommade; la friction générale n'était préférable qu'en permettant l'absorption de la quantité voulue de pommade. On put donc croire, après Burdin, que plusieurs frictions partielles équivalaient à une friction générale, et cette dernière fut négligée.

Déjà vous avez vu que ma doctrine sur le rôle des parasites cutanés n'était pas généralement adoptée; vous le comprendrez mieux encore par les considérations historiques générales dans lesquelles nous allons maintenant entrer.

HISTORIQUE. — Les animaux parasites ont été connus bien plus tôt que les végétaux parasites. La connaissance du pou et de la puce remonte sans doute à l'antiquité la plus reculée; celle de l'acarus est d'une date moins ancienne, Avenzoar est le premier auteur qui en fasse mention.

Quant aux végétaux parasites, leur découverte est toute récente; il y a à peine 25 à 30 ans que Schenleiz, le premier, a décrit, sous le nom d'oïdium, le végétal parasite de la teigne faveuse, aujourd'hui connu sous le nom d'achorion Schenleini. Depuis cette époque, on a observé et décrit les champignons des autres variétés de teignes, et à ces intéressantes découvertes se rattachent les noms des micrographes les plus distingués, parmi lesquels nous devons surtout citer: MM. Remach, Bennets, Fuscs, Lébert, Gruby et Ch. Robin.

Mais ne croyez pas que la connaissance des affections et des maladies parasitaires ait accompagné ou suivi de près la découverte des parasites. Turner, qui écrivait dans le siècle dernier, fait dans son ouvrage un groupe des différents parasites, et, dans ce groupe, on trouve l'histoire de l'acarus à côté de celle du pou et de la puce; puis, dans un autre chapitre, le même auteur traite de la gale, qu'il considère comme une maladie des humeurs; le parasite n'est, vous le voyez, qu'un simple produit de la maladie.

Quant aux champignons, connus depuis plus de vingt années, leur histoire est aujourd'hui à peine achevée.

Comme dans toutes les découvertes en médecine, on n'est arrivé que pas à pas à la vérité, en marchant toujours du simple au composé. D'abord ce sont les symptômes qui frappent, aussi le prurit et l'erythème produits par le parasite sont-ils la première chose mentionnée par les auteurs. Plus tard, on arrive aux affections, et depuis Mercuriali jusqu'à Willan, on trouve des descriptions exactes et de plus en plus complètes des affections cutanées que les parasites déterminent. Enfin, pour arriver à la connaissance de la maladie parasitaire, il fallait apprécier les rapports des diverses affections entre elles, grouper ces affections, travail évidemment sérieux et plus difficile, d'autant plus, que les manifestations, se rattachant à un même parasite, étaient plus nombreuses; c'est ainsi que les maladies les plus simples sont très-bien connues depuis très-longtemps (teignes achromateuse et décalvante, désignées sous le nom commun de pelade), tandis que les plus compliquées (gale et surtout teigne tonsurante) sont aujourd'hui encore méconnues dans leur unité par le plus grand nombre des médecins.

Dans les traités spéciaux de dermatologie, les animaux parasites occupent une place; mais on y trouve plutôt des groupes de parasites que des affections cutanées parasitaires, Turner nous en a déjà fourni un remarquable exemple. Dans ce même ouvrage, il n'est pas question des végétaux, ou s'ils sont mentionnés, ce n'est qu'à l'état d'hypothèse; je vous ai déjà dit combien peu d'importance certains auteurs leur accordaient. Peut-être quelques esprits rêveurs sont-ils aujourd'hui disposés à voir des champignons dans toutes les affections, dignes émules de Raspail qui, vous le savez, admet de toutes les maladies des animaux parasites auxquels il fait jouer un très-grand rôle. Tenez-vous toujours dans une grande défiance en présence de doctrines entachées d'une si évidente exagération; mais n'allez pas non plus, avec M. Cazenave, vous jeter dans un excès contraire, et, par une crainte exagérée du morbidisme végétal, nier jusqu'à l'existence des végétaux parasites. Vous êtes entre deux écueils qu'il faut savoir également éviter.

Parmi les médecins de l'hôpital Saint-Louis, M. Hardy est le premier après nous qui ait admis l'existence des végétaux parasites; vient ensuite M. Gibert, et enfin M. Devergie, qui, dans la seconde édition de son ouvrage tout récemment paru, reconnaît aux champignons une existence incontestable; et, bien que dans cet ouvrage le végétal parasite (mydyderme) n'occupe pas sa vraie place, on doit assurément quelques éloges à notre honorable collègue pour avoir donné le premier signal en faisant prendre rang dans la science à nos parasites des teignes. Maintenant, pourquoi ne le dirai-je pas, ce livre renferme une multitude d'erreurs : erreurs de dates et de faits, erreurs d'appréciations et d'interprétations, erreurs de doctrines. . . . . Et je n'en finirais pas si je voulais les signaler toutes. Ces erreurs innombrables ont été ou seront très-prochainement relevées. Qu'il me soit cependant permis de répondre à une injuste accusation de M. Devergie. « Vous avez, me dit-il, tout renversé, vous n'avez rien édifié.... Vous professez un profond mépris pour les noms séculaires..... » J'avoue que je croyais avoir apporté un peu d'ordre et de clarté dans l'étude des affections parasitaires; je croyais aussi avoir, plus que tout autre, respecté la tradition en conservant des vieux mots tombés en désuétude, tels que ceux de teigne, de pelade. Et si ces mots n'ont plus dans ma bouche leur ancienne signification, faut-il m'en faire un reproche? Ne devais-je pas, en les conservant, les mettre en harmonie avec les progrès de la science? Je n'ai donc pas bouleversé la science, mais bien plutôt et seulement celle de M. Devergie. Pour vous en convaincre, comparez les deux éditions de son ouvrage, c'est en vain que vous chercherez dans la première le groupe des maladies à champignons.

On peut, dans l'étude des parasites, se placer à plusieurs points de vue, et suivre l'ordre nosographique, l'ordre séméiotique ou l'ordre étiologique; c'est cette dernière marche que nous suivrons.

(*La suite à un prochain numéro.*)

De l'exfoliation pathologique de la membrane muqueuse de la cavité utérine,

Par le Dr Raciborski,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

(Suite. Voir les nos 81 et 82.)

L'idée d'attribuer l'exfoliation de la membrane interne de l'utérus à la *dysménorrhée* et en faire le caractère anatomique d'une de ses variétés, est une idée qui ne supporte pas l'examen. Sans doute, il y a des femmes qui souffrent habituellement beaucoup au moment des règles, et chez qui le sang offre une tendance exceptionnelle à se coaguler et à former quelquefois des concrétions d'apparence membraneuse, surtout quand une portion de couche épithéliale vient se mêler au sang et augmente sa consistance. Les faits de ce genre ont pu facilement être confondus, par des observateurs peu attentifs, avec d'autres faits plus rares où les malades rendent à la suite de douleurs, la muqueuse utérine elle-même. Depuis que le microscope nous a fait connaître la structure particulière de cette membrane, nous avons le droit d'être plus sévère et n'admettre de dysménorrhée avec son exfoliation, qu'autant que sa présence serait démontrée dans le produit expulsé, ce qui n'est pas encore prouvé. D'un autre côté, il ne faut pas perdre de vue, qu'à ce mot *dysménorrhée* se rattache implicitement l'idée de la répétition, pour ainsi dire, des souffrances cataméniales, et que ce serait lui faire perdre sa véritable signification que de l'appliquer à chaque métrorrhagie plus ou moins douloureuse, surtout après une suppression plus ou moins longue des règles. Il pourrait alors arriver plus d'une fois, que des femmes, qui auraient fait tout bonnement une fausse couche, seraient considérées comme des malades affectées de *dysménorrhée*. Nous craignons bien qu'il ne soit pas arrivé au docteur Simpson de commettre cette méprise lorsqu'il a admis une variété de dysménorrhée avec l'expulsion de la muqueuse utérine.

Mais nous nous apercevons, un peu trop tard peut-être, que nous avons commencé par où nous aurions dû probablement finir. L'opinion que nous venons d'avancer est tellement en opposition avec celle qui est généralement professée sur ce sujet, depuis les travaux du professeur Simpson, que nous ne saurions trop nous hâter de remonter à la source où nous l'avons puisée, en procédant immédiatement à l'analyse des observations particulières que nous avons rapportées plus haut.

Le fait principal qui domine dans toutes les observations précédentes, c'est que les femmes qui en sont l'objet avaient toutes eu déjà des rapports sexuels. Les femmes des observations II, IV, V, VI et VIII avaient eu même des enfants avant qu'on ait observé chez elles des exemples d'expulsion de la muqueuse utérine. Nous ignorons si la malade de l'observation VII avait eu des enfants ou fait des fausses couches avant l'accident dont il y est question. Mais Chaussier ne manque pas, toutefois, de nous apprendre que c'était une femme d'un tempérament ardent, qui venait de faire, surtout en dernier lieu, quelques abus érotiques suivis de la suppression des règles. La malade de l'observation III est la seule sur laquelle il nous manque des renseignements précis à cet égard; M. le docteur Follin n'a fait qu'examiner le corps rendu par la malade; son médecin, M. le docteur Lebled, questionné par nous là-dessus, n'a pu se rappeler de rien. Dans l'observation, on se contente de dire que la pièce anatomique appartenait à une jeune fille d'une vingtaine d'années, ce qui ne nous donne pas de garantie suffisante sur sa virginité.

Nous savons très-bien que les auteurs, en parlant des concrétions dysménorrhéiques, avaient bien dit en avoir remarquées quelquefois chez des filles vierges. Mais ce serait vouloir laisser cette question indéfiniment sans solution que de tenir compte de tout ce qu'on a pu en dire d'après des souvenirs plus ou moins vagues, ou d'après une observation plus ou moins superficielle. Nous ne voulons nous occuper ici que de l'expulsion des corps constitués par la membrane interne de l'utérus exfoliée. Toute observation où la présence de cette membrane n'aurait pas été *démontrée,* doit être, par conséquent, laissée de côté. Or, c'est un fait déjà assez significatif que, sur sept femmes chez qui cet accident a été parfaitement caractérisé, il n'y en ait pas eu une seule chez qui on aurait constaté la virginité, tandis que les six chez qui on avait pris des notes sur l'état des organes génitaux, avaient toutes eu déjà des rapports sexuels. Cette seule circonstance semble déjà autoriser à admettre une certaine corrélation entre l'expulsion des corps constitués par la muqueuse utérine exfoliée et les rapports sexuels.

Une autre particularité non moins importante qui frappe l'esprit dans l'examen des observations précédentes, c'est que : lorsqu'on a eu soin de marquer la date des dernières règles et celle correspondant à l'expulsion de la muqueuse utérine, on trouve ces deux époques généralement séparées par un certain intervalle pendant lequel les règles étaient supprimées. Cet intervalle a eu quarante jours de durée dans l'observation II, deux

mois dans l'observation V, deux mois chez la malade de Morgagni, deux mois également chez la malade de Chaussier, et environ six semaines chez la malade de MM. Dutard et Laboulbène.

Cette remarque n'est pas sans importance, surtout après ce que nous venons de dire de la corrélation qui semble exister entre les rapports sexuels et l'expulsion consécutive des corps formés par la muqueuse utérine. A son tour, elle pourrait faire supposer que la suppression des règles était, chez toutes ces femmes, la conséquence naturelle de la fécondation, qui aurait été ignorée ou dissimulée. Cette présomption devait être d'autant plus forte dans l'espèce, que les malades dont il est question avaient été toutes régulièrement menstruées et qu'il y en avait même chez qui les règles étaient ordinairement très-abondantes avant qu'on eût remarqué l'aménorrhée.

Enfin, la dernière considération, et ce n'est pas la moins importante, que suggère l'examen des observations précédentes, c'est la plus grande ressemblance, comme nous l'avons déjà dit, entre les caractères anatomiques de la muqueuse utérine accidentellement expulsée, et ceux que cette membrane, devenue caduque, présente quelques jours après la fécondation, lorsqu'on la détache des parois de l'utérus. Dans les deux cas nous voyons la membrane interne subir les mêmes modifications, représenter un sac à face extérieure inégale, comme si elle était recouverte de filaments, tandis que sa face intérieure est lisse, humide et offre une quantité de petites ouvertures folliculaires qui lui donnent un aspect troué. Dans l'un comme dans l'autre cas, nous voyons le tissu du sac se prolonger dans les conduits de Fallope, tandis qu'il est coupé circulairement au niveau du col.

D'un autre côté, en ouvrant le sac formé par la caduque physiologique, quelques jours après la fécondation, on ne trouve le plus souvent rien dans sa cavité. L'ovule, comme nous l'avons dit dans la première partie de ce travail, reste alors le plus souvent renfermé dans l'épaisseur des parois de la caduque, et pour le découvrir, ce qui n'est pas toujours facile, il faut enlever avec le scalpel la couche la plus superficielle qui le sépare de la cavité utérine (1). Souvent alors il suffit de ne pas tomber juste sur la cellule, pour ne rien rencontrer et pour croire même peut-être qu'il n'y avait rien du tout.

Cette particularité de l'embryologie humaine peut expliquer pourquoi, la plupart du temps, on ne trouve rien non plus dans la cavité des sacs membraneux, que, depuis les travaux du docteur Simpson, tous les médecins instruits considèrent comme étant formés par la muqueuse utérine expulsée. Si on avait songé à la possibilité du fait qui s'est transformé chez nous en conviction, si on avait supposé que ces produits réputés morbides pouvaient constituer des caractères anatomiques des avortements effectués dans les premiers jours après la fécondation, il est bien certain qu'on n'aurait pas manqué de pousser plus loin l'investigation et qu'on aurait poursuivi l'examen jusque dans l'épaisseur des parois du sac. C'est une tâche qui reste encore à remplir ; espérons qu'elle ne restera pas toujours stérile.

Mais une autre fois, au lieu d'être caché dans l'épaisseur de la membrane interne, l'ovule apparaît, après quelques jours de conception, comme un tout petit grain arrondi attaché par quelques filaments plus ou moins déliés à un point quelconque de la surface de la caduque, comme cela a eu lieu, par exemple, chez cette femme dont parle Évrard Home, qui s'était empoisonnée le huitième jour après un coït fécondant. Lorsque les choses se sont passées ainsi et que la caduque sort ensuite expulsée par suite de l'avortement, on ne doit pas s'étonner si l'on trouve sa cavité vide. Le petit ovule n'a-t-il pas eu, en effet, maintes occasions de se mêler au sang de l'hémorrhagie qui précède et accompagne l'expulsion du sac, et de se perdre ainsi

(1) On peut voir une figure représentant cette curieuse disposition de l'ovule dans le magnifique *Atlas* de M. le professeur Coste, et une autre analogue dans l'*Atlas* de Breschet, in *Études sur l'œuf*, etc.

plus ou moins longtemps avant le moment où l'on a procédé à l'examen de la pièce anatomique ? Quoi qu'il en soit, comme pour nous donner l'occasion de nous éclairer là-dessus, la nature semble, dans quelques cas rares, avoir ménagé l'ovule pour qu'il vienne par sa présence attester son origine. L'observation VIII, que nous avons empruntée au travail de MM. Dutard et Laboulbène, semble présenter un exemple de ce genre. Il y avait là, au fond de la cavité de la muqueuse utérine exfoliée, tout *près d'une ouverture tubaire*, un *petit corps pédiculé* qui pourrait bien n'avoir été autre chose que l'ovule.

Non satisfait d'avoir déjà trouvé tant d'arguments en faveur de l'analogie entre la membrane interne de l'utérus expulsée et la caduque au début de la grossesse, nous avons eu l'idée de recourir encore à un autre ordre de faits ; nous avons cherché à comparer approximativement la profondeur de la cavité utérine pendant les deux premières semaines de la gestation, avec la profondeur de la caduque expulsée accidentellement de la matrice.

Nous avons mesuré d'abord la profondeur des cavités du corps et du col sur une vingtaine d'utérus sains, ce qui nous a donné pour moyenne de la profondeur totale, 57 millimètres ; pour la profondeur de la cavité du corps, 32 millimètres ; et pour celle du col, 25 millimètres. C'était le point de départ pour nos calcules ultérieurs.

Le 4 mars dernier, nous avons été mandé auprès d'une de nos clientes qui perdait beaucoup de sang depuis deux jours, et chez qui tout annonçait une fausse couche imminente. Cette dame avait eu ses dernières règles à la fin de décembre. Le 6 janvier, elle a eu des rapports avec son mari, et ce n'est, d'après elle, que cette fois-là qu'elle ait pu devenir enceinte.

Plusieurs gros caillots de sang s'étaient déjà échappés de la matrice avant notre arrivée. Dans le but d'éclairer le diagnostic, nous avons pratiqué le cathétérisme utérin, lequel, dans l'état où se trouvait la malade, ne pouvait pas compromettre davantage le sort de la grossesse présumée. Cette opération, pratiquée avec beaucoup de douceur et de précaution, nous a donné 130 millimètres pour la profondeur totale de la matrice (1). Ce chiffre une fois connu, nous l'avons mis à profit pour trouver la profondeur de la cavité de la matrice à deux mois de grossesse, à l'aide de la proportion suivante :

$$57 : 130 = 25 : x$$ ou la profondeur du col.

La valeur de x ou 57, diminuée sur la profondeur totale ou 130, donnait pour la profondeur de la cavité du corps à deux mois de grossesse, 73 millimètres.

Sans prétendre que ce chiffre doive rester invariable chez toutes les femmes, nous pouvons néanmoins le considérer comme très-approximatif, à n'en juger que par le fait suivant :

M. Cazeaux eut l'occasion d'assister une fois à l'expulsion d'un œuf sorti tout entier avec ses enveloppes. C'était à la suite d'un avortement survenu à deux mois de grossesse, après les fatigues d'un bal. Cette pièce fort curieuse fut donnée à M. le professeur Coste, qui en fit faire de suite un dessein de grandeur naturelle pour son *Atlas*. La conformité dans les dates de la grossesse chez cette malade et la nôtre dont nous avons parlé tout à l'heure, nous suggéra l'idée de mesurer le dessin de

(1) On a exagéré à notre avis, dans ces derniers temps, l'importance du cathétérisme utérin, surtout comme moyen thérapeutique ; quoi qu'il en soit, c'est un excellent moyen capable de rendre de véritables services dans certains cas, lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic. Le fait dont il est ici question peut servir d'exemple. Il était important de savoir quelle pouvait être la cause réelle de la métrorrhagie chez notre malade, et le cathétérisme n'a pas manqué de fournir les lumières que nous avons désirées. L'instrument dont nous nous servons habituellement pour cela est fort simple : c'est une tige étroite en baleine, légèrement recourbée vers son extrémité utérine, laquelle se termine par un petit bouton formé de quelques brins de coton cardé que nous avons soin d'y attacher solidement avec quelques tours de fil. Cet instrument n'a pas l'inconvénient des instruments en métal qu'on manie difficilement à cause de leur roideur et qui sont toujours disposés à blesser des parties délicates qu'il est important de ménager.

M. Coste. Nous avons trouvé 70 millimètres de hauteur. Ce chiffre ne diffère, comme on voit, que de 3 millimètres de celui que nous avons obtenu chez notre malade par le cathétérisme ; on peut donc le considérer réellement comme donnant très-approximativement la mesure de la profondeur de la cavité utérine à deux mois de grossesse.

Ainsi, la cavité utérine augmenterait de profondeur, dans l'espace des deux premiers mois de grossesse, de 38 à 41 millimètres, ce qui donnerait environ 52 millimètres pour le premier mois.

Hunter donne, dans son bel *Atlas*, une figure de grandeur naturelle représentant le sac de la caduque non ouvert, à trois semaines de grossesse. En la mesurant, nous avons trouvé 55 millimètres de hauteur.

Breschet donne également, dans son *Atlas*, une figure de grandeur naturelle appartenant à une grossesse fort peu avancée, puisque l'ovule s'y trouve encore renfermé dans l'épaisseur de la caduque non ouverte, dont on a enlevé seulement la couche externe pour le laisser apercevoir. Cette pièce, mesurée, a donné 50 millimètres de hauteur ou de profondeur.

Si nous passons aux mesures de la longueur des caduques expulsées accidentellement de la matrice, nous verrons précisément qu'elle se maintient généralement entre 40 et 60 millimètres, c'est-à-dire que la profondeur de leur cavité est toujours bien au-dessous du chiffre qui la représente à deux mois de grossesse. Dans la pièce décrite par M. Lebert, cette profondeur n'avait atteint que 40 millimètres ; dans l'observation de M. Follin, 60 ; dans les nôtres, de 50 à 60 ; dans une des deux pièces représentées dans l'*Atlas* de M. Coste, 55, et dans l'autre, exceptionnellement grande, 65 millimètres (1).

AINSI, L'ASPECT, LA FORME, LE VOLUME DES PRODUITS CONSIDÉRÉS DEPUIS LES TRAVAUX DU PROFESSEUR SIMPSON COMME EXEMPLES D'EXFOLIATION PATHOLOGIQUE DE LA MUQUEUSE UTÉRINE, DE MÊME QUE LES CIRCONSTANCES QUI PRÉCÈDENT LEUR EXPULSION ; TOUT AUTORISE A CONCLURE QUE CE SONT TOUT BONNEMENT DES PRODUITS PHYSIOLOGIQUES DE LA GROSSESSE QUELQUES JOURS APRÈS LA FÉCONDATION, EXPULSÉS PLUS OU MOINS LONGTEMPS APRÈS, PAR SUITE DE L'AVORTEMENT.

On chercherait en vain dans les auteurs des caractères anatomiques des avortements dans les premiers jours après la fécondation. Sœmmering, qui a publié des tables représentant des embryons à différentes époques de la grossesse, se contente de dire qu'on doit avoir rarement l'occasion d'observer des embryons bien conservés dans les avortements du premier mois (2).

Les médecins légistes ne nous en apprennent pas davantage à cet égard. Marc ne craint pas d'avancer que l'avortement ne peut pas être constaté avant le quarante-cinquième jour de la conception (3). D'après M. Devergie, il est rare que l'on puisse diagnostiquer l'avortement et par conséquent constater le crime, avant les deux premiers mois de la grossesse (4).

Comme il est facile de voir, tous les auteurs que nous venons de citer ne se sont préoccupés que de l'*embryon* lui-même. C'est un embryon d'un peu plus d'une ligne de Paris, *vix lineam parissianam superat*, qui constitue le premier degré d'évolution embryonnaire dans les tables de Sœmmering, et correspond à un mois environ de grossesse. D'un autre côté, les médecins légistes, se fondant sur cette circonstance qu'il arrive rarement qu'une pensée criminelle de l'avortement vienne dans l'esprit, avant que les femmes aient, sinon la certitude, du moins une forte probabilité de leur position, crurent ne plus devoir attacher une grande importance aux caractères anatomiques de l'avortement avant l'époque où l'embryon se laisse voir distinctement (1). Quoi qu'il en soit, le cadre de l'histoire de l'évolution embryonnaire s'étant trouvé considérablement agrandi depuis les travaux du savant professeur Coste, surtout en ce qui regarde les premiers degrés de son développement, il est impossible que l'histoire anatomo-pathologique des avortements reste toujours au même point et n'étende ses investigations jusqu'aux jours les plus rapprochés de la conception.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) *Histoire générale du développement*, etc., t. I, 3e fascicule.

(2) Icones embryonum humanorum.

(3) *Dict. des sciences méd.*, t. II, p. 483.

(4) *Médecine légale*, 1840, t. II, p. 16.

(1) Orfila est le seul des médecins légistes à notre connaissance qui, tout en attachant une grande importance à la présence de l'embryon, n'en fait pas un caractère exclusif de l'avortement. « Il résulte, dit ce célèbre médecin légiste, de ce que je viens d'établir, que si une femme que l'on supposerait avoir été fécondée, rendait par le vagin *une masse d'apparence charnue*, on reconnaîtrait que ce corps est le débris du produit de la conception s'il offrait une structure vasculaire, et une cavité centrale tapissée de membrane séreuse. » (*Méd. légale*, 1848, t. I, p. 249.)

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Trois cas d'atrophie musculaire,

Par M. Moussous,

Médecin de l'hôpital Saint-André de Bordeaux (2).

Obs. I. — M.... âgé de 26 ans, fabricant de bouchons, d'un tempérament lymphatique-sanguin, d'une constitution robuste, est né de parents vigoureux : son frère est d'une force athlétique : il ne se souvient pas que quelque membre de sa famille ait jamais été atteint de l'affection qui le retient aujourd'hui à l'hôpital, où il est entré le 8 janvier 1857. Il s'était toujours bien porté jusqu'en 1853, époque à laquelle il se foula un genou. Pendant que cet accident le retenait au lit, il fut pris d'une fièvre typhoïde qui offrit assez de gravité, puisqu'il ne put se lever qu'au bout de cinquante jours environ. Son genou étant toujours douloureux, il alla, de son propre mouvement, prendre les eaux de Dax, où il demeura dix-huit mois, sans ressentir grand soulagement ; puis il vint à Bordeaux pour y exercer sa profession.

Pendant sa fièvre typhoïde, il avait remarqué, sans s'en inquiéter davantage, qu'il maigrissait beaucoup, surtout des bras. Durant son séjour à Dax, l'amaigrissement suivit une marche croissante : les jambes s'émacièrent aussi, mais d'une manière moins notable que les membres supérieurs. Aussitôt arrivé à Bordeaux, il alla demander une consultation à la Société de Médecine, pour le genou dont il souffrait toujours. Après avoir porté principalement leur attention sur l'amaigrissement des membres, les médecins lui conseillèrent d'entrer à l'hôpital, ce qu'il fit le lendemain 8 janvier.

Le malade nous raconte qu'à cette époque, ses bras et ses jambes étaient bien plus émaciés qu'aujourd'hui. Or, voici quel est son état actuel (1er juin) : Les deux épaules sont très-amaigries, surtout l'épaule droite. Les muscles du cou dessinent leurs reliefs normaux, mais le deltoïde, le trapèze, les muscles des fosses sus et sous-épineuses se remarquent à peine ; le grand pectoral est aussi très-affaissé. Les parties les plus atrophiées sont les bras, surtout le droit, qui ne semble plus être constitué que par l'humérus recouvert de la peau ; cependant un courant électrique fait exécuter quelques mouvements à ce bras, et témoigne que les fibres musculaires ne sont pas entièrement détruites. Les avant bras offrent peu de maigreur, relativement du moins à celle des bras ; à la main droite, l'éminence thénar est affaissée ; néanmoins, les mouvements d'adduction et de flexion du pouce sont faciles ; l'état de la main gauche est normal, malgré l'atrophie considérable du bras correspondant. Mouvements d'extension de l'avant-bras très-incomplets, flexion beaucoup plus facile. Membres inférieurs atrophiés, moins que les supérieurs ; le gauche a le plus souffert, et les cuisses sont beaucoup plus atrophiées que les jambes.

Il n'y a jamais eu chez ce malade de troubles de l'intelligence, qui

(2) Observation rédigée par le docteur O. Labadie de Lalande.

est d'ailleurs très-développée, ni de lésions de la sensibilité. Respiration normale, fonctions digestives excellentes.

A son entrée à l'hôpital, on prescrivit des bains sulfureux et des frictions avec la teinture de noix vomique. Le malade est venu lui-même en aide à ces moyens, en s'efforçant autant que possible d'exercer ses membres par la marche, ce qu'il ne pouvait, du reste, faire qu'avec des béquilles. Sous l'influence de ces moyens, un mieux sensible n'a pas tardé à se manifester, et les muscles ont peu à peu dessiné quelques reliefs disparus depuis longtemps. M. Moussous, pour hâter la guérison, a voulu employer l'électricité, sans abondonner les bains sulfureux, qu'on a continué à donner tous les deux ou trois jours. L'amélioration est devenue encore plus sensible, et si nos yeux ne constataient pas les heureux résultats obtenus, la joie du malade ne nous permettrait pas de l'ignorer plus longtemps.

Nous avons rapporté cette observation avec détail, car elle nous paraît avoir pour objet cette maladie qu'on a décrite, dans ces dernières années, sous le nom d'*atrophie musculaire progressive;* quelques-uns ajoutent à cette dénomination : *avec transformation graisseuse;* mais, remarquons avec M. Duchenne (de Boulogne), que l'atrophie peut très-bien exister et progresser, sans que fatalement arrive la dégénérescence si bien décrite par M. Aran. Cette transformation de la fibre musculaire en tissu graisseux n'est donc pas, à proprement parler, une nécessité de l'atrophie progressive, mais une de ses phases probables et pouvant ne se manifester que longtemps après le premier degré de la maladie.

Ce qui donne, ce nous semble, de l'intérêt à cette observation, c'est l'heureux résultat obtenu par l'emploi des moyens excitants. Il ne serait pas juste de dire que l'électricité a tout fait ici, puisque le mieux s'est manifesté avant qu'on eût eu recours à elle; mais, pour lui donner tout ce qui lui revient, hâtons-nous de témoigner que la guérison a marché bien plus vite après son intervention, tellement vite même, qu'aujourd'hui notre malade peut parfaitement écrire.

Nous remarquerons que tous les muscles avaient conservé de la contractilité sous l'influence électrique, preuve évidente de leur existence, et d'autant plus nécessaire, que sans elle on ne peut espérer la guérison.

Les deux cas suivants peuvent se ranger dans la classe des atrophies que M. Duchenne (de Boulogne) désigne sous le nom d'*atrophies musculaires simples.*

Obs. II. — Pierre E...., journalier, âgé de 52 ans, tempérament lymphatique-sanguin, constitution bonne; maladies antérieures nulles, sauf quelques accès de fièvre intermittente qu'il a eus en Afrique, où il a servi pendant douze ans.

Depuis sept ou huit ans, cet homme est atteint d'une sciatique qui, peu intense à son début, est devenue de plus en plus douloureuse; l'acuité des douleurs s'est tellement accrue depuis deux ans, que le malade a renoncé à marcher. Il y a dix-huit mois, il s'est aperçu que la cuisse gauche, siége de la névralgie, a diminué de volume. Avec le temps, cette diminution est devenue de plus en plus évidente, au point que le membre souffrant offrait une circonférence plus petite d'un quart que celle du membre opposé : la jambe, quoique amaigrie aussi, ne présentait pas une émaciation comparable à celle de la cuisse. Les muscles atrophiés avaient tellement perdu leur énergie, que, dans l'intervalle des douleurs névralgiques, le malade pouvait difficilement se servir de son membre; la marche était devenue impossible.

Rien du côté des principales fonctions.

E.... se décide à entrer à l'hôpital le 1er avril 1857. On lui prescrit un bain sulfureux tous les deux jours, et on le soumet à l'électricité. Peu à peu les muscles reprennent leur volume, en même temps que le repos au lit fait cesser les douleurs; les mouvements deviennent plus libres. Après un mois et demi de traitement, le malade peut se lever et parcourir, soutenu par un simple bâton, la salle et les cours de l'hôpital.

Est-ce à l'électricité qu'il faut attribuer la guérison? Il nous est avis qu'il faut la rapporter plutôt à la cessation de la névralgie. Sous l'influence des douleurs, qu'arrivait-il, en effet? Notre malade laissait dans l'inaction la plus complète son membre qui maigrissait et maigrissait toujours.

Obs. III. — Une femme âgée de 24 ans, qui, malgré de longs séjours à l'hôpital, a une santé excellente, sauf un eczéma chronique des plus rebelles siégeant sur les deux bras, présente à la main droite une atrophie des muscles des régions thénar et hypothénar. La difficulté des mouvements de la main nous porte à croire que les muscles inter-osseux participent de la maladie. La flexion et l'adduction du pouce sont impossibles. Le système musculaire des autres parties du corps est parfaitement intact. Après de nombreuses questions, nous ne savions qu'une chose, c'est que l'atrophie datait de dix ans. Était-ce une atrophie progressive? Dans ce cas, la progression était lente. Nous apprenons pourtant que sur la paume de la main la malade avait eu pendant nombre d'années, des crevasses très-profondes et très-douloureuses. Pour éviter ces souffrances, elle se gardait bien de mouvoir la main, d'où repos forcé pendant lontemps : ce qui nous semble bien suffisant pour expliquer l'atrophie. Rien n'a été essayé contre cet inconvénient, qui n'a pas grande importance pour celle qui en est affligée, et chez laquelle l'habitude de se servir de la main opposée permet de suppléer facilement à ce que l'autre a perdu. Nous nous proposons, avec l'assentiment du médecin traitant, d'employer l'électricité, et nous dirons quel résultat sera obtenu.

Cette observation est intéressante à ce point de vue que l'atrophie ayant commencé par la main, c'est-à-dire par où commence en général l'atrophie musculaire progressive, on pouvait facilement s'en laisser imposer à l'égard du diagnostic, surtout si la maladie avait été étudiée à une époque plus rapprochée de son début. Des renseignements arrachés à grand'peine nous ont appris quelle en était la cause. Cette cause pouvait très bien nous échapper, et nous restions ainsi dans l'erreur ou du moins dans le doute. (*Union méd. de la Gironde.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discussion sur l'anesthésie.

DISCOURS DE M. ROBERT

(Séance du 30 juin.)

M. Robert. Lorsque M. Devergie lut à l'Académie la note qui a été le point de départ de cette discussion, j'entendis plusieurs de nos collègues regretter que cette communication eût été faite. Je ne partage pas cette opinion; selon moi, la question de la responsabilité est inscrite dans les lois; bien plus, elle est inscrite dans la conscience, et puisqu'elle a été soulevée à cette tribune et à propos des anesthésiques, il ne faut pas l'éluder. Il vaut mieux, de toute façon, l'examiner avec calme, afin de dissiper les inquiétudes du corps médical et poser les limites dans lesquelles elle doit être renfermée.

La responsabilité des médecins et des chirurgiens était plus gravement engagée il y a quelques années qu'à présent. L'Académie avait admis, en 1849, ainsi qu'en fait foi le *Bulletin*, que le danger des inhalations anesthésiques résultait de leur action trop prolongée; et M. Sédillot, en 1851 (*Nouvelles considérations sur le chloroforme*, Strasbourg), avait dit que les vapeurs de chloroforme n'étaient dangereuses que si la substance employée était impure ou mal administrée.

La conséquence de ces doctrines était, évidemment, de faire peser sur les opérateurs la responsabilité des malheurs arrivés.

Mais depuis le cas de mort relaté par M. Gorré, de Boulogne, et qui fut le point de départ de la première discussion académique sur ce sujet, plusieurs autres cas de mort furent enregistrés, qui mirent hors de doute que le chloroforme pouvait causer la mort, même quand il était pur et administré par les mains les plus habiles. Que sera-ce, dira-t-on, quand il est manié par des personnes inhabiles ou inexpérimentées, et n'y a-t-il pas là une menace permanente d'être frappé par l'art. 315 du Code pénal? Il est donc urgent d'examiner s'il y a des règles précises pour administrer le chloroforme, car, s'il y en a, on serait coupable de les négliger.

De nombreuses expériences faites sur les animaux nous ont montré qu'entre les premiers phénomènes de l'anesthésie et ceux qui peuvent plus tard déterminer la mort, il existe une période moyenne, caractérisée par l'abolition de la sensibilité et des mouvements volontaires, sans que les fonctions de la vie organique soient intéressées. C'est cette période que l'on cherche à obtenir pour la pratique des opérations un peu importantes. Mais quel que soit le degré d'anesthésie que l'on cherche à obtenir, il est un précepte, une règle dont on ne doit jamais se départir, c'est d'avoir soin que les vapeurs anesthésiques soient mélangées avec de l'air en quantité assez considérable.

M. Snow, en Angleterre, a vu que les animaux placés dans un vase contenant 3 ou 4 pour o/o de vapeurs de chloroforme cessent de respirer au bout de dix à quinze minutes, et qu'ils peuvent être rappelés à la vie, si on les remet à l'air libre; mais ils succombent lorsqu'ils ont été plongés dans un vase contenant plus de 8 pour o/o de ces vapeurs. — J'ai répété ces expériences de la manière suivante : j'ai placé un passereau dans un bocal de la capacité de deux litres, et faisant, dans ce bocal vaporisé, deux gouttes de chloroforme, j'ai vu survenir au bout d'une minute, chez le passereau, cet état qu'on a nommé *tolérance anesthésique;* mis à l'air libre, il est revenu à lui.—Le même passereau, placé pendant une minute et demie, dans ce bocal contenant cinq gouttes de chloroforme, a été foudroyé. — Mais il ne serait pas légitime de conclure des expériences faites sur les animaux à l'homme. Ici, les conditions sont différentes et les inhalations se font presque toujours à l'air libre; en outre, les individus ne respirent pas de même; les uns font, de prime abord, des inspirations larges et profondes; les autres ne procèdent qu'avec crainte, retiennent leur respiration.

Il faut procéder par tâtonnements, commencer par des quantités très-faibles et incapables de nuire, quelle que soit la sensibilité de l'organisme; puis augmenter peu à peu la proportion des vapeurs, en même temps que l'on surveille les effets produits, seul *criterium* qui puisse nous donner la mesure des quantités qu'il est permis d'atteindre.

Mais d'abord, quelles conditions doivent remplir les appareils destinés à l'inhalation des vapeurs du chloroforme? Elles sont au nombre de quatre :

1° Les appareils doivent être disposés de manière à laisser à l'air un passage large et constamment facile;

2° L'air doit être sans cesse renouvelé, c'est-à-dire que chaque portion d'air respirée doit être immédiatement rejetée en dehors;

3° L'opérateur doit pouvoir, à son gré et suivants les effets produits, graduer la concentration des vapeurs anesthésiques;

4° Enfin, l'inhalation doit être pratiquée à la fois par les narines et par la bouche.

Je reconnais, avec nos honorables collègues, que les compresses ou ou les éponges peuvent être employées avec avantage pour la pratique de l'anesthésie; mais ces corps, qui sont extrêmement poreux, présentent sous un petit volume une surface très-étendue, et permettent l'évaporation du chloroforme avec une extrême rapidité. Il résulte de là, qu'à un moment donné, l'air qui s'en dégage doit être chargé de vapeurs stupéfiantes dans de fortes proportions; et si le malade fait alors des inspirations rapides et profondes, n'y a-t-il pas lieu de redouter les plus graves accidents? — Je dirai même, en passant, que j'ai été très-étonné d'entendre M. Larrey appeler les appareils mécaniques, des appareils de concentration; ils sont, comparativement aux éponges, des appareils de dosage, et s'opposent à la concentration.

Ce sont ces raisons qui m'ont déterminé à renoncer à l'emploi de ces moyens et à me servir d'un appareil; il existe plusieurs de ces instruments : ceux de M. Snow, de M. Charrière, et celui que M. Duroy désigne sous le nom d'anesthésimètre [M. Robert montre et décrit successivement ces trois appareils]. Celui que je préfère est l'appareil de M. Charrière.

Mais la question du choix des appareils n'a pas l'importance que la discussion actuelle semble lui donner. M. Devergie, en se préoccupant de l'asphyxie par défaut d'air comme d'une cause possible de mort dans le cours des inhalations, a commis une erreur manifeste. Tous les médecins savent qu'avant tout ils ne doivent pas étouffer leurs malades; et je ne sache pas qu'il existe dans la science un seul cas avéré où la mort ait eu lieu par le mécanisme qu'il admet.

La question de responsabilité, en ce qui touche le chloroforme, est une question très-complexe. Elle peut être soulevée dans la plupart des conditions très-diverses au milieu desquelles se pratique l'éthérisation. Ainsi, pour ne parler d'abord que des degrés auxquels on peut être obligé de pousser l'anesthésie, ces degrés varient suivant la nature des opérations qu'il s'agit de pratiquer. Est-ce une simple ouverture d'abcès, le débridement d'un panaris, une petite amputation, il suffit en général d'éteindre à peine ou seulement d'émousser la sensibilité. Mais faut-il amputer un membre, découvrir une artère, isoler une tumeur placée dans le voisinage d'organes importants, il faut abolir complétement la sensibilité, sous peine de voir le malade se livrer à des mouvements violents que sa volonté ne peut plus maîtriser. Certains actes chirurgicaux ne peuvent s'accomplir sans qu'on se soit débarrassé à la fois et de la sensibilité et de la contractilité musculaires. On sait que les luxations, certaines fractures du bras, regardées comme si graves par Boyer, les hernies, etc., peuvent être maintenant aisément réduites chez les sujets anesthésiés; mais c'est à la condition de pousser très-loin l'anesthésie. (Une hernie non réduite par l'éthérisation doit être opérée sur-le-champ, car elle ne sera réduite par aucun autre moyen.) Or, c'est une circonstance sérieuse que de pousser si loin l'insensibilité, mais le chirurgien subit cette obligation et ne la crée pas; il ne doit donc pas encourir de responsabilité à ce sujet.

Certaines altérations organiques ou dynamiques du cœur sont de nature à influer gravement sur les résultats de l'éthérisation. Mais comment les reconnaître d'une manière certaine? Comment diagnostiquer sûrement un amincissement des parois du cœur, ou cet état graisseux dont la dernière victime de l'anesthésie a offert un exemple? L'anémie, la faiblesse, l'épuisement, suites de maladies longues, les hémorrhagies, la dépression vitale qui se produit sous l'influence des préoccupations, de la terreur causée par l'opération, sont encore des conditions défavorables au même titre. Le médecin à qui, dans de semblables circonstances, il arriverait un malheur, pourrait-il être compromis sérieusement aux yeux de la loi?

A quelles doses doit-on employer le chloroforme? Rien de plus variable : trois gouttes suffisent chez certains individus; chez d'autres, les ivrognes, par exemple, il faut employer des doses considérables....

Toutes ces conditions variées de l'organisme doivent assurément être prises en sérieuse considération quand on veut étudier le mode d'action du chloroforme et apprécier la responsabilité qui peut incomber au médecin, en cas de malheur.

Cependant, ce n'est point, en général, de ce côté que se trouvent les plus graves écueils de l'anesthésie; c'est dans la marche même des phénomènes qu'il faut les chercher, dans leur irrégularité et dans les accidents qui peuvent en entraver le cours. Il est bon d'insister sur ce point important. On aurait une idée fort inexacte de la marche des phénomènes de l'éthérisation si l'on se bornait à l'observer chez les animaux.

L'action du chloroforme est là, toujours régulière. Avec l'appareil Charrière, qu'on s'y prenne comme on voudra, il faudra quarante minutes pour les faire expirer. En employant une vessie, ils sont sidérés en cinq ou six minutes.

Chez l'homme, cette action est variable, tantôt il se produit de l'agitation avec injection de la face; il y a congestion de l'encéphale, tantôt le resserrement des mâchoires, le spasme de la glotte, amènent la suspension de la respiration, le malade devient bleu; il y aurait asphyxie. D'autres fois, les inhalations provoquent une abondante salivation et la sécrétion de la muqueuse bronchique, la respiration devient stertoreuse, puis, la muqueuse devenant insensible, le besoin d'expectorer ne se fait plus sentir, et l'asphyxie est imminente. Tous ces phénomènes sont faciles à reconnaître, et l'indication est la même; il faut suspendre les inhalations.

Une cause d'asphyxie très-commune est la suivante : lorsque l'anesthésie est profonde, les muscles de la langue étant paralysés, la base de cet organe se porte en arrière en obéissant aux lois de la

pesanteur ; elle refoule l'épiglotte, et peut ainsi fermer l'ouverture supérieure du larynx. Cet accident a été surtout signalé par M. Desprès, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, qui l'a fréquemment observé chez les vieillards.

Chez quelques malades, le chloroforme exerce une action hyposthénisante très-marquée pendant toute la durée des inhalations. La période d'excitation est nulle ou presque nulle. Ces cas réclament la réserve et la vigilance du chirurgien, car c'est alors que les mouvements respiratoires pourraient s'éteindre, si on n'était prêt à les ranimer.

Ces faits sont connus des praticiens, et leur attention se porte immédiatement de ce côté, pour donner aux malades les soins que réclament leur état. Cependant, dans quelques cas rares, d'ailleurs, on a vu tout d'un coup, après quelques inspirations normales, se produire une sidération complète. Tels sont les faits de MM. Gorré, de Boulogne, Barrier, de Lyon, Conféyron, de Langres.

Parmi les grandes fonctions organiques qui constituent le trépied de la vie, il est souvent impossible de dire quelle est celle qui s'est éteinte la première. Cependant, d'après l'analyse d'un assez grand nombre de faits, dont les détails ne laissent rien à désirer, on peut affirmer que le plus souvent c'est l'action du cœur.

Dans ces cas de sidération, le mécanisme de la mort ayant été variable, les lésions cadavériques ne le sont pas moins ; et il importe de remarquer que, dans plusieurs d'entre eux, on en a trouvé qui appartiennent à l'asphyxie. Sans doute, ce sont ces altérations qui ont pu induire M. Devergie en erreur, mais elles ne constituent pas ici les caractères de l'asphyxie mécanique dont il nous a entretenus ; elles sont propres à l'empoisonnement chloroformique. Ainsi, chez les animaux que l'on tue par l'action lente et progressive des anesthésiques, et chez lesquels on peut étudier la marche des phénomènes toxiques, on voit toujours la respiration s'anéantir avant les battements du cœur ; et, à l'autopsie, on trouve alors les lésions propres à l'asphyxie, c'est-à-dire l'engorgement des poumons par du sang noir, la distension des cavités droites du cœur par ce liquide, etc.

Un fait digne d'être noté dans l'étude du chloroforme et signalé d'abord par M. Sédillot, c'est que l'action hyposthénisante de ses vapeurs ne cesse pas immédiatement, et que même elle augmente quelquefois après qu'on a discontinué les inhalations. Il faut donc se tenir en garde contre des syncopes qui pourraient survenir chez des malades, depuis longtemps revenus à eux. On a vu la mort arriver six heures après l'opération, et c'est surtout après une éthérisation longue que ces cas malheureux ont été observés.

Il reste une dernière question à examiner : Peut-on prévenir les accidents ou enrayer leur marche quand ils se manifestent ?

Il est des mesures à prendre pour prévenir certains accidents. On a insisté avec raison sur la position horizontale comme moyen prophylactique de la syncope.

La vacuité de l'estomac doit être aussi spécialement recommandée. En effet, outre que l'éthérisation est plus longue, plus difficile, et qu'elle s'accompagne de plus d'agitation, lorsque ce viscère contient des aliments, le fait seul de l'absorption du chloroforme provoque des nausées et des vomissements. Dans ce cas, la tendance à la lipothymie qui précède d'ordinaire les vomissements s'ajoutant à celle qui est due à l'état anesthésique, il en peut résulter une syncope grave et même mortelle.

Je suis trop pénétré de l'importance de la syncope dans le mécanisme de la mort par le chloroforme pour ne pas insister sur la nécessité de surveiller le pouls. Mais je n'en recommande pas moins de prendre le plus grand soin de la respiration. L'attention doit se partager entre ces deux choses.

Je ne m'arrêterai pas sur la nécessité de laisser toujours un libre accès à l'air atmosphérique. Je dirai seulement que c'est là une condition qu'on peut toujours remplir avec plus ou moins de facilité, quel que soit l'appareil dont on fasse usage.

Enfin, si malgré ces précautions, on voyait se manifester tout à coup un grave danger par la cessation brusque des battements du cœur et des mouvements respiratoires, possède-t-on des moyens d'enrayer ces terribles manifestations de l'empoisonnement chloroformique? La première chose à faire est, sans contredit, de placer les sujets dans la position horizontale s'ils n'y sont déjà. Quelques praticiens se sont bien trouvés de l'introduction du doigt au fond de la gorge pour exciter le larynx. Si malgré tout les mouvements respiratoires s'éteignent, il faut avoir recours à la respiration artificielle. Le conseil donné par M. Bickerstheth, d'attirer en même temps et de maintenir la langue hors de la bouche avec un crochet, ne doit pas être oublié.

Il résulte de ces considérations que le chloroforme, dont le pouvoir est si merveilleux, est en même temps un poison. Il faut donc, en l'administrant, se conformer aux règles de la matière médicale, qui prescrivent de n'employer qu'à faibles doses, surtout au début, les médicaments énergiques ; et surtout, il ne faut jamais le mêler à l'air dans de trop fortes proportions.

Le choix des appareils est d'assez peu d'importance : chacun est libre de préférer celui dont il a le plus d'habitude, pourvu qu'il s'en serve avec prudence et qu'il tienne compte de ces données.

L'inhalation doit être continue d'abord, à moins que des accidents n'obligent momentanément à la suspendre ; mais quand le sommeil anesthésique est bien établi, surtout avec résolution des muscles, elle ne doit plus être qu'intermittente, et répétée seulement lorsque la sensibilité semble se réveiller. L'anesthésie peut être ainsi entretenue sans inconvénient pendant un temps assez long. Les accidents d'excitation, de spasme ou d'asphyxie qui peuvent entraver la marche de l'éthérisation ne sont pas difficiles à reconnaître, et peuvent être arrêtés par les moyens convenables. La syncope laisse moins de prise à la thérapeutique ; quant à la sidération, tout ce qu'on a pu lui opposer jusqu'à ce jour est demeuré inutile.

Les cas de mort causés par le chloroforme sont heureusement trop rares pour compromettre l'avenir de l'anesthésie ; mais ils ne sont que trop réels, et suffisent pour que les praticiens ne méconnaissent pas le danger, et se tiennent toujours sur leurs gardes. Si donc un malheur arrivait, on devrait admettre, à moins de preuve du contraire, que tout a été pratiqué convenablement, et ne pas oublier qu'en pareille occurrence, on ne saurait faire peser sur le médecin la responsabilité d'un accident dont l'impuissance de l'art doit seule être comptable.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 juin 1857, M. Riche, préparateur de chimie près la Faculté des Sciences de Paris, est nommé, en outre, chef des travaux chimiques près le Laboratoire de recherches et de perfectionnement.

M. Collinet, bachelier ès sciences, est attaché au Laboratoire de recherches et de perfectionnement, en qualité de préparateur.

— Par arrêté du 30 juin 1857, M. Lépine, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Lavalle.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J.-F. Payen. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains**, par le même. Une feuille in-f°. Paris, chez Jannet, rue Richelieu, 15.

Recherches statistiques sur les causes et les effets de la CÉCITÉ, par G. Dumont, médecin consultant (ex-médecin en chef) de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, inspecteur des établissements d'Eaux minérales du département de la Seine, etc. — Paris, 1856. — Prix : 4 fr. Chez Labé, libraire de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de Médecine.

Des bains de mer, de leur action physiologique et thérapeutique, de leurs applications et de leurs divers modes d'administration, avec un aperçu sur l'air et les climats marins, et sur leurs effets physiologiques et thérapeutiques, par le docteur Roccas. — Un vol. grand in-18 de XVI-284 pages. — Paris, chez Victor Masson.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 84. 5e année. Mardi 14 Juillet 1857.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX : Rue Garancière, n. 5

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Imp. W. Remquet et Cie, r. Garancière, 5.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

De l'exfoliation pathologique de la membrane muqueuse de la cavité utérine,

Par le Dr Raciborski,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

(Suite. Voir les nos 81, 82 et 83.)

On sait que partout, dans le règne animal comme dans le règne végétal, l'influence pernicieuse des causes destructives se fait d'autant plus sentir sur les fruits de la reproduction que ceux-ci se trouvent plus rapprochés de l'époque de la conception et que leur existence est par conséquent moins assurée. L'espèce humaine ne pouvait pas faire d'exception à cette loi générale ; il était impossible de supposer que le produit de la conception ne pût être frappé mortellement chez la femme, au moins aussi souvent les premiers jours après le coït fécondant qu'à une époque plus avancée. La logique elle-même nous amène par conséquent forcément à conclure, que le début de la grossesse doit avoir ses avortements, et que, si on en a méconnu longtemps l'existence, c'est uniquement faute d'avoir suffisamment étudié les caractères anatomiques des premiers degrés de développement de l'œuf. Les altérations que nous avons décrites dans les observations rapportées plus haut, semblent réunir toutes les conditions anatomiques pour qu'on les considère comme le produit de l'avortement de cette espèce.

Mais il ne faut pas que l'on se méprenne sur notre manière de voir. Nous sommes loin de prétendre que les altérations en question soient la seule et unique forme des avortements qui frappent la reproduction de l'espèce humaine dans les premiers jours après la conception. Si l'on rencontre si rarement de ces masses charnues, sacciformes, qui ont été reconnues avec raison pour la muqueuse utérine elle-même, c'est que ce sont des produits entiers de l'avortement représentant la caduque à peu près dans son intégrité, telle qu'elle est à cette époque de la grossesse, en quelque sorte moulée sur les parois de la cavité utérine. Or, il arrive rarement, même à six semaines ou deux mois de grossesse, que l'œuf avorté soit expulsé intégralement.

DÉLASSEMENTS.

L'inauguration de la statue de Bichat. — Le style d'un candidat à l'Académie des Sciences. — Grande découverte du docteur Piiori. — Tartines d'un journal.

La cérémonie de l'inauguration de la statue de Bichat, offerte par le Congrès médical à la Faculté de Médecine de Paris, aura lieu jeudi prochain 16 juillet, à deux heures et demie précises.

Cette fête, qui sera présidée par Son Excellence, M. le Ministre de l'Instruction publique, et à laquelle doivent assister, nous assure-t-on, plusieurs autres Ministres, M. le Préfet de la Seine, M. le Préfet de police, ainsi qu'un grand nombre de hauts personnages et des députations de tous les corps savants, cette fête, disons-nous, sera digne de l'illustre physiologiste dont le Corps médical de France a voulu honorer la mémoire.

On en jugera, du reste, par le programme officiel que voici :

L'ornementation de l'enceinte de la grande cour, confiée au goût éprouvé de M. de Gisors, architecte de la Faculté, et fournie par le mobilier de la couronne, formera un vaste et superbe salon recouvert d'une tente. Près de la statue dominera une estrade où seront les fauteuils de la présidence; de droite et de gauche s'élèvera une tribune pour toutes les notabilités; et enfin, des banquettes placées de face, en aussi grande quantité que possible, recevront les nombreux assistants.

A son arrivée, M. le Ministre de l'Instruction publique sera reçu par M. Dubois, doyen de la Faculté de Médecine, et M. Serres, président du Congrès, suivis l'un et l'autre par les secrétaires, M. Amédée Latour, du Congrès, et M. Amette, de la Faculté.

Dès l'entrée du Ministre, l'assemblée entière se lèvera, et la musique de la gendarmerie impériale fera entendre l'air du *Salut impérial.*

Sur un signal donné par M. Serres, le voile recouvrant la statue tombera, et les masses chorales, dirigées par leur habile maître, M. Émile Chevé, entonneront la cantate écrite par notre savant et cher collaborateur A.-L. Roux, et mise en musique par l'heureux auteur du *Salut impérial,* M. Elwart, professeur au Conservatoire.

Après la cantate, M. Amédée Latour lira le compte rendu des travaux de la Commission permanente du Congrès. Puis viendront les discours de :

MM. Serres, au nom du Congrès médical ;
Bouillaud, au nom de la Faculté de médecine ;
Larrey, au nom de la Société médicale d'émulation, fondée par Bichat.

La même chose doit arriver, à plus forte raison, quelques jours après la conception, lorsqu'il s'agit encore d'un sac membraneux à parois molles et faciles à déchirer. Aussi, un grand nombre d'avortements doivent-ils échapper évidemment alors à l'attention, et doivent être confondus avec de simples retards ou même envisagés comme des règles un peu abondantes.

Il y a un degré d'avortement qui vient immédiatement après celui que nous venons de décrire, dont nous voulons dire encore quelques mots en terminant, pour mieux démontrer la filiation entre ces produits. Dans certaines fausses couches, après six semaines ou deux mois de grossesse, on voit sortir du vagin des poches charnues plus grosses que les précédentes, ayant les parois plus épaisses et la cavité plus spacieuse, quoique toujours lisse et vide en apparence. Ces poches offrent, en un mot, la plus grande ressemblance avec celles que nous avons décrites précédemment. Cependant, quand on les examine de près, on trouve sur un point de leur circonférence une déchirure masquée ordinairement par un caillot de sang, au travers de laquelle on aperçoit une portion membraneuse mince et presque transparente, se continuant avec la surface interne de la poche. Cette portion membraneuse n'est autre chose que la caduque réfléchie déjà atrophiée, laissant voir à nu les enveloppes propres de l'œuf, lesquelles sont le plus souvent déchirées. En écartant les lamelles de cette poche supplémentaire, on rencontre souvent au fond un petit embryon de 3 à 4 millimètres de longueur. On peut considérer ces caractères anatomiques comme appartenant à un degré d'avortement intermédiaire entre le degré précédent, où il n'y avait encore que la caduque seule, rappelant très-bien par sa forme la configuration de la cavité utérine, et les degrés plus élevés, dans lesquels la caduque est en grande partie atrophiée, et sa cavité, autrefois grande et vide, entièrement remplie par les enveloppes propres de l'œuf.

•

Parmi les observations que nous avons rapportées, la III et la VIII ne donnent pas beaucoup de détails sur les causes présumées de l'expulsion de la muqueuse utérine. Le peu de renseignements que nous rencontrons là-dessus dans d'autres observations, sembleraient toutefois déjà indiquer que les causes de l'accident en question sont à peu près du même genre que celles auxquelles on attribue généralement les avortements. Ainsi, chez les malades des observations II et IV, de même que chez la malade de Morgagni, observation VI, cet accident semble avoir été au moins favorisé par l'état congestif habituel de l'utérus, qui entretenait, chez les deux premières, des métrorrhagies plus ou moins abondantes et douloureuses, et qui, chez la malade de l'observation VI, avait déjà occasionné des fausses couches bien caractérisées.

La malade de l'observation V a pu éprouver quelque chose d'analogue ; elle n'avait, il est vrai, offert rien de particulier antérieurement dans ses règles, mais elle souffrait habituellement beaucoup d'hémorrhoïdes, surtout depuis sa couche, ce qui a pu contribuer à entretenir un état de congestion permanent autour de la matrice. Le voyage de quinze lieues que la malade fit le jour de l'accident, a pu contribuer beaucoup, sinon à l'occasionner, au moins à le précipiter.

La malade de Chaussier a vu le même accident se produire à la suite des excès vénériens, et il y a déjà longtemps que cette influence a été signalée parmi les causes des avortements. D'après M. Serres, de l'Institut, c'est à l'abus des plaisirs érotiques qu'il faudrait attribuer, en grande partie, la stérilité apparente des filles publiques et la fréquence des fausses couches.

« Les pertes abondantes sont rares chez ces femmes, dit ce savant professeur, mais les plus jeunes ont souvent des retards dans leurs règles qui se terminent par l'expulsion de ce qu'elles appellent un *bondon*. Pendant deux années, je ne fis pas attention à cette expression, mais ayant dirigé mes recherches vers l'embryologie, j'examinai avec soin ces productions, et il me fut facile d'y reconnaître tous les caractères de l'œuf humain ; j'ai pu, dans ce court espace de temps, en recueillir un grand nombre, qui tous étaient sortis à une époque qui indiquait une conception de quatre à cinq semaines. C'est toujours sur des filles de 18 à 24 ans que j'ai pu faire ces observations (1). »

Il est plus que probable qu'en dirigeant de rechef l'attention de ce côté, on pourrait également y rencontrer quelques faits analogues à ce qui a été considéré, depuis le professeur Simpson, comme le résultat de l'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine.

Chez la malade de l'observation VIII, nous ne trouvons aucune cause apparente de l'accident en question, mais nous ferons néanmoins observer que la malade avait déjà fait préalablement deux fausses couches, ce qui indiquerait chez elle une prédisposition réelle aux avortements, et rattacherait à ceux-ci la nature de l'accident éprouvé en dernier lieu.

(1) *De la prostitution dans la ville de Paris*, par Parent-Duchatelet, 1857, t. I, p. 228.

Enfin, les chœurs reprendront la strophe finale de la cantate, et la musique saluera le départ du Ministre.

Ainsi se terminera cette magnifique fête, consacrée à perpétuer le souvenir d'un des plus grands génies de notre siècle. — H. DE C.

Nous croyons que la philosophie doit nous faire accepter avec résignation les événements les plus affreux, mais nous ne croyons pas qu'elle doive aller jusqu'à nous faire rire devant un cadavre et danser sur une tombe : une gaieté de cette nature ressemblerait fort, suivant nous, à une philosophie de cannibales. Nous avons donc appris, avec les sentiments que nous avons immédiatement épanchés sur le papier, la nouvelle de la mort de M. Thénard, sans nous arrêter aux termes dans lesquels elle était annoncée. Mais un juste hommage de louanges et de regrets étant rendu au mort, il est bien permis de s'égayer un peu de la prose du vivant, surtout quand ce vivant est à la fois millionnaire et candidat plus ou moins prochain et plus ou moins sérieux à une place dans une section quelconque de l'Institut. Voici donc en quels termes M. P. Thénard a annoncé à l'Académie le douloureux événement de la mort de son père :

« Monsieur le Président,

« La science et vous-même SONT frappés d'un coup affreux, etc. »

La lettre est ainsi imprimée en toutes lettres dans le *compte rendu* de la séance du 21 juin, sans qu'aucun *erratum* venu depuis nous permette de croire à un *lapsus calami*. Malgré la gravité de la circonstance, nous n'avons pu nous défendre, en lisant cette lettre, de songer au bon mot attribué à quelques amis d'une femme d'esprit que l'on calomniait beaucoup il y a quelques neuf ans.

Voyant arriver, dans une toilette un peu maltraitée, lesdits amis, qui venaient lui demander à dîner : — Ah ! mon Dieu, messieurs, aurait dit la spirituelle ministresse, comme vous êtes crottés ! Vous AVEZ sans doute venu à pied ? — Faites excuse, madame, répliquèrent unanimement les amis ; nous PRIRENT une voiture.

Nous ne croyons pas toutefois que M. P. Thénard fût au nombre des amis de l'aimable amphitryonne.

Les gens qui découvrent la Méditerranée ne sont pas absolument rares, même à l'Institut, parmi les correspondants bénévoles de l'illustre agrégation s'entend, car Dieu nous garde de croire et surtout d'écrire qu'il puisse y avoir parmi les membres de l'illustre Corps quelqu'un d'assez fort pour découvrir tant seulement la poudre. Mais parmi les habitués, n'avons-nous pas vu, il y a huit jours encore, un des plus récréatifs faire une découverte qu'on peut lire tout au long dans le mémoire de Thénard et Dupuytren ? Celle dont le docteur Pilori vient d'entrenir l'Académie n'était écrite nulle part, que nous sachions, mais elle était certainement gravée dans tous les esprits ; l'infraction apportée en cette circonstance par l'Académie à ses rè-

Marche. — Terminaison. — Nous avons vu, en examinant les faits particuliers, que l'expulsion des poches formées par la muqueuse utérine n'avait pas lieu toujours à la même époque. Chez quelques femmes, elle avait eu lieu après deux mois d'aménorrhée, chez d'autres, au bout de six semaines, chez d'autres, enfin, elle avait eu lieu juste à l'époque où l'on attendait les règles, sans qu'il y ait eu aucune suppression préalable, et par conséquent, sans qu'on ait soupçonné la grossesse. Ceci semblerait, de prime abord, impliquer contradiction, d'après ce que nous avons dit de la nature probable des corps expulsés, et surtout de la date des avortements dont ils paraissent être le résultat. Cependant, la contradiction n'est qu'apparente, et provient uniquement de la confusion de deux phénomènes entièrement distincts : l'avortement proprement dit, qui consiste dans l'arrêt du développement fœtal consécutif à la mort de l'ovule, et l'expulsion des parties constituant l'œuf. Chez la malade dont il est question dans l'observation III, tout paraît s'être passé dans l'intervalle de deux époques menstruelles, de telle sorte que l'espace d'un mois a suffi pour l'accomplissement de trois phénomènes : 1° la conception suivie de la formation de la caduque; 2° la mort de l'ovule; 3° l'expulsion de la caduque, devenu l'objet inutile. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi. La caduque, même après la mort de l'ovule, conserve encore des relations vasculaires avec les parois de l'utérus et peut continuer à prendre du développement, ce qui fait que, l'abstraction faite de la différence dans la capacité normale des utérus, toutes les poches expulsées n'ont pas le même volume. Souvent, il peut arriver que l'exfoliation reste pendant un temps incomplète; que la caduque ne soit pas entièrement détachée et qu'elle tienne encore à la membrane muqueuse de la cavité du col avec laquelle elle se continue. Pendant tout ce temps, l'expulsion de la poche ne peut avoir lieu; son séjour dans la cavité utérine peut même se prolonger beaucoup, jusqu'à ce que, soit le mouvement fluxionnaire des époques menstruelles, soit l'influence mécanique d'un effort, d'une fatigue, etc., ne vienne en favoriser la sortie de la cavité utérine.

Lorsque le fond de la caduque est complétement dégagé de ses anciennes adhérences, et que cette poche ne tient plus à l'utérus que par sa continuation avec la muqueuse de la cavité du col, alors il peut arriver ce que nous avons remarqué dans l'observation VIII, où le fond de la poche subit une véritable inversion et s'engagea le premier dans la cavité du col. Dans ce cas, la poche se retourne; sa face externe devient interne et l'interne se change en externe; la base ou le fond se trouve renversée en bas, tandis que la portion utérine qui correspondait à la cavité du col occupe, au contraire, le plan le plus élevé, et reçoit au moins une partie des liquides qui s'écoulent de la matrice.

Rien de plus facile que de prendre, dans cet état de choses, la tumeur formée par la caduque renversée, pour un polype. Voici un fait de ce genre qui a été observé par Merriman :

Obs. IX. — Une sage-femme intelligente, dit Merriman, me pria de venir le plus tôt possible visiter une de ces clientes dont la maladie l'inquiétait et qui avait une perte de sang. A mon arrivée, cette femme me dit que l'hémorrhagie datait de trois à quatre mois et avait toujours continué plus ou moins fort. Je touchai : le col de l'utérus était considérablement ouvert, et entourait une tumeur que je supposai être un polype. Je retirai donc à moitié mon doigt prêt à déclarer qu'il s'agissait d'un polype qui devait être lié; cependant je résolus de répéter l'exploration; en portant le doigt plus avant, il me sembla découvrir comme une pénétration du bord du col dans la tumeur; sans autre instrument, je parvins à faire tomber celle-ci, et je la reconnus pour être un œuf altéré qui, d'après le rapport de la sage-femme, était depuis près de cinq mois dans l'utérus.

« Comme je félicitais la malade du résultat inattendu de cette exploration, la sage-femme m'avoua qu'elle avait déjà été vue par un accoucheur en renom, lequel avait diagnostiqué un polype et prononcé la nécessité de la ligature. C'était même là le motif pour lequel on m'avait fait mettre tant de hâte à me rendre auprès de la malade, qui tenait à avoir l'avis d'un autre médecin avant de se résigner à cette opération (1). »

L'auteur de cette observation ne donne pas de détails sur la disposition anatomique et encore moins sur la structure de la tumeur enlevée; cependant cette seule expression « *en portant le doigt plus avant, il me sembla découvrir comme une pénétration du bord du col dans la tumeur,* » suffirait à nos yeux pour justifier notre manière de voir. Il est très-probable que c'est la continuation de la muqueuse de la cavité du col avec la partie centrale de la tumeur qui donnait l'idée de cette pénétration.

M. Giraldès rencontra un jour un cas analogue à la Clinique. Voici ce que raconte à cet égard la *Gazette des Hôpitaux*, dans un de ses comptes rendus des séances de la Société de Chirurgie :

« M. Giraldès présente une pièce anatomique qu'il compare à une

(1) *Gaz. méd.*, 1848, p. 399.

---

glements si respectés en est une preuve convaincante. Donc l'Académie recevait, il y a quelques semaines, une lettre ainsi conçue :

« Monsieur le Président,

« Le monde entier et vous-même ne *peuvent* ignorer l'admirable invention de mon pipimètre; le monde entier et vous-même *savent* que ce pipimètre sans pareil a un endroit et un envers; mais *ce que* le monde entier et vous-même *ne sont pas au courant*, c'est *que malgré que* le pipimètre et *son* enseignement aient rempli l'univers de leurs noms, tous les ânes de médecins, comme s'ils vivaient du temps de Dagobert, tapotaient le pipimètre à l'envers. Or, l'autre jour que par inadvertance (ô faiblesse humaine! jusqu'où l'inadvertance peut-elle se glisser), je faisais comme les ânes, ne me suis-je pas aperçu par hasard (les grandes découvertes ne se font pas autrement) ne me suis pas aperçu, par hasard, que depuis vingt-cinq ans, j'étais.... j'étais âne moi-même! Oui, Monsieur le Président, un paltoquet a dit : le beau, c'est le laid; je dis, moi : l'endroit du pipimètre, c'est l'envers; les ânes sont ceux qui croient le contraire, et je ne suis plus de ce nombre, je le proclame hautement; j'espère qu'on croira à la brièveté de mes oreilles, quand on saura que j'ai la magnanimité de reconnaître et d'annoncer moi-même que je les ai eues fort longues pendant vingt-cinq ans. — Telle est, Monsieur le Président, la découverte que je viens de faire. »

Quoique l'Académie ne fasse pas ordinairement à ses correspondants l'honneur d'une réponse directe, et quoiqu'en fait de priorité, elle ne considère come sérieux que les titres écrits, M. le Président a répondu à l'illustre pipimétrographe :

« Monsieur Pilori,

« L'Académie a été touchée de la candeur ingénieuse qui vous a porté à lui annoncer la découverte inattendue que vous avez faite sur vous-même. L'Académie n'a regretté qu'une chose en entendant votre communication, c'est de ne pouvoir vous octroyer le mérite de la priorité : avant l'époque à laquelle vous remontez, votre découverte avait déjà été faite par tout le monde.

« Veuillez agréer, etc. »

Du docteur Pilori au fourneau des *Culottières*, la transition est naturelle; parlons donc un instant des *Culottières* pour la rareté du fait. Bon Dieu, que les *Culottières* sont donc bien rédigées! Elles possèdent surtout un feuilleton qui fait mes délices; l'auteur y passe avec une égale facilité du grave au doux, du plaisant au sévère. Tantôt il implore un coin du jardin de ses lecteurs (il paraît qu'il a des lecteurs) pour y semer de la graine de.... non pas de celle que vous croyez, mais de la graine de *cerfeuille bulbeux*, dont il exalte les vertus potagères et privées, avec le légitime enthousiasme d'un homme qui aime à voir lever l'aurore et qui a quelques sacs de graine à placer. Tantôt il se perd dans les fourrés de la botanique transcendante, où il leur révèle la *recette* et les propriétés de l'élixir

production polypeuse et qu'il a extraite de l'utérus chez une malade entrée à la Clinique dans un état exsangue. Cette femme avait éprouvé depuis quelques jours des symptômes graves de métrorrhagie dont M. Giraldès rechercha la cause par une exploration immédiate. En pratiquant le toucher, il crut sentir une tumeur fongueuse avec un pédicule appréciable au doigt, et autour de ce pédicule, il reconnut l'ouverture circonscrite de la matrice. Il a excisé cette production le plus haut possible, et l'a examinée ensuite au microscope. Mais en voyant tout d'abord *une masse rougeâtre*, *sanguine et une cavité dans son intérieur*, il a interrogé la malade, à l'effet de savoir s'il ne s'agissait pas d'un œuf dont cette production offre des *flocons ressemblants à des flocons placentaires*. MM. Maisonneuve, Danyau et quelques autres membres, après avoir examiné la tumeur, déclarent, en effet, qu'elle est le produit d'un avortement (1). »

Lorsque la caduque, quoique exfoliée en grande partie, tient encore par quelques points aux parois de l'utérus, son séjour, dans la cavité de la matrice, peut se prolonger indéfiniment. Il arrive alors que sa présence provoque des métrorrhagies qui se répètent d'une manière rebelle jusqu'au moment de l'expulsion de la poche. Dans cet état des choses, chaque hémorrhagie infiltre plus ou moins les parois de la caduque, et augmente leur épaisseur; d'un autre côté, la fibrine du sang peut même s'étendre en nappe sur la surface extérieure de la poche et y ajouter quelques couches stratifiées, qui peuvent changer complétement l'aspect de la tumeur primitive jusqu'à la rendre tout à fait méconnaissable. Plus d'une tumeur, considérée comme un polype creux, a pu se former ainsi autour de la caduque comme autour d'un noyau.

On trouve dans le *Traité des maladies de l'utérus* de Dugès et Boivin, un fait de ce genre, d'autant plus précieux pour notre sujet, que bien que la tumeur ait été considérablement changée par le mécanisme que nous venons d'exposer, il est facile encore de la reconnaître pour la caduque, tant à cause de sa forme qu'à cause des ouvertures des trompes de Fallope très-bien conservées.

Obs. X. — Mme Val...., femme d'un perruquier de la rue de Buci, âgée de 44 ans, d'un tempérament lymphatique, avait été réglée à l'âge de 17 ans; mariée à 23 ans, elle accoucha, une année après, à terme et naturellement. A 26 ans, elle eut une fausse couche, après trois mois de gestation. A 36 ans, la perte de sa fille unique lui causa de violents chagrins; depuis lors, les règles sont devenues plus abondantes, plus rapprochées. En février 1818, il survint une métrorrhagie considérable : quelquefois la malade rendait des caillots de sang du volume du poing. Cette fois, la perte dura trois mois avec plus ou moins de violence.

Ce ne fut qu'alors seulement que Mme V.... appela du secours; plusieurs chirurgiens et médecins consultés ne purent découvrir, dans l'état des parties, aucune cause évidente de la perte de sang. On se borna donc à faire la médecine des symptômes; on employa les astringents, les styptiques, les bains de siége froids, comme toniques, etc. L'hémorrhagie se calmait, cessait quelquefois pendant plusieurs jours, et revenait avec plus ou moins d'impétuosité. Pendant tout ce temps, la malade éprouvait des anxiétés, des nausées, des défaillances, de l'insomnie. Quoique réduite à un état de faiblesse et de maigreur extrêmes, elle ne gardait le lit que lorsque la perte était considérable.

Le 15 décembre 1819, la malade ayant fait une chute sur le siége, en éprouva une violente douleur dans les ischions, et qui répondait dans la région hypogastrique.

Plusieurs jours après, difficulté inaccoutumée d'aller à la garde-robe; pesanteur dans le vagin, avec sensation incommode d'un corps volumineux près de s'échapper de la vulve. Dans un des efforts que fit la malade pour rendre un lavement, la tumeur s'engagea au dehors; Mme V.... la fit rentrer dans le vagin en la repoussant avec les doigts. Dès ce moment, elle crut avoir une descente de matrice. La perte continuait, mais moins forte qu'à l'ordinaire.

Le 8 *janvier*, d'après le conseil du professeur Dubois, la malade entra à la maison de santé. La tumeur, du volume de la tête d'un fœtus à terme, était ronde, lisse à sa face postérieure, solide et permettant à peine de faire circuler le doigt entre sa surface et celle du vagin, où elle était contenue; à sa base, elle présentait des inégalités, à sa face antérieure, des espèces de sillons longitudinaux.

Le 11, elle fut examinée de nouveau par le professeur Dubois, et le 12 il fit l'application de la ligature, qui présentait quelques difficultés que l'habile opérateur parvint à surmonter.

Ce même matin nous avions touché cette femme; nous avions trouvé la tumeur moins volumineuse, plus molle, plus ridée que le 8. Ce changement nous fit juger qu'elle était creuse et que de sa cavité sortait une partie du sang que la malade avait perdu les jours précédents.

On distinguait le fond de l'utérus au-dessus du pubis; au dire de la malade, son ventre avait diminué de beaucoup depuis la chute qu'elle avait faite.

(1) *Gaz. des hôp.*, 1850, numéro du 22 janvier.

---

de longue vie; le tout dans un style qui n'appartient qu'à ce spirituel journal. Il y a quelques jours, on pouvait lire les tartines suivantes :

A propos des allumettes chimiques. « On sait le succès qu'obtin- « rent bientôt ces allumettes, qui, au seul frottement *nous livrent la* « *lumière et le feu.* » (Je trouverais beaucoup plus original qu'elles nous livrassent de la lumière sans feu.) « Mais on n'avait pas aperçu « le PÉNIBLE *cortége qui se* GLISSAIT *sous le premier enthousiasme.* » Il fallait que cet enthousiasme fût, en effet, d'une notable dimension et d'une certaine épaisseur (c'était au moins un enthousiasme d'Auvergnats), pour qu'on n'ait pas aperçu CE PÉNIBLE *cortége qui se glissait dessous*; car, généralement, un cortége tient de la place et un cortége *pénible* doit en tenir plus qu'un autre. Je pense que l'auteur entend par PÉNIBLE un cortége fatigué, à moins cependant qu'il n'entende rien du tout. De plus, l'auteur oublie de nous dire de quoi se composait ce cortége, car un cortége, même pénible, doit se composer de quelque chose, accompagnant quelque chose; est-ce que par hasard il s'agirait d'un cortége de mythes accompagnant un non sens?

Autre tartine.

— « En attendant que le phosphore blanc *soit à jamais exilé de* « *nos maisons*, » (quelle poésie!) « nous allons passer *en revue deux* « moyens » (il me semble voir un général qui passe en revue.... deux soldats) « fort ingénieux de produire artificiellement la glace. »

Comme c'est joliment amené! Vous ne saisissez peut-être pas bien les rapports qui peuvent exister entre le phosphore rouge et la glace; mais il ne faut pas être trop difficile, d'autant plus qu'il ne vous en parle qu'en attendant que le phosphore blanc soit exilé à jamais (le drôle ne l'a pas volé); c'est uniquement pour que le temps nous paraisse moins long, et si, *aujourd'hui pour demain*, on avait déporté à Cayenne ce phosphore blanc, il ne vous parlerait jamais plus de la glace.

Autre tartine, toujours du même feuilleton :

« Après les affaires un peu industrielles qui viennent de nous oc- « cuper, il est bon de rentrer dans un domaine qui est le nôtre. » (Mais j'aime à croire que le journal est complétement dans son domaine quand il parle d'industrie. Je crois même qu'il en sort quand il parle d'autre chose). Puis l'auteur se lance dans l'examen des affections qui affligent le pigeon; il raconte d'un ton badin les confidences d'un pigeon qui avait des *hallucinations* (pauvre bête, — le pigeon). Je reprocherai cependant à l'auteur d'avoir oublié une des infortunes qui peuvent frapper ce volatile.

Je veux parler du *pigeon* qui prend un abonnement à un journal scientifique, et qui ne reçoit pour son argent qu'une feuille de chou.

A un autre jour, si nous nous trouvons en bonne humeur, quelques autres tartines non moins drôlatiques.

Dr A.-L. Roux.

Le jour de la ligature, nausées, vomissements suivis de syncopes ; légères douleurs dans la région hypogastrique ; la nuit suivante, fièvre, soif ardente (limonade végétale, eau vineuse).

Le 13, écoulement d'une odeur putride ; on resserre la ligature ; douleurs dans le genou gauche.

Le 14, de même.

Le 15, excrétion naturelle de l'urine pour la première fois ; écoulement noirâtre, d'une odeur insupportable. La tumeur est molle, affaissée ; la douleur du genou persiste. Le soir, la tumeur tombe avec le serre-nœud. (Injection avec infusion de fleur de camomille.

Le 18, fièvre, soif ardente. La nuit, palpitations de cœur suivies de syncopes. La douleur du genou s'étend jusqu'à la hanche du même côté. Impossibilité de mouvoir le membre affecté.

Jusqu'au 29 qu'elle a quitté la maison pour retourner chez elle, la malade est restée à peu près dans le même état.

Nous avons appris depuis qu'elle avait recouvré la santé, mais que le membre inférieur droit était resté douloureux, au point de rendre indispensable l'usage des crosses pour marcher.

Description de la tumeur. — Cette tumeur avait, après sa chute, la forme et le volume de ces bouteilles de caoutchouc que l'on trouve dans le commerce. Recouverte extérieurement d'une membrane fine, son tissu, qui n'avait pas eu le temps de s'altérer, était rouge, de nature fibreuse et lâche dans les deux tiers supérieurs, près de son inversion, à l'utérus ; mais plus serré, presque inextricable à la base qui formait le fond de cette espèce de sac.

L'intérieur ne paraissait pas tapissé de membranes ; sa surface rosée, d'un tissu réticulé, s'enlevait en grattant avec le dos du scalpel. Comprimée entre les doigts, cette surface exsudait un fluide sanguinolent.

De chaque côté, vers la région moyenne de cette cavité, on distinguait deux orifices qui se prolongeaient dans l'épaisseur des parois, et allaient s'ouvrir extérieurement, après un trajet en ligne droite, de chaque côté de la base de la tumeur. On y introduisait facilement un stylet d'une ligne de diamètre, coupé par tranches ; le tissu de la tumeur était analogue à celui que présente l'utérus quelques jours après l'accouchement à terme. Plusieurs personnes de l'art à qui nous avons fait voir cette pièce pathologique, n'ont point hésité à la prendre pour un utérus auquel nous aurions retranché les ovaires et l'extrémité des trompes. Je suis porté à croire, d'après la forme et les dispositions de cette tumeur, qu'elle doit son origine à ces concrétions plastiques qui se forment quelquefois dans le temps des règles, tapissent la cavité de l'utérus, augmentent d'épaisseur par l'application de nouvelles couches successives, et affectent la figure de l'organe où elles se sont moulées.

		Pouces.	Lignes.	Millim.
Dimensions. —	Longueur de la tumeur.. .	4	3	97
—	Largeur à sa base.	3	4	80
—	Près du lieu de la ligature.	»	8	16
—	Épaisseur à la base.	1	5	34
—	Epaisseur de chaque paroi.	»	9	17
—	Profondeur de la cavité. . .	2	3 (1)	52

Comme on le voit, l'auteur de l'observation lui-même n'hésite pas un seul instant à se prononcer sur la nature de la tumeur dont il y est question. A son point de vue, elle était constituée principalement par la poche provenant de l'exsudation de matière plastique, que les médecins de cette époque croyaient généralement pouvoir se former quelquefois dans la cavité de la matrice aux époques des règles, et dans laquelle le professeur Simpson a le premier reconnu la muqueuse elle-même de l'utérus.

Nous ferons remarquer, en terminant, que nonobstant un séjour aussi long dans la cavité utérine et même plus tard dans le vagin, la cavité de cette poche n'avait toujours que 51 millimètres de profondeur, ce qu'elle a le plus souvent, quand elle est expulsée peu de temps après l'exfoliation. Le volume de la tumeur dépend, par conséquent, exclusivement de l'augmentation de l'épaisseur des parois, due peut-être un peu à l'hypertrophie, et en grande partie à la superposition des couches stratifiées de fibrine du sang.

(La fin à un prochain numéro.)

(1) *Traité des maladies de l'utérus*, etc., 1853, t. II, p. 419. Cette tumeur est représentée dans l'*Atlas*, pl. XIX, *fig.* 3 et 4.

OBSTÉTRIQUE CLINIQUE.

Observation d'éclampsie à sept mois et demi de grossesse. — Accouchement provoqué. — L'enfant a survécu. — Guérison de la femme,

Par le Dr Lombard,

Médecin de l'hôpital de Chalabre (Aude).

La femme Dumons, mariée, demeurant à Camon (Ariége), âgée de 32 ans, primipare, d'un tempérament sanguin et bien conformée, fut prise d'attaques convulsives dans la nuit du 17 mars 1856. Appelé la nuit même pour lui donner des soins, je la trouvai sans connaissance, la face rouge, le pouls plein et fréquent. Roideur dans les membres et les mâchoires ; yeux divergents. Il me fut rapporté que la première attaque avait commencé à la prendre vers dix heures du soir ; qu'elle avait éprouvé plus de huit attaques successives dans l'espace de quatre heures et que les dernières s'étaient reproduites chaque quinze minutes.

L'abdomen et le vagin explorés par le toucher, je reconnus que l'organe utérin était fortement bombé, et sans dilatation préalable du col. Je pratiquai une saigné de deux palettes environ. Pendant la saignée, la femme fut prise d'une convulsion si violente, que je craignis un moment, vu l'arrêt de la respiration longtemps prolongé, une attaque d'apoplexie cérébrale. (Application de 20 sangsues aux apophyses mastoïdes. Eau vinaigrée froide sur la tête, souvent renouvelée. La malade étant prise de dysphagie, on lui administre un lavement d'assa-fœtida. Introduction dans le vagin de mèches enduites de cérat belladoné.)

Ayant quitté la malade à sept heures du matin, je la revis à onze heures : les convulsions, sans avoir le même degré d'intensité, étaient cependant aussi fréquentes.

Pouls fort et fréquent, face animée. (Nouvelle saignée ; sinapismes aux jambes ; 20 sangsues sur les tempes ; lavement d'assa-fœtida *ut supra.*)

Mes occupations m'appellent ailleurs ; je recommande à l'accoucheuse de renouveler les mèches dans le vagin ; et, dans le cas où les attaques viendraient à persister, d'introduire dans le col utérin des bouchons de racine de gentiane destinés à déterminer, par leur graduation, une dilatation progressive qui pût me permettre de provoquer l'accouchement.

A six heures du soir, nouvelle visite. Les attaques convulsives se sont reproduites chaque 40 et 50 minutes ; elles semblent décroître. La malade est toujours sans connaissance, l'utérus est fortement contracté. Par le fait des corps dilatants, le col de la matrice offre une dilatation du diamètre d'une pièce de 1 franc, qui me permet, à l'aide du doigt et d'une sonde métallique, de rompre la poche des eaux. A la suite de l'écoulement des eaux de l'amnios, la matrice perdit une partie de son volume et de sa roideur, qui l'avaient rendue aussi dure qu'une pierre.

Dès ce moment, les convulsions diminuèrent d'intensité et ne se reproduisirent que chaque 60 et 80 minutes, pour disparaître définitivement douze heures après l'accouchement, qui eut lieu à dix heures du soir, c'est-à-dire quatre heures après la rupture de l'amnios.

Le lendemain, la femme Dumons reprit insensiblement ses sens comme une personne sortie d'un profond sommeil, ne pouvant se rendre raison des personnes qui l'entouraient, ni des

événements qui s'étaient succédés dans l'espace de trente-six heures.

D'après le témoignage du mari, l'enfant ne devait pas être à terme. Si je n'en ai pas constaté le poids, la peau rosée et recouverte d'un léger enduit sébacé, les ongles n'arrivant pas encore à l'extrémité des doigts, et la petitesse de ses membres ainsi que de tout le reste du corps, m'ont donné la conviction que le fœtus n'était âgé que de sept mois et demi à huit mois lors de son expulsion. Il était d'ailleurs si menu que, vu la difficulté de l'envelopper dans son maillot, soit aussi pour le préserver de l'action de l'air, je fus obligé de le tenir pendant deux mois dans du coton cardé. L'enfant a survécu et vit encore ; il est nourri par sa mère, qui depuis cette époque a toujours été bien portante.

Je livre sans commentaire cette observation à l'appréciation de mes confrères. Je leur ferai remarquer néanmoins que ce n'est pas la première fois que la racine de gentiane a été employée dans ma pratique comme corps dilatant.

Dans l'exercice de la médecine rurale, on se trouve souvent obligé de faire certaines substitutions, de remplacer certains médicaments ou appareils que l'on ne peut pas avoir toujours à sa disposition. Peu importe le moyen, pourvu qu'on arrive toujours à un bon résultat.

Ce fait prouvera encore une fois les avantages que l'on peut retirer en provoquant l'accouchement anticipé pendant les attaques d'éclampsie, ainsi que dans le cas d'étroitesse du bassin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Discussion sur l'anesthésie

(Séance du 7 juillet.)

DISCOURS DE M. JOBERT.

M. Jobert. Je me propose de faire connaître mon opinion relativement à certaines propositions faites par M. Devergie, et qui ont justement ému les chirurgiens, parce qu'ils supposaient que leur responsabilité allait être augmentée.

M. Devergie propose l'emploi d'un appareil à éthérisation comme garantie contre l'asphyxie pour l'éther d'abord, et pour le chloroforme ensuite. Divers appareils furent proposés et ne tardèrent pas à être abandonnés par presque tous les chirurgiens. Quant à moi, j'y ai renoncé complétement; récemment, j'en ai employé un, mais seulement pour administrer l'amylène, ce qui est nécessaire pour cette substance à cause de son extrême volatilité.

Ces appareils, en effet, présentent de nombreux inconvénients; ils cachent une partie de la physionomie, et on ne peut apercevoir certains indices qui peuvent signaler les troubles qui surviennent; quand la physionomie est calme, on peut continuer l'anesthésie; quand on voit se manifester de la pâleur, on ne doit pas continuer.

Lors même qu'on emploie un appareil bien confectionné, celui-ci peut se déranger; les soupapes ne permettent pas un libre accès de l'air, de même le chloroforme peut également ne pas arriver en quantité suffisante; l'embouchure de l'appareil peut également être mal appliquée sur la bouche du sujet. Il est impossible d'apprécier les quantités relatives d'air et de chloroforme qui pénètrent dans les voies aériennes : il est des malades qui respirent plus ou moins bien; et le chloroforme peut, dans certains cas, arriver dès le principe en trop grande quantité, ce qui amène des accidents mortels : il en résulte une influence subite qui arrête immédiatement la circulation. Les malades supportent plus ou moins bien le chloroforme, de même que les autres médicaments.

Je préfère, pour l'éthérisation, employer des linges, de la charpie, des éponges, ce que M. Velpeau appelle de petits appareils; on n'a pas à craindre ainsi que l'hématose ne puisse se faire; il y a des quantités d'air assez considérables qui pénètrent; on peut éloigner ou rapprocher ce petit appareil quand on veut et aussi vite qu'on le veut. C'est, selon moi, le meilleur moyen à employer; il ne donne pas de mécomptes.

Peut-on craindre l'asphyxie pendant l'éthérisation, ou la mort doit-elle être attribuée à une autre cause? Je ne connais pas un seul cas d'asphyxie déterminé par l'éthérisation; du reste, pendant les opérations, on constate parfaitement que la couleur du sang ne change pas; il n'en est pas de même pour l'amylène, le sang devient noir. Le chloroforme tue en agissant comme un poison violent donné en grande quantité; ce n'est pas en agissant sur le sang, mais sur le système nerveux qu'il détermine la mort, en paralysant d'abord les muscles et plus tard le cœur lui-même.

Il y a quelque temps, j'ai observé deux cas dans lesquels il se produisit des accidents qui heureusement ne furent pas suivis de mort. J'opérais une dame un peu chlorotique, rue Taitbout, pour un cancer du sein; M. Rayer assistait à l'opération avec plusieurs élèves; la malade voulut être endormie; elle fut couchée dans une position horizontale, et on lui donna à respirer environ deux grammes de chloroforme sur une éponge, en l'approchant peu à peu de la bouche; à peine était-elle à quatre pouces de distance de la face que cette femme s'écriait qu'elle étouffait, qu'elle allait mourir; elle tomba en faiblesse, le pouls n'était plus sensible; on donne de l'air, et ce n'est qu'après un quart d'heure de soins qu'elle put être rappelée à la vie. Je suis convaincu qu'avec un appareil, cette femme aurait été tuée, car le poison aurait pénétré plus rapidement.

Chez une autre dame, chloro-anémique, que j'opérais, rue du Bac, avec notre collègue, M. Gaultier de Claubry, j'observais des accidents analogues; elle était seulement à demi-couchée, on lui donna du chloroforme sur une éponge; presque aussitôt elle s'écria, comme la précédente, qu'elle étouffait, qu'elle était mourante, puis elle s'affaissa; on la couche à terre, on lui donne de l'air, et une demi-heure après seulement elle revenait à elle.

Je me résume par les conclusions suivantes :

1° L'éthérisation doit être pratiquée à l'air libre et non à l'aide d'un appareil;

2° On ne peut juger la quantité d'air et de chloroforme qui est introduite, quelles que soient les dimensions des ouvertures de l'appareil;

3° Les malades ne succombent pas à l'asphyxie, mais à une intoxication d'autant plus rapide, qu'il y a une plus grande quantité de chloroforme. Cet agent exerce son influence, non sur le sang, mais sur le système nerveux.

DISCOURS DE M. NÉLATON.

M. Nélaton. J'ai demandé la parole aujourd'hui, non pas pour répondre aux idées qui ont été émises par M. Devergie, et qui ont été le point de départ de cette discussion : ces questions ont déjà été discutées, et elles le seront encore par ceux de nos honorables collègues qui me succéderont à cette tribune ; je crois qu'en raison de l'extension prise par cette discussion, il sera utile de signaler une question qui aura, je l'espère, un certain intérêt; l'Académie, d'ailleurs, en sera juge.

Je veux parler d'une contre-indication à l'emploi des anesthésiques ; les orateurs qui m'ont précédé n'ont pu s'empêcher de toucher à cette importante question des contre-indications : c'est ainsi qu'on a parlé des maladies accompagnées de dyspnée, des affections des poumons, de la trachée, du larynx, de la présence de tumeurs dans la bouche, dans le pharynx, au cou, des maladies du cœur, de l'état de faiblesse extrême des sujets, de l'anémie, de la position verticale pendant l'anesthésie, de l'état de plénitude de l'estomac, au moment où on veut y avoir recours. Il est une autre contre-indication qui n'a pas été signalée et dont je me propose de vous entretenir : c'est l'état d'ivresse. Au premier abord, cette contre-indication peut paraître assez surprenante; cependant, je connais un cas de mort survenu pendant l'anesthésie pratiquée dans ces conditions, et comme elles pourraient se représenter encore, je pense qu'il sera utile d'en être prévenu ; d'ailleurs, ces conditions peuvent se présenter plus souvent

qu'il ne semblerait d'abord. Ainsi, des individus en état d'ivresse peuvent être confiés à nos soins à cause de graves lésions traumatiques, auxquelles cet état les expose particulièrement. Ainsi, il n'est pas très-rare de voir apporter dans les hôpitaux de Paris des individus ivres, et qui présentent des fractures compliquées de plaies des téguments, de déchirures artérielles, de saillie des fragments; le foyer de la lésion peut contenir des corps étrangers dont l'extraction immédiate soit nécessaire; alors le chirurgien peut être obligé de pratiquer une résection des fragments, des débridements pour rendre leur réduction possible, pour aller à la recherche des artères intéressées, afin d'y appliquer des ligatures; certaines luxations compliquées ou même simples doivent, dans certaines conditions, être réduites immédiatement, comme quelques luxations de la hanche; chez certains blessés qui présentent des fractures avec des désordres considérables, une opération grave peut être nécessaire pour que le transport du malade puisse être fait.

C'est dans un cas de ce genre que le malheur que j'ai à vous signaler a été observé par M. Masson, chirurgien de l'hôpital de Mirecourt. Voici le fait :

M. Masson est appelé la nuit auprès d'une femme qui, après s'être enivrée, s'était égarée dans les champs et avait été renversée par une voiture. Il existait au genou des désordres tellement graves, que notre confrère crut devoir pratiquer immédiatement l'amputation de la cuisse; la malade était éloignée de son domicile, et il eut été extrêmement difficile, sinon impossible, de l'y conduire; l'opération était formellement indiquée; en la pratiquant immédiatement, on avait l'avantage de mettre la malade en état d'être transportée. M. Masson soumit la malade aux inhalations anesthésiques; il ne se manifesta rien de particulier; le chirurgien procéda ensuite à l'opération qui fut faite régulièrement; quand elle fut terminée, la malade n'était pas réveillée, et elle ne put être tirée de l'état où elle se trouvait, malgré les soins qui lui furent donnés.

Comment apprécier cet événement? Peut-on attribuer la mort à une mauvaise manière de faire respirer le chloroforme? Mais cette éthérisation a été faite par un homme instruit, habitué depuis longtemps à la pratique de l'anesthésie. Doit-on l'attribuer à une faiblesse extrême? Cet état n'existait pas; il n'y avait pas eu de perte de sang. Enfin, faut-il l'attribuer à une idiosyncrasie ou à l'état particulier, l'ivresse du sujet? Chez certaines personnes, en effet, il existe des dispositions tout exceptionnelles. M. Jobert vient de vous en citer deux faits; je connaissais une de ces malades et je sais qu'en effet elle présentait cette disposition particulière. J'avais vu cette malade deux ans auparavant; elle portait alors une petite tumeur cancéreuse, que j'enlevai, et dont la repullulation a nécessité une nouvelle opération. Au moment où j'opérai cette dame, je l'endormis, comme je le fais habituellement, au moyen d'une compresse pliée en deux, que je maintiens sur les os propres du nez avec deux doigts de la main gauche, tandis qu'avec la main droite je ballotte cette compresse devant la bouche et le nez, afin de mélanger la vapeur du chloroforme avec l'air; j'avais versé sur la compresse 4 à 5 gouttes de chloroforme, suivant mon habitude; à peine la malade avait-elle fait cinq ou six inspirations, qu'elle devint immobile, la respiration s'arrêta complétement, et je dus me préoccuper de cet état, qui dura une demi-minute environ, après quoi je pus continuer l'opération. Si ce fait n'est pas arrivé à la connaissance de M. Jobert, c'est qu'aucun parent, aucune personne de la maison n'assistait à l'opération : je n'avais pu obtenir cela d'aucun d'eux.

Chez la malade de M. Masson, existait-il une prédisposition de ce genre, ou doit-on attribuer la mort à l'état d'ivresse? Notre confrère admet l'influence de cette dernière cause. Cela pouvait et peut être contesté. Il était bien difficile d'arriver à vérifier l'exactitude de cette opinion; je l'ai essayé, cependant, au moyen de l'expérimentation, autant qu'on peut le faire de cette manière.

J'ai fait sur deux chiens les expériences suivantes : dans une première expérience faite sur les deux chiens, je produisis une anesthésie simple sur ces deux animaux à jeun, afin d'étudier leur susceptibilité et afin d'avoir un terme de comparaison; le lendemain, je soumis encore les deux animaux à l'anesthésie, mais après les avoir préalablement enivrés; enfin, le troisième jour, je résolus de faire mourir les deux animaux par l'anesthésie, l'un d'eux étant à jeun, l'autre étant enivré, afin de voir si la mort arriverait plus vite chez celui qui était en état d'ivresse. C'était là la question capitale.

Les deux animaux dont je me servis étaient deux chiens de forte taille, vigoureux, âgés d'environ 4 ans, autant que je pus en juger par l'état de leurs dents. — Je leur fis respirer les vapeurs du chloroforme au moyen d'un appareil semblable à celui qui a été montré ici par M. Guérin, et qui est formé d'un tube en taffetas gommé, dont une des extrémités est appliquée sur le museau de l'animal, tandis qu'à l'autre se trouvent deux rondelles d'un tissu de coton, sur lequel on verse le chloroforme.

Voici les résultats que j'obtins dans les séries d'expériences dont je viens de parler :

1° *Animaux à jeun.* Les deux animaux aboient, se débattent, s'agitent, et arrivent enfin à cet état que l'on peut nommer d'*anesthésie chirurgicale :*

Le premier chien : en 6 minutes;
Le deuxième chien : en 9 minutes.

Je dois ajouter que les animaux n'étaient pas dans la résolution complète, le collapsus, qui est un degré plus avancé de l'anesthésie.—Des deux chiens qui ont servi à ces expériences, le deuxième était un peu plus fort que le premier.

2° *Animaux enivrés avec l'alcool.* Voici comment je les enivrai : je leur plaçai entre la joue et les arcades dentaires une sonde munie d'un entonnoir dans lequel je versai un mélange d'eau et d'alcool; je ne puis dire exactement quelle quantité fut administrée ainsi, car les animaux, en se débattant, en firent perdre une assez grande quantité.

Après leur avoir fait prendre ce mélange d'eau et d'alcool, je laissai l'ivresse se produire pendant une demi-heure; je les observais, et je vis se produire les signes de l'ivresse. Alors, je leur fis respirer du chloroforme comme la veille; il fallut moins de temps :

Pour le premier chien : 3 minutes;
Pour le deuxième chien : 30 secondes.

Ici, le résultat est différent; 3 minutes au lieu de 6 pour le premier chien; 30 secondes pour le second au lieu de 9 minutes; il y a là une grande différence, que j'ai peine à m'expliquer, mais qui est extrêmement frappante. J'ajouterai que dans cette deuxième série d'expériences, les animaux étaient dans un état plus avancé que dans la première série : ils étaient dans la résolution complète, dans un état de mort apparente.

3° *Premier chien à jeun. — Deuxième chien enivré.* Dans cette dernière expérience, je me proposais de pousser l'anesthésie jusqu'à la mort, chez un des chiens à jeun, et chez l'autre enivré, et d'observer la différence qui serait la conséquence de ces deux états différents eux-mêmes.

La mort survint :

Chez le chien à jeun : en 25 minutes;
Chez le chien enivré : en 15 minutes.

Je pensais constater une différence plus grande, d'autant plus que dans l'expérience précédente, le second chien, placé dans les mêmes conditions, avait été anesthésié en 30 secondes; mais il faut tenir compte de tout. Si la vie n'a disparu qu'à la quinzième minute, dès les premiers instants de l'éthérisation, l'animal était dans un état de mort apparente, et à partir de la dixième minute, il n'y eut plus qu'une inspiration par minute. Ainsi, cinq inspirations seulement ont suffi pour prolonger la vie pendant cinq minutes, c'est-à-dire pendant un tiers en plus de la durée de l'expérience. Notons encore que c'était le chien le plus fort des deux.

La conclusion à tirer de l'observation et des expériences que je viens de rapporter, c'est que chez les individus en état d'ivresse, il faut différer l'anesthésie autant que possible; et que si une opération était nécessaire dès le premier moment, il vaudrait mieux agir sans employer les inhalations anesthésiques.

Ces expériences sont trop peu nombreuses, j'en conviens, mais cependant je crois qu'il sera utile d'en tenir compte.

M. Bouillaud. Les chiens supportent très-mal l'ingestion des liquides alcooliques, et il faut tenir compte de cela pour les symptômes que l'on observe chez eux, quand on les amène à l'état d'ivresse; il ne faut qu'une quantité assez faible d'alcool pour obtenir ce résultat.

M. Nélaton. J'ai tenu compte, en effet, de cette particularité, que j'avais constatée déjà dans des expériences antérieures.

DISCOURS DE M. RICORD.

M. Ricord. Je n'ai pas l'intention d'insister longuement sur la question actuellement en discussion; je me propose seulement de déposer mon vote, pour ainsi dire, relativement à quelques-unes des idées qui ont été émises par M. Devergie, dans la note qu'il a lue à cette tribune. Au moment où cette lecture fut faite, je pensai, comme la plupart de nos collègues, que M. Devergie attribuait à l'asphyxie presque tous les cas de mort causés par le chloroforme; ce n'était pas là, paraît-il, l'opinion exacte de M. Devergie; sans être aussi absolu, cependant que cet accident jouait le principal rôle comme cause de mort, et son but, en proposant l'emploi d'un appareil, était de mettre les chirurgiens à l'abri des causes d'asphyxie qui peuvent se présenter.

Je crois que l'asphyxie peut être produite avec ou sans appareil; j'admets que ces appareils sont nuisibles plutôt qu'utiles. Lorsqu'on s'en sert, sans y ajouter du chloroforme, on voit que les malades ont de la peine à respirer, et, lorsqu'on y ajoute le liquide anesthésique, cette difficulté doit augmenter plutôt que diminuer; lorsqu'on se sert de compresses ou d'éponges sans chloroforme, on peut les maintenir longtemps devant la bouche et le nez sans que la respiration soit le moins du monde gênée, et, lorsqu'on ajoute le chloroforme, la respiration continue à se faire régulièrement; l'air pénètre en quantité suffisante avec les vapeurs du chloroforme. Ainsi, lorsqu'on laisse respirer à l'air libre, il y a moins de chances d'asphyxie que quand on les enferme dans un appareil; et, à ce propos, je m'étonne de la naïveté des appareils, je ne dis pas de leurs inventeurs : vous voulez faciliter la respiration, et vous appliquez sur leur bouche un appareil qui les empêche de respirer; j'avoue que cela dépasse ma raison. On respire beaucoup plus facilement à l'air libre, que quand on est renfermé dans une machine de ce genre.

Les contre-indications à l'emploi du chloroforme vous ont été signalées et viennent d'être rappelées par M. Nélaton, qui vous en a fait connaître une nouvelle. Parmi les accidents qui peuvent se présenter pendant le cours d'une éthérisation, il en est un qui peut se produire dès le principe, et qui a, selon moi, une très-grande importance, et cet accident se produit sous l'influence de l'émotion que cause au malade la crainte de l'opération et la gêne causée par l'appareil à inhalations.

On a cherché à évaluer les quantités de chloroforme qui pénétraient dans les voies aériennes mélangées à l'air; mais comme le chloroforme reste toujours et nécessairement en contact avec l'air ambiant, il s'en perd une certaine quantité. M. Guérin disait avec raison qu'il serait utile de pouvoir doser la quantité de chloroforme, comme on le fait pour les autres médicaments; il y a longtemps qu'on a émis cette idée, chose facile d'ailleurs; mais la difficulté, c'est de pouvoir le faire.

Ainsi, la quantité doit-être celle qui est nécessaire pour endormir; la dose est relative; et le temps employé à l'inhalation des vapeurs sera extrêmement variable, suivant les individus. J'ai pu maintenir dans l'anesthésie une femme atteinte de coliques hépatiques, depuis dix heures du soir jusqu'à six heures du matin; chaque fois que la malade se réveillait et sentait de nouveau ses douleurs, on recommençait à lui faire respirer du chloroforme.

Quant à l'asphyxie dont l'influence a été mise en question, cette cause a été mise de côté, pour le plus grand nombre des cas, par nos collègues, et sur ce point, je suis complétement d'accord avec eux.

Si j'avais à formuler des règles pour l'emploi des anesthésiques, voici comment je les formulerais :

1° Résister le plus possible aux demandes des malades; employer le moins qu'on pourra les vapeurs anesthésiques; la possibilité des accidents commande la plus grande réserve;

2° N'employer aucun appareil; laisser la respiration aussi libre que possible;

3° On devra surveiller non-seulement le pouls, mais aussi la respiration. Dans les cas où on voit survenir des accidents, on aura recours à la respiration artificielle; ce moyen, auquel j'ai eu recours déjà plusieurs fois, m'a toujours réussi, et quoique ce soit le plus efficace, j'ai remarqué qu'on n'y avait jamais recours qu'en dernier lieu et quand il n'est plus temps. Cependant, il n'y a aucun inconvénient à agir même trop tôt.

Je me rappelle y avoir eu recours avec succès dans un premier cas où j'employai le chloroforme, au moment où on commençait à employer cet agent anesthésique. J'opérais, rue Dauphine, une jeune dame de 25 ans qui, par coquetterie sans doute, voulait que je lui enlevasse quelques végétations de la vulve : je refusai d'abord de l'endormir pour une opération aussi légère; enfin, vaincu par son insistance, je l'endormis. Après quelques respirations, elle tombe en faiblesse, le pouls cesse d'être perceptible, elle ne respire plus, devient pâle, etc. Alors, j'eus recours à la respiration artificielle, et bientôt elle revint à elle; j'ai la conviction que quelques secondes plus tard, ce moyen eût été employé inutilement.

Selon moi, c'est le premier soin dont on doit s'occuper, et il est toujours suivi de succès, quand on y a recours en temps convenable. Les malades reviennent à eux rapidement, et reprennent très-vite leur présence d'esprit, leur mémoire, comme avant l'opération.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 85. 5e année. Jeudi 16 Juillet 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

AVIS. — *A partir de ce jour, 15 juillet, les bureaux de la* Rédaction *du* Moniteur des Hôpitaux *sont transférés* **quai de l'Horloge, n° 21,** *près le Pont-Neuf. Ils seront ouverts tous les jours, les dimanches exceptés, de dix heures à quatre heures. — Toutes les communications relatives à la rédaction, ainsi que les publications qui nous sont adressées en échange du* Moniteur, *devront être envoyées à cette nouvelle adresse. = Les lettres relatives à* l'Administration *et les demandes d'abonnement devront, comme par le passé, être adressées* **rue Garancière, n° 5.**

Paris, 15 juillet 1857.

Séances de l'Académie des Sciences des 29 juin et 6 juillet 1857.

Dans la séance dont nous rendons compte aujourd'hui, l'Académie a reçu ou entendu plusieurs communications qui méritent notre attention, mais parmi lesquelles la glucogénie joue le principal rôle. Pour aujourd'hui, ce seront les seules dont nous nous occuperons.

Il serait doux pour nous et pour tous ceux qui aiment les conquêtes dans les régions du positif de constater que ces communications nous fixent enfin sur une question tant agitée, ou tout au moins augmentent le nombre des faits positifs qui se sont produits sur cette question. Malheureusement, il n'en est rien.

Notre distingué collaborateur, M. Sanson, dans un mémoire dans lequel tout le monde s'est plu à reconnaître au moins un grand talent d'exposition, a signalé dans le sang et dans tous les tissus une matière dextrinée, capable de se transformer en sucre; on pouvait croire que c'était un pas de fait; point du tout, c'est un embarras de plus. Un jeune médecin, qui promet de porter dignement un nom considérable dans la science, M. Pelouze fils, vient déclarer que cette substance n'est pas la même que la matière glucogène du foie, qu'elle ne fermente pas et ne se transforme pas en xyloïdine.

M. Bernard, sans entrer dans aucune distinction, déclare purement et simplement que la matière gly ou glucogène existe *exclusivement* dans le foie chez les carnivores nourris à la viande ; ce qui signifie en termes assez clairs ou que M. Sanson a mal choisi ses sujets d'expériences, ou qu'il s'est trompé dans ses analyses.

Dans sa seconde communication, que nous mettons textuellement sous les yeux de nos lecteurs, M. Sanson indique dans quelles circonstances la dextrine animale qui se trouve dans le sang et dans tous les organes fermente et doit fermenter, et il explique ainsi cette singulière sécrétion posthume du sucre par le foie, sécrétion qui avait produit une si grande sensation quand M. Bernard la fit connaître, qu'il semble prendre soin de laisser dans l'ombre aujourd'hui, et que M. Figuier, on se le rappelle, est venu nier d'une manière formelle il y a quelques semaines.

Tel est en ce moment l'état de la question, ou tel est plutôt l'état des faits. Les probabilités en faveur de l'exactitude des faits étant en raison directe des preuves d'habileté données par les expérimentateurs, les présomptions nous paraissent assurément être en faveur de M. Bernard; toutefois, des présomptions ne constituent pas une certitude, et toutes les fois que des faits contradictoires sont en présence, le doute est évidemment de rigueur, quand une des parties n'est pas notoirement indigne de confiance, et ce n'est pas ici le cas, tant s'en faut. C'est d'autant moins le cas, que le second fait annoncé par M. Sanson, celui de la fermentation de la dextrine animale *dans des circonstances déterminées,* ne paraît pas avoir été l'objet d'un contrôle spécial par ses contradicteurs, et ce contrôle est pourtant de toute nécessité.

D'ailleurs, les difficultés de *fait* ne sont pas les seules qui s'élèvent à mesure qu'on s'avance dans cette ténébreuse question de la glucogénie; les obstacles de logique semblent marcher de pair. Or, devant la logique, il n'y a pas de titres antérieurs; là, tout le monde est vraiment égal, c'est-à-dire que chaque argument vaut par ce qu'il est, et non par la source dont il émane. Or, sous le rapport du raisonnement, nous trouvons dans les travaux de M. Bernard des difficultés de plus d'un genre. Quand le fait de la sécrétion posthume du foie fut annoncé, nous trouvâmes, contrairement aux sentiments d'enthousiasme qui se firent jour de plusieurs cotés, qu'une fonction, un acte *physiologique,* se continuant plusieurs heures après la mort, était un acte d'une physiologie tout à fait étrange, nouvelle, imprévue au dernier point. Nous fîmes remarquer combien ce fait se conciliait difficilement avec cet autre fait, que la piqûre d'un certain point de la moelle, la section du

nerf pneumo-gastrique empêchait la sécrétion du sucre dans le foie : ainsi, la section du nerf pneumo-gastrique avait plus d'influence que la mort même sur les actions intimes du foie! Aujourd'hui, M. Bernard invoque, comme un nouvel argument décisif, cet autre fait nouveau, qu'une inflammation, un mouvement fébrile, une indisposition quelconque qui n'empêche même pas les animaux de manger, suffit pour empêcher la formation dans le foie de la substance glucogène, ou, ce qui revient au même en dernier résultat, la sécrétion du sucre. Qu'est-ce donc qu'une fonction qu'une simple arthrite du pied peut suspendre d'une manière complète? Comment une telle fonction pourrait-elle avoir l'importance que M. Bernard semble lui attribuer ailleurs, d'entraîner la mort quand elle vient à être interrompue? A ce compte, il n'y aurait guère de maladie qui ne fût mortelle, puisque toutes ou presque toutes suspendent la fonction glucogénique du foie.

M. Bernard, dans sa dernière communication, nous fait espérer qu'il présentera prochainement à l'Académie un mémoire d'ensemble où toutes les objections seront levées; espérons que les difficultés précédentes — et nous n'avons signalé que les principales — ne seront pas oubliées par l'habile expérimentateur: s'il parvient à nous édifier complétement sur tous ces points, nous serons heureux de l'en féliciter, comme nous sommes toujours heureux de rendre hommage à la vérité et de lui prêter notre faible appui toutes les fois qu'il nous est donné de la voir sans nuage. En rendant compte très-prochainement du premier volume de la *Physiologie expérimentale* de M. Bernard, nous aurons d'ailleurs occasion d'exposer plus en détail les difficultés que nous n'avons pu que rappeler sommairement dans cette rapide appréciation. H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

Études cliniques sur le perchlorure de fer dans son application aux hémorrhagies,

Par M. le Dr Deleau,
Médecin en chef de la Roquette.

L'expérience est la boussole de la pratique médicale.

La matière médicale est la partie scientifique la plus négligée en médecine. Les substances médicamenteuses ne manquent pas en pharmacie ; mais leur application thérapeutique, faite en général avec indifférence, a été la source d'erreurs qui se sont popularisées dans la pratique. A part quelques médicaments spéciaux, la pharmacopée est un chaos de drogues mélangées; sa composition présente un assemblage suranné du médicament principal avec quelques adjuvants sans valeur, le tout enjolivé d'une substance aromatique capable de flatter le goût et l'odorat du malade.

Ces quelques réflexions s'offrent naturellement à notre esprit au moment où nous allons parler des propriétés générales du perchlorure de fer dans les maladies.

Un article ayant été récemment publié sur les hémorrhoïdes et les varices, à propos de la méthode nouvelle de M. le docteur Chassaignac, par l'écrasement linéaire, il nous paraît utile aujourd'hui, en donnant de l'extension à notre article, de parler du perchlorure de fer dans son application aux hémorrhagies. Cette étude clinique nous amènera successivement à nous occuper de la puissance modificatrice du perchlorure de fer dans les maladies des membranes muqueuses, et à faire connaître la spécificité du perchlorure de fer dans les affections syphilitiques et scrofuleuses.

L'angéiologie artérielle est l'étude chirurgicale la mieux connue de cette partie d'anatomie pathologique. Les chirurgiens les plus célèbres se sont occupés de cette branche de la science avec une sollicitude toute paternelle. Ils y étaient d'ailleurs portés par la gravité de la maladie et l'absence d'un moyen propre à arrêter les progrès fâcheux qui sont la conséquence du développement progressif des tumeurs anévrysmales.

Parmi les membres du corps médical, les uns emploient la ligature, les autres la compression directe ou indirecte. Il y a un troisième parti, c'est celui des savants qui réservent leur opinion et qui voltigent au devant de toute méthode nouvelle pour en être les propagateurs intelligents ou les détracteurs impitoyables.

La méthode d'Anel, qui consiste à pratiquer immédiatement la ligature au-dessus du sac anévrysmal, fut modifiée par la ligature de Hunter, laquelle est pratiquée à une distance un peu éloignée de l'artère malade. Les deux procédés de cette méthode furent écartés indistinctement par Brasdor, qui pratiquait la ligature au-dessous du sac. Cette différence dans le mode d'application ne peut être motivée que par l'absence ou la présence des artères collatérales entre le sac et la ligature. Du reste, la méthode de Brasdor a ses inconvénients et ses avantages; les praticiens ont dû en rechercher une autre qui fût moins exposée à des dangers réels. De là l'origine de la méthode par la compression directe et indirecte. Ce dernier procédé a reçu une consécration favorable dans le traité récent des anévrysmes par M. le docteur Broca, ouvrage remarquable par un style plein de verve, d'élégance et de clarté. M. le docteur Broca, l'un de nos plus habiles praticiens, est le propagateur de la méthode de la compression indirecte, oubliée en France, où l'usage de la ligature prévalait exclusivement. Le compresseur ingénieux de M. le docteur Broca est venu faire triompher les préceptes de la compression double alternative, réunis en corps de doctrine par M. le docteur Bellingham, praticien distingué de l'Irlande.

Mais il ne faut point oublier le nom de Valsalva. En ne poussant pas à ses dernières limites son traitement palliatif, ce traitement peut seconder la guérison d'anévrysmes internes qui sont inopérables, en favorisant en même temps l'action des médicaments internes et externes, qui peuvent amener une guérison radicale des anévrysmes anciens et volumineux.

Qui ne se rappelle avec douleur la perte prématurée de Pravaz? Qui ne regrette encore ce praticien si original, si ingénieux dans la profession qui faisait le charme de sa vie? Le dernier soupir de l'illustre savant fut encore pour ses infortunés opérés. Instruit par Monteggia de la puissance hémostatique coagulante du perchlorure de fer, il voulut utiliser cet agent au profit de l'humanité. Une inspiration pratique créa la pensée, le procédé et l'application thérapeutiques. Tout, jusqu'à l'instrument, bijou coquet, bien plus fait pour inspirer la confiance que l'effroi au malade, et la solution titrée et concentrée du perchlorure de fer, est frappé d'un cachet mathématique de justesse et de précision. Au bruit des hardiesses et des succès heureux de l'habile expérimentateur, une discussion des plus vives et des plus intéressantes s'éleva au sein de l'Académie de Medecine de Paris.

Gloire donc au grand nom de Pravaz! Honneur aussi à M. le docteur Broca, qui, dans son *Traité des anévrysmes* a si bien compris l'importance et l'utilité du perchlorure de fer : « Tout « n'est pas dit sur les propriétés générales du perchlorure de « fer ; cet agent, mieux étudié dans ses applications, est un des « médicaments puissants de la matière médicale. »

La méthode de Pravaz consiste en une injection de la solution titrée et concentrée de perchlorure de fer.

Le malade doit être convenablement placé pour recevoir les soins des aides compresseurs et du chirurgien. Ce dernier prend une canule armée d'un trocart, plonge l'instrument dans le centre de la tumeur, laisse couler le sang, pour adapter ensuite à la canule une seringue chargée de dix, vingt ou trente gouttes de solution de perchlorure de fer. Le second temps de

l'opération est dans l'injection d'une certaine dose nécessaire de la solution dans le sac anévrysmal. Il faut avoir la précaution de faire le massage de la tumeur après l'injection, pour que le perchlorure forme en caillot toute la masse du sang contenu dans le sac. La canule étant retirée, on recouvre l'ouverture faite avec l'instrument d'une compresse de linge, maintenue exactement par un léger bandage.

Cette opération délicate doit toujours être pratiquée par un chirurgien d'une habileté consommée. Il faut laisser aux médecins peu familiarisés avec les grandes opérations chirurgicales, le soin modeste d'utiliser le perchlorure de fer dans les hémorrhoïdes et les varices.

Dans ces deux dernières maladies, l'opération est la même que pour l'anévrysme, mais comme elles présentent des suites moins fâcheuses, il est plus raisonnable, avant d'opérer, de chercher à obtenir une guérison par l'usage du sirop, des lotions et de la pommade de perchlorure de fer.

Le nom de Pravaz est à l'abri des discussions académiques. Son ombre peut errer silencieuse sous les portiques de l'Académie ; elle ranimera par sa présence le zèle des propagateurs du perchlorure de fer. Une circonstance exceptionnelle nous a procuré l'occasion, comme médecin des prisons, d'étudier pendant plus de deux années les propriétés de ce médicament si puissant, et de reconnaître à quel degré il est doué d'une diversité d'action sur les solides et les liquides. Nous avons composé un formulaire pharmaceutique de perchlorure de fer à la portée de tous les âges. Le sirop, les pilules, les injections, les lotions, la pommade ont été utilisés par nous, suivant la nature et le siége de la maladie.

Mais pour obtenir un peu d'attention et de bienveillance, que d'obstacles n'avons-nous pas eu à surmonter, même auprès de ceux de nos confrères dont l'appui n'aurait pas dû nous faire défaut !

L'histoire des hémorrhagies est l'histoire de la vie humaine. Les médecins de toutes les époques ont fait des recherches pour connaître les causes probables de cette maladie, quelquefois légère et salutaire, mais le plus souvent fâcheuse par sa persévérance ou ses retours réguliers ou irréguliers. La menstruation est le modèle primitif d'une hémorrhagie native, qui, malgré sa régularité mensuelle, a ses vicissitudes et ses dangers. Toute hémorrhagie, sauf l'hémorrhagie traumatique, est la conséquence d'une modification anormale des solides et des liquides sanguins. Mais sans chercher à rappeler les théories et les divisions scolastiques, nous devons borner nos soins au simple rôle de l'observation pratique, tout en rappelant à l'esprit, dans l'intérêt de la thérapeutique, les progrès que l'on doit à l'anatomie et à la physiologie.

Galien, doué du génie d'intuition, a bien reconnu la liaison intime des hémorrhagies avec un état morbide du sang, cette chair vivante et liquide qui porte, par la circulation artérielle, la nutrition et la vie dans nos organes. Huxham a été plus explicite lorsqu'il nous a appris que le sang est composé de globules et de fibrine. Cette observation physiologique, longtemps oubliée, a été confirmée de nos jours par les savantes recherches de MM. Andral et Gavarret, recherches dues au perfectionnement de la chimie moderne. La pathologie n'a pas peu contribué à détruire le dédale d'erreurs qui enveloppe l'étude des hémorrhagies lorsqu'elles se manifestent dans les fièvres éruptives, dans la fièvre typhoïde, le *purpura hemorrhagica*, les maladies épidémiques, etc.

Les hémorrhagies ne sont quelquefois qu'un symptôme de la maladie générale, mais le plus souvent ces hémorrhagies prennent naissance dans l'altération du sang et dans celle des propriétés vitales des solides.

Le médecin doit toujours mettre un terme aux hémorrhagies, pour que le temps lui permette de pouvoir modifier, par les moyens qui sont en sa puissance, la constitution du malade.

MM. les docteurs Gosselin, Michon, Voillemier utilisent avec succès le perchlorure de fer contre les varices et les tumeurs érectiles sanguines. MM. Audiat, Blache, Lacrosse, Lombart prescrivent le perchlorure dans diverses maladies, dont nous rappellerons les observations en temps et lieu. M. le docteur Delpech a pu maîtriser par l'usage interne du perchlorure de fer, une épidémie d'érysipèle diffus qui a été la cause de mortalité dans l'établissement de la Maternité.

La pléthore, l'anémie, l'innervation sont les causes ordinaires des dispositions hémorrhagiques. L'art a été obligé d'utiliser les moyens pharmaceutiques pour combattre ces dispositions natives ou acquises. Mais il n'entre pas dans notre sujet de rappeler les médicaments mis en usage contre les hémorrhagies ; nous voulons nous borner à constater, par quelques observations recueillies avec soin sur des malades de tout rang et de tout âge, la puissance hémostatique et modificatrice du perchlorure de fer, et nous croirons avoir atteint notre but si par là nous portons la conviction dans les esprits. Mais pour que cette conviction acquiert une grande force de vérité, nous publierons non seulement nos observations, mais aussi les observations qui nous seront communiquées par nos honorables confrères.

Il nous paraît utile, en terminant cet article, de faire observer à nos confrères que le perchlorure de fer est si éminemment décomposable, qu'il peut difficilement être associé à un autre médicament. Il arrive presque toujours que le perchlorure est détruit ou profondément altéré dans les potions, pilules ou autres mélanges ; aussi est-on arrivé à l'employer à des doses excessives sans obtenir les succès attendus. Nous ne saurions trop engager les praticiens à s'en tenir à des formules simples, telles que celles qui ont été publiées par nous dans la *France médicale*, le 9 août 1856. Il faut aussi se défier de l'acidité et de l'altération du perchlorure de fer qui se trouve dans quelques pharmacies, au moment de préparer les ordonnances du médecin.

Obs. I. — Mme L....., âgée de 50 ans, tempérament lymphatique nerveux, santé remarquable par la fraîcheur du visage, mère de plusieurs enfants, est exposée, depuis quatre années, à une métrorrhagie périodique qu'elle attribuait à son retour d'âge. Il est vrai que cet état de perturbation mensuelle n'altérait nullement sa santé, sauf un peu de faiblesse; mais cette faiblesse disparaissait par une médication et un régime convenables. Le 23 mars, la malade est prise d'hémorrhagie qui se continue jusqu'au 25 du même mois. La perte est abondante, suivie de syncopes, de pâleur des lèvres, du visage, avec refroidissement des extrémités inférieures, palpitations du cœur, etc. Appelé dans la journée, nous avons exploré les parties sexuelles : au toucher digital, nous avons été convaincu que nous avions sous les yeux une hémorrhagie hypérémique.

Le sirop de perchlorure a été administré à la dose d'une cuillerée à bouche matin et soir. Ce puissant médicament, secondé par un régime approprié à la situation de la malade, a pu arrêter la perte au bout de quelques heures. Cette observation est curieuse par le succès rapidement obtenu sous la puissance hémostatique du perchlorure de fer; elle nous a rappelé ce qui arriva quelquefois au baume de copahu dans quelques blennorrhagies individuelles.

Nous n'avons pas eu besoin de faire des injections ; la métrorrhagie était d'une simplicité remarquable. Il en aurait été autrement si l'hémorrhagie avait été le résultat d'une lésion organique de l'utérus. Dans cet état de choses, les injections agissent localement et favorisent le sirop pris à l'intérieur. La malade a eu depuis trois époques d'une régularité parfaite. Sous l'influence du médicament administré à divers intervalles, la santé s'est complétement rétablie, et la malade se livre aux exercices de la vie ordinaire.

Obs. II. — M. P...., âgé de 22 ans, tempérament lymphatique. Sous les apparences d'une bonne constitution, le malade est exposé depuis longtemps à un épistaxis, qui se renouvelle deux ou trois fois par jour. Les pertes sont plus ou moins abondantes, et finissent par être pour le malade un sujet d'inquiétude. Les douleurs de tête, les bourdonnements d'oreilles, les palpitations du cœur, la pâleur de la face, la décoloration des lèvres, l'absence de la mémoire sont des symptômes qui se présentent à notre première visite. Le diagnostic

était facile, l'anémie se présentait déjà avec tous les symptômes alarmants qui caractérisent cette maladie. Nous avons soumis le malade au sirop de perchlorure de fer, à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, et à une lotion du médicament pour être aspirée fortement par les narines. Les pertes de sang ont diminué de fréquence et d'intensité; elles ont entièrement disparu par le retour à la santé, qui ne s'est point démenti depuis six mois.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PHYSIOLOGIE.

Note sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale,

Par A. Sanson,

Chef des travaux chimiques de l'Ecole impériale vétérinaire de Toulouse.

(*Présentée à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine.*)

J'ai établi, par mes précédentes expériences, dont j'ai eu l'honneur de communiquer les résultats à l'Académie, qu'il existe dans le sang de la circulation générale, dans celui de la circulation abdominale, dans le tissu des principaux organes de l'économie, et notamment dans le foie, la rate, les reins, le poumon et les muscles, une matière tout à fait analogue à la dextrine, c'est-à-dire pouvant se transformer en glycose sous l'influence de la diastase. J'ai montré qu'après avoir subi l'action de cet agent, la matière dont il s'agit est bien positivement passée à l'état de sucre, puisque, tout à fait insensible, avant, aux réactifs qui caractérisent celui-ci, elle se montre ensuite douée de toutes les propriétés qui lui sont propres, en réduisant la liqueur cupro-potassique, et en subissant la fermentation alcoolique par la levûre de bière. Il m'a été possible, en effet, non-seulement de constater moi-même et de faire constater par d'autres les phénomènes physiques de cette fermentation, mais encore de recueillir l'acide carbonique et l'alcool qui en sont les produits.

J'ai cru pouvoir conclure de ce fait, constaté chez des grands herbivores pris dans des conditions diverses d'espèce et de situation, que la formation du glycose, dans leur économie, est soumise aux mêmes lois qui régissent la formation des autres éléments de la nutrition, c'est-à-dire qu'elle résulte de l'action directe des agents digestifs sur les principes alimentaires; en d'autres termes, et plus explicitement, que la ptyaline ou diastase salivaire fait passer d'abord les principes amyloïdes des aliments à l'état de dextrine, puis à celui de glycose. Ce fait, connu depuis longtemps, n'était point contesté; seulement, je je crois avoir été le premier à montrer qu'une grande partie de ces mêmes principes sont absorbés par le système veineux abdominal à l'état de dextrine, tandis que ce qui a subi la transformation complète dans les voies digestives est pris directement par les chylifères. La dextrine introduite dans la circulation avec l'agent de sa métamorphose, y subit ultérieurement celle-ci.

En outre, l'existence constante de cette même dextrine dans la trame des tissus, c'est-à-dire dans les capillaires qui en font partie, m'a porté à penser que c'est là surtout que cette métamorphose s'accomplit, comme c'est, du reste, la règle pour toutes les autres.

Mais, au point de vue particulier de la question en litige depuis plusieurs années, au point de vue de la fonction glycogénique attribuée au foie, mes expériences me paraissent avoir une importance sur laquelle je demande la permission d'appeler l'attention.

En effet, sans revenir sur les différents arguments primitivement avancés à l'appui de la réalité de cette fonction, et dont la plupart ont été successivement détruits par les divers expérimentateurs qui se sont occupés de la question, celui qui paraît encore avoir le plus de poids, repose sur ce fait que chez les animaux exclusivement nourris de viande, tandis qu'il n'est pas possible de constater la présence d'un sucre directement fermentescible dans le sang de la veine porte, on en rencontre au contraire constamment dans celui des veines sus-hépatiques et dans le tissu du foie.

Or, sans infirmer le moins du monde la réalité de ce fait, mes expériences établissent d'une manière positive qu'il doit être interprété autrement, puisqu'il résulte clairement de ces expériences que la viande contient une forte proportion de matière glycogène, prête à se transformer en sucre sous l'influence de la diastase salivaire, transformation que j'ai pu obtenir expérimentalement, comme je l'ai annoncé dans mon premier mémoire. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que le foie des animaux nourris de viande contienne du sucre, du moment que le sang qui y arrive charrie à la fois de la dextrine et de la diastase; il n'y a non plus rien de surprenant à ce qu'il en contienne généralement une proportion plus considérable que celui des herbivores, puisque, dans ce cas, les actions digestives s'exercent directement sur de la dextrine, au lieu d'avoir préalablement à transformer l'amidon. Chez les carnivores, la moitie pour ainsi dire de la fonction glycogénique a été effectuée par les herbivores, dont la chair doit fournir à leur subsistance; résultat conforme, du reste, aux harmonies qui régissent les rapports des êtres organisés entre eux.

Et c'est ainsi que je pourrais, à l'aide des données acquises par mes expériences, expliquer avec la plus grande facilité tous les résultats des recherches antérieures, si je ne craignais d'abuser des instants de l'Académie. C'est ainsi notamment, que je ferais voir comment on a pu constater l'existence du glycose dans le foie vingt-quatre heures après l'avoir soumis à un lavage qui l'avait débarrassé de celui qu'il contenait, tandis qu'un autre expérimentateur n'a plus obtenu le même résultat, parce qu'ayant soumis l'organe à un lavage plus énergique et plus prolongé, il l'a sans doute débarrassé non-seulement du glycose, mais encore de la dextrine et de la diastase qu'il pouvait avoir retenues dans le premier cas.

Mais, d'ailleurs, cet examen théorique, qui pourtant aurait bien aussi sa valeur, m'entraînerait au delà des limites qui me sont imposées par une simple note, et je dois me borner à l'exposé des nouvelles expériences qui en font l'objet.

Il est inutile de rappeler que la première et la plus persistante objection qui ait été opposée à la doctrine de la glycogénie hépatique est celle qui consistait à soutenir que le sang de la circulation générale contient du sucre, circonstance dont la réalité avait été niée par l'auteur de cette doctrine, par différents autres expérimentateurs, et en dernier lieu, par la Commission de l'Institut, chargée de vérifier les résultats annoncés par M. Figuier. Cet habile chimiste n'avait pu, en présence de la Commission, provoquer dans ses essais la fermentation confirmative de la présence du glycose, et il a depuis annoncé que le sucre du sang n'est pas susceptible de fermenter directement, et que ce sucre, qui serait, suivant lui, d'une espèce particulière, n'acquiert cette propriété qu'après avoir été tenu pendant quelques minutes en ébullition avec un acide. Je ferai remarquer en passant que c'est précisément le cas de la dextrine et même de l'amidon.

Éclairé par mes premières expériences sur le mécanisme de la formation physiologique du sucre dans l'économie animale, le résultat constamment négatif obtenu par M. Figuier et par les autres expérimentateurs, dans les conditions où ils se sont placés, ne devait plus m'étonner, et il me semble facile à prévoir. Au moment où il s'écoule de l'un des vaisseaux de la circulation générale, le sang ne doit point, en effet, contenir de sucre fermentescible; et j'ai montré que l'on n'y trouve que de la matière glycogène, à un degré plus ou moins avancé de sa métamorphose. Mais il m'a paru non moins facile d'obtenir avec ce même sang la fermentation alcoolique, à la seule condition de se placer dans les circonstances convenables, basées sur la connaissance du mécanisme de la fonction.

Avant, toutefois, d'instituer les expériences qui devaient confirmer ces prévisions, j'ai cru devoir répéter celles qui avaient été faites. A cet effet, du sang de bœuf a été défibriné aussitôt après sa sortie de la jugulaire. Le sérum mêlé aux globules co-

lorés a été additionné de trois à quatre fois son volume d'alcool et agité, puis laissé au repos pour permettre au coagulum de se séparer. Le dépôt effectué, le tout a été jeté sur un linge qui a livré passage au liquide, puis le résidu a été exprimé. Le solutum alcoolique a été ensuite filtré au papier, au travers duquel il est passé presque incolore. Additionné de quelques gouttes d'acide acétique, jusqu'à réaction légèrement acide, il a ensuite été évaporé au bain-marie jusqu'à siccité, puis le résidu de l'évaporation a été repris par l'eau distillée et filtré de nouveau.

Une partie de ce solutum aqueux, soumise à l'ébullition prolongée avec la liqueur de Barreswill, n'a donné qu'une réaction fort douteuse et presque nulle. Le reste, additionné de levûre de bière et placé dans les conditions qui favorisent la fermentation des liquides sucrés, n'a donné lieu à aucun dégagement gazeux.

Le résultat a donc été conforme à celui qui vient encore d'être annoncé récemment.

Dès lors, s'il est vrai que le sucre se forme dans l'économie par la seule réaction chimique des éléments contenus dans le sang les uns sur les autres, et spécialement de la diastase sur la dextrine, il doit s'en développer dans ce même sang extrait des vaisseaux, après un temps suffisant. C'est ce que démontrera, j'espère, péremptoirement l'expérience suivante, que chacun peut répéter :

J'extrais de la carotide d'un cheval d'expérience environ 500 grammes de sang artériel, que je défibrine immédiatement par le battage, puis, *j'abandonne à lui-même pendant quarante-huit heures* ce liquide défibriné. A l'expiration des quarante-huit heures, je le traite par trois à quatre fois son volume d'alcool, je filtre et j'évapore absolument de la même manière que je viens d'indiquer tout à l'heure.

Le résidu de l'évaporation, repris par l'eau distillée, communique à celle-ci une coloration jaune. Une faible partie de la solution, mise en présence de la liqueur de Barreswill, la décolore même avant l'ébullition, et précipite presque immédiatement le sous-oxyde de cuivre en très grande abondance.

Le reste, additionné de levûre de bière et maintenu à une température convenable, ne tarde pas à subir une fermentation très-active, que j'ai vu se prolonger au delà de dix heures, et dont le résultat final est de l'acide carbonique et de l'alcool.

Ces faits ont été constatés comme tout ce qui se produit en ce genre dans les écoles vétérinaires, c'est-à-dire publiquement.

Il en résulte donc de la manière la plus nette :

1° Que dans le sang qui a été abandonné à lui-même pendant quarante-huit heures dans un vase inerte, il existe un sucre fermentescible qui ne s'y trouvait pas au moment où il a été extrait du vaisseau ;

2° Que puisqu'il n'est pas possible d'y admettre une influence vitale qui l'aurait sécrété, il faut bien reconnaître qu'il n'a pu s'y développer que par les moyens qui lui donnent naissance dans l'économie végétale, c'est-à-dire, l'action de la diastase sur la dextrine ;

3° Que l'expérience qui le démontre vient à l'appui des faits annoncés dans mon précédent mémoire, concernant la présence dans le sang et tous les tissus d'une matière glycogène analogue à la dextrine ;

4° Que ces faits prouvent, ainsi que je l'ai déjà établi, que la dextrine du sang a sa source, chez les animaux herbivores, dans l'action de la ptyaline sur les principes amyloïdes des aliments, et, chez les carnivores, dans la viande dont ils se nourrissent, où elle se rencontre toute formée ;

5° Enfin, que le foie ne sécrète, dans aucun cas, ni sucre, ni matière glycogène, et qu'il se borne à servir, comme la trame de tous les autres organes, à établir le contact de la dextrine avec la diastase, lequel contact est essentiellement ici plus prolongé, en raison du ralentissement de la circulation dans le tissu hépatique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séances des 29 juin et 6 juillet 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Prix de médecine et de chirurgie. — La Commission pour ces prix se compose de MM. Andral, Velpeau, Serres, J. Cloquet, Cl. Bernard, Jobert, Rayer, Flourens et Duméril.

Perchlorure de fer. — M. DELEAU donne lecture d'un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

J'ai utilisé les propriétés hémostatiques du perchlorure de fer sur les hémorrhagies en général, d'après les expériences de M. le docteur Pravaz, ce qui m'a conduit insensiblement de l'hémorrhagie utérine à la leucorrhée, ensuite aux blennorrhagies, aux chancres, aux ulcérations du vagin et aux affections scrofuleuses. Après avoir expérimenté le perchlorure de fer, pendant deux années, dans mon infirmerie de la Roquette, composée de quatre-vingts lits et recevant des malades atteints de toutes sortes de maladies, je puis en conclure :

1° Que le perchlorure de fer est sans aucun danger dans son usage à l'intérieur et dans son application externe ;

2° Que le perchlorure de fer est l'hémostatique le plus puissant connu ;

3° Que le perchlorure de fer est un modificateur des tissus vivants; mais surtout modificateur thérapeutique des membranes muqueuses dans les blennorrhagies, les leucorrhées, les catarrhes bronchiques, etc. ;

4° Que le perchlorure de fer est antisyphilitique, puisqu'il a la propriété de guérir les chancres vénériens, les ulcérations du vagin et de la matrice, sans avoir à redouter les dangers qui se manifestent par l'usage du nitrate d'argent, de l'iode, du mercure et de leurs composés ;

5° Que le perchlorure de fer est un médicament d'une grande puissance médicatrice dans les affections scrofuleuses.

(Comm. : MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert de Lamballe.)

Acide oxalique. — M. WURTZ donne lecture d'un travail où il expose des recherches extrêmement ingénieuses, d'après lesquelles il a été conduit à admettre que l'acide oxalique est formé de quatre équivalents de carbone, deux équivalents d'hydrogène et huit équivalents d'oxygène. M. Wurtz pense que ce qu'il vient d'établir pour l'acide oxalique sera appliqué plus tard à plusieurs autres acides analogues, tels que les acides succinique, adipique, subérique et sébacique.

Réclamation. — A propos de la fondation Civiale, M. GUILLON revendique la priorité des procédés de *stricturotomie* qu'il a introduits dans la pratique il y a trente ans, et qui seraient employés par MM. Civiale et Maisonneuve pour guérir les rétrécissements de l'urèthre durs et anciens, lesquels étaient incurables avant la découverte des procédés de M. Guillon, procédés que l'auteur a employés, dit-il, des centaines de fois sans aucun accident.

Plessimètre. — M. PIORRY communique une note dont les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant :

.... Il y a quinze jours, démontrant aux élèves de la Clinique la manière de tenir le plessimètre, je rappelai que peu de médecins savent s'en servir, et que quelques-uns même l'appliquent en sens inverse, de façon à ce que la partie creuse de la plaque d'ivoire est dirigée vers la peau, tandis que la surface plane opposée est en rapport avec le doigt qui percute. Cherchant à joindre l'exemple au précepte, je percutais de cette manière : quel ne fut pas mon étonnement alors que je pus apprécier à travers une couche d'air de 1 centimètre, non-seulement les diverses nuances de son et de rapport avec la densité et la circonscription des organes, mais encore les sensations tactiles variées, qui sont des résultats si importants dans le plessimétrisme ! La même exactitude, le même positivisme de limitation des organes se rencontraient, soit que l'on eût l'instrument appliqué par sa surface plane, soit qu'il fût placé sur ses auricules.

Glycogénie. — M. E. PELOUZE adresse la note suivante sur la *matière glycogène :*

J'ai recherché si la matière glycogène, sous l'influence de l'acide azotique fumant, se transformait en xyloïdine comme l'amidon. A cet effet, j'ai pris 1 gramme de cette substance préalablement purifiée par la potasse et desséchée à 100 degrés, et je l'ai mélangée à de l'acide nitrique concentré : au bout de quelques instants, la dissolution était complète, et, en traitant immédiatement par l'eau, elle laissait précipiter de la xyloïdine. J'ai recueilli et lavé sur un filtre la xyloïdine, et, après l'avoir desséchée, elle me donnait un poids de 1,300 qui représente sensiblement la quantité de xyloïdine qu'on obtient avec l'amidon végétal.

Comme cette dernière, la xyloïdine que je venais d'obtenir était très-combustible, détonnait avec flamme quand on la chauffait à une température de 180 degrés.

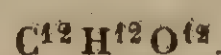
Lorsqu'on attend quelque temps avant de précipiter par l'eau la xyloïdine obtenue par le mélange d'acide nitrique fumant et de matière glycogène, on s'aperçoit que la xyloïdine diminue de quantité et finit même par disparaître complétement au bout de quelques jours.

Si, au lieu d'opérer avec de l'acide nitrique fumant, on traite la matière hépatique par l'acide azotique étendu, et si on porte le mélange à l'ébullition, on transforme la matière hépatique glycogène en acide oxalique facile à reconnaître à tous ses caractères chimiques.

L'analyse de la matière glycogène purifiée par la potasse et desséchée à l'étuve m'a donné les nombres suivants :

Carbone.	39,8
Hydrogène	6,1
Oxygène.	54,1
	100,0

correspondant à la formule



$$C^{12} H^{12} O^{12}.$$

La compostition de l'amidon végétal, placé dans les mêmes conditions, c'est-à-dire qui a été traité par la potasse et desséché ensuite à 100 degrés, correspond à la formule



$$C^{12} H^{11} O^{11}.$$

M. A. Sanson, chef des travaux chimiques à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, a recherché si la matière glycogène existe dans d'autres organes que le foie et prétend l'y avoir trouvée. Comme lui, j'avais eu l'idée de ces recherches, mais les résultats que j'obtenais étaient tout autres et j'étais, par conséquent, loin de partager sa manière de voir. J'étais d'autant plus prudent, que je sentais toute l'importance des conclusions qu'on pourrait tirer d'une pareille découverte.

En traitant, par exemple, les poumons d'un veau par les procédés décrits par M. Cl. Bernard pour la préparation de la matière hépatique glycogène, j'obtenais une substance qui, au premier abord, présentait les caractères extérieurs de la matière glycogène, formant, comme elle, un précipité blanchâtre, floconneux ; mais l'analogie s'arrêtait là, et si je voulais transformer cette nouvelle matière en glucose, en la plaçant dans les conditions où s'opère cette transformation pour la matière hépatique glycogène, mes efforts étaient vains. Ce précipité, qu'on obtient du poumon, n'est donc pas identique à celui qu'on obtient du foie. Je ne puis donner encore, d'une manière certaine, la composition de cette substance, et je me bornerai à dire dès à présent qu'elle me semble se rapprocher beaucoup de l'albumine modifiée (tritoxyde de protéine de Mülder).

J'ai retrouvé cette matière non glycogène dans d'autres tissus, dans les muscles, par exemple. Ce n'est pas du tout la matière trouvée dans le foie par M. Cl. Bernard.

En résumé : 1° La matière glycogène, purifiée par la potasse, se transforme en xyloïdine sous l'influence de l'acide nitrique fumant, et en acide oxalique, sous l'influence de l'acide nitrique étendu.

2° Elle a pour composition $C^{12} H^{12} O^{12}$ et doit être rangée dans le genre glucique. Comme la plupart des substances de ce groupe, elle contient l'hydrogène et l'oxygène dans les proportions de l'eau.

3° La substance que M. A. Sanson retire des différents tissus de l'organisme, n'est pas la même que la matière glycogène dont elle diffère par la propriété essentielle de cette dernière matière de se transformer en glucose, avant d'avoir été purifiée par la potasse.

— M. A. SANSON, adresse également un mémoire *sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale.* (*Voir* plus haut.)

— Enfin, M. CLAUDE BERNARD présente les remarques suivantes :

A l'occasion de la communication de M. Eugène Pelouze et de celle de M. Sanson, je rappellerai quelques-unes des conditions physiologiques de la formation du sucre dans les animaux que j'ai depuis longtemps établies. Il est important, en effet, de ne pas oublier ces conditions, si l'on veut éviter les contradictions apparentes qui résultent nécessairement de la comparaison de faits obtenus dans des circonstances physiologiques entièrement différentes. Je signalerai, à ce propos, quelques résultats nouveaux qui font partie de mes recherches sur la glycogénie animale que je poursuis toujours. J'ai déjà fait connaître ces expériences à mesure que je les réalisais, soit dans mes cours, soit à la Société de Biologie, et très-prochainement, je serai à même de communiquer à l'Académie toutes ces recherches nouvelles dans leur ensemble.

I. En 1853, dans mon mémoire sur la formation du sucre dans le foie, on trouve, page 58, un paragraphe ainsi intitulé : *Il y a deux origines possibles pour la matière sucrée chez l'homme et les animaux, une origine intérieure et une origine extérieure. L'origine intérieure dépend d'une fonction normale du foie, et elle offre une importance beaucoup plus grande que l'origine extérieure, qui dépend d'une condition variable de l'alimentation.* J'ai donc eu soin d'indiquer, dès cette époque, que pour prouver la fonction glycogénique du foie, il fallait se placer dans le cas le plus simple, c'est-à-dire dans le cas des carnivores, chez lesquels le foie seul fournit la matière sucrée, sans qu'il en vienne par l'alimentation. J'ai montré depuis que cette formation du sucre dans le foie a lieu, comme chez les végétaux, par suite de la transformation en sucre d'une matière amylacée sécrétée par le foie, véritable *amidon animal,* sur lequel M. Eugène Pelouze vient de communiquer aujourd'hui à l'Académie des recherches du plus haut intérêt pour la chimie physiologique. Or, si l'on se place dans ces conditions simples, telles que je les ai encore indiquées dans ma dernière communication à l'Académie (1), en agissant sur des chiens bien portants, nourris constamment avec de la viande, il n'y a aucune équivoque possible dans les résultats de l'expérience. La matière glycogène ou l'*amidon animal se rencontre exclusivement dans le tissu du foie, et aucun autre organe de l'économie n'en dénote la moindre trace.* C'est donc là l'expérience fondamentale qu'il ne faut jamais perdre de vue, parce qu'elle prouve nettement la formation du sucre dans le foie des animaux par un mécanisme tout à fait analogue à celui qu'on connaît chez les végétaux ; et c'est toujours de ces résultats incontestables et incontestés chez les carnivores qu'il faut partir, pour juger la provenance des matières sucrées et glycogènes qui peuvent se rencontrer chez les animaux herbivores. On voit que chez ces derniers animaux, la nature des aliments, qui est souvent une source extérieure de matière sucrée, ne détruit aucunement la formation de l'amidon animal, qui continue toujours à se produire exclusivement dans le foie, pour se transformer ensuite en sucre. Le sucre de l'aliment n'est donc, dans ce cas, qu'une complication accidentelle qu'il faut signaler, mais qui ne change rien à la solution du problème.

En effet, si l'on expérimente sur des lapins bien portants et nourris constamment avec des carottes, l'aliment leur fournit évidemment du sucre ; mais cela n'empêche pas le foie de continuer à produire, exclusivement à tout autre organe de l'économie, la matière glycogène animale. En sacrifiant les lapins, on trouve cette matière en très-grande quantité dans leur foie, et aucun autre organe de l'économie n'en renferme les moindres traces. Cette seconde expérience, que chacun peut encore répéter facilement, est donc tout aussi probante que la première pour établir que l'amidon animal du foie continue à se former, bien que l'organisme reçoive du sucre en grande quantité par l'alimentation.

Nous trouvons un cas un peu plus complexe chez les animaux nourris avec des graines. En effet, dans ces circonstances, l'alimentation ne fournit pas seulement du sucre, mais elle apporte encore dans l'organisme de la dextrine impure ou amidon soluble, colorable par l'iode. Dans mon premier mémoire, j'avais été porté à penser que les matières amylacées ne passaient pas dans le sang à l'état de dextrine, parce que le procédé que j'avais employé pour la rechercher était vicieux et précipitait la substance. Depuis, j'ai constaté la présence de la dextrine dans le sang et les muscles, par le moyen que j'ai indiqué pour préparer la matière glycogène du foie ; et M. Sanson, qui a employé mon procédé, a constaté ce passage de la dextrine dans le sang et dans les tissus des animaux.

Mais la formation constante de la matière glycogène dans le foie

(1) Voir *Monit. des Hôp.* du 14 avril 1857.

est complétement indépendante de cette provenance extérieure de la dextrine végétale, ainsi que de celle du sucre émanant de la même source; l'absorption de la dextrine se rencontre encore comme un cas exceptionnel et tout à fait accidentel de l'alimentation. C'est ce qu'on peut prouver de la maniére la plus facile par l'expérience suivante : Si on nourrit un lapin avec de l'avoine ou du blé pendant deux ou trois jours, et qu'après ce temps on le sacrifie, on constate la présence de la dextrine végétale dans son sang et dans ses tissus, tandis qu'on ne la trouve pas chez un même animal nourri avec des carottes. Il suffira même de cesser l'alimentation du premier lapin avec l'avoine pour faire cesser la présence de la dextrine dans son sang et dans ses tissus. Mais, dans toutes ces circonstances, rien n'est modifié dans la formation physiologique de la matière glycogène qui persiste toujours dans le foie dans toutes les alimentations, quelque variées qu'elles soient. Il est sans doute intéressant de savoir que certains aliments végétaux peuvent fournir de la dextrine à l'organisme animal. J'ai constaté le fait pour l'avoine et le blé chez des lapins et des pigeons. Comme M. Sanson, nous avons constaté, M. H. Bouley et moi, à l'École impériale d'Alfort, la présence de la dextrine dans les organes de chevaux nourris d'avoine ou d'autres grains; et M. Bouley recherche en ce moment avec M. Clément, jeune chimiste attaché à la même École, quelles sont les autres substances alimentaires qui sont dans le même cas de fournir de la dextrine à l'organisme. Si maintenant, dans la chair de certains animaux herbivores, on peut constater la présence de la dextrine végétale, on ne saurait en tirer aucune conséquence relativement à la formation du sucre dans le foie des carnivores, parce que, comme le montrent les expériences rapportées précédemment, cette formation est une fonction physiologique constante, tandis que la présence de la dextrine dans l'aliment est tout à fait accidentelle. Je ne l'ai pas trouvée, en effet, dans trois échantillons de viande de bœuf et de mouton que j'ai fait prendre chez le boucher, bien que cette dextrine, quand elle existe, se conserve très-longtemps dans les tissus musculaires après la mort, et je montrerai plus tard que ce serait là un caractère qui ferait distinguer, s'il en était besoin, la dextrine végétale de la matière glycogène du foie. Cette dernière est tellement altérable, qu'elle ne peut pas exister dans le sang sans être immédiatement changée en sucre, de sorte qu'elle ne peut jamais sortir du foie que sous cet état. Je ne doute pas non plus que cette lenteur de la transformation de la dextrine végétale dans le sang ou dans les tissus musculaires ne soit la cause de la diffusion si considérable du sucre qu'on a signalée chez les chevaux, etc., et qu'on a expliquée de différentes manières.

II. Une autre circonstance sur laquelle j'ai fortement insisté dans mon mémoire de 1853, c'est que la formation du sucre dans le foie a lieu par suite de l'accomplissement d'une fonction physiologique, ce qui fait que cette formation de matière glycogène animale peut se modifier ou s'évanouir sous l'influence d'une foule de causes morbides. Ce sont ces influences qui donnent la raison de l'absence ordinaire du sucre dans le foie des cadavres humains morts dans les hôpitaux, et c'est pour cela que, lorsque j'ai voulu démontrer la fonction glycogénique du foie chez l'homme, j'ai été obligé d'avoir recours aux cadavres de suppliciés. Tout ce que j'ai dit à cette époque pour le sucre s'applique exactement à la formation de l'amidon animal. Cette formation de la matière glycogène dans le foie diminue ou s'éteint aussitôt que les phénomènes de la nutrition organique sont troublés chez l'homme ou chez les animaux par des états de souffrance ou de maladie, et particulièrement par l'état fébrile. Chez les chiens malades, on ne trouve ni sucre, ni matière glycogène dans le tissu hépatique. Mais comme dans ces cas les chiens refusent en général de manger, on pouvait objecter que l'absence du sucre ou de la matière glycogène tenait à l'absence d'alimentation. Il n'en est rien, et l'on peut prouver, par des exemples pris sur d'autres animaux, que le foie dans l'organisme malade cesse de préparer l'amidon animal, lors même que l'appareil digestif continue de fonctionner et d'apporter dans le sang des principes alimentaires sucrés ou amylacés.

M. le professeur Bouley a bien voulu me prêter son concours pour faire, à l'École vétérinaire impériale d'Alfort, des expériences sur des chevaux qui offrent à ce point de vue le plus haut intérêt, parce que ces animaux continuent, dans certaines circonstances, à manger et à digérer, lors même qu'ils sont atteints de maladie. Je dirai d'abord qu'ayant examiné un certain nombre de foies pris chez des chevaux en pleine digestion, je fus très-surpris de n'y rencontrer aucune trace de matière glycogène, quoique quelques-uns de ces foies continssent du sucre qui provenait évidemment de l'alimentation. C'est alors que je vis que le critérium, le refus d'aliments qui, chez les chiens, est le signe de la maladie, n'existe pas toujours chez le cheval. En effet, ces chevaux examinés, quoique en digestion, étaient malades ou avaient subi avant la mort de longues et douloureuses opérations. Dans cet état physiologique, leur foie ne fonctionnait pas plus au point de vue de la matière glycogène que s'ils eussent été complétement soumis à l'abstinence.

C'est alors que M. Bouley chercha, pour faire des expériences comparatives, à avoir des chevaux vigoureux et bien portants, ce qui est assez rare à l'École d'Alfort, comme on doit le penser. Deux expériences ont été faites avec le succès le plus complet. Je me bornerai à en citer une seule, à laquelle assistait M. le professeur Schmidt, de Dorpat, et dont j'ai montré les résultats à la Société de Biologie. Des deux chevaux qui furent mis en expérience, l'un était vigoureux et bien portant; une paralysie d'origine traumatique et ancienne d'un membre antérieur avait déterminé le sacrifice de l'animal. L'autre cheval, également vigoureux, avait depuis trois jours une inflammation de l'articulation du pied, par suite d'une lésion traumatique. Les deux animaux furent nourris avec du foin et de l'avoine, et tous deux mangèrent bien, quoique le cheval atteint d'arthrite eût la fièvre (il avait 100 à 110 pulsations, tandis que le cheval sain en avait 40 à 45). Trois ou quatre heures après le repas, les deux chevaux furent sacrifiés.

En ouvrant aussitôt le canal intestinal, il offrait, chez les deux animaux, les apparences de la plus parfaite digestion; les vaisseaux chylifères étaient remplis, chez les deux chevaux, par un liquide blanchâtre, et chez l'un comme chez l'autre les urines étaient alcalines. Les foies enlevés aussitôt furent ensuite examinés comparativement.

Le foie du cheval non malade donnait une décoction opaline très-riche en matière glycogène, tandis que le foie du cheval atteint d'arthrite aiguë donnait une décoction limpide qui ne contenait pas la moindre trace de matière glycogène. Cependant les chairs de ces animaux renfermaient de la dextrine et du sucre provenant de l'alimentation.

Toutes ces expériences prouvent donc de la manière la plus claire l'indépendance de la fonction glycogénique et de l'alimentation. Nous avons vu, en effet, chez le carnivore sain, que la formation de l'amidon animal dans le foie existe avec une alimentation complétement dépourvue de matière saccharroïde, et qu'ici elle cesse d'exister chez l'animal herbivore malade, malgré l'alimentation saccharroïde la plus riche. J'ajouterai encore qu'indépendamment de l'état fébrile, toutes les causes épuisantes, les souffrances prolongées peuvent aussi troubler ou arrêter la fonction glycogénique; de sorte que lorsque l'on voudra chercher la matière glycogène dans le foie des animaux, il faut absolument choisir des animaux vigoureux et bien portants, chez lesquels la fonction physiologique dont il s'agit n'aura pas été éteinte momentanément ou définitivement.

III. Enfin, je crois, en terminant, nécessaire d'indiquer en deux mots un moyen très-simple et très-direct de démontrer et d'obtenir l'amidon animal ou matière glycogène du foie.

Ce moyen consiste dans l'emploi de l'acide acétique cristallisable en excès, qui précipite et isole instantanément la matière glycogène du foie. Il n'est pas nécessaire de faire intervenir aucun autre agent. On peut opérer sur le tissu même du foie frais, et l'acide acétique cristallisable sépare mécaniquement la matière amylacée hépatique. Je reviendrai plus tard, dans une autre communication, sur l'action de ce réactif, quand je parlerai du siége qu'occupe la matière glycogène dans les éléments anatomiques du foie; pour aujourd'hui, je veux seulement établir qu'on peut se servir de l'acide acétique cristallisable pour extraire presque pure la matière hépatique d'une décoction filtrée à froid du foie, et constater aussi directement que possible si cette décoction contient ou non de la matière glycogène. En effet, si l'on prend une décoction filtrée du foie sain contenant de la matière glycogène et qu'on y verse de l'acide acétique cristallisable en excès, il se fait aussitôt un précipité blanchâtre qui est de la matière glycogène presque pure, parce que les matières albuminoïdes hépatiques qui l'accompagnaient sont restées solubles dans l'acide acétique. Dans la décoction hépatique du foie malade dépourvue de matière glycogène, l'acide acétique cristallisable en excès ne donne ordinairement lieu à aucun précipité appréciable.

L'acide acétique cristallisable a donc sur l'alcool cet avantage, qu'il sépare la matière glycogène à la fois des matières albuminoïdes et du sucre qui restent solubles dans le véhicule, de sorte que tout le précipité est formé par la matière glycogène. Ceci peut se prouver par l'expérience suivante, qui est très-intéressante : Si l'on prend deux portions égales d'une même décoction de foie riche en matière glycogène et qu'on en traite une par l'acide acétique cristallisable, on a aussitôt un précipité abondant de matière glycogène ; si l'on ajoute à

l'autre portion un peu de salive, pour transformer la matière en sucre, on verra bientôt la décoction devenir transparente, et alors si l'on ajoute de l'acide acétique, on n'aura plus aucun précipité : ce qui prouve que tout ce qui s'est déposé dans la première portion de la décoction par l'acide acétique, est de la matière hépatique susceptible de se changer en sucre. Les décoctions des autres organes ne précipitent pas non plus ordinairement par l'acide acétique cristallisable en excès.

On pourra donc avec l'acide acétique, employé ainsi qu'il vient d'être dit plus haut, facilement et rapidement reconnaître si la matière glycogène existe ou non dans le foie ou dans les différents tissus de l'organisme.

En résumé, les remarques que je viens d'avoir l'honneur de présenter à l'Académie ont pour objet de montrer que, dans les recherches physiologiques, où les éléments des phénomènes sont si multiples, il est de la plus haute importance de s'appuyer toujours sur les cas les plus simples pour arriver ensuite à l'analyse des cas les plus complexes. Dans la question actuelle, le cas le plus simple est la formation de l'amidon animal ou matière glycogène dans le foie, à l'exclusion de tous les autres organes du corps chez un chien nourri exclusivement de viande.

Cette seule expérience suffit donc pour démontrer de la manière la plus irréfutable la formation de l'amidon animal dans le foie. Chez les animaux qui peuvent introduire de la dextrine dans l'organisme par l'alimentation, on démontre également la persistance de cette fonction physiologique du foie, en enlevant les aliments qui fournissent cette dextrine végétale.

Enfin, il ne faut jamais oublier que, pour constater les phénomènes de la fonction physiologique qui nous occupe, il est absolument indispensable d'opérer sur des animaux vigoureux et très-bien portants.

— M. Leconte communique les recherches qu'il a déjà lues à l'Acamie de Médecine, *sur l'urine des femmes en lactation*.

Cataracte. — M. Castorani adresse un mémoire qui a pour but de démontrer que la cause de toutes les caractes lenticulaires consiste dans l'*imbibition médiate du cristallin par l'humeur aqueuse*.

Sfigmomètre. — Sous ce nom, M. Poznanski présente un appareil propre à mesurer la force du pouls, et dont l'auteur a augmenté la sensibilité en empêchant les effets de la capillarité du tube de verre en introduisant un cheveu dans toute la longueur de ce tube.

Choléra. — M. Prosper Meller adresse une note relative à des moyens prophylactiques basés sur les faits communiqués à l'Académie par M. Poznanski.

Silicium. — Note sur de nouvelles combinaisons de silicium, par M. Woelher.

Chlore et alcool. — Note sur l'action du chlore sur l'alcool, par M. Lieben.

Chimie organique. — M. Berthelot communique la seconde partie d'un mémoire de chimie philosophique relatif à ce que l'auteur appelle des *substitutions inverses*. Dans cet important travail, trop spécial pour trouver place ici, l'auteur présente des vues et des faits de la plus grande importance pour la solution des problèmes les plus ardus de la chimie organique.

— Le même auteur présente une note non moins intéressante sur la combinaison des hydrocides avec les carbures alcooliques.

Arsénite d'ammoniaque. — M. de Luynes communique la note suivante :

Pour obtenir l'acide arsénieux à l'état de pureté, Berzelius (1) indique le procédé suivant : L'acide du commerce est agité pendant plusieurs heures à une température de 70 à 80 degrés avec de l'ammoniaque dans un vase fermé. La liqueur est abandonnée au repos pendant quelques instants; puis on décante la partie limpide et chaude dans un autre flacon. Par le refroidissement il se dépose, suivant Berzelius, des cristaux octaédriques d'acide arsénieux ne renfermant pas d'ammoniaque.

En répétant cette préparation, j'ai bien obtenu par le refroidissement de la liqueur un dépôt abondant de cristaux; mais comme ils ne présentaient nullement les propriétés de l'acide arsénieux, je les ai examinés attentivement et voici ce que j'ai trouvé. Ces cristaux ayant été laissés en contact avec l'eau mère dans un vase ouvert, se sont dissous peu à peu, et ont fini par disparaître complétement. L'ammoniaque se dégagea lentement à l'air. Au bout de quelque temps, la liqueur n'avait plus la moindre odeur ammoniacale, quoique possédant une réaction fortement alcaline. Enfin, après un temps assez long, il se forma un second dépôt de cristaux moins transparents que les premiers ayant la forme d'octaèdres. C'était de l'acide arsénieux pur ne renfermant pas d'ammoniaque. J'ai recommencé l'expérience en mettant à part les cristaux qui s'étaient formés en premier lieu. Ces cristaux se présentaient sous la forme d'aiguilles prismatiques bien déterminées. Je n'ai pu apercevoir aucun octaèdre. Ces cristaux avaient une forte odeur ammoniacale. Après les avoir laissés égoutter quelques instants sur de la porcelaine dégourdie, je les ai rapidement desséchés entre du papier et soumis à l'analyse. Ils renfermaient en centièmes :

Eau	8,67
Ammoniaque	13,40
Acide arsénieux	77,93

L'arsénite d'ammoniaque renferme :

Eau	7,20
Ammoniaque	13,60
Acide arsénieux	79,20

Ces cristaux sont donc de l'arsénite d'ammoniaque et non de l'acide arsénieux, comme le dit Berzelius. L'arsénite d'ammoniaque, d'après M. Pasteur qui l'a obtenu le premier, se décompose rapidement à l'air. C'est pourquoi, malgré les précautions que j'ai indiquées, on trouve toujours un excès d'eau et une perte en ammoniaque, comme on le voit par les nombres cités ci-dessus.

Les premiers cristaux qui se déposent étant de l'arsénite d'ammoniaque, il est facile d'expliquer leur dissolution dans l'eau mère. En effet, M. Pasteur a reconnu que l'arsénite d'ammoniaque était beaucoup plus solube dans l'eau pure que dans l'ammoniaque. On comprend donc que l'eau perdant son gaz au contact de l'air, la solubilité du sel augmente et qu'il puisse ainsi entrer en complète dissolution ; puis, l'ammoniaque se dégageant tout à fait, il ne reste plus qu'une dissolution d'arsénite d'ammoniaque qui se décompose lentement à l'air en donnant lieu à un dépôt d'acide arsénieux octaédrique.

On voit, par ce qui précède, que le résultat final de la préparation indiquée par Berzelius est bien de l'acide arsénieux octaédrique; mais le dépôt de ce composé est précédé de la cristallisation et de la dissolution successives de l'arsénite d'ammoniaque qui n'apparaît que comme produit intermédiaire, et dont j'ai cru intéressant de signaler la formation.

— Le même auteur communique une note sur quelques propriétés chimiques de l'acide arsénieux.

Stéarine végétale. — MM. J. Bouis et d'Oliveira Pimentel communiquent des recherches sur la stéarine végétale extraite des graines de brindonier, de la famille des *Guttifères* (*brindonia indica*).

(1) *Traité de chimie*, 5e édit., trad. franç., p. 241.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 86. 5e année. Samedi 18 Juillet 18.7.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 17 juillet 1857.

MORT DE BÉRANGER.

Malgré les tentatives anti-littéraires de quelques novateurs inintelligents, l'alliance des sciences et des lettres n'est point encore rompue ; elle ne le sera pas ; elle ne peut pas l'être.

Quand un grand poëte s'éteint, la science doit prendre le deuil ;

Quand un grand citoyen a cessé de vivre, tout le monde doit se trouver frappé.

A ces deux titres, qui pourrait avoir plus de droits que Béranger à notre admiration et à nos profonds regrets ?

Qui a peint dans un plus divin langage, les douleurs, les joies, les espérances, les gloires d'une grande nation, les aspirations et les destinées même de l'humanité !

Qui, plus que cet illustre condamné (1), a su associer au plus rare génie, une simplicité plus antique, une abnégation plus complète, une réunion plus parfaite de toutes les vertus civiques !

Nous tous, travailleurs plus ou moins savants, qui, dans notre laborieuse carrière, avons puisé si souvent nos plus chères consolations, notre plus doux soutien, dans les hymnes de l'immortel poëte, pleurons-le, comme un ami, comme un père, et conservons dans notre cœur le souvenir bienfaisant de sa mémoire comme le meilleur bouclier contre les défaillances humaines.

Notre cher collaborateur, M. Roux, dont le cœur non moins que la plume, est à la hauteur de toutes les circonstances, nous adresse la strophe suivante, improvisée à la nouvelle du fatal événement : H. de Castelnau.

Vers de M. Roux.

Couvrez vos lauriers de cyprès,
Vieux défenseurs de la patrie !
Muses, exhalez vos regrets !
Toi pleure, ô ma France chérie !
En passant, le vent de la mort
Brise notre lyre immortelle
Qu'un ange emporte sur son aile :
BÉRANGER est mort ! ! !

(1) Pour outrage à la morale publique et à la religion !

A propos de la mort de Béranger, M. le Préfet de police a fait afficher sur les murs de Paris l'avis suivant que nous devons nous borner à reproduire :

Avis. — Obsèques de Béranger.

La France vient de perdre son poëte national !

Le gouvernement de l'Empereur a voulu que des honneurs publics fussent rendus à la mémoire de Béranger. Ce pieux hommage était dû au poëte dont les chants, consacrés au culte de la patrie, ont aidé à perpétuer dans le cœur du peuple le souvenir des gloires impériales.

J'apprends que des hommes de parti ne voient dans cette triste solennité qu'une occasion de renouveler des désordres qui, dans d'autres temps, ont signalé de semblables cérémonies.

Le gouvernement ne souffrira pas qu'une manifestation tumultueuse se substitue au deuil respectueux et patriotique qui doit présider aux funérailles de Béranger.

D'un autre côté, la volonté du défunt s'est manifestée par ces touchantes paroles :

« Quant à mes obsèques, si vous pouvez éviter le bruit « public, faites-le, je vous prie, mon cher Perrotin. J'ai « horreur pour les amis que je perds, du bruit de la foule « et des discours à leur enterrement. Si le mien peut se « faire sans public, ce sera un de mes vœux accomplis. »

Il a donc été résolu, d'accord avec l'exécuteur testamentaire que le cortége funèbre se composera exclusivement des députations officielles et des personnes munies de lettres de convocation.

J'invite la population à se conformer à ces prescriptions. Des mesures sont prises pour que la volonté du gouvernement et celle du défunt soient rigoureusement et religieusement respectées.

Le Sénateur, préfet de police,
Pietri.

Inauguration de la statue de Bichat.

La grande solennité que nous avons annoncée dans notre avant-dernier numéro a eu lieu hier jeudi 16 juillet, à la Faculté de médecine. Le défaut de temps et d'espace nous oblige à n'être que simple narrateur de cette magnifique fête scientifique.

La cour de l'École avait été décorée avec goût pour cette cérémonie : un immense *velum* en couvrait l'enceinte. Au pied de la statue, située au fond de la cour, en face de la porte d'entrée, était placé le fauteuil de la présidence ; de chaque côté s'élevait

une estrade destinée aux professeurs de la Faculté, aux membres de l'Institut, aux commissions du Congrès médical de 1845 et du monument de Bichat, aux médecins et chirurgiens de l'armée; derrière ces estrades étaient placés, à gauche, les chœurs, à droite, la musique militaire de la gendarmerie impériale. En avant, se trouvaient de nombreuses banquettes destinées aux personnes invitées, et sur les côtés, deux vastes tribunes où prirent place un grand nombre d'élèves en médecine. Quelques dames occupaient les fenêtres qui donnent sur la cour.

A deux heures un quart, M. Rouland, ministre de l'instruction publique, arrive et prend place au fauteuil de la présidence, entre M. Serres, président du Congrès médical, et M. P. Dubois, doyen de la Faculté et président de la Commission du monument de Bichat. Aussitôt, la musique militaire fait entendre le *Salut impérial;* sur un signal donné par M. Serres, la statue de Bichat est ensuite découverte; au même instant, M. E. Chevé, cet ingénieux et opiniâtre rénovateur de la lecture musicale, fait entonner la cantate suivante, que notre cher collaborateur, M. Roux, avec sa grâce et son zèle habituels, avait en quelque sorte improvisée à la prière de la Commission du monument de Bichat. La composition de la musique avait été confiée, par la même Commission, au talent de M. Elwart, professeur au Conservatoire :

CANTATE.

Réveille-toi, Bichat, sors de la tombe;
Parmi les dieux jadis on t'eût fait un autel :
Car après des travaux pareils aux tiens, s'il tombe,
L'homme se relève immortel.

Tu parais, et notre art, grâce à toi, s'élargit;
Sous tes doigts, chaque jour, surgit
Quelque découverte nouvelle.
L'étude de la mort offre enfin des attraits;
Notre œil pénètre ses secrets,
Et la vie à lui se révèle.

Réveille-toi, etc.

Et, selon le destin de ceux qui comme toi
Viennent, l'âme pleine de foi,
Remplir sur la terre un message,
Météore brillant, tu meurs en demi-dieu,
Laissant dans des pages de feu
Le souvenir de ton passage.

Réveille-toi, etc.

Sur l'aile de l'Histoire au loin ton nom porté,
Par la Science est répété,
Bichat, avec idolâtrie;
Esprit sublime! un nom aussi grand que le tien
A tous les pays appartient :
Le monde entier est sa patrie.

Réveille-toi, etc.

Honneur et gloire à toi, créateur, dont la main
Traça largement le chemin
Qui mène aux sources de la vie!
Va, sur ton piédestal les siècles passeront
Sans pouvoir toucher à ton front,
Vainqueur du temps et de l'envie.

Réveille-toi, Bichat, sors de la tombe;
Parmi les dieux jadis on t'eût fait un autel :
Car après des travaux pareils aux tiens, s'il tombe,
L'homme se relève immortel.

De nombreux applaudissements accueillent ce morceau, exécuté avec une grande perfection.

M. le Ministre exprime en quelques mots le plaisir qu'il éprouve à venir présider cette cérémonie par laquelle le Corps médical rendait un éclatant hommage à une de ses plus brillantes illustrations.

La parole est ensuite donnée à M. Amédée Latour, qui lit un rapport au nom de la Commission permanente du Congrès. Après avoir rappelé la part que prit cette assemblée à la nouvelle sépulture de Bichat et à l'érection de cette statue, l'honorable rapporteur insiste sur le but que s'était proposé le Congrès, but qui n'est pas encore atteint, et que M. Latour signale de nouveau à la sollicitude éclairée de M. le Ministre. M. Rouland a paru prendre en grande considération cette nouvelle demande, formulée dans les termes les plus dignes et qui ont reçu la plus légitime approbation. Puisse ce vœu du Congrès et du Corps médical tout entier recevoir enfin sa réalisation! Nous avons lieu de l'espérer en songeant à la promesse qu'a faite M. le Ministre, de porter jusqu'aux marches du trône les vœux du corps médical, et a même annoncé à M. Amédée Latour qu'il aurait bientôt un entretien avec lui à ce sujet.

M. Serres, président du Congrès, ne pouvant lire son discours, à cause de la faiblesse de sa vue, a prié M. Amédée Latour de le remplacer pour cette lecture qui a été entendue avec un vif intérêt.

M. Dubois a remercié ensuite M. le Ministre d'avoir bien voulu présider cette cérémonie.

M. Bouillaud, au nom de la Faculté de médecine, a lu un discours dans lequel il a célébré la vie et les œuvres de Bichat, et applique avec succès, à l'illustre auteur de l'*Anatomie générale*, le vers si connu, déjà consacré à une autre illustration de la France :

Rien ne manque à sa gloire, il manquait à la nôtre.

L'allocution du savant professeur a été accueillie, comme toujours, par de nombreux applaudissements.

M. Larrey lui a succédé à la tribune et a lu un discours au nom de la Société médicale d'émulation, devenue depuis la Société anatomique, qui compta Bichat parmi ses fondateurs, et à laquelle il communiqua ses principaux travaux en chirurgie. En terminant son discours, M. Larrey a rendu un juste et touchant hommage au talent et au caractère de l'éminent statuaire qui, pour la troisième fois, a reproduit les traits de l'illustre Bichat. Le nom de David d'Angers est accueilli par plusieurs salves d'applaudissements enthousiastes.

La famille du célèbre artiste, qui assistait à cette cérémonie, a dû être bien heureuse de voir ses regrets partagés par l'immense assistance.

Les chœurs reprennent alors les deux dernières strophes de la cantate; puis, après un dernier morceau exécuté par la musique militaire, la foule s'est retirée.

Notre cher collaborateur, M. Roux, a été présenté par M. le baron Dubois à M. le Ministre, qui l'a félicité en ces termes :

« Recevez, Monsieur Roux, mes félicitations sincères pour avoir célébré, en un si noble langage, le grand génie auquel cette manifestation était consacrée. Vous avez un nom qui porte bonheur, et je sais que vous vous en montrez digne sous tous les rapports. »

M. le Ministre a sans doute voulu dire que le nom de *Roux* portait bonheur au point de vue du talent, et il a dit une grande vérité dans la circonstance; au point de vue du succès, la vérité est moins éclatante; mais M. le Ministre a tout ce qu'il faut pour faire qu'il ait dit deux vérités au lieu d'une. — H. DE C.

DISCOURS DE M. LE MINISTRE.

Messieurs,

Le Congrès médical avait obéi à une bonne et haute pensée en décernant l'hommage d'une statue à la mémoire de Bichat. Il l'a

poursuivie et réalisée avec cette constance qui caractérise les résolutions honorables, et qui ne se laisse distraire ni par le temps ni par les événements. Tel est le privilége de la science glorifiant ceux qui l'ont cultivée, suivant partout l'intelligence et le travail et n'oubliant jamais leurs œuvres et leur nom. Aussi, Messieurs, je tiens en grand honneur le droit de présider cette solennité qui rassemble autour de la statue de Bichat toutes les célébrités de l'art médical, toutes les notabilités de la science et des lettres — et je suis heureux d'exprimer ainsi l'adhésion empressée du gouvernement de l'Empereur à un un acte généreux et national.

Toutefois, Messieurs, ne craignez pas que j'abuse du droit que je viens d'estimer si haut. Je comprends qu'il ne m'appartient pas de faire l'éloge de notre illustre médecin français, et que je dois laisser cette pieuse tâche à ceux de ses confrères qui l'ont tant étudié et tant admiré pour devenir eux-mêmes les princes de la science et la gloire du pays. Seulement, je ne saurais fuir les impressions qui seront celles de toute cette assemblée, et vous me permettrez de les manifester comme elles viennent à mon cœur et à ma raison.

Bichat, si largement doué qu'il fût des plus vastes facultés, a dû ses succès à l'étude la plus opiniâtre, à une foi profonde dans la puissance du travail et à l'alliance des recherches positives de l'observation avec tout ce qui développe l'esprit et le goût. Il me semble qu'en inaugurant la statue de ce physiologiste éminent, de ce hardi et intelligent anatomiste qui, dans la part si courte de la vie, a pourtant fondé tant de découvertes et de progrès, — il me semble, dis-je, que nous adressons un appel aux espérances et aux efforts de tous ceux qui se destinent à la carrière difficile, mais si utile et si honorée de l'art de guérir. — Qu'ils méditent ces grands exemples du passé!

A ceux qui se lasseraient des rudes épreuves du labeur, et qui, s'arrêtant en chemin, douteraient du succès couronnant toujours le dévouement studieux;

A ceux qui croient que la science médicale est tout entière dans le réalisme des observations matérielles, et qu'elle peut se passer, pour être large et féconde, du secours des études générales et littéraires;

A ceux, enfin, qui manqueraient de confiance dans les résultats sociaux de la profession la plus belle parmi les plus enviées, il semble, encore, que nous pouvons répondre : « Lisez les « œuvres de Bichat et regardez sa statue! Il est mort à l'âge où « d'autres commencent à peine à vivre, et, pourtant, avec le « courage, le travail, l'amour ardent de la science et le goût pur « des belles-lettres, il s'est fait immortel, et déjà la postérité « vient à lui et salue ses images. »

Oui, Messieurs, c'est là un magnifique exemple, une puissante révélation pour tous les jeunes hommes qui se pressent à vos savantes leçons et se preparent à l'avenir. C'est ainsi que les morts glorieux enseignent et encouragent les vivants!

Je m'arrête, Messieurs, car je viens de dire la grande et consolante pensée qui surgit, pour tous, de cette solennité. Je laisse maintenant au savoir, à la renommée, le soin de vous raconter la vie et les travaux de l'homme dont la renommée et le savoir sont, pour la France, un noble et impérissable héritage.

DISCOURS DE M. SERRES.

Les siècles ont, comme les hommes, des caractères qui les distinguent. Le goût dominant du nôtre est, d'une part, l'étude des sciences physiques et naturelles, et, d'autre part, celle de leur application aux besoins et au bien-être de l'humanité.

Sous ce double rapport, sciences et application, la médecine occupe un des rangs les plus élevés dans le faisceau des connaissances humaines, et de là l'intérêt qui s'attache à ses progrès dans toutes les parties du monde civilisé, et de là le souvenir qui s'attache aussi à la mémoire des hommes qui agrandissent son domaine.

Bichat en est un des exemples les plus remarquables. En 1802, et par ordre du premier Consul, on plaçait à l'Hôtel-Dieu une table de marbre destinée à transmettre à la postérité les noms de Desault et de Bichat. En 1843, la ville natale de ce dernier lui érigeait une statue, et aujourd'hui, plus d'un demi siècle après sa mort, le Congrès médical de France lui en vote une seconde, que l'autorité fait placer dans le sein de la Faculté de Médecine, pour servir d'émulation aux maîtres et apprendre aux disciples à quel prix s'achètent le savoir et l'exercice de notre noble profession.

Hâtons-nous de dire que notre illustre statuaire, David (d'Angers), s'empressa d'offrir gratuitement au Congrès le concours de son talent et de son mâle ciseau, exemple touchant de l'union des sciences et des arts.

En présence de ces témoignages répétés de la reconnaissance publique, on se demande qu'avait donc fait cet homme, mort à l'âge de 31 ans, pour mériter de tels honneurs? Cet homme si jeune avait consacré sa vie au soulagement de ses semblables, et il avait déposé le fruit de ses labeurs et de ses méditations dans des ouvrages qui en perpétuent l'utile application à l'humanité souffrante. Noble tâche, dévolue depuis trois mille ans aux médecins, et qu'ils remplissent avec une persévérance et un savoir dont nulle autre science humaine n'offre d'exemple!

Tout a été dit sur les œuvres de Bichat; peut-être, cependant, n'a-t-on pas assez fait ressortir l'esprit vivifiant qui les anime, peut-être n'a-t-on pas assez apprécié la méthode philosophique qui en enchaîne toutes les parties et ramène à l'unité scientifique les branches diverses dont la médecine se compose?

Dès le début et dans le *Traité des membranes,* Bichat se pose en maître. On reconnaît dans ce travail un esprit qui s'écarte des routes battues et qui en trace de toutes nouvelles. On le suit avec un intérêt toujours croissant, dans le détail des membranes muqueuses, et on pénètre avec lui, sans le moindre effort, jusque dans l'intimité des glandes, jusque dans la profondeur des vésicules du poumon. On est tout surpris, en arrivant à la fin, de la variété infinie de cette unité de structure présidant à des sécrétions si diverses; il en est de même des membranes fibreuses; il en est de même de l'arachnoïde, qui va bientôt lui servir de guide et de type pour la généralisation des fonctions des membranes séreuses.

Ce premier jet de Bichat rappelle, jusqu'à un certain point, les *Primæ lineæ physiologicæ* de Haller, et on ne peut terminer la lecture de ce travail si original, sans rendre hommage au jeune génie plein de force et d'enthousiasme qui va répandre une clarté nouvelle et inattendue sur l'anatomie, la physiologie et la médecine.

Toutefois, en parcourant les impressions diverses que fit naître l'apparition de cet ouvrage, on craint un instant que Bichat ne soit arrêté dans la route hardie qu'il vient de se tracer.

Mais c'est en présence de la critique que l'homme supérieur se décèle. Harvey, critiqué à outrance, pour la démonstration de la circulation du sang, répondit et fit taire ses adversaires par la publication d'un petit livre d'or, intitulé : *De generatione.* Aux détracteurs du *Traité des membranes,* Bichat répondit par son grand ouvrage sur l'*Anatomie générale.*

On n'a pas fait assez d'attention au procédé par lequel cette belle œuvre fut créée. Ce ne fut ni par des dissections plus habiles, ni par les réactifs chimiques auxquels furent soumis les divers tissus, ni même par l'analyse qu'il fit de leur propriété, que Bichat parvint à son but. Ces procédés matériels, qui se répètent dans tout l'ouvrage et à l'occasion de chaque tissu, n'en sont en réalité que l'échafaudage. L'idée mère, une pensée premiers toujours présente, le domine. C'est le principe de l'analogie des tissus organiques. Les caractères anatomiques d'un tissu une fois posés, Bichat suit ce tissu dans toutes ses modifications, et ne l'abandonne que lorsqu'il est obligé de renoncer à ces procédés sévères d'investigation, qui sont la pierre de touche du principe des analogies. C'est là que réside toute son histologie. Analogie de structure, analogie des propriétés, partant, analogie de fonctions et de maladies; c'est là, je le répète, le

cachet caractéristique de l'œuvre impérissable de Bichat, et la source de ses utiles applications aux sciences médicales.

Que sommes-nous en physiologie et en médecine, sinon les émules et les continuateurs des méthodes philosophiques de Bichat; méthodes qui, au fond, résument celles de la philosophie du XVIIIe siècle?

Jetez, en effet, un coup d'œil sur les progrès de l'anatomie, de la physiologie et de la médecine dans le cours du demi-siècle qui vient de s'écouler, vous retrouverez partout l'esprit de l'*Anatomie générale*. Partout, vous verrez les faits, les observations et les expériences se multiplier et se presser pour dévoiler la vérité; vérité qui ne prendra domicile dans la science que lorsqu'elle aura subi les épreuves sévères du raisonnement.

Sous cette forte impulsion préparée, au reste, par Pinel et Corvisart, vous verrez la pathologie se dégager tout à coup des langes hypothétiques dans lesquels elle était pour ainsi dire étouffée. Les symptômes des maladies deviendront les signes de la souffrance des organes et des modifications qu'ils subissent dans leurs conditions physiques. De l'étude elle-même de ces modifications, vous verrez jaillir une science nouvelle, l'anatomie pathologique, que nous pourrons, avec un certain orgueil, qualifier de science française.

Dans l'étude des membranes séreuses, dans leurs procédés d'enveloppement des parties, vous trouverez le germe de l'enfoncement des organes dans les vésicules qu'elles constituent. Le germe de l'enfoncement du fœtus dans la membrane caduque et dans l'amnios; le germe enfin de l'enveloppement de l'embryon par l'allantoïde, découvertes modernes qui ont ouvert l'ère nouvelle de la physiologie embryonnaire.

Leur structure, ramenée à celle du tissu cellulaire, conduit Bichat à l'appréciation exacte de la formation des séreuses artificielles, et la formation tout accidentelle de ces organes nouveaux le conduit à l'appréciation rigoureuse de la formation cellulaire des kystes qui, sans germes apparents, se manifestent spontanément sur les divers points de l'organisme. Question physiologique pleine d'avenir pour l'anatomie comparée et la zoologie des animaux inférieurs que nous ne pouvons qu'énoncer en passant.

Faisons remarquer, toutefois, combien la détermination cellulaire des kystes éclaire l'histoire de leurs transformations fibreuse, cartilagineuse et osseuse, transformations qui, toutes, sont les âges divers du tissu cellulaire primitif qui les constitue. A la vérité, Bichat va être conduit avec Malpighi à considérer ces membranes séreuses comme des glandes boursoufflées et closes, dépourvues, par conséquent, de conduit excréteur. A la vérité, pour se rendre raison de leur usage, il va être conduit à admettre deux ordres de vaisseaux, les exhalants et les absorbants, dont les premiers ne pourront tomber ni sous le sens du scalpel, ni sous celui du microscope. Et dès lors, la critique s'emparant de cet oubli des procédés sévères de l'anatomie, va chercher et presque réussir à déprécier le plus bel ouvrage d'anatomie moderne.

Au fond, cependant, qu'y a-t-il dans la supposition de ces vaisseaux exhalants? Ne sont-ce pas les vaisseaux décroissants de Boerhave, arrivés à leur dernière limite? Ne sont-ce pas les vaisseaux oléagineux de Malpighi, les vaisseaux invisibles de Haller, une simple tache dans un beau tableau?

Bichat eut donc tort de se mettre à la suite de Malpighi et de Haller pour admettre un ordre de vaisseaux exhalants que nul procédé anatomique ne pouvait lui dévoiler.

Mais, en est-il de même des vaisseaux absorbants? N'est-ce pas en parlant de ces vaisseaux que Bichat rétablit le fait capital de l'absorption des veines, que la découverte des vaisseaux lymphatiques avait fait entièrement oublier? Absorption des veines dont la démonstration constitue un des titres de gloire de la physiologie de nos jours, et qui a ouvert un champ si vaste à la médecine et à la chirurgie pour expliquer, d'une part, la nature des affections graves, et nous avertir de l'autre de l'influence que l'altération des liquides exerce sur le développement et le cours des maladies. Enfin, n'est-ce pas dans ces belles études sur le système nerveux, n'est-ce pas dans cette distinction si tranchée des appareils nerveux de la vie animale, mise en regard et en opposition avec les appareils nerveux de la vie organique, que les médecins ont puisé les éléments des expériences physiologiques qui ont jeté une clarté inattendue sur la pathologie si obscure de l'axe cérébro-spinal du système nerveux?

Nous bornons là nos observations relatives à l'influence de l'anatomie générale sur le perfectionnement de la médecine, pour dire un mot du caractère fondamental de cet ouvrage.

Ce caractère est l'histologie différentielle substituée à l'homogénie histologique.

Avant Bichat, on s'était mis à la recherche d'une fibre élémentaire dont toutes les parties de l'organisme ne devaient être que des modifications. Les *Acini* de Malpighi, qui sont de petites vésicules, se substituaient à la fibre élémentaire, afin de rendre raison de la composition primitive des parties. La distinction des tissus organiques, basée sur les différences de leurs propriétés, arrêta ces vues homologiques dont l'exagération faisait rentrer l'anatomie dans la métaphysique.

Ne confondons pas, en effet, la méthode analogique de Bichat avec la méthode homologique. La première reste toujours circonscrite dans le domaine de l'observation; la seconde le dépasse sans cesse. L'une rapproche les faits qui se multiplient et s'éclairent réciproquement par ce rapprochement; l'autre les dénature pour leur faire dire ce qu'ils ne renferment pas. C'est ainsi que le petit bulbe qui termine la moelle épinière serait la répétition du cerveau; c'est ainsi que la vertèbre devient l'*archétype* de tout le système osseux. Ce n'est plus là l'histologie si féconde de Bichat, ce n'est plus même de l'anatomie.

Exprimons, toutefois, le regret que le microscope fût entièrement délaissé en anatomie à l'époque où Bichat composa l'anatomie générale; nul cadre mieux que celui de cet ouvrage ne pouvait renfermer dans de justes limites le monde nouveau que nous a dévoilé cet instrument; nul ne pouvait mieux nous prémunir contre les illusions microscopiques qui, une fois déjà, ont désarmé les anatomistes de ce nouveau sens.

Si l'ouvrage sur l'*anatomie générale* est un chef-d'œuvre d'analyse anatomique, les *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, qui le suivirent de près, sont un chef-d'œuvre de synthèse physiologique. Après avoir considéré la vie et la mort dans les tissus, dans les organes, et, pour ainsi dire, dans chaque molécule organique, Bichat fut conduit à les envisager dans leur ensemble pour saisir leurs rapports; et il le fit avec cette hauteur de vues qui caractérisent son talent. Ce nouveau travail, c'est tout Bichat; c'est son art d'observer en grand, et ce qui est plus rare encore que l'art d'observer, c'est celui d'enchaîner les idées entre elles par la force des analogies.

Quel est, en effet, le but de ces recherches? D'éclairer les phénomènes de la vie par l'appréciation des phénomènes morbides qui conduisent à la mort; de montrer l'enchaînement et la liaison de ces deux ordres de phénomènes, afin de dévoiler l'action réciproque qu'ils exercent les uns sur les autres. Quels sont ces moyens? Toujours l'observation de l'homme en santé et en maladie, et l'expérience sur les animaux vivants, pour confirmer directement ce que l'observation a mis en lumière.

Quel est le principe qui le dirige? Ce principe est celui de la subordination des fonctions.

On avait bien parlé avant Bichat du *consensus* des parties les unes à l'égard des autres, mais jamais on ne l'avait démontrée. Sous le titre de noblesse des organes, on avait bien reconnu la prééminence de certains d'entre eux, mais jamais on ne l'avait établie expérimentalement. Ce que l'on n'avait pas même essayé de faire en médecine, Bichat le démontre, et il le démontre en décomposant la vie et la mort, que l'on nous permette cette expression.

Et de là sa belle définition physiologique de la vie. — « *La vie est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.* »

Les maladies sont l'expression de cette résistance dont la médecine dirige les efforts.

Et de là, comme nous venons de le dire, la décomposition de

la mort, son explication de la mort générale par la mort partielle d'un des principaux organes. De là, enfin, l'étude de son mécanisme selon que la mort commence ou par le cerveau, ou par le poumon et le cœur, ou par les viscères abdominaux.

Cette circulation de la vie et de la mort, ce démembrement successif des ressorts et des rouages de la vie a quelque chose de si positif, de si saisissant pour l'esprit et la raison, que la médecine moderne a fait de la subordination des fonctions une des règles fondamentales de sa conduite. Et je n'hésite pas à le dire, c'est par l'application de ce principe que la médecine française s'est placée à la tête de cette science en Europe. La chirurgie, comme on le sait, occupait déjà ce premier rang.

En écrivant l'histoire des sciences naturelles, Cuvier fut singulièrement frappé de trouver toujours des médecins sur sa route, et de les trouver, le plus souvent, en tête du mouvement et du progrès. C'est qu'en effet, dans l'étude de la nature, tout part de l'homme et tout y aboutit. Ce petit monde des anciens, c'est la miniature du grand, sur lequel il reflète ses lumières, ses procédés et ses méthodes. Dans la subordination des fonctions dont nous venons de voir l'application si féconde en médecine, qui ne reconnaît le germe du grand principe de la subordination des organes et des caractères qu'ils fournissent, dont Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire vont faire jaillir l'anatomie comparée et la zoologie ?

Dans cette esquisse rapide des travaux de Bichat, nous nous sommes particulièrement attachés à en faire ressortir l'esprit et la portée.

Tout le monde a compris qu'en indiquant leur influence sur les progrès de la médecine en France, nous avons voulu rappeler les beaux travaux sur l'auscultation et la percussion qui ont porté une clarté si remarquable dans les maladies du poumon et du cœur :

Ceux sur la nature des fièvres qui, en rapprochant ces maladies des affections exanthématiques ont montré comment une altération, locale en apparence, devenait générale et pénétrait tout l'organisme ;

Ceux sur les altérations du sang, pour lesquels la médecine a emprunté à la chimie les procédés rigoureux de l'analyse organique ;

Ceux enfin sur les affections de l'axe cérébro-spinal du système nerveux qui, si souvent, ont servi de point de départ et de guide à la physiologie expérimentale.

On a compris également qu'en disant que l'anatomie pathologique était renfermée en germe dans l'anatomie générale, et la physiologie expérimentale dans les recherches sur la vie et la mort, nous avons voulu rappeler les immenses travaux faits par l'École de Paris, sur ces deux branches de la science, dont les sages applications ont élevé si haut les cliniques médicales et chirurgicales.

Et dès lors on conçoit comment la Commission du monument de Bichat, présidé par deux illustres professeurs de la Faculté, on conçoit comment la Commission permanente du Congrès ont demandé que sa statue fût placée dans le sein de la Faculté de médecine de Paris ; cette statue devient, en effet, le symbole de l'ère présente de la médecine et de la chirurgie en France. C'était la pensée du Ministre (M. Salvandy) qui prit une part si active et si intelligente aux travaux du Congrès. C'est aussi celle du Magistrat éminent qui tient présentement les rênes de l'instruction publique, dont la bonne direction exerce une action si puissante sur les destinées de la France.

En terminant les actes du Congrès médical de 1845, permettez-moi, Messieurs, de rappeler les paroles par lesquelles j'ouvris les séances de cette mémorable assemblée.

Boerrhave disait · « Je ne connais rien de plus méprisable au monde qu'un soldat lâche et qu'un médecin ignorant ; le premier, parce qu'il compromet au jour du danger le salut de la patrie ; le second, parce qu'il compromet à chaque instant la santé et la vie de ses semblables. »

Grâce à Dieu, il n'y a pas de militaire lâche en France.

Aux Facultés de médecine, appuyées sur notre forte organisation de l'instruction publique, est dévolue la mission d'empêcher qu'il n'y ait parmi nous des médecins ignorants. C'est, en définitive, le dernier vœu du Congrès.

DISCOURS DE M. LE DOYEN.

Monsieur le Ministre,

Interprète naturel des sentiments de la Faculté de Médecine dans ces circonstances solennelles, je viens remercier votre Excellence de l'honneur qu'elle nous a fait spontanément en présidant au nom de l'Empereur, et en plaçant ainsi sous son puissant patronage cette grande et généreuse manifestation du Corps médical. A cette première expression de notre gratitude, permettez-moi d'en adresser une autre, en quelques mots seulement, à Messieurs les représentants du Congrès médical de 1845.

Monsieur le Président, Messieurs les membres de la Commission du Congrès,

Vous avez, il y a douze ans, pieusement recueilli les cendres de Bichat trop longtemps délaissées, et vous leur avez donné une dernière et glorieuse demeure. Pour ces dépouilles mortelles, vous avez demandé et obtenu une sépulture assurée contre les vicissitudes des temps, le silence et le repos éternels. Afin de compléter aujourd'hui cette œuvre de justice et de reconnaissance, vous venez offrir à la Faculté de Médecine de Paris, et placer ici même, au milieu de ses nombreux élèves, l'image de cette illustre personnalité scientifique. Mais au lieu du silence et du repos, vous voulez, autour de ce bronze, symbole durable, mais hélas! périssable encore, d'une mémoire immortelle, vous voulez le mouvement et la vie, cette émotion intellectuelle des écoles, compagne fidèle et féconde des luttes pacifiques et des progrès de l'esprit humain. Vous voulez entretenir ces nobles aspirations inséparables du souvenir toujours présent d'une haute et légitime renommée.

Ces vœux sont maintenant accomplis. Bichat sera désormais l'hôte et l'ornement de cette grande école, et s'il plaît à Dieu, l'inspiration constante de ses élèves. Grâces vous en soient rendues!

C'est le privilége des initiations généreuses d'honorer tout à la fois ceux qui en ont l'heureuse pensée et ceux qui en sont l'objet. Aussi la Faculté de Médecine de Paris est-elle profondément touchée de la part que vous lui avez libéralement faite dans ces honneurs rendus à l'une des gloires les plus pures de notre noble profession. Je n'ai pris la parole que pour vous en témoigner en son nom une vive et éternelle reconnaissance.

DISCOURS DE M. LARREY.

Messieurs,

Il appartenait à l'éloquent interprète du Congrès médical de vous faire connaître l'origine et le caractère de cette mémorable cérémonie, comme il appartenait aux deux savants maîtres que vous venez d'entendre, de vous rappeler et d'apprécier les éclatants travaux de celui qui a mérité une place d'honneur dans cette enceinte.

La *Société médicale d'émulation* de Paris, dont Bichat fut la plus illustre fondateur, m'avait déjà honoré de ses suffrages, pour la représenter, il y a quatorze ans, à l'inauguration du monument élevé à Bourg. Elle a bien voulu encore, sur la proposition de son honorable Président, me déférer l'insigne faveur de prendre la parole, en son nom, dans cette nouvelle solennité; mais aujourd'hui, comme alors, je crois devoir attribuer cette faveur à la mémoire de celui qui fut le condisciple, l'ami de Bichat, et son collègue à la Société d'émulation. En invoquant ce souvenir, bien cher moi, je sollicite l'indulgence de l'imposante assemblée, que préside, au nom de l'Empereur, S. Exc. M. le Ministre de l'instruction publique. Ma simple mission ici, Messieurs, doit être de vous parler moins de la science et des

doctrines de Bichat, que de sa vie et des travaux qui le rattachent davantage à la Société d'émulation.

Marie-François-Xavier Bichat, né le 11 novembre 1771, à Thoirette, village de la Bresse, était fils d'un médecin fort estimé. Il prélu la par d'excellentes études, et par le goût du travail aux grandes œuvres qu'il devait entreprendre.

Admis en 1791 élève à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il y resta quelque temps sous la direction du célèbre Marc-Antoine Petit, dont les talents et les vertus lui offraient un double modèle à suivre.

Mais déjà de toutes parts des levées de volontaires appelaient les citoyens à la défense de la patrie en danger; Bichat répondit à cet appel avec un élan généreux; il pressentait les sanglantes douleurs qu'il pourrait soulager; il se fit recevoir chirurgien de troisième classe, dans les ambulances des armées de la République, et fut envoyé à la division des Alpes. Cependant, après avoir séjourné à Grenoble dans un repos incompatible avec son activité naturelle, il obtint la faveur d'être attaché à l'hôpital de Bourg, alors organisé en hôpital militaire, et il y passa cinq ou six mois à former son instruction pratique sur la chirurgie des camps.

Bichat, en se destinant d'abord à la carrière militaire, se préoccupait aussi de l'étude sérieuse de l'anatomie; et on peut croire que cette direction de ces premiers efforts influa beaucoup sur le développement de ses idées pysiologiques et sur la production de ses principales œuvres. Les connaissances chirurgicales qu'il avait acquises semblaient en effet, l'origine de ses découvertes en anatomie, en physiologie et en pathologie; car c'est à la pathologie qu'il attribuait lui même ses succès en médecine. Voici comment il s'exprime, à ce sujet, dans le discours préliminaire des œuvres de Desault : « Livré depuis quelque temps à l'étude « de la médecine, puis à la pratique des hôpitaux, je n'ai plus « dû considérer la chirurgie que comme une base essentielle « de toutes les connaissances médicales, que comme un moyen « important d'analogie dans une foule de cas difficiles, et comme « un guide sans lequel la médecine marche au hasard. »

L'ardeur avec laquelle il cultiva la chirurgie, au début de sa carrière, les ingénieuses recherches qu'il a faites sur plusieurs points de la pathologie externe et de la médecine opératoire, le soin pieux qu'il apporta dans la publication de l'ouvrage de Desault, tout témoigne des succès qu'il aurait obtenus, et du progrès qu'il aurait fait faire à cette branche de l'art, s'il ne l'avait pas jugée à un point de vue de perfection trop élevé.

Desault attirait alors la foule des élèves à l'Hôtel-Dieu, par la réputation de son savoir et par l'éclat de son enseignement. Bichat entraîné comme tous, vers celui dont les leçons retentissaient au loin, se trouvait encore ignoré, lorsque dans une conférence clinique, il révéla tout à coup sa valeur aux disciples, qui l'applaudirent, et au professeur qui devina tout ce que ce jeune homme promettait à l'avenir. Il l'attacha dès lors à lui, par ses bienfaits, comme il se l'était attaché déjà par ses conseils; et il fit de son élève, le confident de sa science, le collaborateur de son travail, et l'héritier de sa renommée.

Deux ans à peine s'étaient écoulés dans cette intimité du disciple et du maître, lorsqu'en 1795, Desault mourut subitement. Il laissait à Bichat des regrets qui ne furent pas stériles, et à la chirurgie française un souvenir qui ne s'effacera pas.

Quelle plus touchant témoignage de cette gratitude de l'élève, que la publication des œuvres de son maître, avant de songer à produire ses propres inspirations? Quel pieux respect pour la mémoire de Desault, dans l'éloge qui sert de préface à l'ouvrage dédié à Corvisart, l'ami de tous les deux!

Un marbre funéraire avait été placé à l'Hôtel Dieu, par ordre du premier Consul, pour y conserver la mémoire de Desault. L'émotion de Bichat fut très-vive, à la vue de ce monument qui lui rappelait son bienfaiteur, son ami; et pénétré d'enthousiasme, il s'écria : « Je donnerais trente ans de ma vie, pour ressembler à « ce grand homme! » Noble vœu qui devait si fatalement s'accomplir, puisque ces trente années de la vie de Bichat, c'était sa vie tout entière!

Le célèbre chirurgien qui avait rempli le monde médical de sa renommée, n'avait laissé de sa grande pratique que des observations éparses, un *journal* incomplet; Bichat se mit en devoir de le terminer; il fit plus encore, il rassembla les matériaux des leçons du maître, et en forma les *OEuvres chirurgicales de Desault*, avec un éloge et un *Discours préliminaire* écrits d'un beau style, comme la pensée qui les avait dictés.

Bichat entreprit dès lors la série des travaux qui devaient l'illustrer, en même temps qu'il multipliait par l'observation, par la clinique et par l'enseignement, les ressources chaque jour croissantes de son savoir.

Ce fut, Messieurs, dans de telles conditions qu'inspirés par son exemple, plusieurs disciples de l'École de Paris, animés d'un zèle ardent pour l'étude de l'art et déjà rapprochés par la communauté de leurs études et de leurs sympathies, imaginèrent de fonder, en l'an IV, la *Société médicale d'émulation*. Elle comptait déjà vingt membres, avant l'ouverture de sa première séance, et bientôt s'adjoignirent à eux de jeunes médecins et chirurgiens des hôpitaux. Plusieurs ont appartenu plus tard à l'Institut, à l'Académie, à la Faculté, aux Sociétés de médecine, quelques-uns, enfin, il m'est permis de le dire, à l'École militaire du Val de-Grâce. Nommer Alibert, Bretonneau, Cabanis, Coutanceau, Desgenettes, Duméril, Dupuytren, Gilbert, Husson, Larrey, Léveillé, Marc, Pinel, Portal, Renaudin, Ribes, Sédillot, c'est désigner seulement quelques-uns des collègues les plus connus de Bichat.

L'organisation de cette Société fut confiée particulièrement à ses soins, pour qu'elle devînt durable; et un règlement fut rédigé par lui, sur les bases des autres associations, mais modifié, selon le but que se proposaient ses fondateurs. Les premiers efforts furent soutenus par de généreux encouragements. Le ministre de l'Intérieur approuva les statuts par les plus bienveillants témoignages d'intérêt; le directeur de l'École de Paris vint assister aux séances de la Compagnie à laquelle il accorda, en même temps, un local digne de ses membres; l'Institut accueillit avec distinction ses travaux, et assura une place dans son enceinte à deux commissaires de cette Société. Les autres corps savants, enfin, lui montrèrent la même sympathie.

Les *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, séante à l'École de médecine de Paris, parurent pour la première fois en 1798. Après avoir rédigé son règlement, Bichat lui offrit les prémices de ses œuvres.

On attribuait autrefois à Bichat, selon le professeur Roux lui-même, le discours préliminaire du premier volume de cette collection : sa manière et son esprit s'y retrouvent en effet entièrement.

Ce discours met en contraste l'élévation de la médecine antique et l'abaissement de la médecine moderne (d'alors); le temps de ses premiers âges, où plus de soixante temples et autels étaient élevés à Esculape, où la reconnaissance et la vénération des peuples semblaient aussi défier Hippocrate; et la fin du siècle dernier, où le sanctuaire de la médecine fut envahi par une multitude de médicastres sans titres et sans droits, jusqu'à ce que la réorganisation des écoles eût rendu à l'art toute la dignité de sa mission.

L'auteur du discours préliminaire fait aussi sa profession de foi médicale en faveur des lettres, de la philosophie et des sciences dites accessoires, qu'il déclare si justement essentielles, parce que, suivant ses expressions, la médecine en est tout ensemble le résultat et le complément. « Et si nous avons, ajoute-« t-il, quelque idée juste de ce qu'on appelle sagesse en méde-« cine, nous profitons des fautes des autres, en marchant inva-« riablement sur la ligne de l'expérience et de l'observation.

« Après cet énoncé préliminaire, dit l'auteur, il ne nous reste « plus qu'à mettre entre les mains du public le faible essai que « nous lui destinons. S'il contient quelques germes de talent, « quelques idées neuves, quelques rapprochements heureux, « quelques vues utiles, nous avons du plaisir à le dire, c'est spé-« cialement à nos maîtres que nous en sommes redevables, à ces « hommes habiles et profonds que la France et l'Europe es-« timent d'un commun accord et que notre plus grand mérite est

« peut-être d'avoir bien écoutés. » Quel noble et modeste langage !

Bichat prélude, dans ce recueil, à ses principaux ouvrages par une série de mémoires qui renferment les germes précieux de ses grandes idées ou de ses importantes découvertes. « On les « trouve, disait M. Roux (1), dans la collection des mémoires de « la Société médicale d'émulation, société qui travaille encore, « ajoute-t-il, après plus de cinquante années d'existence. »

C'est à la chirurgie que Bichat consacra ses premières publications. Ainsi dans un premier mémoire (2) il propose de rendre la couronne du *trépan mobile*, pour qu'à l'aide d'une vis, on puisse l'élever ou l'abaisser, de telle sorte que la pyramide, après avoir servi de perforatif, rentre facilement au-dessous des dents de la couronne, sans qu'on soit obligé de l'ôter. C'est en définitive, un moyen de faciliter, en la simplifiant, l'opération du trépan, d'ailleurs jugée par lui rarement nécessaire.

Son mémoire sur la *fracture de l'extrémité scapulaire de la clavicule* démontre que, dans ce genre de fracture, la clavicule ne se déplace pas ou se déplace si peu que le bandage de Desault est inutile, parce que le but essentiel et presque unique du bandage doit être de tenir le bras dans l'immobilité.

Dans la description d'un procédé nouveau pour la *ligature des polypes*, il pense que l'on peut se passer du porte-nœud de Desault, qui est parfois inutile ou nuisible au succès de l'opération. Et cette critique, comme la précédente, est émise avec toute la déférence du disciple pour l'autorité du maître.

Viennent ensuite, dans ce recueil, les premiers travaux de Bichat sur la physiologie.

Le *mémoire sur la membrane synoviale des articulations* révèle déjà toutes les qualités qui distinguent ses écrits, en même temps qu'il établit la base de sa savante doctrine sur la distinction des tissus.

En effet, sa découverte des membranes synoviales lui suggère le plan d'un travail d'ensemble sur les membranes. Il le met d'abord à exécution dans une *dissertation sur les membranes, et sur leurs rapports généraux d'organisation*. Ce mémoire, publié aussi dans les *mémoires de la Société d'émulation,* et inspiré par la nosographie philosophique de Pinel, établit pour la première fois une classification méthodique de ces tissus.

Il produit ensuite le *Traité des membranes*, livre presque aussi nouveau aujourd'hui qu'en 1799, et qui peut-être ne sera jamais refait, parce qu'il est à peu près aussi complet dans ses détails que dans son ensemble. — « *A mon père, à mon meilleur ami.* » Telle en est la dédicace. Hommage touchant de ce cœur filial reportant au sein paternel les prémices d'une gloire que seul il semblait ignorer.

Il publie encore, dans le même recueil, un mémoire sur les *rapports qui existent entre les organes à forme symétrique et sur ceux à forme irrégulière*. Ce travail lui avait été inspiré par la lecture du manuscrit d'un cours de physiologie de Grimaud, dont il honore la mémoire, sans s'approprier son œuvre ; et il offre un rapprochement aussi ingénieux que remarquable entre le règne animal et le règne végétal.

Les *Recherches sur la vie et la mort*, publiées la même année que le *Traité des membranes*, firent une telle sensation dans le monde médical, que le dernier représentant de l'École de Leyde, Sandifort, après avoir lu cet ouvrage, dit avec admiration, en s'adressant à Hallé : « Dans dix ans, notre Bichat aura dépassé notre Bœrhaave. » Et on le sait, Bœrrhaave était alors si célèbre, qu'on lui écrivait, de toutes les parties du monde : *A l'illustre Bœrrhaave, en Europe*. C'est qu'en effet le livre des *Recherches sur la vie et la mort* serait l'ouvrage d'un profond philosophe et d'un grand physiologiste, s'il n'était l'œuvre d'un médecin qui n'avait pas alors vingt-huit ans !

Bichat entreprend ensuite pour tous les tissus, l'étude qu'il avait restreinte aux membranes; il cherche, découvre, examine et décrit les divers tissus, dans leurs formes, leurs développements, leurs propriétés et leurs fonctions ; il assigne à chacun d'eux sa place respective, ses rapports anatomiques ; et, de cet ensemble parfait, il compose l'*Anatomie générale*, la plus vaste conception de sa haute intelligence, et le plus beau monument élevé par lui à la science médicale. L'anatomie, la physiologie, la médecine, la chirurgie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique trouvent, de nombreuses et fécondes applications dans cet ouvrage considérable, désigné plus tard pour les grands prix décennaux de l'Empire et traduit dans toutes les langues de l'Europe.

Afin de compléter ses œuvres anatomiques, Bichat commence, en 1801, un *Traité d'anatomie descriptive*, et en poursuit la publication avec d'autant plus de soin, que la nature de ce travail, par les exigences et les répétitions de détail, se prêtait moins peut-être qu'un autre aux formes de son génie.

Cependant, comme s'il pressentait que le temps ou la vie allait lui manquer bientôt pour terminer cet ouvrage, il en laisse le soin au talent et à l'amitié de ses deux plus fidèles élèves, Buisson et Roux.

Et ce n'est pas encore assez pour Bichat d'avoir créé l'*anatomie descriptive*, il entreprend l'étude de l'*anatomie pathologique*, et veut connaître les altérations des organes après la mort, comme il a étudié leurs fonctions pendant la vie. C'est à cette dernière œuvre qu'il épuise ses forces.

Attristé enfin de l'impuissance de l'art dans une foule de maladies, il essayait encore de faire pour la thérapeutique, ce qu'il avait su faire pour l'anatomie et la physiologie ; et il avait commencé une étude raisonnée de la *Matière médicale*, avec cette incomparable aptitude qui lui rendait faciles tous les labeurs, et semblait exciter en lui des forces surnaturelles; mais il ne put aller au delà.

Ce que Bichat n'a pas eu le temps de faire pour la médecine, il l'a fait complétement pour la physiologie. Il l'a fondée en France; et il en aurait été le créateur, si l'histoire ne devait pas tenir compte de quelques travaux antérieurs aux siens.

C'est sur la physique, sur l'anatomie, sur la méthode expérimentale et sur l'observation clinique, qu'il établit la base de ses doctrines, pour connaître l'origine, le mécanisme, le développement et la cessation des phénomènes fonctionnels de la vie.

Tous ses ouvrages, comme l'avait fait remarquer A. Miquel, l'un de ses meilleurs panégyristes, sont le développement de cette vérité, émise avec précision par Bichat lui-même, dans l'éloge de Desault.

« Que sert toute description anatomique, si elle n'est un terme « de comparaison entre la santé et la maladie? si, par l'harmo- « nie de l'une, elle ne nous rend plus sensibles les désordres de « l'autre? L'étude des lois de la nature n'est pour nous qu'une « introduction à celle de leurs dérangements. »

Bichat, nommé à 29 ans médecin de l'Hôtel-Dieu, subordonnait aux obligations de son service d'hôpital tous ses autres devoirs. C'est là que, chaque jour, auprès du lit des malades, il exerçait avec sa conscience et son savoir, cette médecine d'observation, hors de laquelle l'art n'est souvent que le doute et l'empirisme.

S'il n'a pas eu le temps de vivre assez pour appartenir à la Faculté, il est devenu au moins, par la nature et la portée de ses écrits, le chef de l'école anatomique. C'est directement de lui que procèdent en médecine et en chirurgie Laënnec et Dupuytren, Broussais et Richerand, Marjolin, Béclard, Blandin et plusieurs des éminents professeurs de cette Faculté, à laquelle Bichat se rattache aussi par l'origine et la tradition.

Les annales de la médecine n'offrent pas d'exemple d'un homme aussi rapidement élevé par lui seul au faîte de la renommée ; mais l'attachement et l'admiration de ses disciples, en l'exposant à la jalousie et au dénigrement des envieux, lui auraient suscité bien des tourments, s'il n'avait pas toujours opposé aux attaques dont il était l'objet, la persévérance dans le travail, la modération du caractère et l'oubli du mal. Laissons dire à une critique plus autorisée que la nôtre que les ouvrages de Bichat offrent de grandes imperfections, des erreurs même,

(1) Discours à la Faculté.

(2) *Mém. de la Soc. méd. d'émulation*, t. II.

des hérésies peut-être, comme on les a appelées; mais disons hautement, avec l'opinion générale, que s'il avait eu le temps de vivre, il aurait, sans peine, effacé, corrigé, modifié lui-même les fautes de son génie précoce, surpris sitôt par la mort.

Voici, Messieurs, comment parle de lui l'un de ses plus dignes collègues de la Société d'émulation, le savant et modeste Ribes (1), qui a dédié à la mémoire de Bichat le recueil de ses ouvrages : « On doit reconnaître qu'il s'éleva d'un vol rapide « dans la haute région de la science, qu'il saisit d'un coup d'œil « la structure de l'homme, mit au grand jour la machine hu- « maine, et répandit bientôt dans toutes ses parties la plus vive « clarté. Dès ce moment, Bichat s'était placé avec un brillant « éclat au rang des plus grands maîtres. » Il avait étudié la nature plus que les livres; et c'est à cette source féconde et vivifiante qu'il attribuait le mérite de ses œuvres, sans méconnaître ou contester jamais la valeur des travaux antérieurs aux siens.

« Bichat possédait pour la science, — selon une heureuse « expression de Pariset, — cet instinct de divination qui, plus « prompt que les expériences, court droit à la vérité, la touche « et la suit en quelque sorte avant qu'elle existe. » Rigoureux observateur des faits, il les livrait à la sagacité de son esprit, pour les coordonner ensuite avec méthode, avec la rectitude naturelle de son jugement, et pour en déduire des vues générales, des appréciations vraies, des théories ou des doctrines désormais attachées à son nom.

Ses écrits, pleins d'abondantes pensées, sont d'un style clair, correct et facile. Publiés tous dans l'espace de six années, ils vivront comme les impérissables dépositaires de son génie.

En accomplissant ses grandes œuvres, Bichat trouvait encore dans l'enseignement un moyen actif de propager ses découvertes et ses doctrines. Il commença à professer dès 1797, et fit jusqu'à trois cours à la fois. Son zèle infatigable pour l'instruction de ses nombreux élèves établissait entre eux et lui un lien d'affection trop tôt rompu. Il répandait sur ses leçons un charme extrême par la netteté de sa méthode, par la convenance de son langage, par l'embarras même et presque la timidité par lesquels il exposait ses idées.

Tous ces biographes s'accordent à dire qu'il joignait à ces éminentes facultés les qualités les plus aimables et les plus sympathiques, la franchise, la générosité, la bienveillance et la modestie. Nobles reflets de cette âme pure, de ce cœur loyal, qui ne gardait d'autre souvenir que celui du bien.

« Bichat, disait M. Roux, était un homme bon par excellence. » — « Son nom même, comme l'avait si bien exprimé le professeur « Royer-Collard, respire quelque chose de doux et d'honnête « qui nous charme et nous fait ressentir pour lui comme une « tendre et respectueuse affection. »

Mais bientôt cette vie de labeur opiniâtre va finir brusquement. Épuisé surtout par les fatigues d'un enseignement multiple et continu, au milieu des amphithéâtres d'anatomie, Bichat éprouve d'abord quelques atteintes d'hémoptysie : il néglige de se soigner; et plus affaibli encore, il fait ensuite une chute compliquée de commotion cérébrale, puis de symptômes ataxiques. En vain Corvisart, médecin du premier Consul, et Le Preux, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu, lui prodiguent les soins de leur expérience et de leur amitié; tous les soins, tous les dévouements deviennent inutiles. La médecine reste impuissante à sauver de la mort celui dont elle avait reçu une nouvelle vie; et Bichat succombe, au quatorzième jour de sa maladie, le 22 juillet 1802, à l'âge de 31 ans. La veuve de son maître, Mme Desault, dont il était devenu l'appui et à laquelle il avait voué l'attachement le plus respectueux et le plus tendre, lui ferma les yeux. Mais celui qui dotait la science des plus riches trésors ne laissait pas à sa famille assez d'argent pour avoir une tombe. Son corps, déposé dans un coin de terre du cimetière de Sainte-Catherine, fut cependant préservé de l'oubli par les soins pieux de quelques-uns de ses amis, de ses collègues de la Société d'émulation, Girault, Husson, Parizot et Devilliers. Honneur à eux !

(1) Discours à Bourg.

A peine Bichat eut-il rendu le dernier soupir, que l'Hôtel-Dieu en fut ému, ses confrères, ses élèves et ses malades désolés le pleuraient tous, en entourant son corps des signes de leur douleur.

L'École de Paris, à laquelle il n'avait pas eu le temps d'appartenir, fut en deuil, comme si elle avait perdu son plus digne représentant; et elle assista en corps aux obsèques du maître que cinq cents disciples accompagnaient à sa sépulture.

Corvisart écrivait en même temps au Premier Consul :

« Bichat vient de mourir à 30 ans; il est tombé sur un champ « de bataille qui veut aussi du courage et qui compte bien des « victimes. Il a agrandi la science médicale; nul à son âge, n'a « fait tant de choses, et aussi bien. »

Napoléon, qui se connaissait en hommes et savait apprécier le vrai mérite, voulant honorer dans un même souvenir Desault et Bichat, écrivit au Ministre de l'intérieur (1) :

« Je vous prie de faire placer à l'Hôtel-Dieu un marbre dédié « à la mémoire des citoyens Desault et Bichat, qui atteste la re- « connaissance de leurs contemporains pour les services qu'ils « ont rendus, l'un à la chirurgie française dont il est le restaura- « teur, l'autre à la médecine qu'il a enrichie de plusieurs ouvra- « ges utiles. Bichat eût agrandi le domaine de cette science si « importante et si chère à l'humanité, si l'impitoyable mort ne « l'eût frappé à 30 ans. »

La pierre monumentale placée sous le péristyle de l'Hôtel-Dieu a pour inscription l'extrait de cette lettre mémorable.

Un tel hommage en appelait d'autres. Ce fut d'abord au nom de l'École de Paris que le professeur Hallé prononça l'éloge de Xavier Bichat; ce fut au sein même de cette école que le professeur Sue consacra la première séance de son cours à retracer la vie et la mort de ce martyr de la science. La Société médicale d'émulation ne pouvait oublier après sa mort celui qui avait jeté de l'éclat sur elle pendant sa vie.

L'éloge de Bichat par Levacher de la Feutrie, secrétaire particulier de la Société, est imprimé en tête du 5e volume de ses *Mémoires*, avec une note du secrétaire général Récamier.

Un vote unanime lui consacre ensuite la dédicace suivante dans le 6e volume :

« A la mémoire de Marie-Xavier Bichat, mort à trente ans, « médecin déjà illustre, la Société médicale d'émulation, comme « une marque de sa plus haute estime et de sa reconnaissance, « envers son fondateur. »

La Compagnie décide, en outre, que son buste sera placé dans salle des séances, en déclarant qu'elle n'a pas cru pouvoir donner une plus grande marque de son estime à cet illustre collègue, ni présenter à ses membres un objet plus propre à les maintenir unis et constamment animés du désir de s'instruire. »

Enfin, son image ne se retrouve pas seulement dans les œuvres dont il a doté la Société médicale d'émulation; elle est empreinte aussi sur nos médailles de présence, comme pour le faire revivre parmi nous, en rapprochant sa simple effigie matérielle de sa grande figure morale.

(*La fin au prochain numéro.*)

(1) Lettre du général Bonaparte, Premier Consul, au Ministre de l'intérieur, 14 thermidor an X (2 août 1802).

L'espace nous manque pour publier le discours de MM. Latour et Bouillaud, discours qui, d'ailleurs, ne nous sont pas encore parvenus au moment de mettre sous presse.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J.-F. Payen. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains,** par le même. Une feuille in-f°. Paris, chez Jannet, rue Richelieu, 15.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 87. 5e année. Mardi 21 Juillet 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.

RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 20 juillet 1857.

Un mot sur la philosophie scientifique.

Nous sommes en retard avec beaucoup de monde; commençons par nous mettre au courant avec l'*Union médicale.*

Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié la petite note que nous avons ajoutée à un passage de notre article sur la séance de l'Académie de Médecine du 16 juin, passage relatif aux prétendues vertus du *gallium album* et du vin de l'Ermitage contre l'épilepsie (1). A l'occasion de cette note, l'*Union médicale* a publié les remarques suivantes :

« La conséquence logique de la pensée exprimée dans cette note serait que nous avons manifesté plus de sympathie pour l'erreur que pour la vérité, pour de décevantes espérances plus que pour la réalité; et sous cette forme, nous ne saurions accepter ni le compliment, ni le reproche que nous adresse notre confrère. La *philosophie* qu'il nous impute est la négation de toute philosophie, et nous sommes heureux de croire que l'expression chez notre confrère, a été plus loin que sa pensée.

« Le *Moniteur des Hôpitaux* fait allusion à des réserves que nous faisons de temps à autre sur des applications qui nous ont paru trop rigoureuses et pas assez justifiées des principes de doute et de libre examen, principes excellents de leur nature, mais dont il faut savoir quelquefois surveiller et guider l'emploi, afin de n'être pas conduit par eux au plus désolant de leurs résultats, au froid et stérile scepticisme. Ces réserves, nous les avons exprimées surtout à l'occasion de quelques résultats de la méthode expérimentale dont on faisait grand bruit et qui détruisaient, disait-on, des croyances physiologiques généralement acceptées; nous disions qu'un fait qui édifie une doctrine offre plus d'importance scientifique qu'un fait qui en détruit un autre, et nous invoquions contre ces faits négatifs, que nous acceptions avec plus d'empressement ici qu'ailleurs, toute la rigueur et toute la sévérité des principes même de doute

(1) Cette note était relative à une phrase de l'*Union médicale*, phrase dans laquelle, tout en regrettant que les vertus du *gallium* fussent imaginaires, notre confrère disait « *qu'il vaut mieux la triste vérité que d'accepter de décevantes espérances.* » — « Ces principes, disions-nous dans notre note, sont depuis longtemps les nôtres, et nous sommes heureux de voir un journal jouissant d'une influence légitime, se rattacher à une philosophie qui n'a pas toujours eu ses sympathies. (*Monit. des Hôp.*, 20 juin 1857.)

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Griffus (d'Éphèse) à ses lecteurs. — Philocôme Kakatoës. — Une pierre lancée dans le Jardin.... des Plantes. — Promenade à travers les pachaliks de cet établissement. — De l'hérédité dans le gouvernement des bêtes. — Duméril Ier. — Avénement d'un roi au Jardin des Plantes. — Chiendent Ier. — La dynastie des Geoffroy Saint-Hilaire. — La statue de Bichat. — Un prince constipé. — Le clysopompe considéré comme arme de guerre. — De quoi Kromluong Vongsa est-il mort ?

Bonjour, messieurs, que les destins vous soient propices, que les dieux vous comblent de leurs faveurs. A ceux qui ne connaissent pas encore l'auteur de ces souhaits bienveillants, je dirai :

Je suis le docteur Griffus (d'Ephèse), un vieux Grec de la décadence, qui viens allumer sa lanterne à votre flambeau. Si Ephèse était située sur les bords fleuris de la Garonne, je vous affirmerais effrontément que je suis le descendant en ligne directe d'un certain Rufus qui fit du bruit chez nous dans le premier siècle. Je pourrais vous dire que son nom, en traversant les âges, a subi une de ces réparations maladroites qu'on inflige aux vieux édifices dégradés par la pioche des siècles, et que de Rufus, il s'est changé en Griffus. Mais je suis incapable d'illustrer mon origine aux dépens de la vérité; je crois n'avoir aucun rapport généalogique avec l'auteur *des Maladies des reins,* aussi bien que d'une foule d'autres ouvrages cités par Suidas; et, si le sang des Rufus coule dans mes veines, ce qui à la rigueur n'est point impossible, j'avoue que c'est tout à fait à mon insu.

Je viens faire ici un pieux pèlerinage à travers la science des anciens barbares, et, pour me délasser des fatigues de mon voyage, je m'assieds sur le bord du chemin, d'où je regarde passer les ridicules et les travers; d'où j'observe le côté plaisant des hommes et des choses; d'où je salue enfin d'un joyeux éclat de rire les hommes grotesques et les choses risibles.

Voilà le vieux Griffus, chers confrères, un peu médisant, un peu taquin, un peu frondeur, mais, au demeurant, le meilleur fils du monde.

Cette petite présentation terminée, je vais m'occuper de mon emménagement dans ce rez-de-chaussée qu'on appelle le *Feuilleton.*

Le logement est assez commode et on y jouit d'une honnête liberté; les murs en sont ornés de tapisseries légères qui représentent des aventures médicales et de joyeuses scènes peintes avec une brosse, parfois rude, mais toujours chargée de couleurs vives et gaies. On y voit aussi un grand miroir de fabrication singulière, qui a la pro-

et de libre examen. N'est-il pas équitable, en effet, d'appliquer aux faits qui font nier la même méthode dont il faut faire usage pour les faits qui font croire?

« Jusqu'ici, l'événement nous a assez heureusement servi, pour que nous n'ayons pas à faire abandon de ce que l'on veut bien appeler notre philosophie, et qu'avec plus de modestie nous appellerons notre méthode. Nous acceptons la vérité, positive ou négative, stérile ou féconde, quand elle porte irrévocablement les caractères de la vérité. Nous l'acceptons avec plus d'empressement, cela est vrai, quand elle édifie que lorsqu'elle renverse, et nous ne saurions voir en cela le plus léger motif de dissidence avec aucun organe de la presse. Avec le *Moniteur des Hôpitaux,* en particulier, nous sommes plus d'accord peut-être qu'il ne le croit lui-même sur les grands principes de critique. Comme lui, nous défendons la liberté de penser, la liberté d'examen, la liberté d'appréciation ; comme lui, nous aimons et nous cherchons la vérité en toutes choses, et comme lui, nous savons quelquefois, trop souvent, hélas! lui sacrifier nos plus chères affections et nos plus douces espérances.

AMÉDÉE LATOUR.

Quoique les réflexions de notre confrère soulèvent plusieurs questions très-différentes et exigent des éclaircissements divers comme ces questions elles-mêmes, nous n'avons pas cru devoir scinder son argumentation et risquer, en la morcelant, d'en affaiblir la force et la portée. Mais cela nous oblige à reprendre plusieurs propositions une à une, et par conséquent à des répétitions.

Il est bien entendu, d'abord, que nous ne nous sommes pas cru le droit et que nous n'avons eu l'intention d'adresser à notre confrère ni blâme, ni éloge ; nous avons purement et simplement exprimé toute la satisfaction que nous éprouvions en le rencontrant sous un drapeau que bien des gens aujourd'hui cherchent à renverser, et que l'*Union médicale* nous semblait (nous disons nous semblait) ne pas avoir toujours défendu aussi ouvertement. Après les paroles qui terminent l'article de l'*Union médicale,* nous devons nous féliciter plus que jamais, puisque nous servons désormais la même cause. Ce que nous avons à dire n'est donc pas pour le présent ni pour l'avenir, mais seulement pour expliquer notre méprise, si méprise il y a, sur le passé.

Encore une remarque préalable. Nous avons parlé de la philosophie de l'*Union médicale;* la modestie de notre confrère veut que nous parlions plutôt de sa méthode. Nous croyons que toute modestie doit être ici hors de cause. Philosophie est une chose, méthode est une autre chose. Les procédés à l'aide desquels on cherche la vérité, on enseigne une science, etc., constituent une méthode; les principes en vertu desquels on adopte telle ou telle doctrine, on règle sa conduite, etc., forment une philosophie. — Quand nous préférons une erreur consolante à une vérité affligeante ou stérile, ou *vice versâ,* c'est parce que telle est notre *philosophie* et non point notre *méthode.* Celui qui préfère la probité nécessiteuse à l'improbité opulente a la philosophie de l'honnête homme, c'est-à-dire la plus modeste comme la plus honorable des philosophies. Philosophie et modestie n'ont donc rien d'antipathique, et au sens où nous l'avons employé, des gens qui ont beaucoup plus que M. Latour droit à la modestie, pourraient accepter le titre de philosophes.

Après ces remarques préalables, vidons maintenant en peu de mots le fond de la question.

Avons-nous réellement accusé l'*Union médicale* « d'avoir plus de sympathie pour l'erreur que pour la vérité? » Si telle avait été notre expression, elle serait allée, en effet, bien plus loin que notre pensée? mais nous ne pensons pas que l'expression nous ait trahi à ce point. L'*Union médicale* nous avait semblé, en d'autres temps, sacrifier trop à cette philosophie sentimentale et mal formulée, qui préfère les systèmes consolants, les systèmes bien affirmatifs, ou seulement satisfaisants au point de vue de l'art, mais hypothétiques, aux faits isolés, impossibles à expliquer ou à comprendre, à ces faits qu'on a quelquefois appelés négatifs, quoiqu'il soit assez difficile, à notre sens, de comprendre ce qu'on entend désigner par un *fait négatif.* Entr'autres raisons que nous avions de penser ainsi, nous nous rappelions la critique, pleine de courtoisie d'ailleurs, qu'avait faite l'*Union médicale* d'un article de notre ami, M. Broca, critique où se trouvait le passage suivant :

Comment ne pas voir avec chagrin une vérité négative se substituer à une vérité positive, ou plutôt, pour rejeter les expressions que nous avons nous-même condamnées, l'incertitude, le mystère prendre la place de ce que nous croyons dé-

---

priété de reproduire avec une fidélité désolante les difformités intellectuelles et les prétentions saugrenues de nos petits grands hommes du jour. Enfin, quelques cadres accrochés à la muraille semblent offrir aux regards de grotesques caricatures qui sont au fond des portraits très-ressemblants. Voilà en détail le logement où je m'installe, ou plutôt où je me réinstalle, car je l'ai déjà habité avec mon vieil ami Roux, qui veille quand je dors et qui dort quand je veille, parce que nous n'avons que cette simple chambre pour nous deux.

Vous me direz peut-être :

— Pourquoi tant vous gêner? manque-t-il ailleurs de semblables logements?

— C'est vrai, mais l'amitié, comptez-vous cela pour peu de chose? nous nous entendons si bien avec le propriétaire qui demeure à l'étage au-dessus, nous sommes liés ensemble par une si douce chaîne, que rien ne peut nous séparer. Et puis, ces logements ne sont pas tous habitables, il en est qui, faute de locataire, sont tombés en ruine; c'est fâcheux, car quelques-uns ont été de riches demeures. Si je faisais une excursion dans leur passé, je les trouverais encore parfumés de fraîches senteurs littéraires laissées par mes devanciers; les dissipateurs! ils ont répandu dans ces légers feuilletons les perles de leur esprit, avec cette insouciante générosité des prodigues qui gaspillent en frivolités le trop plein de leur caisse; les murs se sont pénétrés de l'arome de leurs pensées ingénieuses, comme les murs d'une tabagie pourraient se pénétrer de l'âcre odeur du tabac. Je gage que si on avait enfermé M. D........ seulement durant trois heures dans une pareille atmosphère, l'honorable académicien aurait été capable d'avoir de l'esprit pendant deux jours de suite sans s'arrêter.

Mais, pardon, je bavarde tout seul comme un égoïste, et j'oublie mon ami Philocôme Kakatoës. Imaginez-vous que j'ai laissé mon ami à Ephèse, il ne pouvait pas m'accompagner; je lui ai promis de le tenir au courant de tout ce qui se fait à Paris dans les régions du monde savant. Permettez-moi donc de payer ma dette à l'amitié.

GRIFFUS D'EPHÈSE à Philocôme Kakatoës.

Cher ami,

Je t'annoncerai que deux savants viennent de jeter une grosse pierre dans le Jardin.... des Plantes, on pourrait même dire un pavé, tant la chose a fait de bruit en tombant; il est vrai que le projectile

. . . . lancé d'une main sûre
Lui a fait dans le flanc une large blessure,

et bien que sous forme de prospectus, il n'en a pas moins été pris en considération. Dans ce prospectus, où il est question de LA FAUNE

montré par l'observation et par l'expérience? « Il est aussi glorieux de renverser l'erreur que de trouver la vérité, » dit M. Broca; cela est-il philosophiquement soutenable? Oui, sans doute, quand à une *doctrine erronée* on substitue une *doctrine vraie;* quand à des faits inexacts, sur lesquels on étayait une *doctrine fausse,* on oppose des faits réels qui servent d'appui à une *doctrine nouvelle* et incontestable.

On le voit, ce qui semblait sourire à l'*Union médicale*, c'était une *doctrine;* elle aurait vu évidemment avec plaisir qu'on substituât une doctrine vraie à une doctrine fausse; mais elle semblait non moins clairement préférer une doctrine telle qu'elle à des faits qui n'auraient que le mérite d'être vrais et qui détruiraient sans rien édifier. Il y a loin de cette philosophie à celle qui préférerait d'une manière absolue la vérité à l'erreur; mais il y a aussi une certaine distance des termes que nous venons de citer à ceux où l'*Union médicale* déclare carrément « qu'il vaut mieux la triste vérité que d'accepter de décevantes espérances, » et l'on comprend toute notre satisfaction quand nous avons lu dans l'*Union médicale* cette dernière proposition, qui se trouvait si bien en harmonie avec les opinions adoptées dans le *Moniteur des Hôpitaux* depuis sa fondation, et avec sa manière de les exprimer. C'est là tout ce que nous avons voulu dire dans la note qui a excité les susceptibilités de notre confrère, susceptibilités que nous étions d'autant plus éloigné de vouloir provoquer, que nous comprenons autant que personne la nécessité d'aller au pas quand on marche sous le même étendard.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. Voir le nº 83.)

Des affections cutanées parasitaires en général.

L'étude des affections cutanées parasitaires comprend la nosographie, l'étiologie, la séméiotique et la thérapeutique; nous prendrons d'abord la nosographie qui embrasse les smyptômes, la marche, la durée et la terminaison.

SYMPTÔMES. — Ils sont très-nombreux et peuvent être rapportés à quatre ordres différents : 1° symptômes fournis par le parasite lui-même; 2° symptômes fournis par les modifications physiques que le parasite imprime à la peau et à ses annexes; 3° symptômes se rattachant aux diverses éruptions symptomatiques de la maladie parasitaire; 4° enfin, phénomènes sympathiques consistant le plus souvent dans des troubles d'innervation de la peau, et quelquefois dans des troubles d'autres appareils. Reprenons successivement ces divers symptômes.

1° *Symptômes fournis par le parasite.* — Les parasites sont visibles (à l'œil nu ou à la loupe) ou invisibles, et dans ce cas le microscope est nécessaire pour les apercevoir. Ils sont, vous le savez, de deux sortes : végétaux ou animaux.

Les végétaux parasites ont un siége anatomique qui ne varie pas; qu'ils vivent aux dépens des poils, des ongles ou de l'épiderme, c'est toujours le même terrain qu'ils occupent, c'est-à-dire cette partie de la peau si connue sous le nom de corps muqueux de Malpighi; c'est la couche profonde de l'épiderme, formée de cellules molles ou pigmentaires. Ces parasites demeurent fixes dans la région qu'ils occupent, et, s'ils prennent de l'extension, c'est toujours par un développement intrinsèque. Quelquefois, souvent même, ils paraissent en un point plus ou moins éloigné de leur siége primitif, mais c'est toujours mécaniquement qu'ils ont été transportés dans ce point, et le grattage joue souvent le principal rôle dans ce transport de la matière champignonneuse. Voici en effet ce qui arrive : un malade porte du favus au cuir chevelu; il éprouve des démangeaisons et se gratte; en se grattant il ne songe assurément à rien moins qu'à éviter les croûtes dont sa tête est couverte, et il s'introduit ainsi sous l'ongle une certaine quantité de matière favique, qui plus tard sera portée par les doigts sur tel ou tel point du corps où elle pourra se développer. Mais, sous l'ongle même, le parasite occupe un terrain favorable, aussi voyons-nous souvent du favus unguéal chez les malades affectés depuis longtemps de teigne faveuse. Tantôt (au début) le parasite se présente recouvert d'une lamelle épidermique (couche cornée de l'épiderme), tantôt cette lamelle ayant cédé à la pression du champignon, ce dernier est à nu à la surface de la peau, quelquefois, enfin, le parasite est mélangé à des débris épidermiques ou à de la matière pigmentaire, et il est impossible à l'œil de distinguer l'élément parasitaire de l'élément cutané. Ce sont des moisissures régulières ou irrégulières, remarquables par leur séche-

---

FRANÇAISE, on accuse les professeurs du Jardin des Plantes de gaspillages scientifiques, et d'être nourris dans un sérail dont ils ne connaissent pas tous les détours. On les accuse d'envoyer de braves gens faire le tour du monde pour courir après des échantillons d'histoire naturelle que, depuis longues années, les mites sont occupées à dévorer dans le vaste chaos de leurs magasins.

L'un des savants qui adressent de pareils reproches a plus que personne le droit de les formuler, car, non-seulement il a mis au service de la science sa plume et la meilleure partie d'une immense fortune avec un dévouement et un zèle que les plus cruelles souffrances ne peuvent ralentir, mais encore, il donne l'exemple d'un désintéressement bien rare parmi les savants de notre époque.

Puisque je suis au Jardin des Plantes, je n'en sortirai pas sans avoir jeté un coup d'œil sur les institutions politiques qui régissent ce microcosme des bêtes.

Pour le vulgaire, le Jardin des Plantes est un petit Etat dont les plus grosses bêtes forment l'aristocratie, et qui vit en paix sous le régime des grilles, barrières et palissades, seules loix qu'un sage législateur ait promulguées pour empêcher les grosses bêtes de manger les petites.

C'est une erreur, le Jardin des Plantes est une contrée composée de plusieurs petits royaumes habités par des bêtes, il est vrai, mais gouvernés par des rois qui souvent ne le sont pas. Ces souverains, vulgairement connus sous le nom de professeurs, n'ont octroyé à leurs féaux sujets d'autre charte que la loi du bon plaisir; le sceptre, parmi eux, est héréditaire et se transmet de mâle en mâle et par droit de primogéniture. Cependant, les chroniques de leurs œils-de-bœuf racontent que, parfois, des reines ou princesses sont intervenues dans le règlement des grandes questions politiques qui agitent souvent les Etats les mieux gouvernés.

Je te prie de croire que les talents sont héréditaires dans ces augustes familles, et que les dynasties des Brongniart, des Duméril, etc., trouvent dans le bagage de la succession paternelle la science et les aptitudes du papa qui leur a transmis la couronne.

Dernièrement, les reptiles et les poissons ont assisté à l'abdication de leur souverain; je me hâte de dire, pour l'honneur de ces intéressants animaux, que cette abdication n'était nullement le résultat d'une révolution. Le bon et très-savant roi Duméril Ier abdiquait, à l'âge de plus de quatre-vingts ans, en faveur de son digne héritier, Duméril II, qui venait d'atteindre sa majorité scientifique. Je passe sous silence les fêtes et réjouissances inséparables d'un si grand événement et d'un tel avénement.

C'est donc aux pieds de Duméril II, roi d'Erpétologie, que les goujons, les lézards, et autres reptiles déposeront désormais leurs res-

resse, leur couleur jaune paille, leur odeur comparée, avec raison, à l'odeur de souris.... (favus), ou bien des lamelles très-minces et sèches d'un blanc jaunâtre (favus épidermique); d'autres fois, ce sont des filaments courts et d'un très-beau blanc (teigne tonsurante), un duvet grisâtre (pelade) ou des taches couleur café au lait, plus ou moins analogues à celles qui recouvrent la peau des gens malpropres, tantôt rares et espacées, tantôt réunies sur ces larges surfaces (chloasme et pityriasis versicolor); quelquefois enfin, c'est une crème blanche fixée à la surface d'une muqueuse.

Les animaux parasites ne sont pas fixés dans leur siége comme les champignons; et il y a ici une distinction à faire parmi ces parasites animaux, les uns, comme les poux et les puces, étant sans cesse en mouvement, tandis que les autres, tels que les morpions et les acarus, ne se meuvent qu'à certains moments. On peut également établir une distinction sur le siége anatomique qu'occupent ces parasites : les uns sont toujours à la surface de la peau, et les autres se logent quelquefois sous une couche épidermique. — On doit enfin mentionner à côté des animaux parasites les lentes, les chiures de puces, les fèces d'acarus qui produisent ces légères traînées, connues sous le nom de sillons, dont la valeur est si grande dans le diagnostic de la gale;

2° *Symptômes fournis par les modifications physiques que le parasite imprime à la peau et à ses annexes.* — Ces modifications dépendent souvent d'une pression mécanique exercée par le parasite; souvent aussi c'est un changement de couleur affectant la peau (vitiligo), les poils (diverses teignes) ou les ongles (favus unguéal); d'autres fois c'est une disjonction des éléments cutanés (sillons de l'acarus); quelquefois, enfin, il y a rupture des petits vaisseaux de la peau et, par conséquent, hémorrhagie cutanée (piqûres de puces);

3° *Symptômes fournis par les éruptions symptomatiques de la maladie parasitaire.* — Ces éruptions, très-variées et très-nombreuses, comprennent les huit ordres de Willan, et même, vous le verrez, le cadre des Willanistes est insuffisant. — Dans l'ordre des exanthèmes, les éruptions parasitaires sont nombreuses, souvent l'érythème, sous forme d'anneaux ou de disques, signale le début de la teigne tonsurante, et quelquefois de la teigne faveuse. Eh! ne connaissez-vous pas tous cette aréole érythémateuse qui succède à une piqûre de puce? Je signalerai aussi la stomatite érythémateuse que présente le développement de l'oïdium albicans (muguet), et certaines roséoles par lesquelles le parasite annonce sa germination.

Les éruptions ne sont pas moins communes : elles appartiennent à certaines variétés de mentagres, et elles ne manquent presque jamais dans la gale. — L'ordre des vésicules nous offre l'herpès circiné auquel nous attachons une importance capitale dans le diagnostic de certaines teignes, des petits groupes eczémateux, de forme plus ou moins arrondie. — Rien de plus commun que les pustules dans le mentagre, la gale. — Les bulles se voient plus rarement et appartiennent presque exclusivement à la gale.

Dans le sycosis (troisième période de teigne tonsurante) existent des tubercules plus ou moins nombreux, plus ou moins volumineux. Comme affections squammeuses, nous trouvons le *pityriasis alba* (troisième période de teigne tonsurante), le *pityriasis versicolor* (dont je viens de vous montrer un si bel exemple) qui, pour beaucoup de médecins, doit être rattaché à la dartre et que je considère, moi, comme une affection essentiellement parasitaire. — Dans le dernier ordre, celui des macules, signalons le chloasma, ou marque des femmes enceintes, certaines variétés de vitiliga, le purpura qui succède à une piqûre de puce. — Enfin, en dehors de ces ordres nous avons : les godets faviques, les furoncles parasitaires, les abcès dermiques...; j'avais donc raison de vous dire que le cadre de Willan était trop étroit pour nos parasites; et, en résumé, vous voyez que ces derniers jouant le rôle de corps étrangers peuvent produire toutes les formes des inflammations de la peau et quelquefois aussi des lymphites et des ganglites.

Les éruptions symptomatiques viennent par poussées successives, et ce sont tantôt des affections de même nature, et tantôt des affections de nature différente; ainsi les éruptions vésiculeuses se succèdent souvent chez les sujets affectés de parasites, d'autres fois c'est une poussée de pustules qui remplace les affections vésiculeuses.

Ordinairement, le nombre et l'étendue des affections parasitaires sont en rapport direct avec le nombre des parasites; mais cette règle souffre de nombreuses exceptions.

Enfin, à ces éruptions symptomatiques on doit rattacher divers troubles fonctionnels qui sont tout à fait indépendants de la cause parasitaire et sont propres à l'éruption; je veux parler des démangeaisons, du sentiment de brûlure...., et de quelques modifications physiques de la peau ou de ses annexes.

4° *Phénomènes sympathiques.* — Les premiers qui paraissent sont des troubles de l'innervation cutanée; c'est le prurit qui manque si rarement et qui souvent existe sans aucun autre symptôme, avant qu'on puisse asseoir un diagnostic; c'est un fait si commun dans la teigne et surtout dans la gale. Ordinairement, le prurit existe avant, pendant et après les éruptions parasitaires; est-il produit directement par le parasite, ou bien

---

pectueux hommages, comme ils les déposeront un jour aux pieds de Duméril III, si Duméril II ne meurt pas sans postérité. Que le Ciel préserve les pauvres bêtes d'un pareil malheur!

Comme tu vois, dans ces verts royaumes, le fils du sultan naît sur les marches du trône, et il est aussi certain de l'occuper un jour que le lama né dans la ménagerie peut être sûr de succéder au lama exotique qui lui donna l'existence.

Aussi, ne demandes pas au jeune lama de faire de la laine plus belle que celle de monsieur son père, il te répondrait avec beaucoup de sens :

— A quoi bon! ne suis-je pas bien sûr d'être un jour grand lama comme papa? quel motif ai-je donc de me tourmenter pour changer la toison de la famille?

Quand un jeune prince du Jardin des Plantes a toutes ses dents scientifiques, quand il est complétement sevré du lait qu'on tête à la Chaumière, sa famille assemble les têtes couronnées du voisinage et le papa leur dit :

— Rois, mes frères, passez-moi la casse, je vous passerai le séné; j'ai mon fils qui est en âge de porter le sceptre, les zoophytes (ou les mollusques, ou les vertébrés, etc., etc.) ont perdu leur prince; j'ai plusieurs enfants à pourvoir, ce petit royaume irait comme un gant à mon aîné, avec votre permission, je voudrais l'installer sur ce petit trône.

CHOEUR DE ROIS. Nous vous passons la casse, vous nous passerez le séné; que votre fils gouverne en paix.

Le nouveau prince est bientôt élu. Et les mites crient comme les autres : Vive le roi! Car elles savent que le nouveau prince leur permettra, comme par le passé, de ronger les collections qui dorment du sommeil d'Epiménide au fond des greniers; elles savent que les générations de mites se succèdent sans trouble et sans secousse, comme les dynasties des princes du Jardin des Plantes.

Un jour, je te dirai l'histoire de Chiendent Ier, prince puissant, qui vivait encore il y a quelques années; Chiendent n'est pas le nom qu'il reçut de ses aïeux, mais l'histoire confère aux grands rois un surnom qui rappelle leurs plus grandes qualités et je le surnomme Chiendent, parce que ses racines envahirent le Jardin des Plantes, et que ses héritiers fleurissent ou florissent encore un peu partout. Que la science lui soit légère!

Ne vas pas croire pourtant que toutes les dynasties se ressemblent, ce serait commettre une grave erreur; car, à côté de celle des Chiendent, on rencontre la dynastie des Geoffroy Saint-Hilaire, grande et belle famille de savants qui se perpétue sans s'amoindrir, et qui semble être la famille capétienne de ces royaumes; il en est bien d'au-

dépend-il du phénomène éruptif? C'est une question à laquelle il est difficile de répondre; toutefois, une distinction importante doit être faite : tantôt, en effet, le prurit est franc et en même temps modéré; tantôt il est violent et accompagné d'un sentiment de tension, de brûlure; peut-être le prurit franc appartient il au parasite, et le prurit avec brûlure aux éruptions symptomatiques; mais ce n'est là qu'une hypothèse, et le fait n'a d'ailleurs qu'une médiocre importance. Quel que soit son caractère, qu'il dépende du parasite ou des éruptions parasitaires, le prurit augmente ordinairement pendant la nuit, surtout quand il s'agit de parasites animaux. La violence des démangeaisons nocturnes est un fait bien connu des galeux ; et les habitudes de l'acarus, qui semble ne se reposer pendant le jour que pour opérer plus de ravages pendant la nuit, donneraient de ce fait une explication assez satisfaisante, si pareille augmentation du prurit pendant la nuit ne se rencontrait également dans les teignes, dans les affections dartreuses.

Après les troubles de l'innervation cutanée, nous devons placer l'insomnie, la fatigue, l'inappétence. Plus tard, à une époque avancée de la maladie, un autre ordre de phénomènes sympathiques apparaît, phénomènes très-rares aujourd'hui, grâce aux progrès de la thérapeutique; je veux parler des symptômes de la cachexie parasitaire dont nous avons ici observé plusieurs exemples, et dont vous trouverez un tableau assez fidèle, emprunté, d'ailleurs, à M. Devergie, dans mes leçons de 1855. Il semble que le parasite, à mesure qu'il prend de l'extension, absorbe l'individu aux dépens duquel il vit, et certaines maladies du ver à soie nous offrent un remarquable exemple de ce singulier phénomène. Sans doute, chez les malades atteints de favus généralisé, une altération profonde de l'organisme peut résulter, ainsi qu'on le voit à la suite de brûlures très-étendues, du défaut d'action de la peau couverte de croûtes épaisses; mais les autres fonctions importantes ne tardent pas à se déranger, le malade tombe au dernier degré de la chloro-anémie et la mort est inévitable. Aujourd'hui, je puis le dire avec orgueil, nous sommes à l'abri de pareils accidents.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON. — Le début de l'affection est quelquefois immédiat, par exemple dans la piqûre de puce; ordinairement, il y a un temps d'incubation qui peut varier d'un jour à six semaines, et pendant lequel on n'observe que bien rarement du prurit ; d'où l'on pourrait conclure, peut-être avec raison, que le prurit est plutôt lié aux éruptions qu'au parasite.

La marche des affections varie avec l'âge du parasite ; une éruption se termine pour être remplacée bientôt par une autre; quant à la maladie, elle suit toujours une marche progressive, et la durée en est indéfinie.

Terminaisons. — Abandonnée à elle-même, la maladie peut, quand elle ne se prolonge pas indéfiniment, se terminer par la guérison ou par la mort. Pouvons-nous comprendre la possibilité d'une guérison spontanée avec nos idées sur la nature des teignes? Oui, assurément. Il faut, pour le développement du parasite, certaines conditions organiques que nous ne connaissons pas; dans beaucoup de maladies graves, dans le choléra, la fièvre typhoïde, le favus et la gale semblent disparaître pour un moment, le parasite sommeille, parce que les conditions actuelles de l'économie ne lui conviennent pas; eh bien, de ce sommeil à la mort du parasite il peut n'y avoir qu'un pas. D'ailleurs, les cas de guérison spontanée sont extrêmement rares. La mort peut survenir par le développement de la chloro-anémie et de la cachexie parasitaire. Grâce à l'intervention de l'art qui détruit le parasite, cause de tous les accidents, la mort n'existe plus comme terminaison de la maladie, pas plus que la prolongation indéfinie ; cependant, on a souvent encore l'occasion d'observer des exemples de cette dernière, par suite de l'incurie des malades ou de l'ignorance des médecins ; ne voyons-nous pas ici presque chaque jour des teignes faveuses datant de vingt-cinq ou trente ans, et des mentagres presque aussi anciennes?

COMPLICATIONS. — Elles consistent quelquefois dans la coexistence d'affections de même nature, c'est-à-dire d'affections parasitaires; tantôt on trouve en même temps plusieurs espèces de parasites végétaux, tantôt plusieurs espèces de parasites animaux, tantôt enfin les parasites animaux et les parasites végétaux sont réunis sur un même sujet. Ainsi, l'on peut avoir du favus avec de la teigne tonsurante, des poux avec des acarus, de la teigne avec de la gale ou des poux. Mais les maladies constitutionnelles sont des complications plus sérieuses des affections cutanées parasitaires ; sous leur influence surviennent des éruptions qui rendent le diagnostic plus difficile, le traitement plus long et plus pénible. La scrofule complique plus souvent le favus et la syphilis, plus souvent la teigne tonsurante.

ÉTIOLOGIE. — Les causes appartiennent à deux catégories bien distinctes; nous étudierons dans la première les causes prédisposantes et la prédisposition : dans la seconde, les causes déterminantes ou les parasites eux-mêmes.

L'âge et le sexe exercent une influence incontestable ; chaque âge a ses parasites, et selon l'âge, le parasite semble affecter tel ou tel siége de prédilection. Les poux de la tête se trouvent surtout chez les enfants, et les poux du corps chez les vieillards. La teigne tonsurante occupe plus souvent dans l'enfance le cuir

---

tres encore qui tiennent dignement leur sceptre scientifique, et si le *régent* n'orne pas leur couronne, on y voit, cependant, quelques bons gros diamants qui jettent assez d'éclat pour briller encore dans un siècle ou deux.

Nous sommes au lendemain de l'inauguration de la statue de Bichat, la fête n'est déjà plus qu'un souvenir, les beaux vers, les éloquents discours, les voix harmonieuses résonnent dans le lointain, et si l'on se rapproche de la Faculté pour les entendre encore, on trouve la cour déserte et Bichat tout seul sur son piédestal.

Quoi! ce bronze serait le portrait du grand physiologiste? Non, non, ce n'est pas lui, car en le contemplant je ne me sens point saisi de cette respectueuse émotion qu'on éprouve en contemplant les traits d'un homme aussi illustre. Cette face porte-t-elle le sceau du génie? — Elle ressemble d'une manière si frappante, surtout de profil, à M. Chailly, qu'on pourrait croire qu'il a prêté sa tête à David (d'Angers) pour modeler le bronze. Peut être le célèbre accoucheur sera-t-il fort humilié de ressembler à Bichat, mais je n'y puis que faire. Cette ressemblance établie, il suffit, pour juger du caractère de la tête, de décider, oui ou non, si M. Chailly a la tête d'un homme de génie; j'affirme que oui, mais je n'impose mon opinion à personne; seulement, Bichat est mort à 31 ans, et cette ressemblance le vieillit d'au moins de vingt ans.

L'examen du torse nous révèle une incurvation de la colonne vertébrale très-prononcée à droite. L'articulation scapulo-humérale droite présente un beau cas de tumeur blanche compliquée de luxation spontanée, qui explique parfaitement la pose gênée du bras. De plus, l'ampliation anormale de la cage thoracique du même côté me semble provenir d'une pleurésie chronique, et chacun sait que l'illustre Bichat ne fut jamais atteint de ces diverses affections.

Comme aspect général, la statue paraît guindée, le corps semble fait pour une autre tête, et la tête pour un autre corps. Le savant médite, une plume à la main; il semble réfléchir profondément au moyen de sortir des affreuses bottes qui grimacent autour de ses jambes. Hélas! je crains bien que l'ombre du grand Bichat ne vienne plus errer, le soir, dans la cour de la Faculté, de peur de se trouver nez à nez avec la statue de M. Chailly, qu'on a baptisée de son nom.

Heureusement que la gloire de Bichat n'a rien à redouter des erreurs de l'art; heureusement que David (d'Angers) a créé assez de chefs-d'œuvre pour que l'art ne lui reproche pas la statue de Bichat.

Un de mes amis arrive du royaume de Siam ; il faisait partie de l'ambassade française qui vient de conclure avec le souverain siamois un traité de commerce. Cet ami a joué un petit rôle dans une

chevelu, et la face dans l'âge adulte. Quant au sexe, il influe non-seulement sur le siége, mais encore sur la marche et la durée de l'affection. Tout le monde sait que les sillons de l'acarus doivent être cherchés à la région pénienne chez l'homme, et chez la femme à la région mammaire. La teigne tonsurante de la face a ordinairement une longue durée chez l'homme, et arrive presque toujours à la période mentagreuse ; chez la femme, elle ne dépasse pas la première période, et sa durée est beaucoup moindre; et la raison de cette différence est sans doute dans le peu de développement du système pileux de cette région dans le sexe féminin, car aux parties sexuelles, la marche et la durée de la maladie ne diffèrent pas sensiblement dans l'un et l'autre sexe. Le tempérament et la constitution jouent aussi un certain rôle; les sujets lymphatiques ont une prédisposition évidente aux affections vésiculeuses ou pustuleuses; les sujets bilieux et nerveux ont plus souvent des irruptions papuleuses. Certaines conditions physiologiques (la grossesse, par exemple) ont de l'influence sur le développement de tel parasite et sur le siége qu'il occupe; ainsi le chloasma et le *pityriasis versicolor* ne sont qu'un seul et même champignon (microsporon furfur ou mieux épidermophyton), l'un occupe toujours le visage (c'est le masque des femmes enceintes), et l'autre se fixe plus volontiers sur le tronc. Plusieurs fois déjà je vous ai parlé, mais indirectement, de l'action des causes morbides, les unes favorables, les autres défavorables. Sans doute vous n'avez pas oublié cette disparition momentanée de la gale et du favus, ce sommeil du parasite dans la fièvre typhoïde, le choléra..... La scrofule et la syphilis, au contraire, prédisposent singulièrement aux teignes : la scrofule plutôt au favus, et la syphilis à la teigne tonsurante et à la pelade. De même l'étisie favorise le développement de l'oïdium albicans. Un état particulier des humeurs (acidité de la salive dans le muguet), certaines conditions atmosphériques (humidité, chaleur, obscurité) doivent aussi trouver place parmi les causes prépondérantes. Je vous signalerai enfin la malpropreté, dont l'influence est aisée à comprendre et qui joue un rôle si important dans les localités où certaines affections parasites sont endémiques.

J'ai distingué les causes prédisposantes de la prédisposition, et malgré qu'on se révolte contre cette dernière, je maintiens la distinction. Il faut, pour qu'une affection parasitaire se développe, un état particulier de l'organisme, indépendant des nombreuses conditions dont nous venons de parler et sans lequel toutes ces conditions réunies seraient impuissantes. Ainsi qu'on inocule le favus à plusieurs sujets placés dans des conditions à peu près identiques; toujours l'inoculation réussira, mais tandis que chez les uns une guérison spontanée arrivera en peu de temps, on verra chez les autres le parasite se développer et la maladie durer jusqu'à ce que l'art intervienne. Comment donc expliquer des effets si différents, si l'on ne veut admettre cet état particulier de l'organisme que nous avons appelé l'aptitude ou la prédisposition.

Le parasite est l'unique cause déterminante des affections cutanées parasitaires. Mais ce parasite d'où vient-il? du dedans ou du dehors? Est-il engendré spontanément par l'organisme?.... Quant à moi, je ne suis pas partisan de cette doctrine absurde de la génération spontanée que je ne puis admettre dans aucun cas; écoutez ce qu'en dit Turner :

« On convient généralement dans ce siècle éclairé qu'il n'y a point de génération spontanée, et que comme tout végétal porte avec lui, selon le décret du Tout-Puissant, sa propre semence dont une nouvelle plante doit sortir, de même chaque animal, si petit qu'il soit, tire son origine d'un principe séminal logé dans sa propre matrice.... N'est-il pas absurde de supposer que la structure la plus curieuse et la mieux imaginée, celle des insectes parasites, sorte de l'ordure et de la corruption? (Turner, *Maladies de la peau*, 2e volume.) »

N'est-ce point une honte pour notre époque, qu'il faille aujourd'hui encore, plus de cent ans après Turner, discuter cette doctrine de la génération spontanée? Aussi serons-nous brefs dans l'examen des principaux arguments mis en avant par les partisans de cette doctrine.

En admettant, disent-ils, que le parasite vienne du dehors, ne faut-il pas toujours remonter à une formation première? Sans aucun doute nous remontons volontiers pour le parasite, comme pour tous les êtres, à cette première formation; toutes choses ont été créées, mais nous ne pouvons admettre qu'il y ait ainsi tous les jours des créations nouvelles. Lorsque vous admirez un beau chêne, si quelqu'un voulait vous prouver que cet arbre s'est développé spontanément dans le lieu qu'il occupe, assurément vous ririez d'une pareille simplicité, car vous savez, à n'en pouvoir douter, qu'un chêne n'est que le développement magnifique d'un gland.

Mais alors, nous dira-t-on, comment expliquer ces épidémies de végétaux parasites qui, depuis quelques années, dévastent nos champs et dont il n'a jamais été question avant notre époque? — N'ayons pas, Messieurs, la sotte prétention de connaître toutes les merveilles, tous les êtres de la création, gardons-nous d'admettre, pour satisfaire notre orgueil, autant de créations partielles que de découvertes nouvelles, et quand les astronomes nous signalent une nouvelle étoile au ciel, ne pensons point que cet astre n'est créé que d'hier. — Ces parasites dont on nous parle existaient donc, mais ils étaient cachés à nos

---

histoire médico-pharmaceutique qui n'a peut-être pas été sans influence sur le résultat des négociations.

Le prince Kromluong Vongsa, frère du roi, était le meilleur des princes et le plus malheureux des hommes. Voici la cause de ses malheurs : il était atteint d'une de ces incommodités rebelles que les bonbons de Duvigneau ont eu l'impertinente prétention de combattre et même de guérir. Mais la réputation des bonbons Duvigneau n'est pas encore parvenue jusqu'à Siam, et le pauvre prince n'avait d'autres ressources pour calmer ses embarras que de chercher des consolations (qui auraient fait le désespoir de M. de Pourceaugnac) près d'un irrigateur de fabrique française, dont il ne se séparait jamais. Mais, hélas! par un de ces malheurs qui ne respectent même pas les têtes couronnées habitant un pays humide, cette machine hydraulique se trouva un jour hors d'état de remplir ses devoirs. Les mécaniciens les plus habiles, les savants les plus ingénieux du royaume furent vainement consultés, vainement ils interrogèrent l'organisme de ce sphinx de fer-blanc, il resta impénétrable, aucun d'eux ne parvint à lui arracher le secret de ses troubles fonctionnels; le docte aréopage déclara à l'unanimité que l'irrigateur était perdu pour la santé du prince, et le condamnèrent à la ferraille à perpétuité. Le dérangement de la machine ne provenait pas de cette nostalgie que l'on éprouve souvent lorsqu'on est exilé à 3,000 lieues de son berceau; non, la cause en était toute matérielle et produite par une rouille dévorante qui en avait détraqué les ressorts.

Cet accident menaçait de prendre les proportions d'une calamité publique, car le prince était généralissime des armées de terre et de mer et considérait son irrigateur comme la pièce la plus indispensable de son arsenal de bataille. Je n'ai pas besoin de dire que ce n'était pas contre l'ennemi qu'il dirigeait les moyens d'action de la machine, comme jadis le maréchal Lobeau ne craignit pas de le faire à la tête d'un bataillon de pompiers ; non, l'usage qu'il en faisait était quotidien, mais tout personnel.

La simple mention de ce fait est le plus bel éloge qu'on puisse faire du courage de Kromluong Vongsa, car chacun sait que le boulet qui siffle sur le champ de bataille aux oreilles d'un homme dépourvu de courage, produit sur son économie troublée l'effet d'une bouteille d'eau de Sedlitz. L'état du prince sur le champ de bataille étant invinciblement et diamétralement opposé, j'en conclus que son courage était indomptable.

A cette époque, l'ambassade française arriva à Bankok, capitale du royaume de Siam. Dès ce moment, le prince n'eut plus qu'une idée : faire réparer son instrument ou s'en procurer un au poids de l'or. Mon ami, homme de précaution, avait un double exemplaire de l'objet de sa convoitise, et se fit un véritable plaisir de combler les vœux

regards, ne se trouvant pas dans des conditions favorables à leur développement; aujourd'hui, ces conditions étant remplies; ils paraissent exerçant leurs ravages. — Tous les jours nous sommes témoins de faits de ce genre, sur lesquels s'appuient encore les partisans de la génération spontanée et dont je vous ai plusieurs fois donné l'explication; il s'agit de la disparition des parasites dans le cours des maladies graves. — Ces parasites sommeillent alors; la maladie disparaissant, ils sortent de leur sommeil, et jouissant d'une activité nouvelle, ils se reproduisent avec une incroyable facilité. — Au fond, vous le voyez, tous ces arguments sont les mêmes. — Quant à la rétrocession des affections parasitaires, je ne ferai que la mentionner comme une vieille qui n'a plus de partisans aujourd'hui. — Puisque le parasite vient toujours du dehors, naissant d'un être semblable à lui-même, comment se transmet-il? — Je n'admets que la transmission par contagion, ne connaissant aucun fait authentique de la transmission par voie d'hérédité. — Je vous engage donc à ne pas perdre votre temps à l'examen des hypothèses plus ou moins ingénieuses qui ont été faites pour expliquer le mode de transmission des parasites de la mère au fœtus.

La contagion peut s'opérer comme dans la variole, de quatre manières différentes : contagion par l'air (elle est fréquente; c'est dans ce cas que l'on dit la teigne spontanée); la poussière sporulaire est emportée par l'air et les dimensions si petites des spores leur permettent de traverser les pores de l'épiderme, de pénétrer dans les phanères; contact immédiat ou médiat; cette dernière cause est la plus ordinaire, et la contagion s'opère par l'intermédiaire d'un bonnet, d'un rasoir, d'un baiser... Le plus souvent, le principe contagieux est transmis d'un individu à un autre; quelquefois il est transmis sur le même individu d'une partie du corps à une autre partie; c'est ainsi qu'on voit si souvent la teigne tonsurante du dos de la main consécutive à une teigne tonsurante de la face. — Enfin l'inoculation est le quatrième mode de transmission du parasite; elle est tantôt volontaire et artificielle, tantôt involontaire et accidentelle, comme dans les cas où elle s'opère par le rasoir du barbier.

Des quatre modes de contagion (par l'air, par le contact immédiat, par le contact médiat et par l'inoculation), deux seulement appartiennent aux parasites animaux, ce sont le contact immédiat et le contact médiat; les parasites végétaux peuvent se transmettre des quatre manières.

La contagion s'opère ordinairement de l'homme à l'homme, quelquefois de l'homme aux animaux et réciproquement; et dans ce passage d'une espèce animale à une autre, il ne me paraît pas déraisonnable d'admettre que le parasite puisse subir certains changements dans sa forme ou dans son organisation, sans que toutefois il y ait transformation d'une espèce dans une autre.

ÉTUDE DU PARASITE. — Je disais en 1853, dans ma première brochure sur les teignes, que l'histoire des végétaux parasites était inachevée, imparfaite; ce que je disais alors, je ne puis que le répéter aujourd'hui. Depuis cette époque, j'ai réduit le nombre des espèces, et quelques micrographes distingués ont également modifié leur manière de voir.

Les végétaux parasites de la peau humaine sont d'une organisation fort simple; ils appartiennent tous aux tribus les plus inférieures de cette nombreuse famille de cryptogames connus sous le nom de champignons; ils sont tantôt visibles et tantôt invisibles; ils sont visibles à l'œil nu ou à la loupe; ils sont invisibles, soit parce que leur situation dans la peau est profonde, soit à cause du grand écartement des éléments anatomiques qui les constituent; mais, quoique invisibles à l'œil nu, le microscope nous apprend que leur structure est la même que celle des champignons composés parasites ou non parasites.

Les éléments constitutifs des végétaux parasites ont été rapportés à deux systèmes : au système reproducteur comprenant les spores et les filaments réceptaculaires et au système végétatif qui ne renferme que le mycelium.

Les *spores* sont les corps reproducteurs de toutes les plantes cryptogamiques, bien diversement disposées selon qu'on les examine dans les fougères, dans les thalassiophytes, les lichens ou les champignons. Dans les végétaux parasites de la peau de l'homme, ce sont des corpuscules cellulaires qui se présentent à un grossissement de 2 à 300 diamètres sous l'aspect de granulations blanches, réfractant la lumière, brillantes à la lumière artificielle, reflétant un éclat stellaire.

Ces corpuscules, à un grossissement de 5 à 600 diamètres, paraissent formés d'une double enveloppe et contiennent des granules dans leur intérieur qui ne sont sans doute que des spores plus petites. Dans quelques cas les granules paraissent comme agités de mouvements rotatoires (mouvement brownien des auteurs.)

Les *spores, sporules, sporidies* ont des dimensions variables de 1 à 5 ou 6 millièmes de millimètre de diamètre. Elles paraissent dures et prennent une teinte bleu foncé quand elles sont mises en contact avec l'acide sulfurique et la teinture d'iode. Leur structure se compose, d'après M. Ch. Robin, d'une membrane extérieure formée de cellulose, qui leur donne de la consistance, et d'une partie intérieure qui est l'utricule azoté, dans lequel se trouvent un liquide et des granules. Les acides con-

---

du prince, qui put dès lors s'en aller en guerre, comme le grand Malbrough.

La reconnaissance de Kromluong était sans bornes; il fabriquait lui-même pour son nouvel ami des plumes en bois de Teck, fort ingénieusement taillées, dont l'une m'a servi à écrire le présent feuilleton; le soir, il le reconduisait en palanquin porté par ses esclaves à la case flottante qui lui servait de maison, et il ne le laissa repartir pour la France que sur la promesse formelle qu'il lui rapporterait un jour un *vrai* chapeau de général; un vrai, car celui qu'il possédait, et qu'il avait payé comme tel, n'avait jamais eu de si hautes destinées.

A propos de cases flottantes, l'habitation paraîtra peut-être quelque peu mesquine pour loger un secrétaire d'ambassade; il est certain qu'à Paris on pourrait s'en montrer peu satisfait; mais à Siam, c'est une autre affaire; la ville de Bankok, qui renferme environ 600,000 habitants, est composée de cases flottantes et fixées sur le fleuve au moyen de quatre piquets, ce qui permet au propriétaire de remonter ou de descendre le Menam s'il est mécontent de son voisinage. Il est très-peu de maisons, outre les palais, qui soient construites d'une manière plus stable. Cela me fait penser que ces cases qui changent de place si souvent, ces rues que le matin voit naître et le soir évanouir doivent rendre le service de la petite poste très-pénible pour les facteurs du pays.

Kromluong Vongsa est mort au mois de février dernier; il faut espérer que Bouda aura fait passer l'âme de ce brave prince dans le corps de quelque éléphant blanc, car, après son chapeau de général, c'est ce qu'il désirait le plus.

Je n'ose croire que le présent de mon ami soit la cause de son trépas, et que cet instrument lénitif soit devenu pour les entrailles du malheureux prince une robe de Nessus brûlante et mortelle.

LE Dr GRIFFUS (d'Ephèse).

centrés coagulent le liquide, et la teinture d'iode donne alors une couleur jaune verdâtre à la membrane extérieure.

L'éther, le chloroforme, le solutum potassique, l'acide acétique, l'ammoniaque et une multitude d'autres réactifs vous serviront à distinguer les spores des corpuscules étrangers qui pourraient être confondus avec elles.

Les filaments *réceptaculaires, réceptacles, tubes à spores, tubes sporulaires, tubes sporophores*, etc., sont des cellules allongées, sous forme de tubes, renfermant des spores. Ils sont écartés ou rapprochés les uns des autres sous forme de rubans et quelquefois comme articulés. On trouve d'infinies variétés depuis le tube vide jusqu'au tube rempli de spores arrivées à leur parfait développement. Les spores rudimentaires sont comme des granules. D'autres fois les parois du tube ne sont pas distinctes des parois des spores. On dirait, en effet, des sporules, réunies bout à bout en chapelet formant un tube cloisonné.

Le *mycelium*, représentant le système végétatif, est composé de cellules allongées, sous formes de tubes plus ou moins étroits. On en a admis deux espèces, le mycelium *nématoïde* et le mycelium *membraneux*. Je reviendrai sur cette division quand nous ferons l'anatomie des *favi*. Les tubes ont un diamètre de 2 ou 3 millièmes de millimètre, qui est le même généralement dans toute leur longueur. Cette longueur est variable elle-même depuis quelques millimètres jusqu'à plusieurs centièmes et même dixièmes de millimètre. Ils sont droits ou flexueux, simples ou bifurqués, fourchus; les divisions s'opèrent sous des angles extrêmement variables.

Le groupe des champignons a été partagé en six classes, par Léveillé.

1° Arthrosporés;	4° Clinosporés;
2° Trichosporés;	5° Thécasporés;
3° Cystosporés;	6° Basidiosporés.

M. Ch. Robin a adopté cette division; il a fait rentrer tous les végétaux parasites de la peau de l'homme dans deux de ces divisions, les arthrosporés et les clinosporés. On trouve dans les arthrosporés deux tribus qui en renferment (torulacés et oïdiés) une seule dans les clinosporés, la tribu des coniopsidés.

Je mets sous vos yeux le tableau des genres et des espèces extrait de l'ouvrage de M. Robin (1):

1° **Torulacés** (structure très-simple, spores seulement ou spores et mycelium.)

Genre : **Trichophyton**; espèces : *tonsurans* (herpès tonsurant); *sporuloïdes*; *ulcerum*.

Genre : **Microsporon**; espèces : *mentagraphites* (mentagre); *Audouini* (porrigo decalvans); *furfur*. (pityriasis versicolor).

2° **Oidiés** (structure plus complexe; spores, mycelium, réceptacles).

Genres : **Achorion**; espèce : *Schœnleinii* (favus).

— **Oidium**; espèce : *Albicans* (muguet);

3° **Coniopsidés**.

Genre : **Puccinia**; espèce : d'*Ardsten* (favus).

Cette classification est sans doute fort savante: elle peut être très-exacte quant aux divisions principales, pour les tribus et même pour les genres; elle ne l'est plus pour les espèces.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants.* Paris, 1853.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Voyages scientifiques en Norwége. — On écrit de Christiana, à la date du 27 mai : « Défrayés par les fonds accordés au budget des Universités, des savants, partant de Christiana, feront cett année, dans diverses parties de la Norwége, les voyages scientifiques suivants : le docteur Sars, professeur extraordinaire de notre Université, explorera, pendant trois mois, la faune maritime le long des côtes de la Finmarchie et du Nordland; M. Sophus Bugge continuera, pendant deux mois, ses recherches relatives aux anciens chants populaires, conservés dans le Saetersdal et dans la Thélémarchie; le minéralogue Théodore Kjerulf poursuivra, pendant deux mois, ses explorations sur la structure géologique de la Norwége méridionale; enfin, le médecin en chef Danielsen fera un voyage zoologique dans le Nordland et dans la Finmarchie. » (*Journ. gén. de l'Instr. publ.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5 — N° 88. 5e année. Jeudi 23 Juillet 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.

RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

SOMMAIRE. — *Obstétrique clinique.* Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, par M. Carpentier. — Inauguration de la statue de Bichat. — **Correspondance.** — **Variétés scientifiques.**

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSTÉTRIQUE CLINIQUE.

Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant,

Par M. Carpentier, *médecin à Roubaix.*

Nous avons, il y a déjà plus de cinq ans, ouvert une enquête pour arriver à savoir, au moins approximativement, quelle était en province, tant dans les villes importantes que dans les communes rurales, la mortalité à la suite de l'opération césarienne. Cette enquête n'a pas produit tout ce que nous devions en espérer. Un certain nombre de praticiens ont répondu à notre appel, beaucoup ont gardé le silence. Parmi ceux qui ont répondu, plusieurs ont omis, en nous en adressant la mention d'un cas ou deux, de nous informer si ce cas ou ces deux cas étaient les *seuls* où ils eussent pratiqué l'opération. On comprend que cette circonstance est indispensable à connaître, car il ne s'agit pas de savoir si l'opération césarienne *peut* réussir hors de l'enceinte de Paris ; cette question est jugée depuis longtemps; il s'agit de savoir *combien de fois* elle réussit sur un nombre donné. La solution de problème pouvant avoir la plus grande influence sur le parti que le praticien doit prendre lorsqu'il n'a à choisir qu'entre l'opération césarienne et l'avortement chirurgical, nous réitérons notre appel à tous les praticiens. En attendant, nous continuons à publier les faits qui sont de nature à éclairer cette grave question de pratique et à encourager les praticiens dont un défaut de confiance en eux-mêmes retient peut-être trop souvent le couteau. Celui que nous communique M. le docteur Carpentier mérite toute notre attention. — H. de C.

Bien que l'opération césarienne soit regardée à bon droit comme une des plus redoutables de la chirurgie, puisque depuis plus d'un demi-siècle elle n'a pas réussi une seule fois dans les hôpitaux de Paris, ni dans les hôpitaux de Bruxelles sur plus de vingt opérations tentées par MM. Seutin et Van Huevel ; bien que ces résultats malheureux soient de nature à décourager les plus confiants, il arrive cependant que le médecin est quelquefois obligé d'y avoir recours, s'il ne veut pas manquer aux devoirs de sa conscience et de sa profession. Je viens de rencontrer un cas de ce genre où l'hésitation n'était pas possible : je me trouvais dans l'alternative de laisser mourir une femme dans d'inutiles souffrances, ou de pratiquer cette grave opération dont le résultat a été le salut de la mère et de l'enfant. Le succès que j'ai obtenu m'a engagé à publier l'observation suivante, qui, je l'espère, ne sera pas dépourvue d'intérêt pour la pratique obstétricale :

Marie Pouille, d'une constitution faible, âgée de 34 ans, demeurant au hameau du Créchet, est accouchée heureusement deux fois, les deux premières couches ont eu lieu six ans et trois ans avant la troisième grossesse dont il va être question ; depuis le deuxième accouchement suivi de l'allaitement, une affection rachitique est survenue et a amené une déviation de la colonne vertébrale, de sorte que la taille est un peu raccourcie et le haut du corps porté en avant.

Une sage-femme fut appelée, le 7 juin 1857, pour assister Marie P...., qui était arrivée au terme de sa troisième grossesse, les douleurs existaient depuis environ douze heures et avaient acquis une certaine intensité, elle reconnut une étroitesse extrême du bassin et réclama de suite mon intervention ; je constatai, en effet, un de ces vices de conformation qu'on rencontre rarement dans la pratique et qui ne laissent à l'accoucheur aucun espoir de délivrance. Aussitôt, je me fis adjoindre mon honoré confrère, le docteur Liagre, qui voulut bien se rendre avec empressement à ma demande ; le toucher nous fit reconnaître un rapprochement extrême des branches sous-pubiennes au point que l'arcade qu'elles forment n'existait plus et ne laissait entre elles qu'un interstice de deux centimètres ; le coccyx était recourbé en avant ; en pénétrant plus loin, on arrivait, non sans difficulté, sur un corps dur, c'était la saillie sacro-vertébrale ; le bassin était vicié dans tous ses diamètres, il était impossible de franchir le détroit inférieur avec la main. Après une telle investigation, nous ne pouvions songer ni à la céphalotomie, ni à la céphalotripsie, aucune de ces opérations n'était praticable ; il nous était démontré que la seule ressource qui nous restait était la gastro-hystérotomie.

La vie de l'enfant était bien constatée par ses mouvements bien ressentis par la mère, et par l'auscultation faite entre l'ombilic et la crête iliaque gauche.

Tout étant disposé pour l'opération, nous y procédâmes immédiatement ; l'éthérisation fut d'abord habilement pratiquée par M. le docteur Liagre, et quand l'anesthésie fut arrivée à un degré convenable, je fis sur la ligne médiane, en commençant à trois centimètres au-dessous de l'ombilic, une incision longitudinale de neuf centimètres environ, incision qui divisa les téguments, les aponévroses des muscles abdominaux et le péritoine ; une seconde incision aussi étendue que la première et faite avec plus d'attention et de ménagement, ouvrit l'utérus et les enveloppes du fœtus que nous trouvâmes en première position du sommet, les eaux de l'amnios s'écoulèrent alors, et l'enfant, saisi par les pieds, fut extrait plein de vie et poussant des cris très-forts ; il était du sexe masculin, les secondines vinrent aussi par la même voie. Je n'ai pas fait mention du cathété-

risme que j'aurais dû pratiquer tout d'abord, si la malade n'avait pas uriné abondamment un instant avant.

Après cette opération, durant laquelle Marie P.... ne proféra pas un seul cri et qui fut de courte durée, je m'occupai du pansement, qui est un des points importants de cette opération. Je fis rentrer d'abord une portion de la masse intestinale qui faisait irruption au dehors, et après avoir débarrassé l'abdomen des liquides qui s'y étaient épanchés, je fus forcé d'appliquer quatre points de suture, moyen que j'aurais désiré éviter à cause des inconvénients que je lui reconnais et dont je parlerai plus loin; je me bornai ensuite à recouvrir la plaie de compresses d'eau froide que je fis arroser toute la nuit, d'après le conseil de M. le docteur Metz, d'Aix-la-Chapelle; l'opérée fut replacée sur son lit; je prescrivis un repos absolu, une diète sévère et un peu d'eau sucrée.

Le lendemain 8 juin, nous revîmes la malade, elle n'a point eu de sommeil et l'attribue à ce qu'elle était couchée sur le côté gauche; le ventre est un peu sensible à la pression, cette douleur abdominale augmente à chaque application d'eau froide; je remplace ce moyen par des fomentations émollientes et narcotiques, aucune trace de lochies par la voie naturelle; la plaie du ventre a fourni un peu de sérosité roussâtre, pouls à 110. (*Prescription :* une pilule contenant 5 centigrammes d'extrait d'opium à prendre le soir.)

Le troisième jour, ventre météorisé, la malade s'est plaint toute la nuit de coliques violentes qui lui arrachaient des cris par moments, les traits ne sont pas altérés, point de hoquets, ni vomissements, pouls à 110, absence de lochies, les seins sont légèrement gonflés; j'enlève la bandelette de linge que j'avais placée dans l'angle inférieur de la plaie et le point de suture d'en bas. (*Prescription :* diète, une pilule d'extrait d'opium le soir.)

Le quatrième jour, la malade a dormi toute la nuit et se sent beaucoup mieux; elle m'annonce qu'hier, peu de temps après mon départ, elle a laissé échapper plusieurs grumeaux de sang par la plaie et qu'elle s'est trouvée immédiatement soulagée; le ventre est toujours météorisé, langue humide, pouls à 110; j'enlève tous les points de suture, qui, par la tension du ventre, exercent un tiraillement incommode et menacent de déchirer les tissus, je les remplace avantageusement par quelques bandelettes d'un taffetas très-agglutinatif, préparé par M. Henry, pharmacien distingué de cette ville, qui a bien voulu fournir gratuitement tout ce qui était nécessaire au traitement de cette malheureuse. (*Prescription :* huile de ricin, 30 grammes; embrocation sur le ventre avec huile camphrée laudanisée; fomentations émollientes recouvertes d'un taffetas ciré, succion des seins trois fois par jour.)

Le cinquième jour, la malade a eu plusieurs selles abondantes et se plaint d'une grande faiblesse, le ventre a considérablement diminué de volume, pouls à 100. (*Prescription :* sirop de quina au vin, 30 grammes; une cuillerée de bouillon toutes les heures.)

Le sixième jour, état satisfaisant; le pouls a diminué de fréquence, les seins sécrètent davantage, pas de lochies, mais la plaie suppure avec abondance, les aines et les parties voisines s'excorient, pansement avec le cérat mélangé d'amidon. (*Prescription :* deux cuillerées de bouillon toutes les heures; sirop de quina; limonade vineuse.)

Les sept, huit, neuf et dixième jours, même état, l'amélioration se soutient, la malade sent ses forces renaître peu à peu. (Même prescription.)

Les onze, douze et treizième jours, l'écoulement de la plaie est moins abondant et moins fétide, l'excoriation des aines moins douloureuse, pouls à 90. (*Prescription :* lait de poule le matin; bouillon en petite quantité, etc.)

Les quatorze, quinze, seize et dix-septième jours, progression de la convalescence; l'opérée est assise sur son lit et tient son enfant dans les bras; la plaie est de bonne nature et marche rapidement vers la guérison. (*Prescription :* bouillon, panade, un œuf à la coque.)

Enfin, les dix-huit, dix-neuf, vingt, vingt-un et vingt-deuxième jours, l'opérée va de mieux en mieux et peut allaiter son enfant, elle commence à faire quelques pas dans la chambre. (Augmentation des aliments.)

Aujourd'hui 7 juillet, trentième jour de l'opération, la santé de la mère et de l'enfant ne laisse rien à désirer.

Comme on vient de le voir, l'opération césarienne a été pratiquée dans les conditions les plus favorables, aucune manœuvre n'avait été exercée, et on avait eu soin de ne pas laisser épuiser la malade par une trop longue temporisation; ces deux conditions sont essentielles pour le succès de cette opération. Il y a encore un point qui mérite d'être signalé à l'attention des praticiens, et dont il n'est fait mention dans aucun traité d'accouchements : je veux parler de la suture; M. Lebleu, de Dunkerque, dit seulement que la suture est inutile, mais c'est M. Alluin qui le premier en a fait ressortir les inconvénients dans une observation très-intéressante qui se trouve consignée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques :* « Je la regarde, dit-il, comme si dangereuse, que je n'hésite pas à la ranger au nombre des causes d'insuccès de l'opération césarienne. » Cette opinion paraîtra sans doute exagérée à beaucoup de monde, quoiqu'elle renferme cependant une grande vérité : la suture est un obstacle sérieux à la sortie du sang et aux écoulements fournis par la matrice; on a vu, dans l'observation que j'ai rapportée, qu'aucun écoulement lochial n'avait eu lieu par la voie naturelle, et que l'opérée éprouva un très-grand soulagement après l'enlèvement des points de suture, que j'avais dû établir pour prévenir une éventration.

M. Alluin a évidemment fait ressortir un point très-important de cette opération, et le praticien fera bien de suivre le conseil qu'il donne de se borner à la position et au bandage contentif quand les viscères sont à l'aise dans la cavité abdominale et ne tendent pas à en sortir; quand l'opérée est docile et que chez elle il n'y a ni hoquets, ni efforts de vomissement, ni toux violente, et si, dans les circonstances opposées, il doit, comme cela m'est arrivé, recourir à la suture, je l'engage à la remplacer aussitôt que possible par quelques bandelettes agglutinatives, dont les avantages sont incontestables.

Certes, le succès que j'ai obtenu ne m'enivre pas au point de proscrire, avec M. Lebleu, de Dunkerque, l'accouchement prématuré artificiel, et de frapper d'une injuste réprobation une opération désormais acquise et consacrée, mais pour ce qui concerne la mutilation du fœtus vivant, qu'il me soit permis de poser ici les deux questions suivantes :

1° *Faut-il, comme le conseillent plusieurs auteurs, sacrifier l'enfant à la mère, quand le bassin n'a que 5 centimètres 1/2 (2 pouces) de diamètre, plutôt que de recourir à l'opération césarienne ?*

2° *Doit-on, dans les rétrécissements extrêmes du bassin, qui exigeraient à terme cette grave opération, pratiquer l'accouchement avant le terme de la viabilité pendant la grossesse ?*

M. Cazeaux a, dans un rapport remarquable, établi la supériorité de cette méthode; M. Velpeau a aussi fait valoir des arguments en sa faveur; mais M. Paul Dubois ne l'accepte pas d'une manière générale; on lit dans sa lettre à l'*Union médicale,* cette phrase : *On ne peut pas dire que ce soit un devoir de préférer l'avortement à l'opération césarienne.*

D'ailleurs, si cette pratique a pu être consacrée à Paris, où cette opération ne compte pas un seul succès, doit-on l'accepter partout quand on voit les hommes les plus compétents différer d'opinion à cet égard, quand on voit, surtout depuis quelques années, que les cas d'opération césarienne suivis d'un résultat heureux pour la mère et pour l'enfant, ne sont pas très-rares dans la science? Ces deux questions m'ont paru d'une grande importance et dignes d'attirer l'attention des praticiens, c'est pourquoi je les ai rappelées, tout en laissant à de plus habiles que moi le soin de les résoudre.

Inauguration de la statue de Bichat.

DISCOURS DE M. LARREY.

(Suite et fin. Voir le n° 86.)

En 1818, le peintre Hersent expose au Salon les derniers moments de Bichat; et la composition touchante de ce tableau fait regretter qu'il ne soit pas reproduit par la gravure.

En 1821, la Société d'émulation de l'Ain propose pour sujet de prix l'*Éloge de Bichat*. C'est A. Miquel qui l'obtient, et son travail fournit de précieux documents à tout ce que l'on a écrit sur cet homme illustre.

En 1833, la Société d'émulation du Jura inaugure son buste à Thoirette; et sur une plaque de marbre noir, placée au devant de sa maison natale, elle fait graver cette inscription: « Ici naquit Xavier Bichat, le 11 novembre 1771. »

En 1837, David (d'Angers), chargé de faire le fronton du Panthéon pour cette inscription sublime: *Aux grands hommes la patrie reconnaissante*, représente Bichat qui succombe, la tête couronnée de lauriers, et tenant d'une main sa plume, de l'autre le manuscrit de son livre *Sur la vie et la mort*. Bientôt après, aux départements limitrophes, dont la circonscription a été changée, le département du Jura et le département de l'Ain revendiquent l'honneur d'avoir donné le jour à Bichat, comme autrefois, plusieurs villes de la Grèce s'étaient disputé le berceau d'Homère. Mais la gloire de Bichat est assez grande pour se partager dans le pays qui a vu naître le général Joubert, l'astronome Lalande, le chimiste Sérullas, le chirurgien Percy et d'autres hommes célèbres.

Le 5 mai 1839, la ville de Lons-le-Saulnier inaugurait, au centre de l'hôpital, le buste monumental de Bichat, dû au ciseau d'Huguenin, son compatriote, et surmontant une fontaine en marbre du pays.

Le 24 août 1843, la ville de Bourg, ayant voulu aussi ériger un monument à Bichat, avait demandé un buste à David, qui lui donna une statue, et qui, pour cette nouvelle œuvre, s'inspira encore des *Recherches sur la vie et la mort*. Le grand artiste avait placé le grand physiologiste dans l'attitude de la méditation et prêt à écrire ses pensées, tandis que l'autre main, posée sur la poitrine d'un enfant, y découvre la vie. Derrière ce groupe gît un cadavre enveloppé d'un linceul. N'est-ce pas le génie de l'art faisant renaître le génie de la science?

A l'inauguration du monument de Bourg se trouvaient réunies toutes les notabilités du département, des députations des villes voisines et des délégués des Académies, des Facultés, des Écoles et des Sociétés de médecine. L'un des professeurs les plus éloquents de la Faculté de Paris était venu la représenter à cette fête; et désigner Hippolyte Royer-Collard, ce n'est pas seulement rappeler un nom cher à nos souvenirs, c'est encore rappeler en lui un digne panégyriste de Xavier Bichat.

Enfin, Messieurs, une dernière et grande manifestation se préparait en mémoire de celui que tant de gloire environne.

Le conseil municipal de la ville de Paris (dans sa séance du 6 février 1844) avait décidé, sur la proposition de MM. Thierry et Arago, qu'une concession de terrain à perpétuité serait faite au cimetière de l'Est, pour y déposer les restes de Bichat.

Le Congrès médical de 1845, représenté encore aujourd'hui dans cette enceinte par un grand nombre de ses membres, et par son illustre président, M. Serres, rendit alors à Bichat les plus grands honneurs, en exhumant d'abord ses restes de l'infime sépulture où ils étaient enfouis depuis plus de quarante ans, pour procéder ensuite à leur translation solennelle. C'était le 16 novembre, et le même jour, tous les membres du Congrès se rendaient à Notre-Dame, entouraient le catafalque élevé dans la nef de la vaste métropole, et, après la cérémonie, ouvraient la marche d'un cortége de dix mille personnes. « C'était, comme « l'a si bien exprimé M. Malgaigne, dans le rapport de la com- « mission, c'était la médecine tout entière rendant hommage à « l'un de ses héros et de ses martyrs. »

Après ces glorieuses funérailles, le Congrès, sur la proposition de l'un de ses membres les plus estimables et les plus modestes, M. Blatin, avait décidé, par un vote unanime, l'érection d'un monument à Paris. Sa place était marquée ici d'avance.

L'inauguration de la statue de Bichat dans cette enceinte est le plus éclatant témoignage de l'admiration du corps médical pour celui qui, n'ayant pas eu le temps d'appartenir, pendant sa vie, à la Faculté de Médecine, méritait si bien d'y recevoir, après sa mort, la place d'honneur.

Il y a plus d'un demi-siècle que la postérité a commencé pour lui, et cependant cette longue consécration de sa mémoire semble récente encore, en présence de la jeune figure qui est devant nous. Ce front large et découvert, où se reflète une vaste intelligence; ce regard doux et bienveillant qui attire la sympathie; et cette bouche régulière d'où sont sorties tant de paroles de science, représentent dans une attitude méditative l'image du grand physiologiste, préoccupé d'écrire ses pensées en s'appuyant sur ses œuvres.

Et sous cette jeune figure, Bichat sera peut-être encore ressemblant aux yeux de ses rares contemporains. Il en est deux surtout, ses condisciples, ses amis, ses collègues à la Société médicale d'émulation; il en est deux qui, en ce moment, font revivre Bichat dans leur souvenir et dans leur cœur. L'un, éloigné peut être de Paris, est l'éminent praticien de la Touraine, dont le nom représente à la fois l'autorité d'une grande expérience et un modèle d'honorabilité médicale: j'ai nommé M. Bretonneau; l'autre, faut il ajouter que c'est M. Duméril, le doyen d'âge des professeurs de cette Faculté, le maître de nos maîtres, le savant modeste et illustre qu'entourent nos sympathies et nos respects.

Et vous dont la présence nous manque, cher et vénéré maître, mais dont la mémoire nous reste fidèle, vous, Monsieur Roux, qui aviez été le disciple, le collaborateur et l'ami de Bichat, vous qui avez si dignement retracé sa vie et ses œuvres, au sein même de cette Faculté, il y a quatre ans à peine, vous disiez de lui: « Sa présence parmi nous aurait ajouté au lustre de cette « École: c'est une auréole qui nous manque. » Et vous appeliez de tous vos vœux l'inauguration de ce monument.... — Vos vœux, cher maître, sont enfin accomplis!

Que pourrions-nous ajouter à tous les discours, à tous les éloges qui rappellent la mémoire et les travaux de Bichat, sinon de saluer sa nouvelle image, bien plus éloquente dans son silence que tout le bruit de nos paroles? Sa vie seule sera pour les générations successives de la jeunesse de cette École, la personnification sublime et vivifiée de celui qui est mort à 30 ans, le plus illustre physiologiste des temps modernes.

Mais en saluant cette résurrection de Bichat, au milieu du temple de la médecine, ne nous séparons pas, Messieurs, sans saluer aussi la mémoire de David dans son œuvre dernière à peine achevée, l'artiste national qui, dans les élans généreux de son admiration pour les hommes illustres de la France, n'avait jamais oublié nos grands maîtres, s'est immortalisé lui-même, en immortalisant toutes les gloires.

Salut, Pierre David!
Salut, Xavier Bichat!

Erratum. — Une erreur a été faite dans le Compte rendu de l'inauguration de la statue de Bichat, — dans le dernier numéro, — 2e page, 2e colonne, ligne 34; la première phrase de l'alinéa doit être ainsi rétablie:

M. Larrey lui a succédé à la tribune et a lu un discours au nom de la Société médicale d'émulation, qui existe encore aujourd'hui, et à laquelle Bichat, un de ses fondateurs, communiqua ses principaux travaux en chirurgie.

DISCOURS DE M. BOUILLAUD.

Monsieur le Ministre, Messieurs,

La Faculté de Médecine de Paris adresse, par ma faible voix, les plus profonds et les plus sincères remerciements à la Commission du Congrès médical de 1845, pour avoir bien voulu lui faire l'insigne honneur de lui offrir la statue votée à Bichat par cette sorte d'assemblée constituante de la France médicale. Elle

reçoit, avec un véritable orgueil bien facile à comprendre, cette image du grand anatomiste et physiologiste, qu'elle a le regret de n'avoir pas compté parmi ses membres, mais auquel elle aurait été fière d'ouvrir ses portes, si la mort ne l'eût ravi, à la fleur de son âge, à la science, à l'humanité, lorsque cette École elle-même avait à peine quelques années d'existence. Quoi qu'il en soit, une mort si prématurée émut vivement l'École d'alors, et l'un de ses professeurs, le savant Hallé, fut chargé, dans la séance publique de l'an XI, de lui rendre, au nom du corps tout entier, un éclatant et solennel hommage. L'orateur, à cette occasion, aurait pu déjà répéter ce vers célèbre d'un membre de l'Académie française, à l'occasion de la mort du prince des poëtes comiques modernes :

Rien ne manque à sa gloire, il manquait à la nôtre!

Mais ce que nul ne pouvait encore prévoir, c'est que la gloire de Bichat éclipserait un jour toutes les autres gloires, qu'une première statue lui serait élevée dans sa ville natale ; que sur le frontispice d'un temple consacré aux grands hommes par la patrie reconnaissante, un sculpteur justement célèbre lui réserverait une place parmi les personnages illustres qu'il y a représentés ; qu'enfin, pour comble d'honneur, une seconde statue, votée par un congrès de médecins qui représentaient la France médicale tout entière, lui serait érigée dans cette enceinte même, y serait inaugurée avec la pompe la plus inusitée, en présence d'une si belle et si brillante assemblée ; inauguration d'une solennité encore sans exemple, puisque le chef de l'État lui-même n'a pas dédaigné d'y présider en quelque sorte dans la personne du chef suprême de notre université, Monsieur le Ministre des cultes et de l'instruction publique.

Sans doute, Messieurs, la statue de Bichat est partout bien placée. Mais il semblait cependant que sa place la plus naturelle était marquée dans cette enceinte, ainsi que l'a si heureusement pensé la Commission du Congrès médical de 1845, à laquelle, pour la seconde fois, la Faculté, par mon organe, témoigne sa vive reconnaissance.

Les médecins français auxquels des statues aient été élevées dans ces derniers temps, ne sont pas nombreux. On n'en compte, je crois, que quatre, y compris Bichat : Ambroise Paré, le père de la chirurgie française, l'un des plus beaux génies à la fois et des plus beaux caractères dont le corps médical puisse se glorifier ; le célèbre auteur de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* et de l'*Examen des doctrines ;* enfin, Larrey, doué comme Ambroise Paré d'un noble et beau caractère, immortalisé par un article du testament de Sainte-Hélène, Larrey, le prince de notre chirurgie militaire, Larrey, ce héros d'humanité, suivant l'heureuse et juste expression de l'historien si connu du Consulat et de l'Empire.

Mais Bichat est le premier qui ait obtenu l'honneur d'une statue au sein même de la Faculté. On ne pouvait assurément mieux commencer ; espérons qu'il ne sera pas le dernier.

Passons maintenant à l'éloge de Bichat, comme si, toutefois, la cérémonie si solennelle à laquelle nous assistons n'était pas un éloge qui dispense de tous les autres, la plus éloquente et la plus magnifique des oraisons funèbres. Que puis-je ajouter d'ailleurs à ce qui vient d'être dit par un illustre académicien, parlant au nom du Congrès médical, qui lui décerna les honneurs insignes de la présidence. Disons quelques mots d'abord de la manière dont Bichat passa cette vie médicale, hélas ! si rapidement écoulée.

Après avoir fait ses premières études à Lyon, sous Marc-Antoine Petit, il vint, après le siége fameux de cette grande cité, à Paris, et suivit les leçons de cet illustre Desault, dont l'école a fait tant de bruit vers la fin du siècle dernier. On sait que ce grand chirurgien présentait une noblesse et une dignité mêlée de quelque sévérité, et régnait, en quelque sorte, en maître un peu absolu dans cet Hôtel-Dieu, dont il était, en effet, le chirurgien en chef. Il préludait ainsi, jusqu'à un certain point, à l'avénement assez prochain de cet autre chirurgien en chef du même hôpital, dont la marche, la pose un peu académique, la physionomie sévère, impérieuse, la taille et l'air majestueux avaient quelque chose d'un empereur romain, et dont le regard superbe, la lèvre fière, assez dédaigneuse, la tête altière et napoléonienne, inspiraient aux moins timides, qui l'abordaient pour la première fois, cette espèce de frissonnement respectueux, auquel nul mortel, selon les poètes de l'époque mythologique, ne pouvait se dérober, en présence de quelque divinité ; de ce chirurgien qui, nouveau César, ne pouvait souffrir d'égal, et dont l'ambition enfin, aussi vaste que son génie, était telle, qu'il semblait bien moins vouloir être considéré comme le premier, le souverain pontife, le prophète de la chirurgie, que comme le dieu même de cette science ; mais qui, d'ailleurs, compte bien pris et bien tenu du revers de la médaille, était peut-être, du moins j'aime à le croire, ne fût-ce que pour la gloire de cette Faculté qu'il a tant illustrée par son admirable enseignement à la fois, et par sa haute position, était peut-être le plus grand chirurgien, je ne dis pas de son temps seulement, mais aussi des siècles passés. Revenons à Bichat, dont cette période un peu longue, je l'avoue, nous a trop longtemps séparé. Il fut bientôt distingué par Desault entre tous les autres élèves. Suivant Buisson, il le traita comme son fils, et il le destinait même dès lors à lui succéder dans sa réputation. Mais la mort de Desault, presque subite, et bien prématurée aussi, survenue en 1795, rendit pour ainsi dire Bichat à lui-même, qui ne se découragea ni ne se déconcerta par la perte de son puissant protecteur, car il avait déjà le sentiment de ses forces, et disait même à ses intimes amis qu'*il irait loin,* et il ne le disait point par esprit d'orgueil, car il réunissait aux plus brillantes facultés intellectuelles, cette qualité morale, qui est le plus bel ornement du génie, la modestie.

Ce n'est qu'en 1797 que Bichat débuta dans la carrière de l'enseignement, et il mourut dans le courant de l'année 1802, de sorte que sa vie médicale, comme professeur et comme auteur, ne comprend que l'espace de cinq années. C'est dans un si court espace de temps que Bichat composa le *Traité des membranes,* les *Recherches sur la vie et la mort,* l'*Anatomie générale,* les deux premiers volumes et la moitié du troisième volume de l'*Anatomie descriptive,* tous ouvrages dont il lui avait fallu recueillir lui-même les principaux matériaux ; car ce génie, éminemment original et inventif, ne lisait guère que le grand livre de la nature, et n'écrivait en quelque sorte que sous la dictée de l'observation et de l'expérimentation, dont il fécondait les résultats par ce travail de l'intelligence, sans lequel il n'existerait ni lois, ni doctrines, ni théories, ni classifications, et pour tout dire, en un mot, nulle science constituée. Au reste, dans le discours préliminaire de l'*Anatomie descriptive,* il a pris soin de nous dire lui même comment il avait procédé dans ses études et la composition de ses ouvrages.

Disséquer en anatomie, faire des expériences en physiologie, suivre les malades et ouvrir les cadavres en médecine, c'est là une triple voie hors laquelle il ne peut y avoir d'anatomiste, de physiologiste, ni de médecin. Voyez tous les grands hommes dont le nom est inscrit dans le faste de ces sciences : ils ont constamment marché dans cette voie. S'il se trouve, dit-il, loin d'eux pour les succès, il ose dire qu'il est sur leurs pas pour les travaux. Il a interrogé la nature plus sur le cadavre que dans les livres anatomiques ; plus dans les organes des animaux vivants que dans les livres physiologiques ; et, depuis qu'il étudie la médecine, plus au lit des malades ou dans les ouvertures cadavériques que dans les livres des médecins. Toutefois, il est bien loin de ne pas attacher aux découvertes de chacun le prix qu'elles méritent, et plus loin encore de garder sur ces découvertes un silence affecté, en écrivant sur des matières dont elles sont l'objet.

Tel est Bichat, peint en quelque sorte par lui-même, et tel nous le représente aussi Buisson, son ami, son parent, et par Roux, également son ami, tous les deux ses collaborateurs, ses disciples, ses panégyristes, et, si j'osais le dire, ses évangélistes.

Dans le même temps que Bichat préparait, composait, publiait les ouvrages que nous venons de nommer, il avait aussi rédigé et publié les *OEuvres chirurgicales* et le dernier volume du

Journal de chirurgie de son illustre maître, auquel il s'était plu à rendre ce dernier hommage. Il avait aussi publié six mémoires à la fois, dans le second volume du *Recueil de la Société médicale d'émulation,* Société qui se glorifie de compter Bichat au premier rang de ses fondateurs, Société toujours vivante, bien que datant déjà de plus d'un demi-siècle, longévité à laquelle ne parviennent guère les Sociétés savantes libres, comme si parmi tous ses autres priviléges, le génie communiquait à tout ce qu'il a touché et concouru à fonder une partie de son immortalité, Société qui va bientôt elle-même payer un juste tribut d'éloges par l'organe d'un de ses membres, qui porte si dignement, si noblement un des plus illustres noms de la chirurgie française.

Dans le même temps, Bichat faisait des cours particuliers d'anatomie, de médecine opératoire, de physiologie, d'anatomie pathologique et même de matière médicale; en quelques mois, si nous en croyons Buisson, biographe si digne de foi, et qui pourtant aurait bien de la peine à se faire croire, s'il s'agissait de tout autre que de Bichat, en quelques mois, par un prodige d'activité, cet infatigable travailleur *ouvrit plus de six cents cadavres,* soit à l'Hôtel-Dieu, soit ailleurs, et suivit en même temps toutes les maladies remarquables que présentait l'Hôtel-Dieu, dont il venait d'être nommé médecin, le seul titre dont ait été jamais revêtu le héros d'une si solennelle apothéose.

Il était facile de prédire qu'un homme qui se ménageait si peu, qui s'exposait à tant de périls sur le champ de bataille où il manœuvrait, n'échapperait pas à quelques graves blessures et ne pousserait pas loin sa carrière. Sa première blessure, ou, si l'on veut, la première maladie qu'il éprouva fut une hémoptysie, hémoptysie assez considérable pour compromettre son existence. A peine guéri, Bichat redouble d'ardeur, comme pour réparer les jours qu'il avait perdus, et, comme si pressentant lui-même que sa vie serait courte, il avait voulu compenser, en quelque sorte, par un excès de vitesse et d'activité, ce qu'il avait en moins du côté du temps. Vainement ses amis l'engagent à modérer une ardeur si périlleuse; son étoile l'entraîne; peut-être se souvient-il aussi que, selon le sentiment de certains sages, les amis des dieux meurent jeunes. Il poursuit donc ses immenses, et souvent dangereux travaux. Dans les plus grandes chaleurs de l'été, il visitait continuellement les pièces d'anatomie pathologique qu'il avait soumises à la macération, et respirait, avec le courage le plus téméraire, leurs infectes émanations. Pour comble de malheur, un jour qu'il en avait ressenti plus vivement l'influence, il fit une chute en descendant l'escalier de l'Hôtel-Dieu, et perdit connaissance pendant quelques moments. Le lendemain, un violent mal de tête se déclara, et cependant Bichat voulut faire la visite accoutumée de ses malades. Il en ressentit une extrême fatigue, et éprouva même un évanouissement. Il fut enfin obligé de se mettre au lit, dans ce lit fatal, où, le 3 thermidor an X, jour de deuil, s'il en fût jamais pour la médecine, après quatorze jours d'une maladie aiguë, dans laquelle prédominèrent des phénomènes ataxiques ou cérébraux, Bichat rendit le dernier soupir.

Pardonnez-moi ces tristes détails, Messieurs, dont je ne pouvais me dispenser, car ce n'est pas une chose oiseuse que de savoir comment les grands hommes sont morts. S'il s'agit de quelque capitaine ou général illustre, il n'est pas indifférent de savoir s'il est mort ou non sur le champ de bataille. La mort sur le champ de bataille est pour eux la plus belle et la plus glorieuse; c'est celle des Turenne, des Desaix, des Lannes et d'autres encore. Mais, Messieurs, les médecins, même ceux de l'ordre civil, ont aussi leur champ d'honneur, leur champ de bataille, sur lequel il n'est pas quelquefois moins honorable, moins glorieux de tomber que sur l'autre champ de bataille dont je viens de parler. Or, je vous le demande, après ce que vous venez d'entendre, récit qui eût été si touchant sous une plume plus éloquente que la mienne, lequel de vous ne reconnaîtra que Bichat, dont le courage et la grande âme égalaient le génie, est lui aussi mort de la mort des braves, sur le champ d'honneur, non pas frappé de préférence au cœur, comme il convient à un général, mais frappé à la tête, frappé au cerveau, cet instrument de la pensée, comme il convient surtout de mourir à un penseur tel que Bichat.

Bichat n'est plus! jeunesse des écoles dont il avait su captiver les suffrages, et dont la voix ici était bien la voix de Dieu et de la postérité. Jeunes disciples dont il avait tant excité l'enthousiasme, ce n'est pas assez pour vous de couvrir son cercueil de larmes et de fleurs; emparez-vous pieusement des restes inanimés, des précieuses reliques de votre maître, portez-les en triomphe dans la tombe qui est réservée, tombe hélas! bien modeste, bien humble, bien cachée, et que quarante ans plus tard on aura tant de peine à retrouver, comme on vient de nous le rappeler d'une manière si digne à la fois et si simple.

Dix jours s'étaient à peine écoulés depuis la mort de Bichat, que, par ordre du premier Consul, il fut décidé qu'on élèverait dans le vestibule de l'Hôtel-Dieu, un monument à la mémoire de ce jeune et glorieux martyr de la science, et de son illustre maître Desault. Un grand nombre des assistants connaissent ce monument, qui consiste en une simple table de marbre sur laquelle sont inscrits les noms de Desault et de Bichat et leurs principaux titres. Rien de plus modeste, sans doute, que ce monument. Mais ce qui lui donne un prix que n'auraient pas les plus fastueux monuments, c'est qu'il fut ordonné par un homme qui se connaissait en matière de génie; c'est que l'ordre de son érection fut signé par cette main d'un héros, qui, presque aussi jeune que Bichat, de simple lieutenant d'artillerie, était déjà *passé* premier Consul, et qui, pendant le même espace de temps qui avait suffi à Bichat pour accomplir ses grands et nombreux travaux, et précisément à la même époque, avait conquis l'Italie et l'Égypte, gagné les batailles de Lodi, de Montenotte, d'Arcole, de Castiglione, de Marengo, et cette fameuse bataille des Pyramides, avant laquelle, ce général, non moins habile, comme César, à manier la plume et la parole que l'épée, avait dit : *Soldats ! songez que du haut de ces Pyramides quarante siècles vous contemplent,* et après laquelle Kléber, beau comme le dieu Mars lui-même un jour de bataille, si bon juge et peu suspect de flatterie envers le général Bonaparte, s'était jeté dans ses bras, en s'écriant : Général, vous êtes grand comme le monde!

Qui, maintenant, ne serait fier du plus humble des monuments, érigé par l'ordre d'un tel héros?

Qu'on ne s'étonne, qu'on ne se scandalise point d'un rapprochement entre un chef d'État et un chef d'École : devant le génie, les hommes sont égaux.

Par son *Traité d'anatomie générale ou des systèmes générateurs,* au nombre de vingt et un, et par son *Traité d'anatomie descriptive ou d'anatomie des organes et des appareils d'organes,* Bichat avait en quelque sorte créé l'homme anatomique, le corps de l'homme. Mais ce n'était encore là que la statue, disons le vrai mot, que le *cadavre* de l'homme. Restait pour ainsi dire à l'animer, et à lui donner le souffle de la vie, et ce n'était pas, on en conviendra, la partie la plus facile de l'œuvre. Comment Bichat s'y prendra-t-il pour accomplir, pour opérer cette sorte de miracle physiologique? Ira-t-il, nouveau Prométhée, sans craindre la foudre, dérober au ciel le feu sacré? Non, le temps d'une pareille physiologie est trop loin de nous. Retrouvera-t-il dans ses devanciers un si profond secret? Non, Messieurs, Bichat reproche, au contraire, à ses devanciers de n'avoir point trouvé le mot de l'énigme.

Ni l'*archée* de Van-Helmont, ni l'*âme* de Stahl, ni le principe vital de Barthez, ni la *force vitale* de quelques autres ne nous révèlent, selon lui, le mystère de la vie. A son tour, il se met donc à la recherche de ce grand problème, et il pense en avoir trouvé la solution dans la création de ses *propriétés vitales,* ingénieuse et brillante théorie qui, dans l'histoire de la physiologie, constitue un système nouveau, une nouvelle doctrine de vitalisme, et qui, depuis un demi-siècle passé, a tant agité, et encore aujourd'hui agite tant les Écoles.

Cette théorie est exposée, avec les plus riches et les plus abondants développements, dans les *Recherches sur la vie et*

la mort et dans les considérations générales placées en tête de l'*Anatomie générale,* véritable profession de foi, véritable *Évangile physiologique* de Bichat. Quelque brillante et ingénieuse que soit cette *théorie,* quelque séduisante que soit, au premier abord, la forme sous laquelle Bichat l'a presentée, je dois l'avouer, car une admiration aveugle et servile serait également indigne et de Bichat et de moi, du moins en tant que chargé de porter la parole au nom de la Faculté de Médecine de Paris, cette doctrine elle-même ne laisse encore que trop à désirer. Le temps et le lieu ne me permettent pas d'en offrir ici l'analyse détaillée. Qu'il me suffise d'en effleurer les points fondamentaux, et d'en faire connaître en quelque sorte l'*esprit.*

Il commence par déclarer nettement la *nouveauté* des principes ou de la doctrine générale qu'il enseigne, doctrine *opposée* à celle de Boerhaave, et différente de celles de Sthal et des autres auteurs qui, comme lui, ont tout rapporte dans l'économie vivante à *un principe unique, principe abstrait, idéal et purement imaginaire, quel que soit le nom sous lequel on le désigne; analyser avec précision les propriétés des corps vivants; montrer que tout phénomène physiologique se rapporte, en dernière analyse, à ces propriétés considérées dans leur état naturel; que tout phénomène pathologique dérive de leur augmentation, de leur diminution ou de leur altération; que tout phénomène thérapeutique a pour principe le retour au type naturel dont elles s'étaient écartées:* voilà, comme il le répète avec une véritable complaisance d'auteur ou de père, la doctrine générale de ses ouvrages.

En procédant ainsi, il croit suivre une marche analogue à celle qui est suivie dans les sciences physiques, où la gravité, l'élasticité, l'affinité, etc., sont considérées comme principes primitifs de tous les faits observés dans les sciences. Le rapport des propriétés comme causes avec les phenomenes comme effets, est, dit-il, un axiome presque fastidieux à répéter aujourd'hui en physique, en chimie, en astronomie, etc. Or, son but est d'établir un axiome analogue dans les sciences physiologiques.

Personne plus que Bichat, d'ailleurs, ne s'est appesanti sur les différences qui existent entre les propriétés physiques et les propriétés vitales, et par suite, entre les sciences physiologiques et les sciences physiques. Toutefois, il n'en accorde pas moins la coexistence des propriétés physiques et des propriétes vitales dans les corps vivants. Selon lui, les propriétés sont tellement inhérentes aux corps, qu'on ne peut les concevoir sans elles. Le chaos, dit-il, n'était que la matière sans propriétés : pour créer l'univers, Dieu la doua de gravité, d'élasticité, d'affinité, et, de plus, une portion eut en partage la sensibilité et la contractilité. Après avoir rappelé que, pendant longtemps, chaque fait dans les sciences était, pour ainsi dire, l'objet d'une *hypothèse* particulière, il ajoute que Newton, l'un des premiers, démontra que, quelque variables que fussent les phénomenes physiques, tous se rapportent cependant a un certain nombre de principes, parmi lesquels la faculté d'attirer joue le principal rôle. Attirés l'une par l'autre et par leur soleil, en raison directe de leur masse et inverse du carré de leur distance, les planètes décrivent leurs courbes éternelles; attirées au centre de la nôtre, et soumises à la même loi, les eaux, les pierres, etc., se meuvent ou tendent à se mouvoir, tombent pour s'en rapprocher. Idée sublime, sans doute, s'écrie Bichat, avec un enthousiasme digne de son objet, que celle qui servit tout à coup de base à toutes les sciences physiques. Rendons grâce à Newton! il a trouvé le premier le secret du Créateur, la simplicité des causes réunie à la multiplicité des effets.

Or, Bichat n'aspire à rien moins que d'imiter, en physiologie, un si grand maître; il veut être le législateur du monde physiologique, comme Newton fut le législateur du monde physique. Oserai-je le dire? Il voudrait être le Newton de la physiologie. Pour y parvenir, il s'efforce de déterminer les propriétés qui régissent le monde organisé ou vivant, qu'il ramène à deux, sous les noms de sensibilité et de contractilité, et dont il admet diverses espèces (1° et 2° sensibilité organique et contractilité organique sensible, 3° sensibilité animale, 4° la contractilité animale ou volontaire, la contractilité organique sensible ou l'irritabilité).

Sans contredit, en s'efforçant d'introduire en physiologie une *philosophie* dont les principes étaient analogues à ceux que Newton avaient établis en physique, Bichat était dans la bonne voie. Malheureusement l'exécution d'une si grande entreprise n'a pas toujours répondu à l'intention de Bichat. Son analyse des propriétés vitales est incomplète d'une part, et d'autre part, il n'a pas vu qu'il rattachait à des propriétés vitales un bon nombre de phénomènes qui dépendent incontestablement de ces propriétés ou forces physiques que, de son propre aveu, l'homme, les animaux et les végétaux possèdent en commun. Avec les minéraux ou les corps dits inorganiques, certes, ramener, en dernière analyse, à la sensibilité et à la contractilité tous les phénomènes, tous les actes, toutes les fonctions des végétaux, des animaux, et de l'homme en particulier; c'est là, bien évidemment, une généralisation forcée, une systématisation trop étroite, il y aurait encore bien à relever dans la doctrine de Bichat.... Mais je m'arrête. Je ne saurais dire, en effet, tout ce qu'il m'en coûte, quand il s'agit d'un tel homme, de me poser en critique.

J'ai bien dit tout à l'heure qu'une admiration aveugle n'était pas digne d'un génie tel que lui. Mais je ne sais si je ne me suis pas trompé en ce qui me concerne. Il me semble, en effet, qu'un je ne sais quel sentiment de sympathie, j'ai presque dit d'amour pour Bichat, sans m'aveugler complétement sur ses défauts, me fait aimer jusqu'à ses défauts même. J'éprouve d'autant plus volontiers ce doux sentiment, que ce ne sont là réellement que des défauts, des péchés de jeunesse, et que si Bichat eût vécu assez longtemps, il n'aurait laissé à personne le soin de les corriger, et qu'impatient comme il était du frein de l'erreur, il n'eût pas tardé à se corriger lui-même. Ce qui me confirme dans cette idée, c'est que, dans une foule d'endroits de ces belles considérations qui servent de préface à l'anatomie générale, par exemple, dans le paragraphe consacré aux propriétés vitales examinées dans les liquides, soit à l'état normal, soit à l'état anormal (car Bichat, à une époque où le solidisme était en si grande faveur, déclare que toute doctrine exclusive de solidisme ou d'humorisme est un *contre-sens* pathologique), dans les articles consacrés à l'anatomie pathologique et à la matière médicale, Bichat émet des idées et des doctrines si justes, si lumineuses, bien que plusieurs soient en formelle opposition avec son séduisant système des propriétés vitales, qu'assurément le moment n'était pas éloigné où, malgré l'aveuglement de l'amour paternel, même en matiere des enfants de l'esprit, Bichat aurait retranché de ce système ce qu'il contenait d'un peu trop imaginaire ou romantique, il l'aurait assez élargi pour qu'il pût contenir, sans effort et sans violence, tous les phénomènes, tous les actes de l'économie vivante, réduits en *principes* ramenés à leur plus simple et dernière expression, phénomènes qu'il avait soumis à cette belle division, si célèbre sous le nom de vie animale et de vie organique sur laquelle j'aurais insisté dans ce discours, si une voix d'une grande autorité ne l'avait fait tout a l'heure aux applaudissements mérités de cette grande assemblée.

Laissant donc de côté un genre de défauts qu'un homme de génie d'ailleurs pouvait seul commettre, ne voyons plus en lui que le fondateur de la grande Ecole à laquelle était réservée la mission de rattacher par un nœud désormais indissoluble, à la médecine, à l'anatomie, à la physiologie, en donnant pour base à cette médecine, l'anatomie pathologique sur laquelle il a présenté de si lumineux aperçus après avoir rendu hommage aux travaux de Morgagni et de plusieurs autres auteurs *à qui l'art est moins redevable,* et proposé une nouvelle division de l'anatomie pathologique, fondée sur celle de l'anatomie normale, en anatomie des systemes, et en anatomie des organes, Bichat écrit ces lignes magnifiques, si souvent reproduites, et qui ne sauraient l'être trop souvent : « Il me semble, dit-il, que nous sommes à une époque où l'anatomie pathologique doit prendre un essor nouveau. Cette science n'est pas seulement celle des

dérangements organiques qui arrivent lentement comme principes, ou comme suites, dans les maladies chroniques, elle se compose de toutes les altérations que nos parties peuvent éprouver, à quelque époque qu'on examine leurs malades, ôtez certains genres de fièvres et d'affections nerveuses, tout est presque alors, en pathologie, du ressort de cette science. Combien sont petits les raisonnements d'une foule de médecins, grands dans l'opinion, quand on les examine, non dans leurs livres, mais sur le cadavre! La *médecine fut longtemps repoussée du sein des sciences exactes : elle aura droit de leur être associée, au moins pour le diagnostic des maladies, quand on aura partout uni à la rigoureuse observation l'examen des altérations qu'éprouvent nos organes.* Cette direction commence à être celle de tous les esprits raisonnables ; elle sera, sans doute, bientôt générale : qu'est l'observation, si l'on ignore là où siège le mal? Vous auriez, pendant vingt ans, pris du matin au soir des notes au lit des malades sur les affections du cœur, des poumons, des viscères gastriques, etc., que tout pour vous ne sera que confusion dans les symptômes qui, ne se ralliant à rien, vous offriront nécessairement une foule de phénomènes incohérents. Ouvrez quelques cadavres, vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que jamais la seule observation n'aurait pu dissiper. »

Quel admirable morceau, Messieurs, écrit il y a déjà un demi-siècle? Ne croirait-on pas entendre le dieu même de la médecine prononçant en quelque sorte les oracles par la bouche d'un simple mortel? Le vrai génie de Bichat brille ici dans tout son éclat. Sa prophétie est, sous quelques rapports, on peut le dire, accomplie, au delà de quelques-unes des réserves qu'il avait faites, disciple de ce glorieux maître, l'École de Paris (et par École de Paris j'entends, sans distinction, tous les médecins qui ont illustré cette grande cité). Le monde civilisé tout entier reconnaît, sous tant de rapports, et sous le rapport des lumières en particulier, pour la capitale, l'École de Paris, dis-je, peut, à juste titre, revendiquer la part principale dans les grands et nombreux travaux grâce auxquels se sont réalisées les heureuses prophéties de Bichat. Vous, que la mort nous a ravis, les seuls dont je doive parler ici, vous, dignes successeurs et disciples de ce grand novateur d'une ère médicale nouvelle, Corvisart, Prost (Prost, génie si méconnu, Prost, qui le premier découvrit ces graves altérations gastro-intestinales qui jouent un si grand rôle dans l'histoire des fièvres essentielles, et dont le nom est presque universellement ignoré), Laennec, Broussais, Dupuytren, Legallois, Mahendre, Lallemand, et bien d'autres, vous qui avez le plus puissamment concouru à l'œuvre immortelle que nous signalons, que ne pouvez-vous sortir un instant de vos tombeaux, saluer avec nous le héros de cette mémorable journée, et recevoir aussi la part des hommages et des applaudissements que vous doit la postérité? Un d'entre vous, celui qui s'est peut-être le plus glorifié d'appartenir à l'école de Bichat, et qui, sous le rapport de la localisation des maladies, a, malgré des exagérations qu'on ne saurait nier, marché de pair avec Bichat lui-même, et ne se flattait point de l'espoir d'être pris pour un génie, a déjà reçu, comme nous l'avons dit, les insignes honneurs d'une statue.

Cependant, disait-il dans la préface de son fameux examen, il n'était *point possédé de la chimère de l'immortalité*. Broussais, l'auteur à jamais fameux de l'*Histoire des phlegmasies chroniques* et de la *Révolution médicale de* 1816, cette sorte de 89 de la médecine, préface où se trouve cette belle page, digne complément de celle qu'un peu plus haut j'ai extraite des considérations de Bichat sur l'anatomie pathologique : « Les traits caractéristiques des maladies doivent être puisés dans la physiologie : formez un tableau aussi vrai qu'animé du malheureux livré aux angoisses de la douleur; débrouillez-moi, par une savante analyse, les cris souvent confus des organes souffrants; faites-moi connaître leurs influences réciproques, dirigez habilement mon attention vers le douloureux mobile du désordre universel qui frappe mes sens, afin que j'aille y porter avec sécurité le baume consolateur qui doit terminer cette scène déchirante; alors j'avouerai que vous êtes un homme de génie....

Vous la connaissez enfin, Messieurs, cette école de Bichat, cette école de Broussais, cette école de Corvisart, cette école de Laennec, cette école de Dupuytren, cette école de la médecine physiologique, de la médecine anatomique, de la médecine organique, cette école de Paris, parce qu'en effet cette grande cité, cette métropole du monde savant est le principal foyer d'où rayonnent de toutes parts comme autant de flots de lumières, les doctrines de la nouvelle école. Mais à parler exactement, cette nouvelle médecine n'a plus besoin des noms de grands hommes et de grands lieux, ni de ces adjectifs *organique, anatomique, physiologique* pour se caractériser : ce n'est plus la médecine de tel ou tel homme, de telle ou telle ville, de telle ou telle nation, c'est la médecine du monde ; que dis-je? ce n'est pas même seulement la médecine du monde, c'est la médecine elle-même, cette médecine positive, vraie, exacte, cherchée depuis tant de siècles, qui lui ont préparé la voie, mais qui n'a été réellement trouvée et constituée que depuis l'ère de Bichat jusqu'à ces derniers temps, et qui ne pouvait l'être avant, puisque les deux grandes bases, les deux grandes pierres d'assises sur lesquelles elle repose tout entière, c'est-à-dire, l'anatomie et la physiologie, n'étaient pas ou n'étaient qu'insuffisamment connues. Vainement tous les genres d'obstacles lui ont été opposés ; elle a fini par les vaincre et, de *militante,* devenir enfin *triomphante.* C'est que la puissance de la vérité, plus forte que celle de la vapeur et de la foudre elle-même, brise à la longue tout ce qui lui résiste. Je sais bien que, de nos jours encore, on ne lui ménage pas les épithètes les plus outrageantes, mais heureusement plus fausses et plus injustes encore qu'outrageantes, ce qui n'est pas peu dire; je n'ignore pas qu'on l'appelle médecine *cadavériste, matérialiste,* etc., mais elles ne s'émeut pas de pareilles attaques, elle n'y répond que par ses œuvres. Si je n'avais déjà trop abusé, Messieurs, de la rhétorique et de la poésie, dans le courant d'un discours qui roule sur une matière surtout scientifique et philosophique, ce travail serait bien ici le lieu, à propos des injurieuses clameurs dont il vient d'être question, clameurs dont l'envie et la jalousie, comme nous l'apprend Buisson, avaient déjà commencé à poursuivre Bichat, lui-même, dès l'apparition de ses principaux ouvrages, ce serait bien le lieu, dis-je, de vous rappeler une strophe fameuse de l'ode si connue de Lefranc de Pompignan, mais je m'abstiens.

Pardon encore une fois, Messieurs, pour mes licences en fait de rhétorique et de poésie. Mais il ne faut pas oublier qu'un même Dieu était celui de la médecine et des beaux-arts. J'ajouterai, d'ailleurs, que de mon temps, où les études littéraires laissaient encore beaucoup à désirer, surtout dans un humble collége communal comme celui où j'ai fait les miennes, il fallait cependant en savoir assez pour obtenir, quand on se destinait à la carrière de la médecine, le diplôme de bachelier ès lettres.

Or, diplôme oblige. Mais il est temps de mettre fin à ce discours, rallions-nous tous, Messieurs, autour de la statue de celui qui est la plus éclatante personnification de l'époque médicale moderne; déposons aux pieds de cette statue nos disputes et nos dissensions, et que, désormais, fière de l'unité de ses doctrines et de ses écoles, la médecine soit enfin placée, selon la prédiction de Bichat, déjà rappelée tout à l'heure, au sein des sciences exactes.

Après avoir salué de nouveau ce grand homme, saluons aussi l'éminent artiste dont cette statue est la dernière œuvre. David (d'Angers), au ciseau si fécond et si généreux duquel on doit aussi la statue élevée à Bichat dans la capitale de son pays natal, auquel le corps médical tout entier ne saurait témoigner trop de reconnaissance pour avoir, ainsi que nous l'avons déjà dit au commencement de ce discours, répresenté, à côté de tant de personnages illustres, notre Bichat mourant, le front couronné du laurier du génie, sur ce fronton d'un temple qui porte pour inscription : *Aux grands hommes, la patrie reconnaissante.*

Cette statue n'est point indigne et de son auteur et du personnage auquel elle est consacrée. Oui, Bichat devait bien offrir cette physionomie douce, calme, sereine et pensive, et porter cette forte tête, noble sanctuaire de ses nombreuses et si puissantes facultés; oui, voilà bien le front vaste et saillant qu'il fallait pour concevoir et contenir l'œuvre immense de Bichat, qui s'en élança pour ainsi dire comme Minerve du front de Jupiter. Gloire et salut une dernière fois à Bichat! Salut à ce monument qui doit porter sa mémoire jusqu'à la postérité la plus reculée, mais dont l'airain sera moins durable pourtant, et s'il m'est permis de parler ainsi, moins immortel que ce monument de l'*Anatomie générale* et des *Recherches sur la vie et la mort*, élevé et comme sculpté par Bichat lui-même, auquel il eût été bien permis de dire avec le poëte latin : *Exegi monumentum œre perennius*.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Puisque, l'hommage étant rendu au principal de la solennité, dont la Faculté vient d'être le théâtre, on peut désormais s'occuper des accessoires, permettez-moi de vous entretenir un instant d'une particularité peu connue et dont le souvenir me paraît pourtant mériter d'être conservé dans les archives de l'histoire. Voici le fait :

La statue de Bichat a failli être inaugurée, je ne dirai pas sans tambours ni trompettes, quoiqu'à la rigueur ce soit l'expression rigoureuse de la vérité, mais sans que la belle cantate de votre collaborateur, M. Roux, soit chantée par les magnifiques chœurs de la Société Chevé. Devinez pourquoi? — Je vous le donne en mille, je vous le donne en.... non, c'est inutile ; vous auriez plutôt retrouvé un grain d'arnica dans une trentième dilution que vous n'auriez deviné le motif inouï, incroyable, bouleversant de cette tuile imprévue. Je vais donc vous la raconter :

Les chœurs Chevé, comme la plupart des chœurs, ont une partie chantée par des femmes. Un haut baron, probablement étranger (sans calembourg) à ce que peut être un chœur, ne se doutait pas que de modestes jeunes filles, accompagnées de leurs parents, devaient, comme toujours, chanter la cantate sous la direction de leur habile maître. A peine cette particularité fut-elle connue de M. le baron, que son front se couvrit immédiatement d'une pudique rougeur; il baissa les yeux avec componction, sentit des frissons d'horreur lui courir dans le dos, et se trouva tellement suffoqué par cette énormité, qu'il n'eut pas la force de s'écrier :

Par de pareils objets les âmes sont blessées
Et cela fait venir de coupables pensées.

Aussitôt qu'il eut repris ses sens, il s'écria avec un accent aussi énergique que modeste : — Des femmes! introduites! dans la cour! de la Faculté!! en présence des élèves!! quelle horreur!!! jamais!!!!!

En vain représentait-on à l'austère trappiste que ces modestes jeunes femmes avaient su se faire respecter de tous; qu'elles étaient accompagnées de leurs parents; que leurs robes blanches et leurs ceintures bleues ne pouvaient parer des femmes mieux élevées et plus dignes de les porter; rien n'y faisait. Le saint homme était de bois à toutes ces raisons. Des jeunes filles, horreur! dans ce lieu hanté par des étudiants, abomination! avec des robes blanches, quel scandale! et des ceintures bleues, ciel! J'aimerais mieux, s'écriait-il, composer moi-même un ouvrage en quatre volumes, sans marges ni blancs.

Mais enfin, voyant qu'il fallait céder à la majorité ou se passer de cantate, le farouche opposant se décida à tolérer cet affreux scandale; mais pour le diminuer autant que possible, et sur le refus de ces dames de s'appliquer des fausses dents, un nez de carton et une perruque rousse, il exigea que les robes blanches seraient formellement prohibées, et que ces dames seraient toutes affublées de robes aussi noires que possible, noires comme l'âme d'un hypocrite! Le fait est que les robes n'étaient pas blanches.

J'ose croire, cependant, qu'elles auraient pu l'être sans trop d'inconvénients, et que l'austère anachorète s'est exagéré le danger qu'il a voulu conjurer et fait une fausse idée de l'éducation des professeurs, académiciens, étudiants et médecins invités à la cérémonie. Je pense qu'on n'avait pas lieu de craindre une nouvelle édition, revue et augmentée, de l'enlèvement des Sabines. Dans tous les cas, l'horrible fourreau noir ne me paraissait pas indispensable, et il aurait été suffisant, je crois, de faire cacher dans les caves de la Faculté un bataillon de pompiers pour réprimer, au besoin, toute manifestation non indiquée au programme.

O grand homme! si jamais la postérité t'élève, comme à Bichat, une statue en bronze en récompense de tes immortels ouvrages, on ajoutera, aux lauriers scientifiques de ta couronne, la fleur symbolique et parfumée du candide oranger, on gravera sur le devant du socle : Il fut grand! et sur le derrière : Il fut chaste!

RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 22!!! J. TARDIVAU.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Gloire et malheurs de Gutenberg. — Notre vénérable confrère, M. Gama, qui s'occupe toujours dans sa retraite de tout ce qui peut honorer le mérite et améliorer la condition des hommes, vient de consacrer ses précieuses veilles à une *esquisse historique* sur Gutenberg. Dans cette consciencieuse étude où se trouvent plusieurs renseignements inédits, on lit le passage suivant, à propos d'un procès inique intenté à l'illustre auteur de la plus féconde des inventions :

« Un homme de la trempe de Gutenberg ne nie pas ses dettes. Il comparut devant le tribunal, n'employa aucun moyen de défense, laissa aux juges et à l'auditoire toute la liberté de leur opinion. S'étonner aujourd'hui d'un silence aussi absolu, ce serait méconnaître la fierté de ce caractère. Descendre jusqu'à se justifier de l'intention odieuse dont il était accusé, de violer à son profit un droit sacré d'héritage, eût été, à ses yeux, faire supposer qu'il aurait pu s'en rendre coupable.

« L'issue de ce procès était prévue bien à l'avance; il le perdit et fut condamné à payer une somme dont le taux est resté ignoré. La sentence prononcée contre lui fut empreinte d'une telle iniquité, que les juges, forcés de s'en faire à eux-mêmes l'aveu, résolurent de la faire disparaître de même que toutes pièces de la procédure, dont aucune, du moins ostensiblement, ne fut conservée dans les archives judiciaires. On avait même voulu jeter un voile sur le fond et sur tous les incidents de ce procès scandaleux ; mais on n'y est pas parvenu : l'histoire, les chroniques et les traditions s'en étaient secrètement déjà emparées. »

Cette sentence n'est pas la première ni la dernière de la même nature, et l'on peut même dire, à la louange des juges de Gutenberg, que beaucoup de leurs confrères, qui ont commis les mêmes iniquités, n'ont pas toujours eu la pudeur d'en rougir.

— M. Caussade, interne à l'hôpital Saint-André, vient d'être nommé prosecteur à l'Ecole préparatoire de médecine de Bordeaux. (*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

— Dans la dernière séance du Collége royal des chirurgiens, M. Edward Stanley a été nommé président de cette Société pour l'année 1857-58; c'est la seconde fois que cet honneur est conféré à l'honorable chirurgien. MM. Joseph-Henri Green et James Moncrieff Arnott ont été nommés vice-présidents. (*Med. Times.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

La vaccine. Ses conséquences funestes démontrées par les faits, les observations, l'anatomie pathologique et l'arithmétique. (Réponse au questionnaire anglais relatif à la vaccine), par M. le docteur VILLETTE DE TERZÉ. — Un vol. in-8° de 160 pages. Prix : 3 fr. — A la librairie médicale de GERMER BAILLIÈRE, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Du traitement de l'aliénation mentale aiguë *en général, et principalement par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête*, par le docteur Casimir PINEL neveu, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de la Maison de santé du château de Saint-James, etc. — Broch. in-4° de 160 pages. — Paris, 1856.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 89. 5e année. Samedi 25 Juillet 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois.. . . . 7 fr. 6 mois.. . . . 12 fr. 1 an.. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE.

Note sur la matière glycogène,

Par E. Pelouze, *docteur en médecine.*

Le soin que nous avons mis jusqu'à présent de publier dans tous leurs détails les documents relatifs à l'intéressante question de la glucogénie, nous avait fait regretter de n'avoir pu mettre sous les yeux de nos lecteurs qu'un extrait de la note de M. E. Pelouze. Ce jeune savant nous ayant transmis la note tout entière, nous sommes heureux de remplir aujourd'hui la lacune involontaire que nous avions dû laisser dans nos publications.

M. Claude Bernard, dans ses recherches sur la matière glycogène, était guidé par une idée presque exclusivement physiologique; le grand point, pour lui, était de trouver la substance qui précède le glucose dans le foie, quelle que soit, au reste, la véritable substance de cette nature. Le nom seul de *matière glycogène,* qui ne préjuge en rien de la nature de ce corps, semble indiquer que M. Claude Bernard laissait à d'autres l'étude de ses caractères chimiques.

J'ai pensé qu'il pouvait y avoir quelque intérêt à examiner la matière glycogène au point de vue chimique ; à passer en revue son mode de préparation, ses propriétés, sa composition. Je parlerai sommairement des caractères indiqués par M. Claude Bernard et dont j'ai vérifié la parfaite exactitude : je pense qu'il n'est pas inutile de les rappeler ici, de manière à réunir la partie chimique de la question dans un ensemble court et complet.

M. Claude Bernard prépare la matière hépatique glycogène de la manière suivante (1) : le foie coupé en lames minces est jeté dans de l'eau en ébullition où il reste une demi-heure à trois quarts d'heure, afin de coaguler toutes les matières albuminoïdes. Le liquide est ensuite filtré, et, lorsqu'il est refroidi, il est traité par l'alcool à 85 degrés qui en précipite la matière glycogène.

Il purifie cette substance au moyen d'une dissolution concentrée de potasse : la matière glycogène dissoute est ensuite précipitée par l'alcool et débarrassée par ce moyen des substances étrangères qui l'accompagnent. Ainsi préparée, la matière glyco-

(1) M. Claude Bernard a indiqué récemment un mode de préparation plus simple au moyen de l'acide acétique cristallisable. — E. P.

FEUILLETON.

Philosophie médicale

A PROPOS DU SPIRITUALISME DU DOCTEUR PIDOUX.

Un jeune médecin dont les premiers travaux ont reçu dans la science l'accueil le plus favorable et le plus mérité, M. le docteur Bertillon, nous adresse une réfutation en règle d'un travail que vient d'exhaler la plume de M. Pidoux. Si nous n'avions considéré que l'objet de la réfutation, nous aurions jugé inutile la publication des remarques de M. Bertillon. Tout ce que nous savons de M. Pidoux nous porte à professer la plus grande estime pour sa personne; quant à ses écrits et surtout à ses écrits prétendus philosophiques, nous les avons depuis longtemps classés dans la catégorie du galimatias double, espèce de galimatias où, suivant Voltaire, l'auteur ne se fait point comprendre des autres et ne se comprend point lui-même; s'il y avait un galimatias triple, nous croyons même que les élucubrations de M. Pidoux pourraient y figurer en bon rang. Quoique nous soyions bien loin de croire que le bon sens public n'a pas besoin d'être guidé, notre opinion, cependant, est que le galimatias n'est guère à craindre de notre temps ; les esprits cultivés, qui finissent toujours par imposer leurs croyances, s'habituent à vouloir comprendre avant de croire, et ils ont de moins en moins de goût pour les dissertations inintelligibles ; nous n'avons donc aucune raison de croire au danger de la philosophie de M. Pidoux. Mais, tout en prenant le travail de M. Pidoux pour thème, M. Bertillon a su s'élever à une critique générale et jeter des clartés sur des questions ardues qui sommeillent depuis plus d'un quart de siècle, et auxquelles la génération nouvelle semble prendre de l'intérêt. C'est là un heureux symptôme, une heureuse tendance que nous sommes d'autant plus heureux d'encourager en publiant le remarquable travail de M. Bertillon, que ce travail est parfaitement conforme à l'esprit d'indépendance, d'exactitude, de réalité que nous nous efforçons d'imprimer à notre œuvre. — H. de C.

—

« Physique, abstiens-toi de métaphysique. »
Newton.

OBSCURITÉS ET INUTILITÉ DE LA MÉTAPHYSIQUE.

I. Quelques travers de la philosophie transcendentale.

L'Union médicale vient de publier une série de feuilletons formant, dans leur ensemble, un travail non-seulement recommandable

gène se présente sous l'aspect d'une poudre blanchâtre, extrêmement soluble dans l'eau, à laquelle elle communique en se dissolvant une légère opalinité; elle est incristallisable, insoluble dans l'alcool concentré; elle dévie à droite un rayon de lumière polarisée.

La dissolution aqueuse d'iode, à laquelle on a ajouté un peu d'iodure de potassium, lui communique une coloration brun-vineux qui disparaît sous l'influence de la chaleur, pour reparaître par le refroidissement.

Elle ne réduit pas le réactif cuprico-potassique, et, mise en contact avec de la levûre de bière, elle ne fermente pas.

Comme l'amidon, la matière hépatique glycogène, soumise à l'action de la salive, du suc pancréatique, du sérum et de l'acide sulfurique étendu, se transforme en glucose, mais cette transformation exige, dans certains cas, un peu plus de temps que celle de l'amidon.

Après avoir vérifié l'exactitude des propriétés indiquées par M. Claude Bernard, j'ai recherché si la matière glycogène, sous l'influence de l'acide azotique fumant, se transformait en xyloïdine, comme l'amidon; à cet effet, j'ai pris un gramme de cette substance, préalablement purifiée par la potasse et desséchée à 100 degrés, et je l'ai mélangé à de l'acide nitrique concentré : au bout de quelques instants, la dissolution était complète, et, en traitant immédiatement par l'eau, elle laissait précipiter de la xyloïdine. J'ai recueilli et lavé sur un filtre la xyloïdine, et, après l'avoir desséchée, elle me donnait un poids de 1,300 qui représente sensiblement la quantité de xyloïdine qu'on obtient avec l'amidon végétal.

Comme cette dernière, la xyloïdine que je venais d'obtenir était très-combustible, détonait avec flamme quand on la chauffait à une température de 180 degrés. Lorsqu'on attend quelque temps avant de précipiter par l'eau la xyloïdine obtenue par le mélange d'acide nitrique fumant et de matière glycogène, on s'aperçoit que la xyloïdine diminue de quantité et finit même par disparaître complétement au bout de quelques jours.

Si, au lieu d'opérer avec de l'acide nitrique fumant, on traite la matière hépatique par l'acide azotique étendu, on transforme la matière hépatique glycogène en acide oxalique facile à reconnaître à tous ses caractères chimiques.

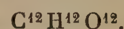
Sous l'influence de la chaleur, la matière glycogène humide se prend en une masse visqueuse, filante; son aspect est vitreux et ambré; elle devient friable.

Il est très-difficile d'obtenir de la matière glycogène parfaitement pure : il faut la dissoudre dans l'eau et la précipiter par l'alcool un si grand nombre de fois, qu'on finit par n'avoir qu'extrêmement peu de matière. A force de patience, j'ai pu cependant m'en procurer en quantité suffisante pour en faire plusieurs analyses.

L'analyse de la matière glycogène, purifiée par la potasse et desséchée à l'étuve, m'a donné les nombres suivants :

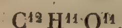
Carbone.	39,8
Hydrogène.	6,1
Oxygène.	54,1
	100,0

correspondant à la formule



$$C^{12}H^{12}O^{12}.$$

La composition de l'amidon végétal placé dans les mêmes conditions, c'est-à dire qui a été traité par la potasse et desséché ensuite à 100 degrés, correspond à la formule



$$C^{12}H^{11}O^{11}.$$

On peut donc regarder la matière glycogène comme une substance particulière, devant être rangée dans le groupe glucique, à côté de l'amidon et de la dextrine, et contenant, comme la plupart des corps de ce groupe, l'hydrogène et l'oxygène dans les proportions de l'eau.

Au reste, ce n'est pas la seule substance du règne animal qui appartienne à ce groupe : on sait que M. Schmidt a découvert dans les *tuniciers* une substance ternaire identique avec la cellulose végétale et examinée avec plus d'extension par MM. Lœvig et Kœlliker. Je me propose d'étudier cette cellulose animale comparativement avec la matière glycogène, dès que j'aurai pu m'en procurer.

M. A. Sanson, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Toulouse, a recherché si la matière glycogène existait dans d'autres organes que le foie, et prétend l'y avoir trouvée. Comme lui, j'avais eu l'idée de ces recherches, mais les résultats que j'obtenais étaient tout autres, et j'étais loin de partager, par conséquent, sa manière de voir. J'étais d'autant plus prudent que je sentais toute l'importance des conclusions qu'on pouvait tirer d'une pareille découverte.

J'ai pris soin de n'expérimenter qu'avec des animaux qui ne se nourrissent pas de substances transformables en dextrine, car l'analogie de ses propriétés avec celles de la matière glycogène aurait pu entraîner des confusions qu'on peut éviter en se mettant dans de bonnes conditions d'alimentation. En traitant, par exemple, les poumons d'un veau qui n'a été nourri que de lait, ou de lapins qui n'ont mangé que des carottes, en les traitant, dis-je, par les procédés décrits par M. Claude Bernard pour la préparation de la matière hépatique, c'est-à-dire en

---

par le nom de l'auteur, mais encore remarquable par la chaleur de l'expression, et, selon nous, par la hardiesse avec laquelle sont agitées des questions obscures, par la désinvolture avec laquelle sont affirmées des solutions qui, ou tout à fait erronées, ou pour le moins très-contestables, peuvent, par conséquent, avoir entre autres effets nuisibles, celui de détourner les esprits des travaux fructueux, au profit de problèmes indéterminés, insolubles, énervants.

Non content d'appeler les jeunes intelligences vers les voies nébuleuses de la métaphysique, M. Pidoux attaque avec véhémence, ou plutôt repousse avec dédain les méthodes d'investigation positives et métriques, auxquelles la science actuelle doit les progrès qui frappent tous les yeux non prévenus.

A une époque à laquelle on réussit à donner quelques tendances mystiques plus ou moins factices, où nous voyons fleurir l'hypocratisme ultramontain, le somnambulisme, l'homœopathie et mainte autre dévotion du même goût, l'appel de l'honorable médecin de Lariboisière ne nous paraît pas sans danger. C'est pourquoi, sans vouloir discuter dans tous ses détails une œuvre de foi qui, par sa marche désordonnée, par sa forme carrément affirmative, élude une critique régulière, nous nous proposons, D'UNE PART, de montrer l'inutilité actuelle d'introduire en médecine les questions vieillies que la métaphysique secoue *en vain* depuis vingt-quatre siècles, ET DE L'AUTRE, de rechercher, parmi les méthodes que l'esprit humain emploie avec succès dans la recherche de la vérité, quelles sont celles qui paraissent appelées à rendre le plus de services aux sciences médicales : disons, dès l'abord, que nous n'omettrons pas, dans cet examen, la *méthode statistique*, qui a le privilége d'exciter toute l'indignation de M. Pidoux, et qui, bien distincte du *numérisme*, avec lequel il affecte de la confondre, est aujourd'hui d'une impérieuse nécessité pour la solution d'un très-grand nombre de questions théoriques et pratiques qui restent pendantes parmi les médecins.

Il n'est pas très-facile de lier une partie de raisonnement entre deux hommes, dont l'un fait de sa foi le fondement de son observation et de sa discussion, tandis que l'autre veut observer et discuter avant de croire.

Le langage de M. Pidoux, sa logique et sa métaphysique sont trois modes de sa spiritualité, par lesquels il arrive à une originalité incontestable, mais peut-être aux dépens de la clarté et de la précision. On doit donc nous permettre, pour rendre le débat intelligible, de le suivre un peu dans ces trois manifestations de son intérieur.

Nous n'adopterons pas la langue métaphysique dont il se sert, parce que cette langue n'a pas la sanction obligée d'un usage commun, ce n'est pas une langue faite; chaque philosophe a pris les mots dans une acception spéciale, qui n'est ni celle de ses prédécesseurs, ni celle

les coupant en morceaux aussi petits que possible, en les laissant bouillir pendant trois quarts d'heure avec de l'eau, en précipitant par l'alcool à 85 degrés, j'obtenais une substance qui, au premier abord, présentait les caractères extérieurs de la matière glycogène, formant comme elle un précipité blanchâtre, floconneux ; mais l'analogie s'arrêtait là, et, si je voulais transformer cette nouvelle matière en glucose en la plaçant dans les conditions où s'opère cette transformation pour la matière hépatique glycogène, mes efforts étaient vains.

Ainsi, de la diastase végétale que j'avais préparée avec soin au moyen de l'orge germée, et qui ne contenait ni amidon, ni glucose, ne transformait pas en glucose la substance extraite du poumon, sous l'influence d'une température moyenne de 70 degrés, obtenue à l'aide d'une petite veilleuse et prolongée pendant vingt-quatre heures, tandis que la matière hépatique et l'amidon, placés à côté, dans les mêmes conditions, me donnaient des liquides qui présentaient tous les caractères du glucose : réduction du tartrate cuprico-potassique, fermentation alcoolique, etc.

Les autres influences sous lesquelles la matière hépatique se transforme en glucose, comme la salive, le sérum du sang, l'acide sulfurique étendu, n'ont pas été plus actives que la diastase végétale.

Ce précipité obtenu du poumon n'est donc pas identique à celui qu'on obtient du foie. Je ne puis encore donner d'une manière certaine la composition de cette substance, et je me bornerai à dire dès à présent qu'elle me semble se rapprocher beaucoup de l'albumine modifiée (tritoxyde de protéine de Mulder).

Je ne veux pas énumérer ici les nombreuses expériences que j'ai faites dans le même but ; j'ai toujours employé le même moyen de préparation que celui dont je viens de parler à l'occasion des poumons, et il serait fastidieux de lire la description de procédés identiques. Qu'il me suffise de dire que je n'ai varié ces expériences que dans le choix des organes et des tissus animaux ; ainsi, j'employais tantôt des muscles, tantôt des reins, des poumons. J'ai constamment retrouvé, en quantité plus ou moins considérable, cette matière albuminoïde, par conséquent azotée, qui n'est pas la même que celle que M. Claude Bernard a découverte dans le foie. Ces résultats sont conformes à ceux que la vraisemblance indiquait ; puisqu'on ne rencontre pas de glucose, à l'état physiologique, dans les poumons, la rate, les reins, n'était-il pas probable qu'on n'y trouverait pas davantage de matière glycogène (1)?

En résumé : 1° La matière trouvée dans le foie par M. Claude Bernard a bien tous les caractères chimiques qu'il lui a assignés ;

2° Cette matière jouit de la propriété de se transformer en xyloïdine sous l'influence de l'acide nitrique fumant, et en acide oxalique sous l'influence de l'acide nitrique étendu ;

3° Elle a pour composition $C^{12} H^{12} O^{12}$, et doit être rangée dans le groupe glucique. Comme la plupart des substances de ce groupe, elle contient l'hydrogène et l'oxygène dans les proportions de l'eau ;

4° La substance que M. A. Sanson retire des différents tissus de l'organisme n'est pas la même que la matière glycogène, dont elle diffère par la propriété essentielle de cette dernière matière de se transformer en glucose (1).

(1) Ce qui confirme ces résultats, c'est qu'on n'obtient pas de précipité avec l'acide acétique cristallisable qui est un moyen, comme on le sait, donné récemment par M. Cl. Bernard pour la préparation de la matière glycogène. — E. P.

(1) Dans l'extrait paru dans les *Comptes rendus* de l'Académie des Sciences, ce dernier paragraphe du résumé se terminait ainsi : « Dont elle diffère par la propriété essentielle de se transformer en glucose *avant d'avoir été purifiée par la potasse.* » Comme ces mots que je n'écrivais que dans la pensée qu'on pouvait expérimenter sur des matières qui n'ont pas encore subi l'action de la potasse, pouvaient faire présumer que la matière albuminoïde se transformait en glucose par l'action de la potasse, et qu'il n'en est rien, je crois utile de les supprimer.

J'ajouterai que les faits relatifs à la formation de la matière glycogène, communiqués à l'Académie des Sciences par M. Claude Bernard, dans la même séance que ma note, démontrent que M. A. Sanson a pu trouver réellement de la dextrine qu'il a confondue avec la matière glycogène, puisqu'il a fait ses recherches sur de grands herbivores qui introduisent par leur alimentation dans leur organisme des substances transformables en dextrine. On a dû voir que, dans mes expériences, je me plaçais dans de tout autres conditions. — E. P.

THÉRAPEUTIQUE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — **M. Maisonneuve.**

De l'iode et de quelques-unes de ses meilleures préparations dans les maladies chirurgicales.

L'introduction de l'iode dans la thérapeutique est certainement l'une des plus belles conquêtes médicales de notre époque. Un nombre considérable d'affections chroniques qui naguère encore résistaient à toutes nos médications, ont trouvé dans ce puissant modificateur un véritable spécifique. Mais, par une singularité assez rare, bien que, sous le point de vue nosolo-

---

du langage ordinaire (1) ; mais comme il n'est facile d'abdiquer ni la langue maternelle, ni même la langue de l'école, on surprend à chaque page un écrivain employant un mot dans plusieurs acceptions, suivant qu'il se laisse aller à l'idiome naturel ou à l'argot de l'école, ou à celui qu'il a forgé ; aussi un amant de la métaphysique tel que M. Pidoux était seul capable de rapprocher et comparer, par une insigne flatterie, la lecture de la langue la mieux faite, celle des Laplace et des Newton, avec les obscurités inextricables du jargon métaphysique, qui semble avoir été composé à plaisir pour duper le public, puisque sans changer le son des mots ni leur figure, « *on en a détourné le sens ;* » — et pour éterniser des discussions, — puisque chaque école, chaque maître, chaque philosophe « *a détourné le sens des mots* » pour les adapter à ses idées (2). — Aussi, voyez ce qui arrive à ce pauvre Jean-Jacques, quoiqu'il écrive passablement le français et qu'il ait, lui aussi, étudié Locke et Descartes : vient-il à parler métaphysique, il le fait en termes qui paraissent clairs : « On « se figure le comprendre, s'écrie M. Pidoux, et je soutiens qu'il est « parfaitement inintelligible, car il expose une doctrine spiritualiste « avec *les termes et les formes* du sensualisme, etc. »

Il est donc urgent, quand on veut être intelligible, de rompre avec un langage si polymorphe, malgré l'allure tout à fait sorbonnique et presque respectable qu'il donne à un auteur. Il faut sacrifier à la clarté et à la précision de la langue française ces faux airs de profondeur qui résident dans l'obscurité et l'ambiguité des termes.

Il serait peut-être bon, à ce propos, de faire voir la tache *originelle* qui pèse sur la langue métaphysique, de montrer que l'*analogie*, qui caractérise toute langue bien faite, qui a présidé spontanément à la lente formation des idiomes nationaux, qui a dirigé par un art rigoureux la création de la langue des calculs, comme l'a démontré Condillac, et celle de la chimie, ce que personne ne contestera, non-seulement n'a été que rarement consultée par les métaphysiciens, mais a été souvent violée et foulée aux pieds par ces rêveurs, sans aucun respect pour les lois les plus consacrées du langage. D'une autre part, l'instabilité et les évolutions incessantes des opinions sur tous les points fondamentaux, ont jeté une confusion incroyable dans l'emploi des mots. Les bornes de ce travail nous forcent à réduire à un exemple cet examen, qui serait peut-être plus piquant qu'on ne

(1) « De peur de choquer par l'emploi du mot intuition et *de quelques autres* « que dans la suite je serai obligé *de détourner pareillement de leur signification* « *ordinaire*, je déclare ici en général que *je m'inquiète peu* du sens donné par les « écoles à ces expressions, etc. » (Descartes, règle III *pour la direction de l'esprit.*)

(2) Exemple : « Un fait physique ou *ce que les sensualistes* appellent les choses. » (Pidoux.)

gique, ce médicament appartienne d'une manière plus spéciale à la thérapeutique interne, c'est entre les mains des chirurgiens qu'il produit ses plus nombreux et ses plus heureux résultats. Vous ne trouverez donc pas étonnant que nous consacrions une de nos leçons cliniques à l'étude de cette importante médication.

Injecté sous forme de teinture caustique dans les cavités closes, il jouit de la propriété de développer sur la membrane interne de ces productions morbides une inflammation salutaire sous l'influence de laquelle les liquides anormaux qu'elles renferment sont remplacés par une lymphe plastique qui se résorbe et disparaît spontanément; de sorte que par une opération des plus simples et presque sans dangers, le chirurgien peut obtenir la guérison rapide, non-seulement des kystes superficiels tels que l'hydrocèle, l'hygroma des bourses séreuses, mais encore celle des kystes réputés autrefois les plus inaccessibles, tels que les kystes synoviaux, tendineux ou articulaires, les kystes du foie, de l'ovaire, les hydropisies, même de la plèvre, du péricarde, du péritoine, du rachis et même de l'encéphale.

Par ses propriétés éminemment antiseptiques, il arrête, avec une facilité remarquable, les accidents toxiques, consécutifs à l'ouverture artificielle ou spontanée des grandes collections purulentes, et contribue puissamment à obtenir ainsi des guérisons inespérées.

Ces résultats seraient plus que suffisants pour mériter à l'iode une des plus belles places dans la thérapeutique chirurgicale, et cependant ils ne constituent, pour ainsi dire encore, que la partie accessoire de son domaine.

C'est surtout dans les innombrables affections chroniques qui, sous le nom d'ulcères, de fistules, de tumeurs, d'engorgements articulaires, de carie des os, ne sont que des manifestations variées de quelque intoxication ou de quelque diathèse profonde de l'économie, que l'iode manifeste surtout sa puissance.

Combien n'avez-vous pas vu dans nos salles d'ulcères hideux, de tumeurs naguère encore réputées incurables ou considérées comme des cancers, se modifier et disparaître sous l'influence de ce médicament avec une rapidité qui tient du prodige?

Parmi les malades soumis encore à votre observation, il me suffira de vous citer le n° 16 de la salle Saint-Louis, dont le bras droit, labouré par d'affreux ulcères et tuméfié comme dans le véritable éléphantiasis, aurait certainement, il y a quelques années, subi l'amputation, cette ressource dernière de l'art. Il y a deux mois à peine qu'il a commencé le traitement ioduré, notamment l'usage des préparations d'iodure de fer de Gille, et déjà le mal horrible touche à sa guérison.

Il en est de même de cette pauvre femme couchée au n° 8 de la salle Saint-Jean : vous vous rappelez l'état affreux dans lequel elle était lors de son arrivée : le visage était labouré d'ulcérations fétides et déformé de la façon la plus incroyable par des tumeurs violacées; les os du crâne nécrosés; le corps couvert de plaies hideuses, les jambes en partie détruites par des ulcères qui, en quelques points, avaient pénétré jusqu'au centre des parties osseuses.

Vous aviez peine à croire à mes paroles quand, il y a sept semaines environ, je vous promettais la guérison de cette malheureuse, et cela par la seule influence de quelques dragées d'iodure de fer et quelques cuillerées de solution d'iodure de potassium; or, vous avez suivi pas à pas les progrès de cette guérison : dès le troisième jour, vous avez vu le mal suspendre ses progrès, et, depuis lors, chaque jour vous a révélé quelque modification heureuse dans cette série de misères; les chairs indurées se sont assouplies, les ulcères sanieux et fétides se sont couverts de bourgeons de bonne couleur; les portions nécrosées des os du crâne et des jambes se sont détachées; les fistules se sont taries et dans quelques jours, il ne restera plus de tous ces désordres que de bonnes et solides cicatrices.

J'ai choisi ces deux faits, parce qu'ils sont encore actuellement sous vos yeux; mais vous en avez vu un grand nombre d'autres non moins remarquables, et vous avez pu vous convaincre que les amputations, si fréquentes autrefois dans nos hôpitaux, sont devenues maintenant des opérations presque exceptionnelles.

En présence de ces faits, on comprend que l'iode mérite d'occuper sans conteste l'un des premiers rangs dans la thérapeutique; mais s'il n'est plus utile de discuter son efficacité comme médicament, il n'est pas, je crois, sans quelque intérêt d'appeler l'attention sur la valeur spéciale de certaines de ses préparations.

Chez les constitutions vigoureuses, quand par le fait d'un empoisonnement direct se manifeste des désordres graves dont l'expérience a prouvé que l'iode était le spécifique, le choix de la préparation peut n'avoir qu'une importance très-secondaire, et pourvu que le contre-poison pénètre l'économie, la forme importe peu, et l'organisme, débarrassé du virus qui le rongeait, revient bientôt à l'équilibre par le seul fait de sa puissance propre; mais que ce germe empoisonné se développe sur un organisme débile ou détérioré par mille circonstances, à l'action spécifique de l'iode, il devient indispensable de joindre celle de quelque autre modificateur spécial ou de quelque correctif qui aide l'économie à supporter plus facilement son action. C'est ainsi que vous nous voyez chaque jour substituer une préparation à l'autre, ou bien en combiner plusieurs ensemble pour

---

l'imagine. Nous choisirons donc..... non, on nous imputerait de donner l'exception pour la règle ; — nous nous saisirons des termes que M. Pidoux inscrit au-devant et au revers de sa bannière : *Spiritualisme, sensualisme.* Nous compléterons seulement la série, dont l'histoire de la philosophie a fait un *circulus :*

Idéalisme, Spiritualisme,
Sensualisme, Matérialisme.

Ce sont les têtes de quatre longs embranchements sous lesquels se groupent les classes, les familles, les genres, les espèces et les variétés des opinions qui ont constitué la métaphysique.

Sait-on le nom du philosophe auquel revient l'honneur d'avoir inventé cette insolente nomenclature? Pour moi, je tiens que ce ne peut être qu'un spiritualiste. Voyez comme il habille les autres catégories; oubliez d'avoir appris la fin de l'idiome scolastique, et, vous laissant guider tout bonnement par le génie de la langue vulgaire, essayez de définir par intuition :

L'*idéalisme* ne peut être qu'une opinion idéale, sans réalité ; et l'idéaliste sera un rêveur ou un fou. Tout beau, idéaliste, pas de colère, vous allez voir que vous êtes le mieux partagé.

Le *sensualisme* ne saurait être qu'une opinion sensuelle, un système grossier qui ne croit qu'aux sens ; quant au sensualiste, la logique de la langue en fait irrémissiblement un apôtre de la sensualité. Si vous en doutez, lisez les naïves définitions de Napoléon Landais, de Bescherelle, etc.

Et le *matérialisme*, pourrait-il être autre chose que le culte de la matière, que la négation de la pensée, même de la sensation (car il serait sensualisme ou mieux *sensationalisme*). Le matérialiste ! il ne doit pas même distinguer le vertébré du végétal !

Mais le *spiritualisme*, par contre, ne saurait être que le culte de l'esprit, une opinion essentiellement spirituelle, noble, élevée, tirant de son propre fond ses spirituelles idées.... notamment celles qu'il attribue gratuitement et gracieusement à ses contradicteurs.

Impossible de sortir de là sans sortir aussi de la logique de notre langue. Si le patriotisme est le culte de la patrie, le déisme le culte de Dieu, le fatalisme celui de la fatalité, le sensualisme sera celui de la sensualité ; à grand'peine et en altérant l'analogie en ferez-vous l'opinion qui ne croit qu'aux sens, qui leur attribue toutes les idées, et vous resterez toujours fort éloigné de la pensée qu'on veut flétrir par une dénomination calomnieuse. Les trois autres chefs d'opinion ne sont pas plus exactement définis.

Comme la plupart de nos lecteurs auront oublié jusqu'au nom de ces débats qui ont dévoré pendant quinze siècles presque toute l'activité de l'esprit humain, et dont M. Pidoux ne parviendra pas à ré-

obtenir un résultat complexe. Une de nos combinaisons de prédilection dans les engorgements strumeux du cou, dans les tumeurs blanches, dans les accidents syphilitiques tertiaires chez les individus débiles, ou bien dans la syphilis héréditaire, consiste dans l'association des dragées de proto-iodure de fer de Gilles avec l'huile de foie de morue, ou bien avec le lait iodé, c'est-à-dire additionné de 4, 5, 6, 10 gouttes et plus de teinture d'iode; l'huile de proto-iodure de fer toute seule, nous tient souvent lieu de ces combinaisons.

Nous dirions même que c'est avec ces dernières préparations que nous avons obtenu jusqu'à présent nos plus beaux succès.

MÉDECINE.

De l'exfoliation pathologique de la membrane muqueuse de la cavité utérine,

Par le Dr Raciborski,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

(Suite. Voir les nos 81, 82, 83 et 84.)

Diagnostic différentiel. — Parmi les altérations pathologiques qui peuvent offrir de la ressemblance avec les poches formées par la muqueuse utérine, nous devons mentionner en premier lieu, d'après l'opinion générale des auteurs, les concrétions sanguines. Nous avons déjà prouvé qu'on avait singulièrement abusé de ce mot *concrétion sanguine,* en l'appliquant indistinctement à tous les corps sortant de l'utérus avec l'aspect d'une masse charnue. Il est incontestable qu'il faut laisser là-dedans une large part à l'expulsion de la caduque.

Quoi qu'il en soit, dans certaines dispositions de l'économie et celles de l'utérus en particulier, le sang semble affecter une tendance particulière à se coaguler, et à sortir en morceaux au moment des règles. Dionis dit avoir connu une princesse qui rendait régulièrement tous les mois des petits corps charnus formés de sang coagulé, et cette évacuation avait lieu même lorqu'elle n'avait pas eu, pendant un certain temps, de rapports avec son mari. D'autres disent avoir vu des choses semblables chez des filles renfermées dans des communautés religieuses.

Le plus ordinairement, les concrétions de ce genre ne séjournent guère dans la matrice et sont rendues presque aussitôt que formées. Cependant, on a observé quelquefois le contraire, et on cite des malades qui avaient rendu des concrétions sanguines d'ancienne formation. La *Gazette médicale* prétend qu'une malade de M. Velpeau portait une tumeur que l'on avait considérée comme un polype de la matrice. La malade avait été mise dans un bain pour se préparer à l'opération, lorsqu'un nouveau toucher, pratiqué dans le but de faire reconnaître le pédicule, fit tomber la tumeur qui fut reconnue, par l'incision, n'être qu'un caillot endurci (1). Au dire de Merriman, qui raconte ce fait, le docteur Johnson aurait rencontré un cas pareil dans sa pratique.

D'après quelques faits que nous avons eu l'occasion d'observer nous-même, nous serions disposé à croire que, la plupart du temps, lorsqu'il s'agit de caillots d'ancienne formation, ayant séjourné longtemps dans la cavité de la matrice, il y a presque toujours autre chose qu'une simple coagulation du sang. Quand on examine attentivement ces concrétions sanguines, on trouve presque toujours quelques débris de la caduque ou des portions de l'œuf autour desquels la fibrine s'est déposée, ce qui forme le noyau d'une concrétion plus grosse. Il est peu probable que des concrétions sanguines de cette espèce, et à plus forte raison, des concrétions qui seraient formées par du sang pur, présentent jamais la forme si caractéristique des poches constituées par la caduque expulsée.

Dans un cas, nous avons remarqué dans un caillot de sang sorti de la cavité utérine une forme toute particulière qui mérite d'être signalée. Une jeune fille de 17 ans, toujours bien menstruée, avait eu ses règles supprimées depuis deux mois et se croyait enceinte, lorsqu'elle a été prise de coliques accompagnées d'une assez grande perte. Ces accidents avaient duré déjà depuis quatre jours; le cinquième jour, nous pratiquâmes le toucher, et nous reconnûmes que l'orifice du col était entr'ouvert, et qu'il donnait passage à un corps assez ferme, allongé, élastique, gros comme le pouce; ne pouvant pas le saisir, nous cherchâmes à l'ébranler, en le frappant en différents sens avec l'extrémité du doigt indicateur. Une heure environ après, la malade ayant fait des efforts pour aller à la garde-robe, rendit un corps long environ de 4 centim., compacte, représentant bien la forme de la cavité utérine, ayant une extrémité grosse, arrondie, et l'autre plus mince, inégale. Il était d'un rouge presque noir à la surface, avec quelques taches d'un blanc jaunâtre. La grosse extrémité arrondie était ouverte et disposée en entonnoir. La surface de la portion évacuée de l'entonnoir était parfaitement lisse et semblait être recouverte d'une très-mince pellicule transparente. Plus bas, elle se continuait par un canal rétréci, occupant toute la hauteur du caillot au centre. Ce canal pouvait admettre un stylet et était rempli d'un sang demi-liquide qui tranchait, par sa couleur moins foncée et par sa consistance,

(1) *Gaz. méd.* de 1848, p. 399.

---

chauffer les cendres, il faut dire en quelques mots quelle était, d'après les historiens des écoles, la croyance *moyenne* de chacun des quatre groupes si burlesquement dénommés.

Ceux qu'on appelle *idéalistes* admettaient que la plupart de nos idées, au moins toutes celles dignes de confiance, étaient innées, créées avec nous, qu'elles constituaient notre intelligence. Ils disaient encore : l'univers, c'est l'intelligence matérialisée, comme le tableau ou la statue est la matérialisation de la pensée de l'artiste, etc.

Ce qu'on appelait *sensualisme* était l'opinion qui, d'une part, niait l'existence des idées toutes faites, des idées innées, et, de l'autre, admettait que toutes nos idées *dérivaient* de la sensation, ou au moins que dans chacune il y avait toujours quelque chose qui se rattache directement ou indirectement à cette origine.

Ainsi l'idéalisme et le sensualisme s'accordaient pour refuser à l'esprit le pouvoir de produire des idées. L'un fait de l'esprit un magasin d'idées; l'autre, un creuset dans lequel ce qui vient du dehors peut s'amalgamer à la pensée.

Le matérialisme admettait l'existence de la matière, et il lui accordait comme attribut assez d'activité, de spontanéité, pour pouvoir, dans les combinaisons les plus favorables, s'élever jusqu'à la sensation, jusqu'à la pensée; son hypothèse suffisant à tout, il était amené à nier l'existence de tout ce qui ne tombait pas sous les sens.

Le spiritualisme.... Mais comment le définir? C'est le costume à la mode; chaque sage le veut porter. Le vrai spiritualiste, c'est ordinairement le philosophe qui parle : dans sa bouche, les autres deviennent des idéalistes, des sensualistes ou des matérialistes. Voyez M. Pidoux : il se prend, ainsi que ses maîtres, Descartes, Leibnitz, Wolf, comme type du spiritualisme; M. Cousin, qui de son côté se juge pur spiritualiste, tient ceux-ci pour idéalistes (1). D'autre part, M. de Bonald ne doute pas de sa spiritualité, et pourtant, M. Pidoux, sans égard pour ce chef spirituel, le classe à côté de M. Cousin, et en fait un apôtre du sensualisme!

Le spiritualisme devait être, si l'origine des mots, si leur analogie avait la moindre valeur pour les métaphysiciens, l'opinion qui reconnaissait l'existence *et l'activité* de l'esprit.

Ce sens est d'autant plus présumable, d'autant plus nécessaire, qu'il complète les deux séries d'idées sur lesquelles sont établies ces divisions.

D'une part, il complète la série des opinions sur l'origine des idées :

Les idées sont innées, selon les idéalistes;
Elles sont dues à la sensation, selon les sensualistes;

(1) *Cours de philosophie*, t. II, p. 538 *et passim.*

avec les portions voisines. Cette disposition devint encore plus manifeste après vingt-quatre heures de séjour de la pièce dans l'esprit-de-vin. Le sang, durci davantage, se laissait enlever par gros morceaux sous une légère pression, et offrait une cassure nette. Il nous a été alors facile de reconnaître, par-ci par-là, des débris de la caduque, dont les portions le plus superficiellement situées donnaient à l'extérieur cet aspect de taches d'un blanc jaunâtre que nous avons noté.

Cette pièce anatomique est assez intéressante, en ce qu'elle prouve que le mécanisme de la formation des caillots dans la cavité utérine offre quelquefois beaucoup d'analogie avec ce que nous voyons dans les sacs anévrysmaux, où l'on remarque également au milieu des concrétions un canal central pour le passage libre du sang; elle nous rend compte en même temps de la possibilité de la persistance de l'hémorrhagie, malgré l'oblitération apparente de la cavité utérine.

Dans le petit nombre de cas où les concrétions sanguines offriraient dans leur forme quelque ressemblance avec les poches de la caduque, leur aspect extérieur en est complétement différent. D'après une note que nous devons à l'obligeance de notre excellent et savant confrère, M. le docteur Charles Robin, leur coloration serait rosée ou d'un gris rosé à la surface et dans une épaisseur de 1 à 2 millimètres, tandis que leur profondeur est d'un rouge foncé. Souvent le passage de l'une à l'autre de ces colorations se fait brusquement; d'autres fois, la transition est graduelle. La portion la moins colorée est plus consistante, plus tenace, plus élastique; sa déchirure est en quelque sorte filamenteuse. Examiné au microscope, chaque caillot se compose : 1° d'une trame de fibrine encore nettement fibrillaire ou passant par place à l'état amorphe finement granuleux; 2° cette trame retient dans son épaisseur des globules rouges et blancs; 3° des cellules épithéliales prismatiques de l'utérus plus ou moins régulières, mais presque toujours en quantité plus considérable qu'on ne serait porté à le supposer. La fibrine se reconnaît facilement, d'après M. Robin, à la minceur de ses filaments flexueux, entremêlés en tous sens. Ils sont libres sur les bords seulement de la pièce et semblables à ceux que fournit un caillot des vaisseaux ou du cœur. Dans la masse qu'ils forment sont éparses de nombreuses granulations très-fines, quelquefois assez abondantes pour masquer complétement l'aspect fibrillaire du tissu.

Dans la fibrine se voient aussi des globules rouges, tantôt isolés, tantôt accumulés, d'autant moins nombreux que la portion du caillot est moins colorée; souvent ils sont difficiles à apercevoir tant qu'ils ne sont pas isolés. On y voit aussi des globules blancs généralement un peu déformés. Leur état finement granuleux se confond par places avec celui que présente la fibrine et les rend difficiles à distinguer dans l'épaisseur de celle-ci. Cependant, l'acide acétique rend la fibrine homogène, transparente, la gonfle et en même temps fait apparaître les noyaux des éléments précédents. La dilacération des fragments de caillots portés sous le microscope, met également en liberté un grand nombre de cellules épithéliales qu'on peut étudier dans le champ du microscope. On en voit aussi dans la fibrine qui sont mélangées aux globules blancs. On pourrait même, par suite de l'accumulation de ces divers éléments et de leur enchevêtrement, être porté à croire d'abord qu'on a sous les yeux quelque tissu particulier au lieu d'un caillot qui a englobé des éléments qu'on ne trouve pas ordinairement dans les caillots des autres parties du corps. Mais l'action de l'acide acétique signalée plus haut et l'absence complète de vaisseaux capillaires ou autres dans ce produit, le fera toujours distinguer facilement. Pour celui qui a eu l'occasion de voir quelquefois des poches formées par la caduque expulsée, l'œil nu suffira presque toujours pour les distinguer des simples concrétions sanguines. L'aspect extérieur de ces corps, sur lequel nous avons insisté dans les observations particulières, les prolongements tubaires qu'on y rencontre très-souvent en haut, enfin, l'aspect comme troué de la membrane interne, constituent des caractères exclusivement propres à la muqueuse utérine exfoliée, qu'on ne rencontre nulle part ailleurs.

Un autre produit qui offre quelquefois une certaine ressemblance avec les poches de la caduque, est l'œuf lui-même, quand il a subi une certaine altération. On voit quelquefois sortir du vagin des tumeurs entourées de caillots de sang, représentant une poche remplie d'un liquide tantôt limpide, tantôt huileux, clair ou plus ou moins coloré, au milieu duquel on peut saisir parfois des vestiges de la vésicule ombilicale ou du cordon ombilical. Dans certains cas, les enveloppes propres de l'œuf ainsi détérioré sont si bien entourées par le tissu de la caduque réfléchie hypertrophiée, que la tumeur offre réellement la plus grande ressemblance dans l'aspect avec le tissu de la muqueuse utérine exfoliée. Quoi qu'il en soit, les poches formées par la caduque ne sont point closes et ne renferment pas de liquide, à moins qu'elles ne soient renversées, comme dans les observations de Chaussier et de Dugès et Boivin. La présence d'une cavité close remplie de liquide constitue, à nos yeux, un caractère si important, que toutes les fois qu'on la rencontre au centre d'une pièce anatomique provenant d'un avortement, on peut être sûr qu'elle appartient à une grossesse plus avancée que celle dont l'avortement se termine par l'expulsion de la poche cadu-

---

Elles sont dues à l'activité de l'esprit, selon les spiritualistes, que cette activité s'exerce soit sur la sensation, soit sur la conscience, soit sur les idées déjà acquises (réflexion);

D'autre part, il complète la série des opinions touchant la conception de la matière :

Les idéalistes en font abstraction, ne lui accordent pas la certitude, ne croient guère qu'à l'esprit :

Les matérialistes donnent à la matière l'activité, la spontanéité, et même, dans les conditions favorables, la sensation, la perception et la pensée :

Les spiritualistes, admettant l'existence séparée de la matière et de l'esprit, sont logiquement conduits à caractériser l'esprit par l'activité, la spontanéité, la volonté, etc., la matière par l'inertie.

Voilà certainement quel est le sens du spiritualisme, ou il ne sera qu'un compromis hasardé, qu'un éclectisme honteux. Mais les dénominations satiriques, blessantes, données aux trois premières catégories d'opinions, ont eu pour résultat de brouiller le sens clair des mots; il ne s'agissait pas de classer, mais de déprécier ses rivaux.

Ainsi, quelle est donc cette doctrine qui conçoit la matière douée d'activité, d'énergie interne et, dans les conditions favorables, lui attribue de la spontanéité, des sympathies, des instincts (1) et jusqu'à la perception (1)? Certes, ce ne peut être que le matérialisme : car, si la matière a ou peut acquérir, par d'heureuses combinaisons, ces brillants attributs (« la perception »), qu'ai-je besoin de sa conjonction avec un esprit, doublure, hypothèse inutile! C'est cependant le spiritualisme de M. Pidoux qui dote si richement la matière! Sur quel haut piedestal va donc trôner l'esprit? Quelles puissantes facultés va-t-il lui attribuer? Des facultés? Nullement, M. Pidoux ne prononce jamais ce mot : notre esprit est un magasin d'idées toutes faites, « les idées innées forment notre esprit même, » et penser n'est rien autre que saisir l'idée préexistante! Etrange spiritualiste, qui accorde tant à la matière et si peu à l'esprit.

Mais voilà que ne voulant parler que du langage, que nous repoussons, nous nous sommes laissé entraîner à parler des choses : c'est qu'il est difficile de montrer l'incohérence d'un dessin sans indiquer celle du sujet; le trouble de la forme relève de la versatilité du fond.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Union méd.*, n° 27.

(1) *Union méd.*, n° 61.

que, et qu'elle constitue ce qu'on a l'habitude de désigner jusqu'à présent sous le nom de *faux germe*.

Nous avons eu l'occasion d'observer, en 1839, une pièce très-intéressante en ce genre. Des médecins très-instruits furent alors fort embarrassés pour se prononcer sur sa nature; grâce au caractère distinctif dont nous parlons, nous n'hésitons pas aujourd'hui à considérer ce produit pathologique comme un œuf altéré enveloppé de la caduque réfléchie hypertrophiée.

Cette pièce anatomique appartenait à une femme de 43 ans, morte de pleurésie gauche avec épanchement, sur laquelle nous n'avons pas pu avoir d'autres renseignements, et dont nous avons fait seulement l'ouverture cadavérique. M. le docteur Gouyon, un des élèves les plus distingués à cette époque, nous ayant prié de lui confier cette pièce pour la présenter à la Société anatomique, nous allons en donner la description d'après le compte rendu de la séance où elle a été présentée.

Considéré extérieurement, l'utérus ne présentait d'autres caractères anatomo-pathologiques notables qu'une augmentation assez peu considérable de son volume normal et qu'une diminution dans la consistance de ses parois. Une incision verticale, pratiquée sur la partie moyenne de la face antérieure, laissa voir une tumeur rougeâtre, molle, d'un aspect semblable à celui d'un caillot sanguin qui déjà a subi un commencement de transformation, du volume d'une grosse noix, pyriforme, à base tournée en haut, remplissant exactement la cavité utérine. Cette tumeur adhérait à toute la surface interne de la matrice par une foule innombrable de filaments blanchâtres, qui, d'une grosseur uniforme, pénétraient visiblement dans l'épaisseur des parois de l'utérus, et qui, examinés sous l'eau, parurent tout à fait semblables au chevelu des racines et n'être autre chose que des vaisseaux. Ces adhérences étaient très-marquées à la base de la tumeur, c'est-à-dire, au fond de la cavité utérine, où elles étaient formées partie par des vaisseaux, partie par des filaments cellulo-fibreux. Une seconde incision, partiquée sur cette tumeur, parallèlement à celle qui avait divisé les parois de l'utérus, donna issue à un liquide rougeâtre, inodore, assez semblable à de la sérosité rougie et contenu dans une cavité dont la tumeur était creusée, et que tapissait une membrane blanchâtre, lisse, très-mince, résistante, sans ouverture, d'apparence séreuse en un mot. Cette cavité présentait en outre sur ses parties latérale et antérieure des espèces de mamelons séparés les uns des autres par des fissures profondes, sur lesquels cependant se réfléchissait la membrane séreuse. Aucune dépression, aucune bosselure n'accusait, à la surface externe de la tumeur, la présence de ces sillons, de ces mamelons, dont l'organisation était la même que celle des parois de la cavité. Ces parois, dont l'épaisseur en avant et sur les côtés n'était guère que de 2 à 3 lignes et à peine d'une demi-ligne en arrière, offraient une structure analogue à celle des organes spongieux et principalement du placenta. Elles étaient traversées par des espèces de sinus, de vaisseaux, que des tentatives réitérées d'injection n'ont pas réussi à démontrer (1).

Après ce que nous avons dit des caractères distinctifs de ces différentes tumeurs, nous pouvons nous dispenser de mettre en parallèle les caractères des poches caduques avec des polypes creux dont plusieurs auteurs, et entre autres, MM. Jules Cloquet, Hervez de Chégoin, Robert, etc., etc., ont rapporté des exemples. Si quelquefois l'aspect extérieur laissait des doutes sur le diagnostic de ces tumeurs, l'examen microscopique ne manquerait pas de venir en aide pour décider la question.

(*La fin à un prochain numéro.*)

(1) *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 1839, p. 326. Nous ferons observer que la paroi postérieure de la tumeur était comme transparente et avait l'aspect d'une membrane séreuse ou plutôt celui de chorion.

HYGIÈNE.

De l'embaumement chez les Indiens américains,

Par M. Alvaro Reynoso.

Les procédés employés par les Indiens pour conserver les cadavres peuvent être divisés en trois catégories : dans l'une, les corps étaient en quelque sorte *empaillés;* dans une autre, ils étaient *embaumés,* et dans la troisième, ils étaient simplement *desséchés*.

1° Quelques peuples de l'Amérique septentrionale commençaient par écorcher habilement le cadavre, après avoir fendu la peau tout le long du dos, ils décharnaient les os avec soin, sans toucher aux ligaments pour laisser le squelette tout entier. Ces os, après qu'ils avaient été séchés pendant quelque temps, étaient renfermés de nouveau dans la peau, qu'on avait eu soin d'adoucir et de préparer; enfin, on recousait la peau en y mettant du sable fin pour remplir tous les vides. (Laffiteau, *Mœurs des sauvages américains,* Paris, 1724, in-4°, t. II, p. 389.) — Dans un village de la province qu'on appelait Cali, dit Las Casas, il existait une grande maison de bois très-haute, couverte de paille, ayant une porte et quatre fenêtres. — Dans l'intérieur de cette maison, et à une certaine hauteur du sol, sur une large planche en bois, qui allait d'un côté à l'autre, étaient placés dans un certain ordre plusieurs corps d'hommes. Pour préparer ces corps, on avait simplement rempli de cendre la peau, et on avait ajouté les figures moulées en cire, avec les véritables traits si bien reproduits, qu'on aurait cru au premier abord que tous ces cadavres étaient vivants. (Las Casas, *Apologetica historia de las Indias,* ch. 247, fol. 872. Ms. de l'Académie de l'histoire de Madrid.) — D'après ces deux descriptions, on voit que ces procédés étaient plutôt un empaillement qu'un embaumement proprement dit.

2° Au Pérou, on brûlait devant les idoles un bois odorant. Lorsque l'écorce de cet arbre était enlevée, il en sortait une liqueur ayant une odeur si pénétrante qu'elle finissait par incommoder. Les cadavres, vernis avec cette liqueur et dans lesquels on en introduisait une certaine quantité par la gorge, ne se corrompaient jamais. On avait l'habitude de placer dans les temples quelques corps ainsi embaumés ou les peaux qui avaient subi cette préparation. (Augustin de Zarate, *Historia del Peni.* Col. de Barcia, t. III, p. 4 et 5.)

3° Les procédés qui vont être décrits étaient tous fondés sur la dessiccation des cadavres, et on l'obtenait, non pas au moyen de la chaleur solaire, mais bien par le feu.

« Las Casas, en rapportant l'entrevue de Vasco Nuñez avec le roi de Comagre, dans le Darien, nous dit que dans le palais de ce roi, il y avaient une grande pièce contenant plusieurs cadavres secs, qui étaient pendus au plafond par le moyen de cordons en coton, et recouverts avec de riches couvertures également en coton, entrelacées avec des bijoux en or, des perles et d'autres pierres, réputées précieuses dans cette tribu. C'étaient les corps des ancêtres qu'ils considéraient comme les dieux tutélaires du foyer (Las Casas, *Historia general de las Indias,* t. III, p. 146, ch. XL; manuscrits de l'Académie de l'histoire de Madrid). Tandis que dans d'autres pays, dit Las Casas, on préservait les corps de la putréfaction au moyen de baumes et d'autres aromates, les Indiens arrivaient au même résultat par une simple dessiccation au feu (Las Casas, *Apologetica historia,* ch. CCXLII, p. 759). Voici, du reste, comment le protecteur des Indiens nous décrit l'opération : Après avoir pleuré le défunt, on enveloppait le corps dans des couvertures en coton et on l'attachait avec des cordes; ensuite, on le mettait sur une grille sous laquelle on allumait un petit feu « pour évaporer « toute l'humidité contenue dans le cadavre, » et de cette manière, on finissait par le dessécher complétement (*Apologetica historia,* p. 758). Ces grilles étaient faites en grosses cannes

(p. 771). Dans le royaume de Popayan, au lieu de placer le cadavre sur une grille, on le tenait suspendu, au moyen d'un hamac, au-dessus du feu, pendant le temps nécessaire à la dessiccation (p. 772). Ces divers passages n'ont jamais été cités, car les manuscrits de Las Casas ne se trouvent pas très-répandus, et les personnes qui les ont lus n'ont pas fait attention à ces détails.

« Nous citerons encore les témoignagnes d'Oviedo (*Relacion sumaria de la historia natural de Indias*, Col. de Barcia, t. I, p. 17), et de Lopez de Gomara (*Historia de las Indias*, Col. de Barcia, t. II, p. 62 et 76), qui décrivent plus ou moins bien les procédés de dessiccation, en tout semblables à ceux que Las Casas nous fait connaître.

« Je crois que ces procédés pourraient être appliqués, si on avait besoin de conserver un grand nombre de cadavres sans les embaumer. On pourrait les dessécher rapidement en les plaçant dans une étuve chauffée, et faisant arriver sur eux un courant d'air chaud au moyen d'un ventilateur.

« M. Gay, dans son rapport, défend Gonzale Pizarre d'avoir profané la sainteté du tombeau de l'inca Viracocha. Je suis heureux de pouvoir citer un témoignage authentique à l'appui de cette opinion. Dans le tome XLII d'une collection de documents inédits sur l'histoire de l'Amérique, faite par Muñoz et conservée parmi les manuscrits de l'Académie de l'histoire de Madrid, il y a, à la page 69 du volume, un rapport présenté par Ondegardo sur les tributs que les Indiens payaient à leurs souverains (*Informe sobre los tributos que los Indios pagaban al gran soberano y sus gobernadores y otras casas del Peru, para responder á una instancia de S. M.*). A la page 71, Ondegardo nous dit que l'on trouva au Cuzco le corps du premier seigneur de Cuzco, que tout le monde regardait comme le premier qui conquit et s'empara de cette terre, du moins en grande partie. Ce corps était embaumé et il se conservait parfaitement. En faisant le compte par le nombre des incas qui s'étaient succédé jusqu'à l'arrivée des Espagnols, l'origine de ce corps remontait à trois cents ans.

« A la page 86 du même rapport, Ondegardo dit avoir trouvé le cadavre de l'inca Yupangi, embaumé, et à son côté les fils qui faisaient connaître ses prouesses, ainsi que les fêtes et les cérémonies religieuses de son temps.

« Avant de terminer cette note, qu'il me soit permis de faire deux observations générales sur les momies naturelles. Je crois que jusqu'ici on a porté trop exclusivement l'attention sur les propriétés physiques du terrain dans lequel on a trouvé ces momies naturelles, et qu'on a oublié souvent d'analyser chimiquement les terrains dans le but de savoir s'il n'existait pas là de sels capables d'empêcher la putréfaction, et qui auraient pu pénétrer dans le cadavre et le préserver.

« De plus, et j'ose à peine hasarder cette conjecture, je crois que si certains cadavres résistent mieux que d'autres à la putréfaction, quoiqu'ils se trouvent placés du reste dans les mêmes conditions, on peut expliquer cette différence, soit par le régime qu'on a observé pendant la vie, soit par les médicaments qu'on a employés, et aussi et surtout parce qu'ils peuvent se dessécher plus facilement. Je pourrais citer à l'appui de cette opinion beaucoup de faits ; mais je préfère en citer un seul qui, à son intérêt historique, réunit l'avantage d'une authenticité à l'abri de tout soupçon et qu'au besoin l'on pourrait facilement vérifier. Le cadavre de Charles V, qui ne fut pas embaumé, se trouve maintenant dans le Panthéon des rois d'Espagne, à l'Escurial, et il se conserve mieux que tous ceux qu'on a essayé de préserver au moyen de divers artifices. Sous Philippe IV, en 1654, quatre-vingt-seize ans après la mort de l'empereur, ce cadavre fut exposé en public, et tout le peuple fut à même de constater sa conservation. Un auteur contemporain raconte que hors le nez, tout le corps, même la barbe, était si bien conservé, qu'on avait pu facilement reconnaître la physionomie du roi. Les chairs s'étant desséchées, le corps paraissait naturellement plus maigre, et une chose digne d'être remarquée, c'est que la bière en bois qui contenait le cadavre se trouvait entièrement détruite. L'année dernière, on a de nouveau constaté, en présence de plusieurs personnes respectables, que le corps de l'empereur était encore dans un état de parfaite conservation. »

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

— Le dernier numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg* nous apporte le compte rendu de la séance annuelle de la Société médicale de prévoyance du Bas-Rhin. Voici la situation de cette Société au 1er juillet :

Recettes.

Solde en caisse au 1er juillet 1857.	154 fr.	45 c.
Montant des cotisations annuelles.	810	00
Dépôt à la caisse d'épargne.	56	78
Rente sur l'Etat.	350	00
	1,371	23

De plus, d'après notre nouvelle organisation, le fonds de retraite se compose :

1° D'un don de l'Empereur, à l'occasion de la naissance du Prince impérial.	492 fr.	00 c.
2° Des intérêts de cette somme au 31 décembre 1856.	13	40
3° D'une subvention de l'Etat, comme Société de secours mutuels approuvée.	373	00
4° Enfin, d'un versement fait par notre Société.	1,000	00
Total.	1,878	40

Dépenses.

Secours à la veuve d'un sociétaire.	100 fr.	00 c.
Secours semblable, également de	100	00
Secours temporaire à la veuve d'un docteur en médecine non sociétaire, mais décédé sans fortune.	100	00
A un officier de santé octogénaire et pauvre. . . .	60	00
A un autre officier de santé.	50	00
Au commissionnaire et pour frais divers.	33	50
Total. . . .	443	50

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'anesthésie provoquée, thèse de doctorat, in-4° de 52 pages, par Em. Chairou, interne des hôpitaux de Paris. — Chez Ad. Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J.-F. Payen. In-8°.— **Carte topographique des environs des bains**, par le même. Une feuille in-f°. Paris, chez Jannet, rue Richelieu, 15.

Traité pratique et raisonné d'Hydrothérapie. Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur ; des névralgies et des rhumatismes musculaires ; de la chlorose et de l'anémie ; de la fièvre intermittente ; des déplacements de la matrice, de l'hystérie ; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte ; des maladies de la moelle, des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc., par Louis Fleury, médecin de l'Empereur.— 2e édition, revue, corrigée et augmentée. — Un beau vol. in-8°.

Prix : figures noires, 8 fr.; figures coloriées, 9 fr.

Le **Journal de chirurgie** et la **Revue médico-chirurgicale**, rédigés par M. le professeur Malgaigne, viennent d'être mis en vente. Les deux journaux réunis forment une collection complète de 22 volumes, qui contiennent un grand nombre de mémoires originaux très-importants.

Chez Delahaye et Châtel, libr., place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Prix des 22 volumes : 30 francs.

De l'albuminurie et de la maladie de Bright. Mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine, le 24 juin 1856, par MM. Al. Becquerel et Vernois, docteurs en médecine, médecins des hôpitaux. — Extrait du *Moniteur des Hôpitaux.* — Paris, au bureau du *Moniteur des Hôpitaux*, rue Garancière, 5. — In-8°. — Prix : 1 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5 — N° 90. 5e année. Mardi 28 Juillet 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 27 juillet 1857.

Du droit de réquisition à l'égard des médecins pour constater l'état des cadavres.

Nous avons analysé, dans le numéro du 26 mars dernier, une décision récente de la Cour de cassation, relative aux réquisitions qui peuvent être adressées à des médecins à l'effet de venir constater l'état des cadavres. Cette question présente un si grand intérêt pour les médecins des petites localités, qui reçoivent fréquemment de semblables réquisitions, qu'on nous pardonnera d'y revenir pour faire connaître le texte du nouvel arrêt de la Cour suprême, et pour essayer de dégager l'intérêt doctrinal qu'il présente.

Mais avant, il n'est peut-être pas inutile de rappeler brièvement quel était l'état de la jurisprudence lorsque cet arrêt est intervenu.

Les médecins sont plus spécialement requis, on le sait, dans les cas d'*accident* et de *flagrant délit*. Par *accident*, il ne faut entendre ici que les faits d'intérêt général. Un besoin individuel, un malheur particulier ne peuvent donner lieu à aucune réquisition légale de secours. C'est là un point de jurisprudence constant.

Ainsi, il a été jugé qu'on ne peut poursuivre :

Ni l'officier de santé qui refuse de recevoir chez lui un blessé qui lui est amené pendant la nuit (1) ;

Ni l'aubergiste qui s'oppose, malgré les injonctions du maire, à ce qu'on dépose dans son établissement un individu trouvé mourant sur la route (2) ;

Ni la sage-femme qui refuse de se rendre auprès d'une femme indigente en travail d'enfantement (3).

Quelques personnes ont exprimé le regret que le refus de secours, dans les cas de malheur particulier, ne fût pas atteint par la loi. Nous ne saurions nous associer à ce sentiment. Sans parler de l'impossibilité qu'il y a à faire intervenir la loi dans le domaine des choses qui appartiennent exclusivement à la morale, il nous semble qu'on a

(1) Cass. 20 fructidor an X.
(2) Cass. 17 juin 1853.
(3) Cass. 4 juin 1830.

DÉLASSEMENTS.

Retour de Griffus. — Oubli d'un grand journal. — Nabuchodonosor. — Une nymphe du bois de Boulogne. — Croquis de Griffus.

Enfin, le voilà de retour cet excellent ami, ce bien-aimé Griffus, et avec lui la joie et le bonheur sont revenus dans notre petit et modeste rez-de-chaussée.

Hélas ! un jour il m'avait quitté pour courir je ne sais où. Ce besoin d'aller par le monde dont s'éprennent les gens qui se sentent un excès de vitalité au cœur, lui avait aussi monté au cerveau, et prenant son bâton de voyage à la main, ses crayons, sa palette et ses pinceaux dans son sac de touriste, mon charmant compagnon d'atelier s'était mis en route, malgré mes larmes et mes regrets, en me disant pour adieu, comme *Ginevra* à *Guido :* Je reviendrai.

— Tu reviendras ! et quand ? lui criai-je.

Il ne me répondit point. Ma voix ne lui était pas sans doute parvenue. il était déjà si loin !

Comprenez-vous mon désespoir à me voir ainsi abandonné par lui, à me trouver tout seul au travail ! Notre chambrette, qui auparavant me semblait trop étroite, me parut un vaste désert ; ces journées, autrefois si courtes quand nous étions ensemble, n'arrivaient jamais assez tôt à leur fin ; le vide était toujours devant mes pas. Adieu donc, vives et joyeuses causeries du jour ! adieu, doux et piquants entretiens du soir ! la solitude et le silence vont s'asseoir à votre place près du foyer ; Griffus n'est plus là !

Et ma tristesse devenait de plus en plus grande, et mes espérances s'envolaient une à une de mon cœur. Que vous dirai-je ? mon esprit s'égarait.

Témoin de ma douleur qu'il partageait, notre bon propriétaire s'inspirait de tout ce que l'âme peut ajouter de sentiment à la parole pour relever mon pauvre courage : c'était en vain, il me semblait qu'à l'avenir j'aurai beau faire tous mes efforts, je n'arriverai jamais à lui payer le tribut qu'il avait le droit d'attendre de moi. Il dut lire cette pensée dans mes yeux, car il me dit : — Douteriez-vous de mon amitié ? ce serait bien mal à vous. Allons, allons, je n'exigerai jamais rien qui soit au-dessus de vos forces ; j'accepterai, croyez-le bien, le peu qu'il vous sera possible de me donner. Quand le cher Griffus nous reviendra, il règlera vos arriérés.

Et sur cette assurance je me remis tant bien que mal à l'œuvre, mais l'esprit toujours assiégé par la crainte que mon ami ne m'ou-

sagement fait d'écarter une disposition législative dont il serait si facile à la mauvaise foi d'abuser. Les médecins, du reste, n'ont pas besoin du stimulant d'une réquisition ou d'une menace légale, pour porter les secours de leur art dans les cas de malheur particulier. Pour quelques faits d'inhumanité, heureusement fort rares, dont l'opinion publique a fait suffisamment justice, il ne saurait être permis d'infliger aux médecins en général un outrage gratuit, et d'enlever aux actes de généreux empressement dont chaque jour ils donnent l'exemple, le mérite d'une spontanéité qui honore le corps médical, en même temps qu'il est son meilleur titre à une estime qui, dans bien des cas, est sa seule rémunération.

Pour ne pas prolonger cette digression, nous dirons qu'on admet encore qu'un médecin ne pouvait être tenu d'obéir à la réquisition qui a pour objet d'assister à la levée du corps d'un individu mort des suites d'un *accident* particulier. Voici, au surplus, le texte d'un arrêt de la Cour de cassation du 18 mai 1855, qui le décide formellement :

La Cour; — Attendu que la signification légale du mot *accident*, qui se trouve dans l'art. 475 n° 12 du Code pénal, est fixée et limitée par les autres événements qu'il dénomme, et que le refus d'obéir à la réquisition faite à l'occasion de ces accidents, ne peut, dès lors, entraîner l'application de la peine édictée contre les personnes qui n'étaient pas dans l'impossibilité absolue d'y obtempérer incontinent, que dans le cas où ils étaient, comme les tumultes, naufrages et autres événements y spécifiés, susceptibles de compromettre la paix ou la sûreté publique, si les travaux, le service ou le secours requis n'étaient pas immédiatement effectués ou prêtés;

Attendu que le défendeur, docteur en médecine, était prévenu de n'avoir pas obtempéré, le 15 mars dernier, à la réquisition du commissaire central de police à Angoulême, de venir constater le décès d'un individu qui avait été tué par la chute d'un ballot de marchandises; attendu que le jugement attaqué, en le relaxant de la poursuite, par le motif que le fait à l'occasion duquel la réquisition avait eu lieu, n'était pas accompagné des circonstances qui auraient rendu le secours ou le service obligatoire, a sainement interprété les dispositions de l'art. 475, n° 12 du Code pénal et, par suite, n'a violé aucune loi; rejette le pourvoi.

Cet arrêt, on le voit, établit parfaitement la différence qui existe entre les *accidents* susceptibles de compromettre la paix publique, dont la loi a entendu s'occuper exclusivement, et les faits d'intérêt particulier auxquels, dans le langage ordinaire, on applique aussi la qualification d'*accidents*. — Le décès survenu, dans l'espèce de l'arrêt, avait une cause déterminée. Peut-être pouvait-on y voir un homicide par imprudence. La Cour de cassation, toutefois, n'a pu raisonner qu'au point de vue de l'appréciation du juge du fait qui, lui, n'avait vu dans ce décès qu'un accident.

Mais doit-on, dans la matière qui nous occupe, considérer comme s'appliquant à un cas d'*accident* individuel et privé la réquisition qui a pour objet de rechercher les causes du décès des individus dont les corps sont trouvés sur la voie publique? Un tribunal de police avait décidé la question affirmativement. Devant la Cour de Cassation, on a soutenu qu'il s'agissait là d'un cas de *flagrant délit*, et non pas d'*accident*, puisque le rapport de l'état du cadavre que le médecin est appelé à dresser est destiné à être envoyé au procureur impérial, pour peut-être servir de point de départ à une information judiciaire.

Cette dernière interprétation a triomphé. Toutefois, l'arrêt qui la consacre, n'a été rendu qu'après un délibéré en chambre du Conseil (1).

En voici les termes :

La Cour; — Vu l'art, 475, n° 12 du Code pénal; — Attendu que cette disposition punit d'amende depuis 6 fr. jusqu'à 10 fr. inclusivement, ceux qui, le pouvant, auront refusé de faire le service ou de prêter le secours dont ils auront été requis dans les cas de flagrant délit; — et attendu, dans l'espèce, qu'il résulte d'un procès-verbal régulier et du jugement dénoncé qu'Etienne de Lannégrie, docteur en médecine, fut requis, le 22 octobre dernier, par le commissaire de police des ville et canton de Morlaix, d'accompagner cet officier de police judiciaire à l'effet de constater l'état d'un cadavre qui venait d'être trouvé sur le bord de la mer, et d'en faire son rapport *pour être adressé au procureur impérial*; — que cette réquisition était aussi légale et aussi obligatoire, selon les art. 32, 43, 49 et 50 Instr. cr., que si elle avait été faite par le procureur impérial, puisqu'elle avait pour cause un cas de *flagrant délit*; — que ledit de Lannégrie, qui refusa d'y obtempérer, ne pouvant être affranchi de la peine par lui encourue,

(1) Ordinairement, la Cour délibère dans la salle d'audience et à voix basse. Le délibéré en chambre du Conseil indique l'importance exceptionnelle attachée par la Cour à sa décision. Il n'a lieu que dans les affaires où se présentent des questions nouvelles à l'occasion desquelles il faut fixer quelque principe jusque-là mal défini.

---

bliât devant les offres séduisantes qu'un grand seigneur ne cessait de lui faire pour l'attacher à sa fortune. Oserai-je l'avouer, je le croyais déjà installé dans un palais, menant grand train et jetant sa liberté aux honneurs, quand un grand journal m'apprit, ô bonheur! que Griffus, le chapeau sur l'oreille, ses pinceaux au vent, crayonnait çà et là les faits et gestes de nos Nayades, qu'il avait surprises se crinolisant d'une manière aussi ridicule que nos nymphes du demi-monde. Bravo! pleurai-je plein d'espoir, mon Griffus a gardé son cœur; il me serrera encore la main.

A quelques jours de là, un nouvel article du même journal annonça que Griffus avait trouvé une face à main aux abords de l'Institut. S'il en est ainsi, riai-je avec certitude, je l'embrasserai bientôt.

En effet, un beau matin (mirabile dictu!) une petite clef se fait entendre et tourne dans la serrure, la porte s'ouvre, et je vois Griffus ployant sous le poids d'un carton surchargé de croquis, de pochades, de caricatures et de portraits à pouvoir remplir le Palais de l'industrie.

Enfin, le voilà de retour cet excellent ami, ce bien-aimé Griffus, et avec lui la joie et le bonheur sont revenus dans notre petit et modeste rez-de-chaussée!

Avant de demander au pouvoir la réforme de notre Code médical, disait un de nos honorables confrères dans une de nos douze Sociétés d'arrondissements, au moins lui faudrait-il prouver que nous sommes tous d'accord sur cet important sujet.

— Mais, reprit le Président, il me semble que nous nous entendons tous sur cette réforme si désirable.

— Pardon! Monsieur le Président, vous n'avez donc pas lu dans la *Presse* le compte rendu de l'inauguration de la statue de Bichat? Son rédacteur scientifique n'a pas dit un seul mot du discours de M. Amédée Latour, et pourtant les applaudissements chaleureux qui l'ont accueilli disaient suffisamment la valeur que prêtaient à certains passages la nombreuse assemblée qui se pressait à cette fête,

— Que voulez-vous! soupira le Président, il y a des dissidents en toutes choses.

— Hélas! reprit l'honorable préopinant, on aura donc toujours le droit de nous appliquer ce vieux dicton :

Médecin, guéris-toi toi-même.

Nous avons reçu, à propos de notre dernier feuilleton, une lettre

que dans le cas où le tribunal saisi de la prévention aurait, d'après la preuve de ce fait produite devant lui, déclaré en termes formels qu'il avait été réellement dans l'impossibilité d'y obéir; — qu'en le relaxant de la poursuite, notamment pour les motifs qu'il n'avait pas accepté la fonction qu'on voulait lui confier, et que le service était réclamé de lui dans un cas d'*accident individuel et privé* déjà accompli, qui n'affectait point l'ordre public ni la sécurité des citoyens, le susdit jugement a commis un excès de pouvoir, faussement interprété, et, par suite, expressément violé l'art. 475, n° 12, du Code pénal; — casse. (Arrêt du 20 février 1857.)

La solution de l'arrêt qui précède est-elle rigoureusement exacte? — L'hésitation nous paraît permise sur ce point. On ne saurait apporter trop de réserve lorsqu'il s'agit de ces devoirs exceptionnels qui restreignent la liberté de l'individu. Il est bien vrai que les art. 43 et 44 du Code d'instruction criminelle, relatifs à la procédure en cas de *flagrant délit*, portent que, lorsqu'il s'agit d'une mort « dont la cause est *inconnue et suspecte,* » le procureur impérial *se fera accompagner* d'un ou deux officiers de santé qui feront un rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre; mais ils n'indiquent pas qu'il pourra être procédé par voie de réquisition; et quant aux réquisitions de service, en cas de flagrant délit, il ne faut pas qu'on puisse y voir autre chose que des réquisitions de services matériels. C'est ce qu'a fait très-heureusement ressortir un savant criminaliste (1): « Il serait peut-être absurde, et certainement ridicule, a-t-il dit, de contraindre, par une pénalité, un médecin à faire une autopsie.... Autre chose est l'arrestation du coupable, la défense ou les services donnés à la victime; autre chose est la constatation même du crime. Cette obligation n'est pas d'une telle urgence que tous les citoyens doivent être forcés d'y concourir; il n'y a danger de mort pour personne, l'humanité n'est pas compromise par un défaut de constatation immédiatement.

Quoi qu'il en soit de ces dissidences, la solution de la Cour de cassation prévaudra certainement dans la pratique, et il faut reconnaître que, loin d'être entièrement nouvelle, elle était contenue en germe dans plusieurs des arrêts intervenus dans cette matière, notamment dans un arrêt du 8 mai 1836. — Mais au moins, faut-il appliquer cette solution avec les restrictions qu'exige la position particulière du médecin. A cet égard, on nous a adressé plusieurs questions auxquelles nous nous réservons de répondre prochainement.

E. MARTIN,
Avocat, docteur en droit.

(1) M. Faustin Hélie, conseiller à la Cour de cassation, *Théorie du Code pénal*, t. VI, p. 390.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

Nouvelle opération destinée à guérir, d'une manière radicale, la tumeur et la fistule lacrymales,

Par M. TAVIGNOT.

Ceux qui se préoccupent avant tout des progrès définitifs de la science, sans se laisser distraire outre mesure par les tentatives plus ou moins heureuses qui les précèdent ou les hésitations souvent bien légitimes qui les accompagnent, seront assurément de notre avis lorsque nous leur dirons :

En définitive, et toutes idées préconçues laissées de côté, il ne reste plus en présence, pour *obtenir la cure radicale et définitive de la tumeur et de la fistule lacrymales*, que deux méthodes thérapeutiques distinctes, bien que tendant au même but.

L'*une*, qui se propose de provoquer la destruction du sac lacrymal, — c'est la méthode de Nannoni, — sans se préoccuper de la perméabilité des conduits qui versaient les larmes dans ce sac;

L'*autre,* qui consiste tout simplement à oblitérer la partie antérieure des conduits lacrymaux, tout en laissant le sac perméable.

Ces deux manières différentes de procéder à la guérison de la même maladie ont donné et donnent encore, tous les jours, des succès incontestables et qui seront bientôt, il faut l'espérer du moins, généralement incontestés.

Il ne reste donc plus, pour tout esprit indépendant, qu'à comparer entre elles ces deux méthodes opératoires pour être tout à fait fixé sur leur valeur comparative.

1° *Occlusion du sac.* — La destruction du sac, reconnaissons-le tout d'abord, a pour résultat immédiat de supprimer, du même coup, et la maladie et l'organe qui en était le siége, ce

---

d'un individu ou individue qui signe Nabuchodonosor, lettre dans laquelle l'absurde se le dispute au plus grossier argot.

Nous n'avions pas besoin d'un pareil style pour nous rappeler que Nabuchodonosor avait été changé en bête.

L'autre jour que je cherchais aventure pour notre feuilleton, je fis la rencontre d'un de nos joyeux et spirituels collègues, qui me raconta la petite histoire que voici, et qui ne manque pas d'un certain piquant :

J'avais été appelé, me dit-il, pour une des nymphes du bois de Boulogne, qui a choisi pour retraite la plus jolie villa d'Auteuil. La demi-déesse s'apprêtait à être mère. A côté d'elle s'agitait une espèce de vieux Faune dont l'œil suivait avec anxiété toutes les phases du laborieux travail. La belle, au milieu de ses plus fortes douleurs, le voyant se lamenter : — Eh! mon ami, lui dit-elle, ne prends point tant de chagrin de me voir souffrir, je sais fort bien que tu n'en es pas la cause.

— Oh ! Aspasie, tu es un ange, reprit l'homme au front à deux boutures en essuyant une larme qui déteignait sa barbe et en recevant dans ses bras un petit chérubin qui ne demandait qu'à vivre.

Si non è vero, bene trovato.

J'allais encore vous faire l'esquisse d'un brave Auvergnat dont la naïveté vous eût passablement égayés, chers lecteurs, mais en jetant les yeux sur les cartons de mon ami Griffus, j'y vois quelques croquis que je ne puis laisser perdre, et qu'en vrais amateurs vous me remercierez d'avoir mis sous vos yeux.

Dr A.-L. ROUX.

Empiétements des chimistes dans le domaine des cuisiniers. — Un gigot immortel. — Un chien et un chat bien conservés. — Le gaz et la végétation. — Les bancs du Palais-Royal. — Les pompiers incombustibles. — Une face-à-main de l'Institut.

Il est certaines choses que je voudrais voir à l'abri des progrès de la chimie; ces choses-là sont les aliments. Que les chimistes épuisent leur génie à trouver une eau qui fasse pousser les cheveux, noircir la barbe et tomber les cors, j'applaudirai de grand cœur quand ils auront réussi; mais qu'ils s'obstinent à prendre une casserole pour un creuset, à porter leurs savantes mains sur les fourneaux de la cuisine, je prétends qu'ils ont tort, et je repousse avec horreur leur pain fabriqué avec de la sciure de bois, leur vin artificiel et leurs petits fours confectionnés avec des marrons d'Inde, toutes choses qu'ils trouvent

qui semble mettre à tout jamais le malade à l'abri d'une récidive, se traduisant à l'extérieur par une dacryocystite muqueuse ou phlegmoneuse.

Malheureusement, c'est là tout le bien qu'il est possible de dire en faveur de la méthode de Nannoni, préconisée, dans ces derniers temps, par MM. Stœber, Desmarres, Magne, etc. Et on peut, à juste titre, leur faire les objections suivantes, lesquelles acquièrent surtout un degré évident d'importance en présence de notre méthode si simple, qui consiste à oblitérer purement et simplement la partie antérieure des conduits lacrymaux.

La destruction du sac obtenue par la cautérisation est et restera toujours une opération d'une certaine gravité, en ce sens qu'elle expose à l'inflammation du tissu cellulaire ambiant, à l'érysipèle de la face, à l'exfoliation des os sous-jacents, car plusieurs faits démontrent suffisamment la possibilité de ces accidents.

La cautérisation est loin de réussir toujours d'emblée; il arrive parfois, ainsi que nous en avons rapporté déjà deux exemples, que la partie supérieure du sac échappe à la destruction dans une plus ou moins grande étendue; la tumeur lacrymale se reproduit dès lors plus ou moins rapidement, et avec elle surgissent bientôt les accidents propres à cette affection. Or, c'est la partie supérieure du sac qu'il était véritablement important de détruire, puisque avec elle on oblitérait nécessairement l'extrémité inférieure des conduits lacrymaux.

Enfin, lorsque la cautérisation du sac a réussi et qu'il en est résulté un succès immédiat et complet, l'avenir n'est pas aussi assuré qu'on a la prétention de le faire admettre. En effet, les conduits lacrymaux restés perméables dans la plus grande partie de leur étendue, tendent sans cesse à charrier des larmes vers leur partie inférieure plus ou moins solidement oblitérée. Ces larmes accumulées finissent, dans quelques cas, par distendre outre mesure l'extrémité inférieure des conduits et par creuser une sorte de réservoir en forme d'ampoule kystique qui simule plus ou moins le sac lui-même; ou elles provoquent la rupture de l'un de ces conduits, et s'épanchent dans le tissu cellulaire ambiant, donnent naissance à une nouvelle variété de tumeur lacrymale avec toutes ses conséquences, ou bien elles finissent par s'infiltrer entre le tissu cicatriciel qui remplace le sac détruit et le tissu osseux sous-jacent, et se créent là, avec le temps, une sorte de réservoir de nouvelle formation qui constitue une véritable récidive de la maladie première.

2° *Occlusion des conduits lacrymaux.* — Quelle que soit, d'ailleurs, la valeur que l'on accorde à la méthode qui consiste à supprimer le sac lacrymal par l'emploi des caustiques, il faut bien reconnaître que cette opération est exclusivement d'origine empirique, et que les praticiens qui l'ont mise en usage comme ceux qui l'utilisent encore de nos jours, ne se sont guère préoccupés de la nature de la tumeur lacrymale, de son origine véritable.

La tumeur lacrymale, nous l'avons déjà dit et répété plusieurs fois, n'est pour nous que ***le résultat d'un désaccord organique survenu entre les propriétés physiologique de la muqueuse naso-lacrymale et les propriétés chimiques des larmes.*** Or, c'est cette connaissance réelle de la maladie, connaissance à laquelle nous ne sommes arrivé qu'après des observations nombreuses et des expériences raisonnées, qui nous a permis de mener à bonne fin nos premières tentatives, et finalement d'instituer un traitement réellement efficace de la tumeur et de la fistule lacrymales, ainsi que l'attestent les nombreuses observations recueillies dans notre pratique, soit publique, soit particulière.

On avait, avant nous, à peu près tout tenté pour guérir radicalement la tumeur et la fistule lacrymales; il est évident, dès lors, qu'il était bien difficile d'imaginer telle ou telle manœuvre opératoire tout à fait nouvelle.

En effet, déjà l'oblitération des conduits lacrymaux avait été conseillée ou tentée par Bosche d'abord à l'aide des caustiques, et par notre maître à tous, M. Velpeau, au moyen de l'excision palpébrale. Ces opérations n'avaient pas réussi, M. Velpeau en convient lui-même; et bien que, depuis, il ait eu recours à l'excision des conduits lacrymaux, je ne sache pas que ses tentatives lui aient paru susceptibles d'être encouragées, car il n'a rien dit ou fait d'important pour les faire passer dans la pratique avec toute l'autorité due à son grand nom.

C'est qu'en effet toute la difficulté est ici d'obtenir l'oblitération simultanée ou successive des deux conduits lacrymaux; et si je me bornais à dire qu'il suffit, pour atteindre ce but, d'exciser la partie antérieure de l'un et de l'autre de ces conduits, je risquerais fort de voir compromis le succès de ma méthode, car les insuccès ou les demi-succès resteraient encore assez nombreux. Il faut donc faire quelque chose de plus et traiter directement le sac lacrymal enflammé, ainsi que nous allons l'exposer plus loin.

Manuel opératoire — De quoi s'agit-il, après tout, pour guérir la tumeur ou la fistule lacrymale? d'une seule et unique chose, avons-nous dit: d'oblitérer la partie antérieure des conduits lacrymaux de manière à soustraire le sac à l'action irritante des larmes. Là est toute la difficulté, car, remarquons-le bien, le sac étant enflammé, — et surtout chroniquement enflammé, — il sécrète encore pendant un certain temps, alors même que la cause de son inflammation a cessé d'agir, une cer-

---

délicieuses, nourrissantes et parfaitement hygiéniques, seulement, dont ils ne mangent jamais.

J'ai goûté une fois des légumes conservés par un prodige de la chimie; ces légumes-là résistaient non-seulement aux injures du temps, mais encore aux efforts digestifs de l'estomac le plus vigoureux, de sorte que le consommateur les conserverait à perpétuité, si une indigestion ne l'en débarrassait.

Ces embaumements alimentaires me rappellent un fameux gigot de l'Exposition. En apparence, ce gigot était fait comme un autre; mais lorsqu'on avait lu son signalement dans certain journal scientifique, on ne pouvait pas douter que cette modeste enveloppe ne cachât d'illustres qualités. Voici le signalement : la merveille des merveilles de l'Exposition universelle, le chef-d'œuvre qui suffirait à en léguer le souvenir aux races futures, est un gigot conservé depuis quinze mois!! On aurait bien dit quinze siècles, mais l'inventeur, à moins d'être le Juif-Errant en personne, aurait perdu la gloire de cette belle découverte : on se résigna donc à supputer par mois l'antiquité du célèbre gigot, que quarante mille Tantales français et étrangers ont dévoré, hélas! des yeux seulement, pendant tout le temps qu'il fut exposé à leur convoitise admirative. Enfin, le grand jour de la justice arriva pour lui : une commission fut chargée d'examiner ses titres et droits à l'immortalité.

Cette commission était composée d'un chimiste célèbre, d'un embaumeur illustre, et d'un restaurateur fameux; trois hommes d'expérience, connaissant tous les inconvénients de la conservation au point de vue de l'acte digestif.

Le chimiste dit au restaurateur :

— Ceci, collègue, rentre exclusivement dans vos attributions, il faut que vous accommodiez de votre mieux ce succulent gigot, que vous en mangiez le plus possible, et que dans deux jours vous nous disiez si nous devons véritablement le placer au-dessus du pré salé.

— Du tout, du tout, c'est de l'embaumement, dit le restaurateur, en passant le gigot à l'embaumeur, et c'est à vous, collègue, que revient de droit l'honneur de digérer cet immortel produit.

— Mais vous n'y pensez pas, c'est de la chimie pure, et cela rentre dans les attributions de notre collègue le chimiste, qui est bien plus capable que nous d'apprécier l'importance de la découverte et le fumet de la pièce.

— Jamais! s'écria le chimiste, avec un geste d'horreur.

Chacun des trois commissaires se récusait énergiquement et la discussion menaçait de s'éterniser, ce qui aurait eu de grands inconvénients pour tous, excepté cependant pour le gigot qui, vu son état, n'avait pas le droit de trouver le temps long. Pour couper court aux débats, il fut convenu qu'il serait mangé par procuration, et le gar-

taine quantité de muco-pus, lequel ne pouvant s'évacuer qu'en partie par le canal nasal, ou même ne s'échappant pas du tout par cette voie, tend à refluer et reflue en réalité par les conduits lacrymaux. Eh bien, c'est ce reflux spontané, — à plus forte raison quand il est provoqué par une pression intempestive exercée sur le sac, — qui déchire la cicatrice si mince et si ténue destinée à clore, soit après la cautérisation, soit après l'excision, la partie antérieure des conduits lacrymaux. Disons-le, cependant de suite, l'excision nous a toujours paru de beaucoup préférable à la cautérisation.

Quoi qu'il en soit, pour prévenir ce reflux du muco-pus sécrété par le sac vers les points lacrymaux, il importe de lui ouvrir, pendant les premiers jours surtout, une voie de dérivation suffisante, soit que cette dérivation ait lieu par une simple ouverture pratiquée à la partie antérieure du sac, soit que cette dérivation s'opère plus naturellement encore à l'aide d'une dilatation temporaire du canal nasal. Ce sont là deux manières d'agir que je mets tour à tour en usage, selon les cas particuliers.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à décrire, dans leurs principaux détails, les deux opérations successives dont nous venons de parler, c'est-à-dire l'excision des conduits lacrymaux et la manière de procéder à la dérivation du muco-pus qui tend à s'accumuler dans le sac.

A. *Occlusion des conduits lacrymaux.* — L'opération est la même pour la paupière supérieure et pour la paupière inférieure. Néanmoins, je commence habituellement par cette dernière, afin de ne pas avoir à m'occuper du sang qui masquerait les parties à exciser si je procédais en sens inverse.

Il suffit de saisir hardiment avec une pince à quatre crochets, tenue de la main gauche, l'extrémité interne du bord palpébral, qui donne passage au conduit lacrymal, et à l'attirer méthodiquement vers le tranchant du blépharotome, dont la main droite est armée.

Notre blépharotome, à extrémité mousse, est manœuvré de façon à couper de dehors en dedans et à enlever avec la partie antérieure de chaque conduit lacrymal une suffisante quantité du bord libre palpébral. Il m'est véritablement impossible de préciser cette même quantité, car il s'agit, dans l'espèce, d'un lambeau sans formes bien déterminées, et dont l'étendue ne peut pas être toujours la même d'une manière absolue. Je dirai, toutefois, à titre de renseignement utile à mettre à profit, qu'au début de mes opérations, j'excisais volontiers avec une certaine timidité, dans la crainte de voir persister ultérieurement une sorte d'encochure intra-palpébrale, c'est-à-dire une véritable difformité. Cette crainte est d'ailleurs assez naturelle pour que je l'aie entendue exprimer non-seulement par les parents de mes opérés, mais encore par la plupart des hommes de l'art qui assistaient pour la première fois à mes opérations.

Elle n'est, cependant, fondée en aucune façon, ainsi que l'observation n'a guère tardé à le démontrer, car nonobstant les excisions parfois assez étendues du bord libre palpébral que j'ai cru devoir pratiquer, il n'en est jamais résulté ni encochure appréciable, et partant ni difformité de l'appareil palpébral.

Comment s'opère cette réparation si inattendue? Je ne saurais m'en rendre compte d'une manière bien précise; mais, il me suffit de savoir qu'elle a toujours lieu, et le fait peut se passer d'explication dans la pratique.

Une fois achevée, l'excision de l'un et l'autre conduits, on absterge avec une éponge le sang qui s'est écoulé en petite quantité, et, pour tout pansement, il suffit d'appliquer sur la région palpébrale une compresse imbibée d'eau froide qui sera renouvelée de temps en temps.

La réaction est généralement nulle ou très-modérée; du cinquième au huitième jour, le travail de cicatrisation est terminé, et sauf la perte de quelques cils et l'occlusion de la partie antérieure des conduits qu'il est toujours possible de constater, rien ne saurait laisser soupçonner la nature de l'opération qui vient d'être pratiquée sur l'appareil lacrymo-palpébral.

B. *Ouverture du sac lacrymal.* — Quand j'ai affaire à une tumeur lacrymale et non à une fistule, je pratique, d'une manière générale et séance tenante, l'excision des conduits et l'incision de la paroi antérieure du réservoir des larmes. Cependant, dans plusieurs cas, il m'est arrivé de n'ouvrir le sac que deux jours plus tard. Quoi qu'on fasse, il faut avoir soin, avant de procéder à cette seconde partie de l'opération, de laisser distendre le sac par le muco-pus qu'il sécrète. L'incision, plutôt large qu'étroite, ayant été pratiquée avec un bistouri ordinaire, ou mieux encore avec un kératotome, on aura soin de maintenir l'écartement des lèvres de la plaie à l'aide de quelques brins de charpie ou d'une petite languette de toile que l'on renouvellera tous les jours afin de donner une libre issue au muco-pus sécrété à l'intérieur du sac; ce mode de pansement est continué pendant quatre, cinq ou six jours, tout au plus.

Lorsqu'on a à traiter une fistule lacrymale, il est clair que l'incision du sac est superflue; l'agrandissement de l'ouverture fistuleuse est seulement indiquée dans quelques cas exceptionnels. Alors, il m'est arrivé d'établir une voie de dérivation au muco-pus sécrété par le sac, en surmontant le rétrécissement du canal nasal à l'aide d'une corde à violon assez fine, introduite plus ou moins facilement dans son intérieur. Cette dilatation n'est pas indispensable, il faut en faire la remarque à la réussite

---

dien qui le défendait depuis si longtemps contre l'enthousiasme de la foule, fut chargé d'être le Pâris de cette contestation.

Le lendemain, la commission se rendit près de lui pour recevoir la confidence de ses impressions gastronomiques, le gardien n'avait pas paru; pendant deux jours même absence. Enfin, la commission, qui n'était pas sans inquiétude, peut-être même pas sans remords, se transporta à son domicile. Le malheureux avait mangé une petite tranche du merveilleux gigot, et luttait depuis trois jours et trois nuits contre une insurrection intestinale terrible. Son chien et son chat, qui avaient profité de son indisposition pour ne laisser que le manche, avaient été surpris eux-mêmes subitement par la conservation dont ils s'étaient saturés, et posaient pour l'éternité dans l'attitude classique d'un chien et d'un chat en présence d'un gigot.

La commission enthousiasmée décerna une médaille à l'inventeur, jamais elle n'avait vu un chien, un chat et un manche de gigot si bien conservés.

— Depuis longtemps, on avait observé qu'il existait une profonde incompatibilité d'humeur entre les arbres du Palais-Royal et le gaz qui l'éclaire : ces pauvres arbres mouraient tous. Pour sauver la vie à la nouvelle génération qu'on vient de planter sur ce champ de bataille de la verdure, on a pris un grand parti, les tuyaux ont été renfermés dans une longue prison de pierres et de ciment, de sorte que ce mauvais coucheur, ce détestable voisin qu'on appelle le gaz, n'ira plus vagabonder à travers les mailles du terrain qu'il perfore sournoisement, n'ira plus asphyxier par les racines de pauvres arbres sans défense. C'est très-bien, j'applaudis de grand cœur aux mesures qui ont pour but de protéger cette malheureuse végétation que Paris bientôt ne possèdera plus que dans ses souvenirs, seulement cette réforme en a amené une autre infiniment moins heureuse.

Il existait au Palais-Royal environ cent soixante-dix bancs de pierre adossés aux arcades, qui ne gênaient personne. Ces bons vieux bancs, suffisant à peine pour la foule qui s'y pressait tous les soirs, viennent d'être enlevés et seront, dit-on, remplacés par quelques-uns en fer qu'on posera sous les arbres.

Au point de vue de l'hygiène, cette mesure est fâcheuse, la population laborieuse venait là se reposer gratis après une journée de travail, la mère de famille y conduisait ses enfants pour leur faire respirer un air un peu moins épais que celui de l'atelier ou de la mansarde; si on ne remplace pas les anciens bancs, cette population sera obligée de se priver de ce délassement si nécessaire à la santé des enfants, ou de grever son pauvre budget de la location d'une chaise.

. . . .

de notre opération ; elle est, au surplus, essentiellement temporaire ; sa durée est de 36 à 48 heures.

En résumé, nous venons d'initier nos confrères au maniement d'un mode de traitement bien simple et surtout bien efficace de la tumeur et de la fistule lacrymales ; ils nous en sauront gré, je n'ose pas le mettre en doute. Dans tous les cas, je réserve aux esprits les plus rebelles une dose suffisante de démonstration, dès que le temps me permettra d'ajouter aux faits que j'ai déjà publiés (1), les faits nouveaux que je possède, de manière à compléter les différentes communications adressées par moi à l'Académie des Sciences sur cette importante question de thérapeutique chirurgicale. — J'en ferai l'objet d'une monographie toute spéciale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du **14** *juillet* **1857.** — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Quinium. — L'ampliation d'un arrêté en date du 17 juin 1857, par lequel est approuvée l'insertion au *Codex* de la formule du *quinium* ou *extrait alcoolique de quinquina à la chaux*, proposée par M. LABARRAQUE.

Eaux minérales. — Deux rapports de MM. BERTRAND et PÉNISSAT, sur le service médical des Eaux minérales du *Mont-Dor* et de *Châteauneuf* (Puy-de-Dôme), pendant l'année 1855. (Commission des Eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Candidatures. — Une lettre de M. le professeur MOQUIN-TANDON et une lettre de M. le docteur HARDY, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui prient l'Académie de vouloir bien les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. (Renvoi à la section.)

Anesthésie. — Une note de M. BONNAFONT sur l'*emploi du chloroforme*.

— Une lettre de M. DUROY, pharmacien, contenant quelques documents rectificatifs à propos d'un *appareil à chloroforme* de son invention. (Renvoyé à M. Robert.)

(1) Voir *Gaz. des Hôp.*, 1856, n°s 95, 99, 127 et 134 ; et *Monit. des Hôp.*, n° 22, 1857.

— Une lettre de M. COLLONGUES sur la *dynamoscopie pendant l'éthérisation.*

Herpès tonsurant. — Une lettre de M. LETENNEUR, de Nantes, et une brochure intitulée : *Etudes cliniques sur l'herpès tonsurant,* par M. MALHERBE, suivies de réflexions sur ce sujet, par M. Letenneur. (Renvoyé à la Commission chargée d'examiner le travail lu à l'Académie par M. Reynal, dans une des dernières séances.)

Inhalation d'eaux minérales. — M. le docteur SALES-GIRONS adresse à l'Académie un mémoire contenant les premières observations cliniques, recueillies par lui dans la Salle de respiration nouvelle qu'il a fait instituer dans l'Etablissement des Eaux sulfureuses de Pierrefonds.

Nous avons annoncé, l'année dernière, le perfectionnement notable que notre confrère venait de réaliser dans ce mode d'administration médicale des Eaux minérales pour le traitement spécial des affections de poitrine.

Jusque-là, les Salles d'inhalation ne donnaient à respirer les Eaux qu'à l'état de vapeur, c'est-à-dire dépouillées des éléments médicamenteux fixes, lesquels doivent rester au fond des chaudières. M. Sales-Girons a pensé que, si au lieu de vaporiser l'eau, on pouvait les réduire en poussière dans l'aire d'une chambre, les malades trouveraient dans cette poussière, qui n'est que l'eau fragmentée ou finement divisée, les mêmes minéraux qu'à la source.

C'est au moyen d'un appareil des plus ingénieux qu'on est parvenu à Pierrefonds à poudroyer les eaux sulfureuses et à les rendre aussi parfaitement respirables que si elles étaient à l'état de vapeur.

L'auteur fait ressortir les autres avantages de son perfectionnement thérapeutique : ainsi, la Salle de respiration de Pierrefonds-les-Bains fonctionne à la température ordinaire, et les fenêtres en peuvent rester ouvertes durant la séance ; deux conditions précieuses quand il s'agit de malades de poitrine réunis.

— M. GAMA, ex-professeur-directeur du Val-de-Grâce, adresse une lettre dans laquelle il annonce l'envoi de vingt exemplaires d'une publication qu'il a fait paraître récemment et qui a pour titre : *Esquisse historique de Gutemberg.*

Forceps et céphalotribe. — M. DEPAUL, secrétaire annuel, soumet à l'examen de l'Académie un *forceps* et un *céphalotribe* nouveaux, de l'invention de M. Valette, chirurgien de l'hôpital de la Maternité à Lyon.

Les instruments que M. le docteur A. Valette fait présenter à l'Académie ont été construits d'après des modèles qui ont supporté l'épreuve clinique. Ces derniers présentaient des défectuosités qui ont disparu entre les mains habiles de M. Mathieu. Tels qu'ils étaient, ils ont donné à l'auteur des résultats fort remarquables, ceux qu'il présente, et qui ont reçu de M. Mathieu des perfectionnements notables, rendront infiniment plus simples certaines opérations obstétricales.

. . . .

— Le *Musée des Sciences* dit qu'on a fait dernièrement l'épreuve de vêtements hygiéniques incombustibles, au moyen desquels les pompiers pourront *impunément* demeurer, pendant un certain temps, au milieu d'un bâtiment incendié, exposé à l'action *directe des flammes, saisir à pleines mains et transporter au loin des objets incandescents ou embrasés.* Ces vêtements se composent de tissus métalliques de carton, d'amiante et de drap, rendus incombustibles par le borax, l'alun et le phosphate d'ammoniaque.

Voilà certainement une ingénieuse invention qui donnera à bien des gens le désir d'entrer dans les pompiers. Cependant, pour que cette précieuse découverte soit parfaite, il lui manque deux petites choses que je m'empresse de signaler à l'auteur, bien convaincu qu'il va les imaginer en un tour de main :

1° Il serait bon de joindre à chaque vêtement une paire de poumons incombustibles qui pourraient permettre au pompier de respirer avec facilité dans l'atmosphère de 4 à 500° centigrades des incendies ;

2° Il ne serait pas mauvais d'imaginer une solution dans laquelle on tremperait le pompier avant de le vêtir pour le rendre lui-même incombustible, car, sans cette petite précaution, il courrait le risque, au lieu d'être grillé ou rôti, de se trouver cuit à point dans ses vêtements comme une côtelette en papillotte. L'invention constitue un progrès évident à ce point de vue ; cependant, si j'étais pompier, je déclare que je le trouverais insuffisant.

. . . .

. . . .

— M. Gaimard, l'intrépide voyageur dont la spécialité est de faire le tour du monde, disait à l'Institut à mon ami L...., bien connu dans ce temple de la science pour sa verve caustique :

— Je lisais hier dans le journal, qu'on avait trouvé une face-à-main en or, rue Vivienne ; vous qui connaissez tout, dites-moi donc ce que cela peut être ? (En ce moment, passait M. X...., membre de l'Institut, qui jouit de l'antipathie de tous ceux qui ne le connaissent pas, et de la malveillance de tous ceux qui le connaissent.)

— Comment ! vous ne savez pas ce que c'est qu'une face-à-main ?

— Ma foi, non !

(Désignant M. X....) — Tenez, en voilà une qui passe.

. . . .

(*Estafette.*) Dr JOULIN.

Forceps. — Il n'est parlé ici du forceps que parce qu'il a été le point de départ de l'auteur dans ses recherches sur la céphalotripsie, et parce qu'il existe entre lui et le céphalotribe une certaine analogie de forme, présente réunis tous les avantages qu'il a cru reconnaître aux principaux forceps connus; ainsi les cuillers ont les courbures adoptées comme les meilleures par les principaux accoucheurs de notre époque. Les branches s'articulent par leur extrémité libre, c'est le principe d'articulation du forceps de Thenonce. Seulement le mécanisme du forceps de l'auteur est différent; en outre, il présente pour maintenir les branches serrées une espèce d'anneau à coulisse. Cette disposition fait disparaître un des inconvénients reprochés, avec raison, au forceps de l'accoucheur plus haut nommé.

En résumé : 1° L'introduction de ce forceps est très-facile;

2° On peut indiféremment commencer par l'une ou l'autre branche;

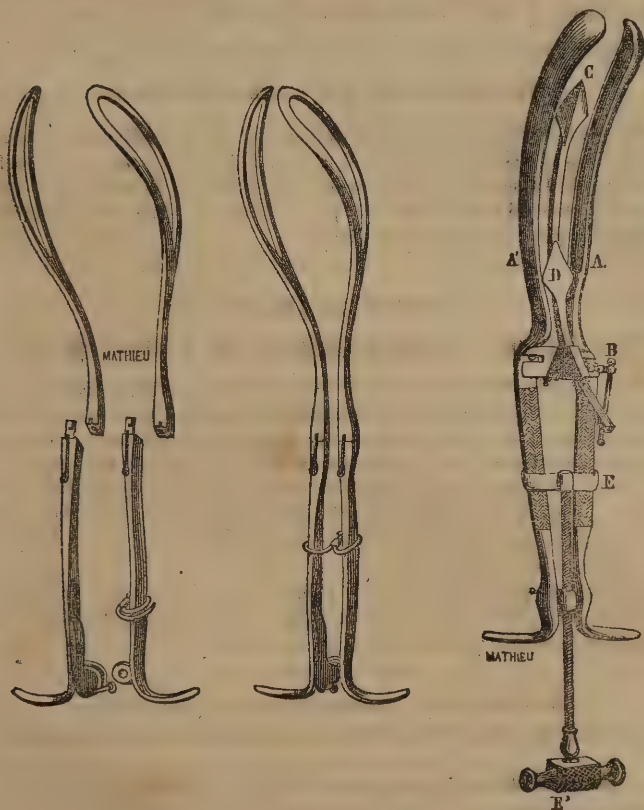
3° La présence d'une branche ne peut, dans aucun cas, gêner pour l'introduction de l'autre;

4° Il s'articule avec une grande facilité, les inconvénients qu'entraîne quelquefois la nécessité de croiser les branches sont complétement écartés;

5° Enfin, M. Mathieu, en appliquant aux branches de ce forceps son articulateur à baïonnette, en a fait un instrument plus portatif, c'est un avantage que quelques praticiens pourront appécier; dans tous les cas, on peut, suivant ses goûts, choisir entre un forceps à branche solide ou un forceps à branche brisée.

Céphalotribe. — Le céphalotribe perforateur qui accompagne le forceps est construit d'après les mêmes principes que lui, les branches présentent toutefois une forme et des proportions appropriées à leur destination. Les branches de cet instrument s'articulent par leur extrémité libre comme pour le forceps, quand elles sont réunies, elles peuvent être rapprochées énergiquement au moyen de la vis B qui pousse le coulant D. M. Mathieu a appliqué là un mécanisme qui se retrouve sur plusieurs de ses instruments; il est fort simple, l'expérience lui a démontré qu'il agissait avec une très-grande puissance.

La seconde pièce de l'instrument est le perce-crâne A. Il se compose d'une longue tige courbe, terminée en fer de lance; la partie postérieure de la tige présente des dents d'engrenage qui correspondent à celles d'une roue à pignon mise en mouvement par une manivelle. Ce perce-crâne peut être placé et fixé très-rapidement sur le céphalotribe, il peut être enlevé avec la même rapidité. Il suffit de jeter les yeux sur cet instrument pour reconnaître qu'il présente les avantages suivants :



1° Il est aussi facile à manier qu'un forceps;

2° Son introduction est bien plus facile que celle d'un céphalotribe à branches croisées, circonstance importante, car chez les femmes à bassin vicié, les cuisses ne peuvent souvent s'écarter beaucoup et elles gênent l'opérateur;

3° Le perce-crâne remplace avec avantage les ciseaux de Smellée, avec lesquels, lorsque la tête est haute, on est exposé à blesser l'utérus;

4° Les choses sont combinées de façon à ce que les organes de la mère ne puissent être intéressés;

5° L'écrasement de la tête se fait avec plus de facilité qu'avec le céphalotribe ordinaire, l'opération, en un mot, est rendue plus simple et plus sûre.

L'auteur se contente pour aujourd'hui de cette description succinte, dans quelque temps, il adressera à l'Académie un travail dans lequel seront exposés les faits qu'il a déjà recueillis, et ceux qu'il lui sera donné d'observer d'ici là; il espère démontrer que les avantages de ses instruments ont une certaine importance.

RAPPORT.

Dyssenterie. — M. Piorry donne lecture, en son nom et au nom de MM. Bally et Jolly, d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Hamon, de Fresnay (Sarthe); ce mémoire a pour titre : *De la dyssenterie et de son traitement par le sulfate d'alumine et de potasse en lavements.*

C'est dans les deux cantons d'Ecomoy et Saint-Pather (Sarthe), qu'en 1854-1855. M. le docteur Hamon a observé deux épidémies de dyssenterie. Il les a combattues par un traitement particulier, et il a recueilli plus de 300 observations.

M. Hamon, qui voit dans la dyssenterie une phlegmonie spécifique du gros intestin, indique la marche qu'elle a suivie dans le département, et signale, parmi ses causes productrices : la misère, les privations de toutes sortes et *surtout l'encombrement.*

Il établit dans la série d'accidents rapportés à la dyssenterie :

1° Une catégorie de phénomènes dus à un principe infectieux qu'il considère comme analogue, dans ses effets, aux virus de la variole, de la rougeole et de la scarlatine;

2° Une affection locale existant dans le gros intestin,

3° Une altération du sang qui, seule, suivant lui, explique les troubles fonctionnels observés.

M. le docteur Hamon admet que la maladie qu'il a observée a présenté des caractères, tantôt franchement phlegmasiques, tantôt typhoïdes, tantôt phlogotyphoïdes ou mixtes.

Des évacuations muqueuses et sanguinolentes ont été les caractères pathognomoniques de la dyssenterie observée. Ces selles, parfois vertes, ont contenu dans quelques cas des masses stercorales; plus tard, les matières évacuées sont devenues blanchâtres et ont semblé constituées par des débris de membrane muqueuse. Leur fétidité était extrême, et le nombre des selles a varié depuis cinq ou six jusqu'à deux cents. La gravité du mal, qui n'était pas toujours en rapport avec le nombre de ces évacuations, était surtout portée très loin lorsque les selles devenaient involontaires.

Un ténesme très-pénible était dû à la congestion qui avait lieu dans la dernière portion de l'intestin, et ce ténesme était parfois suivi de l'apparition d'hémorrhoïdes et d'épreintes vésicales cruelles. Des douleurs abdominales étaient exaspérées par un très-léger attouchement, et il était facile de limiter, par la pression avec le doigt, l'espace où elles existaient. On les rencontrait dans cet ordre de fréquence : l'iliaque, le cœcum, le colon transverse, l'ombilic, l'hypogastre. Le plessimétrisme, dit M. le docteur Hamon, permettait de constater une abondante accumulation de matières liquides et de gaz dans les diverses parties du gros intestin. Les caractères de sonorité et de matité variaient d'un instant à l'autre, en raison des conditions physiques que présentaient les corps liquides ou gazeux que les intestins venaient à contenir successivement.

Le pouls, de 100 à 120 au début, baissait souvent vers le cinquième ou sixième jour à 70 ou 80. Les vomissements étaient rares. Six femmes enceintes et atteintes de dyssenterie ont accouché avant terme, et n'en ont pas moins guéri. Des aliments donnés trop tôt, et surtout l'usage du vin, empiriquement administré, ont eu souvent des effets funestes.

La marche du mal a été aiguë. Dans les cas heureux, c'est après une douzaine de jours de traitement que la convalescence s'est déclarée. Sur certains vieillards, une couche diphtéritique s'est prononcée sur la voûte palatine, le voile du palais et ses piliers.

M. le docteur Hamon affirme que les résultats des évacuations sanguines, dans les cas qu'il a observés, ont été en général mauvais, tandis que ceux des vomitifs et des purgatifs ont été satisfaisants.

Les narcotiques n'agissaient que comme palliatifs, et, suivant M. Hamon, c'était spécialement à la médecine substitutive qu'il était le plus utile d'avoir recours.

C'est cette méthode que M. le docteur Hamon a cherché à mettre en pratique dans les médications suivantes :

Un premier malade fut traité par la solution de 25 grammes de savon et de 15 grammes de chlorure de sodium en lavement, pris deux fois par jour : la marche de la maladie parut être enrayée.

M. Hamon eut ensuite recours au sulfate d'alumine et de potasse administré en injections dans le rectum. La dose de ce médicament, jusqu'à l'âge de dix ans, fut portée de 1 à 3 grammes, tandis que pour l'adulte, elle s'éleva à 4 et 8 grammes.

L'auteur donne le conseil de faire coucher les malades, après l'administration du lavement, sur le ventre ou sur le côté droit. Il attribue à l'alun d'exercer une action éminemment astrigente, irritante et désinfectante. Ce médicament rend inodores et non septiques les selles les plus infectes.

Lorsque la maladie est prise à son début, quelques lavements albumineux suffisent, suivant M. Hamon, pour l'enrayer dans sa marche, et il en arrive ainsi, à moins qu'il n'y ait une trop grande condensation de l'élément septicémique.

Les résultats de ce traitement ont été très-satisfaisants. Trente-cinq malades, habitant le plus pauvre quartier d'une commune voisine de Fresnay, ayant été soumis à cette médication, se sont trouvés promptement soulagés et assez rapidement guéris. Dans une autre commune, sur quarante malades, deux vieillards seulement ont succombé.

M. Piorry, en terminant son rapport, propose de remercier M. Hamon de sa communication, et de renvoyer son travail au Comité de publication, pour qu'il en tire le parti qu'il jugera convenable.

Ces conclusions sont adoptées.

DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE.

M. Devergie se plaint d'abord de ce que la discussion soulevée par la lecture de la note ait reposé en grande partie sur une fausse interprétation de ses opinions. C'est en vain que dans la séance suivante il réclama ; déjà il n'était plus temps, on avait admis l'interprétation de M. Velpeau, et pendant cinq semaines, on discuta des opinions qui n'étaient pas les siennes.

L'orateur s'attache ensuite à rétablir le véritable sens qu'il avait donné à ses paroles, relativement à l'asphyxie ; M. Devergie n'a pas fait jouer à cet accident un rôle aussi important qu'on l'avait dit ; il rappelle six passages de sa note dans lesquels il parle de l'asphyxie, sans attribuer à cet accident une plus grande influence qu'il n'en a dans l'anesthésie.

Dans la seconde partie de son argumentation, M. Devergie cherche à combattre les raisons qui ont été opposées à l'adoption des appareils pour la chloroformisation ; après avoir discuté les différentes opinions émises par les orateurs qui se sont succédés à la tribune, M. Devergie insiste de nouveau sur sa première proposition : l'emploi de ces appareils pour mettre à couvert la responsabilité du praticien devant les tribunaux.

Nous publierons textuellement, du reste, le discours de M. Devergie.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Les Culottières, cette gazette de tant de style, d'esprit et de bon goût a, comme vous nous l'avez déjà dévoilé, un feuilletoniste scientifique — scientifique!?!?!? — mais oui, scientifique, et qui continue Buffon, on peut le dire, avec un certain éclat. L'autre jour, il racontait les infortunes phsychologiques d'un pigeon qui avait des hallucinations érotico-sentimentales. Dans son dernier feuilleton scientifique — scientifique!?!?!? — mais oui, scientifique, il épie les mystères d'alcôve des araignées avec une indiscrétion qui rappelle la conduite peu délicate de feu Actéon à l'égard de madame Diane.

Ma surprise aurait été médiocre si, un beau jour, on m'eût appris que l'auteur de ces coupables investigations s'est trouvé, non pas changé en cerf, mais bien dévoré par les araignées ; heureusement pour lui, il a terminé sa tartine en déclarant, avec une loyauté chevaleresque, que la vertu de ces délicieux insectes est à l'abri de la médisance, les araignées étant hermaphrodites.

Depuis longtemps, des gens malintentionnés faisaient courir le bruit que les loups se nourrissaient de Chaperons rouges, d'enfants mal élevés, et même de moutons, quand la marmaille faisait défaut. C'est une de ces abominables calomnies qui assassinent la réputation d'un animal honnête et sans défense ; le loup est incapable de se livrer à de pareils excès. Si vous êtes curieux de connaître les aliments que consomme ce quadrupède méconnu, vous pouvez interroger le feuilletoniste scientifique — scientifique!?!?!? — mais oui, scientifique, — *des Culottières*, qui continue avec tant d'éclat M. de Buffon, car c'est lui qui déclare, SÉRIEUSEMENT, que le loup se....

SE NOURRIT DE HANNETONS!!!

Oh! divin feuilletoniste! dis-nous, je t'en conjure, à quelle sauce il les mange.

Et dire que cette histoire naturelle, aussi neuve que ravissante, ne coûte que 30 francs par an aux abonnés naïfs, et 10 francs par an aux abonnés malins.

Veuillez agréer, etc. JULES TARDIVEAU.

P. S. Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur, de vous remercier du bienveillant accueil que vous avez fait à ma première bluette. J'aurai l'honneur de vous en fournir de temps à autre, si vous ne les trouvez pas trop indignes de votre spirituel journal. — J. T.

Accepté, l'esprit est toujours bien reçu chez nous.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Recherches statistiques et scientifiques sur les maladies des diverses professions du chemin de fer, par le docteur C. DEVILLIERS, ancien chef de clinique de la Faculté, médecin en chef du chemin de fer de Lyon. — Brochure in-8° de 128 pages (Paris, 1857). — Chez LABÉ, libraire de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

MONOGRAPHIE

THÉRAPEUTIQUE ET PHARMACOLOGIQUE DE L'IODURE DE FER

Comprenant quelques considérations sur la *médication iodée* en général, et sur l'*huile de foie de morue ;* un *Bulletin bibliographique* de tous les travaux médicaux et pharmaceutiques sur l'iode et ses composés ; et de nombreuses observations sur l'application de l'iodure de fer au traitement de la *chlorose*, de l'*anémie*, de l'*aménorrhée*, des *flueurs blanches*, des *écoulements blancs, simples* ou *spécifiques*, de la *scrofule*, de la *phthisie pulmonaire*, des *tumeurs blanches*, de la *carie*, de l'*ophthalmie lymphatique*, de la *dyspepsie*, du *cancer*, etc. ;

Par F. GILLE, pharmacien à Paris, ancien pharmacien interne des hôpitaux civils de Paris, membre de la Société d'émulation, inventeur des *dragées*, de l'*huile* et du *sirop* de *proto-iodure de fer inaltérable*.

Prix : 4 fr. 50 c.

A Paris, chez l'Auteur, rue de Sèvres, 56 ;

Chez LABE, libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École-de-Médecine.

Cet ouvrage est délivré *gratuitement* au bureau du journal, à tous les abonnés du *Moniteur des Hôpitaux*. MM. les abonnés de province qui voudraient le recevoir *franco* par la poste, n'auront qu'à en faire la demande par lettre affranchie, accompagnée d'un bon de UN FRANC ou de timbres-poste pour la même somme.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 91. 5e année. Jeudi 30 Juillet 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.

RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois.. . . . 7 fr. 6 mois.. . . . 12 fr. 1 an.. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

De l'exfoliation pathologique de la membrane muqueuse de la cavité utérine,

Par le Dr Raciborski,

Ancien chef de clinique de la Faculté.

(SUITE ET FIN. Voir les nos 81, 82, 83, 84 et 89.)

Symptomatologie. — Indications thérapeutiques. L'expulsion de la caduque étant une issue toute naturelle d'un avortement au bout de quelques jours de conception, est accompagnée des symptômes ordinaires d'une fausse couche. Quelques jours de repos au lit, des lotions ou des injections calmantes, des boissons légèrement diurétiques, suivies d'une purgation, surtout s'il y avait un peu de gonflement des seins à la suite, telle est la principale médication que réclame la position d'une femme qui aurait rendu des poches caduques au milieu d'une hémorrhagie.

Les indications ne prennent, dans cette circonstance, de caractère vraiment spécial, que lorsqu'on peut présumer que la caduque, déjà exfoliée en grande partie, continue à être renfermée dans la cavité de la matrice. Si une femme, après une aménorrhée de six semaines ou deux mois, éprouve tout d'un coup une perte, que l'hémorrhagie revienne sans cesse et se prolonge pendant plusieurs semaines ou même des mois, on sera en droit d'avoir cette présomption. La probabilité deviendra encore plus grande si la malade avait fait auparavant de fausses couches, ou avait eu déjà à une autre époque des métrorrhagies prolongées, accompagnées de l'expulsion des caillots.

Le cathétérisme utérin pourra être dans cette circonstance d'une grande utilité. Une sonde introduite avec douceur dans la cavité utérine ne tardera pas le plus souvent à faire distinguer la nature du corps renfermé. S'il s'agit de la caduque, la sonde pénétrera facilement dans sa cavité sans éprouver de résistance et sans donner lieu à un écoulement de liquide. Elle pourra ainsi s'engager à environ 80 à 90 millimètres de profondeur. D'un autre côté, les mouvements latéraux de la sonde seront assez libres; son extrémité pourra même quelquefois faire constater la mollesse du corps renfermé en se rapprochant des parois de l'utérus.

Quand les mêmes accidents seraient occasionnés par la présence d'un ancien caillot de sang, la sonde aurait le plus souvent un accès difficile dans la cavité utérine, qui en est presque entièrement obstruée. La pression ferait d'ailleurs

---

FEUILLETON.

Philosophie médicale

A PROPOS DU SPIRITUALISME DU DOCTEUR PIDOUX.

(Suite. Voir le n° 89.)

OBSCURITÉS ET INUTILITÉ DE LA MÉTAPHYSIQUE.

Quelques travers de la philosophie transcendentale (*suite*).

II. Nous avons fait voir les imperfections du jargon métaphysique et montré l'impossibilité de s'en servir; nous nous abstiendrons aussi d'une forme de logique qui est naturelle chez un cartésien aussi pur que M. Pidoux, et qui consiste à puiser dans l'intention ses convictions et par suite la preuve même de leur vérité. On sait, en effet, que pour Descartes, le *critérium* de la certitude, « c'est qu'elle se présente si clairement et si distinctement à *son* esprit qu'il ne puisse la mettre en doute(1). » Le savant médecin de Lariboisière est évidemment pénétré de ce précieux principe, et il use, abuse, peut-être à l'exemple du Maître, de ce commode critérium. Les *vérités* métaphysiques dont il est frappé, il les affirme avec une chaleur qui prouve parfaitement la netteté de ses visions intérieures, et il ne s'embarrasse guère de donner d'autres et plus vulgaires démonstrations. Ainsi, nous avons cherché curieusement dans son travail les preuves des idées innées, étant encore à cet égard dans un doute cartésien, sans nul préjugé et dans l'état le plus favorable pour accepter l'établissement d'une vérité. Nous déclarons n'avoir pu rencontrer la démonstration de cette intéressante question, qui paraît être l'idée prédominante de l'auteur, et qu'il tient comme si importante, qu'il y revient à chaque instant, mais toujours sous forme de simple affirmation : —La source de nos idées est notre esprit; — elles forment notre esprit même; « *le fait est l'idée réalisée au dehors ;* » — « nous ne voyons le non moi que dans le moi. » — Cela est évident, — le contraire est inintelligible, absurde, etc. M. Pidoux se disant spiritualiste, se défendant d'être idéaliste, on peut s'étonner de ces phrases et de certaines autres de même nature qui relèvent de Schelling, c'est-à-dire de l'idéalisme le plus pur — et le plus obscur. M. Pidoux s'écriera que c'est notre esprit qui est obscur, soit « par faiblesse native et féminine, » soit « parce qu'il est englouti dans les choses sensibles, » car lui, il voit clairement! Est-ce que les idées ne seraient pas innées pour tout le monde au même degré? Notre interrogation n'est nullement ironique. *Natura non facit saltus.* L'intuition, que

(1) Descartes, *Sur la méthode.*

éprouver une sensation de résistance et même de dureté. La présence d'un faux germe entouré d'un caillot de sang ne serait pas si facile à distinguer d'une simple concrétion sanguine ancienne. Cependant, en pressant un peu avec l'extrémité de la sonde, on aurait la chance de percer les enveloppes de l'œuf et provoquer l'écoulement du liquide contenu, ce qui jetterait de suite du jour sur le diagnostic différentiel. Chacun de ces états pathologiques réclame d'ailleurs la même indication thérapeutique, qui consiste à débarrasser le plus tôt possible la matrice du corps emprisonné dans sa cavité.

L'expérience a prouvé qu'il ne faut pas compter, dans ce cas particulier, sur les moyens qui réussissent ordinairement à provoquer des contractions utérines pendant le travail de l'accouchement. Les préparations de l'ergot, de même que les douches prolongées sur le col de l'utérus sont, le plus souvent, inefficaces. Récamier eut le premier l'idée d'attaquer certains corps renfermés dans la cavité de l'utérus à l'aide d'une *curette*, et plusieurs fois, on a vu ainsi guérir des hémorrhagies rebelles, après avoir extrait plus ou moins de parcelles organiques ressemblant à des granulations, que le microscope avait reconnues pour des éléments de la muqueuse utérine. Mais malheureusement, il n'en a pas été toujours de même, et on a vu même des exemples où, à force de manœuvrer avec cet instrument, on a fini par percer les parois de l'utérus (1). Si jusqu'à présent cet accident n'a pas eu de suites fâcheuses, il pourrait très-bien ne pas en être de même toujours.

Il y a longtemps déjà, qu'ayant présent à l'esprit l'état de la pièce anatomique décrite dans notre dernière observation, nos idées s'étaient portées vers les injections dans la cavité utérine. Nous avons pensé, après quelques expériences faites préalablement pour nous convaincre de l'innocuité de ce moyen, que les injections pratiquées avec une certaine énergie dans la cavité utérine, pouvaient seules triompher des nombreuses adhérences par lesquelles les corps renfermés dans la cavité utérine tiennent ordinairement aux parois de l'utérus ; qu'elles seules pouvaient briser, l'un après l'autre, tous les filaments d'attache et achever ainsi l'exfoliation de la caduque, restée jusqu'alors incomplète. Il y a quatre ans, nous avons trouvé, pour la première fois, l'occasion d'appliquer cette idée à la pratique, et le résultat a été on ne peut plus satisfaisant.

Une femme de 32 ans, bien portante habituellement, mère de deux enfants, avait fait une fausse couche deux ans auparavant, après deux mois de grossesse. Au moment de notre visite, elle était affligée d'une perte, datant depuis trois mois, qui s'était déclarée après un retard de six semaines dans les règles. La malade, ignorant complétement si elle était enceinte ou non, n'avait pas porté assez d'attention sur les corps expulsés du vagin au milieu de la métrorrhagie; elle nous assura néanmoins avoir rendu de gros caillots à plusieurs reprises. La cavité de l'utérus paraissait assez libre; la sonde y pénétrait facilement à une profondeur de 82 millimètres, ce qui indiquait évidemment une dilatation anomale. Le seigle ergoté, administré à trois reprises, semblait plutôt augmenter chaque fois la perte. Nous nous décidâmes, par conséquent, à pratiquer l'injection dans la cavité de la matrice. Une sonde en gomme élastique, coupée perpendiculairement à ses deux extrémités, fut introduite, à l'aide d'un spéculum, au fond de la cavité utérine, et maintenue en place avec la main gauche. Une bouteille en caoutchouc, munie d'une canule à robinet, remplie d'eau tiède aussi exactement que possible, fut ensuite adaptée à l'extrémité libre de la sonde, et tandis que nous soutenions la canule dans la sonde à l'aide de deux doigts de la main gauche, nous saisissions à pleine main la bouteille avec la main droite pour exercer une légère pression. Un peu d'eau avait pénétré immédiatement dans la cavité utérine avec un certain bruit de gargouillement provenant du mélange d'air, et l'on voyait même des bulles d'air avec une petite quantité de liquide s'écouler par l'ouverture du col. Cependant, bientôt, il a fallu augmenter beaucoup la pression pour faire pénétrer le liquide. Quoi qu'il en soit, nous avons vidé au moins la moitié de la bouteille de moyenne grandeur. Chose remarquable, le liquide injecté ne ressortait plus par l'ouverture du col, et l'on sentait l'utérus gonflé dans l'hypogastre. La malade n'avait éprouvé qu'une sorte de chatouillement avec un sentiment de gonflement dans le bas-ventre ; quelques minutes plus tard, s'étant mise à genoux pour s'arranger, nous vîmes partir le liquide par un fort jet, comme si, à son tour, il avait été exprimé avec force par la matrice. Il devenait évident que l'injection avait distendu la cavité utérine au delà de ses dimensions ordinaires, ce qui a dû contribuer à briser d'anciennes adhérences. Le jet du liquide indiquait d'ailleurs, que nous avions réussi à exciter les contractions utérines. Nous avons prescrit le séjour au lit. Dans la soirée, la perte avait de nouveau augmenté ; dans la nuit, la malade a ressenti beaucoup de coliques et a rendu plusieurs gros caillots, parmi lesquels dut se trouver le corps renfermé dans la cavité utérine ; mais malheureusement, on avait oublié d'en garder. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'à partir de ce moment la métrorrhagie avait pris des proportions des lochies, et que quatre à cinq jours plus tard, elle était déjà complétement et définitivement arrêtée. Tout porte à croire que si on avait songé à appliquer ce procédé chez la malade de l'observation X,

(1) *Voir* notre travail : *Du rôle de la menstruation dans la pathologie et la thérapeutique*, 1856, p. 43.

---

les cartésiens regardent comme la manifestation des idées innées (1), ne se rapproche-t-elle pas beaucoup des manifestations instinctives de *nos frères inférieurs*, comme dit Michelet. J'avoue, et sans nulle malice, que je serai plus porté à admettre l'idée innée chez l'animal qui, spontanément, sait presque tout ce qu'il lui faut savoir, tandis que l'homme, notamment le baconnien, doit tout apprendre, tout expérimenter, ne devine rien du tout.

Un moment nous avons cru être arrivé à la démonstration des idées innées :

« Une grande preuve que.... notre esprit porte en lui la raison des « choses.... c'est que toujours les sciences ont été renouvelées après « un puissant retour de la pensée à elle-même, quand l'esprit hu- « main, entraîné par un puissant penseur, a été obligé de regarder « fortement en soi. On voit bientôt refleurir *d'abord* les deux sciences « de la pensée pure : la métaphysique et les mathématiques, *puis*, « comme des rameaux naissant du tronc, les autres branches des « connaissances.... Bacon avait beau préconiser l'observation, si « Descartes... n'avait contraint l'esprit à trouver en lui.... etc. (2). »

A quoi se réduit cette « grande preuve » que nous promettait l'écrivain? A une affirmation et à une négation : ce n'est pas Bacon, c'est Descartes qui est la cause de la renaissance scientifique ! Et pourtant, *avant* Descartes, avant Bacon lui-même, Copernic, Képler, Galilée, Toricelli, Harvey, avaient vigoureusement commencé la réforme, non par la métaphysique, mais par l'observation des faits extérieurs (1). Non ! c'est s'abuser que de croire que Bacon et Descartes soient les auteurs de ce grand mouvement des esprits, qui se prépare plus d'un siècle avant eux et qui est dans toute sa vigueur au moment même où ils écrivent. Loin d'en être les auteurs, ils en sont sortis, et à leur tour ils l'ont aidé, accéléré.

Le vaniteux chancelier lui-même n'a pas d'autre ambition; il sait que de son temps déjà la méthode de l'observation a été inaugurée, il ne prétend en être que « le trompette, le hérault : » la vraie méthode a présidé à telles découvertes particulières, mais Bacon veut

(1) *Voir* Descartes, *Règl. pour la direc. de l'esprit.*

(2) Pidoux, *Union méd.*, n° 33.

(1) Pour être juste, il faut ajouter que le XV[e] siècle avait vaillamment préparé ce grand mouvement. Sylvius, Vésale, Fallope, Eustache, Fabrizio d'Aquapendente, Botal, Varole, etc., pour l'anatomie ; Servet, Césalpin, etc., pour la physiologie ; un autre Césalpin, Gessner, Bernard Palissy, etc., pour l'histoire naturelle ; Frascator, Stevin, Porta, Gilbert, etc., pour la physique; Copernic, Tycho-Brahé..., pour l'astronomie. Pendant que les savants *observent*, les voyageurs *explorent* la terre ; on crée des jardins botaniques. Vésale, Paracelse, Argentier, donnent l'exemple de la révolte contre Aristote, Galien et la méthode syllogistique.

on aurait provoqué l'expulsion de la caduque beaucoup plus tôt, et qu'on lui aurait épargné des pertes excessives de sang, qui n'ont pu avoir qu'une très-fâcheuse influence sur la santé. Ayant l'intention de nous occuper plus spécialement, dans un autre travail, des injections utérines, nous reviendrons sur cet intéressant sujet.

Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur les différents sujets traités dans ce travail, nous voyons que tous s'enchaînent et ont pour point de départ l'exfoliation physiologique de la muqueuse utérine, destinée à transformer cette membrane en caduque ou le *nidamentum* de l'espèce humaine. Cette fonction, méconnue pendant longtemps, ne peut plus être l'objet de doute, et l'on peut étudier tous ses rouages en examinant avec soin l'intérieur de l'utérus peu de jours après la fécondation, pendant la grossesse et immédiatement après l'accouchement. Nous avons le premier démontré qu'on n'observe rien de semblable chez les animaux domestiques et que cette fonction paraît spécialement dévolue à la matrice de la femme.

D'un autre côté, nous avons vu, que de même que cela se voit dans d'autres fonctions, l'exfoliation de la muqueuse utérine pouvait être troublée accidentellement, être arrêtée dans ses évolutions et devenir une source d'embarras pour l'économie. Ce qui était le résultat normal d'une fonction devient alors le germe d'un état pathologique qui, à son tour, peut ne pas suivre toujours la même marche, et qu'il faut s'appliquer à reconnaître sous ses différentes formes. Nous avons étudié cet état depuis ses formes les plus simples, qui avaient été considérées pendant longtemps comme des concrétions sanguines, jusqu'aux degrés les plus compliqués où il y a eu une certaine ressemblance avec les polypes.

Enfin, après avoir examiné de plus près la plupart des faits de ce genre connus dans la science, nous avons émis cette idée que les produits anatomiques considérés généralement, depuis les travaux du docteur Simpson, comme le résultat d'une exfoliation pathologique de la muqueuse utérine consécutive à quelque affection de l'utérus, pourraient n'être autre chose que des caractères anatomiques d'un avortement après quelques jours de conception. Ceux qui liront notre travail avec attention reconnaîtront, nous aimons à le croire, que loin d'être hasardée, cette opinion a pour elle des faits et des considérations d'une grande importance; si d'autres trouvent cette opinion trop hardie, à cause de son caractère d'opposition avec les idées dominantes là-dessus, nous leur ferons observer, avec Dutrochet, que « l'autorité des grands noms peut quelquefois être un obstacle aux progrès des sciences (1), » et que nulle part peut-être, on n'a besoin de tant de hardiesse que dans les sciences où, à chaque pas que l'on fait en recherchant la vérité, on est exposé de se heurter contre des noms considérables, dont l'autorité commande le respect. Dans les sciences, le respect de la vérité doit dominer tout le reste. L'autorité des noms nous conseille néanmoins, dans cette circonstance, de la prudence; aussi n'émettons-nous notre opinion que sous toutes réserves; les recherches ultérieures d'autres observateurs plus habiles et plus heureusement placés que nous, pouvant seules juger définitivement cette question. Si notre manière de voir se trouve confirmée par d'autres faits observés en assez grand nombre, elle ne manquera pas de passer quand même. Si l'avenir prouve, au contraire, que nous avons été dans l'erreur, nous serons le premier à nous incliner respectueusement devant l'autorité des faits, et à nous méfier encore davantage des opinions, même les plus plausibles.

(1) *Recherches sur les enveloppes du fœtus.*

OBSTÉTRIQUE CLINIQUE.

Sur une modification apportée à la méthode des douches utérines pour provoquer l'accouchement,

Par M. Devilliers, ancien chef de clinique d'accouchements.

(*Communiqué à l'Académie de Médecine.*)

L'observation suivante me paraît propre à démontrer l'efficacité d'une modification que j'ai apportée à la méthode des douches utérines employées depuis plusieurs années en Allemagne par Kiwisch, et en France par le professeur P. Dubois, pour provoquer le travail de l'accouchement dans les cas où il est nécessaire de le faire avant le terme de la grossesse.

Mme X...., âgée de 24 ans, petite de taille, ayant les extrémités inférieures déformées par le rachitisme (incurvation antérieure des fémurs), avait dû subir, lors de son premier accouchement, une opération douloureuse d'embryotomie. Appelé auprès d'elle 60 heures après l'apparition des premières douleurs, je n'avais pas tardé à reconnaître un rétrécissement du diamètre sous-pubien porté à 8 centimètres environ. L'enfant était mort, et je dus terminer l'accouchement par l'application du céphalotribe, qui eut des suites heureuses pour la mère. Le fœtus était volumineux, car le mari de Mme X.... est grand et robuste.

Cette dame redevint enceinte après l'époque menstruelle, qui se terminait le 5 novembre 1856, et, fidèle à mes recommandations, elle me fit bientôt part de sa grossesse, qui du reste fut normale.

---

faire « une grande lumière qui éclaire tout l'édifice : » on ne saurait avoir une idée plus nette de son rôle.

D'un autre côté, la première publication de Descartes (1837) n'apparaît que plus de trente ans après celle de Bacon (1605 et 1606).

La plupart des grandes découvertes du XVIIe siècle, sauf celles dues à Newton, sont faites ou se font quand Descartes fait paraître son discours sur la méthode. On voit donc que « la grande et saisissante preuve » promise par M. Pidoux se réduit (selon sa coutume) à une simple affirmation que l'histoire contredit de la manière la plus formelle.

La force de M. Pidoux n'est donc pas dans la démonstration, moins encore dans l'ordre des déductions ; elle est dans la netteté de son intention et dans l'énergie de sa conviction ; il prouve faiblement, mais il affirme avec force, en variant son expression toujours colorée et empreinte de l'ardeur du croyant.

C'est parce que nous savons que ces affirmations, partant d'un savant reconnu tel que lui, ont pour beaucoup de lecteurs une valeur que les nôtres ne sauraient avoir, que nous devons bannir de notre travail cette forme affirmative *à priori*. Nous n'admettons pas notre intention, même claire et nette, comme une démonstration : tout ce qui ne peut être établi comme un fait ou comme légitime conséquence des faits, reste pour nous au rang des choses douteuses.

Sans doute, le lecteur n'est pas dupe de la légèreté apparente avec laquelle nous tranchons cette question des notions admissibles ou non. Mais il serait déplacé de faire ici un cours de philosophie. Rappelons seulement que c'est *entre* les vérités rigoureusement démontrées, telles que les propositions de géométrie, et les notions tout à fait incertaines, telles que les idées innées, que sont comprises et *échelonnées* toutes nos connaissances ; c'est dire que le degré de certitude qu'elles nous offrent et qu'elles parcourent toutes les nuances du *probable* et du *possible*, sans qu'il soit donné de pouvoir déterminer, comme limite générale, où est la probabilité suffisante pour entraîner l'adhésion, et où commence la probabilité insuffisante qui légitime le doute (1)?

(1) Cette indétermination est une des difficultés les plus sérieuses et le germe de discorde le plus invincible de l'esprit humain. Comment accorder M. Bouillaud, qui a le bonheur de trouver en médecine une masse énorme de certitude, avec M. Louis, qui a le malheur de n'en trouver aucune? Toutes les fois pourtant que la probabilité est mathématique, c'est-à-dire peut s'exprimer par un chiffre, on pourrait s'accorder à accepter une limite artificielle, ainsi que le propose M. Poisson dans son bel ouvrage sur la probabilité des jugements. Mais le plus grand nombre de nos probabilités même scientifiques ne peut être déterminé (Cournot, *Essai sur les fondem. de nos conn.*, ch. IV). De là l'incertitude du point où doit s'arrêter l'adhésion, nous ne voyons d'autre remède à cette incertitude que celui, fort peu scientifique il est vrai, qui résulte de la majorité des opi-

J'avais fixé au 10 juin suivant, c'est-à-dire après le septième mois accompli, l'époque où il serait nécessaire de provoquer l'accouchement.

Pendant les jours qui précédèrent cette date, Mme X.... fut mise à l'usage d'un régime rafraîchissant, d'un laxatif et de bains.

Le *10 juin*, à onze heures du matin, le col étant situé en haut de l'excavation, dirigé légèrement en avant, ses lèvres dures et inégales, la postérieure surtout, par suite des cicatrices qu'avait laissées l'accouchement antérieur, son orifice impénétrable par l'extrémité de l'indicateur, je donnai une première douche utérine de quinze minutes de durée avec de l'eau à 30 degrés centigrades, et dont le jet assez vif, projeté à l'aide de la pompe injectante de Charrière, fut dirigé avec soin sur le col lui-même. A la suite de l'opération, celui-ci s'était un peu raccourci; ce fut le seul effet momentané produit, malgré un exercice assez prolongé dans la journée.

Le 11, la même opération fut répétée à dix heures du matin, pendant encore quinze minutes, et avec les mêmes précautions et la même force que la veille. Les seuls résultats obtenus furent, pendant l'injection, un raccourcissement beaucoup plus notable du col, dont on ne sentait plus que les lèvres saillantes de 1 centimètre environ, et quelques petites douleurs dans les flancs; puis, à la suite, de la pesanteur dans l'hypogastre.

Le 12, le col avait repris sa forme, sa situation, sa longueur, et s'était ramolli; ce jour-là et le lendemain, 13, trois douches de vingt à vingt-cinq minutes chacune furent encore administrées, mais sans aucun effet sur le développement des douleurs utérines. Je compris alors que je ne réussirais pas par ce seul moyen chez Mme X...., dont l'utérus avait donné déjà des preuves d'inertie dans l'accouchement antérieur. Après avoir laissé reposer la malade pendant deux jours, qui se passèrent sans aucune espèce de douleur, je procédai de la manière suivante :

Le 16, à neuf heures du matin, la malade, placée dans une situation convenable, fut soumise à une douche ordinaire de quinze minutes, qui, comme les précédentes, amena le raccourcissement du col. J'adapte alors à la canule de la pompe injectante une longue sonde métallique recourbée et à double courant, dont l'ouverture pour le jet ascendant se trouve placé à l'extrémité obtuse de l'instrument (1). Cette extrémité fut introduite dans la cavité même du col, jusqu'à ce que j'eusse rencontré un obstacle, c'est-à-dire les membranes, et l'injection fut poussée avec un peu moins de force que précédemment pendant cinq minutes. Elle produisit un effet assez douloureux sur le moment et fut suivie d'un écoulement sanguin léger, puis de douleurs utérines bien caractérisées, mais encore faibles et éloignées.

A quatre heures du soir, le col était ramolli et plus court; une seconde *douche extra-utérine* de dix minutes fut suivie d'une *douche intra-utérine* de la même durée et pratiquée de la même manière que le matin. Cette dernière eut un effet décisif, car non-seulement elle provoqua des douleurs vives, un peu d'écoulement sanguin et l'effacement complet de la lèvre antérieure, mais à sa suite il y eut une courte syncope et des douleurs régulières se répétant à intervalles de cinq à huit minutes. Ces douleurs durèrent toute la nuit, devinrent plus vives vers deux heures du matin, et à quatre heures eut lieu la rupture spontanée des membranes.

Malheureusement, on ne vint m'avertir qu'à six heures du matin, et lorsque j'arrivai, je trouvai l'extrémité pelvienne incomplète (une jambe) engagée profondément dans l'excavation, les douleurs languissantes et la circulation fœtale déjà troublée. Je considérai dès lors le succès de l'opération comme très-compromis, quant à ce qui regardait l'enfant. En effet, malgré tous les moyens mis en usage et une application de forceps faite sur la tête retenue au détroit supérieur, l'enfant ne put être ranimé. Quant à la mère, ses suites de couches n'offrirent rien de particulier.

Dans cette observation, j'ai désiré surtout attirer l'attention de l'Académie sur le procédé employé pour obtenir le développement des douleurs de l'accouchement, procédé qui, comme on a dû le voir, est une combinaison de la méthode des douches utérines avec celle du décollement des membranes. En effet, sa colonne de liquide portée à l'intérieur du col avec une certaine force d'ascension pénètre entre les parois utérines et les membranes qu'elle décolle d'une manière plus régulière, plus sûre, moins douloureuse que le doigt ou les sondes employées par Rieeke, Zuidoek, etc. Le liquide, je le crois, pénètre haut, car je l'ai vu rester dans la cavité utérine après plusieurs coups de piston de la pompe, et donner plus de tension aux parois de l'organe. C'est même pour éviter que le décollement ne devienne trop étendu et que le liquide ne s'accumule en trop grande quantité, que je me suis servi d'une sonde à double courant.

L'injection d'eau tiède faite par ce procédé me paraît aussi plus inoffensive et plus active que les petites injections successives d'eau goudronnée mises en usage pour la première fois par M. Cohen, de Hambourg, et depuis en France par plusieurs médecins. Que le procédé que je conseille soit une modification de ce dernier ou de celui de Kirvisch, peu m'importe, ce que

(1) J'ai fait faire cette sonde pour remplacer les eaux de l'amnios dans certains cas que j'indiquerai ailleurs.

Nous éviterons donc, autant que possible, de suivre M. Pidoux dans la métaphysique pure; et nous nous conformerons en cela aux conseils de son maître Descartes : « Je n'en dirai rien, écrivait-il, sinon « que voyant qu'elle a été cultivée par les plus excellents esprits qui « aient vécu depuis plusieurs siècles, et que néanmoins il ne s'y « trouve encore aucune chose dont on ne dispute, et par conséquent « qui ne soit douteuse, je n'avais point assez de présomption pour « espérer d'y rencontrer mieux que les autres, et que considérant « combien il peut y avoir de diverses opinions touchant une même « matière, qui soient soutenues par des gens doctes, sans qu'il y en « puisse avoir jamais plus d'une seule qui soit vraie, je réputais « presque pour faux ce qui n'était que vraisemblable (1). »

Or, malgré les nombreuses écoles philosophiques qui, depuis Descartes, ont encore disputé et agité ardemment la métaphysique, ces sages réflexions ne paraissent-elles pas aussi fondées aujourd'hui qu'alors? Nous ne nous occuperons donc guère de cette partie de la philosophie dite quelquefois transcendentale, si ce n'est pour prouver que, contrairement aux convictions de M. Pidoux, il est tout à fait intempestif de compliquer les problèmes médicaux déjà si difficiles de ceux de la métaphysique (1), — qu'en général les sciences naturelles, et en particulier les sciences médicales, n'ont rien à gagner et beaucoup de temps à perdre à ces discussions éthérées dans lesquelles on s'élève si haut au-dessus des nuages, qu'il arrive à plus d'un de prendre le brouillard pour la terre ferme et celle-ci pour une vapeur incertaine et fugitive.

Dr BERTILLON.

(*La suite à un prochain numéro.*)

nions éclairées et impartiales; ce critérium prouvera, *non que la notion problématique est erronée*, mais qu'elle est insuffisamment démontrée, et la distribution des opinions pourra être regardée comme indiquant le degré de cette insuffisance. C'est en appliquant ce critérium que nous nous sentons dégagé de l'obligation de donner notre adhésion à l'une des diverses écoles idéalistes, spiritualistes, sensualistes, matérialistes qui se sont disputé le champ de la métaphysique, ou à une des doctrines physiologistes correspondantes (vitaliste, animiste, matérialiste, etc.). Si l'étude ne nous avait pas convaincu de l'insuffisance des démonstrations de chacune, le partage des opinions nous indiquerait suffisamment l'impuissance où elles ont été jusqu'à ce jour d'entraîner la conviction. Si cette impuissance n'autorise pas le scepticisme doctrinal, elle légitime, je devrais dire elle oblige, le doute provisoire et cartésien sur ces matières.

(1) *Discours sur la méthode*, 1re partie.

(1) Nous croyons rester dans l'usage commun en comprenant sous le nom de métaphysique cette partie de la philosophie qui, par son objet, ne peut être qu'exclusivement spéculative, telles les questions d'existence, de cause première, d'origine, de nature *intime*, de fin, etc., appliquées à l'esprit et à la matière, aux idées et à Dieu. En conséquence, nous en distinguons expressément la psychologie (analyse et classification des facultés de l'esprit), la logique et la méthode, toutes sciences d'observations. Nous reviendrons sur ce point.

j'ai voulu faire connaître, c'est que dans le fait que je viens de rapporter il m'a paru d'une innocuité complète et d'une efficacité incontestable, puisque après un certain nombre de douches ordinaires bien dirigées, vigoureuses et restées sans effet, deux douches extra et intra-utérines combinées ont suffi pour amener les douleurs régulières du travail, que j'aurais même pu obtenir, je le crois, à l'aide de la première douche seule, si j'avais osé la prolonger quelques minutes de plus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 juillet 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Obstétrique. — Un mémoire de M. JOBERT, de Guyonvelle, sur les effets obtenus par *l'éther hydriodique dans certains accouchements laborieux.* (M. Depaul, rapporteur.)

Épidémies. — Un rapport de M. DEHÉE, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur une épidémie de *fièvre typhoïde* qui a régné dans la commune de Saint-Nicolas. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Les rapports de MM. les docteurs ROUSSEL, GOYRAND (d'Aix) et VERNIÈRE, sur le service médical des établissements thermaux de la Chalbette, d'Aix-en-Provence et de Saint-Nectaire, pendant l'année 1855. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Candidatures. — Une lettre de M. GUBLER, une lettre de M. Léon SOUBEIRAN, qui prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Lunette panoptique. — Une lettre de M. le docteur MASSOL, qui revendique la priorité de l'invention de la *lunette pupillaire*, présentée à l'Académie sous le nom de *lunette panoptique*, par M. Serre, d'Alais.

Pathologie. — Une note de M. le docteur ARMIEUX, médecin-major au 25[e] de ligne, intitulée : *Essai sur la nature et la classification des maladies générales par intoxication.* (Comm. : MM. Joly et Bousquet.)

Accouchement provoqué. — Une note de M. le docteur DEVILLIERS, ancien chef de clinique de la Faculté, relative à l'efficacité d'une modification qu'il a apportée à la méthode des *douches utérines pour l'accouchement provoqué.*

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur HOLST, de Christiania, membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

Phthisie. — M. le docteur CHURCHILL lit un mémoire *sur la cause immédiate et le remède spécifique de la tuberculose.*

Voici un résumé de ce travail :

J'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de l'Académie les résultats auxquels je suis arrivé sur la cause immédiate et le remède spécifique de la diathèse tuberculeuse. Déjà, au mois de juin de l'année dernière, l'Académie avait bien voulu accepter le dépôt d'un paquet cacheté contenant mes premières idées sur ce sujet. Je désirais à cette époque réunir un plus grand nombre de faits à l'appui de ma découverte, afin de ne rien avancer à la légère dans une matière aussi grave. Malheureusement, l'état de ma santé m'a forcé à interrompre mes travaux, et les résultats que je viens exposer devant vous sont loin d'être aussi nombreux que je l'eusse désiré. J'espère toutefois que, tels qu'ils sont, ils ne vous paraîtront pas indignes de votre attention. Le total des cas de phthisie traités par moi se monte à 35 ; tous au second ou au troisième degré, c'est-à-dire avec des tubercules en voie de ramollissement ou avec des excavations. Sur ce nombre, 9 ont été complétement guéris, et chez 8 d'entre eux, les signes physiques ont disparu, 11 ont éprouvé une grande amélioration et 14 ont succombé; un est encore en traitement.

Des résultats précédents et des considérations contenues dans le mémoire que j'ai l'honneur de déposer au bureau, je me crois en droit de tirer les conclusions suivantes :

La cause immédiate ou tout au moins une condition essentielle de la diathèse tuberculeuse, c'est la diminution dans l'économie du phosphore qui s'y trouve à l'état oxygénable.

Le remède spécifique de cette maladie consiste dans l'emploi d'une préparation de phosphore qui présente le double caractère d'être immédiatement assimilable et qui soit en même temps au minimum possible d'oxydation. Les hypophosphites de soude et de chaux sont les préparations qui semblent jusqu'ici le mieux réunir ces deux conditions.

Administrés à des doses qui peuvent varier entre 50 centigrammes et 3 grammes par jour, ces sels peuvent être indifféremment employés l'un et l'autre dans le traitement de la phthisie. La dose maximum à laquelle je me suis en général tenu, a été de 1 gramme par jour pour les adultes. Ils ont une action immédiate sur la diathèse tuberculeuse et font disparaître avec une rapidité vraiment merveilleuse tous les symptômes qui en sont l'expression générale. Lorsque le dépôt morbide qui est le résultat spécial de la dyscrasie est récent, lorsque le ramollissement n'a fait que commencer, lorsqu'il ne s'opère pas trop rapidement, les tubercules sont résorbés et disparaissent sans laisser de traces. Lorsque le dépôt est d'une date plus ancienne, lorsque le ramollissement a atteint un certain degré, il continue quelquefois malgré le traitement, et l'issue de la maladie dépend de l'état anatomique de la lésion, de son étendue et surtout de la présence ou de l'absence de complications. Dans de nombreux essais faits par moi pour modifier l'état local au moyen de l'inspiration de diverses substances, je n'ai vu aucun résultat favorable qui ne dût être attribué à la médication générale.

Les hypophosphites de soude et de chaux sont un prophylactique certain contre les maladies tuberculeuses.

Les effets physiologiques que j'ai observés dans l'emploi des hypophosphites de soude, de chaux, de potasse et d'ammoniaque, font voir que ces préparations ont une double action. D'une part, elles augmentent immédiatement le principe, quel qu'il soit, qui constitue la puissance nerveuse ; de l'autre, elles sont des hématogènes par excellence, infiniment supérieurs à tout ce qui nous est actuellement connu. Elles offrent au plus haut degré toutes les propriétés thérapeutiques attribuées par les anciens observateurs au phosphore, sans aucun des dangers qui ont presque fait tomber cette substance dans l'oubli. Il est indubitable que les préparations hypophosphoreuses occuperont à l'avenir un des premiers rangs dans la thérapeutique.

Extirpation du pancréas. — M. BÉRARD, en son nom et au nom de M. Colin, chef des travaux anatomiques à Alfort, lit un mémoire sur *l'extirpation du pancréas.*

[Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.]

M. Bérard termine sa lecture en demandant la nomination d'une commission nombreuse et *travailleuse.* (Sont nommés : MM. Bérard, Cloquet, Jobert, Longet, Renault, Duméril et Ségalas.)

DISCUSSION SUR L'ANESTHÉSIE.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les anesthésiques. — Les orateurs inscrits sont MM. Gibert, Cazeaux, Velpeau, Cloquet et Ricord.

M. GIBERT. Rien ne répugne plus aux savants que le bon sens vulgaire et l'expérience commune. Mais en dépit de toutes les arguties scientifiques, de toutes les expérimentations physiologiques, de tout ce que l'on a désigné par antiphrase sous le titre générique d'*aménités académiques*, c'en est fait, dans la question du chloroforme, le bon sens vulgaire et l'expérience commune ont prononcé, et ils demeurent toujours les plus forts.

On a beaucoup parlé de quelques cas malheureux difficiles à expliquer, et sur lesquels on a voulu étayer une action toxique du chloroforme administré comme anesthésique; mais je demanderai à M. Robert, en particulier, sur quoi il se fonde pour attribuer à cette action prétendue toxique du chloroforme la mort rapide et presque subite de quelques sujets qui ont évidemment succombé à une *syncope*...., quand lui-même est forcé de reconnaître que lorsqu'on veut tuer un animal avec le chloroforme, il faut toujours un temps assez long, en sorte que l'on doit regarder l'*asphyxie* comme ayant une part plus ou moins grande dans la mort du sujet soumis à l'expérience. Il est évident qu'on ne saurait admettre que le chloroforme puisse être administré impunément à des milliers d'individus, et se transformer en poison foudroyant pour quelques autres ; aucune substance toxique connue ne produit de pareils effets.

Quant aux appareils, on est bien forcé de rejeter l'idée qui les avait présentés comme une garantie contre l'*asphyxie*, et il suffit d'ailleurs de les voir en exercice pour concevoir que tout appareil est déjà lui-même une cause d'embarras et de gêne pour la respiration, bien loin de pouvoir être regardé comme un préservatif. Quant à l'idée chimérique que l'appareil s'oppose à une vaporisation trop rapide et trop subite...., il suffit ne faire remarquer que l'écueil ordinaire de l'éthérisation n'est pas l'inspiration trop forte, mais bien au contraire le défaut d'inspiration.

Mais, dit-on, l'appareil offre du moins l'avantage de permettre de *doser* le chloroforme; notez que l'orateur qui a cherché à faire prévaloir cet avantage a commencé par établir, et selon moi avec raison, que le *dosage* était inutile, et la prétention de doser le chloroforme *illusoire*.

Enfin, on a rappelé un mot qui a acquis une certaine célébrité : « *Toute tentative anesthésique est un premier pas vers la mort!* » Mais, qu'est-ce à dire? Est-ce que chacun des pas de l'homme n'est pas aussi un *premier pas* vers la mort? Les simples progrès de l'âge sont autant de pas vers la mort, et assurément, il n'y a pas d'appareils qui puissent en préserver! Ce n'est donc là qu'une banalité; car si l'on a voulu dire que toute anesthésie chirurgicale faisait courir au malade un danger de mort, il n'y a pas un chirurgien dont la conduite journalière ne proteste contre une assertion aussi démesurément exagérée!

Je me résume et je dis : Tout médecin ou tout chirurgien qui a eu l'occasion d'appliquer un certain nombre de fois le chloroforme comme agent anesthésique, reste convaincu de l'innocuité de ce procédé comme règle générale. J'ajoute qu'il n'y a peut-être pas un procédé chirurgical connu qui présente une innocuité semblable à celle de l'éthérisation anesthésique *sans appareil*.

M. Cazeaux. M. Devergie, après avoir modifié son opinion sur l'asphyxie, a cependant admis que cet accident pouvait se produire; mais cela n'est démontré par aucun fait; rien ne permet d'admettre que, dans un seul cas, la mort ait été produite par asphyxie. Dans aucune des observations, on ne voit signaler ni les symptômes, ni les caractères anatomiques de l'asphyxie. Il faut d'ailleurs distinguer deux genres d'asphyxie; celle qui résulte de l'impossibilité d'exécuter les mouvements respiratoires, l'autre qui est causée par la diminution plus ou moins prononcé de la quantité d'air nécessaire.

L'appareil montré par M. Devergie dans la dernière séance est-il capable de mettre à l'abri de l'asphyxie par manque d'air? Non; au contraire, il gêne la respiration, tandis que cette fonction s'exécute librement, sans la moindre entrave, quand on se sert de compresses ou d'éponges; par ce moyen seulement, la respiration reste complétement libre, l'accès de l'air est facile; le malade peut respirer à pleins poumons.

Pour moi, il n'y a pas le moindre doute : les appareils gênent la respiration et diminuent la quantité d'air; les compresses ou les éponges sont au contraire préférables, parce qu'ils mettent à l'abri de ces inconvénients.

La durée de l'éthérisation, la quantité de vapeurs inspirées sont complétement sans influence. Cela n'a pas le moindre inconvénient, quand on a soin de laisser arriver une quantité d'air suffisante. Plusieurs auteurs ont cité des cas d'anesthésie prolongée pendant dix, quinze et dix-huit heures; moi-même, récemment, pour un cas d'éclampsie, j'ai fait respirer du chloroforme à une dame pendant cinq heures, sans qu'il en soit résulté le plus léger trouble.

Quant à la question du dosage, je la regarde comme secondaire : le dosage est impossible avec les appareils employés actuellement; mais lors même qu'on pourrait le faire, il n'y aurait pas grand avantage; on doit s'arrêter quand on a atteint le but qu'on se propose, amener l'insensibilité; quand on y est arrivé, on s'arrête, sauf à y revenir ensuite. Voilà mon dosage à moi, il est extrêmement simple et sans danger, pourvu, bien entendu, qu'on ait toujours soin de laisser la respiration libre. Je considère donc le dosage comme inutile.

Je laisserai de côté la question de responsabilité, qui doit être traitée par M. Cloquet; cependant, je ferai une simple observation à M. Devergie. Il a parlé de l'avortement provoqué et a comparé l'action judiciaire qui pourrait être faite dans ce cas, à celle qui aurait lieu par la chloroformisation; mais il n'y a pas la moindre comparaison à établir à ce point de vue; le magistrat peut intervenir pour l'avortement et ne le peut pas pour l'anesthésie; c'est sur ce fait luimême, l'avortement, quel que soit le procédé employé, éponge préparée, douches, etc., que porte l'action judiciaire, parce que l'avortement est défendu par la loi, tandis que pour l'anesthésie, qui est autorisée, il ne peut être établi de comparaison, qu'à la condition d'admettre que le magistrat peut discuter le choix des procédés, l'un étant autorisé, celui de M. Devergie, et l'autre ne l'étant pas, celui que nous employons; or, une pareille condition ne pourra jamais être acceptée. Si maintenant, aujourd'hui, un médecin était accusé pour un cas de mort par anesthésie, il serait condamnable s'il s'était servi d'un appareil, c'est-à-dire, du procédé que M. Devergie recommande, car le magistrat pourrait lui dire : « Les appareils sont généralement abandonnés; en les employant, vous vous êtes servi d'un moyen exceptionnel; vous êtes donc coupable. »

En résumé, M. Devergie n'a pas démontré la possibilité de l'asphyxie; il n'a pas démontré le moins du monde que les appareils soient préférables aux autres moyens.

J'ajouterai en terminant une proposition; je crois que dans cette discussion, l'Académie, s'écartant un peu de ses habitudes, devrait formuler des conclusions qui trancheraient la question, car il serait fâcheux de la laisser dans un état d'incertitude qui pourrait être mal interprété. Je demanderai à l'Académie la permission de lui soumettre des conclusions, qui pourraient, selon moi, être admises avec avantage :

1° Rien ne prouve que dans les cas très-rares où le malade a succombé pendant l'éthérisation, la mort ait été produite par l'asphyxie.

2° En supposant que l'asphyxie soit possible, rien ne démontre l'utilité des appareils proposés jusqu'ici pour la prévenir; les compresses et les éponges présentent au moins autant d'avantages que ces appareils.

M. le Président. La proposition de M. Cazeaux est-elle appuyée? (Oui! oui!) Les conclusions seront réservées pour être discutées et mises aux voix.

M. Velpeau, obligé de s'absenter, cède la parole à M. Cloquet.

M. J. Cloquet. La question scientifique a été savamment discutée, et me paraît à peu près épuisée. Mais, il reste une autre question non moins importante, c'est la question pratique et celle de la responsabilité médicale; c'est sur celle-ci que je veux fixer l'attention de l'Académie. La majorité des membres de cette Académie a condamné d'une manière générale l'emploi des divers instruments pour l'inhalation des anesthésiques, et vous en avez même vu quelques-uns faire le sacrifice des appareils même qu'ils avaient imaginés. L'Académie, tribunal suprême, peut décider non-seulement les questions scientifiques, mais aussi les questions pratiques et de responsabilité médicale; les praticiens attendent sa décision; il faut qu'elle réponde à l'attente générale. Il est évident que les instruments sont plus propres peut-être à favoriser l'asphyxie que les moyens si simples généralement employés. Tel a été l'avis de la majorité des membres qui ont pris la parole. Je demande en conséquence que l'Académie, s'appuyant sur l'opinion soutenue dans cette discussion par la majorité des chirurgiens, repousse l'emploi des instruments dans l'application des moyens anesthésiques, et je propose d'adopter la conclusion suivante :

« L'Académie, éclairée par la discussion qui a eu lieu dans son sein, ne peut donner son approbation à l'emploi des appareils et instruments dans l'application des moyens anesthésiques. »

M. Robert. Il serait grave d'adopter les conclusions qui viennent d'être proposées par nos honorables collègues; cela ne serait pas tolérable. Du reste, ils ont été amenés par quelques erreurs qui ont été commises dans le cours de cette discussion. Ainsi, on a dit que les appareils favorisaient l'asphyxie, et M. Ricord a insisté sur ce point qu'on ne pouvait respirer nulle part aussi bien que dans l'air libre, et qu'il fallait repousser les appareils tant qu'ils seraient construits de manière à limiter la quantité d'air qui doit pénétrer dans le poumon. M. Cazeaux a dit que l'appareil de M. Duroy devait nécessairement gêner la respiration. Or, dans les appareils de M. Duroy, de M. Charrière et de M. Snow, les tubes destinés au passage de l'air ont un diamètre égal ou supérieur à celui de la trachée-artère. Tant qu'il sera question d'appareils ainsi construits, vous n'aurez pas le droit de dire qu'ils gênent la respiration.

Les appareils, contrairement à ce qu'on a dit, ne peuvent pas gêner la respiration; ils ne masquent que les parties qu'on n'a pas besoin de voir; ce qu'il importe de surveiller, c'est la circulation et la respiration, et les appareils ne cachent ni l'une ni l'autre de ces fonctions.

Il est, du reste, une chose qu'il faut dire : c'est que tous les cas de mort sont arrivés à la suite de l'emploi de l'éponge ou de la compresse (interruption). Ce n'est pas une erreur, j'ai fait le relevé de tous les cas de mort....

M. le Président. Ne répondez pas aux interruptions.

M. Robert. Pas un seul cas de mort n'a été causé par les appareils, et il ne faut pas dire que cela tient à ce qu'on ne les emploie pas, M. Charrière en fabrique un grand nombre par année.

Il y a d'ailleurs un argument auquel on n'a pas répondu; l'éponge présente une surface énorme, susceptible de laisser dégager, à un moment donné, une quantité considérable de chloroforme. Si le chirurgien maniait lui-même le chloroforme, je n'aurais rien à dire. Ici, nous avons sous la main des élèves intelligents et exercés, des confrères habiles; mais, dans la pratique rurale, on est souvent obligé de recourir à des gens peu intelligents, sans conscience de l'importance des précautions qui leur sont recommandées. Je termine en déclarant que ma conviction est tellement établie, que l'Académie adoptât-elle les regrettables conclusions qui lui sont proposées, je n'en protesterais pas moins contre l'emploi de ce qu'on a appelé des appareils simples dans l'application du chloroforme.

M. le Président donne lecture d'une modification à la conclusion proposée par M. Cloquet, qui déclare, d'ailleurs, se rattacher complétement à celle de M. Cazeaux.

M. J. Guérin déclare qu'il avait quelques observations à présenter dans le même sens que M. Robert, et rappelle les expériences qu'il a rapportées lorsqu'il prit la parole au commencement de la discussion. Il termine en disant qu'il croit qu'il y aurait utilité à doser le chloroforme; le dosage est possible, mais il faudrait un appareil qui permît de le faire.

M. Cazeaux répond à quelques objections de M. Robert :

Il faut tenir compte d'autres conditions que de l'ouverture de la glotte dans la détermination du calibre que doivent présenter les tubes des appareils; il faut tenir compte aussi de la présence des cavités nasale et buccale qui, à l'état normal, constituent une espèce d'entonnoir placé à l'entrée des voies respiratoires; il faut tenir compte également de l'augmentation de longueur des voies aériennes, lorsqu'on ajoute le canal constitué par le tube des appareils.

M. Robert a dit que les cas de mort étaient survenus pendant l'emploi des compresses et des éponges : en admettant que cela soit parfaitement exact, ce dont je doute, il n'est nullement démontré que la mort ait été causée par l'asphyxie.

Je pense, d'ailleurs, qu'il ne faut rien proscrire, et que les conclusions que j'ai proposées, laissant la question à peu près comme elle était avant la discussion, pourront être admises par tout le monde, en laissant chacun libre d'employer le moyen qui lui conviendra le mieux.

M. Larrey. M. Robert a dit une chose qui mérite qu'on ne la laisse pas passer sans examen; il a avancé que tous les cas de mort par le chloroforme avaient eu lieu quand on a eu recours pour l'application à des compresses ou à des éponges. Or, je ne sais comment il a pu établir ce jugement; il y a un nombre considérable d'observations où il n'est pas fait mention du procédé dont on s'est servi.

En second lieu, je tiens essentiellement à répéter qu'avec la compresse ou l'éponge on évite le contact immédiat de l'agent anesthésique avec les voies respiratoires; il y a toujours libre communication de l'air avec les ouvertures buccale et nasale. J'appuie la proposition de M. Cazeaux, et je demande qu'on ne proscrive pas les appareils, mais surtout qu'on ne les impose pas.

M. Ricord. Les orateurs qui ont été accusés par M. Devergie d'avoir apporté de l'inattention dans le choix de leurs arguments, pourraient plus justement lui retourner l'accusation; ainsi, tous les chirurgiens ont commencé par se servir d'appareils pour administrer les anesthésiques. — Ces appareils étaient-ils bons? Apparemment non, puisqu'on les a abandonnés.

Quant au dosage, je le considère comme une chimère. On a voulu comparer le dosage du chloroforme à celui des autres médicaments; mais l'éther, le chloroforme, sont incessamment rendus à mesure qu'ils sont absorbés; c'est comme si vous entrepreniez de fixer la dose d'un médicament qui serait aussitôt et constamment vomi. Comme le disait M. Cazeaux, c'est d'après les effets produits qu'il faut juger la quantité de chloroforme à employer. Quand vous seriez arrivés avec vos appareils à établir un dosage suffisant à produire l'effet cherché, le moment où cet effet serait obtenu pourrait devenir le moment fatal. Vous ne pouvez échapper à ce danger, pas plus avec votre appareil *compteur, économique*, qu'avec tout autre moyen.

Beaucoup d'entre nous pourraient rapporter des faits comme celui que M. Cazeaux vient de nous citer, relativement aux doses énormes de chloroforme qu'on peut employer impunément, en se conformant à certaines précautions. Je l'ai déjà dit, j'ai maintenu pendant plusieurs heures une dame dans l'état anesthésique, et j'ai employé une quantité considérable de chloroforme. La respiration ne se fait pas toujours dans le même degré; cette proposition du dosage est donc illusoire et insignifiante. D'ailleurs, est-ce que tous les individus restent le même temps sous l'influence du sommeil chloroformique? Ici encore, que faites-vous du dosage? Si vous ne donnez le chloroforme que par petites doses, les effets anesthésiques s'annihilent incessamment. Je ne vois, dans toutes les objections qu'on nous oppose, pas une seule qui tienne.

Un mot encore, en réponse à M. Gibert. Notre collègue m'a accusé d'être trop prudent à propos du chloroforme. Mais c'est que le chloroforme n'est pas un moyen sans danger; c'est un agent qui tue, rarement il est vrai, mais sans que la mort puisse être prévue, avec ou sans appareils, avec ou sans dosage. Je dis donc : Employez ce moyen le moins possible, réservez-le pour les grandes opérations, résistez tant que vous pourrez à son emploi dans les petites opérations.

M. Gibert m'a aussi reproché de préférer, dans les cas d'accidents, l'insufflation bouche à bouche ou tout autre moyen. Ce que j'ai dit, c'est qu'en pareil cas, tout ce qu'on peut faire, il faut le faire; mais qu'à mes yeux, c'est l'insufflation bouche à bouche qui donne les résultats les meilleurs et les plus prompts. J'ai montré que, quand il s'agit de la vie d'un homme, je suis au-dessus de toutes les répugnances, et je n'hésiterais pas à mettre ce moyen en pratique, quelle que soit la condition de la personne, avec un vieillard aussi bien qu'avec une jeune et jolie femme. Je ne blâme pas pour cela les autres moyens qu'on nous a fait connaître, et je ne trouve pas que M. Gibert ait eu tort de se servir du soufflet.

Je conclus : je ne veux pas protester contre les appareils; ce que je veux, c'est qu'on laisse tout le monde libre d'agir à sa manière; proscrire les appareils, ce serait peut-être fermer la porte à un progrès, mais je réclame la liberté pour chacun.

PRÉSENTATION.

Pellagre. — M. Devergie présente à l'Académie une femme qui porte sur la face dorsale des deux mains une éruption qui simule la pellagre. Cette affection s'est montrée à la suite d'une insolation prolongée : elle est accompagnée de dérangements du côté des voies digestives. M. Devergie ajoute que cette affection est bien différente de la pellagre; c'est un simple érythème causé par l'insolation, chez une femme d'une mauvaise constitution, affaiblie par la misère et par une mauvaise alimentation.

La séance est levée à cinq heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 juillet 1857.

Présidence de M. Geoffroy St.-Hilaire.

Physiologie comparée. — M. E. Faivre lit un mémoire *sur les fonctions et les propriétés des nerfs crâniens chez les Dystiques.*

Analyse des os. — M. H. Bonnet présente sur ce sujet le mémoire suivant :

« Jusqu'ici, beaucoup d'analyses ont été faites pour arriver à connaître la composition chimique des os. Au premier abord, cela semble aisé; mais quand on examine à fond la question, on est frappé des difficultés qu'on y rencontre. Les nombres qui ont été donnés sont loin d'être exacts; Recs est peut-être le seul dont les analyses peuvent offrir une certaine valeur.

« L'erreur spéciale provient de la difficulté d'isolement du phosphate de chaux, $PhO^5, 3Ca$, dont la formule a été donnée par M. Raewski dans son procédé de dosage des phosphates (*Comptes rendus*, 1849) et du phosphate de magnésie, $PhO^5, 3MgO$, qui se conduisent exactement de la même manière avec les réactifs.

« Il existe encore deux points fautifs; l'un de peu de valeur, l'autre, au contraire, fait donner des chiffres faux :

« 1° On a voulu indiquer la quantité d'eau contenue dans un os. Je crois cela tout à fait impossible. On est obligé, après avoir pris un os à l'amphithéâtre, de le faire passer à un fort courant d'eau pour le débarrasser de la graisse, des vaisseaux, etc., qui n'en font pas partie intégrante. Par conséquent, on comptera dans l'analyse une eau qu'on a introduite; ou bien, si on ne fait pas subir l'opération du lavage, on a encore l'eau de la graisse, des vaisseaux, etc. On ferait donc mieux de s'abstenir que de persister, quand on fait une analyse, dans une erreur visible.

« 2° Ce point-ci est plus grave : lorsqu'on a pesé un os desséché, et qu'après l'avoir exposé à la chaleur d'un moufle on le retire incinéré, on fait une nouvelle pesée qui indiquerait la matière minérale, tandis que la différence des deux pesées donnerait le poids de la matière organique. Cela est faux, car, pour brûler de la matière organique, on est obligé de pousser la chaleur assez loin ; on enlève, par conséquent en même temps, à la matière minérale, un acide carbonique dont on ne tient pas compte. Le chiffre de la dernière pesée est donc erroné, et, par suite, celui donné comme différence des deux pesées.

« Cela posé, voyons comment on doit opérer : on prend une rondelle d'os, et on lui fait subir un courant d'eau sous un fort jet de robinet, de manière que, pénétrant avec violence dans les canalicules, ce courant puisse enlever la graisse, etc. Malgré cela, il en reste encore, ce qu'on peut aisément voir au microscope, et ce n'est qu'après avoir fait macérer dans l'alcool et l'éther, qu'il ne reste plus rien que la partie intégrante de l'os. Après ces opérations, on dessèche à 74 ou 80 degrés de l'étuve de Gay-Lussac; on laisse refroidir, on pèse, on a un certain poids D.

« On place la rondelle d'os dans une petite capsule à la chaleur d'un moufle assez longtemps pour que la matière organique se brûle. On repèse et on a un certain poids D'. On dissout dans l'acide chlorhydrique pur, qui dissout les phosphates de chaux et de magnésie et fait passer la chaux du carbonate à l'état du chlorure.

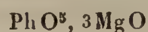
« On précipite tout l'acide phosphorique des deux sels par le chlorure de fer, en présence de l'acétate de soude à l'état de phosphate de fer. Au moyen des équivalents, par une simple proportion, on connaît l'acide phosphorique. Il appartient aux deux sels. Soit R cette quantité.

« J'ai recueilli le précipité que j'ai lavé, et réunissant les eaux du lavage, on se trouve avoir dans la liqueur du chlorure de calcium (provenant du phosphate et du carbonate), du chlorure de magnésium, plus du chlorure de fer introduit.

« Je me débarrasse du fer en traitant par l'ammoniaque, j'ai de l'oxyde de fer que je lave pour emporter les chlorures de calcium et de magnésium dissous, et qui y restaient interposés, et je réunis les eaux à la liqueur qui me reste à analyser.

« Je précipite par l'oxalate d'ammoniaque toute la chaux du chlorure à l'état d'oxalate de chaux que je recueille et lave sur un filtre *pesé d'avance*; je sèche et je pèse le tout. La différence entre cette dernière pesée et le poids du filtre me donne la quantité d'oxalate de chaux; mais cependant, comme l'oxalate de chaux n'est pas stable à la chaleur, il vaut mieux le brûler avec le filtre dans une capsule de platine, traiter par l'acide sulfurique, faire évaporer à siccité et peser le sulfate de chaux formé, en tenant compte et du poids de la capsule et de quelques millièmes de cendre de filtre. Au moyen des équivalents, connaissant le sulfate de chaux, j'ai la chaux. Elle appartient au phosphate et au carbonate. Soit P.

« Il me reste dans la liqueur du chlorure de magnésium. Je précipite la magnésie par le phosphate de soude ammoniacal à l'état de phosphate ammoniaco-magnésien, que je recueille, lave et filtre. Je pèse : par les équivalents j'ai la magnésie. Connaissant cette dernière et sachant la formule



$$PhO^5, 3MgO$$

de phosphate de magnésie des os, je sais ce qu'il lui faut d'acide phosphorique. J'ai donc cet acide phosphorique par une proportion et, par suite, le phosphate de magnésie lui-même.

« Connaissant cette quantité d'acide phosphorique, je la retranche du poids total R. La différence $R - R' =$ l'acide phosphorique de phosphate de chaux, et l'on a, par suite, le phosphate de chaux lui-même.

« Connaissant à présent le phosphate de chaux, par les proportions je connais la chaux. Soit P'. Je la retranche du poids total P et $P - P' =$ la chaux du carbonate; on a, par suite, le carbonate lui-même.

« Soit *d* l'acide carbonique de ce dernier. J'ajoute au poids D', résultat de l'incinération, le poids d'acide carbonique que la chaleur du moufle avait enlevé au carbonate, et j'ai

$$D' + d = \text{le poids de la matière minérale de l'os,}$$

et

$$D - (D' + d) = \text{le poids de la matière organique,}$$

et enfin

$$D = D' + d + [D - (D' + d)]. \text{ »}$$

Physique. — M. Valson présente un mémoire *sur la théorie des phénomènes capillaires.*

Chimie agricole. — M. Dehérain présente un mémoire *sur la solubilité des phosphates de chaux fossiles dans les acides.*

Géologie. — M. A. de Lajonkaire, note *sur le sulfate de soude fossile, et sur les divers gisements de ce minéral en Espagne.*

M. Beaudouin. — Note *sur la télégraphie sous-marine.*

Thérapeutique. — M. Tampier communique à l'Académie des *études hydrologiques sur les Eaux minérales naturelles alcalines-gazeuses de Condillac* (Tarn).

Congrès de Bonn. — M. le Secrétaire perpétuel appelle l'attention sur une circulaire de MM. J. Noeggerat et H. Kilian, relative à la réunion des Naturalistes et Médecins allemands, qui se tiendra cette année à Bonn, du 18 au 24 septembre.

Météorologie. — M. P. Marès adresse à l'Académie des *observations de météorologie et d'histoire naturelle* faites dans le sud de la province d'Oran.

M. T. L. Phipson. — Note *sur les Teredo fossiles.*

M. Marcel de Serres. — Second note *sur les brèches osseuses de la montagne de Pédemar*, près de Saint-Hippolyte (Gard.)

M. Verdet. — Deuxième note *sur les propriétés optiques des corps magnétiques.*

M. J. Bouis adresse une note intitulée : *Théorie de la saponification alcaline. — Formation des éthers.*

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Des emprunts à fonds perdu dans le journalisme. — Nous avons plusieurs fois déjà prié nos confrères, qui trouvaient à propos d'emprunter notre prose, de vouloir bien en indiquer l'origine. Ce n'était pas être bien exigeant, et cependant, nous avons de la peine à obtenir ce petit acte de justice. Dans son dernier numéro, par exemple, la *Revue médicale* nous emprunte dans ces termes notre compte rendu très-sommaire de la séance annuelle de la Société de Chirurgie :

« La Société de Chirurgie a tenu, le mercredi 1er juillet, sa séance « annuelle. M. Marjolin, secrétaire général, a lu un rapport très-in- « téressant sur les travaux de la Société pendant cette dernière année, « et a passé en revue successivement les principales communications « et les discussions auxquelles elles ont donné lieu. Parmi les prin- « cipales, nous citerons celle sur la galvano-caustique proposée par « M. Middeldorpf, et qui a été l'objet d'un rapport intéressant de « NOTRE COLLABORATEUR M. Broca ; sur l'écrasement linéaire, à l'oc- « casion d'une communication de M. *Chassagnac ;* sur l'anesthésie « par l'amylène; sur les cicatrices vicieuses, à propos d'un travail de « M. Decès, de Reims; et d'un rapport remarquable sur ce sujet par « M. Verneuil; sur le redressement des membres dans les tumeurs « blanches, etc.

« Le prix Duval a été décerné à M. *Garon*, ancien interne des hôpi- « taux, auteur d'une thèse sur le traitement des varices par les injec- « tions de perchlorure de fer. Une mention honorable a été accordée « à M. *Gaujol*, qui a donné également une bonne thèse sur le traite- « ment des luxations de l'épaule. — R. »

Telle est, moins les guillemets, la façon dont la *Revue médicale* nous emprunte notre petite prose. Par ce procédé, M. Broca se trouve transformé en collaborateur de la *Revue;* ce serait assurément un honneur pour lui; mais comme cet honneur ne lui appartient réellement point, nous croyons que la *Revue* aurait mieux fait de ne point l'en gratifier et d'indiquer purement et simplement, entre parenthèses, à la fin de l'article, que cette rédaction était empruntée au *Moniteur des Hôpitaux.*

Nous prions, pour la troisième ou quatrième fois, nos confrères de vouloir bien éviter les oublis semblables à celui de la *Revue.*

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 92. 5e année. Samedi 1er Août 1857

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

SOMMAIRE. — **Paris :** Du droit de réquisition à l'égard des médecins; commissaire de police; honoraires. — **Académie des Sciences.** Séance du 13 juillet 1857. — **Académie de Médecine.** Addition à la séance du 14 juillet 1857.

Paris, 31 juillet 1857.

Du droit de réquisition à l'égard des médecins. — Commissaire de police. — Honoraires.

Nous avons dit qu'il faut tenir pour constant, aujourd'hui, avec l'arrêt de cassation du 20 février 1857, dont nous avons rapporté les termes dans le numéro du 28 juillet, que le médecin ne peut refuser son concours à la justice lorsqu'il est requis dans un cas de *flagrant délit* (1) ;

Qu'il y a lieu d'assimiler à une vérification relative à un cas de *flagrant délit* et non à un cas d'*accident* particulier, l'examen d'un cadavre trouvé sur la voie publique (2).

Par quelles personnes et en quelles formes peut être exercé le droit de réquisition à l'égard des médecins? — Quelles causes peuvent dispenser d'obtempérer à la réquisition? Comment se règlent les honoraires dus pour la vérification ordonnée?

Magistrats et fonctionnaires qui peuvent requérir. — Dans le système adopté par la Cour de cassation, il ne s'élève aucun doute sur la légalité des réquisitions émanées du procureur impérial ou du juge d'instruction. En effet, le procureur impérial est formellement désigné par l'art. 44 du Code d'instruction criminelle, et c'est lui qui doit recevoir le serment du médecin requis pour l'expertise. On n'était pas aussi disposé à admettre les réquisitions émanées des officiers de police judiciaire, auxiliaires du procureur impérial. La Cour de cassation s'est encore expliquée sur ce point. Par son arrêt du 20 février 1857, elle place au nombre des actes que les officiers de police judiciaire peuvent faire, en cas de flagrant délit, aux lieu et place du procureur impérial, les réquisitions relatives notamment à l'examen des cadavres. C'est ce que décidait aussi son arrêt du 6 août 1836. D'après cette jurisprudence, il faut reconnaître le droit de réquisition aux *juges de paix,* aux *officiers de gendarmerie,* aux *maires,* aux *adjoints* et aux *commissaires de police.* — Faut-il le reconnaître également, nous demande-t-on, aux *brigadiers de gendarmerie?* — Non, assurément. Le brigadier de gendarmerie n'est pas même un sous-officier d'après la jurisprudence. Or, la loi ne confère la qualité d'officier de police judiciaire qu'aux officiers de gendarmerie, et par *officier,* il ne faut entendre que ce qui porte l'épaulette. L'usage que nous signale un de nos lecteurs, dans une localité voisine de celle où il exerce, et suivant lequel la réquisition serait faite par le brigadier de gendarmerie, par suite de l'absence du juge de paix et du maire, est donc sans fondement légal. Le médecin n'est pas tenu d'obtempérer à une telle réquisition. — Ce que nous disons du brigadier de gendarmerie s'applique, à plus forte raison, à l'agent de police, qui n'a aucun caractère reconnu pour constater, par des procès-verbaux, même les simples contraventions.

Formes de la réquisition. — La réquisition doit être formelle et directe (Cass., 20 févr. 1830). Elle ne doit laisser au médecin aucun doute, ni sur le caractère du fonctionnaire qui la fait, ni sur son objet. Le doute, s'il y en avait, tournerait au profit de celui qui n'aurait pas obtempéré à la réquisition. C'est ainsi qu'il a été décidé qu'un individu traversant une commune, auquel le commissaire de police avait demandé du secours contre un attroupement, n'était pas en contravention pour n'avoir pas obéi (Cass., 8 avril 1854). Bien qu'il soit admis que la réquisition peut être verbale, nous croyons qu'il est prudent d'insister pour qu'elle soit faite par écrit. Le médecin ne doit pas oublier que les juges de paix, maires et commissaires de police, n'ont pouvoir d'agir que dans certaines limites territoriales, et que, en outre, ils ne peuvent plus exercer eux-mêmes le droit de réquisition lorsque le délit a cessé d'être *flagrant.* C'est ainsi qu'il a été jugé qu'un médecin avait pu régulièrement refuser de visiter, sur la réquisition d'un commissaire de police, une fille soupçonnée d'être la mère d'un enfant nouvellement né qui avait été trouvé mort sur la voie publique, dans un cas où la réquisition n'était intervenue que postérieurement à l'examen du cadavre de l'enfant et à la remise du rapport au procureur impérial (Cass., 9 sept. 1853; aff. Dr Ayraud).

Impossibilité d'obtempérer. — Le médecin qui n'a pas obtempéré à une réquisition, échappe à la peine, non-seulement quand la réquisition n'était pas légale, mais aussi lorsqu'il lui a

(1) Outre MM. Chauveau et F. Hélie, que nous avons cités comme opposés à la solution de la Cour de cassation, nous devons mentionner MM. Duverger, Dalloz, Devergie et Trébuchet. — M. Morin, dans son *Répertoire de droit criminel* (v° *Expertise*, n° 2), s'est prononcé au contraire en faveur de la sanction du droit de réquisition.

(2) Nous n'avons parlé que du cas d'examen de cadavres, qui est le plus fréquent. Mais pour le cas de *flagrant délit* proprement dit, la Cour de cassation hésite encore moins. C'est ainsi qu'un second arrêt du 20 février 1857 (affaire Cayet) a décidé, relativement à une réquisition adressée à un médecin à l'effet de venir constater la nature et les circonstances d'une blessure faite à un individu, « que cette réquisition, faite en vertu des art. 43 et 50 du Code d'instruction criminelle, imposait à l'homme de l'art, auquel elle était adressée, l'obligation de prêter son concours, dans l'intérêt de la justice, à moins qu'il ne justifiât d'une impossibilité personnelle d'y obtempérer. »

été impossible d'obéir. C'est à lui à justifier de cette impossibilité devant le tribunal de police. L'allégation de l'impossibilité est, par elle-même, insuffisante; il faut une production de preuves à l'appui de l'allégation, et une appréciation de ces preuves par le tribunal (Cass., 6 août 1836). Lorsque cette production a été faite, l'appréciation en vertu de laquelle le tribunal déclare qu'il y a eu ou qu'il n'y a pas eu *impossibilité* dans le sens de la loi, est souveraine, et tout recours en cassation devient inutile sur ce point de fait. Une cause d'impossibilité peut résulter, suivant nous, de l'urgence qu'il y aurait à remplir certains devoirs professionnels et, par exemple, de ce que le médecin requis se trouvait mandé en même temps auprès d'un malade en danger. Dans l'affaire jugée par l'arrêt du 6 août 1836, le médecin requis avait allégué une impossibilité résultant d'une grande fatigue et de souffrances instantanées. La Cour de cassation n'a pas dénié à ces circonstances le caractère d'une impossibilité légale; elle a seulement déclaré que l'excuse ne pouvait être admise sans que l'allégation du médecin ait été contrôlée par une preuve.

Honoraires. — Au sujet du règlement des honoraires dus au médecin pour l'accomplissement de la vérification requise, on nous donne connaissance d'instructions ministérielles, établissant une distinction qui paraît contraire à la doctrine des derniers arrêts de la Cour de cassation. Nous en transcrivons le passage suivant :

« Lorsque la visite du médecin a simplement pour objet l'exécution de la *mesure administrative* prescrite par l'art. 81 du Code Napoléon, pour la constatation des morts violentes dont la cause est notoire et sur lesquelles il ne plane aucun soupçon de nature à provoquer une descente de justice, la dépense ne peut être imputée sur les fonds du Ministère de la Justice, qui ne prend à sa charge que les frais occasionnés pour la recherche ou la poursuite des crimes ou délits, aux termes de l'art. 3 du décret du 18 juin 1811. Dans ce cas, les médecins doivent se pourvoir, pour obtenir le payement de leurs honoraires, auprès des autorités communales, sauf le recours de celles-ci envers la famille du défunt, etc. (1). »

Il résulte de ces instructions qu'il existerait deux sortes de vérifications de l'état des cadavres : une vérification présentant un intérêt *judiciaire*, et une vérification d'un intérêt purement *administratif*.

Les frais de la première auraient seuls le caractère de *frais de justice,* et les frais de la seconde devraient être compris parmi les frais d'*inhumation* dont l'avance est, en effet, au cas dont il s'agit ici, à la charge de la commune. Il y a là, croyons-nous, une véritable confusion que l'arrêt *de Lannégrie*, du 20 février dernier, est appelé à faire cesser. De ce que la vérification du médecin doit précéder l'inhumation, toutes les fois qu'il y a signes ou indices de *mort violente,* il ne suit pas de là qu'elle ne soit plus qu'une simple formalité administrative, relative à l'inhumation. Ce qui démontre clairement qu'il n'en est pas ainsi, c'est qu'avant les renseignements qui concernent l'individu et son identité, lesquels sont seuls utiles pour la rédaction de l'état civil, l'art. 81 du Code Napoléon, invoqué par le ministre, veut que le procès-verbal mentionne l'*état du cadavre et les circonstances y relatives.* Et à qui confère-t-il le soin de rédiger ce procès-verbal? Ce n'est plus à l'officier de l'état civil auquel revient pourtant dans les cas ordinaires la mission de s'assurer du décès et de recueillir les renseignements nécessaires à la rédaction de l'état civil, c'est à un *officier de police.* Qui ne comprend, après cela, que, loin de rentrer dans la série des formalités de l'inhumation, la mission décrite par l'art. 81 est précisément une dérogation à ces formalités?

La loi, quand il s'agit de mort violente, ne s'en rapporte pas à la notoriété publique; elle craint que le crime ne se cache sous les apparences du suicide ou d'un accident mortel. Voilà pourquoi elle veut le contrôle de la justice et les vérifications d'un médecin. Et afin qu'il n'y ait aucun doute à cet égard, un auteur fort compétent (1) enseigne que le procès-verbal constatant l'état du cadavre doit être envoyé sans retard au procureur impérial dont l'autorisation est nécessaire, sauf les cas d'urgence, pour procéder à l'inhumation. Au reste, si on s'en rapporte à une explication historique qui a été bien souvent donnée, l'art. 81 du Code Napoléon, dans la disposition qui ordonne de donner un procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, n'a eu d'autre but que de régler provisoirement la matière qui fait l'objet de l'art. 44 du Code d'instruction criminelle. Les deux articles sont l'expression de la même pensée. On n'a pas voulu, en 1803, laisser dans l'incertitude, jusqu'à la promulgation d'un Code d'instruction criminelle dont l'entreprise pouvait être retardée par tant d'événements, un point aussi important que celui de l'inspection, par mesure de police judiciaire, des corps des individus décédés en dehors des circonstances ordinaires.

C'est donc, ce semble, comme *frais de justice,* et sur les fonds du ministère de la justice, particulièrement affectés au payement des dépenses concernant la *recherche* des crimes et délits, que doivent être réglés et payés les honoraires dus aux médecins pour examen de cadavres. L'arrêt du 20 février 1857, qui assimile à une réquisition pour un cas de *flagrant délit,* la réquisition faite par un commissaire de police à un médecin, à l'effet de constater l'état d'un *cadavre trouvé sur le bord de la mer,* vient pleinement à l'appui de cette solution. Et il faut reconnaître que l'interprétation malencontreuse de l'instruction ministérielle, en réduisant à une simple formalité d'inhumation qui ne pourrait dès lors donner lieu à une réquisition obligatoire pour le médecin, la vérification prescrite par l'art. 81 du Code Napoléon, non-seulement contredit l'interprétation donnée par la Cour de cassation, mais encore tend à rendre fort difficile l'exécution d'une disposition dont l'objet cependant touche directement à l'intérêt public.

Quoi qu'il en soit, le dissentiment qui s'est élevé entre le ministère de la justice et celui de l'intérieur, sur cette question de payement des frais du rapport du médecin, produit les conséquences les plus fâcheuses. Notre correspondant nous écrit qu'il obéit aux réquisitions dans la crainte d'une application de la loi, et qu'il est obligé, par la résistance du procureur impérial et du maire, de renoncer à la rémunération qui lui est due. Ainsi, ce n'est pas assez que ces vérifications de l'état des cadavres, toujours si rebutantes, et quelquefois si difficiles et si dangereuses, soient taxées à un prix d'une insuffisance qu'on a, avec raison, considérée comme dérisoire (2), insuffisance qui est beaucoup plus évidente à une époque où la valeur relative des choses a considérablement changé, il faut encore que le recouvrement de cette taxe soit livré à toutes sortes d'incertitudes.

Nous signalons cet état de choses non-seulement aux organes de la presse médicale, dont le concours, nous l'espérons, ne nous fera pas défaut dans cette question, mais aussi aux associations de médecins. Cette question d'honoraires, dont la solution importe à la dignité de la profession non moins qu'aux intérêts de la classe si nombreuse des médecins des petites villes et

(1) Notre correspondant s'étant adressé au maire pour le payement de ses honoraires, ce fonctionnaire a objecté n'avoir pas d'instructions à cet égard.

(1) M. Hutteau d'Origny : *De l'état civil*, p. 389.

(2) Voir *Nouv. Répertoire* de MM. Dalloz, v° *Frais*, n° 1111.

des campagnes, vient s'inscrire d'elle-même à leur ordre du jour. Une association peut seule, en effet, sans parler de l'influence plus sérieuse qui s'attache à ses démarches, supporter les frais qu'il peut y avoir à débourser pour atteindre le but.

Quels moyens y a-t-il lieu d'employer en présence du refus du commissaire impérial et du maire pour arriver au payement des honoraires dus pour la rédaction du rapport? Cette question nous a paru embarrassante, eu égard à l'insuffisance de la législation. Peut-être pourrait-on employer utilement l'une des troies voies que nous allons indiquer.

Solution judiciaire. — On pourrait actionner la commune par les moyens ordinaires, en payement des frais du rapport considérés comme *frais relatifs à l'inhumation* d'un cadavre trouvé sur la voie publique, ainsi que l'indique la circulaire du ministre. La question pourrait ainsi être portée jusque devant la Cour de cassation, et il est probable que le ministre de la justice conformerait ses instructions à la décision rendue par la Cour, si elle était défavorable à l'interprétation de la circulaire.

Solution administrative. — Puisque le motif de la résistance opposée à la demande de payement des frais du rapport sur les fonds du ministère de la justice provient d'instructions émanées du ministre, il paraît rationnel de provoquer, par un mémoire adressé au ministre lui-même, un nouvel examen de la question. Le récent arrêt *de Lannégrie*, qui est appelé à exercer une influence incontestable sur la solution de la difficulté, justifierait suffisamment cette démarche.

Solution législative. — Lorsque la solution d'une question présente de trop grandes difficultés, nous avons vu quelquefois les intéressés recourir au Sénat par voie de pétition. Le Sénat, avant d'examiner si une modification de la législation est nécessaire, fait rechercher s'il n'existe pas des moyens de solution que le pétitionnaire pourrait faire valoir. On comprend quelle autorité s'attache alors à l'interprétation donnée dans le rapport qui intervient.

Si les associations ne peuvent qu'assister le médecin dans le premier cas, elles sont assurément placées pour agir d'office dans le second. En terminant ce travail, que nous n'avons rendu si long que par le désir de répondre à la confiance des médecins, lecteurs de ce journal, qui ont bien voulu nous soumettre leurs difficultés, nous croyons nécessaire de rappeler que c'est uniquement pour être plus utiles à nos correspondants, que nous avons parlé du concours qui pourrait être donné par la presse médicale et par les associations de médecins. Toute prétention d'initiative est bien loin de notre pensée, et en relevant une question qui se présentait tout naturellement dans la discussion, nous avons eu seulement l'espoir de provoquer des appréciations plus compétentes que la nôtre. E. MARTIN,

Avocat, docteur en droit.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 juillet 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

M. MILNE-EDWARDS présente à l'Académie la deuxième fascicule de ses *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée des animaux.*

M. COMBES lit un mémoire *sur la circulation nerveuse.* Les *Comptes rendus* ne donnent aucun détail sur cette lecture.

Hystérie. — M. J. Cloquet présente, au nom de M. NÉGRIER, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers, un travail intitulé : *Recueils de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques chez la femme.*

M. DANDRAUT présente un *Mémoire sur la conservation des substances alimentaires.*

M. BROSSETTE soumet au jugement de l'Académie un *procédé pour la mise au tain des glaces*, procédé qui met les ouvriers à l'abri des dangers auxquels les expose le contact avec le mercure employé dans le mode habituel d'étamage des miroirs.

Physique. — M. P.-A. FAVRE adresse un mémoire intitulé : *Recherches sur les courants hydro-électriques.*

Physiologie végétale. — M. C.-M. GUILLEMAIN envoie un mémoire qui a pour titre : *Développement de la matière verte des végétaux et flexion des tiges sous l'influence des rayons ultra-violets du spectre solaire.* Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

« 1° Les rayons ultra-violets déterminent la formation de la matière verte des végétaux ;

« 2° Ces mêmes rayons opèrent la flexion des tiges plus rapidement que les rayons de la partie visible du spectre. »

M. CH. MARTINS. — *De la coalesence des têtes du radius et du cubitus pour former le chapiteau du tibia dans les mammifères.*

M. TH. DUMONCEL. — *Expériences sur les électro-aimants en fer à cheval, n'ayant qu'une seule hélice magnétisante.*

Ethnographie. — M. A. REGNOSO communique à l'Académie une note *Sur l'embaumement chez les Indiens américains.* (*Voir* le dernier numéro.)

Conservation des grains. — M. DOYÈRE adresse à l'Académie une lettre *Sur la conservation des grains par la chaux*, à l'occasion d'une communication récente de M. Persoz.

« La chaux m'avait donné les plus beaux résultats. Cependant, j'y ai renoncé, et je ne la conseillerais plus aujourd'hui que pour certains cas très-restreints que j'indiquais déjà dans mon mémoire de 1852. La raison de cet abandon, c'est que je suis arrivé à un mode d'ensilage beaucoup moins coûteux à établir, et qui comporte une pratique infiniment plus économique et moins encombrante. Je renonce à l'ensilage hors du sol. Je donnais déjà, dans le mémoire que je cite, une partie des raisons qui ont dû m'y décider. Et quant aux *silos souterrains*, je les construis réellement hermétiques. Par cela seul, la chaux et toute autre préparation des grains y sont sans objet dans la presque totalité des cas. Les blés trop humides pour s'y conserver indéfiniment s'y gardent sans altération notable aussi longtemps qu'il est nécessaire pour la plupart des usages que l'on en doit faire. Le besoin que l'on peut avoir de dessécher les grains pour les ensiler se trouve réduit à des cas exceptionnels, et pour ceux de ces cas qui comportent des masses d'une certaine étendue, il sera préférable à tous les points de vue d'avoir recours à l'étuvage réglé par les moyens que j'ai indiqués. Cela n'empêche pas que mes travaux sur l'emploi de la chaux n'aient précédé de plusieurs années les essais de MM. Persoz et Petitot, puisque le plus ancien de ces essais n'a commencé que le 3 décembre 1852. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 14 juillet.

Discussion sur l'anesthésie.

DISCOURS DE M. DEVERGIE.

M. DEVERGIE. Une savante, mais pénible discussion vient de se produire depuis près de deux mois à la tribune de l'Académie. Je dis pénible, car cette discussion, qui avait pour point de départ la communication que j'avais eu l'honneur de faire à la Compagnie, a reposé presque tout entière sur des opinions qui n'étaient pas les miennes; j'ai dû protester dès la séance qui a suivi celle où ma lecture a été faite; mais alors il était déjà trop tard; une interprétation avait été donnée par mon honorable collègue M. Velpeau. Elle avait été acceptée par tout le monde, et, au lieu de recourir au texte de mon mémoire, qui pendant cinq semaines est resté dans les bureaux de l'Académie, les membres qui ont pris la parole ont préféré le vague et l'incertitude dans les opinions émises, à un contrôle qu'il était si facile de faire.

On a même été plus loin et sans intention blessante; on a pu supposer que j'avais altéré le texte primitif de ma communication. Ce n'a

été, je le sais, qu'un moment d'oubli, et j'ai trouvé plus tard dans la publicité que M. Larrey a donnée à son discours, la preuve qu'il savait rendre à mon caractère personnel toute la justice que je me plais à rendre au sien.

Ce sera pour moi, dans l'avenir, et peut-être aussi pour l'Académie, un enseignement ; à savoir qu'en pareille occurrence, et lorsqu'il s'agira d'une discussion qui touche à des intérêts si graves, elle ne puisse s'engager qu'après l'impression du mémoire.

J'ai donc besoin aujourd'hui de rétablir les faits dans toute leur sincérité, de montrer comment mes opinions ont été faussées, de me placer sur le véritable terrain de la discussion.

Mais par cela même que le champ de la discussion a été très-élargi, l'Académie me permettra de suivre mes opposants là où ils m'ont conduit, et de donner à ma communication première une extension que j'avais voulu éviter.

Vous vous le rappelez, Messieurs, dans une discussion qui eut lieu dans le sein de la Compagnie, à l'occasion du rapport de M. Robert sur l'amylène, deux assertions avaient été émises, l'une par M. Gibert, l'autre par M. Velpeau.

M. Gibert attribuait à une seule et même cause la mort des individus soumis à l'éthérisation. Il la rattachait à l'idiosyncrasie, et il exonérait ainsi complétement les médecins.

D'une autre part, M. Velpeau avait avancé qu'il considérait à peu près comme inutiles les appareils qui avaient été inventés pour pratiquer l'éthérisation.

Dans la communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, je me suis exprimé de la manière suivante en ce qui concerne les causes de la mort par le chloroforme :

« Si, en effet, je recherche sous l'influence de quelle cause la mort par l'héter, le chloroforme ou l'amylème peut survenir, je suis porté à penser que cette cause *n'est pas toujours la même.* » (*Bull. de l'Acad.*, t. XXII, p. 822.)

Après avoir rappelé la mort que l'on pourrait rattacher à l'idiosyncrasie du sujet, c'est-à-dire celle qui a lieu dans les premiers moments de l'éthérisation, et après avoir signalé la différence qui existe entre l'homme et les animaux par rapport au mode suivant lequel la mort arrive chez l'un et chez l'autre, j'ajoute (p. 823) : « Ainsi, l'homme ferait exception ; de là des explications plus ou moins fondées de la mort : ici la syncope, là une influence morale qui éteint soudainement la vie ; ailleurs, une influence directe sur le cerveau et sur tout le système nerveux, une action toute spéciale sur le cœur, etc. »

Et plus loin : « Il n'en résulte pas moins que le genre de mort *n'est pas constamment le même,* » et tirant ensuite une conclusion de certaines considérations que j'avais émises, j'ajoute : « qu'il me paraît impossible de ne pas admettre qu'il est des cas où la mort *puisse survenir par asphyxie.* »

Je trouve (même page) cette phrase : « Dans certains cas même, la mort est probablement due et *à l'influence directe du chloroforme, et à l'asphyxie à la fois.* »

L'alinéa suivant commence ainsi : « A l'appui de ce *genre de mort possible* par asphyxie, j'invoquerai, etc. »

Le dernier paragraphe de la page 825 reproduit la même idée.

Enfin, la conclusion ne peut laisser aucun doute à cet égard.

La mort dans l'éthérisation *peut avoir lieu par asphyxie.*

Cette asphyxie *peut être* le résultat de la *quantité trop faible* d'air qu'on laisse arriver dans les poumons.

Lorsque l'air n'arrive pas en *suffisante quantité* dans les poumons, c'est la faute de l'opérateur.

Placer l'opérateur dans des conditions telles, qu'il ne puisse jamais commettre cette faute, etc.

Ainsi, Messieurs, il résulte évidemment pour tout le monde :

1° Que dans ma communication je n'ai pas fait de l'asphyxie la cause unique de la mort par le chloroforme ;

2° Que je n'ai présenté l'asphyxie que comme un mode *possible* de mort ;

3° Que je n'ai jamais entendu parler de cette asphyxie *brutale*, que l'on me passe cette expression, comme celle qui résulte d'un tampon que l'on vient à appliquer sur le nez et la bouche d'un individu, de manière à mettre tout à coup un obstacle absolu à l'entrée de l'air ; mais bien de cette asphyxie qui résulte d'une *insuffisance* d'air, laquelle insuffisance devient cause de mort, soit seule, soit en s'ajoutant à l'action du chloroforme, car si tout en faisant respirer du chloroforme à un malade, on avait laissé arriver en même temps une quantité suffisante d'air, la mort ne serait pas survenue.

Six passages de ma communication se relient et s'enchaînent pour exprimer ma pensée à cet égard.

En présence de ces assertions si nettes, je me demande comment M. Velpeau, qui le premier a pris la parole dans cette discussion, a pu dire : *Je ne nie pas l'asphyxie, mais il me semble qu'il n'est pas soutenable de prétendre que la mort n'arrive jamais que par asphyxie.*

Et chacun de s'emparer de cette fausse interprétation de M. Velpeau, chacun de la répéter, chacun de la publier et de la reproduire, malgré mes dénégations, malgré l'impression de mon mémoire dans le *Bulletin de l'Académie.*

Je comprends qu'avec un pareil thème l'argumentation ait été facile, et l'Académie me rendra cette justice qu'il m'a fallu un sentiment bien vif de retenue, une conscience bien complète de mes devoirs envers une Compagnie à laquelle j'ai l'honneur d'appartenir, pour avoir supporté pendant deux mois cette pénible argumentation sans en appeler à la tribune, sans en appeler à la publicité.

Quelle a été maintenant ma conclusion ? J'ai vu dans la proposition de M. Velpeau, qui considérait les appareils comme *inutiles* à l'éthérisation, ajoutant que l'éthérisation c'était le chirurgien, j'ai vu, dis-je, un danger au point de vue de la responsabilité médicale. J'ai terminé mon mémoire en ajoutant : *Il y aurait donc lieu de préconiser, dans les éthérisations, l'emploi d'appareils à ouvertures fixes et invariables pour l'entrée de l'air, plutôt que d'en repousser l'usage.*

C'était évidemment la conséquence de la possibilité de l'asphyxie par insuffisance d'air.

C'était encore, au point de vue de la responsabilité médicale, un moyen de couvrir le médecin.

C'était demander si, contrairement à l'assertion de M. Velpeau, les appareils *ne pouvaient pas être utiles.*

Comment a-t-on encore interprété ma pensée ? On la transformée en une prescription absolue des appareils. On a prétendu que je voulais imposer les appareils dans la pratique chirurgicale, moi qui ne suis pas chirurgien, moi qui n'ai aucun droit à m'immiscer dans la pratique de la chirurgie !

Mais à l'instar de tout médecin qui tient à l'honorabilité du corps médical, j'avais, je crois, plus que tout autre, le droit de venir dire à mes confrères : *Prenez garde*, avec la méthode opératoire que l'on préconise, *vous êtes à découvert*, vous vous livrez tout entier au soupçon ; souvent, trop souvent on a fait une application à votre art de l'article 319 du Code pénal ; *proscrire les appareils*, c'est ouvrir une large porte *à toutes les suppositions.*

Je n'ai pas dit autre chose, et je ne pouvais dire autre chose.

Voilà les faits dans toute leur pureté, tels qu'ils ont été primitivement formulés, et j'ai la conviction que si chacun de vous avait pu lire mon mémoire avant la discussion, celle-ci eût été moins pénible pour vous, et surtout moins pénible pour moi.

Aujourd'hui, loin de reculer devant une conviction que l'on n'a pas ébranlée, je vais chercher à lui donner plus de poids en suivant les membres qui ont bien voulu prendre la parole sur le terrain où ils m'ont entraîné. Je vais embrasser la question de la responsabilité médicale tout entière, en empruntant à l'art de la chirurgie ce qu'il me faut pour l'élucider, sans me préoccuper de l'art en lui-même, auquel il ne m'appartient pas de fournir des préceptss ou des procédés opératoires.

Mais, a-t-on dit déjà, il est évident que vous n'avez pas commis une erreur scientifique, ainsi que nous le pensions ; mais vous avez commis une inconséquence en proposant de substituer des appareils aux moyens ordinaires aujourd'hui mis en usage, car vous proposez le moyen en vue de *l'exception.*

J'espère démontrer que je n'ai pas plus péché par inconséquence que par ignorance, car si l'exception *tue*, et que la règle *ne protége*

même pas l'exception, je suis encore conséquent avec moi-même en proposant de ne pas abandonner un moyen qui met le malade à l'abri de ce danger. Au surplus, nous allons voir si ce moyen a les limites que l'on prétend lui assigner.

J'ai tenu à produire ces faits par écrit, afin d'édifier l'Académie tout entière sur la manière de voir que j'ai émise, et aussi de fournir à la presse médicale, que je sais aussi bienveillante qu'impartiale, le moyen de détruire les erreurs qu'elle a propagées en insérant textuellement ces quelques pages, ce dont je lui serai très-reconnaissant.

J'aborde maintenant le sujet de la discussion. Et d'abord en ce qui touche l'opinion émise par M. Gibert, à savoir : que tous les décès que l'on a observés dans le cours des éthérisations devaient être rattachés à l'idiosyncrasie des sujets, j'ai établi dans ma communication que les causes de la mort par le chloroforme étaint multiples, et je me suis borné à dire que je ne pouvais par conséquent me ranger à l'opinion de mon collègue de l'hôpital Saint-Louis. M. Gibert, ayant pris la parole après M. Velpeau, à taxé d'*incroyables* et mon opinion et ma communication à l'Académie.

Cette expression, je l'accepte, quant à mes opinions sur les causes de la mort; car j'ai l'honneur de la partager avec un homme qui, pendant de longues années, a été placé à la tête de la chirurgie française et dont la sincérité chirurgicale était devenue proverbiale, je veux parler de l'honorable Roux, l'ancien professeur de la Faculté de Médecine de Paris, l'ancien chirurgien de la Charité.

Voici en effet comment s'exprimait M. Roux à cette tribune même, lors de la discussion qui eut lieu sur le chloroforme et sur l'éther, en 1849 : « Ma pensée est donc, disait-il à l'Académie, que dans *presque tous* et peut-être dans *tous* les cas dont on argue, et que l'on se complaît à faire valoir contre l'emploi du chloroforme, il y a eu, ou *faute grave* dans l'application des moyens, si la mort a été la suite de la seule anesthésie, ou complication, accidents dans les effets du moyen anesthésique, dont l'usage, il faut en convenir, aura été l'occasion. » (*Bull. de l'Acad.*, t. XIV, p. 425.)

Et il ajoutait, pour le dire en passant : « Une première chose m'a frappé, c'est qu'excepté le cas où on s'est servi d'un appareil, dans tous les autres on avait employé l'éponge ou le mouchoir. »

En présence d'une opinion si nettement formulée, opinion plus avancée encore que la mienne, et émanée d'un chirurgien de la valeur de Roux, n'aurai-je pas le droit de me demander à laquelle des deux manières de voir il y aurait lieu d'appliquer la qualification d'incroyable, de celle de M. Gibert ou de la mienne? Je m'abstiendrai de poser la question.

Quant à ma communication à l'Académie, n'étais-je pas en droit de venir soulever une question de responsabilité médicale? Cette question se rattache, il est vrai, à la chirurgie, mais ne pouvait-elle pas se rapporter aussi bien à la médecine, à l'art des accouchements, à quelque branche que ce soit de l'art de guérir? La médecine légale n'a-t-elle pas autant de points de contact avec la chirurgie qu'avec toutes les autres branches de l'art? et dès lors cette communication est-elle si étrange, si incroyable qu'on veut bien le dire....?

Mais laissons de côté cette discussion toute secondaire pour nous occuper du point principal, c'est-à-dire de l'assertion émise par notre honorable collègue, M. Velpeau. M. Velpeau a prétendu que les appareils inventés pour pratiquer l'éthérisation étaient inutiles. J'ai vu là un danger pour le médecin au point de vue de la responsabilité médicale, et j'ai posé la question de savoir si au lieu de repousser les appareils, il ne serait pas plus sage d'en préconiser l'emploi?

A cette occasion, les membres de l'Académie qui ont bien voulu prendre la parole, ont traité la question physiologique et chirurgicale de l'éthérisation; ils se sont peu occupés de la question de responsabilité médicale. J'ai donc besoin de les suivre dans leur argumentation, et pour le faire avec quelque fruit, je me propose de discuter et de résoudre d'abord deux questions préalables dont la solution me facilitera singulièrement celle de la responsabilité médicale. Ces deux questions sont les suivantes :

PREMIÈRE. — *Dans quelles périodes de l'éthérisation un individu peut-il succomber, et quelles sont alors les causes de la mort?*

DEUXIÈME. — *Existe-t-il en chirurgie des règles qui puissent constituer l'éthérisation à l'état de méthode opératoire généralement adoptée?*

Relativement à la première question, je dirai que la mort peut survenir dans toutes les phases de l'éthérisation; ainsi 1° au début, dans les premières secondes, dans la première minute; 2° lors d'une inhalation prolongée; 3° pendant une inhalation de moyenne durée qui varie entre cinq et vingt minutes.

Lorsque la mort arrive pendant les premiers instants de l'éthérisation, elle peut tenir à deux causes : ou à l'*idiosyncrasie* du sujet, ou à une *inhalation brusque de l'éther presque pur.*

La mort par idiosyncrasie est tout à fait exceptionnelle; car elle est une conséquence d'une organisation, d'un mode particulier de l'organisme en vertu duquel l'individu est tout à fait antipathique au chloroforme; le cachet de cette condition toute spéciale, c'est qu'elle se manifeste toutes les fois que le sujet sera soumis à des éthérisations et quelle que soit la distance plus ou moins éloignée entre chacune d'elles. Telle était cette dame qui nous a été citée par MM. Jobert et Nélaton. Chloroformée à deux ans de distance, avec les plus grandes précautions, la première fois par M. Nélaton, la seconde par M. Jobert, elle a offert dans les deux cas et dès le début, des accidents graves qui pendant un quart d'heure ont mis sa vie en danger, quoique dans les deux cas la dose de chloroforme ait été très-faible; mais je ne saurais considérer comme une mort que l'on puisse et que l'on a rattachée à l'idiosyncrasie, le cas cité de cette jeune fille qui, ayant été chloroformisée une première fois avec succès, se refusait d'abord à se faire éthériser une seconde fois, et qui, ayant fini par accéder au désir des personnes qui l'entouraient, plaça et tint elle-même le mouchoir sur lequel on avait versé du chloroforme, devant les voies respiratoires, et succomba après quelques inspirations.

L'idiosyncrasie est une chose acquise, reproduisant toujours les mêmes effets, dans les mêmes circonstances. J'ai longtemps connu une dame très-nerveuse, qui était antipathique à l'opium, elle ne pouvait supporter un dixième de grain d'extrait aqueux, sans offrir des symptômes alarmants qui se rapprochaient plus ou moins de ceux de l'empoisonnement par cette substance. Dix fois on a cherché à lui administrer des préparations opiacées et toujours avec les mêmes résultats.

Ces cas d'idiosyncrasie sont très-rares en médecine, et quand on voit que l'on a pu enregistrer 84 cas de décès par le chloroforme en quatre ans, on a lieu d'être surpris que l'on ait pu avoir la pensée d'attribuer à l'idiosyncrasie seule ces 84 décès.

Une inhalation brusque d'un éther pur peut amener la mort d'une manière foudroyante. Telle a été la fin malheureuse du docteur Adams, d'Edimbourg, qui, voulant connaître et apprécier par lui-même les effets des vapeurs concentrées de chloroforme et en ayant chargé un appareil outre mesure, aspira ces vapeurs et tomba foudroyé. Telle a été la mort de ce garçon marchand de vin, qui prenait plaisir à respirer du chloroforme sur un mouchoir, et que l'on trouva mort après avoir vidé un flacon de 32 grammes de cet éther.

M. Maisonneuve, dans la discussion qui a eu lieu à la Société de Chirurgie sur l'éthérisation, a parfaitement précisé deux circonstances de l'éthérisation dans lesquelles la mort peut arriver de cette manière; plusieurs membres de l'Académie ont eux-mêmes cité ces deux modes possibles dans leur argumentation. Dans un premier cas, l'individu éthérisé a une vive répulsion pour le chloroforme, il s'y soustrait, retient sa respiration, mais bientôt il ne peut résister au besoin imminent de respirer, il fait une brusque et puissante aspiration et il tombe frappé de mort. Dans une circonstance opposée, le malade désire ardemment le chloroforme, il se jette sur la compresse ou le mouchoir à éthérisation, multiplie les aspirations et meurt de la même manière.

Dans les deux cas, je dis que la mort a lieu par asphyxie et non par empoisonnement, car la mort est trop rapide pour permettre le transport de l'éther au centres nerveux par l'intermédiaire de la circulation.

Le tissu des poumons et les nerfs pneumo-gastriques sont frappes de stupeur et la mort est instantanée.

Les expériences de M. Coze, de Strasbourg, qui est parvenu à pa-

ralyser à volonté le cœur droit ou le cœur gauche, en injectant du chloroforme par la veine jugulaire ou par la trachée-artère: celles de MM. Denonvilliers et Gosselin, celles de M. Robert, démontrent, à n'en pas douter, que les éthers ont une action anesthésique locale, comme une action anesthésique générale. Cette action est stupéfiante. D'une autre part, M. Bouisson ayant fait inspirer du chloroforme à des animaux, s'est assuré, en mettant à nu les nerfs pneumo-gastriques, qu'ils étaient frappés d'insensibilité absolue; qu'on pouvait les piquer, les déchirer, sans qu'ils manifestassent la moindre trace de sensibilité.

On conçoit dès lors que les poumons puissent être tout à coup frappés de stupeur ainsi que les nerfs pneumo-gastriques, et que la mort survienne par cette cause avec la rapidité de la foudre.

J'ai démontré, dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie et qu'elle a inséré dans ses mémoires, qu'il n'y avait qu'une seule apoplexie foudroyante, celle de la protubérance-annulaire; que dans tous les autres cas de mort foudroyante et subite, c'était par les poumons que la mort avait lieu; qu'il se produisait alors, non pas cette apoplexie si bien décrite par M. Cruveilhier, mais une congestion, une réplétion brusque, instantanée de tous les vaisseaux, sans infiltration sanguine, sans épanchement danr le tissu des poumons, et que 46 fois sur 47, les choses se passaient ainsi. J'ai détruit cette opinion erronée, mais générale, qui rattachait à l'apoplexie foudroyante les morts subites.

Voici donc *une première espèce d'asphyxie* dans l'éthérisation, car toute mort par les poumons ne saurait porter d'autre dénomination; ce n'est pas là un empoisonnement, ou c'est un empoisonnement partiel; telles sont les deux causes de mort dans les cas d'inhalation brusque.

Lorsque la mort est le résultat de l'inhalation prolongée, la mort arrive d'une tout autre manière. C'est par la paralysie des muscles inspirateurs, dépendant de la sidération de tout le système nerveux. C'est là, comme on l'a dit, une asphyxie *réflexe*. Les expériences de MM. Flourens, Longet, Jobert, de Castelnau, celles de la Société médicale d'émulation, ne sauraient laisser de doute à cet égard. Elles démontrent que toutes les parties des centres nerveux sont successivement envahies par l'éther, depuis les lobes cérébraux jusqu'à la moelle allongée; qu'ainsi amenées à l'état de stupeur, elles produisent d'abord la paralysie du train postérieur de l'animal, puis celle du train antérieur, puis celle des muscles inspirateurs, du diaphragme, et enfin que les nerfs de la vie organique étant atteints à leur tour, le cœur est l'*ultimum moriens*.

C'est donc là *une seconde espèce d'asphyxie* que l'on a nommée *réflexe*, et à cet égard, j'invoquerai le témoignage de M. Bérard qui, dans la discussion de l'Académie, a admis (t. XII, p. 412) une asphyxie secondaire par la paralysie des muscles inspirateurs; il y a là un empoisonnement général, mais la mort arrive par la suspension de la respiration qui éteint réellement la vie et qui est le point de départ de la mort.

J'arrive maintenant à rechercher quelles peuvent être les causes de la mort qui survient dans le cours de l'éthérisation ordinaire de 5 à 20 minutes de durée. Pour les expliquer, une première hypothèse a été formulée par M. Amussat, c'est celle d'une altération dans la composition chimique du sang par les éthers. Il a cru en avoir donné la preuve à l'aide d'une expérience qui consiste à ouvrir en même temps une veine et une artériole chez un animal amené à l'état d'anesthésie. Le sang s'écoule alors noir de la veine et de l'artère. Mais des expériences de MM. Renaud et Dupuis (d'Alfort) ont prouvé que ce phénomène ne se produisait pas lorsqu'on laissait arriver aux poumons une quantité d'air respirable pour entretenir l'oxygénation du sang; qu'il y avait donc dans les expériences d'Amussat un phénomène d'asphyxie ajouté à l'influence de l'éther; aussi cette opinion a-t-elle été abandonnée.

Notre savant collègue, M. Jobert, a dit à cette tribune que les éthers n'exerçaient aucune influence sur le sang. Nous ne saurions admettre une opinion aussi absolue. Et d'abord nous vous rappellerons les expériences de MM. Ville et Blandin, qui prouvent que si l'on analyse l'air expiré par les animaux pendant l'éthérisation, on observe que la quantité d'acide carbonique qu'il renferme va en progressant jusqu'au moment où l'anesthésie est obtenue, de manière que la quantité soit doublée. Ainsi, tandis que la quantité d'acide carbonique qui s'exhale pendant l'expiration ordinaire est de 2,5 pour 100, sa proportion augmente pendant la respiration des éthers de manière à représenter dans l'air expiré 5 pour 100. D'une autre part, M. Bouisson ayant repris ses expériences en prolongeant l'éthérisation malgré l'anesthésie obtenue, a remarqué qu'il arrivait un moment où l'air expiré ne contenait plus d'acide carbonique. Il en a conclu que les éthers s'opposaient à l'oxygénation du sang. Vous n'avez pas oublié les expériences de M. Lassaigne sur les changements chimiques que subit le sang pendant l'éthérisation. Elles démontrent que si on analyse le sang du même animal avant et après l'éthérisation, on trouve que le sérum a augmenté dans la proportion de 6 pour 100 et que la matière plastique du sang, la globuline, a diminué dans la même proportion.

D'où j'en conclus que, si les éthers n'exercent pas une influence assez directe sur le sang pour qu'elle puisse expliquer leurs propriétés délétères, ils exercent cependant une certaine influence physique par déplacement de l'acide carbonique, et aussi une certaine influence chimique qui modifie la composition de ce fluide.

Une opinion qui compte aujourd'hui beaucoup de partisans, et qui expliquerait la mort durant les éthérisations ordinaires, c'est celle qui tend à la rapporter à la *syncope*. Cette opinion repose, d'une part, sur l'observation chez l'homme; d'autre part, sur les expériences qui ont été faites sur les animaux. On a souvent remarqué que, chez l'homme, la circulation s'affaiblissait et s'arrêtait avant la respiration. D'une autre part, les expériences de MM. Robert, Denonvilliers et Gosselin, Coze, etc., prouvent que, dans un grand nombre de cas, le cœur est plus accessible à l'action de l'éther en circulation dans le sang que d'autres organes.

Suivant nous, il y a deux espèces de syncopes possibles dans l'éthérisation: l'une primitive, l'autre secondaire. La première est le résultat d'impressions morales; elle peut avoir lieu dans des éthérisations d'un certain laps de temps de durée, tant que l'individu soumis à l'éthérisation conserve le sentiment de sa position. La seconde est une syncope réflexe par sidération du système nerveux général, comme il existe, ainsi que nous l'avons prouvé, une asphyxie réflexe; elle se montre chez les individus dont le cœur est plus impressionnable; c'est probablement elle qui survient, notamment quand le cœur est malade, quand il existe des prédispositions à la syncope. Ainsi, quoique le cœur, durant l'éthérisation, soit, chez les animaux, l'*ultimum moriens*, il peut, chez l'homme, sous l'influence de ses facultés affectives, mourir le premier.

Enfin, dans le cours des éthérisations ordinaires, la mort peut survenir par asphyxie, en ce sens que, comme cela avait lieu chez les animaux sacrifiés par Amussat, on ne laisse pas arriver dans les poumons, durant l'éthérisation, une suffisante quantité d'air.

La plus grande partie des membres qui ont pris la parole dans cette discussion s'étant élevée contre ce genre d'asphyxie, nous avons besoin de nous appuyer de l'autorité d'hommes compétents en pareille matière. L'autorité et le nombre ne nous feront pas défaut.

Et d'abord nous citerons la quatrième conclusion adoptée par l'Académie tout entière, lors du remarquable rapport de M. Malgaigne; elle est ainsi conçue:

« Certains modes d'administration apportent un danger de plus, étranger à l'action du chloroforme lui-même: ainsi *on court les risques de l'asphyxie*, soit quand les vapeurs anesthésiques ne sont pas *suffisamment* mêlées d'air atmosphérique, soit quand la respiration ne s'exerce pas *librement*. »

Et dans le cours de son rapport, M. Malgaigne dit: « Nous croyons qu'il peut tuer (le chloroforme) *directement* par lui-même, *indirectement par asphyxie*. » (T. XII, p. 273, *Bull. de l'Acad.*)

Je vous ai cité l'opinion de M. Bérard. M. Parchappe a insisté sur ce genre de mort. Blandin préconisait les appareils et admettait l'asphyxie comme cause de la *généralité* des cas de mort par le chloroforme. Vous avez vu quelle était l'opinion de Roux. Je crois savoir que les opinions de M. Malgaigne ne se sont pas modifiées depuis cette époque, car il enseignerait de surveiller et la respiration et la

circulation, mais surtout la respiration. Si l'on consulte les ouvrages qui sont entre les mains des élèves, notamment le *Traité de pathologie* de Vidal (de Cassis), on y voit, dans un des articles les plus consciencieux que l'on puisse citer, les formules suivantes à l'égard de l'asphyxie :

« L'asphyxie peut survenir pendant toutes les périodes de l'inhalation, mais elle est plus naturellement liée aux dernières périodes de l'éthérisation.

« Les causes d'asphyxie sont, pour ainsi dire, *inhérentes* à l'éthérisation. Il faut noter surtout le *peu d'air respirable* dans les poumons, la torpeur des nerfs pneumo-gastriques, la suppression de l'innervation, en général, qui paralyse les organes actifs de la respiration.

« L'asphyxie *étant à craindre,* on ne fera pas respirer les vapeurs éthérées pures, on donnera assez d'air pour que l'oxygénation du sang puisse avoir lieu.

« Chaque accident que je viens de décrire peut revêtir un caractère grave qu'il emprunte ou à la syncope ou à l'*asphyxie.* »

« De tout ce que j'ai observé, de tout ce que j'ai lu sur les cas malheureux, comme sur les expériences, il m'est resté, comme enseignement pratique, que ce que l'on doit le plus surveiller, *c'est la respirtion.* Dès que vous constaterez de ce côté un véritable trouble, arrêtez-vous. »

Il n'est pas jusqu'aux antagonistes les plus absolus de la mort par asphyxie qui ne puissent nous prêter l'autorité de leurs noms ; car nous trouvons dans le *Compendium de Chirurgie* de MM. Denonvilliers et Gosselin la phrase suivante :

« Nous avons dit que les malades n'étaient pas morts asphyxiés ; cependant, il y aurait un danger incontestable à produire même un commencement d'*asphyxie ;* ce serait une cause qui s'ajouterait pour arrêter les mouvements du cœur. »

Ainsi, vous le voyez, dans le passé comme dans le présent, nous trouvons les preuves les plus irrécusables de la possibilité de la mort par asphyxie, et nous n'avons pas dit autre chose dans notre mémoire. Il y a plus, nous avons été moins loin que tous les auteurs que nous venons de citer.

Si maintenant nous résumons dans leur ensemble et les causes de la mort et le mode d'action durant l'éthérisation, nous dirons que les éthers sont des *poisons stupéfiants ;* qu'il existe trois modes généraux de mort : 1° *par idiosyncrasie ;* 2° *par syncope ;* 3° *par asphyxie ;* que la syncope est de *deux sortes, par cause morale et par action réflexe sur le cœur ;* qu'il y a *trois sortes d'asphyxie,* celle *par stupeur pulmonaire ou sidération du tissu pulmonaire et des nerfs pneumo gastriques, par stupeur musculaire provenant de la sidération générale du système nerveux, et enfin par insuffisance ou privation d'air.*

Existe-t-il, en chirurgie, des règles qui puissent constituer l'éthérisation à l'état de méthode opératoire généralement adoptée ?

L'opération de l'éthérisation embrasse quatre faits principaux : 1° les préceptes généraux de l'éthérisation, 2° le choix de l'éther ; 3° l'excipient de l'éther ; 4° le dosage. Nous allons les passer successivement en revue.

Nous reconnaissons d'abord que la chirurgie a posé quelques préceptes généraux, notamment les suivants : Ne jamais éthériser les individus dans la position verticale ; autant que faire se peut, ne pas même les éthériser quand ils sont assis, ces situations prédisposant à la syncope ; ne pas éthériser les personnes très-sujettes à l'état syncopal ; ne pas pratiquer cette opération chez celles qui ont une maladie du cœur ; faire choix de chloroforme ou d'éther pur, surveiller toujours la respiration et la circulation ; s'arrêter quand on aperçoit quelques troubles dans ces fonctions. Puis surviennent alors des préceptes généraux différents, suivant les chirurgiens : les uns sont pour que l'on sonde, pour ainsi dire, la susceptibilité des individus, leur impressionnabilité à l'éther ; d'autres veulent, au contraire, que dès l'abord on administre le chloroforme presque pur. Ceux-ci sont pour une anesthésie graduée obtenue dans un délai de cinq à dix minutes, ceux-là veulent arriver en deux à trois minutes à l'éthérisation profonde ; les uns se contentent de la perte de la sensibilité, les autres veulent, dans tous les cas, que l'on obtienne le *collapsus.*

Voilà ce à quoi se réduisent les préceptes de l'éthérisation ; on peut voir déjà qu'il existe une certaine variation dans les opinions sur des faits d'une importance majeure.

Relativement au choix de l'éther, il y a plus d'homogénéité. Mais, malgré l'usage le plus généralement reçu de se servir du chloroforme, il faut cependant reconnaître qu'il est aujourd'hui un certain nombre de chirurgiens qui ont une tendance à revenir à l'emploi de l'éther : tel était Vidal (de Cassis), qui n'hésitait pas sur ce choix ; tel est M. Barrié (de Lyon), qui n'emploie jamais que l'éther. L'amylène est venu prendre place comme agent anesthésique. Quel sera le dernier mot à l'égard de ces divers éthers ? C'est ce que l'avenir peut seul nous apprendre.

Excipients. — Par excipients des éthers, il faut comprendre tous les moyens dont on peut se servir pour présenter l'éther aux malades et leur faire respirer. Ici, nous voyons les chirurgiens divisés en deux camps : les uns se servent d'appareils spéciaux, les autres ne s'en servent pas. Ils s'adressent à une compresse, à un tampon de charpie recouvert d'une compresse, à une éponge tenue entre les doigts ou placée dans un cornet de papier, à un mouchoir, à une soucoupe ou une assiette dans laquelle on se borne à verser le chloroforme.

Les appareils, il faut bien le reconnaître, varient comme les chirurgiens ; chacun a le sien, chacun a sa petite modification, et pour vous donner une idée du nombre d'instruments de ce genre qui a pu être imaginé pour pratiquer l'éthérisation, il vous suffira de savoir que M. Charrière père en a proposé plus de soixante à lui seul.

Mais, il faut bien le reconnaître, la généralité de ces appareils ne repose sur aucune loi physique, et cependant, en présence d'un agent *merveilleux,* mais *terrible,* ainsi que l'a qualifié M. Flourens, il y avait bien lieu de tenir compte des principes de physique qui régissent l'évaporation des corps. Ce raisonnement est plus applicable encore à l'emploi des compresses, éponges, tampons de charpie, etc. Permettez-nous donc de nous y arrêter un instant. La physique apprend que l'évaporation varie en raison : 1° de la nature du liquide ; or, les éthers sont, de tous les corps, les plus volatils ; 2° en raison de la surface, de sorte qu'un éther mis dans une assiette ou dans un godet de dimension très-restreinte, donnera une évaporation très-différente. Si un appareil limite, en général, l'évaporation sous ce rapport, il n'en est plus de même de la compresse, du tampon, et l'éther se dissémine sur la compresse ; du tampon qui est coiffé d'une compresse plissée il s'étend à la compresse elle-même, et alors que vous avez pris un petit tampon de charpie sur lequel vous avez versé 3 à 4 grammes de chloroforme, dans le but de faire un réservoir très-limité, vous multipliez les surfaces par la compresse plissée, large et flottante qui l'enveloppe. Il en sera de même à l'égard de l'éponge, dont on ne spécifie pas les dimensions.

Mais il y a plus, l'évaporation n'est pas seulement proportionnelle à la température, elle s'accroît dans des proportions qui n'ont plus de rapports avec elle. Ainsi, les expériences de M. Lassaigne ont démontré que si à 8 degrés l'évaporation du chloroforme est égale à 10 ; à 10 degrés l'évaporation est égale à 30 ; de sorte qu'il n'y a aucun rapport à établir entre une éthérisation faite en hiver et en été quand elle a lieu à l'aide de ces moyens que l'on qualifie de petits appareils, et qui ne sont que des récipients.

Enfin, les expériences de M. Forget ont démontré qu'il suffisait du moindre courant d'air pour produire, dans l'administration du chloroforme par l'éponge, la compresse, etc., des intermittences dont on ne peut pas calculer les effets. Qu'une fenêtre soit ouverte dans la chambre où s'opère l'éthérisation, et des intermittences nombreuses vont avoir lieu dans l'administration de l'éther ; dans un moment donné, le malade va recevoir une masse d'éther, dans un autre, il n'en recevra pas du tout ; il suffit de placer une bougie allumée au voisinage de l'éponge et de la compresse pour voir la flamme changer brusquement de couleur à chaque instant.

A-t-on précisé la distance à laquelle on devait placer tous ces récipients de l'éther ? On recommande bien de laisser arriver de l'air au malade, mais il n'y a rien de précis à cet égard. On a d'autant plus de prédilection pour la compresse, l'éponge ou le tampon de charpie, que l'on déclare que tous ces corps sont poreux, qu'ils tamisent l'air, que celui-ci passe entre les mailles de l'éponge, du tissu de toile, etc. C'est là une erreur complète, et M. Chassaignac a fait ressortir cette

illusion dans la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, en disant : « Il y a une différence énorme entre respirer avec un linge sec placé devant la bouche et le nez, et respirer à travers le même linge mouillé. Dans ce dernier cas, la respiration est très-pénible, parce que toutes les mailles du tissu sont oblitérées par le liquide, et à plus forte raison pour l'éponge. Il y a plus, on ne se sert jamais d'une compresse simple, mais bien d'une compresse en quatre ou huit doubles. »

Un raisonnement qui a pu ou qui pourra être fait est celui-ci : La compresse, le tampon de charpie, l'éponge libre ou dans un cornet, tout cela est la même chose, tout cela revient au même. Je répondrai : Non, cela ne revient pas au même, car, invitez M. Velpeau à abandonner son tampon de charpie pour prendre la compresse de M. Nélaton ou l'éponge de M. Jobert; M. Velpeau vous répondra : Je préfère le tampon de charpie. Il en sera de même pour M. Nélaton, de même pour M. Jobert. Ce sont donc des moyens analogues, mais chacun tient au sien : donc il y a une différence entre chacun d'eux.

D'ailleurs, aucun dosage de l'éther; ce n'est pas, dit-on, l'éther que l'on verse sur la compresse dont il faut tenir compte, c'est celui qui est absorbé par le malade.

Au milieu de toutes ces incertitudes, de ces irrégularités dans le mode opératoire, qui varie suivant les chirurgiens, vous avez vu tous les membres de l'Académie qui ont pris part à la discussion venir vous avouer, sinon des malheurs terminés par la mort, au moins leur frayeur dans certains cas. M. Velpeau vous a dit qu'il n'avait jamais eu à déplorer d'accidents mortels, mais qu'il avait eu des craintes vives. M. Jobert vous a cité deux faits dans lesquels il avait tenu pendant un quart d'heure des malades entre la vie et la mort. M. Nélaton vous a raconté pareille chose. Et enfin M. Ricord, avec son langage *imagé*, vous a dit comment, dans certaines circonstances, il avait eu une frayeur telle, que pendant trois jours ses jambes fléchissaient sous lui.

J'arrive maintenant à la question du *dosage*. L'opinion la plus générale, à cet égard, est celle-ci : le dosage est impossible, aucun appareil ne peut le déterminer. Il est même inutile, parce qu'il varie comme les individus. L'organisation de l'homme, le tempérament, l'âge, les habitudes, l'état sain ou malade, les facultés affectives, les impressions morales diverses, l'idiosyncrasie, sont autant d'obstacles au dosage. Le dosage est bon pour l'estomac; il est mauvais pour les poumons, dont la capacité varie suivant les individus.

Et d'abord, toutes ces conditions que l'on invoque contre le dosage, se sont toujours trouvées et se retrouveront toujours pour tous les médicamens ; or, elles n'ont pas empêché de doser des agents thérapeutiques même beaucoup plus vénéneux que les éthers. L'acide hydro-cyanique, la morphine, la strychnine, etc., n'ont-ils pas été dosés ? Quelle portée peut avoir ce fait que l'on ignore la capacité de la poitrine de chaque individu ? Est-ce que l'on connaît mieux la capacité de l'estomac? Ne sont-ce pas deux surfaces absorbantes dans les deux cas ?

Mais le dosage n'a-t-il pas été déterminé pour certains animaux ? M. Renaud n'a-t-il pas démontré qu'une atmosphère qui contient 4 pour 100 d'éther amène l'anesthésie du chien, et que lorsque l'éther entre dans cette atmosphère pour 8 pour 100, elle les fait périr?

D'une autre part, il est une expérience de M. Lassaigne qui prouve toute l'importance du dosage. On sait que dans l'air les vapeurs d'éther prennent la place de l'air. Or, lorsqu'une atmosphère contient 36 pour 100 de chloroforme, cet air ne contient plus que 13 pour 100 d'oxygène, au lieu des 21 parties qui sont nécessaires pour entretenir la respiration. N'est-il donc pas très-important de savoir quelle est l'atmosphère que l'on fait respirer aux malades? Quelques chirurgiens en comprennent la nécessité. Ainsi M. Ricord vous a tenu ce langage : si vous pouviez doser, ce serait très-bien, mais vous savez ce que vous mettez de chloroforme dans un appareil; vous ne savez pas ce que le malade en respire. M. Robert a émis la même manière de voir, mais il a consacré l'impossibilité du dosage; M. Guérin veut, au contraire, un appareil et un dosage comme pour tous les autres médicaments.

Qu'est-ce donc que le dosage en médecine? Quel est son but? Quelle est son utilité? Le dosage n'est autre chose qu'une *sentinelle avancée* que l'on donne au médecin pour l'avertir du danger que va courir le malade. En indiquant des doses extrêmes, c'est dire au médecin que le malade peut supporter sans danger les doses minimes de ce médicament, et le prévenir que s'il dépasse les doses les plus élevées, des accidents peuvent surgir qui compromettront les jours du malade. Lorsque le médecin se décide à la dépasser, c'est sous sa responsabilité, c'est en raison de cas exceptionnels que le dosage ne peut prévoir.

Eh bien ! dans l'éthérisation où est l'avertissement? où est la sentinelle avancée? Elle est dans les troubles de la respiration et de la circulation, car ce sont d'eux seulement que le chirurgien tient compte. Mais malheureusement quelques secondes suffisent parfois pour que l'avertissement devienne illusoire; pour que la mort se montre fatalement. Ainsi, cet avertissement c'est l'approche de la mort, c'est une sentinelle tardive et parfois trop tardive !

Or, dans l'état actuel de la science, il existe un appareil qui permet de doser le chloroforme depuis la plus minime proportion que l'on veuille faire respirer au malade jusqu'aux plus fortes, puisque cet appareil est conçu de manière à remplir trois indications : 1° ne pas donner d'éther si on le désire; 2° en donner depuis 4 gouttes par minute jusqu'à 60. Cet appareil a été conçu par M. Duroy. M. Robert vous l'a montré, mais il ne l'a pas décrit, permettez-moi donc de vous en faire une description succinte.

Soit un réservoir gradué par grammes qui verse le chloroforme par goutte dans un réservoir plus petit situé dans l'appareil. Dans ce second réservoir plongent deux petits siphons qui, par un mécanisme fort simple, une vis, plongent de plus en plus dans le liquide et s'écartent en même temps de manière à déverser le chloroforme sur une platine à évaporation. Deux tubes, constamment ouverts et représentant le diamètre de la trachée-artère, permettent l'entrée de l'air dans l'appareil de manière à venir lécher la surface de la platine et volatiliser ainsi le chloroforme au fur et à mesure qu'il tombe par gouttes des siphons. L'excédant de chloroforme qui peut n'avoir pas été évaporé si le malade n'a pas respiré complétement, tombe par une ouverture pratiquée à la platine d'évaporation dans un troisième récipient; et comme ces trois récipients sont gradués par une échelle, on peut, en soustrayant de ce qui manque dans le réservoir supérieur ce qui existe dans les deux réservoirs de l'intérieur de l'appareil, juger à tout instant la dose de chloroforme que le malade a respiré.

Rien de plus simple, d'ailleurs, que le mécanisme de cet instrument. Ouvrir le robinet du réservoir supérieur ; une fois ouvert, il n'y a plus à s'en occuper. Tourner une vis pour faire évaporer 4, 8, 16, 32 gouttes de chloroforme par minute à volonté; tourner la même vis pour suspendre toute éthérisation si on le désire, sans se préoccuper de déplacer l'embouchure.

On peut donc commencer l'éthérisation par les doses les plus faibles de chloroforme, comme aussi procéder à l'emploi des doses les plus fortes, suspendre ou diminuer à volonté l'éthérisation, le tout en ne se préoccupant que d'une vis de rotation.

Nous concluons de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, qu'il n'existe pas de méthode opératoire uniforme, généralement adoptée, qui puisse constituer *la règle de l'art;* que tout est livré, ainsi que l'a dit M. Velpeau, à l'expérience et à la sagacité du chirurgien.

Ces deux questions élucidées, nous allons maintenant aborder celle de la responsabilité médicale, dont la solution va se trouver singulièrement simplifiée par ces préliminaires.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris.— Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 93. 5e année. Mardi 4 Août 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.

RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Des injections de gaz acide carbonique dans la vessie,

COMME MOYEN ANESTHÉSIQUE,

DANS LES CAS D'AFFECTIONS DOULOUREUSES DE CET ORGANE,

Par M. Paul Broca,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux.

Les propriétés anesthésiques du gaz acide carbonique, découvertes il y a plus de soixante ans par Ingen-Housz, étudiées alors par Beddoes et John Ewart, et presque aussitôt oubliées, ont été retrouvées et utilisées récemment par M. Simpson (d'Édimbourg), qui a proposé d'employer ce gaz, sous forme de douches, pour combattre la douleur dans les affections douloureuses de l'utérus et de quelques autres organes.

Je ne me propose pas, dans cet article, d'étudier sous toutes ses faces cette importante question de thérapeutique chirurgicale; un intéressant travail de M. Follin, lu à la Société de Chirurgie il y a quelques mois, a fait connaître d'une manière suffisante l'historique du sujet, le mode d'administration des douches carboniques et leur degré d'utilité. Quant aux applications particulières, M. Follin en a indiqué plusieurs, en laissant entrevoir qu'on en découvrirait sans doute quelques autres. Depuis lors, de nombreuses expériences ont été faites sur des malades atteints d'affections chirurgicales très-disparates, et toutes les fois qu'il a été possible de maintenir une couche d'acide carbonique en contact permanent ou passager avec une surface entamée et douloureuse, on a vu la souffrance diminuer d'une matière notable, ou même s'éteindre tout à fait, au moins pendant quelques heures. C'est ainsi qu'on peut calmer les douleurs de certaines brûlures, celles des cancers ulcérés de l'utérus, du rectum, de la mamelle, etc. Quelque courte que soit, dans ces divers cas, la durée du contact du gaz carbonique avec les parties douloureuses, on remarque que l'action anesthésique se prolonge pendant un temps assez notable, quelquefois pendant plusieurs heures, ou même pendant une journée entière.

S'il était possible de rendre le contact permanent, il est permis de croire que l'effet serait bien plus satisfaisant encore. On l'a tenté pour les plaies ou pour les brûlures des membres,

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Un grand homme au Salon. — Claude qui pleure et Claude qui rit. — Mort du prince de Canino. — De l'amputation des membres comme traitement de la diarrhée. — La Naïade des eaux.... de la Salette. — Ses propriétés agricoles, morales et ses vertus domestiques. — Son action sur le savon et l'âme des scélérats. — Ce qu'elle produit de plus clair.

Parmi la foule des grands hommes, bourgeois et autres, qui ont exposé leurs portraits à l'admiration publique, je cherchais l'autre jour au Palais de l'Industrie quelque figure de connaissance. Je commençais à me décourager, car j'étais arrivé dans une de ces galeries sacrifiées où on place ce qui n'a pas pu tenir ailleurs, lorsque tout à coup j'aperçus, n° 2765, le buste en plâtre de M. Claude Bernard avec son nom sur le socle pour que personne ne put en ignorer. Il avait l'air modeste, on pourrait même dire, la mine un peu piteuse qui convient à un savant auquel la science vient d'octroyer un camouflet. On dirait que l'artiste a modelé ce champion malheureux de la physiologie expérimentale à l'instant où il venait de lire une communication académique de M. Bérard ou de M. Collin, sur le pancréas ou la glycogénie, ou de lire le dernier fascicule de la *Physiologie* de M. Longet. J'étais véritablement sur le point de m'attendrir en voyant la mine désolée de ce savant distingué, lorsque, *dix pas plus loin,* sous le n° 3085, je rencontrai le même M. C. Bernard, toujours en plâtre, mais l'air souriant, triomphant, en grand costume de l'Institut, brodé, décoré et entortillé dans un manteau qui formait sur son torse des plis majestueux. Au premier abord, je crus que ce buste était au moins celui du prince Eugène, tant il avait l'air crâne et glorieux, mais le nom largement écrit sur le socle indiquait encore aux pauvres diables non pourvus de livrets que le grand homme ici présent était bien M. C. Bernard. Certainement, pour ce buste là, le célèbre physiologiste a posé au moment où il venait de faire sa grande découverte de la fabrication posthume de la glycose par le foie, — cette raffinerie créée par la nature....

Une chose m'intrigue, qu'est-ce que M. Bernard fera de ces deux bustes? Se réserve-t-il de les exposer dans son salon alternativement, le premier les jours de revers, le second les jours de triomphe? Le livret est complétement muet sur ce point.

M. C. Bernard s'est contenté cette année de couler sa gloire en plâtre à deux exemplaires; mais certainement l'année prochaine il s'illustrera en bronze et même en or massif, s'il parvient à terrasser M. Bérard ou M. Collin; le jour qu'il n'aura plus aucun adversaire, j'espère bien qu'on placera sa statue équestre dans la cour du Louvre, le cheval est déjà commandé.

en plongeant toute la région malade dans un ballon plein de gaz carbonique et hermétiquement clos ; il paraît qu'on a quelquefois retiré de ce pansement un bénéfice notable ; mais la difficulté de fixer l'appareil, la nécessité d'une constriction circulaire, et les inconvénients divers qui peuvent en résulter, ont jusqu'ici empêché les chirurgiens d'adopter cette pratique.

Quoi qu'il en soit, l'action anesthésique paraît devoir être obtenue avec d'autant plus de facilité, que le gaz reste plus longtemps en contact avec les tissus douloureux. C'est cette idée théorique qui m'a conduit à combattre les douleurs vésicales, en introduisant et en laissant séjourner dans la vessie une certaine quantité d'acide carbonique, insufflée à travers une sonde.

Les résultats que j'ai obtenus ont été tellement remarquables, que je me reproche de ne pas les avoir fait connaître plus tôt. Je prie, avant tout, le lecteur de bien comprendre que je ne propose pas ce moyen pour *guérir* les diverses affections de la vessie qui s'accompagnent de vives douleurs. Quoiqu'une fois, dans un cas que je publierai bientôt, j'aie dû à ce seul moyen une guérison inattendue, et quoique, depuis lors, j'aie cherché et obtenu sciemment un autre succès semblable, je dois déclarer que, dans la vessie comme ailleurs, les douches carboniques ne sont le plus souvent qu'un palliatif temporaire, qu'un sédatif de la douleur. Je ferai remarquer toutefois, que dans les affections vésicales, la douleur joue un rôle tout spécial, et donne lieu à un symptôme qui complique, entretient et aggrave beaucoup la maladie. Je veux parler des envies fréquentes d'uriner, des épreintes qui, plusieurs fois par heure, obligent le malade à faire des efforts de miction. La muqueuse, dont la sensibilité est exagérée, ne peut supporter la moindre distension, et il suffit de quelques gouttes d'urine pour provoquer le ténesme, et des efforts d'expulsion d'autant plus pénibles que la vessie n'a presque rien à expulser. La souffrance quelquefois considérable qui précède, accompagne et suit chaque miction, n'est peut-être pas ce qu'il y a de plus fâcheux dans cet état ; les contractions continuelles de l'organe malade sont de nature à entretenir l'inflammation, et même à l'accroître. Je m'explique ainsi comment l'injection d'acide carbonique dans la vessie enflammée, peut exercer, dans certains cas, une action en quelque sorte résolutive, et comment j'ai pu obtenir une guérison complète et définitive, là où je ne cherchais qu'une palliation temporaire.

Mon premier essai remonte au mois de septembre dernier, et je l'ai fait dans la semaine qui a suivi la première communication de M. Follin à la Société de Chirurgie sur les propriétés du gaz carbonique. Il y avait alors à la Charité, dans la salle Saint-Jean, où je faisais le service par *intérim*, un jeune homme qui, depuis plus de deux ans, était atteint de cystite. Telle était la sensibilité de la vessie, que la présence d'une très faible quantité d'urine suffisait pour provoquer des douleurs intolérables, et que le malade était obligé d'uriner plusieurs fois par heure. On avait épuisé, à peu près sans résultat, toutes les ressources de la thérapeutique; plusieurs chirurgiens avaient successivement essayé de soulager ce malheureux; j'étais moi-même sur le point d'y renoncer, lorsque les faits divulgués par M. Follin me donnèrent l'idée de mettre à profit les propriétés du gaz acide carbonique. J'injectai dans la vessie, au moyen d'une sonde flexible et d'un ballon en caoutchouc, autant de gaz que le réservoir urinaire put en recevoir. Cette petite opération produisit sur le moment une douleur très-vive, que j'attribuai à la distension mécanique d'un organe depuis longtemps revenu sur lui-même. La sonde fut relevée rapidement, avec les précautions nécessaires pour empêcher la sortie du gaz, et je m'assurai aussitôt, par la percussion, que la vessie renfermait une notable quantité de gaz. Le résultat dépassa mes espérances. La douleur provoquée par l'opération se calma au bout de quelques minutes. La journée, la nuit furent excellentes. Le malade qui, depuis deux ans et quoiqu'on eût fait, n'avait jamais pu réussir à garder ses urines plus d'une demi-heure, le malade, dis-je, resta d'abord trois heures sans uriner, après quoi il urina seulement toutes les deux heures. Le lendemain matin, satisfait d'avoir retrouvé le calme et le sommeil, il demanda lui-même une nouvelle injection; cette fois, il garda ses urines pendant quatre heures et demie. L'injection fut recommencée tous les matins avec des résultats analogues; les mictions se faisaient à des intervalles de deux, trois, quatre et même de cinq heures, limite qu'on ne put jamais dépasser. Je dois dire, d'ailleurs, que la cystite ne fut nullement améliorée; le dépôt purulent des urines resta tout aussi abondant qu'auparavant. Je fus même obligé plusieurs fois d'interrompre les injections pendant plusieurs jours, à cause de l'excessive irritabilité de l'urèthre et notamment de la portion prostatique. L'introduction de la sonde était quelquefois si douloureuse, qu'on était obligé de laisser l'urèthre en repos pendant quelques jours (1). Ces interruptions forcées nous permirent de faire une observation assez intéressante : il suffisait de priver la vessie d'acide carbonique pendant vingt-quatre heures pour

(1) Je voulus essayer de faire l'injection au moyen d'une sonde ouverte aux deux bouts, et introduite seulement dans la portion pénienne de l'urèthre ; mais cela échoua entièrement. Le gaz ne put jamais pénétrer dans la vessie.

Je félicite sincèrement les deux auteurs des plâtres de cette année. M. Cabochet, qui a fait un M. C. Bernard vexé, a réussi son œuvre avec autant de bonheur que M. Robinet, qui a fait un M. C. Bernard triomphant.

Encore une tombe qui s'ouvre à l'Institut : le prince de Canino vient de mourir; cette mort est une perte pour la science, non-seulement à cause des travaux personnels de ce savant infatigable, mais encore à cause du noble usage qu'il savait faire de sa fortune. Il a donné aux grands seigneurs de notre temps qui agiotent et tripotent sans vergogne, comme ces pieds-plats, ces grands coupeurs de bourse qu'on appelait jadis les maltôtiers, il a donné, dis-je, un bel exemple à suivre — qu'ils ne suivront certainement pas.

Le prince, un jour, voulut publier la *Faune italienne*, et il le fit en prince. Il dépensa un demi-million pour faire une œuvre digne de lui, et la distribuer gratuitement aux Académies et Sociétés savantes.

Consignons ici cette belle action, car si on comptait sur les contrefaçons qu'on en pourrait faire pour la rappeler à la postérité, elle courrait fort le risque d'être oubliée.

Le prince est mort après de longues et cruelles souffrances, qu'il a supportées avec une fermeté incroyable; il luttait contre la douleur avec la ténacité et le courage d'un Bonaparte. Il passait les nuits au travail, comme si le travail était l'opium de ses souffrances. Depuis quelques semaines, il voyait venir la mort avec le calme stoïque d'un honnête homme; seulement, parfois, vaincu par la douleur, il trouvait qu'elle était bien lente à arriver. Sans être un savant de premier ordre, le prince Charles tenait dans la science une place très-honorable, et sa mort a fait naître de justes regrets.

M. Velpeau avait dans son service un pauvre diable atteint d'une tumeur blanche suppurée de l'articulation du genou, qui était pour ce malade la cause d'une diarrhée incoercible. Le membre était perdu, l'amputation fut pratiquée, et en raison de l'axiome *sublata causa, etc.* l'intestin revint à de meilleurs sentiments et se reposa de ses fatigues passées.

Quelques jours après l'opération, l'éminent chirurgien, en montrant le malade aux élèves qui le suivaient, leur dit, avec cette bonhomie narquoise qui le caractérise :

— Voyez, Messieurs, comme l'amputation d'un membre coupe net une vieille diarrhée.

Un médecin étranger débarqué de la veille, recueillait religieusement chaque parole du professeur, et fut frappé de ce beau résultat. Après la visite, il s'approcha de M. Velpeau et lui dit avec un sérieux tout britannique :

— Monsieur, j'ai dans mon pays un malade atteint depuis quinze mois d'une diarrhée qui l'épuise; j'ai inutilement employé bien des moyens pour l'en débarrasser, si je lui coupais un membre?

---

qu'aussitôt la douleur devînt aussi vive et les mictions aussi fréquentes qu'avant la première injection. D'où il résulte que, chez ce malade, l'action anesthésique du gaz carbonique durait environ vingt-quatre heures. Cette action était plus prononcée pendant les premières heures qui suivaient l'injection ; mais en réalité, elle se prolongeait jusqu'au lendemain matin. Passé cette époque, elle cessait entièrement.

Tout permettait de penser que chez cet homme la muqueuse vésicale était le siége d'une inflammation pure et simple, sans érosion ni ulcération. Or, d'après les faits publiés, je croyais alors, comme tout le monde, que les douches carboniques ne pouvaient agir avec quelque énergie que sur les surfaces ulcérées, érodées, entamées par une cause quelconque, ou au moins dépouillées de leur épiderme. Je fus donc conduit à me demander si le soulagement remarquable produit par l'injection gazeuse était dû à la propriété anesthésique spéciale de l'acide carbonique, ou à la présence mécanique d'une couche élastique de gaz dans la cavité vésicale. Pour dissiper cette incertitude, un matin je substituai de l'air atmosphérique à l'acide carbonique de l'injecteur ; l'injection, du reste, fut faite exactement de la même manière que les jours précédents. Quoique le malade n'eût pas été prévenu de ce changement, il accusa au moment de l'opération une douleur beaucoup plus vive que de coutume, et le lendemain il nous annonça qu'il avait souffert jusqu'au soir, et qu'il avait uriné deux ou trois fois par heure pendant la nuit aussi bien que pendant le jour. Il était découragé, croyant que les douches gazeuses avaient cessé d'agir sur lui ; je le rassurai et poussai aussitôt une injection d'acide carbonique, qui eut une pleine efficacité. Ainsi, l'action anesthésique devait être attribuée à une propriété particulière du gaz injecté.

Le but de cette note est simplement d'appeler l'attention des praticiens sur une ressource thérapeutique qui m'a plusieurs fois rendu de grands services. Le défaut d'espace ne me permet aujourd'hui ni de discuter les indications, ni de publier les observations que j'ai recueillies. Je me propose de combler bientôt cette lacune; mais je ne puis me dispenser de dire quelques mots du manuel opératoire.

On prépare à l'avance l'acide carbonique en versant de l'acide sulfurique sur du marbre pulvérisé : on reçoit le gaz qui se dégage dans un ballon de caoutchouc, ou plus simplement dans une vessie de porc adaptée sur un tube à robinet. Alors on sonde le malade avec une sonde en gomme élastique, qu'on met en communication avec le réservoir d'acide carbonique au moyen d'un tube en caoutchouc vulcanisé, dans les deux extrémités duquel on introduit, d'une part, le bec du robinet métallique, d'autre part, le bout extérieur de la sonde, et il ne s'agit plus, pour pratiquer l'injection, que de comprimer avec les mains le ballon extérieur, qui sert de récipient pour le gaz. Un petit gargouillement particulier accompagne ordinairement ce temps de l'opération. La vessie du malade, graduellement distendue, remonte bientôt jusque dans la région hypogastrique, où on constate aisément, par la percussion, l'existence d'une collection gazeuse. Enfin, avant de retirer la sonde, on pince ou on lie le tube en caoutchouc qui y aboutit. Sans cette précaution, une partie du gaz injecté pourrait revenir dans le réservoir extérieur.

L'acide carbonique, ainsi introduit dans la vessie, ne tarde pas à être soumis à l'absorption ; au bout d'une ou deux heures, on s'assure aisément par la percussion que le volume de la masse gazeuse est notablement diminué. Ordinairement, toutefois, l'absorption est assez lente pour qu'une certaine quantité de gaz reste dans la vessie jusqu'à la première miction, même quand celle-ci n'a lieu qu'au bout de trois à quatre heures. Les malades alors sentent très-bien que quelque chose comme de l'air traverse leur canal en même temps que l'urine. Après cette première miction, il ne reste plus de gaz dans la vessie, ou il n'en reste du moins qu'une quantité trop faible pour être reconnue à la percussion. Néanmoins, comme je l'ai déjà dit, l'action anesthésique de l'acide carbonique se prolonge encore jusqu'au lendemain matin.

Je me bornerai aujourd'hui à ces courtes remarques, me proposant de publier bientôt les observations de quelques malades que j'ai soumis avec succès aux injections vésicales d'acide carbonique.

PHYSIOLOGIE.

Note sur la véritable signification de la présence de la dextrine dans le sang et dans les organes des animaux,

Par A. Sanson, chef du service de chimie à l'École vétérinaire de Toulouse.

(*Communiquée à l'Académie des Sciences.*)

Dans sa séance du 29 juin, l'Académie a reçu de M. E. Pelouze une note sur la *matière glycogène*, où les résultats que j'ai eu l'honneur d'annoncer relativement à cette matière sont révoqués en doute, parce que, suivant cet honorable chimiste, la matière trouvée par moi dans le sang et dans la plupart des or-

---

Dans une de mes dernières chroniques, j'ai commis un oubli, *mea culpa !* en parlant des naïades minérales, je n'ai point mentionné les eaux.... de la Salette. J'en suis bien puni ; mes nuits sont troublées par le lugubre cortége des infortunés qui sont morts sur le bord de la source en attendant la santé. Il y en a tant, que la procession n'en finit pas, et cette nuit, le dernier, avant de fermer la porte d'ivoire des songes, m'a dit, comme au bas d'un feuilleton : la suite à demain. Cette naïade est par trop funèbre, je m'empresse de régler mon compte avec elle pour m'en débarrasser.

Connaissez-vous l'eau de la Salette?

Je vous vois sourire! ah! lecteur, c'est mal; voilà un sourire qui sent le fagot; si M. Veuillot passait près de vous en ce moment, il prendrait de votre personne une triste opinion ; est-ce que vous auriez le malheur d'être incrédule? Auriez-vous, par hasard, des doutes touchant la valeur thérapeutique de certaines défroques retrouvées miraculeusement dans quelque vente après décès? N'auriez-vous pas une foi aveugle dans les bagues de saint Hubert, comme moyen de prévenir, et surtout de guérir la rage? Est-ce que vous n'auriez pas une confiance absolue dans les vertus thérapeutiques de l'eau de la Salette, comme remède infaillible contre toute espèce d'affection médicale ou chirurgicale? Ce serait imiter saint Thomas seulement par son mauvais côté. — Vous m'objectez que vous n'avez jamais vu les malades guéris par ce moyen : mais c'est une raison de plus pour y croire; ces choses prodigieuses ne peuvent pas être appréciées par notre stupide raison, comme les vulgaires résultats de la médecine ordinaire, et la démonstration scientifique serait complétement déplacée dans cette question.

Une eau qui n'a pas besoin de l'approbation de l'Académie, qui n'a même pas besoin d'être filtrée pour produire des guérisons comme on n'en voit pas! Une eau qui fait disparaître non-seulement les infirmités physiques, mais encore les infirmités morales. Ce malheureux pays était à dix lieues à la ronde, — affirme un journal religieux, — *l'école d'application du bagne et de l'échafaud*, et complétement peuplé par des gredins farouches, impies, avides et paresseux ; il est maintenant le séjour de vertueux montagnards, dont le plus criminel est digne du prix Montyon.

Je dois dire que je décline complétement la responsabilité de cette appréciation ; les gens du pays seront peut-être médiocrement flattés d'être considérés comme des gredins ayant fait peau neuve ; s'ils prennent mal la chose, je les renverrai à qui de droit.

Mais ce n'est pas tout, la nature, comme si elle avait en horreur de nourrir de pareils scélérats, avait répandu partout une sinistre aridité : point de végétation, rien que des rochers sauvages, et quelques ronces destinées par la Providence à arrêter l'imprudent voyageur qui aurait eu l'audace de pénétrer dans ce drame de l'Ambigu. Aux moins coupables, cependant, la terre accordait de temps en temps quelques poignées de sarrazin et quelques vitelottes; quant

ganes de l'économie ne se transforme pas en xyloïdine sous l'influence de l'acide azotique fumant, comme celle qui existe dans le foie. Il m'importe beaucoup de ramener la question à ses véritables termes, d'où elle me paraît s'écarter ainsi, et je vous demande la permission de le faire en quelques mots.

Je n'ai point prétendu que la matière glycogène présentât, dans toutes les conditions où on la rencontre, des caractères chimiques absolument identiques, et il est bien certain, au contraire, que les différences qu'elle peut offrir sous ce rapport viennent à l'appui de la théorie que je soutiens. Intermédiaire entre l'amidon et le glycose; étant le résultat d'une métamorphose du premier de ces principes, qui s'accomplit à mesure qu'elle parcourt le cercle circulatoire, cette matière doit nécessairement présenter des caractères variables, suivant l'état plus ou moins avancé de sa transformation; et, parmi les différences que j'ai pu constater, j'ai précisément signalé, dans mon premier mémoire, un degré de solubilité plus grand à mesure que l'on s'éloigne du lieu de son absorption.

Le point important, ce qu'il me semble, est de savoir si cette matière est bien véritablement glycogène, c'est-à-dire si, sous l'influence de la diastase végétale ou animale, elle se transforme en glycose. — M. E. Pelouze se borne, dans sa note, à nier le fait. Or, de mon côté, je l'affirme, et je possède des échantillons d'alcool résultant d'une fermentation obtenue par la levûre de bière avec cette matière extraite du sang et des muscles, préalablement mise en contact avec la diastase. J'ai soigneusement indiqué, dans mes communications, les procédés que j'ai suivis. Les expérimentateurs impartiaux jugeront.

Du reste, ce que M. E. Pelouze déclare inexact, M. Cl. Bernard le reconnaît fondé; et en contrôlant à l'École d'Alfort, avec le concours de mon excellent maître, M. H. Bouley, les résultats de mes expériences, il a confirmé l'exactitude des faits avancés par moi. M. Bernard a constaté comme moi l'existence de la dextrine dans le sang et les tissus des grands herbivores sur lesquels il a expérimenté.

J'ai lieu de tenir beaucoup, on le comprendra sans peine, à un pareil témoignage; car il me paraît inévitable que, ce fait étant reconnu vrai, les conclusions que j'en ai tirées seront un jour ou l'autre admises comme étant de la plus stricte logique.

En effet, s'il y a de la dextrine dans le sang, on ne niera point, j'espère, qu'il s'y trouve aussi de la diastase solidaire; or, tout le monde sait que le résultat du contact de ces deux corps est nécessairement du glycose. Je l'ai démontré d'ailleurs expérimentalement.

C'est en vain, qu'en reconnaissant le fait vrai pour les herbivores, on voudrait prétendre qu'il n'intéresse en rien la fonction glycogénique attribuée au foie des carnivores exclusivement nourris de viande. On admet que la viande contient de la dextrine; il faut bien admettre dès lors que les chiens qui en sont nourris reçoivent une substance susceptible de passer à l'état de sucre, sous la seule influence des actions digestives.

Toutes les ambiguïtés possibles seraient impuissantes à détourner la signification précise d'un pareil fait; et il me paraît, notamment, impossible d'accepter l'influence qu'on attribue à la souffrance sur la production de la dextrine dans l'économie animale, du moment que je l'ai précisément constatée, dans la plupart des cas, chez des animaux qui avaient succombé à la douleur produite par un grand nombre d'opérations chirurgicales. En physiologie, comme en toutes choses, progresser c'est simplifier. N'en serait-il pas ainsi pour ce qui concerne particulièrement la glycogénie? Je ne saurais le croire (1).

(1) Cette note ayant été adressée à l'Académie avant que le travail complet de M. E. Pelouze eût paru dans le *Moniteur des Hôpitaux*, M. Sanson nous a adressé depuis une lettre dans laquelle se trouve le paragraphe suivant qu'il nous prie de publier. — H. DE C.

« Depuis que cette lettre est écrite, M. E. Pelouze, en publiant textuellement sa note, dont nous n'avions pu voir encore qu'un extrait, a reconnu, comme on sait, que j'avais « pu trouver réellement de la dextrine, » confondue par moi avec la matière glycogène. J'avoue, en effet, que j'ai toujours confondu la matière glycogène avec la dextrine, et je persiste à considérer celle-ci comme le prototype glycogène, bien que l'on sache maintenant que dans les expériences de mon contradicteur, elle n'a jamais pu être transformée en sucre ni par la diastase végétale, ni par aucune des autres influences qui produisent ordinairement ce résultat.

« On m'accordera bien que ce fait est par lui-même assez singulier pour qu'il y ait lieu de concevoir quelques doutes sur la valeur des expériences qui tendent à l'établir. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 juillet 1857. — Présidence de M. MÊLIER.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Un rapport de M. RAIMBERT, médecin des épidé-

---

aux autres, ils n'eurent jamais la consolation de récolter une seule pomme de terre, même malade.

Depuis dix ans, depuis que l'eau de la Salette a acquis ses propriétés médicales, tout est changé dans le pays; les noirs rochers se sont couverts de fleurs, les ronces n'ont plus d'épines et les moissons jaunissantes tombent deux fois par an sous la faucille du laboureur devenu vertueux; enfin, l'âge d'or et son printemps perpétuel n'est plus une fiction de l'antiquité; les troupeaux paissent sans crainte l'herbe tendre, le loup est devenu un mythe, et si dans quelque coin désert on rencontrait ce brigand au poil fauve, je suis sûr qu'il donnerait la patte.

Comme il n'y a plus de merveilles à accomplir dans les environs, nous avons le légitime espoir que, de proche en proche, l'âge d'or arrivera jusqu'à nous et que la France tout entière en jouira quelque jour.

Dites-moi un peu si les vulgaires naïades des eaux minérales sont capables d'en faire autant! Cherchez dans la matière médicale un agent thérapeutique d'une efficacité aussi variée, aussi universelle! Une eau qui guérit tout, même à distance, comme les somnambules; qui vous blanchit la conscience d'un coquin comme un simple mouchoir de poche, qui fait pousser les arbres à dix lieues à la ronde comme l'eau de Lob n'a jamais fait pousser les cheveux; qui n'a pas encore fait des centenaires uniquement parce que le temps lui a manqué : Ajoutez à ces propriétés merveilleuses les humbles vertus domestiques de l'eau la plus vulgaire. Elle dissout parfaitement le savon, fait pousser des carottes d'une qualité supérieure, enfin, remplit modestement, et sans rougir, la marmite qui bout au coin du feu et l'abreuvoir des ânes.

On dit, il est vrai, que l'eau de la Salette n'est absolument que de l'eau claire, et que les chimistes (probablement désœuvrés) qui en ont fait l'analyse n'ont rencontré dedans aucun sel minéralisateur. Mais cela est vrai, parfaitement vrai; il ne doit pas en être autrement : que les eaux de Vichy, de Spa ou d'ailleurs guérissent des maladies, qu'y a-t-il là d'étonnant? La nature a mis dans l'eau de ces sources des médicaments, il faut bien que ces médicaments guérissent quelque chose. Mais guérir toutes les maladies avec.... rien du tout, voilà l'étonnant, voilà le merveilleux de l'affaire. Je dis rien du tout, j'ai peut-être tort, car enfin il est possible qu'il y ait quelque chose; seulement, ce serait une de ces choses surnaturelles qui échappent à l'examen de tous les sens, à tous les moyens d'investigation.

Ah! par exemple, ce qui est visible, ce qui est palpable, c'est le résultat qu'on obtient avec cette eau merveilleuse; vous pensez peut-être que je veux parler des guérisons? Du tout, les guérisons sont rangées dans les accessoires; le grand, le vrai résultat est enfermé dans de larges sacoches ventrues, dans de grands coffres bardés de fer dont je vous souhaite la maladie.

Cette source est une Californie, elle roule plus d'or dans ses eaux candides que le Pactole et le Sacramento; il faut avouer aussi qu'on

mies de Châteaudun, sur les constitutions météorologiques et médicales de l'année 1856, dans l'arrondissement de Châteaudun, et en particulier sur les *pustules et œdèmes charbonneux* qui ont été observés.

— Le compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de la Côte-d'Or pendant l'année 1856. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Une demande en autorisation d'exploiter une source d'eaux minérales à Velleron (Vaucluse). (Commission des Eaux minérales.)

Vaccine. — Un mémoire de M. le docteur Ricard, médecin à Angoulême, contenant des observations sur la vaccine. (Commission de vaccine.)

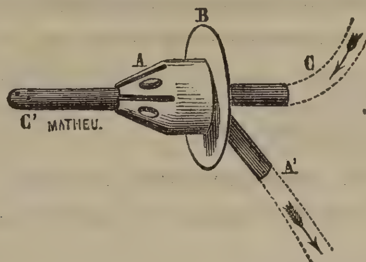
Lit mécanique. — M. le Ministre du commerce prie l'Académie d'examiner un nouveau modèle de sommier élastique inventé par M. Laterrière, et destiné au service des hôpitaux et des ambulances de l'armée. (Comm. : MM. Davenne, Jobert, Bégin et Danyau.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Candidature. — M. le docteur O. Réveil prie l'Académie de comprendre son nom sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Phthisie. — M. le docteur Larcher, à l'occasion du mémoire présenté à l'Académie, le 21 juillet, par M. Churchill, sur la *tuberculose*, envoie une note dans laquelle il rappelle, dans un intérêt purement scientifique, dit-il, que déjà, en 1825, dans un mémoire adressé à l'Académie en 1827, il rapporte la cause de la tuberculisation à une déviation des éléments organiques des os, et surtout de leurs éléments calcaires. (Renvoyé à la Commission nommée pour l'examen du mémoire de M. Churchill, qui se compose de MM. Louis, Trousseau et Bouillaud.)

Irrigateur vaginal. — M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau système de canule à injection et à irrigation pour



le vagin et le col de l'utérus. Cette canule se compose de deux pièces, d'un tube injecteur qui traverse une douille percée formant la partie externe à la base de l'instrument, et la douille destinée à recevoir et conduire le liquide dans les parties malades pour retomber dans un vase sans mouiller le lit. L'avantage de cette canule consiste en ce que le tube injecteur peut s'allonger et se raccourcir à volonté, de manière à pouvoir faire les irrigations plus ou moins profondément.

Cette canule se monte sur un syphon ordinaire, auquel est adapté un robinet qui règle la marche de l'appareil. Cet instrument a été fabriqué sur les indications de M. le docteur Aran, médecin des hôpitaux.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la Commission des Eaux minérales, lit les rapports suivants :

1° *Rapport sur l'eau minérale des sources de Digne* (Basses-Alpes).

La Commission propose de répondre au Ministre, qui consulte l'Académie sur l'opportunité de procéder à de nouvelles analyses de la source de Digne, que s'il y a un avantage pour cet établissement thermal, autorisé depuis longtemps, à ce que l'analyse de ces sources soit faite de nouveau, elle devra être exécutée alors en grande partie sur place par des hommes compétents.

2° *Rapport sur l'eau minérale saline ferrugineuse de Campagne* (Aude).

Il y a lieu de régulariser la position des propriétaires des eaux de Campagne, en leur accordant, comme ils le demandent, l'autorisation de continuer l'exploitation de cette source au point de vue médical.

3° *Sur les eaux minérales des Roches, près Clermont-Ferrand* (Puy-de-Dôme).

L'eau des Roches, d'après les résultats de l'analyse, présente la même nature qu'une foule d'autres eaux acidules bi-carbonatées alcalines et calcaires, si communes dans l'Auvergne.

La Commission propose de répondre à M. le Ministre qu'il y a lieu de faire droit à la demande du propriétaire de la source des Roches, en l'autorisant à en continuer l'exploitation comme par le passé.

4° *Sur une nouvelle source d'eau minérale découverte à Vals* (Ardèche).

MM. les docteurs Chabanne et Saladin demandent l'autorisation d'exploiter, au point de vue médical, une source dite *Victorine*, dont l'eau, de même nature que celle de quelques autres sources voisines de la commune de Vals (Ardèche), est très-analogue à celle de Vichy.

La Commission est d'avis qu'il y a lieu d'accorder à MM. Chabanne et Saladin l'autorisation d'exploiter l'eau de cette source, en leur im-

---

ne rencontre pas là de ces causes terrestres et ruineuses qui enlèvent tous les bénéfices d'une affaire. Là, point n'est besoin de ces grandes affiches qui portent l'estampille du timbre, point de ces réclames coûteuses dont il faut couvrir les grands journaux. Tout se fait sous le manteau; la réclame est mystérieuse, elle se glisse partout les yeux baissés, la face béate, le pas discret, la bouteille à la main, et on enlève les indécis ou les gens difficiles à convaincre, en fabriquant quelque guérison encore plus surnaturelle que les autres; après tout quel mal y a-t-il à cela? Pensez-vous que les gens qu'on dit avoir guéris s'en portent plus mal, surtout s'ils sont morts?

Un jour, une angoisse mortelle fait battre le cœur de ces dignes marchands de santé. Ils ont pu craindre un instant l'épuisement de la source, par suite de l'expédition toujours croissante en France et à l'étranger; mais on a bientôt compris qu'un pareil accident ne pourrait avoir aucune action fâcheuse sur..... la caisse, l'eau de la Seine étant suffisamment abondante pour remplir toutes les bouteilles et abreuver les innocents de l'univers entier. De sorte que maintenant on s'en moque comme d'une approbation de l'Académie. Ce dédain des approbations académiques constitue encore une supériorité sur les vulgaires Naïades minérales, auxquelles il est interdit, sous des peines sévères, de guérir même un simple rhume de cerveau, avant de s'être munies de ladite approbation.

Si quelque abominable voltairien dénonçait à la justice ces bienfaiteurs de l'humanité comme exerçant illégalement la médecine et comme trompant sur la nature de leur marchandise, cela ne servirait qu'à faire éclater la puissance de leur médicament, et voici comment : Je suppose qu'un juge rigoureux et mal initié aux prodiges de la thérapeutique surnaturelle les condamne à la prison, pensez-vous qu'il leur soit plus difficile d'en sortir que de faire revenir un mort? Moi, je ne le pense pas; je suis même bien certain que lorsqu'on fait des petits miracles pour autrui, on en peut faire de grands pour soi-même, et qu'un beau matin, on verrait les portes de la prison s'ouvrir toutes seules, et mes gaillards reprendre tranquillement le chemin de leur boutique.

N'oubliez donc jamais les mille indications que l'eau de la Salette peut remplir; aucun médicament ne présente plus de facilités dans l'application *intus et extra ;* elle prête à tout : seulement, vu son origine, je crois qu'il ne serait pas convenable de l'employer à l'intérieur autrement que par en haut. Griffus (d'Éphèse).

---

posant, comme condition expresse, d'y faire tous les travaux capables d'assurer la conservation et la pureté de l'eau qu'elle fournit.

Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

LECTURE.

Physiologie du pancréas. — M. J. Poinsot donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches sur le pancréas du bœuf, au sujet de la digestion de la graisse.*

L'auteur rappelle le travail qu'il a lu l'année dernière à l'Académie pour démontrer l'existence d'un second canal pancréatique chez le bœuf, et infirmer par là les conclusions du travail de M. Colin *sur la digestion de la graisse sans l'intervention du sac pancréatique.* Dans ce nouveau travail, il se propose de chercher quelle est la fréquence de ce second canal pancréatique, quel est son calibre, et si, en dehors de lui, il n'y aurait point de glandes qui verseraient leur contenu dans le canal cholédoque, enfin son mode de distribution dans le pancréas.

« M. le professeur Bérard prétend qu'un étudiant de première année peut trouver le second conduit aussi bien que l'anatomiste le plus consommé ; cela est possible, mais j'avoue que je l'ai manqué plus d'une fois, et que ce n'est que par une dissection des plus attentives que je suis parvenu à le trouver. Pour peu qu'on se livre à des recherches d'anatomie, on se convainc bientôt de difficultés qu'on ne supposait pas, et cette remarque s'applique aux injections, et surtout aux injections pratiquées sur le pancréas.

« Dans une première série de recherches, j'ai trouvé le second conduit 4 fois sur 6 ; sur le cinquième pancréas, le tissu de cette glande se voyait à travers la muqueuse du canal cholédoque, et de l'eau, injectée par le conduit principal, suintait à travers la muqueuse. Sur le sixième, absence complète du second conduit. Je n'ai point recherché s'il y avait des glandes isolées.

« Dans une seconde série, j'ai trouvé le petit conduit 14 fois sur 21. Sur ces 14 pancréas, il existait seul ou accompagné de glandes s'ouvrant séparément dans le canal cholédoque. Sur 6, je n'ai point cherché ces glandes ; sur les 8 autres, j'en ai trouvé 3 fois.

« Dans deux de ces dernières pièces, une glande de la grosseur d'une cerise, séparée du petit conduit de 3 centimètres environ, venait s'ouvrir dans le canal cholédoque. Sur la troisième, il y avait une glande plate à 2 centimètres au-dessus du petit conduit.

« Sur les 7 pancréas sans conduit secondaire, j'ai trouvé sur le premier une belle glande plate de la grandeur d'un centime, située sous la tunique cellulaire du canal cholédoque, au-dessus du point où le conduit secondaire devrait se trouver ; dans ce point, du reste, le tissu du pancréas se voit à travers la muqueuse cholédoque.

« Sur le deuxième pancréas et toujours sur le canal cholédoque, on voit une belle glande de la grosseur d'une cerise ; cette glande est complétement indépendante du pancréas.

« Sur la troisième pièce : glande plate, située au-dessus du pancréas, sous la tunique cellulaire du canal cholédoque.

« Sur la quatrième pièce : une glande de la grosseur d'une aveline, tout à fait indépendante du pancréas ; une deuxième, également indépendante, quoique contiguë.

« Sur la cinquième : le pancréas se voit à travers la muqueuse cholédoque ; au-dessus, une glande de la grosseur d'une cerise, et autour de celle-ci, en soulevant des lambeaux de la tunique cellulaire cholédoque, de petites glandes isolées au nombre de six ou huit.

« Sur la sixième : en face du canal cystique, on voit une surface plus claire que le reste de la muqueuse cholédoque, à travers laquelle l'eau poussée par le conduit principal suintait dans le canal cholédoque.

« Sur la septième, point de conduit secondaire, point de glande.

« Somme toute : sur 27 pancréas, le conduit secondaire existait 18 fois ; sur les 9 autres, il n'existait point ; mais sur 6 de ces derniers, il y a de petits pancréas secondaires ou glandes dont le contenu se déverse dans le canal cholédoque. Il y a loin de là au résultat obtenu par MM. Bérard et Colin, et de plus, il y a ce fait ignoré de ces expérimentateurs, l'existence de pancréas secondaires ou de glandes dans certains cas, où le conduit, que j'ai découvert, existe, et aussi lorsqu'il n'existe point.

« Quant au diamètre du conduit secondaire, il y a autant de variétés que de pancréas ; le plus ordinairement il dépasse le diamètre d'une très-grosse épingle ; quelquefois il est plus petit, mais aussi il peut être beaucoup plus gros.

« Le conduit secondaire est tantôt unique, c'est ce qui se voit dans la majorité des cas ; mais il peut être double, triple ; dans ce cas, l'eau, poussée par le gros conduit, sort par deux, trois petits pertuis.

« Par son extrémité pancréatique, le conduit secondaire s'anastomose tantôt directement avec le canal pancréatique principal, de sorte qu'il y a continuité entre les deux conduits, tantôt il ne s'anastomose que par des ramifications capillaires excessivement ténues. Dans ce cas, comme dans le premier, des grappes glandulaires sont appendues à ce conduit ; seulement ici ce conduit se perd dans la dernière grappe qui lui est appendue, et il y a pour ainsi dire deux pancréas.

« Cette dernière disposition n'est pas sans importance, car une injection solidifiable à la térébenthine peut fort bien ne point passer à travers ces anastomoses capillaires et par conséquent faire croire que le conduit secondaire n'existe point. Dans un cas analogue, une injection d'eau simple passait très-difficilement, et cette eau ne tombait que goutte à goutte dans le canal cholédoque ; cependant le conduit secondaire fut assez grand pour que je pusse l'inciser dans toute son étendue en partant de son insertion au canal cholédoque ; ici le conduit secondaire se perdait dans la dernière grappe qui lui était appendue, grappe complétement indépendante du pancréas.

« La conclusion de ces recherches est que le conduit secondaire n'est point une exception insignifiante, comme on pourrait le penser d'après MM. Bérard et Colin. Deux ou plusieurs conduits, lorsqu'ils existent, ainsi que des glandes séparées indépendantes du pancréas, ne sont point non plus une exception. Ces conduits et ces glandes ne sont que les représentants du conduit pancréatique principal de la chèvre, du mouton, qui s'ouvre constamment dans le canal cholédoque, ainsi que de conduits secondaires que j'ai trouvés sur le mouton et qui s'ouvrent également dans ce canal.

« J'ai recherché le conduit secondaire sur quatre pancréas de veau, sur le pancréas d'un fœtus de cinq mois environ et sur celui d'un fœtus de six semaines à deux mois : sur ces 6 pancréas, le conduit secondaire existait. » (Renvoyé à la Commission déjà nommée pour l'examen des précédentes communications de MM. Colin et Poinsot.)

ADDITION à la séance du 14 juillet.

Discussion sur l'anesthésie.

DISCOURS DE M. DEVERGIE.

(Suite et fin. Voir le n° 92.)

Nous allons maintenant aborder la question de la responsabilité médicale, dont la solution va se trouver singulièrement simplifiée par les considérations qui précèdent.

DE LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

Le médecin encourt, dans l'exercice de son art, deux sortes de responsabilité :

La responsabilité morale ;
La responsabilité légale.

La responsabilité morale est celle qui incombe au médecin dans tous ses actes, et en vertu de laquelle il doit toujours avoir en vue de sauvegarder les jours du malade confié à ses soins. Sous ce rapport, la responsabilité morale ressort tout entière de la *conscience,* de l'*honorabilité* et de la *sagacité* du médecin.

Il n'en est pas de même de la responsabilité *légale.* Celle-ci existe en vertu de l'art. 319 du Code pénal, ainsi conçu : « Quiconque, par *maladresse, imprudence, inattention,* aura commis un homicide involontaire, etc. »

Cet article n'a pas été institué plutôt en vue de la médecine que de toute autre profession. Il a été créé en vue de sauvegarder la société tout entière contre la maladresse, l'imprudence, l'inattention de ses divers membres. De sorte que depuis l'individu qui occupe le premier échelon social, jusqu'à celui qui en occupe le dernier, chacun est passible de cet article.

Malheureusement, notre art plus que tout autre nous expose à ses atteintes, parce que dans nos actes s'élève constamment une question de vie et de mort.

Or, l'honorable M. Cloquet vous a dit que le médecin ne relevait que de sa conscience, de son honorabilité, de sa sagacité ; que le magistrat n'avait rien à voir dans l'exercice de la médecine : c'est là une double erreur, et quelque respect que je professe pour les opinions émises par M. Cloquet, je déclare que ces doctrines sont fausses et qu'elles conduisent en définitive les médecins à une déception.

En effet, quel rapport y a-t-il entre *la maladresse, l'imprudence, l'inattention* et la conscience, l'honorabilité et la sagacité du médecin? Est-ce que le médecin le plus consciencieux, le plus honorable, le plus expérimenté, ne peut pas pécher par maladresse, par imprudence ou inattention?

Il n'est pas plus exact de dire que le médecin ne relève que de lui-même, et que le magistrat n'a rien à voir dans l'exercice de la médecine. N'est-ce pas pour le magistrat un devoir de conscience que de faire exécuter la loi, et de l'appliquer là où il y a lieu de le faire?

Or, on ne rend pas assez justice, sous ce rapport, aux magistrats. Il est constant qu'ils ne poursuivent *spontanément* les médecins que dans des circonstances tout exceptionnelles. Le plus souvent c'est une famille mercenaire qui se croira suffisamment indemnisée par une somme de.... pour la perte qu'elle a faite d'un mari, d'une mère, d'un fils. Une plainte est déposée, et comme, une fois le magistrat saisi par une plainte, il faut qu'il instruise, comme il ne peut se soustraire à ce devoir; comme d'ailleurs les questions de responsabilité médicale sont très-délicates, il est rare qu'un magistrat instructeur prenne sur lui de les résoudre. Il en résulte que ces poursuites, quelque mal fondées qu'elles soient, suivent souvent le cours ordinaire des affaires judiciaires.

Pour que la poursuite soit la conséquence de l'acte spontané d'un magistrat, il faut qu'il y ait eu *faute lourde commise*, et acte accompli tout à fait en dehors des *règles les plus vulgaires de l'art.*

Aussi, toutes les fois que, dans une circonstance donnée, le médecin s'entoure des lumières de ses confrères, il ne saurait jamais être l'objet de poursuites judiciaires, parce que les magistrats ne peuvent pas supposer que deux ou trois médecins aient failli par ignorance des règles les plus vulgaires de l'art.

On voit tous les jours des actes réputés criminels par la loi se produire dans l'exercice de la médecine, sans que la pensée soit jamais venue d'inculper le chirurgien. C'est ainsi que M. le professeur Stoltz (de Strasbourg) a pu faire revivre l'accouchement prématuré ou avortement dans les cas d'étroitesse du bassin, sans que jamais la justice ait songé à poursuivre pour crime d'avortement. Mais en cette circonstance, les accoucheurs appellent à leur aide d'autres médecins avant de prendre cette détermination.

Ainsi donc, nous posons en principe que *le médecin est couvert, dans sa responsabilité légale, par les règles de l'art.*

Ces règles existent-elles à l'égard de l'éthérisation? Evidemment non. Chacun a son mode, chacun a son procédé, ses moyens; il n'y a rien de fixe sous ce rapport. Dès lors, le médecin ne peut être couvert.

C'est en présence de cette lacune que je me suis demandé si, au lieu de considérer comme inutiles les appareils proposés pour opérer l'éthérisation, ces appareils ne garantiraient pas le médecin de la responsabilité qu'il peut encourir aux yeux de la loi. J'ai donc cherché à couvrir le médecin.

En effet, si nous nous demandons quelles suppositions peut faire un magistrat lorsqu'un événement malheureux vient à terminer fatalement une éthérisation, nous voyons qu'il ne peut se livrer qu'à deux suppositions: *ou on a empoisonné le malade en faisant respirer trop de chloroforme, ou on l'a fait périr asphyxié en ne lui laissant pas respirer une suffisante quantité d'air.*

L'emploi d'un appareil qui réunisse les deux conditions que j'ai formulées, celle de l'entrée facile, permanente et en suffisante quantité de l'air, celle du dosage m'a paru répondre à ces deux suppositions et les détruire.

J'ai donc proposé l'emploi des appareils.

Mais de nombreuses objections ont été faites. Je ne veux pas les éluder; j'en ai pris note, je vais les passer en revue. On a dit: *les appareils n'offrent pas de garantie, parce qu'ils peuvent être défectueux.* C'est à peu près comme si l'on disait: il ne faut pas se servir du bistouri, parce qu'il ne peut pas couper ou mal couper.

Les gens du monde n'acceptent pas volontiers les appareils. Tant mieux, ils courront un danger de moins. — *C'est un masque que l'on met sur la figure du malade.* Mais la compresse qui couvre le nez, une partie des joues, la bouche et le menton, plus la main qui la maintient sur le nez et celle qui la soutient élevée devant la bouche, ne constituent-ils pas un ensemble à beaucoup plus de surface qu'une embouchure d'appareil? — *Les appareils éthérisent trop vite.* M. Robert, dans une de nos dernières séances, déclarait qu'il ne se servait pas de l'appareil de M. Duroy, parce qu'il éthérisait trop lentement. — *Il faut comprimer le nez.* Non, quand l'embouchure s'adapte à la fois à la bouche et au nez. — *On pourra contrefaire les meilleurs appareils.* Il faut être bien à court d'objections pour employer de pareils arguments. — *Si l'on retire brusquement l'appareil, l'éthérisation cesse trop vite.* Quand on peut modérer à volonté l'appareil, cette objection est sans valeur. — *Si on le laisse en place, on a des accidents.* Même réponse; d'ailleurs on peut arrêter à volonté son fonctionnement.—*Les appareils rendent les intermittences des inhalations difficiles.* Que l'on retire une compresse ou une éponge, ou une embouchure d'appareil, n'est-ce pas la même chose? — *L'emploi des appareils aggraverait la responsabilité du médecin.* Mais on ne dit pas comment. — *Ce sont des appareils à concentration.* Que signifie ce raisonnement? D'abord on ne connaît pas d'appareil construit de manière à concentrer les éthers. Tout au plus pourrait-on dire de certains d'entre eux qu'ils sont des appareils à *saturation;* mais ceci était bon pour les appareils à éther, ce n'est plus de mise pour les appareils à chloroforme. Celui de M. Guérin est dans ce cas, il ne contient pas d'air. Celui de M. Charrière est presque totalement rempli par une large spirale de coton qui en occupe toute la capacité. — *On concevait les appareils quand les éthers étaient inconnus.* De mieux en mieux! Quoi, les appareils étaient bons quand les effets, le mode d'action des éthers étaient inconnus, et aujourd'hui que cette action est connue, ils ne valent plus rien! Au surplus; nous reviendrons sur ce fait. — Enfin, M. Larrey, qui a rassemblé dans un long discours toutes les objections possibles, et nous venons de les reprendre une à une, M. Larrey à cru devoir, à l'appui de ses opinions, rapporter une décision prise par le Conseil de santé des armées *contre* les appareils. Elle est ainsi conçue: *On peut, pour l'application, se passer d'appareils; il suffit alors d'une compresse, etc.* Mais il me semble que cela veut dire qu'à défaut d'appareils on peut prendre, etc. Donc, dans la pensée du Conseil de santé, l'appareil était *d'abord* le moyen. *M. Jobert a ajouté qu'avec les appareils il était impossible d'apprécier la quantité d'air et de chloroforme que l'on faisait aspirer aux malades.* Que voit-on donc, s'il vous plaît, sous ce rapport, avec l'éponge ou la compresse?

La véritable cause de ces jugements portés sur les appareils, c'est que jusqu'alors on ne s'est pas servi d'un appareil qui opérât d'après des lois physiques connues et qui pût servir utilement au dosage.

Mais en regard de ces inconvénients, on a mis les avantages de l'autre mode d'opérer. On a dit avec raison que la compresse ou l'éponge permettait d'interroger le malade pendant l'éthérisation. Cela est vrai tant que le malade conserve sa raison, c'est-à-dire qu'il n'est pas éthérisé et alors qu'il n'a aucun danger à courir. Mais plus tard, dans le moment du danger, cet avantage disparaît. *On peut,* dit-on, *surveiller l'entrée libre de l'air.* Oui, tant que le chirurgien n'a pas commencé son opération; mais au début de celle-ci, il faut qu'il s'en rapporte à un aide; or, voici ce qui a lieu, et le fait tout récent que je vais vous citer vous en donnera une idée bien vraie. J'assistai, il y a une quinzaine de jours, à une amputation du sein que l'on pratiquait dans un grand hôpital On éthérisait à l'aide de la compresse. On verse du chloroforme sans le doser, et en deux minutes et demie on obtient l'anesthésie avec résolution musculaire. L'éthérisation est continuée pendant que le chirurgien commence l'opération. Toutes les précautions sont prises, deux élèves observent le pouls de chaque côté de la malade. Mais bientôt des difficultés surviennent pendant l'opération, l'attention de chacun est appelée de plus en plus sur le sein de la malade, chacun se rapproche et le pouls est abandonné Qu'est devenue la compresse que l'on a chargée à plusieurs reprises de chloroforme? A-t-elle été un peu abaissée, je l'ignore; toujours est-il que quelques instants s'étant écoulés, je prends le bras de la malade, je trouve la main froide ainsi que l'avant-bras. Son pouls était à l'état filiforme. Je m'empresse d'en donner avis au chirurgien, qui me fait observer que la respiration est encore régulière; mais il fait enlever la compresse de l'éthérisation. Je ne pré-

tends pas dire que j'aie été de quelque secours dans ce cas; je me borne à raconter les faits, je ne préjuge rien; j'ai seulement voulu tracer le tableau de ce qui se passe le plus ordinairement. Or, avec un appareil, il eût suffi de le graduer à une éthérisation assez faible pour n'avoir plus à se préoccuper des suites.

Enfin, on a dit : *on voit mieux ce que l'on fait avec l'éponge ou le mouchoir.* Mais, comme l'a parfaitement fait remarquer M. Guérin, on voit l'éponge et rien de plus.

La véritable raison de la préférence à donner à ces sortes de moyens, c'est leur simplicité, c'est la facilité de leur emploi, mais malheureusement la statistique des décès ne leur est pas favorable, car dans la discussion qui a eu lieu au sein de la Société de chirurgie, M. Chassaignac a avancé que, sur 47 cas qu'il avait contrôlés, la grande majorité des décès portait sur des éthérisations faites avec l'éponge ou le mouchoir.

Permettez-moi, à mon tour, de faire valoir les avantages des appareils bien faits, qui réunissent à la condition du dosage de l'éther celle d'une entrée invariable d'air pour l'entretien de la respiration.

D'abord, avec un tel appareil on sauvegarde la respiration du malade dans tous les cas.

M. Guérin vous a donné la preuve que l'appareil ne pouvait gêner la respiration, et cela à l'aide d'une expérience fort simple de contrôle : voulant connaître, à l'aide d'un appareil de son invention, les effets de l'éthérisation à distance ou rapprochée, il crut devoir au préalable faire marcher son appareil *à blanc*, en l'attachant au museau d'un chien; celui-ci en fut embarrassé comme il pouvait l'être d'un appendice anormal; mais bientôt il se coucha, s'endormit, et il le conserva ainsi pendant deux heures et demie en plein sommeil.

Un appareil peut éviter tous les dangers d'une inhalation trop brusque d'éther; il suffit de le graduer à la dose d'évaporation de trois à quatre gouttes par minute, car si le malade fait une grande inspiration, il ne pourra toujours respirer qu'une atmosphère dans laquelle se trouvera une très-minime proportion d'éther. Les appareils sont encore employés aujourd'hui par des chirurgiens français et étrangers qui ont fait des éthers l'étude la plus approfondie : MM. Robert, à Paris; Barrié, à Lyon; Schnow, en Angleterre, et bien d'autres. Un chirurgien anglais a déclaré qu'il avait pratiqué plus de 10,000 éthérisations tant à l'hôpital qu'en ville, en se servant d'appareils, et qu'il ne lui était jamais survenu d'accidents. M. Chassaignac a fait le relevé de 47 décès survenus durant l'éthérisation, et dans lesquels on a fait connaître le mode opératoire, il est arrivé à ce résultat que dans la très-grande généralité des cas on s'est servi de l'éponge et du mouchoir.

Lorsque l'on a fait connaître l'action de l'éther, on s'est servi d'appareils pour l'étudier. Plus tard, on a employé l'éponge. Lorsque l'on a eu acquis l'habitude de l'éthérisation est venu le chloroforme; alors on a repris les appareils, puis les éponges. Dernièrement, on a annoncé les effets de l'amylène; c'est encore aux appareils que l'on a eu recours.

Enfin, M. Nélaton, qui se sert exclusivement de compresse, est venu à cette tribune vous dire que, voulant rechercher jusqu'à quel point il était rationnel de pratiquer l'éthérisation sur un individu à l'état d'ivresse, il avait enivré des chiens et les avait éthérisés *à l'aide d'un appareil.* Comment M. Nélaton, qui se sert exclusivement de la compresse, a-t-il pu, pour une expérience de recherche et de contrôle, prendre un appareil? Il devait donc lui apprendre quelque chose de plus, lui donner un résultat plus exact!

Si donc toutes les fois que l'on procède avec un inconnu, on se sert d'un appareil, c'est que l'appareil est le véritable mode d'enseignement, c'est qu'il donne plus de garantie.

Est-il, d'ailleurs, dans cette Académie, un chirurgien qui ait procédé autrement? Tous ont fait leur éducation avec les appareils, et ils ne les ont abandonnés que lorsqu'ils ont acquis une grande habitude, une grande expérience des moyens anesthésiques.

De quels dangers les appareils peuvent-ils garantir le malade et le médecin? 1° du cas de mort par *idiosyncrasie*, car si l'on commence par une dose très-faible, à l'instar de M. Nélaton, qui verse d'abord six gouttes seulement de chloroforme sur la compresse, on peut s'arrêter à temps, on sonde l'impressionnabilité du sujet.

Il évite l'asphyxie par stupeur pulmonaire, et aussi l'asphyxie réflexe dans les éthérisations prolongées, si dans cet appareil on peut doser l'éther que l'on fait respirer au malade dans tous les moments de l'éthérisation.

Il évite l'asphyxie par insuffisance d'air, s'il est muni de tubes d'introduction d'air respirable d'une section suffisante et dont le chirurgien ne puisse pas modifier l'ouverture à sa volonté.

Ce n'est donc pas par exception que les appareils garantissent, mais ils garantissent de la majeure partie des dangers.

Si je me demande de quels dangers garantissent la compresse, l'éponge, le tampon de charpie, le mouchoir, etc., je suis forcé d'avouer qu'ils sont par eux-mêmes tout à fait impuissants sous ce rapport, et qu'au chirurgien seul est dévolu le rôle d'éviter aux malades ces chances fâcheuses de mort.

J'aborde, en terminant, la plus grave de toutes les objections. M. Cazeaux s'est écrié : *Mais c'est une arme terrible que vous livrez à la justice contre les médecins!* Cette phrase courte et sonore a eu un grand retentissement, et chacun de répéter : C'est une arme terrible que M. Devergie vient de...., etc.

Eh bien! je crains que M. Cazeaux n'ait pas rendu sa pensée tout entière, je crois qu'il aurait dû compléter sa phrase et dire : C'est une arme terrible que vous donnez à la justice *contre moi,* qui ne me sers pas d'appareils, s'il est vrai que M. Cazeaux donne à mes paroles une autorité que je ne leur attribue pas. La phrase eût été un peu plus personnelle; elle eût été un peu moins à effet, mais je crois qu'elle aurait rendu plus fidèlement la pensée de M. Cazeaux.

Je le lui avouerai franchement, lorsque j'ai fait ma communication à l'Académie, je ne me suis nullement préoccupé de lui, pas plus de lui que de MM. Jobert, Velpeau, Nélaton, etc.

Et, en effet, ne sait-on pas que M. Cazeaux est un homme instruit, expérimenté, sagace, ayant une grande habitude de l'éthérisation; qu'il ne saurait pécher par maladresse, imprudence, inattention auprès de ses malades. Qu'avais-je donc à me préoccuper de M. Cazeaux? S'il lui arrivait un malheur, il suffirait d'arguer de son nom pour faire cesser tout soupçon à cet égard. Il y a plus, si un médecin qui, comme ceux que je viens de citer, n'a pas à produire un nom qui entraîne avec lui toute espèce de garantie, venait à être traduit en justice pour un fait de ce genre, ne s'empresserait-il pas de dire : Mais j'ai employé les moyens dont se servent tous les jours MM. Cazeaux, Velpeau, Nélaton, etc.; seulement, les magistrats lui répondraient : Mais vous n'êtes pas MM....

Je n'avais donc pas à me préoccuper de M. Cazeaux, mais de dix mille médecins qui sont derrière lui et qui ne pourront pas, comme lui, invoquer en justice l'autorité de son nom.

Or, je soutiens, au contraire, qu'en préconisant les appareils, j'enlève à la justice la seule arme dont elle puisse argumenter, car le médecin donne la preuve qu'à défaut des règles de l'art qui ne sont pas consignées dans la science, il s'est entouré de toutes les précautions qui pouvaient sauvegarder les jours du malade, il a pris l'appareil qui entretient la libre circulation de l'air et la respiration, et avec lequel il est impossible d'élever des soupçons d'empoisonnement.

Telles sont les considérations que je crois devoir soumettre à l'appréciation de l'Académie. J'ai posé une question; il appartient à la chirurgie de la résoudre.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 94. 5e année. Jeudi 6 Août 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Note sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre et en particulier sur l'uréthrotomie périnéale,

Par M. Jules Rouyer.

(*Premier article.*)

L'observation suivante, que j'ai recueillie il y a deux ans et demi dans le service de M. le professeur Nélaton, me paraît avoir une certaine importance, car elle présente un cas d'une opération qui a été rarement pratiquée en France, et sur laquelle l'opinion est encore loin d'être fixée. J'en ai retardé la publication jusqu'à ce moment afin de la compléter en rendant compte des résultats consécutifs.

Depuis quelques années, de nombreux travaux ont été publiés sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre par l'incision, c'est-à-dire par la division des parties rétrécies suivant une direction parallèle à l'axe du canal. Cette opération peut être faite par l'intérieur de l'urèthre, au moyen d'instruments à lames cachées et que l'on peut faire agir sur les parties rétrécies, en incisant soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière.

Plus récemment, M. Syme, chirurgien d'Édimbourg, proposa de pratiquer l'incision des rétrécissements de l'urèthre, en allant les attaquer directement à travers la peau et les tissus intermédiaires ; c'est cette nouvelle opération que l'on désigne sous le nom d'uréthrotomie *externe* ou *périnéale*. — Comme cette opération est encore peu connue en France, nous pensons qu'on lira avec intérêt quelques détails sur ce sujet : nous les emprunterons, pour la plupart, à un ouvrage publié à Londres, par H. Thompson (1).

Avant d'en exposer le manuel opératoire, remontons un instant à son origine, car cette opération fut pratiquée autrefois par plusieurs chirurgiens, et ce n'est que peu à peu qu'elle arriva à prendre rang dans la science comme méthode spéciale de traitement des rétrécissements de l'urèthre. — Ces citations, très-courtes et incomplètes, suffiront pour donner une idée de l'ancienneté de cette opération. Elle a été pratiquée aussi par bien d'autres chirurgiens que ceux dont nous citons les noms ; elle est désignée souvent dans leurs écrits sous la dénomination de *boutonnière,* mot qui servait à exprimer un certain nombre d'opérations différentes.

Wisemann, en 1652, assista dans une opération le chirurgien Molins, qui fit d'abord une incision au périnée pour remédier à la rétention d'urine ; il resta une fistule ; le malade désira qu'on traitât son rétrécissement, et le chirurgien incisa l'urèthre sur la ligne médiane en divisant le scrotum.

Astruc se servait d'un cathéter cannelé pour faire l'incision du périnée, afin d'agir sur les caroncules, callosités et ulcères sordides ; mais les malades se trouvaient dans un état moins satisfaisant après l'opération, parce que les cicatrices rendaient le passage plus étroit.

J.-L. Petit opéra de cette manière l'incision des rétrécissements, et en obtint de bons résultats.

Hunter, après avoir pratiqué la boutonnière, incisait les rétrécissements et se servait de la dilatation pour compléter l'opération.

Grainger, Th. Chevalier faisaient de la même manière l'incision des rétrécissements.

Arnott (de Middlesex) fit d'emblée l'incision du rétrécissement, quoi qu'il n'y eût pas de rétention d'urine, et en 1822 il fit sur cette opération une lecture à la Société médico-chirurgicale de Londres. La guérison de son malade fut constatée pendant sept ou huit ans.

Guthrie, en 1836, recommande, si le rétrécissement est dur et étendu, d'inciser en arrière et de prolonger l'incision en avant sur la partie rétrécie.

En 1844, M. Syme (d'Édimbourg) pratiqua cette incision des rétrécissements et communiqua le résultat de cette opération, qui avait été couronnée de succès ; depuis cette époque, il agit de même dans 70 cas, et en 1852 il propose cette opération pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre, et fait connaître les résultats obtenus en même temps qu'il présente les indications et les contre-indications dont on doit tenir compte pour l'application de cette méthode.

L'incision de dehors en dedans fut faite aussi par d'autres chirurgiens anglais : Fergusson la pratiqua 4 fois ; Cock, 5 fois ; Coulson, 8 fois ; Ericsen, 5 fois ; Henry Thompson, 1 fois ; Fr. Thompson, 2 fois ; Fiddès, 6 fois ; Mackensie, 7 fois. Ces faits qui, joints à ceux publiés par M. Syme, forment un total de 108 cas, sont rapportés dans l'ouvrage de M. H. Thompson.

En France, cette opération a été pratiquée 15 fois : nous reviendrons plus tard sur ces faits.

Manuel opératoire. — On n'a à employer qu'un cathéter et un bistouri. Le cathéter est formé de deux parties d'un calibre

(1) Henry Thompson. *Stricture of the Urethra ; its pathology and traitement.* Londres, 1854.

inégal : la première présente environ 4 millimètres de diamètre, puis l'instrument offre brusquement un diamètre inférieur au premier ; une cannelure existe sur la convexité de ce cathéter. Par la dilatation graduelle, on amène la portion rétrécie de l'urèthre à pouvoir admettre l'extrémité du cathéter, que l'on fait pénétrer jusqu'à ce que la partie la plus large soit arrêtée par le rétrécissement. Alors, avec le bistouri, on incise sur la ligne médiane du périnée, et on va à la rencontre de l'instrument, de manière à tomber au point de jonction des deux parties d'un diamètre différent qui constituent le cathéter, puisque c'est en ce point que se trouve le rétrécissement uréthral.

Après l'opération, on abandonne la plaie à elle-même, et on passe dans l'urèthre une sonde d'un calibre notable qu'on fixe à demeure.

Indications et contre-indications. — Cette opération convient pour les rétrécissements ***hautement contractiles*** et ***irritables*** (Syme), c'est-à-dire à ceux qui ont résisté à la dilatation bien faite et complète, et en outre, aux rétrécissements d'origine traumatique.

Les seules contre-indications seraient l'existence d'une affection concomitante des reins, de la vessie ou de la prostate.

Dangers, accidents. — Cette opération semble assez grave pour qu'on se préoccupe des dangers auxquels elle expose l'opéré. Disons tout d'abord que la mort a été observée dans quatre cas (1); mais elle tenait à un accident qui n'est pas propre à l'opération, à l'infection purulente :

1° Cock trouva, à l'autopsie de son opéré, des signes d'inflammation du plexus veineux prostatique ; l'urèthre avait été incisé dans une étendue d'un pouce et demi ;

2° Le sujet de Mackensie succomba à une infection purulente ; deux rétrécissements avaient été incisés en une seule fois ;

3° Le malade de Fergusson mourut après avoir présenté les symptômes de l'infection purulente ; mais à l'autopsie, le chirurgien ne trouva rien qui expliquât la mort ; les poumons et le foie n'ont pu être examinés ;

4° Le malade de Coulson succomba à une péricardite et à l'infection purulente.

Les accidents que l'on pourrait craindre le plus, à la suite de de cette opération, sont l'hémorrhagie et l'infiltration urineuse :

Hémorrhagie. — Cet accident est moins redoutable qu'on peut le supposer *à priori ;* M. Syme n'en a pas observé un seul cas; Coulson vit l'écoulement de sang survenir dans trois cas ; Cock l'observa deux fois, Fergusson une fois, Mackensie deux fois, Fiddès une fois.

Dans aucun de ces cas, l'hémorrhagie ne fut assez abondante pour inspirer de l'inquiétude au chirurgien. Un des malades de Cock seulement perdit, après l'opération, plusieurs onces de sang. Les applications de glace et la compression suffirent, dans tous les cas, pour arrêter ces hémorrhagies.

Thompson attribue cet accident à la division des artères bulbeuses, et il conseille pour les éviter de faire, autant que possible, l'incision exactement sur la ligne médiane.

Infiltration urineuse. — Cet accident n'a été observé dans aucun des cas rapportés.

L'*érysipèle* des bords de la plaie a été observé une fois.

Résultats. — Lorsque cette opération a été pratiquée, il peut arriver : 1° que le malade ne soit pas soulagé ; 2° que la guérison soit temporaire ; 3° qu'elle soit complète. La difficulté que l'on éprouve à suivre les malades ne permet pas toujours d'apprécier exactement les suites de cette opération.

L'*insuccès* paraît avoir été constaté dans trois ou quatre cas, notamment dans celui où survint l'érysipèle ; il se forma des escharres, et il en résulta une perte de substance qui laissa une ouverture fistuleuse.

La *récidive* a été observée par Syme très-rarement ; il l'attribue : 1° à la division incomplète du rétrécissement ; 2° à la réunion trop rapide des bords de la plaie, ce que l'on doit éviter en plaçant une sonde à demeure dans l'urèthre après l'opération ; 3° à la persistance des causes qui produisaient le rétrécissement de l'urèthre. Thompson, qui a vu des malades de Coulson et de Fergusson trois ou quatre ans après l'opération, a trouvé chez eux une légère tendance à la reproduction du rétrécissement.

La *guérison permanente* a été constatée, dans un grand nombre de cas, plus ou moins longtemps après l'opération.

Les détails qui précèdent sont tirés de l'ouvrage de Thompson, que nous avons mentionné plus haut. — M. Nélaton pense que l'on pourrait peut-être se dispenser d'employer le cathéter de M. Syme. M. Sédillot pense également que cela n'est pas nécessaire ; Coulson partage aussi cette opinion. Ce dernier conseille seulement de conduire une sonde jusqu'au-devant du rétrécissement, puis d'aller à la recherche de l'extrémité de cette sonde, après avoir fixé les lèvres de l'incision au moyen d'un fil passé au travers, pour empêcher l'urèthre de quitter la ligne médiane et de fuir devant l'instrument tranchant. Quand on est arrivé à l'urèthre, on incise sur la sonde, que l'on fait avancer à mesure dans l'incision, jusqu'à ce qu'on ait divisé tout le rétrécissement.

M. Syme, au contraire, regarde l'introduction du cathéter dans le rétrécissement comme nécessaire, et il conseille, pour arriver à ce but, de dilater graduellement le canal, afin de pouvoir introduire l'instrument au moment de l'opération.

M. Nélaton croit que si l'on tient à employer le cathéter, on pourrait le modifier de la manière suivante, ce qui en facilite l'usage : au cathéter de M. Syme, décrit précédemment, on ajouterait une branche articulée au pavillon de ce cathéter ; cette branche, présentant une extrémité pointue, aurait une courbure beaucoup plus prononcée que le cathéter, de telle sorte que la pointe viendrait aboutir à l'endroit où le calibre de l'instrument diminue ; une cannelure existant également sur la concavité de cette seconde branche, se continuerait avec celle qui se trouve sur la partie rétrécie du cathéter. Au moment de l'opération, le cathéter étant introduit dans l'urèthre comme précédemment, la pointe de la seconde branche, enfoncée à travers le périnée, viendrait aboutir à la partie antérieure du rétrécissement ; le bistouri, conduit le long de sa cannelure d'abord, puis le long de celle du cathéter, diviserait forcément le rétrécissement d'avant en arrière. On agirait de cette manière avec plus de rapidité et surtout de sécurité ; on saurait d'avance et avec une grande précision le point où le bistouri doit être conduit. M. Nélaton fit construire cet instrument, mais comme il n'était pas prêt au moment de l'opération, il se servit du cathéter de M. Syme.

J'arrive maintenant à l'observation :

Obs. I. — *Rétrécissement traumatique de l'urèthre. — Uréthrotomie périnéale. — Guérison.*

Le nommé Pierre Simonet, âgé de 39 ans, entre le 3 octobre 1854 dans le service de M. le professeur Nélaton, pour un rétrécissement de l'urèthre (1). Cet homme, ouvrier charpentier,

(1) Nous ne parlons ici que des malades opérés par les chirurgiens anglais, et dont les observations sont rapportées par H. Thompson. — Dans un deuxième article, nous étudierons l'uréthrotomie périnéale au point de vue de ses résultats, en nous appuyant sur les faits observés en France, et sur ceux qui ont été rapportés en Angleterre depuis la publication de l'ouvrage de H. Thompson. — Ces résultats, nous pouvons le dire par avance, sont loin d'être aussi satisfaisants que ceux qui sont signalés par ce dernier auteur.

(1) Afin d'éviter un double emploi, je dirai qu'il a déjà été question de cette observation dans deux journaux, avec quelques inexactitudes, qui pourraient faciliter l'erreur même chez un lecteur attentif.

Ainsi, un article du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, qui est reproduit avec une note par la *Revue médico-chirurgicale* (t. XVII, mars 1855, p. 177), contient quelques erreurs de détail, mais la suivante est beaucoup plus

domicilié à Paris, était employé aux travaux du chemin de fer de Paris à Strasbourg. Le 9 juillet 1854, il travaillait aux environs de Nancy, lorsqu'il fut victime d'un accident grave. Pendant qu'il se livrait à ses travaux, il fut renversé par la chute d'un morceau de bois ; il tomba sur l'angle d'une pierre ; ce fut le périnée qui porta sur la pierre ; il y eut, en outre, une côte fracturée, et le gros orteil fut luxé.

Après cet accident, le malade fut conduit à l'hôpital de Nancy ; on remarqua qu'il sortait du sang par l'urèthre, et, d'abord, on y fit peu d'attention ; plus tard survint une difficulté dans l'émission de l'urine ; on sonda le malade, et on put évacuer le liquide contenu dans la vessie. En outre, il existait au périnée un épanchement notable d'urine ou de sang ; une incision fut faite, et il sortit de l'urine, puis la plaie se cicatrisa et le malade sortit de l'hôpital.

Mais bientôt il éprouva de nouveau de la difficulté à uriner, et vint revoir le chirurgien, qui pratiqua le cathétérisme, et, malgré son habileté, fit une fausse route. Le malade se décida alors à venir à Paris, et le 3 octobre, il entra à l'hôpital des Cliniques.

M. Nélaton était alors absent. M. Sappey, chargé du service, essaya inutilement de faire pénétrer des sondes et des bougies très-fines ; ces tentatives furent répétées sans succès presque tous les jours ; elles furent continuées, à partir du 2 novembre, par M. Nélaton, qui employa d'abord des bougies fines en spirale, puis des bougies portant à leur extrémité un renflement olivaire. Enfin, on employa le moyen suivant : une bougie en cire fut enduite de poudre d'alun, incorporée par la pression à la matière qui formait l'instrument ; on la fit pénétrer aussi loin que possible dans l'urèthre, où elle séjourna pendant deux heures ; l'action de la substance astringente, dans ces cas, est difficile à expliquer, mais presque toujours elle est efficace ; en effet, le lendemain on put faire pénétrer une bougie ; les jours suivants, on se servit d'instruments dont le diamètre était graduellement de plus en plus gros.

Il y a, chez ce malade, un rétrécissement de l'urèthre qui est situé immédiatement au devant de la courbure de la partie pubienne du canal, au niveau du ligament sous-pubien. Le palper pratiqué avec soin, le toucher par le rectum, n'ont fourni aucun renseignement. Il n'y a pas de douleur dans la vessie, pas de maladie des reins ; l'urine est limpide. — Le malade n'a pas eu d'accidents syphilitiques.

Ce rétrécissement a été causé par l'accident arrivé à cet ouvrier ; il s'est développé avec la rapidité que présentent ces lésions quand elles sont produites par une cause traumatique.

Que convient-il de faire pour le traitement de cette affection ? Avant d'aborder cette question pour le cas particulier qui se présente à nous, jetons un coup d'œil rapide sur les diverses méthodes dont dispose la chirurgie pour le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Il en existe trois principales :

1° Dilatation, sous plusieurs formes ;

2° Cautérisation ;

3° Incision pratiquée de deux manières : par l'intérieur du canal, ou de dedans en dehors ; et par l'extérieur en procédant de la peau vers les parties profondes, ou de dehors en dedans.

Examinons successivement les résultats que l'on peut obtenir par ces diverses opérations.

Par la *dilatation*, on peut rendre l'émission de l'urine assez facile ; mais il faut que le canal puisse être maintenu dans l'état qu'on a obtenu par le cathétérisme pratiqué de temps en temps ; sans quoi, le rétrécissement se reproduit aussi prononcé qu'auparavant. Chez notre malade, ce moyen serait tout à fait insuffisant, surtout à cause de l'origine traumatique du rétrécissement ; et pour un individu obligé de se livrer à des travaux assez pénibles, il est nécessaire de trouver un moyen plus radical.

La *cautérisation*, autre méthode abandonnée aujourd'hui, serait également incapable de fournir ce résultat.

Il nous reste enfin l'*incision*, qui peut, comme nous l'avons dit, être pratiquée de deux manières : par l'intérieur de l'urèthre ; on coupe ainsi ce que l'on peut, sans savoir exactement ce que l'on a produit ; en outre, dans le cas particulier, la disposition des tissus cicatriciels rendrait cette opération fort difficile et très-probablement insuffisante.

Revenons à notre malade. M. Nélaton se proposait de pratiquer l'incision du rétrécissement suivant la méthode de Syme ; afin de se conformer aux préceptes de ce chirurgien, il eut d'abord recours à la dilatation, afin que le cathéter cannelé pût être introduit. On arrivait, en effet, à dilater presque complétement le canal, mais lorsqu'on restait seulement deux ou trois jours sans passer la sonde, le rétrécissement se reproduisait tel qu'il était d'abord. Il y avait donc indication formelle de recourir à une opération capable de procurer une guérison radicale ; le cas présent, d'ailleurs, était un de ceux auxquels l'incision suivant la méthode de Syme était surtout applicable, d'après les principes mêmes de son auteur.

L'opération fut pratiquée le mercredi 7 février 1855 : Une incision étant faite au périnée, M. Nélaton coupa les brides inodulaires formées par la cicatrisation de la plaie périnéale produite au moment de l'accident, et après avoir trouvé la cannelure du cathéter, il y conduisit le bistouri en achevant de diviser complétement la partie rétrécie du canal. La recherche du cathéter présenta quelques difficultés, à cause du petit volume de cet instrument et de la mobilité des tissus. Cette opération fut néanmoins terminée assez rapidement, sans complications, et, en somme, sans grande difficulté. Une grosse sonde fut ensuite laissée à demeure dans l'urèthre.

9 *février*. Il y a quarante-huit heures que l'opération est pratiquée ; tout va bien ; il n'y a pas eu d'accidents, pas de frisson comme on en voit souvent après les opérations sur l'urèthre, pas de mouvement fébrile, pas d'écoulement sanguin. Au moment de l'opération, il ne s'était écoulé que fort peu de sang. Maintenant, la plaie est en bon état ; il y a un peu de tuméfaction du côté des bourses, mais cela n'a pas le caractère d'une complication. L'urine coule par la sonde et par l'incision. Il n'y a pas de douleurs.

16 *février*. Hier matin, au moment de la visite, ce malade se trouvait dans un état aussi satisfaisant que possible ; il n'y avait pas de douleur ; la plaie périnéale était en bonne voie, fournissant du pus, mais ne donnant pas issue à l'urine. M. Nélaton changea la sonde qui reste toujours à demeure dans l'urèthre, en attendant la cicatrisation. Celle qui fut placée hier pénétra facilement ; il y eut seulement un peu de résistance quand elle franchit le point correspondant à l'incision. Cette nuit, à quatre heures, le malade fut pris d'un frisson violent avec claquements de dents ; en outre, d'autres symptômes se manifestèrent, chaleur, fréquence du pouls, céphalalgie, courbature. Aujourd'hui matin, quatre heures après, à la visite, il se trouve encore sous cette influence et paraît abattu. M. Nélaton pense qu'il n'y a rien à craindre, parce qu'il n'y a pas de symptômes réellement graves ; la plaie est en bon état ; les ganglions inguinaux sont seulement un peu engorgés ; il n'y a rien du côté des fosses iliaques ; il n'y a aucun signe qui puisse faire craindre un phlegmon pelvien ou périnéal, ni une cystite, ni une néphrite. Les symptômes précédents ont seulement été produits par le changement de sonde, une plus grosse ayant été introduite. Cette sonde a été laissée ce matin, parce que maintenant le malade y

importante. Dans la note, il est dit : « Lorsque M. Nélaton eut obtenu le degré de dilatation nécessaire pour assurer le procédé opératoire, le rétrécissement n'offrit plus de résistance et se laissa dilater le mieux du monde. *L'opération ne fut donc pas faite* ; et nous croyons qu'on l'a pratiquée dans un bon nombre de cas où elle aurait pu être également évitée. »

Il y a là une erreur complète : l'opération était parfaitement indiquée, — elle a été faite, — elle a été suivie d'un excellent résultat. Du reste, on en jugera par la relation que nous donnons de ce fait.

est habitué ; il faut attendre que la cicatrisation se fasse avant de la retirer : sans cette précaution, il pourrait se produire une rétraction qui rendrait ensuite le cathétérisme plus dangereux.

Les symptômes que nous venons de signaler ne se reproduisirent pas ; aucun autre accident ne survint ensuite, et la cicatrisation de la plaie se termina assez rapidement. Alors la sonde fut retirée de l'urèthre, et le malade, qui était assez adroit pour se sonder, fut chargé de passer un cathéter, d'abord deux fois, puis une fois par jour dans l'urèthre, et il arriva à faire passer avec facilité le cathéter n° 55, de la filière de Béniqué (9 millimètres de diamètre).

31 *mars*. Ce malade sort du service. Que va-t-il arriver? Il serait intéressant, au point de vue scientifique, de voir ce qui surviendrait chez ce malade abandonné à lui-même ; mais comme son intérêt particulier pourrait en souffrir, il faudra lui conseiller de passer fréquemment un cathéter assez volumineux dans l'urèthre, jusqu'à ce que le tissu cicatriciel ait perdu sa contractilité ; on ne peut préciser exactement ce temps, mais il faut compter à peu près sur dix à douze mois.

Ce malade revient à l'hôpital à la consultation du 2 *juin*; il se trouve, dit-il, comme avant son accident, il urine aussi facilement. Il passe presque tous les jours dans l'urèthre le cathéter n° 55 de Béniqué.

Il y a deux ans que ce malade ne s'est présenté à l'hôpital, mais je ne l'ai pas perdu de vue. Quelques jours après sa sortie du service, il a repris ses travaux ; pendant les deux premiers mois, il ne pouvait y mettre la même activité qu'autrefois; mais bientôt il put reprendre complétement ses occupations, qui sont assez pénibles. Il continua à passer le cathéter n° 55, d'abord tous les jours, puis successivement à deux, quatre, six, huit jours d'intervalle, et en dernier lieu tous les quinze jours. Une année se passa ainsi ; depuis un an, il ne s'est jamais servi de sonde.

Je l'ai revu la dernière fois, récemment, le 16 *juin* 1857 ; l'émission de l'urine est toujours très-facile, normale ; il m'a dit qu'il se trouvait comme avant son accident, et *même mieux*, je lui laisse toute la responsabilité de cette dernière assertion, d'autant plus qu'il n'a pu m'indiquer nettement en quoi consistait cette amélioration.

Nous avons insisté en rapportant cette observation sur les particularités les plus intéressantes qu'elle a présentées; quant à la guérison, on peut espérer, en raison de l'état actuel du malade, qu'elle sera définitive ; cependant ce laps de temps n'est pas encore suffisant : nous avons vu plus haut que chez des malades opérés depuis trois ou quatre ans, H. Thompson avait observé une légère tendance à la récidive ; peut-être l'origine et la nature du rétrécissement (traumatique) exposeront-elles moins à cette récidive : je continuerai à observer le malade, et j'aurai occasion ultérieurement de faire connaître ce qui adviendra.

A propos du malade dont nous venons de rapporter l'observation, M. Nélaton raconte brièvement l'histoire d'un enfant auquel il pratiqua une opération analogue dans un cas de rétrécissement de l'urèthre également d'origine traumatique :

OBS. II. — *Blessure du périnée. — Lésion rare de la verge, etc. — Formation du tissu cicatriciel autour de l'urèthre ; rétrécissement. — Incision de ce tissu par le périnée sans ouvrir l'urèthre. — Guérison.*

Plusieurs enfants s'amusaient derrière une voiture chargée de moellons et essayaient de l'acculer. Ils y parvinrent; et la voiture se renversant en arrière, quelques moellons tombèrent sur eux ; un de ces enfants reçut ainsi une certaine quantité de pierres sur l'abdomen ; il fut reconduit chez ses parents. On ne reconnut pas d'abord la gravité des lésions produites, et ce ne fut que neuf jours après qu'on amena l'enfant à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Nélaton. En l'examinant, on reconnut qu'il y avait, au voisinage de l'épine sacro-iliaque, une ouverture fistuleuse donnant passage à de l'urine; il y avait, en outre, de la tuméfaction à la partie supérieure de la cuisse, au voisinage de la région pubienne. En voulant explorer les voies urinaires, M. Nélaton fut très-surpris de voir que la verge n'était plus à sa place; il n'y avait plus qu'un tube formé par la peau de la verge et terminé par le prépuce ; mais les corps caverneux et le gland avaient disparu. En étudiant attentivement l'état de ces parties, on trouva la verge contenue dans le scrotum, entre les deux testicules, et un peu en avant de ces organes. L'urine était versée par l'urèthre dans les bourses, où elle s'était accumulée, puis elle s'était frayée un passage par le trajet fistuleux que nous avons signalé; la tumeur de la partie supérieure de la cuisse était également formée par de l'urine.

Il fallait songer à ramener la verge à sa place, et déjà quelques chirurgiens présents songeaient à une opération assez grave; mais auparavant, M. Nélaton voulut essayer de ramener cet organe en allant l'accrocher avec l'aiguille courbe et mousse de Cooper, employée dans les ligatures d'artères. La verge, placée dans le scrotum, était courbée en présentant sa concavité en arrière ; le crochet mousse fut conduit dans la concavité de la verge, de manière à embrasser cet organe par sa propre concavité. Une traction très-modérée a suffi pour ramener la verge à sa position normale.

On essaya ensuite de pratiquer le cathétérisme, mais il fut impossible de faire pénétrer la sonde dans la vessie ; il existait un rétrécissement de l'urèthre produit par le tissu inodulaire formé après la blessure qui avait causé les désordres que nous avons rapportés.

Dans cette circonstance, M. Nélaton, après avoir placé une sonde dans l'urèthre jusqu'au point rétréci, pratiqua une incision au périnée sur la ligne médiane. En divisant graduellement le tissu cicatriciel, il parvint jusqu'au canal de l'urèthre, et avant que la paroi de ce canal fût incisée, la sonde put pénétrer librement dans la vessie. Le passage de l'urine fut rétabli de cette manière, sans que l'urèthre eût été intéressé.

Cette dernière observation nous présente quelques particularités qui méritent d'attirer l'attention : l'origine traumatique de la lésion, le siége du rétrécissement. L'urèthre lui-même semble n'avoir pas été intéressé; l'obstacle au passage de l'urine était formé par l'induration du tissu de cicatrice placé au voisinage de ce canal. Cette considération est importante au point de vue du traitement, puisqu'elle a permis de remédier au mal sans inciser les parois de l'urèthre.

Un autre détail encore a dû frapper l'esprit du lecteur par sa bizarrerie et sa rareté, car il serait peut-être impossible d'en rencontrer un autre exemple dans les annales de la science : je veux parler du déplacement de la verge dans le scrotum (1). Le mécanisme qui a amené ce déplacement serait peut-être difficile à expliquer nettement. Il a fallu une certaine violence pour rompre les attaches du prépuce au gland; le peu d'adhérence de la peau dans le reste de l'étendue de l'organe permettait alors à la verge de sortir facilement de son enveloppe cutanée. D'un autre côté, cette violence ne semble pas s'être montrée ici, puisqu'on n'en trouvait aucune trace sur la peau de la verge, ni sur cet organe lui-même. Quoi qu'il en soit, cette lésion mérite d'être notée, ainsi que le moyen fort simple qui a été mis en usage pour y remédier.

(1) Comme déplacement offrant une certaine analogie avec celui-ci, je puis citer le fait suivant, sur lequel je n'ai malheureusement que fort peu de détails :

Dans un cas, le testicule, soumis à une pression assez forte, sortit du scrotum, et, se portant en avant entre les corps caverneux et la peau de la verge, vint apparaître sous le prépuce, auprès du gland, auquel il était immédiatement accolé. — Ce fait bizarre peut s'expliquer par la même disposition anatomique qui a favorisé le déplacement dont nous venons de parler.

MÉDECINE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. Voir les nos 83 et 87.)

Dans la leçon précédente, nous avons fait la nosographie et l'étiologie des affections parasitaires en général; aujourd'hui, nous étudierons la séméiotique et la thérapeutique, après quoi nous commencerons la description des affections cutanées produites par les parasitaires végétaux.

La séméiotique comprend le diagnostic et le pronostic.

DIAGNOSTIC. — Il est ordinairement simple et facile; d'autres fois, il est difficile et alors l'on voit les affections parasitaires prises, par des médecins même éclairés, pour des éruptions dartreuses, scrofuleuses ou syphilitiques; quelquefois enfin, la difficulté est extrême et l'on est forcé de rester dans le doute au moins pendant quelque temps; j'ajoute immédiatement que ces derniers cas sont très-rares. On peut être également embarrassé dans le diagnostic spécial et dans le diagnostic différentiel. Quand l'affection parasitaire occupe une région du corps qui est ordinairement son siége de prédilection, le diagnostic est presque toujours facile; la teigne occupe-t-elle le cuir chevelu, il sera rare de ne pouvoir le distinguer, tandis qu'aux parties sexuelles elle sera méconnue et prise pour de la dartre, parce que cette partie du corps est le siége habituel des affections de nature dartreuse. De même dans la gale, que l'éruption excite principalement aux mains, aux pieds, aux poignets, dans les intervalles des doigts, sur la verge chez l'homme, sur les mamelles chez la femme, et rarement vous verrez commettre une erreur de diagnostic; mais si ces parties sont saines et que l'acarus siége en une autre région, soyez assurés que le plus souvent on ne songera même pas à la gale, et cette erreur pourra entraîner des conséquences fâcheuses. Permettez-moi de vous citer un exemple : je fus appelé, il y a quelques années, dans une pension de Paris pour voir un élève qui éprouvait depuis quelque temps des démangeaisons très-vives sur tout le corps, et plus fortes la nuit que le jour; j'eus beau chercher, je ne trouvai rien, absolument rien, ni aux mains, ni aux pieds, ni à la verge; cependant, après avoir parcouru avec le soin le plus scrupuleux toute l'habitude extérieure, je finis par découvrir sur l'épaule droite un sillon, un seul sillon, mais d'où je pus extraire l'acarus. Je fus donc fixé à l'instant; l'enfant avait la gale. Je vous laisse à penser quelles tristes conséquences aurait eues pour le maître de pension une erreur de diagnostic!

Le diagnostic différentiel offre les mêmes alternatives : souvent facilité extrême et impossibilité d'une méprise, comme dans la teigne pelade (teignes achromateuse et décalvante), et quelquefois difficulté extrême et dont il n'est pas toujours possible de sortir. La teigne tonsurante et la gale nous offrent souvent des cas de ce genre; elles appartiennent également aux deux sexes, à tous les âges, à tous les tempéraments, à toutes les constitutions; elles peuvent revêtir les formes éruptives les plus diverses, et par conséquent simuler toutes les affections artificielles et constitutionnelles de la peau. Mais nous sommes encore sur le terrain des généralités, et il faut aujourd'hui nous contenter de signaler les principales sources où l'on peut puiser pour arriver au diagnostic.

Tenez compte avant toute chose de la physionomie de l'ensemble, de la disposition, constituant le cachet propre de certaines affections parasitaires, et qui frappe immédiatement un œil exercé; c'est ainsi que vous nous voyez presque toujours, à la consultation, faire à distance le diagnostic de la gale, et rarement commettons-nous quelque erreur. Le prurit est un symptôme très-important, il appartient à presque toutes les affections cutanées parasitaires, et rarement il fait défaut; toutefois, n'oubliez pas qu'il peut dépendre de l'éruption et non du parasite; j'ai longuement insisté sur cette distinction dans ma dernière leçon.

Les affections cutanées parasitaires offrent presque toujours des caractères particuliers qui facilitent le diagnostic; et, sans entrer dans des détails qui seront mieux placés plus tard, je vous rappellerai seulement ici quelle importance s'attache à la couleur, à la forme circulaire, au siége de l'affection. Les circonstances étiologiques, la connaissance du début et du développement de la maladie apportent souvent des lumières précieuses : un sujet porte sur la face une éruption de nature douteuse, par exemple, quelques points pityriasiques; des démangeaisons existent, il est vrai, mais ne peuvent-elles pas appartenir à la dartre tout aussi bien qu'au parasite? Interrogez le malade, et s'il vous raconte qu'après s'être fait raser chez certain barbier il a vu au bout de quelques jours des cercles rouges en différents points de la face, vous serez immédiatement amené à soupçonner fortement la nature parasitaire de l'affection actuelle; de même aussi quand vous trouverez sur les mains (ordinairement à la face dorsale) une plaque arrondie, érythémateuse, herpétique ou lichénoïde, postérieure à l'affection du visage, portez hardiment le diagnostic : le malade est affecté d'une teigne tonsurante de la face qui a été transmise par contagion au dos de la main.

Les cas de ce genre sont nombreux, et nous en trouverions aisément de semblables dans d'autres affections parasitaires. Interrogez aussi les malades (et vous ne sauriez le faire avec trop de soin) pour connaître les divers traitements qui ont été mis en usage, car ordinairement les topiques irritants ne sont pas épargnés, et ils produisent des éruptions qui marquent les caractères de la maladie primitive, et qu'on rattache à la scrofule ou à toute autre maladie constitutionnelle. Enfin, je vous l'ai déjà dit en commençant cette leçon, il y a des cas où il faut rester dans le doute et attendre que les caractères de la maladie soient mieux dessinés. Toutefois, s'il est nécessaire d'arriver immédiatement au diagnostic, il vous reste une ressource précieuse, le microscope, qui ordinairement lève tous les doutes. Ne négligez donc pas l'emploi du microscope dans les cas difficiles. Nous avons eu ici un enfant dont la tête était couverte de croûtes jaunes et sèches; nous hésitions entre la gourme et la teigne faveuse, M. Deffis penchant vers la seconde et moi vers la première; l'examen microscopique nous mit d'accord; nous nous trompions tous les deux, l'enfant était affecté de teigne tonsurante avec complication d'impétigo. J'ai déjà cité ce fait dans mes leçons de 1855.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 août 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Un rapport de M. BERNIER, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Romorantin, sur une épidémie d'*angine couenneuse* qui a régné en 1857, dans la commune de Nonan-le-Fuselier. (Commission des épidémies.)

— Un mémoire sur une épidémie de *variole* qui a régné à Plancher-lès-Mines, en 1856-1857, par M. le docteur POULET. (Commission de vaccine.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

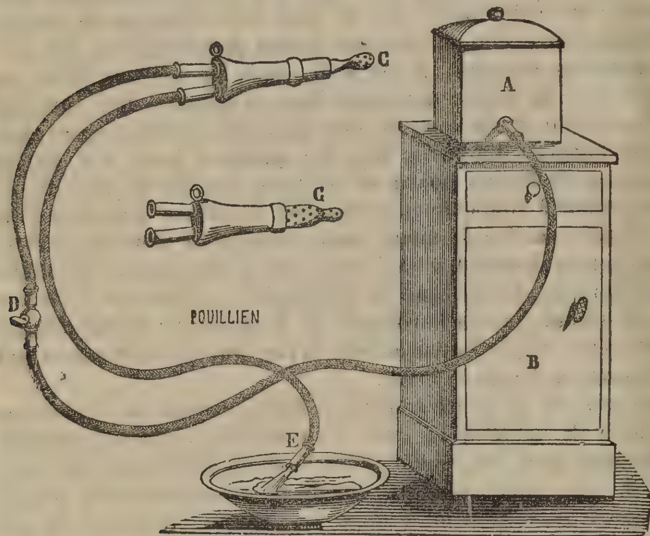
Note sur un nouveau *sphygmomètre*, par M. le docteur POZNANSKI. (Comm. : M. Poiseuille.)

— Mémoire sur le *traitement de la goutte et du rhumatisme*, par M. le docteur LE GALVÉ. (Comm. : M. Bouillaud.)

— Mémoire sur l'*action comparative du perchlorure et du persulfate de fer,* considérés comme coagulants, par MM. JEANNEL et L. MONCEL, pharmaciens militaires. (Comm. : MM. Caventou, Robinet et Poggiale.)

— Lettre de réclamation de M. POUILLIEN au sujet de l'irrigateur vaginal à double courant présenté dans la dernière séance, par M. Mathieu :

« Monsieur Mathieu ayant présenté à l'Académie dans sa dernière séance un irrigateur vaginal à double courant, j'ai l'honneur de vous rappeler que j'ai présenté, le 5 avril 1855, un appareil absolument semblable duquel je suis l'inventeur.



« L'expérimentation publique dans les hôpitaux et son emploi journalier dans la pratique civile, surtout par MM. Jobert de Lamballe, Nélaton, Monod, Michon, Robert, Denonvilliers, Hervez de Chégoin, Huguier, Nonat, etc., etc., l'ont élevé au rôle d'appareil si utile que je viens en réclamer la priorité, et vous prier, Monsieur le Président, de faire valoir mes droits près de la savante Compagnie.

« Recevez, etc. « *Signé :* B. POUILLIEN. »

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Mirault, d'Angers, membre correspondant, assiste à la séance.

LECTURES ET RAPPORTS.

M. ROBINET lit une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions négatives sont successivement adoptées par l'Académie.

— M. BÉRARD lit une note à propos de son dernier mémoire sur les fonctions du pancréas. — Lorsque, le 21 avril dernier, il donna lecture de ce travail, il eut l'idée de présenter quelques considérations sur les fonctions du petit conduit du pancréas et de certaines parties accessoires de cette glande. Il avait aussi l'intention de rechercher si, quand on a intercepté les voies pancréatiques connues, il reste quelques parties accessoires capables de suppléer les premières.

On se rappelle, en effet, qu'après l'ablation du pancréas, la graisse continue d'être absorbée et que l'on constate sa présence dans le chyle. Quel est alors le rôle du petit conduit? Peut-il suppléer le principal?

Si M. Bérard n'a point abordé ces questions, c'est qu'il ne voulait pas rompre la suite de son exposition ni abuser des moments de l'Académie.

Mais dans les nombreuses vivisections dont son collaborateur et lui ont rendu victimes de pauvres chiens, tantôt ils extirpaient le conduit principal et jetaient une ligature sur le conduit secondaire ou l'extirpaient en partie; tantôt ils faisaient l'ablation totale du pancréas.

De semblables vivisections ont été pratiquées sur l'espèce bovine, et l'on sait qu'une vache, au canal thoracique de laquelle on établissait une fistule, pouvait fournir en vingt-quatre heures quarante litres de chyle émulsionné. Or, le canal accessoire excréteur est filiforme et complétement incapable de livrer passage à une quantité de suc pancréatique suffisante pour émulsionner quatre-vingts livres de chyle.

D'un autre côté, il existe chez l'homme un canal pancréatique récurrent, dont le calibre va en diminuant à mesure qu'il se rapproche du duodénum, de sorte qu'il semble déverser son liquide, non point dans l'intestin, mais dans le conduit pancréatique principal, ainsi que l'a fait remarquer M. Cl. Bernard lui-même, dans son travail sur le pancréas. Chez l'homme encore ce canal ne saurait suppléer le principal, et, d'ailleurs, il manque aussi parfois.

On a décrit dans l'épaisseur du duodénum des glandules que plusieurs physiologistes ont considérées comme un annexe du pancréas ; mais M. Colin, dans son *Traité de physiologie,* et M. Bernard après lui, ont eu soin de faire ressortir les différences qui existent entre ces glandules et le pancréas. De sorte que quand, après l'ablation de ce dernier organe, on trouve, au bout de vingt-quatre heures, une assez grande quantité de liquide visqueux et transparent, comme le cristal le plus diaphane, ce liquide, fourni par les glandules dont il s'agit, ne saurait suppléer le liquide pancréatique.

Enfin, on a encore signalé l'existence d'une très-petite glande accessoire; mais celle-ci encore est complétement insuffisante à émulsionner les graisses quand elle est seule.

Ainsi, le petit conduit pancréatique ne peut suppléer le conduit principal enlevé ; de même qu'aucun organe accessoire ne peut remplacer le pancréas extirpé.

Tous ces faits sont tellement évidents, que M. Bérard avait jugé inutile d'y insister davantage dans son travail.

(Ici, l'orateur présente à l'Académie un pancréas de bœuf dont la disposition vient confirmer les détails dans lesquels il est entré.)

Une Commission de l'Académie est saisie d'une question importante qui, depuis bientôt dix ans, tient en éveil l'attention des corps savants. Elle a entre les mains les moyens de l'élucider. Je l'adjure, dit M. Bérard en terminant, de les mettre en usage.

La parole est à M. GUBLER, médecin de l'hôpital Beaujon, qui lit, à l'appui de sa candidature à la place vacante dans la section d'histoire naturelle médicale et de thérapeutique, un mémoire intitulé : *Etudes sur l'origine et les conditions du développement de la mucédinée du muguet* (*oïdium albicans*).

Ce travail se résume dans les propositions suivantes :

1° Les concrétions d'apparence pultacée, connues des cliniciens sous le nom de muguet, sont constituées par un champignon de la famille des mucédinées (*oïdium albicans*).

2° Sans recourir à l'hypothèse des générations spontanées, nous admettons que l'*oïdium* provient de spores disséminées dans l'atmosphère, dont quelques-unes se fixent à l'entrée du tube digestif et s'y développent.

3° Si le muguet doit son origine à des spores apportées par l'air, ces spores étant nécessairement plus abondantes là où règne la maladie, l'invasion du cryptogame est plus imminente pour ceux qui habitent ces lieux.

Un espace confiné, une salle de malades, par exemple, où se trouvent des sujets atteints de muguet peut donc, en quelque sorte, constituer un foyer d'infection ; le cryptogame se transmettant d'un individu contaminé à un individu sain par l'intermédiaire de l'air.

4° Il existe un autre mode de propagation par contagion proprement dite, comme le démontrent les expériences suivies de succès dans lesquelles des filaments byssoïdes, empruntés à un enfant malade et portés dans la bouche saine d'un autre enfant, ont reproduit le muguet chez celui-ci.

5° Mais les spores en suspension dans l'atmosphère, qui viennent s'attacher à la muqueuse buccale, ou les filaments de thallus, qui sont apportés accidentellement dans la bouche, ne produisent pas fatalement le muguet ; le développement de ce champignon microscopique exige des conditions qui ne se rencontrent que dans certains états morbides. Les maladies dans lesquelles on a le plus souvent occasion d'observer le muguet sont : les dérangements des voies digestives chez les enfants du premier âge, et, chez les adultes, la phthisie pulmonaire à sa dernière période, la fièvre typhoïde et les angines.

Dans ces affections diverses, on retrouve un caractère commun, c'est l'état morbide des voies digestives avec altération des sécrétions buccales, qui d'alcalines sont devenues acides.

6° Tout porte à penser que cette réaction est la condition d'où dépend le développement de l'*oïdium albicans,* car, d'une part, elle est constante tant que la végétation cryptogamique est progressive ou au moins stationnaire; d'autre part, on sait que l'état acide des liqueurs tenant en dissolution des matières organiques, favorise sin-

gulièrement l'apparition des moisissures; enfin, la clinique nous enseigne qu'en dehors des agents de destruction mécaniques ou caustiques, il n'y a pas de meilleur moyen de faire disparaître le muguet sans retour que d'employer les alcalins.

7° Les spores de l'*oïdium albicans* rencontrant donc un milieu acide, y germent rapidement comme dans un terrain qui leur convient. Leurs filaments se développent soit dans les amas de cellules épithéliales en desquamation, mêlées à des concrétions de mucus altéré et à des parcelles alimentaires, soit dans l'intervalle laissé entre le derme muqueux et l'épithélium soulevé, soit enfin dans les cavités glandulaires. Le cryptogame vit uniquement aux dépens de cet humus approprié, il ne pénètre pas dans l'interstice des tissus et n'emprunte rien aux sucs en circulation. C'est donc un faux parasite. D'ailleurs, la présence de l'oxygène est utile à l'*oïdium albicans* comme aux autres mucédinées; les régions accessibles à l'air sont précisément celles où il pullule.

8° La production du muguet est donc un simple accident, un épiphénomène, si l'on veut, dans le cours d'affections variables quant à leur nature et à leur gravité.

9° Toutefois, il peut constituer une complication, en ce sens que, bouchant les conduits glandulaires, tapissant les surfaces muqueuses d'une couche plus ou moins épaisse et continue, entretenant la fermentation acide des produits sécrétés, à la manière du cryptogame de la levûre (*torula cerevisiæ*) pour la fermentation alcoolique, irritant même par sa présence les surfaces sur lesquelles il s'est fixé, il s'opposerait ainsi pendant un certain temps au retour vers l'état normal.

10° Les conséquences thérapeutiques peuvent être déduites de toutes ces propositions. D'abord, il importe de soustraire les enfants sains au voisinage et surtout au contact des sujets attaqués par le cryptogame; ensuite, si le muguet est développé, il faut en débarrasser mécaniquement les régions envahies, ou même le détruire sur place avec le nitrate d'argent, lotionner les surfaces avec une solution fortement alcaline, et même administrer l'eau de Vichy en boisson, pourvu qu'il n'y ait pas de contre-indication tirée de l'état général du sujet. En un mot, c'est dans la pseudo-diphthérite du muguet qu'il faut chercher le triomphe des alcalins. (Comm. : MM. Beau, Blache et Chatin.)

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidatures à la place vacante dans la section d'histoire naturelle médicale et de thérapeutique.

ADDITION à la séance du 28 juillet.

Discussion sur l'anesthésie.

M. VELPEAU commence par discuter la dernière argumentation de M. Devergie, touchant la théorie de l'asphyxie comme cause principale des accidents de la chloroformisation, et l'utilité des appareils comme moyen d'y parer. Il s'attache surtout à combattre cette proposition de M. Devergie, qu'il considère comme dangereuse, à savoir que le praticien a suffisamment mis sa responsabilité à l'abri dès qu'il a eu recours à un appareil. M. Velpeau étudie ensuite la question du dosage, et insiste de nouveau sur les avantages que présentent les petits appareils, compresses, éponges, etc., comparés aux grands appareils compliqués.

L'asphyxie, dit M. Velpeau, peut être un genre de mort par le chloroforme; mais ce n'est pas la seule cause de mort, et le chirurgien ne peut être responsable. On a cité le cas de ce jeune chirurgien qui avait laissé là sa malade sans secours; ici le cas est différent. Il doit être loisible au chirurgien d'employer le moyen qui lui paraît le plus convenable de se servir ou non d'un appareil. Je ne demande pas qu'on blâme l'usage des appareils, mais je ne veux pas qu'on nous les impose. Quant à la responsabilité, je demande que les médecins n'aillent pas la chercher. Je me rallie à la proposition de M. Cazeaux modifiée par M. Cloquet.

Cette discussion a eu un grand retentissement au dehors parmi les médecins. M. Devergie a voulu, dit-il, leur donner une arme pour se défendre à l'occasion. Mais c'est une arme dangereuse, non pas même une arme à deux tranchants, car elle ne peut être dirigée que contre les chirurgiens eux-mêmes. D'un autre côté, les appareils qu'on nous propose ne sont pas de nature à empêcher les accidents; ils gêneraient les uns et donneraient aux imprudents une trop grande hardiesse. Nos confrères des départements en deviendraient trop hardis ou trop timides.

Je me résume, et je demande que les chirurgiens soient libres d'employer ou de ne pas employer les appareils pour l'éthérisation.

M. ADELON. J'ai écouté cette discussion avec grand soin, et ce qui me paraît en ressortir le plus évidemment, c'est que tout le monde n'est pas d'accord sur la manière d'appliquer le chloroforme. Mais voici sur quel point je veux appeler l'attention de l'Académie. On a beaucoup parlé, dans ce débat, de responsabilité médicale. Je ne sais pas ce que c'est que la responsabilité médicale; je ne la trouve nulle part inscrite dans nos Codes. Nous sommes dans le droit commun; toute personne qui a causé un décès par imprudence en est responsable aux termes de la loi; c'est un article de droit commun; le mot de médecin n'est pas prononcé. Il ne faut pas croire d'ailleurs que les magistrats soient si disposés à sévir contre les médecins. En matière criminelle aussi bien qu'en matière civile, les magistrats ne se prononçent jamais sur des faits médicaux sans qu'il y ait eu une expertise préalable. Le mot de responsabilité médicale n'aurait pas dû être prononcé dans cette discussion.

M. ROBERT. Je ne partage pas la manière de voir de M. Adelon; il est important que l'Académie se soit occupée de cette question, et qu'elle ait cherché à limiter la responsabilité des médecins. Je suppose un accident; on nomme des arbitres; la discussion de l'Académie est de nature à éclairer leur jugement. D'un côté, les opinions étaient très-partagées sur la question qui vient d'être agitée; d'autre part, il faut tenir compte des rivalités et même des inimitiés professionnelles, plus ardentes encore dans les petites localités. Si le parquet déférait à des experts un cas de mort par le chloroforme, les intérêts et la dignité de chacun seraient aujourd'hui mieux sauvegardés.

M. DEVERGIE. J'aurais mauvaise grâce à rentrer à présent dans l'objet de la discussion, mais j'ai besoin de faire un mot de réponse à M. Adelon. Notre honorable collègue nous a rappelé que la responsabilité médicale n'est pas écrite dans la loi, et que nous étions sous l'empire du droit commun. Mais par cela même que, dans l'exercice de la médecine, on se trouve presque constamment en présence de questions de vie ou de mort, la responsabilité du médecin est surtout atteinte par l'art. 319 du Code civil. Certes, toutes les fois qu'un fait médical existe dans une cause, jamais les magistrats ne prennent sur eux de juger la question sans faire appel à des experts. Quoique la responsabilité médicale ne soit pas inscrite dans la loi, elle n'est pas moins réelle, et je ne puis regretter que cette question ait été portée à cette tribune. Je crois avec M. Velpeau que cette discussion servira à quelque chose.

Je ne veux pas rentrer dans le débat, mais à cause du vote qui doit intervenir, je veux cependant présenter brièvement quelques considérations. M. Velpeau a dit qu'il considérait les appareils mécaniques propres à l'éthérisation comme à peu près inutiles. En cas d'accident malheureux, le magistrat ne peut faire que ces deux questions : ou vous n'avez pas fait respirer assez d'air, ou vous avez donné trop de chloroforme. Je dis que, dans ce cas, un appareil prouve que l'air s'est trouvé en quantité suffisante, et qu'il indique en même temps qu'on n'a pas dépassé une certaine quantité de chloroforme. Je n'ai pas imposé les appareils, mais j'ai demandé si, au lieu de repousser les appareils, il ne serait pas possible d'en préconiser l'emploi. L'Académie, je dois le dire, n'a pas paru se rallier à ma proposition.

Avant que l'Académie prenne une résolution, je dois faire remarquer qu'il y a des faits qui n'ont été détruits par aucune objection. Les appareils de MM. J. Guérin, Charrière et Duroy, permettent toujours l'arrivée d'une quantité d'air suffisante pour l'oxygénation du sang. Dans ces appareils, le tube conducteur de l'air a, non pas seulement le diamètre de la glotte, mais celui de la trachée-artère, et cela me paraît suffisant, malgré l'argument de M. Cazeaux. Je ne sache pas que la bouche nous ait été donnée pour respirer, mais bien pour manger. Un appareil sauvegarde assurément la respiration.

Un second argument en faveur des appareils, c'est qu'ils ont été

les instruments d'éducation des chirurgiens, qui ont cru pouvoir s'en affranchir depuis ; encore y reviennent-ils quand il s'agit d'éclairer certaines questions, comme le fit M. Nélaton dans ses expériences sur l'éthérisation dans l'ivresse.

Un troisième fait en faveur des appareils est celui-ci : l'extrême rareté des cas de décès quand on s'est servi d'un appareil pour l'éthérisation. M. Robert a été trop loin en affirmant qu'il n'y en avait aucun à sa connaissance. En effet, M. Roux, dans la discussion de 1849, déclarait que, à l'exception d'un seul cas, on s'était toujours servi d'une compresse ou d'un mouchoir dans les circonstances où l'on avait eu à regretter des accidents malheureux. Dans la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, M. Chassaignac a avancé que, sur quarante-sept cas de mort par le chloroforme qu'il avait relevés, on s'était servi dans la très-grande majorité d'éponges ou de compresses. Depuis mon argumentation, vous avez vu venir à cette tribune les premiers chirurgiens de notre époque, et chacun nous a dit ses frayeurs ; parmi ceux qui se servent de la compresse ou de l'éponge, M. Jobert, M. Nélaton, M. Velpeau lui-même ; M. Ricord nous a raconté, dans son langage accentué, comment il avait conservé pendant deux jours une faiblesse des membres inférieurs. Ainsi donc, ces chirurgiens n'ont pas eu de décès, mais ils ont eu leurs craintes. M. Velpeau, qui rejette les appareils, vous a dit ses appréhensions ; M. Robert, qui les emploie toujours, vous a dit, au contraire, qu'il n'avait jamais eu lieu de craindre. Un chirurgien anglais, qui a administré plus de dix mille fois le chloroforme avec des appareils, n'a jamais eu d'accidents. Je ne pouvais pas ne pas apporter ces faits avant la clôture de la discussion.

Quant à la question du dosage, un mot encore. Le dosage est absolu ou relatif ; le dosage absolu est inutile peut-être, parce que le chloroforme est très-variable dans ses effets selon les individus ; mais le dosage relatif, c'est-à-dire la proportion dans laquelle le chloroforme doit être mélangé à l'air, est très-important. M. Renault a fait voir qu'avec 4 pour 100 de chloroforme dans l'atmosphère, on anesthésie toujours les animaux, et qu'avec 8 pour 100 de chloroforme on les asphyxie toujours.

Plusieurs propositions ont été apportées à cette tribune. Celle de M. Cloquet, qui est très-absolue ; une autre de M. Cazeaux, qui préfère aux appareils proprement dits les moyens les plus simples. M. Robert et moi nous préférons les appareils.

Je me résume. Si vous blâmez les appareils, vous engagez l'avenir. D'un autre côté, un trop grand nombre d'illustres chirurgiens se servent d'éponges ou de compresses pour qu'on puisse en rejeter l'usage. En appelant l'attention sur les avantages et les inconvénients de chacun des moyens employés, mon but a été rempli. Je propose à l'Académie d'adopter la proposition suivante, pour clore cette discussion :

« Dans l'état actuel de la science, on peut se servir ou non d'appa-« reils ; le moyen d'éthérisation peut être laissé au choix du médecin « ou du chirurgien. »

M. H. Larrey. Je suis heureux de voir M. Devergie présenter des conclusions aussi mitigées. Je ferai remarquer seulement que, malgré la citation faite par M. Chassaignac à la Société de Chirurgie, il n'est pas fait mention, dans beaucoup d'observations, de l'espèce d'appareil dont on s'est servi.

M. Cazeaux abandonne ses conclusions et se rallie à celles de M. Devergie.

M. Robert présente une nouvelle proposition qui n'est pas appuyée.

M. Malgaigne. Pour beaucoup de raisons je n'ai pas pris la parole dans cette discussion, et je tiens formellement à déclarer que j'aurais pris la parole pour combattre la proposition de M. Devergie. La cause de la plupart des morts par le chloroforme, c'est l'asphyxie, et je ne vois pas qu'il y ait lieu de rien changer à cet égard aux conclusions adoptées par l'Académie dans sa première discussion sur l'éthérisation. Je veux dire un mot seulement sur la dernière proposition que M. Devergie voudrait nous voir adopter pour clore cette discussion. La proposition de M. Devergie ne rend pas compte de la discussion qui vient d'avoir lieu. Je regarde, quant à moi, les appareils comme dangereux et très-dangereux. Tous les chirurgiens de l'Académie, un seul excepté, ont déclaré qu'il y avait plus de danger dans les appareils que dans la compresse ou la simple éponge. Je ne veux pas qu'il soit défendu à M. Robert de se servir d'un appareil ; l'habileté du chirurgien sauve tout. Mais, entre les mains de la très-grande majorité des praticiens, je le répète, il y a danger à se servir des appareils. Je demande la clôture de la discussion sans vote de l'Académie.

M. Bussy appuie la proposition de M. Malgaigne ; le droit de recourir au procédé opératoire qui lui paraît le plus convenable est un droit que le médecin ou le chirurgien tient de son diplôme, et il est indépendant de la décision que l'Académie pourrait prendre.

M. Velpeau. Ce qui s'est dit ici s'est répandu au dehors, et il en est résulté des craintes dans l'esprit de beaucoup de praticiens. Cette situation des choses exige un vote de l'Académie. J'appuie la proposition de M. Devergie, qui, dans la bouche de son auteur, prend un caractère particulier de nature à rassurer complétement les chirurgiens qui ne sont pas partisans des appareils.

[L'amendement de M. Malgaigne est rejeté après une épreuve et une contre-épreuve.]

M. Malgaigne. Je propose alors un sous-amendement à la proposition de M. Devergie ; après ces mots : le choix doit ou peut être laissé, je propose d'ajouter que cependant il y a plus de danger avec les appareils. Tout ce qu'il y a de juges compétents ici avaient parlé dans un sens et votent dans un autre.

On laisse ainsi aux malheureux praticiens de province un choix embarrassant, dangereux même. Je n'ai pas pris part à cette discussion ; j'ai même évité d'y assister, de peur de me laisser entraîner à prendre la parole. Mes vœux auraient trouvé une satisfaction suffisante dans les discours de plusieurs de nos collègues ; mais je ne puis plus garder le silence lorsque je vois ceux-ci abandonner leurs discours et leurs adversaires dans cette discussion, se donner ainsi une sorte de baiser d'amourette ; quand je vois un médecin-légiste extrêmement distingué, assurément, mais peu compétent en matière chirurgicale, venir ici nous donner des leçons. Je demande qu'on vote la proposition de M. Devergie avec mon amendement, ou qu'on efface la discussion de nos procès-verbaux.

M. Larrey appuie la proposition de M. Malgaigne.

M. Robert. Je regrette que M. Malgaigne se soit abstenu dans cette discussion. Je dis que la proposition de M. Devergie résume les discours conciliants qui se sont produits dans cette discussion, et je nie qu'il y ait entre nous et nos adversaires la divergence que M. Malgaigne veut faire ressortir.

M. Cazeaux parle dans le même sens.

[L'amendement de M. Malgaigne est mis aux voix et rejeté. — La proposition de M. Devergie est adoptée après quelques mots de M. Velpeau, et la discussion est close.]

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De la Leucocythémie splénique, ou *Hypertrophie de la rate avec altération du sang*, consistant dans une augmentation considérable du nombre des globules blancs, par M. le docteur E. Vidal, ex-interne des hôpitaux, vice-secrétaire de la Société anatomique. — Paris, 1856, brochure de 75 pages, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Table analytique générale des matières contenues dans les *Bulletins de la Société anatomique* de Paris, pour les trente premières années (30 vol., 1826-1855), suivie d'une table des comptes rendus, discours, etc., d'une table des membres du bureau et d'une table des membres de la Société et des présentateurs, par M. le docteur Jules Bouteiller, membre honoraire de la Société anatomique. — Un vol. in-8° de 350 pages, chez Victor Masson, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. — Prix : 7 fr.

Éloge historique de M. le professeur Gerdy, par M. P. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. — Prix : 1 fr. 50 c., et par la poste, 1 fr. 70 c.— Au bureau du journal.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 95. 5e année. Samedi 8 Août 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.

RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. / 6 mois. . . . 12 fr. / 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Bazin.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires,

Recueillies et rédigées par M. Pouquet, interne du service.

(Suite. Voir les nos 83, 87 et 94.)

PRONOSTIC. — On peut dire aujourd'hui que toutes les affections cutanées parasitaires sont faciles à guérir, et vous savez sans doute qu'il y a cinq ans, on ne tenait point un pareil langage. A cette époque, on ne connaissait aucun moyen de guérir le favus, et pour peu que l'affection fût ancienne ou généralisée, la mort était inévitable. Depuis quelques années, la guérison de cette maladie redoutable n'est vraiment plus qu'un jeu, et le favus est même, de toutes les teignes, la plus facile à guérir. Mais il ne faut pas confondre dans un même pronostic les affections parasitaires et les éruptions constitutionnelles ou autres qui peuvent exister à titre de complications. Le pronostic de ces dernières est tout à fait indépendant de celui de l'affection parasitaire. Ainsi, quand on voit survenir du muguet chez un phthisique, on peut affirmer qu'il sera facile de faire disparaître le muguet en quelques jours, tandis qu'on portera pour la phthisie un pronostic des plus graves.... De même quand un malade porte en même temps une éruption syphilitique et une éruption scrofuleuse (car je n'admets pas ces affections métisses participant en même temps des caractères des deux maladies constitutionnelles), on doit faire un double pronostic, l'un pour la scrofulide et l'autre pour la syphilide.

Dans les affections parasitaires, le pronostic doit varier suivant un grand nombre de circonstances qu'il faut bien connaître. Ces variations peuvent être rapportées : 1° aux éruptions ellesmêmes ; 2° aux causes et à la prédisposition ; 3° aux complications ; 4° enfin, aux traitements antérieurs.

1° *Variations relatives aux éruptions.* — Le siége de l'affection a une grande importance, et l'on doit distinguer ici le siége anatomique et le siége topographique. Pour ce qui est du siége anatomique, il est aisé de comprendre que le pronostic est d'autant moins grave, que l'affection est plus superficielle ; ainsi,

FEUILLETON.

Philosophie médicale

A PROPOS DU SPIRITUALISME DU DOCTEUR PIDOUX.

(Suite. Voir les nos 89 et 91.)

—

OBSCURITÉS ET INUTILITÉ DE LA MÉTAPHYSIQUE.

II. Faiblesse de la théorie des idées innées.

Allant à la recherche de la vérité, de la méthode, du réel, nous aurions hâte de quitter la métaphysique et ses nuageuses spéculations. Mais, répondant à un travail dont le dernier mot est — rien de possible sans métaphysique, — il faut bien nous arrêter et montrer que fort heureusement on peut beaucoup sans cette *embobelineuse,* et que notamment la question de l'origine des idées qui préoccupe si vivement M. Pidoux n'est d'aucune utilité dans les sciences médicales.

Cependant, M. Pidoux la tient pour indispensable, car, selon lui, la Raison n'est pas formée d'autre chose que des idées des choses, les *raisons* des choses ne sauraient être que dans la Raison (il donne ce calembour comme démonstration (1) !) ; toute la besogne du savant consiste à saisir délicatement dans sa cervelle ces idées, ces raisons innées qui y sont blotties. Voici d'ailleurs la manœuvre opératoire : — Voir « *un* fait, » on n'a pas même besoin d'avoir bonne vue, « réveiller en soi l'idée et la raison » somnolente du fait, puis par « un effort vigoureux fermer les sens, chasser du cerveau les impressions que la chose y a laissées...., se trouver en face et saisir fortement, » dextrement et « tout entière » la raison du fait ! »

Certes, ce procédé est séduisant et de peu de dépense, et l'on doit être bien fâché :

1° Que rien ne soit plus chimérique, plus indéterminé que la notion des idées innées dans leurs qualités, dans leur quantité, dans leurs origines, dans leur existence ;

2° Qu'en admettant qu'il y ait des idées innées, il y ait aussi des pseudo-innées que les cartésiens saisissent fort souvent aux lieu et place des vraies innées, et que jusqu'à ce jour, ils n'aient découvert aucun réactif pour distinguer les unes des autres ;

3° Que cette manœuvre opératoire qui a produit les cosmogonies, les théogonies et autres hallucinations de l'esprit humain encore impubère, qui a produit la physique, l'astronomie, la burlesque physio-

(1) « Le mot raison tantôt désigne une faculté de l'être raisonnable et tantôt un « rapport entre les choses mêmes, de sorte qu'on peut dire que la Raison de « l'homme (raison subjective) poursuit et saisit la raison des choses (raison objec- « tive). » (Cournot, *Essai sur les fond. de nos conn.*, 1851.)

dans la classe des parasites végétaux, nous trouvons le champignon du pityriasis versicolor et le muguet qui, occupant la couche superficielle de l'épiderme, disparaissent en quelques jours avec un traitement rationnel, tandis que les parasites des différentes espèces de teignes s'insinuant plus profondément, jusque dans les follicules pileux et sur la papille pilifère, sont beaucoup plus difficiles à atteindre. Il en est de même pour les animaux parasites: les poux, qui vivent en liberté à la surface de l'enveloppe cutanée, sont plus faciles à détruire que les morpions, qui adhèrent assez fortement à la peau et aux poils, que les acarus protégés par une lamelle épidermique qu'il faut déchirer pour arriver jusqu'à eux. Le siége topographique a aussi de l'importance : généralement, la guérison d'une teigne se fait attendre d'autant plus longtemps, que la région affectée est plus abondamment fournie de poils. Cette règle n'est cependant pas sans exception. J'ai cité, dans mon rapport sur le traitement de la teigne, l'observation du nommé Pilliat, entré dans nos salles pour un favus généralisé, et chez lequel le champignon fut bientôt détruit au cuir chevelu, tandis que sur le corps, la maladie se reproduisait sans cesse, malgré l'emploi répété des mêmes moyens thérapeutiques. Ce fait peut paraître extraordinaire, et cependant l'explication en est facile : sur le corps, le parasite du favus vit aux dépens de poils imparfaits ou poils follets; il faut cependant, sur le corps comme au cuir chevelu, pour arriver à une guérison solide, arracher ces poils dont la ténuité est souvent extrême; l'épilation est donc très-difficile, et c'est pourquoi la guérison se fait attendre si longtemps. Il existe aussi certaines parties du corps où les acarus sont plus difficiles à atteindre. Il suffit de six frictions générales avec l'huile d'olives ou d'amandes douces pour tuer ces petits animaux partout, excepté sur la verge, où l'on ne trouve que des parties molles et aucun point d'appui solide pour exécuter convenablement l'opération. L'étendue des affections cutanées parasitaires, leurs formes diverses influent aussi sur le pronostic. On doit enfin tenir compte de l'âge de la maladie; tantôt le pronostic est d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne, comme dans la teigne faveuse, tantôt, au contraire, le pronostic devient plus favorable par l'ancienneté de la maladie, qui est alors plus facile à guérir; c'est ce que nous voyons toujours dans les teignes tonsurantes arrivées depuis longtemps à la période mentagreuse.

2° *Variations relatives aux causes et à la prédisposition.* — L'âge et le sexe ont une influence incontestable; les teignes du cuir chevelu sont, toutes choses égales d'ailleurs, plus tenaces chez les enfants que chez les adultes. Les femmes prennent, en général, plus de soin de leur peau que les hommes; elles ont le système pileux de la face moins développé; aussi, chez elles, la teigne tonsurante est-elle une maladie moins sérieuse, qui ne dépasse jamais les périodes herpétique et pityriasique. Les sujets d'une constitution faible, d'un tempérament nerveux, supportent ordinairement l'épilation plus difficilement que les autres malades; cette opération exige un plus grand nombre de séances, c'est une circonstance fâcheuse qui retarde toujours la guérison. Enfin, on est obligé d'admettre des prédispositions individuelles, indépendantes de toute cause appréciable (générale ou locale), qui hâtent la guérison chez les uns et la retardent chez les autres. Et ne voyons-nous pas souvent des sujets atteints de la même maladie, dans des conditions à peu près identiques, dont les uns restent ici une ou deux semaines seulement, tandis que les autres font un séjour de plusieurs mois ou même de plusieurs années?

3° *Variations relatives aux complications.* — Les complications les plus fréquentes des affections cutanées parasitaires sont la scrofule, la syphilis, la dartre; souvent elles retardent la guérison en empêchant l'emploi des moyens parasiticides, et par conséquent elles ajoutent à la gravité du pronostic. D'ailleurs, l'affection parasitaire peut disparaître et l'éruption scrofuleuse ou dartreuse persister, lors même que le parasite a occasionné le développement de cette dernière. Nous verrons tout à l'heure quels sont, dans ce cas, les moyens thérapeutiques qui doivent être mis en usage.

4° *Variations relatives aux traitements antérieurs.* — Règle générale, une affection parasitaire guérira plus facilement quand elle sera vierge de tout traitement. Les Mahon avaient depuis longtemps remarqué que les teignes déjà traitées étaient les plus tenaces; j'ai fait, de mon côté, la même observation. Les affections parasitaires sont ordinairement dénaturées par des applications irritantes de toutes sortes; aussi, avant de mettre en usage nos moyens curatifs, sommes-nous obligé de faire un traitement préparatoire, ou d'attendre une huitaine, une quinzaine de jours, en recommandant au malade de s'abstenir de tout topique. D'ailleurs, chez ces teigneux traités par d'autres, il est impossible de bien distinguer les parties malades des parties saines; la guérison n'étant qu'apparente en tel ou tel point, on s'exposerait presque infailliblement à des récidives, en soumettant tout de suite les malades à notre traitement, et le bienfait des premières épilations serait ainsi presque complétement perdu.

---

logie de Descartes, les théories sociales de tous les siècles, la multitude des théories médicales gisantes aujourd'hui sur le carreau, n'ait guère donné autre chose.

Nous disons d'abord que rien n'est plus incertain que l'origine des idées.

Nous pourrions peut-être nous contenter d'observer avec Descartes que « voyant cette question agitée par les plus excellents esprits depuis bien des siècles, sans qu'il ne s'y trouve encore aucun point « dont on ne dispute, il n'en est par conséquent aucun qui ne soit « douteux, etc. ; » et cela avec d'autant plus de raison que ce ne sont pas seulement les idéalistes, les spiritualistes, les sensualistes et les matérialistes qui disputent sur l'origine des idées. Les spiritualistes ne s'entendent pas davantage entre eux : d'accord sur le mot, il y a des idées innées; ils ne le sont ni sur la qualité ni sur la quantité de ces idées : il y a plus, la chose est à peine croyable, ils ne semblent pas s'entendre davantage sur leur origine! Quoi! dira-t-on, puisqu'ils les disent innées? Il est vrai, mais il y a innée et innée. Si l'usage où sont les philosophes de *détourner le sens* des mots a amené bien des discussions entre gens pensant *mêmement*, il a quelquefois en retour accordé bien des gens pensant différemment.

Les idées sont innées, dit Descartes; elles sont innées, répète M. Pidoux, et le public croit, sur la foi de l'étiquette, les deux métaphysiciens, d'accord au moins sur l'origine des idées. Il paraît pourtant qu'il n'en est rien.

Descartes a pris innée dans le sens étymologique, *in nata*, née *dans* l'esprit (1); M. Pidoux entend innée selon le sens vulgaire née *avec* l'esprit : selon lui, les idées, les raisons des choses sont en nous; elles ont été créées avec l'intelligence, etc.

Descartes se défend fortement de cette manière de voir; il regarde les idées, *non comme préexistantes* dans l'esprit, mais comme *produites* par le conflit des facultés intellectuelles (2); « je n'ai jamais pensé ni écrit que de telles *idées fussent actuelles*, ou qu'elles fussent je ne sais de quelles espèces distinctes de la faculté de penser (3). »

On voit que les idées dites innées de nos métaphysiciens sont de la même famille que le *pouvoir prochain* et la *grâce suffisante* des théologiens de Pascal : accord de mots dissimulant l'anarchie de la pensée.

Si M. Pidoux nous accusait d'avoir mal compris la pensée de Descartes, nous lui avouerions qu'en cette matière nous n'avons pas voulu nous en rapporter à notre seule impression, car bien qu'il apparaisse

(1) Descartes lui-même avertit qu'il a peu d'égard au sens usuel des mots, mais à leur signification latine. (*Règle III pour la direction de l'esprit.*)

(2) Ce sentiment s'éloigne assez peu de celui de Locke, qui reconnaît aux idées deux origines : les unes résultant de la sensation, les autres de la *réflexion ;* ces dernières sont « celles que l'âme acquiert en réfléchissant sur ses propres opérations : » ce qui n'a pas garanti Locke d'être classé parmi les sensualismes.

(3) *Voir* pour plus de détails la lettre XCIX du t. I, édit. in-4°, ou lettre CXXXI du *Panth. litt.*, Desc.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE. — La thérapeutique rationnelle des affections cutanées parasitaires est facile et très-simple, à la condition cependant qu'on ne confonde pas les éruptions parasitaires, les éruptions symptomatiques et les éruptions constitutionnelles. Elle comprend trois indications essentielles : il faut d'abord et avant tout détruire les parasites ; puis, on s'attachera à faire disparaître les éruptions inflammatoires, liées directement ou indirectement à la présence du parasite; enfin, il faudra combattre les éruptions constitutionnelles qui compliquent les affections parasitaires.

Première indication. J'ai dit que la destruction du parasite était l'indication principale ; n'est-ce point en effet le parasite qui, fixé à la surface ou dans la profondeur de la peau, y joue le rôle d'un corps étranger, d'une épine, fait naître et entretient les différentes éruptions qu'on observe? Ainsi, malgré l'intensité des phénomènes inflammatoires et l'étendue des surfaces malades, n'hésitez pas à extraire cette épine, à faire disparaître ce corps étranger, et vous verrez ensuite l'inflammation s'éteindre comme par enchantement; d'ailleurs, si elle persiste, vous pourrez alors employer avec un succès certain les moyens antiphlogistiques qui ont avant la destruction du parasite une action nulle ou défavorable. Dans la mentagre pustuleuse ou tuberculeuse, essayez avant l'épilation l'emploi des cataplasmes émollients, et presque toujours vous observerez après cette application et dès le lendemain une augmentation très-sensible du gonflement de la face. Ainsi donc, il faut avant tout détruire le parasite.

Comment remplir cette indication?

Les parasiticides peuvent être employés de deux manières : à l'intérieur ou à l'extérieur. Les préparations internes n'ont aucune influence, elles n'arrivent pas à la peau où n'y arrivent que décomposées. Il faut donc se borner aux parasiticides externes qu'on distingue en phyticides et en insecticides, selon qu'ils détruisent les parasites végétaux ou les parasites animaux. Ces agents parasiticides sont nombreux et plusieurs sont en même temps phyticides et insecticides; ainsi l'huile de cade, la staphysaigre, la camomille romaine, le sublimé.... Parmi ces agents, il faut nécessairement faire un choix, et après de nombreuses expériences, voici ceux auxquels je donne la préférence : contre les parasites végétaux, j'emploie surtout l'huile de cade, le sublimé, le turbith minéral ; j'ai renoncé aux préparations de cuivre dont j'ai fait longtemps usage, parce qu'elles produisent plus souvent des éruptions pustuleuses très-confluentes. Parmi les insecticides, le soufre tient le premier rang; après lui viennent l'huile de cade et la staphysaigre. Les parasiticides peuvent être à l'état demi-solide sous forme d'onguents, de pommades ou de liniments, employés en onctions ou en frictions, et les frictions sont douces ou rudes; ils sont souvent à l'état liquide (bains et lotions de toutes sortes), et quelquefois à l'état gazeux (douches, fumigations sulfureuses....). Quelle que soit la forme sous laquelle ils sont employés, les parasiticides ont des inconvénients qu'il faut connaître : très-souvent ils amènent des complications inflammatoires (mais ces éruptions artificielles disparaissent toujours très-rapidement), et quelquefois leur absorption détermine quelques accidents plus graves et variables selon les substances employées ; ce sont à divers degrés les phénomènes d'intoxication par les préparations de cuivre, d'arsenic, de mercure....

Les excipients ordinaires des agents parasiticides sont : l'eau, l'huile d'amandes douces, la glycérine, l'axonge; en général, 1/10 de substance parasiticide suffit pour tuer les animaux parasites, il n'en faut que 1/100 pour détruire les parasites végétaux. Ne vous éloignez pas de ces proportions que l'expérience m'a montrées les plus convenables; avec une moindre quantité de parasiticides vous courriez risque de manquer le but auquel vous tendez; et en augmentant, au contraire, le chiffre de la substance active, vous vous exposeriez à produire, sans aucun profit pour le malade, des éruptions inflammatoires que l'on aurait pu éviter. J'emploie comme excipients l'huile d'amandes douces, la glycérine, le blanc de baleine de préférence à l'axonge, dans les hôpitaux surtout, parce que l'axonge en vieillissant se décompose, des acides se forment qui exercent ordinairement sur la peau une action corrosive.

D'ailleurs, la nature de l'excipient doit varier suivant la nature et le siége du parasite, la disposition des parties malades, et enfin, l'état du parasiticide. La seule chose vraiment importante c'est de ne pas oublier le but qu'on se propose, et de mettre toujours le parasiticide en contact avec le parasite; quant aux moyens à employer, on saura toujours en trouver de convenables. Pourquoi avant moi ne guérissait-on pas la gale à l'hôpital Saint-Louis? Parce que le rôle de la friction était méconnu; M. Cazenave, chargé du traitement, se bornait à des frictions partielles aux mains, aux poignets et aux pieds, et les acarus répandus dans les autres régions ainsi épargnées ne tardaient pas à reproduire la maladie. Si quelquefois, une guérison durable était obtenue, c'était que le malade avait eu l'esprit de se frotter non-seulement les mains et les pieds, mais encore toutes les parties du corps où il éprouvait des démangeaisons, et de cette manière avait eu la chance de détruire tous les animaux

---

clairement que Descartes entend par idées innées tout autre chose que ce qu'entend notre confrère, nous aurions craint de nous méprendre sur la pensée même de Descartes. Nous n'avons donc fait que rapporter ici l'interprétation de savants professeurs, tel que M. Laromiguière, et notamment les éclaircissements donnés sur ce point par un professeur de Louis-le-Grand, M. Mazure, dans ses *Etudes du Cartésianisme*, 1828. M. Mazure dit nettement que les Cartésiens entendent *innata*, né *dans* l'esprit et non avec l'esprit; auquel cas M. Pidoux ne serait pas Cartésien !

Cartésien ou non, voyons s'il essaye quelque démonstration de la nécessité des idées innées dans les sciences médicales. Il rapporte un exemple qu'il regarde comme tout à fait concluant, et qui a été l'occasion même de son travail : c'est l'intermittence dans les maladies. Ramassons le gant qu'il jette fièrement : « L'intermittence, dit-« il, est un intervalle entre deux actes d'une même maladie (*d'une « même maladie*, le bon sens du sensualiste peut le dire, mais JE « DÉFIE qu'il le tire logiquement de sa philosophie)..... Pour le sen-« sualiste, il ne peut y avoir qu'un intervalle, c'est-à-dire rien ; on ne « voit pas dès lors comment sont liés les accès que l'intermittence « sépare. Ils n'ont certainement rien de commun. Ces faits sont « complétement étrangers l'un à l'autre. »

Nous ne savons pas ce qu'un sensualiste répondrait à ce *défi* du soi-disant spiritualiste. Pour nous, réfractaire à tous ces drapeaux factices, profane dans toutes ces églises, nous remarquons seulement que, si M. Pidoux professait moins de mépris pour la logique de Condillac, il aurait pu apprendre de ce philosophe que l'analogie suffit pour nous donner l'idée de l'intermittence dans les phénomènes d'une évolution quelconque; qu'il n'est pas besoin d'invoquer une origine mystérieuse. En effet, la vue de tous les faits de la nature qui se répètent périodiquement ou symétriquement sans cesser d'être UNS, jointe à l'exercice de nos facultés d'abstraction et de généralisation, suffit pour que nous nous formions l'idée d'intermittence: les cinq doigts de la main, une échelle, une roue, les spirales des feuilles, les verticilles des fleurs; de sorte que, dans la seule figure des choses, l'esprit s'habitue déjà à considérer comme réuni par un lien manifeste ou caché, les objets qui se répètent régulièrement, qui offrent l'intermittence dans leur forme. Mais ce phénomène est bien plus frappant dans le mouvement vital de la nature vivante; ici, l'intermittence est la condition, la loi de toutes les fonctions. Le règne végétal en entier n'a de vie active, dans nos climats, que par intermittence, les accès sont espacés de quelques mois, et dans le détail de l'accès on retrouve encore des phénomènes physiologiques intermittents, tels que la respiration diurne, l'épanouissement des fleurs, etc.

Le règne animal, dans les appareils de la vie de relation, nous présente des intermittences encore plus manifestes et plus serrées, par l'état successif de veille et de sommeil, etc. Les fonctions de nutrition montrent partout l'intermittence, quelquefois réelle, quelque-

parasites. A côté de la gale, je puis placer la teigne, qui faisait, il n'y a que cinq ans! le désespoir des médecins de cet hôpital; et cependant de quels agents parasiticides n'avait-on pas essayé l'emploi? A quoi donc pouvait tenir un insuccès si constant? Vous le savez tous, sans doute, car vous connaissez les immenses progrès faits depuis cinq ans dans la thérapeutique des teignes, et les succès innombrables, constants, obtenus dans notre service. Avant mes recherches, on se bornait à l'application extérieure des parasiticides, on ne détruisait donc que la partie aérienne du champignon, et on laissait toujours sur la partie intra-cutanée du poil et dans le follicule pileux, l'élément reproducteur de la maladie. Il est indispensable d'atteindre le parasite partout où il se trouve, jusque sur la papille cutanée qui produit le poil; c'est là l'unique but vers lequel on doit tendre, et pour y arriver l'épilation et les parasiticides sont également nécessaires.

On emploie, pour l'application des parasiticides, des brosses douces, des éponges, des tampons ou des balais de charpie, avec lesquels on fait des onctions, des frictions douces ou rudes, des lotions; mais souvent la main et les doigts sont plus commodes que les divers objets dont nous venons de parler.

Le nombre des applications parasiticides ne peut être précisé d'avance; quelquefois une seule suffit, c'est l'exception; ordinairement il faut en faire dix, quinze, vingt et souvent plus; il n'y a d'autre limite que la destruction complète du parasite.

Je me borne généralement à prescrire un bain de propreté avant et après l'emploi des parasiticides; les frictions ou lotions savonneuses sont, je crois, au moins inutiles.

Deuxième indication. Elle consiste à combattre les éruptions inflammatoires produites soit par les parasites, soit par les parasiticides. On peut employer les émollients, les résolutifs, les antiphlogistiques; ce sont ordinairement les cataplasmes froids, les pommades au calomel ou à l'oxyde de zinc, les lotions saturnines, les bains de son ou d'amidon, les douches froides ou les douches de vapeur.... auxquels on donne la préférence. Enfin, les sangsues et même les saignées générales sont quelquefois indiquées.

Dans le choix à faire parmi tous ces moyens, il faut surtout tenir compte de la nature de l'éruption, de la prédisposition et de la constitution du sujet.

Troisième indication. Il faut enfin traiter les différentes complications constitutionnelles, telles que les éruptions dartreuses, syphilitiques, scrofuleuses.... Mais, avant tout, détruisez le parasite, qui souvent occasionne et presque toujours entretient ces diverses complications. D'ailleurs, il est quelquefois possible d'attaquer en même temps le parasite et la maladie constitutionnelle, qui dans certaines circonstances, c'est un fait digne de remarque, exercent l'un sur l'autre une réciproque et fâcheuse influence. Ainsi, la syphilis est une cause prédisposante de la teigne tonsurante, et le tricophyton (parasite de cette teigne) entretient souvent une éruption syphilitique. Nous en avons eu, il y a quelques années, un remarquable exemple.

ÉTUDE DES AFFECTIONS CUTANÉES PARASITAIRES EN PARTICULIER.

Il y a deux classes de parasites, les parasites animaux et les parasites végétaux; deux classes d'affections cutanées leur correspondent : affections produites par les animaux parasites; affections produites par les végétaux parasites. Nous nous occuperons d'abord de ces dernières.

Affections cutanées produites par les parasites végétaux.

Quelle méthode suivrons-nous pour diviser ces affections? Celle de Nillan? Mais c'est une méthode peu naturelle, qui nous obligerait à rapprocher des choses qui n'ont entre elles aucun rapport, et à en éloigner d'autres qui se touchent de très-près. Ainsi, un parasite produit simultanément ou successivement des vésicules, des pustules, des tubercules; faudra-t-il étudier ces différentes affections en autant de chapitres distincts? Quelle route longue et ennuyeuse à parcourir!! Suivrons-nous donc l'ordre de l'histoire naturelle, l'ordre adopté par M. Robin? Non, assurément, car nous encourrions le reproche de tomber dans un excès contraire, en rapprochant des espèces pathologiques n'ayant entre elles aucune analogie.

La division que je propose, celle qui me paraît la plus naturelle, est fondée sur le siége de prédilection (siége anatomique, bien entendu) des végétaux parasites. Les uns ont une préférence marquée pour les poils ou les ongles, d'autres vivent plus volontiers aux dépens de l'épiderme, d'autres, enfin, occupent principalement les surfaces épithéliales; de là les trois catégories de végétaux parasites :

- Végétaux trichophytiques et onychophytiques;
- Végétaux épidermophytiques;
- Végétaux épithéliophytiques.

C'est dans cet ordre que nous étudierons successivement les végétaux parasites.

PREMIÈRE SECTION. — *Végétaux trichophytiques et onychophytiques.* — Ces parasites peuvent bien quelquefois aussi se

---

fois apparente, tel par exemple que le dernier acte, seul extérieurement apparent (la miction, la défécation), d'un appareil qui ne cesse pas d'être actif. Ainsi, nous ne pouvons ouvrir les yeux sans être frappé des manifestations intermittentes dans les choses et dans les phénomènes de la vie; l'unité est souvent apparente, quelquefois recouverte d'un voile plus ou moins léger; tous les degrés nous sont offerts, comme pour aider nos facultés d'abstraction et de généralisation à formuler, et notre jugement par induction à étendre la loi suivante : Toutes les fois qu'un phénomène se montre à des intervalles réguliers et sous des formes semblables ou analogues, il est sous la dépendance d'une cause unique, dont l'action peut être réellement intermittente ou douée d'une activité latente continue, etc.

Ainsi, cette idée de l'unité dans l'intermittence, que les spiritualistes, ou plutôt les idéalistes, ne comprennent qu'innée, à laquelle M. Pidoux *défie* si victorieusement de trouver une autre origine, qui sait épeler la voit écrite en gros caractères dans la nature; nos facultés d'abstraire et de généraliser (facultés que ne renferme pas cette loi, il semble) sont comme les yeux de l'esprit qui nous permettent de la lire.

Certains idéalistes nous abandonneraient sans peine l'intermittence comme notion contingente et secondaire. Mais il est des idées d'un ordre *plus élevé* selon eux, que tous ils regardent comme nécessaires et inévitablement innées; un exemple classique en ce genre et que M. Pidoux nous signale par une véhémente oraison (1), est l'idée de l'infini, dont nous allons faire l'autopsie sous les yeux du lecteur.

D'abord, existe-t-il une idée *positive*, c'est-à-dire réelle, de l'infini? Nous osons le nier.

Locke et Gassendi avouent ne comprendre l'infini que par l'idée du fini toujours ajoutée à elle-même, ou encore comme une simple *négation* du fini. L'argumentation de M. Pidoux consiste à traiter cette explication « d'ineffable niaiserie. » Selon ce fougueux métaphysicien, l'idée de l'*in*fini est supérieure et *antérieure* à l'idée du fini; c'est, assure-t-il, le fini qui est la négation de l'*in*fini!! Ah! honoré confrère! il y a un logicien autrement profond qu'Aristote et Platon, que Descartes, Locke, M. Pidoux ou tous les théologiens réunis, c'est le Langage.

Quoi! dans toutes les langues humaines, cette idée que vous prétendez primordiale, antérieure, positive, complète, n'a point d'autre manière de s'exprimer que par une négation, par la négation du fini, et vous voulez qu'elle soit antérieure à l'idée du fini! Il faudrait donc ou que le mot dérivé eût été formé avant le mot racine, le mot primitif, ou que, par un caprice inconcevable, — non, impossible, l'esprit, ayant une idée positive, ne l'eût jamais exprimée que par une négation, et que la négation fût antérieure à l'affirmation!! On ne saurait dire laquelle des deux hypothèses est la plus absurde. Et c'est

(1) *Union méd.*, n° 43.

développer sur l'épiderme, mais les poils et les ongles, les poils surtout, sont leur siége de prédilection. Je donne le nom de teignes aux affections cutanées qu'ils déterminent. Les teignes forment un groupe très-naturel, car elles possèdent un grand nombre de caractères communs : toutes sont contagieuses, toutes produisent une altération des poils, et, selon la période de leur existence, une calvitie temporaire ou permanente ; les démangeaisons sont un de leurs signes les plus constants ; elles sont encore remarquables par une résistance opiniâtre aux traitements ordinaires, par leur durée souvent indéfinie et par la rareté extrême d'une guérison spontanée ; enfin, elles exigent une thérapeutique rationnelle identique, qui permet d'assurer dans tous les cas une complète guérison. En faut-il davantage pour légitimer un rapprochement contre lequel tant de voix s'élèvent encore?

M. Cazenave proposait, il y a quelques années (*Traité des maladies du cuir chevelu*, 1850), de réserver le nom de teignes à toutes les affections contagieuses du cuir chevelu ; l'idée était bonne, sans doute, et nous l'eussions acceptée s'il eût été possible de ne pas considérer comme affections identiques l'herpès tonsurant du cuir chevelu et l'herpès tonsurant des parties sexuelles. N'est il pas plus rationnel de prendre le siége anatomique plutôt que le siége topographique, comme base de la définition?

Quelques objections nous ont été adressées, auxquelles nous devons répondre. M. Devergie, repoussant quelques-uns des caractères communs que nous avons dit appartenir aux teignes, avance que le favus est la seule teigne que l'on ne puisse pas guérir par les moyens de traitement ordinaires, que c'est la seule qui soit suivie de calvitie.... Quelle profonde erreur!! Parce qu'on a fait disparaître pour un temps (ordinairement très-court) les éruptions inflammatoires symptomatiques, on croit avoir guéri la maladie! Plus tard, les malades reviennent réclamer le secours du médecin, et il semble qu'alors on dut ouvrir les yeux ; mais il est plus commode de considérer le même sujet comme atteint d'une affection différente de la première : autrefois, il avait de l'herpès tonsurant, et aujourd'hui, sur les mêmes parties, il porte de la syphilis ou de la dartre!!... M. Devergie nous objecte enfin que, sur nos six teignes, deux seulement sont contagieuses, inoculables. Mais d'abord, pourquoi me faire admettre six espèces de teignes ; n'était-ce pas assez de cinq? Il est vrai que deux teignes seulement ont été inoculées, la teigne faveuse et la teigne tonsurante ; j'ajoute immédiatement que ce sont les deux seules sur lesquelles nous ayons fait, M. Deffis et moi, des essais d'inoculation. A l'époque de nos expériences, nous pensions que dans les teignes achromateuse et décalvante le champignon n'était visible ni à l'œil nu, ni à la loupe ; nous ne savions pas alors que cette sorte de fécule, de duvet grisâtre qui recouvre les surfaces dénudées, n'est autre chose que le microsporon. L'inoculation peut être essayée avec cette poussière champignonneuse, et je ne doute pas qu'ici encore nous n'obtenions un plein succès ; les faits cliniques prouvent d'ailleurs que ces deux teignes (achromateuse et décalvante), dont je ne fais qu'une seule espèce aujourd'hui, sous le nom de pelade, sont contagieuses comme les autres. Quant à la teigne mentagrophytique, je n'en parle pas, la rattachant, comme vous allez le voir, à la teigne tonsurante.

Comment classer les teignes? Dans mon premier travail (*Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, 1853), j'admettais cinq espèces de teignes : la teigne faveuse, la teigne tonsurante, la teigne mentagraphytique, la teigne achromateuse et la teigne décalvante. Dans la petite brochure que je fis paraître l'année suivante (*Considérations sur la mentagre et les teignes de la face*), je disais déjà que la mentagre était rarement produite par le microsporon mentagrophyte de M. Gruby, que le plus souvent le champignon de cette teigne était le même que dans la teigne tonsurante, c'est-à-dire n'était autre que le tricophyton. Cependant, je croyais encore à l'existence des mentagrophytes. Depuis cette époque, M. Robin, étudiant à son tour cette question, a nié complétement l'existence du champignon décrit par M. Gruby, sous le nom de microsporon mentagrophyte ; ce micrographe distingué pense que M. Gruby aura pris pour un champignon quelques lamelles d'épiderme roulées sur les bords et simulaint ainsi des tubes de mycelium.

J'ai fait de mon côté quelques recherches avec M. Deffis, et je suis loin de partager l'opinion de M. Robin, bien que je sois d'accord avec lui sur ce point que le microsporon mentagrophyte n'existe pas. Nous avons examiné les poils de malades affectés depuis longtemps de teigne tonsurante (les faits cliniques ne nous permettaient pas d'en douter) ; nous les avons comparés à des poils pris sur la figure d'autres malades affectés de teigne mentagrophytique ; dans les deux cas, nous avons trouvé un végétal parasite ayant absolument les mêmes caractères, caractères rapportés par M. Gruby au microsporon mentagrophyte. Je suis donc porté à croire que M. Gruby n'a pas pris de l'épiderme pour un parasite, mais qu'il a décrit comme un champignon nouveau du tricophyton vieilli, dégénéré. Je pense qu'avec le temps les spores du tricophyton deviennent moins grosses et

---

un métaphysicien qui croit aux idées innées, par conséquent, à la valeur des manifestations instinctives, dont le langage est la vivante traduction, qui commet cette méprise! qui se met en flagrante contradiction avec son principe! M. Pidoux est tellement aveuglé par l'idée fixe qui l'obsède, qu'il réunit les notions de juste, de parfait et d'*in*fini, comme groupe d'idées positives, antérieures, celles d'*in*juste, d'*im*parfait, de fini, comme secondaires et négatives des premières! Ni son œil, ni son oreille, ni son entendement, ne l'avertissent de l'irrégularité des deux séries. Il ne voit pas qu'au nom de toutes les langues, c'est-à-dire de l'esprit humain tout entier, c'est le *juste*, le *parfait*, le *déterminé*, le *fini*, le *visible*, qui sont les idées positives, premières, élémentaires, comme les mots qui les expriment sont les racines des négations forcément secondaires qui en sont dérivées, l'*in*juste, l'*im*parfait, l'*in*déterminé, l'*in*fini, l'*in*visible. Impossible pourtant de sortir de là sans tomber dans l'absurde.

Non, mon esprit ne conçoit pas l'*indéterminé*, l'*infini* autrement que comme une négation ; si c'est une infirmité, je m'en console en voyant que l'humanité, sauf les Cartésiens, la partage avec moi.

Mais si la notion de l'*infini* est négative, elle ne saurait être une idée primitive, à peine est-elle une idée ; son droit d'aînesse est controuvé, elle tire son origine, non d'un dieu, mais de notre infirmité et de notre impuissance.

Il y a bien d'autres fins de non-recevoir contre les prétendues idées innées. Mais ce qui précède suffit et au delà pour le but que je me propose, qui est plutôt d'appeler le doute que la négation sur une question d'origine, insoluble jusqu'à ce jour et peut-être à jamais. En effet, parce que la *nécessité* des idées de M. Pidoux s'évanouit au moindre examen, parce que l'innéité appliquée à un petit nombre d'idées générales par des spiritualistes très-modérés ne peut soutenir la critique, est-ce à dire que je nie la *possibilité* des idées innées? nullement ; ou que j'admette que toutes les idées nous viennent des sens? encore moins. Déjà j'ai dit, dans le premier article, que si l'on peut décharger l'esprit des Cartésiens de la nécessité des idées innées, on ne peut guère en affranchir les animaux. Réfléchissez à l'instinct, « il se distingue de la raison, dit D. Stewart : 1° par l'uniformité avec laquelle il procède dans tous les individus de la même espèce ; 2° par l'infaillible exactitude avec laquelle il arrive à ses fins, *antérieurement à toute expérience.* »

N'est-ce pas là le triomphe de l'idéalisme? D'un autre côté, il y a bien chez l'homme des sentiments instinctifs : le sentiment moral est-il autre chose? ceux du droit et de l'équité peuvent-ils nous venir de la nature où règnent la force, l'inégalité et la fatalité? Si nous avons des sentiments innés en morale, si ce procédé n'est pas étranger à la nature, il ne répugne pas que nous ayons quelques idées innées sur la nature des choses. Mais cet argument, et c'est le plus fort, n'autorise pas une affirmation : car il n'a jamais suffi qu'une chose fût possible, ou mieux ne nous parût pas impossible, pour prouver qu'elle existât ; il faut qu'elle soit *évidemment nécessaire.* Or,

moins nombreuses, et lorsqu'on voit les caractères extérieurs de ce champignon varier selon l'époque de la maladie, pourquoi ne pas admettre qu'un changement puisse s'opérer aussi dans les caractères microscopiques? Dans le tricophyton n'y aurait-il pas avec les spores quelques tubes de mycelium? Je le croirais volontiers; mais quelques recherches nouvelles sont nécessaires pour que je sois fixé à cet égard.

En résumé, je ne puis plus diviser les teignes comme je le faisais autrefois, mettant d'un côté celles dans lesquelles le champignon est visible, et de l'autre, celles dans lesquelles il est invisible; car l'apparition extérieure du champignon est un fait commun à toutes et n'appartient pas seulement à la teigne faveuse et à la teigne tonsurante, comme je le croyais. La teigne mentagre n'est plus une espèce, ce n'est qu'une période avancée, la dernière période de la teigne tonsurante. Enfin, je réunis sous le nom de *pelade* les deux teignes achromateuse et décalvante.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

Note sur une tumeur du vagin, constituée par une dilatation partielle de l'urèthre,

Par M. le Dr E. Foucher, *agrégé stagiaire de la Faculté.*

Les tumeurs qui font saillie dans le vagin, à part celles qui ont leur point de départ dans l'utérus, sont encore assez incomplétement connues pour qu'un intérêt véritable ne s'attache pas à leur observation quand elles se présentent dans la pratique. Ces tumeurs ont, comme on le sait, leur origine dans les parois du vagin ou en dehors de ces parois; parmi ces dernières, le rectocèle et le cystocèle ont surtout attiré l'attention des chirurgiens, et divers mémoires, entre autres, ceux de MM. Jobert et Malgaigne, ont contribué à en éclairer l'histoire.

Voici la relation d'un fait exceptionnel :

Mme G...., âgée de 27 ans, est d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution; sa santé habituelle est bonne, la menstruation régulière. Il y a quatre ans que, sans cause connue, la miction devint douloureuse et s'accompagna d'une sensation de cuisson, de chaleur qui, tantôt cessait avec l'émission des urines, tantôt persistait plus ou moins longtemps après. Deux ans se passèrent ainsi sans traitement; un médecin, consulté alors, ne trouva aucune lésion ni dans la vessie, ni dans l'urèthre. Cette jeune dame devint enceinte; la grossesse n'offrit rien de particulier; l'accouchement eut lieu sans accident, et l'enfant, venu à terme, était bien portant.

Cependant, la cuisson provoquée par le passage des urines existait toujours, et de plus, à la suite des couches, il survint quelques pertes utérines peu abondantes, mais tenaces. Cet état n'avait subi aucun changement lorsque je vis la malade, au mois de mars.

Après avoir obtenu les renseignements que je viens de relater, j'examinai cette dame. Le toucher vaginal révéla tout d'abord que l'orifice vulvaire se trouvait en partie obstrué par une tumeur arrondie qui en masquait la partie supérieure, et maintenait les petites lèvres écartées. Cette tumeur était dépressible, et le doigt, après l'avoir dépassée en arrière, en longeant la paroi antérieure du vagin, faisait constater que la tumeur occupait cette paroi, et que le col de l'utérus, situé en arrière, était un peu volumineux.

Au moyen d'un examen plus minutieux fait avec le spéculum, l'on reconnaissait que la tumeur, du volume d'une grosse noix, était sillonnée à sa surface de rides transversales, et située à 3 ou 4 millimètres en arrière du méat urinaire; la pression exercée sur elle l'affaissa, mais en faisant sortir par le méat une certaine quantité d'urine. Les efforts de toux, la station n'ont aucune influence sur le développement de la tumeur qui ne paraît lié qu'à la présence de l'urine. Il était évident qu'occupant la paroi antérieure du vagin, cette tumeur était une dépendance des voies urinaires, et qu'il n'y avait pas lieu de songer ici à l'existence de l'un de ces kystes vaginaux, décrits par M. Huguier, et dont je montrais un bel exemple l'année dernière à la Société anatomique. Je crus avoir affaire à un cystocèle, et ce ne fut que pour obtenir des notions plus exactes sur ce cas particulier que j'introduisis une sonde dans l'urèthre tout en maintenant le doigt dans le vagin. La sonde eut à peine pénétré de quelques lignes, que son extrémité se trouva libre dans une cavité spacieuse et qu'un peu d'urine s'écoula; mais en la poussant plus profondément, je rencontrai une paroi et après quelques tâtonnements, la sonde s'engagea dans une cavité plus large et donna alors issue à une grande quantité d'urine. Cette exploration montrait donc qu'immédiatement en arrière du méat il existait une dilatation du canal de l'urèthre, laquelle communiquait avec la vessie par une portion du canal dont le calibre était resté normal. Ce n'était plus là un cystocèle proprement dit. Du reste, l'émission des urines était facile, trop facile même, puisque assez souvent la malade se sentait mouillée à la suite de longues marches et de la station prolongée, et que les rapports sexuels ne pouvaient avoir lieu sans que cet accident se produisît.

Cette incommodité fâcheuse était pour la malade l'objet de chagrins sérieux, et qui la portaient à réclamer instamment un

---

cette nécessité des idées innées (notamment en ce qui concerne la nature sensible) est fort loin d'apparaître clairement, de s'imposer à tous avec évidence; *donc, elle ne peut être admise comme un axiome.* D'autre part, le lecteur est témoin de la faiblesse, disons plus vrai, de la fausseté des preuves alléguées; donc, elle ne résulte pas davantage d'un théorème démontré.

Eh! bien, de cette notion si incertaine, M. Pidoux prétend faire le flambeau des sciences, la règle de la méthode. Apprenez à saisir l'idée innée, il vous dispense d'analyse, d'induction et de synthèse (1)!!

Et pourtant, j'ai entendu des lecteurs de l'*Union médicale* murmurer au seul titre de ces feuilletons, se demander quel rapport il y a entre ces discussions et l'art de guérir. Ah! que ne puis-je, honorés confrères, vous faire ouïr le pompeux galimatias qui remplacerait les sciences et la nôtre tout d'abord, si, par aventure, un de ces caprices, un de ces découragements qui peuvent saisir les masses comme ils saisissent quelques individualités, s'emparait de notre génération, si, fatiguée de disséquer péniblement la nature, d'en isoler les faisceaux fibre par fibre, d'en analyser le complexe ensemble, de substituer à la vague sensation le nombre et la mesure, elle délaissait la méthode des Galilée, des Bacon, des Newton, c'est-à-dire l'expérience, l'analyse, l'induction, la vérification, pour se confier désormais, selon l'invitation de M. Pidoux et l'exemple de Descartes, à des déductions que chacun tirerait de sa cervelle; si je pouvais vous faire voir les fantastiques, les transcendantales chimères qui remplaceraient la science, vous tolèreriez nos compactes colonnes. Lisez donc la physiologie de Descartes, lisez la troisième et la quatrième partie de ses principes philosophiques; chez les contemporains, lisez Carus ou Spix; vous serez épouvantés des absurdités, des innombrables chimères qui peuvent sortir d'un cerveau humain, quand on quitte l'observation réfléchie pour la spéculation sans frein. Mais nous reviendrons sur ces aberrations de Descartes en parlant de la méthode, non pour déprécier un esprit hardi, auquel nous devons beaucoup sous d'autres rapports, mais pour signaler les précipices sans fond où l'intelligence s'abîme quand, sous quelque prétexte théorique que ce soit, elle quitte la terre ferme de l'expérience pour suivre les nuages brillants de la fantaisie, les fantômes de la foi.

Dr Bertillon,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Union méd.*, n° 58.

Errata. — Le lecteur est vivement prié de corriger l'importante faute typographique qui, dans le dernier article (n° 91, 1re colonne, 4e ligne, et 5e colonne, 12e ligne, puis 19e ligne) donne par trois fois le mot *intention* au lieu du mot *intuition* qui doit être lu; à la 5e colonne, ligne 3, on doit lire 1637 au lieu de 1837.

traitement autant que possible curatif. Sans doute, l'on eût pu songer ici à l'emploi des injections astringentes, de la compression exercée avec un pessaire approprié, mais ces moyens, qui ne sont ordinairement que palliatifs dans le cas de cystocèle, ne pouvaient guère ici donner un résultat plus complet.

C'est alors que je me rappelai les cas de cystocèle guéris par M. Jobert au moyen d'une opération ingénieuse qui consiste à détruire une portion de la paroi antérieure du vagin par des cautérisations transversales avec le crayon de nitrate d'argent, et à réunir par la suture entortillée les bords de la plaie rendus saignants à l'aide du bistouri. Malgré la gravité de cette opération comparée à la lésion qu'elle a pour but de réprimer, et en présence des accidents fâcheux que produisait l'affection à laquelle j'avais affaire, et surtout en considération du désir nettement exprimé par la malade, je crus devoir instituer l'opération suivante :

Les parois du vagin étant maintenues écartées avec les deux vulves séparées d'un spéculum, je fis avec le bistouri, sur la ligne médiane de la tumeur et dans toute sa longueur, une incision qui, dirigée avec précaution, n'entama que la paroi vaginale. Les bords de cette incision furent disséqués dans l'étendue de 1 centimètre de chaque côté, et la portion disséquée ayant été excisée avec les ciseaux, la réunion fut faite avec la suture entortillée. Cette opération fut laborieuse et faite sans l'aide du chloroforme; la malade la supporta courageusement. Quelques bourdonnets de charpie enduits de cérat furent introduits dans le vagin. Les épingles furent retirées le troisième jour, et le dixième jour la cicatrisation était complète, la tumeur avait disparu. Une sonde avait été maintenue dans la vessie pendant toute la durée de la cicatrisation, afin d'éviter l'effort de l'urine sur le canal de l'urèthre.

Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, la guérison s'est maintenue, la miction est régulière, et le cathétérisme de l'urèthre permet de constater que le canal est revenu sur lui-même et n'offre plus ses dimensions exagérées.

Cette observation offre, si je ne me trompe, l'exemple d'une lésion tout à fait insolite, et dont le diagnostic exige un examen minutieux. Il y a lieu de se demander pourtant si elle n'a pas dû se rencontrer un certain nombre de fois et être confondue alors avec le cystocèle. Le diagnostic différentiel est basé sur les résultats fournis par le cathétérisme de l'urèthre. Je ne suppose aucune cause qui puisse expliquer la production d'une pareille lésion. L'opération a fourni un résultat encourageant et serait indiquée dans des cas pareils, mais alors seulement qu'il existerait des accidents sérieux.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

CHIRURGIE.

Nouveau procédé pour opérer la grenouillette,

Par M. Barrier, professeur à l'École de Médecine de Lyon.

Observation et réflexions par le Dr Delore, chef de clinique.

Quoique la grenouillette soit une affection assez commune et généralement fort simple dans ses suites, il est digne de remarque que les anatomo-pathologistes soient en désaccord sur son siége précis, et les chirurgiens sur la meilleure manière de la guérir.

Un conduit de Warthon peut, sans contredit, s'oblitérer, soit par un calcul salivaire, soit par une cicatrice vicieuse; mais à ceux qui admettent cette occlusion comme cause exclusive de la grenouillette, on peut faire les objections suivantes :

On a lié le canal de Warthon sur des animaux; ils ont, au bout de peu de temps, manifesté une vive douleur; il y a eu inflammation violente et dilatation non-seulement du conduit, mais surtout des culs-de-sac glandulaires. Rien de semblable dans la grenouillette.

Bien mieux, dans certaines circonstances, on voyait les deux orifices des conduits de Warthon s'ouvrir sur les côtés de la tumeur, et il a été possible d'y introduire des stylets fins à une grande profondeur.

De plus, l'injection iodée, qui agit en oblitérant la cavité kystique où elle pénètre, a souvent été employée dans cette affection et, dans la plupart des cas, sans susciter le moindre accident; en eût-il été de même, si un canal de Warthon et la glande sous-maxillaire correspondante eussent été le siége de la grenouillette?

La diversité du liquide contenu dans la poche témoigne encore de la variété du lieu d'origine; dans certains cas, ce liquide est semblable à la salive, mais sa composition chimique offre toujours quelque différence ; d'autres fois, il offre l'analogie la plus grande avec du blanc d'œuf, ou bien il est séreux ; il peut aussi présenter une consistance fort épaisse, une teinte jaunâtre, renfermer des globules huileux, des corps oviformes et des épithéliums pavimenteux, etc.

Il nous semble donc possible que la grenouillette survienne à la suite d'une oblitération, soit d'un des conduits de Rivinus, soit des glandules du plancher sublingual, soit des glandules qui s'abouchent dans le conduit de Warthon, près de son orifice. La bourse séreuse décrite par Fleischmann pourrait également s'enflammer et donner lieu à une tumeur par hypersécrétion d'un liquide séreux dans sa cavité.

Les chirurgiens se préoccupent fort peu, en général, du point de départ de cette affection ; aussi, parmi les nombreux procédés imaginés contre elle, en est-il d'irrationnels.

Ces procédés peuvent se ranger sous trois méthodes distinctes :

Dans la première, on se propose de rétablir l'orifice naturel. Dans la seconde, on détruit la membrane kystique ; dans la troisième, on tente l'établissement d'un orifice nouveau.

Première méthode. Louis paraît être le seul qui l'ait mise en usage; encore le cas est-il douteux ; il guérit une grenouillette en dilatant, avec un fil de plomb un orifice qui semblait fermé.

Deuxième méthode. Elle consiste à détruire ou à oblitérer la poche kystique. Voici l'énumération des procédés qu'elle renferme. — Dionis ouvrait la poche et cautérisait l'intérieur avec du miel rosat et de l'esprit de vitriol. — Boyer excisait une partie des parois et cautérisait ensuite. — Heister avait conseillé et pratiqué l'extirpation, opération difficile que Malcolmson exécuta incomplétement. — Capelleti, en 1842, incisait la tumeur et renouvelait plusieurs fois, dans son intérieur, de la charpie imbibée de nitrate d'argent.

Nous reprochons à ces divers moyens d'être douloureux, d'une application difficile et longue, et d'exposer à des inflammations qui peuvent devenir sérieuses.

C'est encore dans cette méthode qu'on doit ranger les injections irritantes qui ont pour but d'oblitérer la cavité.

M. Bouchacourt, dans son *Mémoire sur la grenouillette* (*Bull. de thér.*, 1843), dit que Leclerc avait injecté du nitrate acide de mercure, et un chirurgien de Salzbourg, de l'eau-de-vie camphrée; lui-même recommandait l'injection iodée qu'il avait pratiquée avec succès. C'est ce dernier procédé qui jouit actuellement de la plus grande faveur. La facilité de son exécution, la simplicité habituelle de ses suites plaident pour lui.

Troisième méthode. Les chirurgiens se proposent ici d'établir une fistule permanente, de créer un nouveau méat, qui donnent libre issue à la salive ou aux diverses sécrétions de la membrane kystique, et leur génie inventif s'est signalé par la variété des moyens qu'ils ont mis en usage.

Fabrice d'Acquapendente faisait une petite incision; mais la récidive étant alors fréquente, Munichs conseillait d'inciser aussi largement que possible.

La ponction simple ne fournit pas de résultats plus satisfaisants, et J.-L. Petit rapporte un cas où elle fut employée dix fois sans succès.

Leclerc, dans une circonstance spéciale, fit sous le menton une ponction qu'il agrandit avec le bistouri ; son malade guérit, mais ce succès exceptionnel n'était pas de nature à encourager les chirurgiens dans cette voie. — Louis d'abord, et Sabatier ensuite, plaçaient dans l'ouverture qu'ils avaient pratiquée par la bouche, des mèches de charpie ou des fils de plomb pour l'empêcher de se fermer.

L'excision partielle entre les mains habiles de Petit, Desault et Richter, n'avait fait que retarder la récidive. Murat redoutait les ouvertures trop grandes, disant qu'alors la salive jaillit quand le malade parle ; crainte bizarre qu'aucune observation ne vient justifier.

On était si peu satisfait de la plupart des procédés que je viens d'énumérer, que M. Portal, qui disait les avoir essayés, revint à la cautérisation au fer rouge d'Ambroise Paré, déjà conseillée par Marc-Aurèle Séverin.

Le cautère actuel a l'inconvénient de causer beaucoup d'effroi aux malades ; mais, en outre, la plaie qu'il produit peut se cicatriser par seconde intention, et son emploi n'est plus alors une garantie certaine contre un retour de l'affection.

L'idée de ponctionner la tumeur et de placer à demeure un corps étranger dans l'orifice pour le maintenir béant, appartient à Sabatier, qui employait à cet effet une canule d'argent à tête aplatie. Dupuytren perfectionna ce procédé et se l'appropria en quelque sorte par l'application d'un double bouton ; cet ingénieux moyen est inusité aujourd'hui. Le disque, en effet se dérange facilement et peut gêner les mouvements de la langue.

Il est plus simple, assurément, d'employer un séton, comme Physick et M. Laugier.

Il nous reste à parler des procédés autoplastiques, qui sont une création de la chirurgie moderne, et qui furent appliqués pour la première fois à la grenouillette par M. Jobert (de Lamballe).

Son procédé, qu'il a décrit (*Ann. de la chir. franç. et étrang.*, 1843), sous le nom de ***batrachosioplastie,*** consiste dans l'excision de la muqueuse qui recouvre la tumeur, dans l'incision de la paroi propre du kyste, dont les bords sont renversés et suturés avec ceux de la muqueuse.

Ce procédé fut légèrement modifié en 1850 par M. Forget, qui fit une incision cruciale du kyste au lieu d'une simple incision transversale.

Ne réussirait-on pas aussi bien en excisant muqueuse et kyste au même niveau, dans une aussi grande étendue que possible, et en unissant ensuite leurs bords par trois ou quatre points de suture ?

Mais tous ces moyens sont compliqués et doivent, il me semble, céder le pas à un nouveau procédé qui se recommande par la facilité de son exécution, le peu de douleur qu'il cause, et l'heureux et prompt succès qu'il a obtenu dans le seul cas où il a été mis en usage.

Ce procédé, inventé par M. Barrier, a été exposé dans une de ses cliniques de la manière suivante :

Premier temps. On place à chaque extrémité du diamètre transversal de la tumeur une pince à griffes, celle du côté droit est confiée à un aide.

Deuxième temps. L'opérateur, saisissant lui-même celle de gauche, taille avec des ciseaux un lambeau triangulaire, à sommet tronqué, comprenant toute l'épaisseur de la paroi. La base de ce lambeau est à droite du diamètre antéro-postérieur, le sommet à gauche.

Troisième temps. Le chirurgien prend alors la pince du côté droit et pratique une petite incision d'avant en arrière, près de la base du lambeau, et pénétrant également dans la cavité du kyste.

Quatrième temps. La pointe du lambeau est ensuite renversée en dedans, de gauche à droite ; on la fait ressortir par la petite incision, à la lèvre interne de laquelle on l'unit par un point de suture.

On conçoit immédiatement les avantages de ce procédé plus facile à exécuter qu'à décrire ; la muqueuse, renversée en dedans, n'a aucune tendance à adhérer au fond du kyste, qu'elle regarde, ni sur ses bords.

Le liquide qui sera maintenant sécrété pourra librement passer sous un pont permanent et sortir, soit par la grande ouverture correspondant au lambeau, soit par la petite incision.

L'observation que nous allons citer montrera les bons résultats de ce nouveau mode opératoire :

Obs. — Marie Lapierre, âgée de 33 ans, fut atteinte, neuf mois avant son entrée dans la Sainte-Anne, d'une gastro-entérite qui s'accompagna de diarrhée, de gonflement des lèvres et de la langue ; mais ce ne fut que deux mois plus tard qu'il lui survint une tumeur sous la langue, dont le volume alla toujours croissant ; si bien qu'ayant débuté à gauche, elle fut rapidement aussi saillante du côté droit.

Cette grosseur, incommode pour la mastication et la parole, n'était pas douloureuse ; cependant, inquiète de voir ses dimensions augmenter, Marie Lapierre alla consulter M. le docteur Dufour, de Saint-Rambert (Ain), au mois de février 1857. Ce médecin lui pratiqua d'abord une injection iodée, puis, quelques jours après, fit une cautérisation légère. Ces deux tentatives furent infructueuses, et, lorsque la malade entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Sainte-Anne, n° 8), le 11 avril 1857, la tumeur était tellement distendue, qu'elle se rompit spontanément.

Les jours suivants, elle grossit lentement, et le 23 avril elle a atteint le volume d'une noix. Elle présente une fluctuation évidente ; sa consistance est molle à cause du peu de distension des parois.

Le frein de la langue, formant une dépression médiane, rend cette tumeur bilobée ; son diamètre transversal prédomine un peu sur les autres dimensions ; la muqueuse qui la recouvre est manifestement amincie ; en un point elle est plus blanche et presque transparente ; on n'y retrouve pas de trace de la solution de continuité qui s'est faite il y a douze jours ; la gêne qu'engendre cette tumeur n'est pas encore très-grande, et la douleur est nulle.

Opération le 24. On la pratique suivant les règles précédemment indiquées ; à peine dure-t-elle trois ou quatre minutes, pendant lesquelles la patiente ne témoigne aucune souffrance.

Il s'écoule de la cavité 5 grammes environ d'un liquide analogue à du blanc d'œuf.

25 *avril.* La réaction inflammatoire a été nulle ; la suture a parfaitement persisté.

Le 27, on enlève le fil ; la réunion est faite ; le lambeau a gardé la position qu'on lui a donnée. On aperçoit une pseudo-membrane grisâtre dans les points où le fond du kyste est à découvert.

Les jours suivants, la surface grisâtre diminue de plus en plus ; la suture est toujours solide.

Le 2 mai, la malade sort ; elle n'a plus de gonflement sous la langue, dont tous les mouvements s'exécutent sans souffrance. Rien ne peut faire redouter une récidive, car les deux ouvertures sont demeurées béantes ; on passe sans nul effort, de l'une à l'autre, un stylet légèrement recourbé, sous le pont de la muqueuse renversée, preuve qu'elle ne contracte pas d'adhérence avec le fond du kyste.

Le 12 juin, la malade a été revue et semble complétement guérie.

(*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*)

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du Ministre de l'instruction publique, en date du 1er août 1857, MM. Robiquet, Figuier et Réveil, agrégés de la section des sciences physiques près l'Ecole de pharmacie de Paris, dont le temps d'exercice expire à la fin de la présente année, sont maintenus pour un an dans leurs fonctions, à partir du 1er janvier 1858.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J.-F. Payen. In-8°.— **Carte topographique des environs des bains,** par le même. Une feuille in-f°. Paris, chez Jannet, rue Richelieu, 15.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 96. 5e année. Mardi 11 Août 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 10 août 1857.

Création d'une école de médecine et de pharmacie à Alger.

Nous avons la satisfaction de publier aujourd'hui le décret portant la création d'une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie à Alger. On se rappelle que nous avons été, il y a déjà plusieurs années, les premiers à demander cette création, qui doit non-seulement contribuer à répandre l'instruction médicale dans des populations moins réfractaires peut-être à cette instruction qu'à toute autre, mais qui doit, en outre, et précisément à cause des sympathies de la population arabe pour la médecine, constituer un instrument de civilisation et de conquête qu'on ne saurait dédaigner. Le personnel médical d'Alger renferme tout ce qu'il faut pour fournir à celui d'une bonne école préparatoire. Espérons que l'administration ne tardera pas à prendre les mesures nécessaires pour rendre la plus prochaine possible l'exécution du décret qu'on trouvera plus loin, aux actes officiels. — H. DE C.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — **M. JOBERT** (de **Lamballe**).

Plaies pénétrantes du crâne et de l'abdomen.

Les deux observations que nous allons rapporter nous ont semblé intéressantes au point de vue des faits comme à celui des doctrines. Elles ont servi de texte à des leçons cliniques, où M. le professeur Jobert (de Lamballe) a exposé ses idées sur les plaies d'armes à feu du crâne et sur les plaies pénétrantes de l'abdomen.

D'un côté, les nombreux cas de plaies par armes à feu que ce professeur a eu l'occasion d'observer depuis 1830 lui ont permis de faire des recherches, soit sur la manière dont les projectiles viennent frapper la boîte crânienne, qu'ils y arrivent directement ou par ricochet, soit sur leur mode de pénétration, soit enfin sur les délabrements qu'ils produisent et sur les soins que réclament les plaies qui en résultent.

D'un autre côté, les leçons cliniques du même professeur sur

DÉLASSEMENTS.

Une visite à Béranger.

Il y avait à peine un mois que j'étais à Paris, lorsqu'en réponse à une petite pièce de vers (1), je reçus la lettre suivante :

« C'est bien aimable à vous, Monsieur, de me faire part de votre séjour à Paris par de si jolis couplets. Si j'ai bonne mémoire, vous m'en avez déjà adressé de Montpellier. Je vous remercierai des uns et des autres, si vous voulez prendre la peine de venir jusqu'à Passy, où je demeure, *rue Basse*, n° 22.

« J'y suis presque toujours de dix heures à midi et particulièrement le dimanche.

« Recevez, Monsieur, l'assurance des sentiments affectueux du vieux chansonnier.

« *Passy*, 17 *février* 1834. BÉRANGER. »

Vous dire ce que j'éprouvai de joie et de bonheur à la réception de ces quelques lignes, c'est chose impossible; il faut avoir vingt-deux ans, l'enthousiasme et les illusions de cet âge pour bien le comprendre.

— Enfin, m'écriai-je, avec tout l'orgueil de mon âme, je vais voir Béranger, notre poëte national, le Tyrtée de la France ! Merci ! mon Dieu.

Ce soir-là, je me mis de bonne heure au lit, espérant endormir l'impatience qui me dévorait. Vains efforts ! ma nuit fut sans sommeil, mon cœur s'agitant vivement sous la crainte de manquer au rendez-vous du grand poëte. Mon attente était si fiévreuse que je me levai avant le jour, et que, dès six heures du matin, malgré une brise glaciale qui me cinglait le visage, je courais les rues à la recherche d'une voiture.

J'errais ainsi depuis trois heures, la tête en feu, l'œil aveuglé par l'émotion et sans plus rien entendre, quand, au bout du Pont-Neuf, je me jetai front baissé dans le premier omnibus qui vint à passer.

Arrivé à la barrière, je saute plus tôt que je ne descends de l'omnibus, et demande au conducteur : la rue *Basse*, s'il vous plaît !

— La rue *Basse !* je ne connais pas ici de rue de ce nom-là.

— Nous sommes pourtant bien à Passy ?

— Pardon ! Monsieur, je vous ai dit Bercy, en montant en voiture.

— Allons, dans mon trouble j'aurai mal entendu; j'en suis désespéré, car cela me fait manquer un rendez-vous des plus importants.

— A quelle heure devez-vous y être ?

— Avant midi.

(1) J'ai dû retrancher cette pièce de vers pour faire place à celle de notre honorable confrère Fleury.

les plaies pénétrantes de l'abdomen lui ont fourni l'occasion de citer des faits pleins de valeur et d'à-propos, et l'on verra que la plaie compliquée de hernie de l'épiploon, dont nous allons rapporter l'histoire, vient confirmer des idées basées sur l'expérimentation. En effet, toutes les expériences pratiquées sur les animaux et consignées ailleurs, avaient eu pour but l'occlusion des plaies de l'intestin, celle d'une ouverture accidentelle faite aux parois de l'abdomen, ou celle enfin des canaux naturels au moyen de l'épiploon. C'est donc une véritable prothèse à autoplastie par le déplacement d'un organe, l'épiploon.

Obs. I. — *Plaie d'arme à feu. — Balle au milieu du front. — Extraction. — Trépan.* — Le nommé Genton (Jules), âgé de 21 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 19 février 1857. C'est un homme de taille moyenne et de bonne constitution.

Il faisait partie, le 8 avril 1855, d'un poste français devant la tour Malakoff, lorsqu'il fut frappé au front d'une balle qui venait des avant-postes russes; mais avant d'atteindre le front, cette balle avait rencontré la face externe de la visière et en avait contourné le bord antérieur en y faisant une dépression semi-lunaire ou en forme de croissant.

Le blessé tomba aussitôt de sept pieds de haut, du parapet dans la tranchée de la troisième parallèle. Il fut transporté dans une ambulance voisine où il resta sans connaissance pendant vingt-quatre heures; huit jours après, on le dirigeait sur Constantinople. Il y séjourna dans un hôpital militaire pendant quatre mois: deux mois comme malade et deux mois comme convalescent. Pendant les deux derniers mois, il remplissait les fonctions d'infirmier.

Au bout de ce temps, il demanda et obtint de repartir pour la Crimée, malgré la persistance de la suppuration qui n'avait jamais cessé. Il ne s'en battit pas moins à Traktir, le 16 août 1855, et repartit enfin pour la France le 11 novembre de la même année.

Arrivé à Paris au mois de décembre suivant, il reste encore pendant six mois sous les drapeaux, mais il fait peu de service actif, car des bouffées inflammatoires, avec augmentation de la suppuration, l'ont obligé de gagner l'hôpital à trois reprises différentes, et chaque fois il y est demeuré quarante-cinq jours, en moyenne.

L'abondance de la suppuration n'a donc pas toujours été la même. Le pus avait une couleur noirâtre et sanguinolente. D'après le récit du blessé, il a perdu peu de sang au moment de sa blessure.

Les phénomènes douloureux ont peu varié depuis lors, et consistent surtout en des lourdeurs de tête; comme trouble fonctionnel, on remarque quelque chose de vague et d'incertain dans les attitudes ordinaires, et, quand le malade se baisse, il lui semble que le front se détache de la tête.

Quant au traitement, sauf la diète obligée de trois jours après la blessure, il s'est borné à l'application, chaque jour, d'une plaque de diachylon sur la plaie.

Voici l'état du malade à son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 19 février 1857 :

Au milieu du front se voit un trou net et circulaire, dont les dimensions sont celles du gros calibre de la balle, et qui permet l'introduction du doigt.

M. Jobert y introduit une sonde cannelée et constate qu'il ne s'agit pas d'une fistule ordinaire : il n'y a de signes ni de carie, ni de nécrose, et il reconnaît l'existence d'un corps étranger au fond du conduit.

M. Jobert, considérant que les accidents éprouvés par le malade et la suppuration abondante qui existe dépendent du séjour du projectile au fond de la plaie, propose au jeune blessé d'en faire l'extraction. Il y souscrit volontiers, et l'opération est pratiquée le 23 février. M. Jobert y procède de la manière suivante :

1° Une incision cruciale est pratiquée; les incisions sont tellement disposées qu'elles dépassent l'ouverture accidentelle dans tous les sens ;

2° Les quatre lambeaux qui résultent de cette double incision sont disséqués et renversés en dehors, de manière à mettre à nu toutes les surfaces et à pouvoir terminer l'opération sans rencontrer d'obstacle ;

3° L'ouverture est ruginée et les productions osseuses sont enlevées avec une espèce de bistouri boutonné; mais, comme le corps étranger ne pouvait être saisi, la perte de substance n'étant pas assez considérable, il applique une couronne de trépan, et, pour cela, il se sert de la tréphine ;

4° La perte de substance étant alors assez considérable, il procède à l'extraction de la balle, ce qui constitue certainement un des temps les plus délicats de l'opération, qu'il accomplit de la façon suivante :

Il recherche d'abord les aspérités de la balle, qu'il augmente en divers points, et bientôt il peut saisir le projectile dans deux points opposés, avec une sorte de davier à l'aide duquel il l'enlève en lui imprimant un mouvement de rotation sur lui-même, afin d'éviter de comprimer le cerveau. On voudra bien noter que, pendant tout le temps qu'a duré l'opération, M. Jobert a évité l'emploi du levier pour retirer la balle.

Au fond de la plaie, on aperçut une substance noirâtre, qui s'est éliminée les jours suivants. C'était évidemment du sang coagulé qui n'avait pas subi le contact de l'air, comme on en a quelquefois rencontré dans la cavité abdominale longtemps après un accident.

La plaie fut pansée à plat et le malade reporté dans son lit.

Le projectile, examiné avec soin, a présenté les particularités suivantes :

— Oh! alors vous avez devant vous plus de temps qu'il ne faut. Prenez cette voiture qui va partir pour Paris et elle vous conduira à Passy par correspondance.

Je ne vous dépeindrai point toutes les pensées qui traversèrent mon pauvre esprit durant ce long trajet. Dans ma hâte à sortir de chez moi, j'avais oublié de prendre ma montre, et partant je tremblais d'arriver après l'heure fixée. Cette indécision me rendait comme fou.

Le cadran de la station marquait midi moins un quart à notre arrivée au bas de Passy.

— Vite, la rue Basse? dis-je au conducteur.

— Suivez la montée toujours à votre gauche, me répondit-il, en détachant son régulateur.

Je pris le pas de course et j'arrivai haletant, le front perlé de sueur, devant la demeure de l'immortel chansonnier.

C'était une maisonnette à deux étages, et formant en tout du rez-de-chaussée au second, qui était mansardé, cinq petites pièces. Béranger occupait une chambre du premier.

La clef était sur la porte; je frappai, et une voix me répondit de l'intérieur : Entrez!

Je trouvai Béranger assis au coin du feu, causant avec une dame de certain âge.

Lorsqu'il me vit, il se leva, me tendit la main, et me demanda en souriant si je n'étais pas monsieur Roux.

— Oui, monsieur, lui murmurai-je, tout saisi d'émotion et d'étonnement.

— Tiens, fit-il, en s'adressant à la vieille dame, voilà l'auteur des vers que nous lisions hier au soir ensemble, et que tu trouvais si jolis.

— Permettez-moi de vous adresser mon compliment, compliment d'autant mieux mérité que vous êtes docteur en médecine, à ce que m'a dit mon ami.

Je m'inclinai sans pouvoir répondre; j'étouffais de bonheur.

Elle s'aperçut de mon trouble, et croyant sans doute y ajouter par sa présence, elle prétexta une visite dans le voisinage, et nous quitta.

— Eh bien! reprit Béranger en revenant à moi, vous voyez que je sens un peu le fagot à mon double titre de poëte et de sorcier. Autrefois, il en fallait moins pour être brûlé vif.

Je restais muet, tant j'étais en contemplation devant ce front où rayonnait autant de bonhomie que de génie.

— J'ai eu dans ma vie, continua-t-il, une telle occasion d'étudier les hommes et les choses, qu'avec un rien, quelques lignes, je puis me figurer physiquement et moralement celui qui les a tracées. Si Lavater

La balle est en plomb, elle pèse très-exactement 25 grammes et a 5 centimètres 1/2 de circonférence. Sa couleur est noire, excepté sur les points où l'instrument l'a saisie. Là, en effet, la coloration bleuâtre est remarquablement brillante.

La surface n'est lisse, arrondie et régulièrement sphérique que dans une faible étendue. Elle présente partout ailleurs de nombreuses aspérités ressemblant à des stalactites.

A la surface lisse et régulièrement convexe, est opposée une surface écrasée et légèrement concave.

Le jour de l'opération, il n'y a pas de travail inflammatoire local, ni de trouble nerveux. (Diète, repos.)

24 *février*. Pas de traumatisme. Etat général, bon. (On panse à plat.)

Le 25, idem pour l'état local et général. (Même pansement.)

Le 27, grand mal de tête à la suite des visites du jeudi. Fièvre. (Sinapismes, diète.)

Le 28, constipation et mal de tête. (Un verre d'eau de Sedlitz par demi-heure et un lavement de lin. Le soir, un bain de pieds au savon noir.)

1er *mars*. Etat local bon. Mal de tête. (Deux bains de pieds au savon noir. Bouillon de poulet. Gomme coupée avec du lait édulcoré.)

Le 2, les bourgeons charnus se développent.

Le mieux va tous les jours croissant, lorsque le 15 mars il survient un érysipèle qui commence par la paupière supérieure de l'œil droit, gagne le nez et toute la joue gauche.

Pas de prodromes, pas de trouble fonctionnel, ni avant ni pendant l'érysipèle; car le malade n'a rien ressenti et il a continué son régime. Une seule application de pommade au nitrate d'argent a suffi pour combattre l'érysipèle : deux jours après, il n'y en avait plus trace.

Jusqu'au 30 mars, on n'a eu qu'à constater une amélioration croissante, une tendance continuelle des lèvres de la plaie à se rapprocher. Le trou n'a plus qu'un centimètre et demi de profondeur. On laisse la plaie à découvert.

A dessein, on n'a pas noté un phénomène observé depuis le moment où la balle a été extraite jusqu'au 17 avril, époque à laquelle il a disparu à peu près complétement; il s'agit des mouvements de soulèvement et d'affaissement isochrones aux battements du pouls.

Le 16 avril, voici quel est l'état local de la blessure :

1° Il existe un suintement purulent.

2° Une sorte d'infundibulum à sommet très-étroit où l'on observe, quand il s'y trouve du pus ou de l'eau, des mouvements alternatifs d'affaissement et de soulèvement.

3° On ne retrouve plus de trace des parois de l'ouverture osseuse primitive qui est comblée en grande partie par les lambeaux renversés des parties molles et par les téguments qui se trouvent adossés.

4° Les surfaces sont encore rosées.

5° Le blessé a recouvré entièrement ses facultés intellectuelles et n'éprouve aucune des douleurs dont il se plaignait.

Ce fait se recommande à l'attention par la durée du séjour du projectile et par le mode de guérison qui a suivi son extraction.

N'est-il pas remarquable de voir la balle séjourner pendant vingt-deux mois à la place qu'elle occupait et reposer sur la dure-mère sans déterminer d'inflammation dans le cerveau ou ses membranes, ou du moins, si tant est qu'il y en ait eu, n'en produire qu'une certainement circonscrite et de nature adhésive? Il semble que, si des accidents de plus d'un genre ne se sont pas montrés, cela est dû à ce que le pus a pu se frayer une issue à l'extérieur par la large ouverture faite au crâne. Ce qui ne veut pas dire que le corps étranger ait été innocent par sa présence, puisque le malade éprouvait la sensation d'un corps lourd, qu'il ressentait habituellement des douleurs très-fortes s'irradiant dans le crâne et que, par moments, il semblait, suivant sa comparaison, qu'on lui arrachait la tête.

Ce qui démontre d'ailleurs que le corps étranger n'a, par sa présence sur la dure-mère, déterminé aucune inflammation, c'est que le sang qui se trouvait répandu à sa surface était noir et comme charbonné.

Le blessé a reçu le coup de feu au front, et, comme on le sait, dans les duels ou dans les combats, les projectiles viennent frapper le devant du front, les côtés, le derrière de la tête, et ce n'est qu'exceptionnellement, dans les guerres civiles, qu'on voit la voûte du crâne atteinte.

M. Jobert n'hésite pas, en semblables circonstances et lorsqu'il s'agit d'extraire un projectile, à toujours proposer en principe l'agrandissement de l'ouverture du crâne par l'application du trépan ou l'emploi de tout autre instrument; et cela, afin de pouvoir manœuvrer sans aucune difficulté et éviter d'enfoncer le corps étranger, ainsi qu'il a dû certainement arriver par l'emploi du levier qu'on propose d'introduire entre le corps étranger et les os. D'ailleurs, il ne suffit pas, suivant lui, d'agrandir l'ouverture, mais il faut encore saisir le projectile avec de fortes pinces, comme un davier, par exemple, afin de pouvoir l'extraire du premier coup en lui imprimant un léger mouvement de rotation sur lui-même tout en l'attirant à l'extérieur.

Les nombreuses plaies d'arme à feu qu'il a eu à traiter, lui ont démontré que le meilleur pansement consiste à recouvrir légèrement la surface de la plaie, de manière à n'exercer aucune compression douloureuse et à laisser une issue aux liquides qui tendent à s'en écouler. Ordinairement il arrive alors qu'après une suppuration de durée variable, des bourgeons se développent et tendent à fermer l'ouverture accidentelle; mais il y a exfoliation de l'os et nécrose plus ou moins profonde. C'est encore ainsi

---

vivait, ce serait à le rendre jaloux. Aussi, cher docteur, vous n'êtes point un inconnu pour moi, je revois en vous une personne de connaissance avec laquelle j'espère établir des rapports plus intimes. Acceptez-vous?

— Si j'accepte, scandai-je, en lui serrant avec effusion sa main qui avait pris affectueusement la mienne.

— Alors, vous viendrez me visiter souvent, n'est-ce pas?

— Et si, n'écoutant que mon cœur, j'allais jamais abuser de votre invitation.

— Franchement, mon jeune ami, vous me feriez plaisir. Que voulez-vous! plus je vieillis et plus j'aime la jeunesse. Ses projets, ses joies, ses espérances me rappellent un passé dont les petites agitations charment par leur souvenir le déclin de ma vie. Si rien ne vous en empêche, venez donc dimanche.

En ce moment, le bruit d'une voiture qui s'arrêta dans la rue nous fit prêter l'oreille, et pas une minute après, l'arrivée d'un petit homme au front large, à l'œil vif et aux mouvements fébriles me força à la retraite.

Ce visiteur, c'était M. Thiers.

Dr A.-L. Roux.

Béranger sur le fronton du Panthéon.

UNION DE LA SCIENCE ET DES LETTRES.

Ami, c'est bien à vous d'avoir osé l'écrire :
Oui, la Science et l'Art sont fiancés d'en haut!
Et quand de l'Art en deuil le puissant maître expire,
La Science a devoir d'honorer son tombeau :
Celui que nous perdons, c'est la muse immortelle,
Béranger! plus que lui, nul n'a droit à nos pleurs;
Le progrès, qu'il chanta, s'allaite à la mamelle
De la Science, objet de nos constants labeurs....
Pourquoi donc s'éloigner, paria volontaire,
De ce noble convoi? pourquoi nous renier?....
Ignace, l'Espagnol, peut sourire et se taire,
Nous qui sommes Français, pleurons le chansonnier.

Je sais bien que vouée au culte de l'utile,
L'industrie, aujourd'hui reine de la cité,
Raille la poésie et déclare stérile
Tout travail qu'à la Bourse on n'a pas escompté.

que les choses se passent lorsque le trépan a été appliqué. Cependant il en est parfois autrement, et c'est ce que nous avons observé sur le malade qui fait l'objet de cette observation. En effet, il n'y a eu chez lui aucun point de l'os nécrosé, aucune exfoliation; le fond de la plaie et la dure-mère ont suppuré et cette dernière membrane a légèrement bourgeonné. Puis, toute la surface de la large ouverture faite au crâne a été recouverte par les lambeaux qui sont venus se confondre avec elle, et c'est sans doute à cela qu'il faut attribuer l'absence de nécrose.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Sur l'administration du chloroforme et des anesthésiques par projection,

Par M. Heurteloup.

(*Lu à l'Académie des Sciences, dans la séance du* 3 *août* 1857.)

On ne saurait *légiférer* sur l'inconnu.

Depuis que dans cette enceinte une voix éminente a proclamé les propriétés anesthésiques du chloroforme, cet éther a été généralement employé pour suspendre la sensibilité chez les malades qui devaient être soumis à de trop rudes épreuves.

L'efficacité de cet éther porté dans les voies respiratoires étant reconnue, on s'est occupé du moyen le plus efficace de le faire respirer.

On a employé les appareils qui ont eu généralement pour objet de faire entrer par la bouche l'agent anesthésique, mais bientôt l'on reconnut que la bouche n'était pas l'ouverture naturelle qui donnait passage à l'air, et l'on soupçonna que de circonscrire cette ouverture par un appareil, et surtout de fermer le passage nasal, pouvait donner lieu à ces accidents mortels que l'on attribua ou à l'asphyxie par privation d'air, ou à l'action propre du chloroforme sur le système nerveux. Probablement ces deux causes étaient mortelles ensemble par une assistance mutuelle. Cependant les morts furent bien subites pour qu'on pût les attribuer seulement à la privation d'air, et on ne put se défendre de reconnaître dans le chloroforme une action toxique *sui generis* dépendante de cet éther.

On resta dans le doute si cette substance agissait seule ou concurremment avec la privation d'air dépendante des moyens employés ou dépendante de la stupeur jetée sur l'appareil musculaire servant à la respiration, ou servant à la circulation, ou servant à tous les deux.

C'est à ces recherches qui seront sans doute vaines, que se livrent maintenant les investigateurs qui trouveront sans doute plutôt le moyen empirique de revivifier le corps anesthésié outre mesure, qu'ils ne découvriront par quel mécanisme, par quelle action, par quel contact, l'accident mortel se produit.

On chercha donc à séparer les deux causes auxquelles on attribuait la mort par anesthésie, et laissant enfin libre l'ouverture naturelle qui physiologiquement, sert à la respiration tranquille, on cessa de forcer la bouche (1) à remplir l'office du nez et on laissa le malade respirer.... comme on respire.

Dans l'air ambiant autour de la bouche et des ouvertures nasales, on se borna à mêler les émanations qui devaient produire l'anesthésie, et c'est à ces émanations plus ou moins fortes suivant le rapprochement de l'éther, qu'on laissa produire l'absence du sentiment et la résolution des muscles.

Ce fut un progrès.

Des substances poreuses disposées en cornets, pouvant, dans leur infundibulum, s'imprégner de chloroforme; une éponge, une compresse, un mouchoir, furent les instruments de simplicité première employés, et bientôt les appareils, surtout ceux qui, contre la nature, forçaient la bouche à devenir la seule ouverture respiratoire, tombèrent dans le discrédit.

C'est là où en sont les choses, mais ce moyen, qui consiste à rapprocher ou à éloigner l'agent anesthésique des ouvertures inhalantes, produit-il l'effet qu'on en attend? Cet effet est-il toujours complet? Est-il toujours assez prompt? Est-il toujours assez lent (2)? Ce moyen n'est-il pas quelquefois illusoire? Remplit-il

(1) La bouche est faite pour *parler* et pour *manger*, et non pas pour *respirer*. Tous les animaux respirent par le nez. La bouche devient quelquefois l'accessoire du nez, mais c'est seulement lorsque le nez ne laisse pas passer suffisamment d'air. La bouche est si peu un organe fait pour le passage de l'air, que dans les cas de coryza, où la bouche est de corvée, sa membrane, sous l'influence de l'air, se sèche, se couvre de mucus plastique et adhérent, et quelquefois s'enflamme.

Le nez exécute sa fonction sans tous ces inconvénients, il a une membrane faite pour son usage.... comme nez.... comme ouverture inhalente.

Il est fâcheux qu'on ait ainsi confondu le nez avec la bouche, et qu'on ait discuté sur cela. C'était du temps perdu.

Je crois que la nature aurait fait les fosses nasales plus larges, pour faire éviter à sa créature l'inconvénient des coryzas, enchifrènements et occlusions complètes, mais elle a été sans doute prise entre les difficultés de faire de la même ouverture un passage à air et un organe olfactif; de cette dernière difficulté, l'étroitesse nécessaire, car sans les cornets qui augmentent la surface, et sans le resserrement qui fait que l'air séjourne, le sens de l'odorat eût été nécessairement imparfait. Il résulte de tout cela que la nature conséquente a fait que le nez se bouche pour nous faire mieux sentir.

Il y a dans notre organisation si bien ordonnée beaucoup de choses comme cela.

(2) C'est une question importante à étudier. Faut-il chloroformer promptement ou lentement? On est généralement d'accord pour opérer avec lenteur, mais encore

---

Et quand osant pleurer le chansonnier célèbre,
Notre fier *Moniteur* s'est encadré de deuil,
Plusieurs ont ri tout bas de ce cadre funèbre :
« Que vient faire Hippocrate au pied de ce cercueil?
« — Disait-on, — il ne sait que lier des artères,
« Faire crier les chairs sous un scalpel tranchant,
« Sonder, d'un froid stylet, de dégoûtants ulcères,
« Fouiller le muscle à nu sous le couteau fumant!
« Qu'ose-t-il nous parler idéal, poésie,
« Quand d'ossements blanchis il pave le chemin?
« La coupe de Byron débordait d'ambroisie;
« Ta palette, ô Broussais! s'emplit de sang humain! »

Sentencieux rhéteurs, dont le vocabulaire
Au palais de la Bourse apprend des mots nouveaux,
Apprenez donc aussi comment on doit se taire
Quand on ignore tout des instincts les plus beaux.
Le médecin, celui que tu nargues, messire!
Que tu voudrais parquer au lit d'un hôpital,
C'est lui qui dans ton œil, demain, ce soir... va lire,
Et qui décidera de ton arrêt fatal.
Si sa main n'était pas le vivant chronomètre
Qui compte, note et règle un pouls surexcité,
Si son regard n'était le rayon qui pénètre,
Sonde, juge et soutient l'espoir de l'alité,
Si, penché nuit et jour aux sources de la vie,
Implacable ennemi de l'implacable mort,
Maître du talisman qui sauve et vivifie,
Il gardait pour lui seul les arcanes du sort....
Tu pourrais, contempteur de son art inutile,
Fermer à ce rêveur le seuil des passions,
Et le laisser, noyé dans le sang et la bile,
Loin du monde moral et de ses visions!
Mais Esculape est plus qu'un froid anatomiste,
Habile à se jouer dans des plexus nerveux;
Il faut qu'il sache encore, ingénieux artiste,
Sonder l'âme blessée et l'esprit malheureux.
Laisse-le donc fouiller et lire dans les maîtres
L'immense in-folio du cœur humain souffrant,
Afin qu'il puise l'art à la source des lettres,
Comme l'expérience au chevet du savant.

Certes! s'il fut jamais, dans notre noble France,
Dans ce Paris, fanal des peuples attardés,
Un solennel instant, propice à l'alliance
De l'art et du progrès sous le ciel débordés,

le *desideratum* qui commence à poindre sérieusement sur l'horizon de la science? Remplit-il le vœu que chacun exprime pour qu'un agent si puissant que le chloroforme, d'un effet si obscur, puisse être soumis, lorsqu'on l'administre, à des appréciations, autant, toutefois, qu'un corps volatil, inconnu dans ses effets intimes, saturant capricieusement et inégalement l'atmosphère, et inhalé par une respiration saccadée et inégale peut être apprécié?

Il est évident que, sous ces rapports, la chloroformation, que j'appellerai chloroformation par *rapprochement*, laisse beaucoup à désirer.

En effet, que fait-on, lorsque, des ouvertures qui servent à la respiration, on rapproche une éponge creuse ou un cornet de linge chargé plus ou moins de chloroforme?

Cet éther si volatil se répand-il également dans l'atmosphère? Ne sort-il pas du cornet à l'état de corps plus léger que l'air? N'obéit-il pas à une ascension prompte qui le fait s'élever perpendiculairement sans se mêler à l'air inspiré? Le moindre courant d'air ne le fait-il pas dévier? L'expiration chaude ne le volatilise-t-il pas? Cette expiration ne le renvoie-t-il pas? Voit-on cet agent lorsqu'il est aspiré? Peut-on en reconnaître la densité, la quantité, la force? Le rapprochement des ouvertures inhalantes ne donne-t-il pas lieu à l'aspiration des bouffées concentrées de la vapeur stupéfiante? Cette vapeur concentrée ne va-t-elle pas titiller l'épiglotte et le larynx? Ne va-t-elle pas souvent provoquer une toux convulsive? Le chirurgien, impatient quelquefois ne met-il pas l'éther liquide en contact avec les ouvertures inhalantes?

Et alors, avec ces imperfections, ces incertitudes, ces obscurités, ces accidents, y a-t-il lieu de s'étonner de ces anesthésies subites, inquiétantes; de ces lenteurs à entrer sous les impressions du gaz stupéfiant; de ces foudroiements; de ces sidérations spontanées; de ces collapsus après une résistance prolongée? Y a-t-il lieu de s'étonner de ces effets inconnus, inattendus, qui portent dans l'âme la stupeur lorsqu'ils se montrent, la crainte de les voir apparaître, et qui appellent sur nos actes une attention qui ne peut être éclairée (1).

Non, la chloroformation par *rapprochement* ne peut encore contenter le chirurgien ami de son repos; il lui faut un moyen qui satisfasse davantage et sa conscience, et sa logique, et les besoins de la science.

C'est donc à ceux doués d'imagination à chercher les moyens de résoudre le problème, autant, toutefois, qu'un problème de cette nature peut être résolu.

Je propose de produire l'anesthésie non par *occlusion*, non par *rapprochement,* mais par *projection*, comme on a tenté de le faire pour produire l'anesthésie locale, et je prends la liberté de mettre sous les yeux de l'académie le petit appareil que j'emploie. Quand je dis *appareil*, que l'on ne pense ni à ces engins massifs, chers et compliqués, destinés à être mis en contact serré avec la bouche et le nez; non, le *projecteur* agit à distance, il ne touche pas le patient (1).

une fois, c'est une question à étudier.... et à résoudre. Je crois que le système d'opérer par *projection* servira beaucoup pour arriver à cette solution, qui ne peut être démontrée que par le fait; la théorie viendrait après.

(1) Cette attention *qui ne peut être éclairée* devrait cependant savoir qu'il n'est pas une petite modification de l'économie qui n'entraîne ses conséquences avec elle, conséquences qui vont quelquefois jusqu'à amener la mort. Des faits recueillis avec soin démontrent que l'on a pu appliquer le chloroforme des milliers de fois sans accidents. Dernièrement on parlait de 10,000 cas. Eh bien, qui oserait affirmer que sur 10,000 saignées, il n'y aurait pas un cas de mort; que sur 10,000 évulsions d'ongles, il n'y aurait pas un cas de mort; que sur 10,000 abcès ouverts, il n'y aurait pas un cas de mort; que sur 10,000 incisions simples, il n'y aurait pas un cas de mort; que sur 10,000 arrachements d'*envies* (car il faut ici parler de niaiseries) il n'y aurait pas un cas de mort, etc., etc.?

Vous direz à cela, Messieurs les timorés, que ces morts seraient l'effet de l'idiosyncrasie. Eh donc, que pouvez-vous faire contre l'idiosyncrasie, et pourquoi ne voulez-vous pas qu'il y ait une idiosyncrasie qui dispose à la mort celui duquel vous enchaînez la sensibilité et la contractilité des organes centraux? Si quelque chose doit étonner, c'est que le chloroforme ne cause pas plus souvent la mort, et alors n'attachez donc pas une attention si scrupuleuse à ce qui passe à son endroit, jusqu'à ce que vous et nous soyons mieux éclairés.

Vous dites que l'emploi du chloroforme n'est pas une nécessité. Certes, vous parlez bien, mais alors, pourquoi, lorsque vous êtes en effroi de douleur voulez-vous qu'on vous en octroie la privation? L'emploi du chloroforme est donc une nécessité, puisque souvent il est exigé par ceux qui souffrent et qui ne veulent pas se laisser soulager sans son emploi.

Pensez qu'il ne faudrait pas l'employer pour de petites choses, pour faire de petites opérations, peut-être aurez-vous raison; mais alors prouvez que cet emploi est plus dangereux *statistiquement parlant* que les opérations plus minimes et réputées les moins dangereuses. Alors, votre point d'arrêt sera raisonnable.

Vous dites encore... mais ce qui est effrayant dans l'emploi du chloroforme, ce sont ces morts si promptes! Effectivement, ces morts sont imposantes, mais si elles ne font rien à la *statistique*, ce n'est plus qu'une affaire d'effroi qui n'a rien de plus surprenant qu'un homme tué par une cheminée qui tombe, et vous n'avez jamais proscrit les cheminées parce qu'elles tombaient quelquefois et vous avez continué à vous chauffer.

Laissez donc tomber les rares victimes du chloroforme, nombrez ses immenses bienfaits, et ne mettez *plus* en question l'indépendance du médecin dans l'exercice de son art lorsqu'il y met de la conscience.

(1) C'est un grand point de ne pas toucher le patient pendant l'administration des anesthésiques; je vois souvent plusieurs personnes s'emparer des membres du malade qui va être soumis à leur influence, et le maintenir avec force, cela donne à l'opéré le sentiment de la résistance, surtout lorsqu'on veut le faire respirer de force. Ce sentiment de résistance se continue pendant le sommeil anesthésique;

C'est bien l'heure où s'éteint le barde patriote
Qui remuait l'Europe avec une chanson,
Qui, pendant soixante ans, prit le travail pour hôte,
Des altérés de gloire immortel échanson!
Unissons donc ici, dans le deuil qui nous frappe,
La pioche des savants et le luth des chanteurs:
Apollon est encor le père d'Esculape,
Nous n'avons pas banni son amour de nos cœurs.

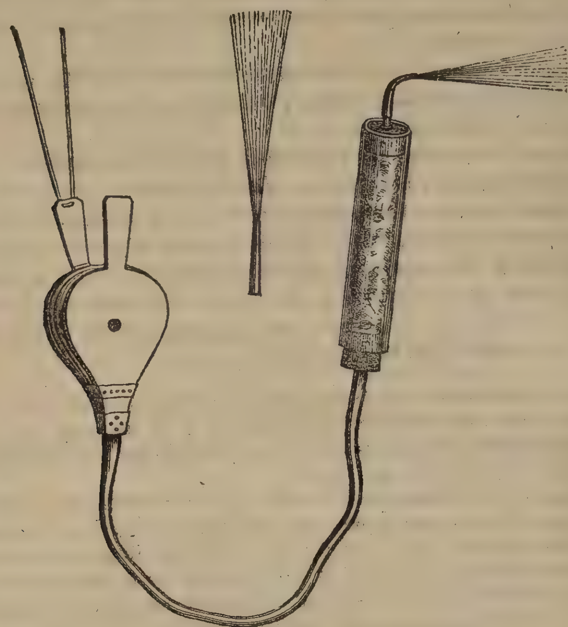
Oui, nous avons gardé le culte de l'École,
Et nous restons debout dans le camp déserté,
Sans chercher si beaucoup ont trahi leur parole,
Qui, plus bruyants que nous, fêtaient la liberté!
Quand Béranger chanta Lisette et la Patrie,
Jamais le *carabin* ne faillit au refrain;
Sur sa tombe, aujourd'hui l'Europe entière prie,
Nous avons droit d'écrire un mot sur son airain.
Ombre de Béranger, grande et belle figure,
La Grèce t'eût chérie en ta simplicité!
Auprès d'Anacréon, au-dessus d'Epicure,
Praxitèle eût assis ton marbre respecté!
Poëtes et savants, unis au Prytanée
A côté de Socrate, eussent gravé ton nom,
Et, par la Liberté ta tête couronnée,
Eût monté rayonnante au front du Parthénon.
Plus riche et plus puissant que fut jamais Athènes,
Paris possède un temple au fronton immortel,
La Gloire et la Patrie, augustes souveraines,
Y soutiennent les pans d'un gigantesque autel...
Je demande — et le peuple à ce jour fera fête,
Sachant que ce nom seul fit trembler l'étranger —
Qu'au-dessus du fronton, digne ornement du faîte,
On sculpte au Panthéon ton buste, ô Béranger!

Dr ARMAND DE FLEURY (de Mansle).

Juillet 1857.

Recherches statistiques sur les causes et les effets de la CÉCITÉ, par G. DUMONT, médecin consultant (ex-médecin en chef) de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, inspecteur des établissements d'Eaux minérales du département de la Seine, etc. — Paris, 1856. — Prix : 4 fr. Chez LABÉ, libraire de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Vous le voyez, Messieurs, cet appareil consiste en un gros tube de verre fermé à ses deux extrémités par deux bouchons de



liége ; ces deux bouchons sont percés à leur centre d'un trou ; l'un de ces bouchons est fixé dans le gros tube, et y reste. Un petit tube de métal est placé dans le trou du bouchon qui est à demeure. Ce tube de métal est terminé par un petit trou.

L'autre bouchon s'ôte à volonté. Pour cela, il fait une saillie comme le bouchon d'une bouteille. Il présente également un tube de métal qui le traverse. Sur le bout du petit tube de métal qui fait saillie, on chausse un petit tube de caoutchouc flexible de 50 centimètres de long, et à l'extrémité opposée de ce tube on ajuste, pour l'usage, la tuyère d'un très-petit soufflet, ou de tout autre agent propre à pousser de l'air.

Dans le gros tube de verre qui porte les deux bouchons, on introduit quelques morceaux roulés de gaze à cataplasme à mailles très-espacées pour recevoir le chloroforme.

Si, maintenant, enlevant le bouchon qui correspond au soufflet, on jette une quantité déterminée de chloroforme (1) sur la gaze, et si on ferme le magasin avec ce même bouchon, on est prêt à opérer (2).

Au moindre mouvement du soufflet, il s'établit un courant d'air chargé de chloroforme. Aussitôt que le mouvement cesse, le courant s'arrête. Ceci est le premier moyen de régularisation.

Comme tous les jets d'air, le jet qui sort de mon petit siphon est conique. Très-mince près du bec du tube, il devient large à quelques centimètres. Là où le jet est mince, le chloroforme volatilisé est plus concentré, là où le jet est large, le chloroforme est plus disséminé. C'est une affaire de rapprochement ou d'éloignement. Cet effet est un second moyen de régularisation.

Le jet a une puissance de *projection* qui ne permet pas à la vapeur du chloroforme de monter en vertu de sa pesanteur spécifique; cette vapeur est emprisonnée dans l'air en mouvement qui part du soufflet. Elle est aspirée à cet état de mélange. Elle est nécessairement aspirée, car elle enveloppe nécessairement l'ouverture naturelle respiratoire. Je suis donc sûr que les vapeurs du chloroforme sont aspirées, et qu'un courant d'air léger ne peut faire dévier mon agent anesthésique. Cet effet est un troisième moyen de régularisation.

Le jet ne s'établit que par le mouvement du soufflet, si ce mouvement cesse, le jet cesse. Il a donc une action tout à fait dépendante du jeu du soufflet. Eh bien! qu'on n'établisse le jet qu'au moment où l'aspiration commence, on ne dépensera pas du chloroforme inutilement pendant l'expiration, et surtout au profit des assistants, qui ont besoin d'avoir la tête libre.

Qu'on n'établisse le jet qu'à toutes les deux aspirations, on sera sûr que le malade prendra de l'air pur, une inspiration sur deux (1). C'est encore un moyen de régularisation.

Il faut bien faire attention que je ne dis pas *dosage;* je dis seulement *régularisation,* car je crois d'abord que le *dosage* est une chimère (2), et ensuite que la règle seule fera loi dans l'avenir, lorsqu'il s'agira de l'administration du chloroforme. cette règle sortira naturellement de l'usage répété, de la comparaison répétée; elle sera imposée au médecin par son sens moral seulement, sans qu'il soit nécessaire de *légiférer*. On ne saurait d'ailleurs *légiférer* sur l'inconnu (3).

Ainsi, voilà donc, pour administrer les anesthésiques, un moyen très-simple, peu cher, d'un usage facile, doué *au moins*

de là beaucoup de mouvements désordonnés que l'on éviterait certainement si l'on abandonnait le malade à lui-même. Si l'on pouvait se dispenser d'explorer le pouls, il serait bon de ne pas toucher le malade, mais il faut surveiller la circulation, et alors je crois que l'on se trouvera bien de le faire avec légèreté. Changer d'émanations l'air que respire le patient *sans le toucher* est, je crois, ce qu'il faut faire, si j'en juge par ce que j'ai vu et expérimenté.

Ce n'est que lorsque le sommeil anesthésique est arrivé au point désiré, qu'il faut s'assurer des mouvements du malade.

Pour ne pas laisser en chemin la manière d'administrer le chloroforme que je crois la meilleure, je pense que pendant que l'on anesthénise on ne devrait pas faire le bruit que j'entends souvent, et surtout que l'on ne devrait pas faire causer le malade; cela l'excite, entretient sa disposition à résister, met sa pensée en activité et nuit à l'action prompte du médicament. Peut-être cette lenteur produite n'amène-t-elle pas des conséquences fâcheuses, mais certainement elle amène la nécessité d'introduire dans l'économie une plus grande quantité du gaz qui produit l'anesthésie, et je crois que cela est à éviter.

(1) Lorsqu'on jette du chloroforme dans les cornets que l'on met devant la bouche et le nez du malade, on devrait le *doser*, et c'est ce que l'on ne fait pas; on verse à même le flacon, de là inégalité dans les effets et les impressions. Le moyen que j'emploie est d'injecter le chloroforme avec une petite seringue graduée à la tige du piston. Cette seringue a un petit bout en arrosoir pour disséminer le chloroforme. On la charge en plongeant son tube terminal dans le flacon à chloroforme et en aspirant. Ce moyen satisfait les esprits exacts, et il faut être exact autant que possible dans l'emploi du chloroforme. Il ne faut pas négliger un moyen de *régularisation* quelque petit qu'il soit.

(2) Pour opérer avec facilité, on passe autour du col le cordon qui est attaché au manche immobile du soufflet. Ce soufflet, suspendu le long du corps, est d'une manœuvre facile avec la main gauche; la main droite tient le tube de verre et dirige le siphon. Un peu de manœuvre sur soi-même fera comprendre comment cela doit se faire. Que l'on ne perde pas de vue que le moindre mouvement du soufflet donne immédiatement un résultat.

Il faut s'attacher à bien diriger le jet sur l'espace compris entre le nez et la bouche, et bien *perpendiculairement.* Le *projecteur anesthésique* a deux bouts de rechange, un *courbe* et un *droit*, dont on se sert suivant que le chirurgien qui administre le chloroforme se place de côté ou en face du malade. Le trou par lequel sort le jet doit être petit.

Il n'est pas besoin de dire que cet appareil peut être modifié de toute manière. Celui que je présente est fait avec les matériaux que j'avais sous la main.

(1) Je dirige avec autant d'avantage le jet *à la fin de chaque inspiration*. Il suffit pour cela de toucher à peine le soufflet. Je parle d'une aspiration sur deux pour mieux donner l'idée de la régularisation qui résulte de la méthode d'opérer par *projection*.

(2) On dose bien le médicament, mais on ne dose pas son absorption; on pourrait doser, ou du moins donner le chloroforme toujours au même degré de force en mettant dans une vessie de l'air avec une saturation *donnée*, et en projectant cet air ainsi saturé.

(3) On veut faire à tort interférer la loi dans l'application du chloroforme, là où elle pourrait interférer avec sens, ce serait, lorsque celui qui emploie les anesthésiques ne se serait pas entouré de toutes les précautions propres à faire revenir un anesthésié dont les jours sont menacés. Mais les moyens existent-ils?

Il serait donc plus rationnel de formuler quelque chose de net à ce sujet, que de passer et de faire passer un temps précieux à discourir et à entendre discourir sur le point de savoir si le malade meurt par la tête, par le cœur, par le poumon, ou par le système nerveux, ou par tous ces organes ensemble.

Ces discussions qui montrent plus notre faiblesse qu'autre chose, éclairent sans doute *tant soit peu* la question de savoir ce qu'il y a à faire pour rappeler à la vie un quasi-mort, mais, nous praticiens, nous aimerions mieux voir proclamer tout bonnement et officiellement un ou deux ou trois bons moyens *empiriques* tirés des *faits* observés, et déclarer répréhensibles ceux qui ne seraient pas prêts à les appliquer en cas de malheur. Alors on serait conséquent, raisonnable, on ne tenterait pas de légiférer sur l'inconnu, ce qui est œuvre légère, et le chirurgien opérerait tranquillement et consciencieusement, en prenant les précautions prescrites.

de quatre procédés de *régularisation* (1). Je le présente particulièrement et respectueusement à l'Académie, mais j'en fais hommage, avec reconnaissance, à celui de ses membres qui découvrit et proclama les propriétés bienfaisantes du chloroforme.

Puisse-t-il trouver dans mon travail, qui n'est qu'un humble accessoire de sa grande découverte, un sujet digne de son attention !

(1) Il est un cinquième moyen de *régularisation* que je recommande.

Comme on l'a vu dans une note, je mets toujours la même quantité de chloroforme dans le réservoir au moyen d'une petite seringue graduée. Eh bien, malgré cela, lorsqu'on vient de mettre le chloroforme dans le magasin, le jet est pendant quelques moments plus chargé d'émanations. C'est le moment de tenir le siphon à une distance plus considérable de l'ouverture inhalente. Le chirurgien peut toujours savoir la force du jet sur lui-même. Une toute légère touche sur le soufflet lui permet de *goûter* ce qu'il offre à son malade. Aucun autre moyen ne présente cet avantage qui résulte directement du système de *projection*.

Il est un sixième moyen de *régularisation* que voici : Si le malade ne donne pas la preuve que la sensation qu'il éprouve est trop forte, par un mouvement de tête en arrière ou de côté, c'est une indication que le jet arrive sur l'ouverture inhalente à un degré de concentration convenable. Il ne faut pas perdre de vue que le jet qui sort du *projecteur* reste pendant longtemps au même degré de force et qu'une fois que le chirurgien *anesthésieur* a pris son point, il peut continuer.

Quand on agit de loin, le jet embrasse une grande partie de la figure du patient auquel il est bon alors de faire fermer les yeux. Du reste, comme règle fondamentale, les yeux doivent être toujours fermés pour que le malade ne soit pas distrait par le mouvement des objets qui l'entourent : il ne lui faut de distraction, ni par les yeux, ni par les oreilles, ni par le toucher, l'odorat et le goût doivent être seulement occupés par l'agent anesthésique.

ACTES OFFICIELS.

DÉCRET RELATIF A LA CRÉATION D'UNE ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE A ALGER.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale: Empereur des Français.

A tous présents et à venir, salut:

Sur le rapport de notre Ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes, qui s'est préalablement concerté avec notre Ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre;

Vu les lois du 21 germinal et du 19 ventôse an XI;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840 et 12 mars 1841, relatives aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

Vu le décret du 22 août 1854 sur le régime des établissements d'enseignement supérieur;

Vu le décret du 28 octobre 1854 sur le prix des inscriptions prises dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

Vu les divers règlements sur les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et notamment ceux du 23 décembre 1854 et du 2 avril 1857;

Le Conseil impériale de l'instruction publique entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit:

Art. 1er. Une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie est instituée dans la ville d'Alger.

Le siége de l'Ecole sera établi dans un édifice domanial qui, à cet effet, sera cédé gratuitement à la ville d'Alger, à la charge par elle de pourvoir à l'entretien des bâtiments.

L'hôpital civil et l'hôpital militaire devront concourir au service de la clinique médicale et chirurgicale de ladite Ecole, et mettre à la disposition des élèves toutes les ressources d'instruction qu'offre pour la pratique de l'art de guérir une grande réunion de malades.

Il sera pourvu aux moyens d'exécution conformément aux dispositions qui seront ultérieurement concertées entre les autorités locales et approuvées par le Ministre de l'instruction publique et des cultes.

Art. 2. L'enseignement de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est distribué entre huit professeurs titulaires, de la manière suivante:

Chaire d'anatomie et physiologie;
Chaire de pathologie externe;
Chaire de clinique externe;
Chaire de pathologie interne;
Chaire de clinique interne;
Chaire d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants;
Chaire de chimie et pharmacie;
Chaire d'histoire naturelle médicale et matière médicale.

Quatre professeurs suppléants sont en outre attachés à ladite Ecole.

Un des professeurs titulaires, désigné par le Ministre de l'instruction publique, remplira les fonctions de directeur.

Celles de secrétaire agent comptable sont remplies par le secrétaire de l'Académie d'Alger.

Art. 3. Les traitements du personnel de l'Ecole sont fixés ainsi qu'il suit :

Professeurs titulaires.	2,000 fr.
Professeurs suppléants	1,500
Chef des travaux anatomiques. . . .	1,000
Prosecteur	600
Préparateur	600

Le professeur nommé aux fonctions de directeur jouira, à ce titre, d'un supplément de traitement de 400 francs.

Le secrétaire de l'Académie d'Alger, secrétaire agent comptable de l'Ecole, jouit, à ce titre, d'une indemnité annuelle de 300 francs.

Art. 4. Ainsi qu'il est prescrit par l'ordonnance du 13 octobre 1840, il sera pourvu par la ville d'Alger à toutes les dépenses, soit du personnel, soit du matériel de l'Ecole, dont les recettes propres provenant du prix des inscriptions et du reliquat du prix des examens, prélèvement fait des droits de présence des examinateurs, seront versés dans la caisse municipale.

Toutefois, il sera alloué, en déduction de ces dépenses, sur les fonds du budget local et municipal de l'Algérie :

1° Une somme de dix mille francs une fois payée pour frais de première installation ;

2° Une subvention annuelle de huit mille francs.

L'Ecole sera organisée dès que le conseil municipal d'Alger aura, par une délibération spéciale régulièrement approuvée, voté les crédits nécessaires pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent.

Art. 5. L'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est placée, quant aux sessions d'examen, dans la circonscription de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier.

Art. 6. Les certificats d'aptitude des diplômes délivrés par l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, vaudront pour toute l'étendue de la colonie, sans que ceux qui voudront changer de province soient tenus de subir de nouveaux examens et d'obtenir un nouveau certificat d'aptitude ; mais cette condition sera imposée à ceux qui voudraient exercer dans un département de la métropole.

Art. 7. Les officiers de santé, pharmaciens et sages-femmes de 2e classe reçus par l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger devront faire viser leur diplôme ou certificat d'aptitude à la préfecture de la province où ils entendent exercer leur profession ; en cas de changement de résidence, ils devront obtenir un nouveau visa.

Art. 8. Les indigènes qui auront reçu l'enseignement du degré supérieur dans les écoles arabes françaises, seront admis à l'Ecole préparatoire sur la production d'un certificat d'études visé par l'autorité administrative et sur l'attestation donnée, après examen, par le directeur du Collége impérial arabe-français qu'ils sont en état de suivre les cours.

Le diplôme spécial, délivré en vertu de l'article 21 du décret du 14 mars 1857 aux élèves indigènes du Collége impérial arabe-français, dispensera de toute formalité quant à l'aptitude scolaire.

Art. 9. Les étrangers, chrétiens ou musulmans, seront également admis à l'Ecole préparatoire en justifiant de leur aptitude à suivre les cours. Cette aptitude sera constatée et certifiée par le Recteur de l'Académie d'Alger pour les étrangers chrétiens, et par le directeur du Collége impérial arabe-français pour les étrangers musulmans.

Les titres, délivrés par le jury d'examen de l'Ecole aux élèves étrangers, ne seront valables, pour l'Algérie, qu'en vertu d'une autorisation spéciale du Ministre de la guerre.

Art. 10. Celles des dispositions, des ordonnances et décrets visés en tête du présent, auxquelles il n'est pas dérogé, sont rendues exécutoires en Algérie et applicables à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

Art. 11. Nos Ministres secrétaires d'État de l'instruction publique et des cultes et de la guerre, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 4 août 1857.

Par l'Empereur : NAPOLÉON.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, ROULAND.

—

ARRÊTÉS DU MINISTRE.

INSTRUCTION SECONDAIRE.

Règlement pour la distribution des prix du concours général de l'année 1857.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Arrête :

Art. 1er. La distribution des prix du concours général sera faite le lundi 10 août 1857, à midi, au chef-lieu de l'Académie de Paris, par le Ministre de l'instruction publique et des cultes.

Art. 2. Les personnes invitées à la cérémonie prendront séance dans l'ordre suivant:

Les élèves des lycées et des colléges particuliers, qui auront été désignés par les proviseurs parmi ceux qui ont concouru, conduits par les censeurs et leurs maîtres répétiteurs, entreront à dix heures et demie par la porte la plus voisine de l'église de la Sorbonne; ils seront placés au centre de l'amphithéâtre.

Les proviseurs des lycées, les directeurs des colléges particuliers et les profeseurs entreront à onze heures, par la même porte, et occuperont les places qui leur seront particulièrement réservées.

Les chefs des établissements particuliers devront se joindre aux fonctionnaires des lycées dont les cours sont suivis par leurs élèves.

Les Facultés, conduites par leurs doyens et précédées de leurs masses, entreront, à onze heures et demie, par la porte indiquée ci-dessus.

L'orateur aura sa tribune à la droite de l'estrade occupée par le Ministre.

Tous les fonctionnaires du corps enseignant seront en grand costume et avec les insignes de leur grade.

Art. 3. A midi précis, le Conseil départemental de la Seine, le Conseil académique de Paris, les inspecteurs généraux de l'instruction publique, le Conseil impérial et le Ministre entreront dans la salle.

Art. 4. Le Ministre ayant pris place, l'orateur prononcera son discours.

Le vice-président du Conseil impérial de l'instruction publique proclamera les trois prix d'honneur.

Les autres prix seront proclamés par un membre du Conseil académique.

L'élève appelé recevra la couronne des mains du Ministre et les livres des mains du secrétaire du Conseil impérial de l'instruction publique.

Art 5. Le vice-président du Conseil impérial siégera à la droite du Ministre; le secrétaire à sa gauche.

Les deux premiers bancs de l'enceinte, à droite et à gauche, seront réservés aux inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, de l'enseignement secondaire, de l'enseignement primaire, et aux chefs de division du ministère de l'instruction publique.

Les deux premiers bancs, au centre, seront occupés par le conseil académique de Paris et le conseil départemental de la Seine.

Immédiatement après, et dans la même partie de l'amphithéâtre, seront placées les Facultés de théologie, de droit, de médecine, des sciences et des lettres, et l'École supérieure de pharmacie.

Le public sera placé dans les deux tribunes du sud et dans les deux tribunes du nord.

Il sera réservé, dans les travées du sud et du nord, des places particulières pour l'Institut et pour les autorités.

Art. 6. Les places, les entrées et les heures seront indiquées sur des billets qui seront différents de couleur et de forme.

Deux inspecteurs de l'Académie de Paris, désignés par le Ministre, se rendront dans la salle dès le matin, placeront les gardes, les huissiers et les maîtres des cérémonies.

Les huissiers et les maîtres des cérémonies s'informeront de la qualité de chaque corps et des personnes invitées, et les conduiront aux places qui leur auront été assignées.

Fait à Paris, le 3 août 1857. ROULAND.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Tous les amis de la science ont appris avec douleur la mort du prince Charles Bonaparte, et plusieurs nous ont adressé des notices où ils rendent un juste tribut d'éloges à la mémoire de ce savant passionné. Le développement de ces notices nous en interdisait la publication, mais nos lecteurs liront avec intérêt les quelques lignes dans lesquelles notre ami, M. le docteur Pucherand, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, a su résumer les titres du prince Charles à l'estime de tous les savants. — H. DE C.

La vie à peu près tout entière du prince Charles Bonaparte a été vouée à la zoologie. Depuis 1822, époque de ses premières recherches, il n'a cessé (à un court intervalle près) soit aux Etats-Unis, soit en Europe, de consacrer tous ses instants à la science. Possesseur d'une grande fortune, il l'a constamment mise au service de ses travaux. C'est à ses frais qu'il a publié les quatre volumes de son *Ornithologie américaine* et sa *Faune italienne,* dont il a dirigé et surveillé lui-même l'impression. Ces deux ouvrages sont accompagnés de planches.

Depuis qu'il avait quitté Rome, il s'était occupé d'ornithologie d'une manière spéciale, ce qui l'a fait considérer par beaucoup de savants seulement comme ornithologiste distingué; mais toute la zoologie des vertébrés lui était familière, et il connaissait d'une manière aussi approfondie qu'aucun de nos savants spéciaux, les mammifères, les reptiles et les poissons.

Très-heureusement doué du côté de la mémoire, son érudition était très-étendue et très-sûre.

Le prince Charles était un homme essentiellement bon et serviable. L'ardeur fougueuse qu'il portait dans ses travaux auxquels il consacrait, souvent sans ménagement, un temps que d'autres donnent au repos ou aux plaisirs, se reflétait malheureusement dans ses relations scientifiques; aussi était-il regardé par beaucoup de personnes comme violent et haineux; mais cette méchanceté apparente s'épuisait toujours en paroles, parfois acerbes, il est vrai, mais dont il était loin de calculer la portée. Homme de la première inspiration, jamais une idée malfaisante ne s'arrêta dans son esprit, ni un sentiment de haine dans son cœur. Sa parole était sûre, et jamais il ne trahit seulement une promesse.

En perdant le prince Charles, la science a été privée d'un de ses adeptes les plus sincères, les plus fervents. Etant encore dans la force de l'âge, puissamment favorisé par une rare aptitude au travail, il lui eut sans nul doute rendu encore d'éminents services. — La Providence ne l'a point permis; mais il a assez fait pour que, avec tous ceux qui l'ont connu et apprécié, nous puissions dire avec vérité et justice : Son nom est à jamais inséparable de l'histoire de la zoologie contemporaine. — Dr PUCHERAND.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'amidon du marron d'inde et des fécules amylacées d'autres substances végétales non alimentaires aux points de vue économique, chimique, agricole et technique, par Ad. THIBIERGE et le docteur REMILLY. — 2e édition (1857). — Un vol. in-18 avec planches gravées. — Paris, chez Victor MASSON. — Prix : 2 fr. 50 c.

Recherches sur les causes et les indications curatives des Maladies nerveuses, par le docteur O. LANDRY. — Brochure in-8° de 136 pages. Prix : 3 fr. 50 c. — Au bureau du Journal.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 97. 5e année. Jeudi 13 Août 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 12 août 1857.

Second cas de mort par l'amylène,

Par John Snow.

Pour la seconde fois, M. Snow vient de voir mourir entre ses mains un malade qu'il avait soumis aux inhalations d'amylène. Quand nous avons publié le premier cas de mort, nous nous sommes abstenu de toute réflexion sur les remarques quelquefois un peu étranges dont M. Snow faisait suivre son observation. La même réserve ne nous semble pas possible aujourd'hui. Dans la bouche d'un chirurgien moins autorisé sur la matière, de pures assertions passeraient sans doute inaperçues, mais dites par M. Snow, elles peuvent avoir des dangers, ne fût-ce qu'en donnant un mauvais exemple sur la manière d'interpréter les faits ou de conclure en matière scientifique. Nous nous bornerons, d'ailleurs, aux principales des assertions hasardées de M. Snow. Le temps nous manquerait pour les signaler toutes aujourd'hui.

Disons d'abord que les regrets exprimés par M. Snow à propos d'un événement aussi déplorable sont un peu modérés; nous nous plaisons à croire que ses expressions ne rendent pas tout ce qu'il a éprouvé en voyant un homme expirer entre ses mains et par le fait de l'opérateur, mais nous aurions désiré que ces sentiments se fussent reflétés davantage dans le langage de M. Snow.

Nous regretterons ensuite que M. Snow ne se soit pas efforcé de donner à ses propositions toute la clarté désirable; plusieurs d'entre elles doivent être interprétées plutôt qu'elles ne peuvent être comprises; ce qui est déjà un inconvénient grave pour le simple lecteur, à plus forte raison pour le lecteur critique.

Ces deux observations préalables posées, arrivons au fond des questions tranchées plutôt que résolues par M. Snow.

PREMIÈRE QUESTION. — *Mécanisme ou cause théorique de la mort.* — M. Snow croit que la mort est survenue par la suspension des battements du cœur, et non par la cessation de la respiration; il semble fonder cette opinion : 1° sur ce que la respiration a continué longtemps après que les battements du cœur avaient cessé; 2° sur ce que le cerveau n'a été que partiellement influencé par l'agent anesthésique et que l'action fatale de cet agent s'est *sans aucun doute* exercée sur les nerfs du cœur.

Le premier motif ne nous paraît pas suffisamment fondé : M. Snow dit bien avoir constaté l'absence du pouls et au moins la faiblesse extrême des battements du cœur, alors que la respiration s'exécutait encore, et qu'on entendait même le murmure vésiculaire à peu près comme à l'état normal. Malgré tout le crédit que nous sommes disposé à accorder aux constatations de M. Snow, nous avons peine à croire que les battements du cœur puissent être suspendus lorsque le murmure vésiculaire s'entend comme à l'état normal; les expériences physiologiques connues n'autorisent guère une telle opinion; peut-être y avait-il quelque obstacle à ce que les bruits du cœur pussent être entendus; M. Snow n'a rien fait pour nous éclairer à cet égard; peut-être aussi, les contractions et les bruits du cœur étaient-ils très-faibles, mais entre la faiblesse des bruits et la cessation complète de l'action du cœur, il y a un abîme, et l'on s'expose à la plus grave des erreurs en concluant de la première à la seconde. — Quant à la *certitude* que croit avoir M. Snow que l'agent anesthésique n'a affecté que *partiellement* le cerveau et s'est porté sur les nerfs du cœur, on a quelque peine à comprendre comment M. Snow entend la première partie de sa proposition, et comment il prouverait la seconde. Concevoir que le cerveau puisse être *partiellement* atteint par un corps essentiellement volatil, qui arrive à l'organe par l'intermédiaire du fluide sanguin, nous paraît impossible, et démontrer que cet agent, si volatil, se porte spécialement sur les nerfs du cœur, ne nous paraît pas plus facile; en tous cas, M. Snow n'a rien fait pour tenter une pareille démonstration, tandis qu'il n'ignore pas, sans doute, que les expériences de tous les physiologistes tendent à prouver que c'est par leur action sur la moelle allongée que les anesthésiques tuent. Il ne suffit pas d'opposer à ces expériences des jeux de l'imagination, et M. Snow ne fait guère autre chose.

(*Le temps manquant pour la composition de cette appréciation, nous en remettons la fin au prochain numéro.*)

—

Je regrette beaucoup d'avoir à exposer les détails d'un nouveau cas de mort par l'amylène, survenu jeudi dernier 30 juillet, à l'hôpital Saint-Georges, chez un individu sur lequel M. César Hawkins a

pratiqué l'ablation d'une petite épithéliale située sur le dos. Le malade était un tailleur, âgé de 24 ans, petit et bien musclé, qui était déjà à l'hôpital depuis plusieurs mois, et avait déjà subi l'enlèvement de trois tumeurs semblables, à l'aide de trois opérations faites pendant l'anesthésie chloroformique.

L'inhalation de l'amylène se fit sans aucune difficulté. Au bout de deux minutes environ, le patient perdit connaissance; une minute plus tard, la sensibilité du bord des paupières était un peu diminuée et je dis à M. Hawkins qu'il pouvait pratiquer l'opération. A cet effet, le patient, qui avait été couché par le côté sur une table, fut tourné un peu plus du côté de la face, ou du moins, on essayait de le tourner quand il partit d'un éclat de rire comme par une sorte d'excitation hystérique, pendant laquelle on le maintint difficilement sur la table, et qui dura environ une minute. Rien ne fut fait pendant cette excitation. Après qu'elle eut diminué, j'administrai un peu plus d'amylène, quoique le malade n'eût pas recouvré sa connaissance, et M. Hawkins procéda à l'opération qui, je crois, ne dura pas plus de deux minutes. Pendant l'opération, le malade était tourné sur sa face. Il s'appuyait, je pense, principalement sur les genoux et les coudes. Il balbutiait des mots incohérents et faisait de légères tentatives pour se lever; il fut cependant maintenu avec facilité. Je lui fis faire de temps en temps, pendant l'opération, une ou deux inspirations d'amylène, dans le but de prévenir un réveil prématuré; pour faciliter les inspirations, je lui tournai la tête un peu de côté, et j'élevai la face un peu au dessus de la table (1). Je pensai que le patient n'exigeait pas une plus forte dose d'amylène, et je m'attendais à ce qu'il donnerait les signes du retour de la connaissance et de la sensibilité dès que M. Hawkins aurait lié la suture qu'il était en train d'effectuer; mais, au lieu de cela, les membres se relâchèrent, et la respiration, quoique assez libre, devint stertoreuse.

Cet état est assez commun dans l'anesthésie chloroformique, et n'inspire aucune crainte; mais je sentais (*ifelt*) qu'il ne devait pas se rencontrer dans l'usage de l'amylène, surtout quand les inspirations étaient suspendues. En conséquence je cherchai aussitôt le pouls au poignet, et je ne parvins à le percevoir qu'avec beaucoup de difficulté, si même je le perçus. *Je parlai* à M. Hawkins, et nous retournâmes immédiatement le malade sur le dos. Sa face était déjà livide et sa respiration très-difficile. L'insufflation *des poumons* fut pratiquée de bouche à bouche, et entre les insufflations, il y avait des inspirations spontanées, pendant lesquelles l'air semblait entrer librement dans les poumons. En une minute, les lèvres reprirent leur couleur naturelle, et le malade sembla revenir à lui. Le pouls, toutefois, ne put être perçu au poignet. Personne, dans ce moment, n'ausculta la poitrine, dans la crainte d'interrompre le cours de la respiration artificielle. Après deux ou trois minutes, la *méthode* de respiration artificielle du docteur Marshall-Hall fut substituée à l'insufflation, et elle fut continuée *très-parfaitement* par le chirurgien interne et par d'autres, pendant une heure et demie, à l'exception d'une ou deux interruptions qui seront mentionnées. Pendant trois quarts d'heure [*de ce temps*], il y eut des inspirations spontanées pendant lesquelles l'air entrait dans les poumons, en addition à celui qui entrait pendant la respiration artificielle. Vingt minutes après l'accident, la respiration artificielle fut suspendue pendant un quart de minute pour me permettre d'écouter la poitrine. Je *crus* entendre le cœur battre régulièrement, mais très-faiblement, et certainement il y avait un *bon* murmure vésiculaire, et l'air semblait entrer librement dans les poumons, dans les inspirations spontanées du patient, presque aussi librement que dans l'état de santé.

Au bout de trois quarts d'heure, avec la permission de M. Hawkins, j'introduisis deux *épingles à bec-de-lièvre*, qui avaient été mises en communication avec une batterie électro-magnétique, dans l'intention de pratiquer la galvano-puncture du cœur. Les *aiguilles* furent enfoncées à la profondeur d'un pouce et demi environ, entre les cartilages des côtes, juste au niveau du bord gauche du sternum et à la hauteur du mamelon; on trouva plus tard qu'elles avaient pénétré les parois du ventricule gauche près de la cloison, mais sans atteindre dans la cavité. Il y eut une contraction vibratoire (*quivering*) du muscle pectoral, au moment où l'on enfonça les aiguilles, mais aucun effet ne fut produit sur le cœur. Les aiguilles *doivent probablement* avoir été entourées, jusqu'à leur pointe, d'une substance non conductrice. Il n'y eut, dès ce moment, aucun effort d'inspiration; mais ce n'est probablement qu'une coïncidence. — La batterie électro-magnétique avait été mise en usage au commencement du traitement, au moyen d'éponges mouillées appliquées de chaque côté de la poitrine, mais elle n'avait produit aucun effet.

L'examen cadavérique fut fait le jour suivant par M. Holmes, conservateur du musée de l'hôpital. Il s'écoula en abondance du sang noir des cavités droites du cœur; les cavités gauches ne contenaient qu'une petite quantité de sang. Le cœur était pâle et légèrement friable; mais l'examen microscopique ne permit pas à M. Holmes d'y découvrir la moindre trace de dégénérescence graisseuse. Les poumons étaient modérément injectés et contenaient plusieurs petites tumeurs épithéliales semblables à celles enlevées sur le dos. Il y avait un kyste dans l'un des reins; mais sauf ces exceptions, les organes étaient dans l'état sain. Les vaisseaux du cerveau n'étaient point distendus, et l'organe lui-même était moins vasculaire que d'habitude dans les cas de mort subite. Il ne s'exhala du cadavre aucune odeur d'amylène.

Remarques de M. Snow. — Dans le cas qui précède comme dans celui que j'ai publié au mois d'avril dernier (voir *Monit. des Hôp.*, 23 avril 1857), les accidents ont évidemment commencé par le cœur. C'est ce qui a eu lieu aussi, je crois, dans tous les cas de mort par le chloroforme dont on a bien recueilli toutes les circonstances. M. Devergie a exprimé à l'Académie de Médecine de Paris, que le premier cas de mort par l'amylène avait été causé en grande partie par une véritable asphyxie, en prenant ce mot dans son acception moderne. C'est là une erreur venant probablement de ce que M. Devergie n'a vu aucune relation originale du fait. Il n'y avait aucune cause d'asphyxie, soit interne, soit externe; le malade respira bien jusqu'après le moment où son cœur cessa de battre, du moins d'une manière non douteuse. La soupape, qui était close, changeait seulement la direction, mais non le volume de la colonne d'air. En un mot, le patient recevait autant d'air qu'il pouvait en passer dans un tube deux fois aussi large que sa glotte.

Dès les premiers phénomènes de l'accident, je conservai à peine de l'espoir pour le malade; car je sentais que si la respiration artificielle pouvait conjurer l'accident, sa propre respiration y aurait remédié avant même qu'on ne l'eût aperçu. De ce qui a été publié sur le pouls, qui disparaît et reparaît alternativement pendant l'inhalation de chloroforme, il est probable que plusieurs accidents ont eu lieu, dans lesquels le cœur a été presque paralysé et où les malades se sont remis eux-mêmes sans attirer autrement l'attention. Le temps pendant lequel le malade continua à respirer, dans le cas précédent, est très-remarquable. Je crois que le cerveau ne fut jamais que partiellement sous l'influence de l'amylène, et que l'action fatale de cet agent s'est indubitablement portée sur les nerfs du cœur.

A la suite du premier accident que j'ai observé, je diminuai graduellement de plus de moitié la surface d'évaporation de l'inhalateur, et dans les 90 cas où j'ai ultérieurement administré l'amylène (depuis la seconde moitié d'avril jusqu'au fait que je viens de rapporter ici), je n'ai jamais vu le moindre malaise se produire sous l'influence de cet agent. Tandis que j'avais été assez heureux pour éviter tous les accidents par le chloroforme, je l'ai été beaucoup moins avec l'amylène. Je ne pense pas cependant que l'on puisse encore prouver avec évidence quel est de ces deux agents le moins dangereux, dans les cas où ils sont généralement employés. M. Giraldès, de Paris, qui était présent quand l'accident rapporté ci-dessus s'est produit, a employé cent fois l'amylène chez les enfants, et j'ai été informé par plusieurs confrères qui ont récemment visité le continent, que

(1) Moins d'une once d'amylène avait été pris, et tout n'avait pas été employé.

l'amylène est employé sur une large échelle dans les hôpitaux publics; cependant, aucun cas de mort résultant de son emploi n'a été encore observé à l'étranger, quoique un pareil accident ait été observé très-peu de temps après l'introduction du chloroforme. Je crois que l'amylène, employé à l'aide d'un mouchoir ou d'une éponge, serait toujours plus sûr que le chloroforme, à cause du froid plus grand produit pendant son évaporation; mais je l'ai rarement employé ainsi, car je ne croyais pas qu'il pût agir alors d'une manière régulière et certaine, or, tout doute à cet égard aurait, à mes yeux, contrebalancé ses autres avantages.

Quant à la position du malade, j'ai donné plusieurs fois l'amylène, et très-souvent même du chloroforme, à des malades placés sur la table la face en bas, sans en voir résulter d'effets fâcheux; et je ne vois pas comment cette position peut contrarier l'action du cœur.

Si je voulais attribuer l'accident à quelque idiosyncrasie, je trouverais beaucoup d'hommes de l'art disposés à être de mon avis; mais je crois volontiers que le malade a fait une ou deux inspirations *un peu plus énergiques que je ne l'aurais voulu, alors que je m'efforçais de les régulariser.* En effet, j'ai déterminé en principe que l'air respiré ne doit pas contenir plus de 15 pour cent environ de vapeur d'amylène, et j'employais, pour arriver à ce but, les mêmes moyens que ceux que je mettais en œuvre pour limiter à 5 pour cent la vapeur de chloroforme. Bien que ce procédé ait suffisamment réussi avec le chloroforme, je n'en conclus pas qu'il soit assez exact pour prouver que le patient dont j'ai rapporté le cas fût une exception aux règles habituelles qui régissent l'action de l'amylène. Je persiste à croire que si l'amylène était administrée en quantité déterminée, dans un ballon ou un vase de capacité connue, il n'arriverait aucun accident, à moins qu'on ait mal mesuré la dose; mais j'avais tout lieu d'espérer que le procédé qui avait si bien réussi avec le chloroforme réussirait bien avec l'amylène, et qu'il n'était guère utile d'introduire, pour le nouvel anesthésique, un mode d'administration difficile et embarrassant, quand cela n'était point nécessaire pour l'anesthésique habituellement employé.

M. Tourdes (de Strasbourg) est arrivé à cette conclusion: que l'amylène ne pouvait point entraîner d'accident, parce qu'il est possible d'en prolonger indéfiniment l'administration chez les animaux sans résultat fâcheux, tandis que l'emploi continu de l'éther ou du chloroforme cause la mort. Ces conclusions seraient exactes si les accidents résultaient de l'administration trop prolongée des agents, et non de leur action instantanée. Quand on donne l'éther sulfureux, on donne une vapeur sept ou huit fois aussi forte qu'il faudrait pour tuer, si on continuait pendant une heure ou deux; en administrant le chloroforme, on administre une vapeur deux fois aussi forte que celle qui entraînerait la même terminaison, si on en continuait l'action; mais quand on donne la vapeur d'amylène, on doit, pour être à l'abri de tout accident, la donner d'une force telle qu'elle ne puisse produire aucun effet fâcheux par son administration prolongée. D'après mes calculs, le malade doit absorber huit *minims* d'éther par chaque cuillerée de son sang pour être anesthésié, tandis que l'absorption de deux tiers de *minim* de chloroforme ou d'un dixième de *minim* d'amylène, pour une même quantité de sang, suffit à produire ce résultat. Cette circonstance permettrait d'expliquer comment les accidents instantanés peuvent survenir avec ces deux derniers agents plus facilement qu'avec le premier.

(*Med. Times and Gaz.*, août 1857.)

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Plaies pénétrantes du crâne et de l'abdomen.

(Suite et fin. Voir le n° 96.)

Obs. II. — *Plaie pénétrante de l'abdomen. — Hernie de l'épiploon laissé à demeure dans la plaie. — Guérison par tamponnement épiploïque.* — Le nommé Rey (Henri), apprenti tourneur, âgé de 18 ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 12 mars 1857, dans le service de M. Jobert, il venait d'être frappé d'un coup de couteau d'emballeur, et présentait une plaie pénétrante avec issue de l'épiploon au côté droit de l'abdomen. Cette plaie était située à la jonction des régions hypogastrique et ombilicale. Elle était à une distance de 5 centimètres 1/2 de la ligne blanche, de 8 centimètres 1/2 de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit, et, enfin, à 6 centimètres 1/2 de l'ombilic. Elle avait 24 millimètres de longueur.

L'épiploon était sorti dans une étendue de 2 centimètres 1/2. Sa circonférence était d'environ 6 centimètres au niveau des bords de l'incision. Il était gorgé de sang, et cependant il était mou, comme cotonneux, et la circulation, tout en y persistant, était évidemment gênée.

Il n'existait, chez le malade, aucun trouble fonctionnel général ni aucun signe d'étranglement.

M. Jobert essaye d'abord un taxis méthodique et une compression régulière; mais ces tentatives étant insuffisantes, il ne fait pas d'efforts plus considérables de réduction, et se borne, en conséquence, à recouvrir la tumeur d'un linge troué, enduit de cérat, à appliquer des compresses d'eau froide et à soutenir le tout avec un bandage doucement compressif. En outre, comme le malade est fort, il est saigné et soumis à un régime sévère; des boissons légèrement laxatives et délayantes sont administrées afin d'éviter les efforts de la défécation; les membres inférieurs sont mis dans la demi-flexion pour qu'aucun tiraillement ne soit exercé sur le ventre.

M. Jobert a exposé, dans sa leçon clinique, les raisons qui ont réglé sa conduite en de pareilles circonstances, et le résultat a pleinement confirmé ce qu'il a avancé. En effet, M. Jobert professe que:

1° Les efforts de taxis souvent renouvelés et des pressions exercées pendant trop longtemps sur l'épiploon, produisent inévitablement son inflammation, et si dans de pareilles conditions on le réduit dans la cavité abdominale, il provoque l'inflammation des parties environnantes, d'où il peut s'ensuivre une péritonite diffuse; et M. Jobert rapporte, à ce sujet, plusieurs observations confirmatives. Aussi n'hésite-t-il pas à déclarer que des péritonites diffuses ont été souvent la conséquence de la réduction de l'épiploon après les opérations de hernies étranglées. Tout, suivant lui, concourt à produire un aussi fâcheux résultat: le travail inflammatoire de l'épiploon, les changements de température, et enfin les modifications nouvelles qu'a subies l'épiploon, et qui en font un corps étranger.

2° Les plaies pénétrantes de l'abdomen qui ont de certaines dimensions exposent après la guérison à des hernies consécutives, et cela d'autant plus sûrement qu'on a été obligé de débrider et d'agrandir la plaie pour opérer la réduction. M. Jobert insiste donc sur la nécessité, dans l'occasion actuelle, de ne point agrandir la plaie pour faire rentrer l'épiploon, et il se décide à laisser l'épiploon à l'extérieur, parce que, suivant lui, le travail d'irritation sera limité, parce que l'épiploon se confondra avec le trajet de la plaie, et enfin, parce qu'il formera un tampon qui préviendra toute hernie consécutive. A l'appui de son opinion, M. Jobert cite encore des faits prouvant que, à la suite des hernies et des plaies abdominales, le séjour de l'épiploon n'avait été accompagné que d'un travail adhésif, et qu'un plein succès avait

couronné cette pratique, puisque aucune trace de hernie n'avait persisté après la cicatrisation.

D'un autre côté, M. Jobert rapporte des expériences qui ont été faites sur les animaux, et qui ne laissent aucun doute sur les résultats obtenus et sur la conduite à tenir en de pareilles circonstances.

Pendant les trois premiers jours, on a donc fait usage des réfrigérants, et c'est à dater du quatrième qu'on leur a substitué le linge cératé et de la charpie. De temps en temps, la surface de la plaie et de l'épiploon était arrosée avec une décoction aromatique. Par l'emploi de ce moyen, le travail inflammatoire a été entièrement limité à l'extérieur, et la suppuration a été, par conséquent, très-peu considérable. Le malade a pu être alimenté sans inconvénient.

Jusqu'au 23 mars, il ne s'est déclaré aucun accident, et à cette époque, il est survenu seulement un peu de fièvre, qui n'a duré que deux jours.

Rien de nouveau ne s'est manifesté chez le malade, et son état général s'est maintenu bon jusqu'à sa sortie.

Jusqu'au 19 août, le traitement local a été le même, c'est-à-dire qu'un pansement à plat a été régulièrement fait avec un linge troué, cératé, et de la charpie trempée dans de la décoction aromatique.

Peu à peu, l'épiploon s'est affaissé, s'est pelotonné de manière à représenter une tête de clou aplati au devant de la plaie des parois de l'abdomen.

Dans le courant du traitement, des cautérisations ont été faites avec le nitrate d'argent, afin de détruire peu à peu la petite tumeur que représentait l'épiploon complétement adhérent à tout le trajet parcouru par le couteau.

Le 19 avril, l'épiploon était à peu près de niveau avec les téguments et se continuait avec eux à sa circonférence; mais à son centre, il formait cependant une petite saillie; il était d'ailleurs complétement recouvert d'une cicatrice rosée.

Le 22 avril, jour de la sortie du malade, on pouvait constater que pendant les efforts, la station, rien ne se présentait dans le trajet de la plaie qui était occupé par l'épiploon intimement adhérent aux lèvres de la plaie. En saisissant avec les doigts la peau où se trouvait le tampon épiploïque, on pouvait reconnaître la situation de l'épiploon dans tout le trajet de la plaie.

Evidemment, il n'existait aucun intervalle entre la plaie et l'épiploon, qui s'était tout à fait identifié avec elle dans toute son étendue. L'adhérence des téguments était, par conséquent, limitée à l'épiploon qui avait une forme cylindrique dans tout le trajet qu'il parcourait.

PHYSIOLOGIE.

Observation d'un développement incomplet chez une fille de dix-neuf ans et demi,

Par M. Baillarger.

Caroline J.... est née à Melun, de parents sains et bien conformés; elle est la dernière de huit enfants; aucun de ses frères et sœurs n'a présenté d'anomalie d'organisation. Cette fille, à sa naissance, n'offrit elle-même rien de particulier, si ce n'est qu'elle était plus petite que ne le sont ordinairement les enfants nés à terme. Le développement ne s'est fait chez elle que très-lentement et très-incomplétement.

Aujourd'hui, quoique Caroline J.... ait près de 20 ans, sa taille n'est que de 80 centimètres.

Jusqu'à l'âge de 17 ans on a cru que cette fille resterait muette. C'est alors seulement qu'elle a commencé, au grand étonnement de sa mère, à bégayer quelques mots. Maintenant elle peut demander d'une manière distincte un certain nombre d'objets; sa prononciation ressemble à celle des très-jeunes enfants; le plus souvent elle ne dit que la dernière ou les deux dernières syllabes des mots; par exemple, elle prononce *tuture* pour voiture, *lilie* pour Julie. Caroline J.... est d'ailleurs douce, affectueuse, elle recherche la société des petits enfants, aime les joujoux, et sa principale occupation consiste à coudre très-imparfaitement des robes pour sa poupée.

Cette fille a commencé à marcher à trois ans et demi; sa démarche est restée lourde, pesante, saccadée, et telle qu'on l'observe chez beaucoup de crétins.

A part l'absence de développement, Caroline J.... est d'ailleurs un exemple assez rare de crétinisme sporadique. Elle a, en effet, la tête un peu grosse, les yeux écartés et très-recouverts par les paupières supérieures; le nez est écrasé, la bouche grande, les lèvres grosses, la langue épaisse, etc. Les chairs sont molles, le ventre proéminent, l'ombilic très-rapproché du pubis.

La première dentition s'est faite assez régulièrement, mais peu à peu les dents sont toutes tombées par fragment. La seconde dentition paraît à peine commencée et tout semble prouver qu'elle ne se fera que d'une manière très-incomplète ou même qu'elle n'aura pas lieu du tout.

Il est inutile de dire qu'il n'y a chez Caroline J.... aucun signe de puberté.

La santé physique, qui avait été assez bonne, s'altère depuis quelques années et surtout depuis trois mois. L'alimentation est devenue irrégulière et insuffisante.

Cette fille a d'ailleurs offert vers l'âge de 12 ans quelques signes de rachitisme. Depuis un an, ces signes sont devenus plus tranchés, et il existe aujourd'hui une déviation très-prononcée de la colonne vertébrale.

Je ne dois pas oublier de mentionner un détail qui a quelque importance. La fontanelle antérieure du crâne ne s'est fermée que tardivement, et on constate à la place qu'elle occupait une dépression très-marquée.

L'observation de Caroline J.... me paraît l'une des plus curieuses parmi celles du même genre qui ont été citées jusqu'ici. La lenteur de l'accroissement est en effet portée dans ce cas à sa plus extrême limite. Cette particularité de l'apparition de la parole à 17 ans et demi est surtout remarquable. Elle suffit pour montrer toute la différence qui existe entre ces observations et celles dans lesquelles une maladie arrête brusquement et d'une manière absolue, le développement de tel ou tel organe.

Il reste ici, au contraire, une tendance continuelle à l'accroissement conçu dans l'état normal, mais l'impulsion est si faible qu'on pourrait croire pendant d'assez longs intervalles à un arrêt complet. Ce qu'il faut voir dans les cas de ce genre, c'est une certaine faiblesse, une certaine inertie du germe. Ces êtres meurent au milieu des efforts impuissants que fait la nature pour un développement complet, développement qu'ils ne peuvent jamais atteindre.

Peut-être pourrait-on les désigner par la dénomination d'*asthénogènes* (génération sans force) qui indique bien la cause première de cet état, c'est-à-dire l'impuissance du germe pour arriver jusqu'au terme de son évolution.

L'asthénogénie comprendrait ainsi, quelles que soient d'ailleurs les différences accessoires, tous les cas de développement incomplet physique et moral. — Elle serait nettement séparée de l'imbécillité et de l'idiotisme dans lesquelles il y a seulement développement incomplet des facultés intellectuelles et morales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 *août* 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Cinq rapports définitifs touchant les épidémies qui ont régné en 1856 et 1857, dans les communes de Villers-l'Hôpital, Pierremont, Humerenil, Beauvois et Eclimeux. (Commission des épidémies.)

— Rapport de M. le docteur CARRIÈRE, médecin des épidémies, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Cazouls (Hérault).

— Rapport de M. le docteur MEYNIOL, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Aurillac, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Leucamp. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Note sur la constatation du sucre dans l'urine des diabètes, par M. Henri LESPIAU, médecin aide-major au 5e chasseur. (Comm. : MM. Ségalas et Bouchardat.)

— Pli cacheté concernant un traitement spécifique de la cholérine et du choléra, par M. le docteur SÉMANAS, de Lyon. (Accepté.)

— Deux lettres de M. MATHIEU, fabricant d'instruments de chirurgie, relatives, la première, à un nouvel appareil à cautère actuel (comm. : M. Jobert, de Lamballe, rapporteur); la seconde, à la réclamation de priorité élevée par M. Pouillien, au sujet de l'irrigateur vaginal à double courant.

Hommage. — M. GIBERT fait hommage à l'Académie, au nom de M. Bayle, du second volume de son *Traité de pathologie interne.*

RAPPORTS.

M. ROBINET lit une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions négatives sont adoptées par l'Académie.

Hommage.—M. CLOQUET présente à l'Académie un travail de M. le docteur Devilliers, médecin du chemin de fer de Lyon, intitulé : *Recherches statistiques et scientifiques sur les maladies des diverses professions du chemin de fer de Lyon.*

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'histoire naturelle et de thérapeutique.— La Commisssion présente une liste de candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne. . . .	M. MOQUIN-TANDON.
En deuxième ligne. . . .	M. GUBLER.
En troisième ligne. . . .	M. RÉVEIL.

Sur 60 votants, les voix se répartissent de la façon suivante :

MM. MOQUIN-TANDON. . .	45 voix.
GUBLER.	10
RÉVEIL.	2
Bulletins blancs. . . .	3

M. Moquin-Tandon ayant réuni la majorité des suffrages, est nommé membre de l'Académie, sauf approbation de l'Empereur.

Obstétrique. — M. le docteur Félix HATTIN donne lecture d'un *Mémoire relatif à l'emploi du forceps avec introduction d'une seule main.*

La méthode de M. Hattin a pour caractères essentiels : 1° le choix tout facultatif de la main à introduire et de la branche à placer en premier; 2° l'introduction totale de cette main donnée comme précepte obligatoire, quand on opère au-dessus ou au niveau du détroit supérieur et même dans l'excavation pelvienne; 3° et enfin l'emploi de cette seule et même main pour guider successivement les deux branches du forceps.

Ces propositions avaient déjà été formulées par l'auteur, dans un mémoire présenté à l'Académie de Médecine au mois de septembre 1851.

Ce nouveau mode opératoire, vivement recommandé par M. Chailly-Honoré, rapporteur de la Commission, fut attaqué par d'autres membres de l'Académie, et entre autres par M. le professeur Paul Dubois.

Dans ce nouveau travail, l'auteur discute successivement les diverses objections faites à son procédé, et il cherche à le défendre contre les modifications qui, sous prétexte de perfectionnement, en altéreraient la simplicité.

« L'accoucheur, dit M. Hattin, trouve dans le choix facultatif de la main un soulagement pour sa mémoire, une commodité plus grande pour sa manœuvre, une économie de temps, quelques chances de succès de plus, quelques anxiétés de moins pour la patiente, et, pour lui-même, l'affranchissement des perplexités d'un choix à faire, surtout quand ces perplexités naissent des *desiderata* d'un diagnostic incertain.

« L'introduction de la main tout entière donne à l'application du forceps une facilité et surtout une sécurité qu'on ne saurait obtenir avec le procédé ordinaire. Avec cette méthode, plus de tâtonnements, plus de fausses routes, tout devient clair et précis ; position de la tête, engagement simple ou multiple, conformation du bassin, tumeurs anormales, rapidité ou inertie des parties maternelles, tous ces différents points d'interrogation sont éclairés avec une certitude mathématique.

« L'emploi d'une seule et même main rend l'application du forceps plus sûre et plus régulière, et le placement de la seconde branche presque aussi facile que celui de la première. Dans le procédé de l'auteur, la première branche étant placée et maintenue, la main introduite n'abandonne pas pour cela la tête; elle la contourne quand elle est libre et passe au-dessous d'elle quand elle est engagée, pour gagner la région opposée du bassin, et, dans tous les cas, elle permet de constater les déplacements s'il s'en produit, et d'y remédier immédiatement sans retrait de la branche et sans réintroduction de la main.

« Pour le second temps de l'opération, l'avantage ne serait pas moins saillant. La main occupe la région où la seconde branche va venir se placer. Il n'y a donc point à violenter la vulve pour la franchir de nouveau, et conséquemment il n'y a point de raison pour que la patiente s'agite ou que la deuxième introduction de la main (qui est supprimée dans ce procédé) déplace la première branche. Quant à la seconde, elle glisse avec facilité sur le poignet, puis sur la région palmaire de l'opérateur, et arrive sur la tête du fœtus avec toutes les chances d'une bonne et régulière application. » (Comm. : MM. Moreau, Depaul et Cazeaux.)

Associés nationaux. — A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la lecture d'un rapport de M. Michel Lévy, sur la présentation des candidats aux places vacantes dans la classe des *Associés nationaux.*

L'Académie aura à voter, dans la prochaine séance, sur la nomination de deux membres dans la section de chirurgie de cette classe.

A cet effet, la Commission présente à l'Académie deux listes de candidats, portant chacune trois noms. La première est ainsi composée :

1° M. SÉDILLOT ;
2° M. GOYRAND (d'Aix);
3° M. BONNET (de Lyon).

Et la seconde :

1° M. PAMARD;
2° M. GENSOUL;
3° M. BOUISSON.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 juillet 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Chimie agricole. — *Composition d'un phosphate naturel répandu abondamment à la surface du sol dans une île des Antilles;* lettre de M. Malaguti à M. Elie de Beaumont.

Anthropologie. — *Observation d'un développemnet incomplet chez une fille de 19 ans et demi,* par M. BAILLARGER. (*Voir* plus haut.)

Observations de M. SERRES, à la suite de la lecture faite par M. Baillarger.

L'observation si intéressante que vient de communiquer M. Baillarger offre, ainsi qu'il l'a très-bien exposé, un exemple remarquable de l'arrêt de développement de l'ensemble de l'organisme.

Parmi les caractères que présente cette enfant de dix-neuf ans d'âge et de deux ans à peine de développement, il en est un que présente la figure que l'auteur m'a montrée avant la séance, et sur lequel j'ai fixé son attention. Ce caractère est celui de l'abaissement de l'ombilic. Cet abaissement est tellement exagéré, qu'il peut, jusqu'à un certain point, indiquer l'époque de la vie fœtale à laquelle a commencé ce retard dans les développements.

On sait que dans les premiers temps du développement de l'embryon humain, le foie remplit presque entièrement la cavité de l'ab-

domen. Le paquet intestinal est alors en dehors de cette cavité, dans laquelle il entre à mesure que l'organe hépatique s'élève pour aller se loger dans l'hypocondre droit. Le plus ordinairement, à la fin des trois premiers mois de la gestation, les intestins ne font plus hernie dans le cordon ombilical; quelquefois on en rencontre encore quelques anses dans le cordon, dans le cours du quatrième mois; plus tard, leur présence à l'ombilic constitue la hernie ombilicale congéniale, qui est un arrêt de développement de l'abdomen. L'existence d'une hernie ombilicale chez la petite fille présentée par M. Baillarger, semble indiquer que c'est dans le cours du quatrième ou du cinquième mois de la vie embryonnaire, qu'a dû commencer la suspension ou le retard des développements. L'abaissement de l'ombilic vient à l'appui de cette assertion.

L'ombilic est l'ouverture par laquelle le cordon ombilical pénètre dans l'abdomen. Ce cordon se compose de trois parties fondamentales: de la veine ombilicale d'une part, de l'ouraque de l'autre, et en troisième lieu des artères ombilicales. La veine ombilicale, en pénétrant dans l'abdomen, gagne la partie concave du foie, et se loge dans le sillon antéro-postérieur de cet organe. Il suit de là, qu'à l'époque où le foie occupe tout l'abdomen, l'ombilic, qui donne passage à la veine ombilicale, est placé au niveau du pubis; puis, à mesure que le foie s'élève, il entraîne avec lui la veine ombilicale et, par conséquent, l'ombilic.

Si le foie s'arrête dans son ascension, on voit tout de suite que l'ascension de la veine ombilicale ainsi que celle de l'ombilic doivent être arrêtées aussi. L'arrêt de l'ombilic est donc la conséquence de l'arrêt ascensionnel du foie.

Cela étant, il est probable que chez cette petite fille le foie descend très-bas dans l'abdomen (1).

Aux remarques faites par M. Baillarger sur les déformations de l'ensemble des parties de cette petite fille, déformations qu'il rapporte avec raison à l'affection scrofuleuse, nous en ajouterons une relative à la dégradation du type, et qui, à certains égards, paraît se lier avec l'abaissement de l'ombilic.

On sait, en effet, que nous avons établi en anthropologie que le degré d'abaissement ou d'élévation du type des races humaines pouvait se mesurer dans certaines limites, d'après la position relative que l'ombilic occupe sur la surface de l'abdomen. On sait aussi que, dans son voyage au pôle Nord, S. A. I. le Prince Napoléon a confirmé cette observation chez les Esquimaux. De sorte que cette variété du type hyperboréen se rapporte au type mongol et par la position déclive de l'ombilic et par l'ensemble des caractères généraux.

Or, ce que la dégradation des formes de cette fille offre de remarquable, est précisément la répétition de ce qui a lieu chez les Esquimaux. Née de parents de la race caucasique, la petite fille dont M. Baillarger vient de communiquer l'observation à l'Académie offre les caractères de la race mongole. Nous n'essaierons pas d'expliquer comment a pu s'opérer cette dégradation du type, nous tenons seulement à constater le fait.

Chemin de fer. — M. Rayer présente, au nom de M. Bisson, médecin principal du chemin de fer d'Orléans, une *Note sur les mécaniciens et chauffeurs du chemin de fer d'Orléans et sur les maladies qui peuvent résulter de leurs fonctions*, et dans laquelle il s'attache à réfuter : 1° les assertions de M. H. de Martinet sur une affection que causerait l'inspiration de l'oxyde de carbone et du gaz acide carbonique; et 2° celles du docteur Duchesne, sur une affection de la moelle épinière causée par la trépidation de la locomotion. (Comm. : MM. Serres, Rayer et Séguier.)

Fièvre jaune. — M. Jeoffroy-Saint-Hilaire présente au nom de l'auteur, M. Octave de Saint-Vel, un mémoire intitulé : *Des ictères de la fièvre jaune*. Il y a, dans cette fièvre, deux ictères : l'un propre à la maladie et dû au ralentissement remarquable de la circulation capillaire, c'est l'ictéricie ; l'autre, accidentel, se montrant dans la seconde période, c'est l'ictère simple ou cholihémie.

Vers à soie. — *Nouveaux conseils aux éducateurs de vers à soie*, par M. le comte de Retz.

Capillarité. — *Sur la théorie de l'action capillaire*, par M. Valson.

Ophthalmoscope. — *La lunette pan-focale employée comme ophthalmoscope*, par M. I. Porro.

(1) C'est, en effet, ce dont je me suis assuré après la séance en palpant cette région.

Électricité. — *Pile à courant constant, à deux liquides, sans diaphragme*, par M. Caillaud.

Vigne. — *Emploi de la poudre de charbon pour combattre la maladie de la vigne*, par M. Louis Michel.

Arsenic. — *Remarques sur les recherches de l'arsenic et les investigations de médecine légale qui s'y rapportent*, par M. Legrip.

Sphygmomètre. — *Lettre concernant un sphygmomètre présenté à l'Institut, en 1853, de concert avec M. Hérisson*, par M. Garnier.

Nouveau sel calcique double. — *Envoi de nouveaux échantillons d'une combinaison de chlorure de calcium avec l'acétate de chaux*, par M. H. Masson.

Chimie. — *Observation sur le phosphore rouge ou amorphe*, par M. J. Personne.

Les propriétés chimiques du phosphore rouge ont été trop complétement décrites par M. Schroeter pour qu'il soit utile de les retracer ici. Cette note a seulement pour but de faire connaître certains faits qui avaient échappé à l'habile chimiste allemand, et de prouver en même temps que l'action éminemment toxique, attribuée à l'acide phosphoreux par MM. Woelher et Frerichs, est loin d'être aussi fondée que ces chimistes paraissent l'admettre.

Action de l'air. — Il est admis que le phosphore rouge se conserve sans altération au contact de l'air atmosphérique, et qu'il ne se combine avec l'oxygène qu'à une température voisine de 260 degrés, température à laquelle il se transforme en phosphore ordinaire ou normal. Ce fait, au premier abord, paraît vrai, si l'observation se fait sur du phosphore rouge en fragments assez gros; mais on acquiert bien vite la preuve du contraire en agissant avec le phosphore rouge pulvérulent ou en petites paillettes, tel que le fournit l'industrie chimique. Dans cet état, sans être lumineux dans l'obscurité, il absorbe, à la température ordinaire, l'oxygène de l'air comme le phosphore normal, et donne, comme ce dernier, naissance à un liquide acide renfermant les acides phosphoreux et phosphorique. La présence de l'eau facilite beaucoup cette oxydation. Ainsi, en arrosant tous les jours sur un filtre le phosphore rouge avec un peu d'eau distillée, on obtient, par ces lavages successifs, tous les jours de nouvelles quantités de liqueur acide donnant, avec le nitrate d'argent, un précipité qui passe promptement au noir. Il est même impossible de conserver, dans des flacons imparfaitement bouchés, du phosphore rouge en paillettes, sans que, au bout de quelque temps, il ne soit devenu humide, et quelquefois même il se trouve baigné par un liquide acide. Le phosphore amorphe en fragments se comporte de même au contact de l'air humide. Seulement, son oxydation est plus lente à cause de sa cohésion. Cette lenteur dans la manifestation du même phénomène a fait attribuer au phosphore amorphe la propriété de se conserver sans altération au contact de l'air atmosphérique.

Cette oxydation est-elle réellement due au phosphore rouge ou provient-elle de la transformation lente du phosphore rouge en phosphore normal qui s'oxyderait au fur et à mesure de sa régénération? Pour vérifier ce fait, je plaçai dans plusieurs tubes fermés une certaine quantité de phosphore rouge parfaitement privé de phosphore normal à l'aide de lavages multipliés par le sulfure de carbone bouillant; ces tubes furent abandonnés dans une serre chaude à une température de 25 à 30 degrés, pendant deux mois. Si la transformation du phosphore rouge en phosphore normal avait lieu, je devais isoler ce dernier au moyen du sulfure de carbone, ou tout au moins obtenir une phosphorescence appréciable en ouvrant ces tubes dans l'obscurité. Mais dans aucun de ces tubes, ouverts à des époques différentes, il ne m'a été permis de constater la plus légère trace de phosphore normal par le sulfure de carbone, ni le plus léger phénomène de phosphorescence dans l'obscurité. Cependant ce phosphore, exposé à l'air humide, s'est acidifié promptement ; ce qui prouve bien que l'absorption de l'oxygène de l'air a lieu réellement par le phosphore rouge.

Action du chlore. — Selon M. Schroetter, « le chlore se combine « avec le phosphore rouge à la température ordinaire avec dégage- « ment de chaleur, mais sans production de lumière. Il donne d'a- « bord du protochlorure, puis ensuite du perchlorure. » Suivant ce chimiste, « ce n'est qu'en chauffant le phosphore rouge dans un cou- « rant de chlore qu'on parvient à l'enflammer. » Voici mes observations à ce sujet; elles diffèrent peu de celles que je viens de décrire : Si l'on place du phosphore rouge en paillettes dans une petite cornue tubulée munie d'un récipient refroidi, et qu'on fasse arriver à la sur-

face du phosphore un courant de chlore à la température ordinaire, on voit le phosphore entrer en ignition au contact du jet de gaz, sans production de flamme; il brûle comme de l'amadou; l'ignition suit le jet de gaz. Il y a donc, comme on le voit, production de lumière. Je n'ai pu observer la production de la moindre trace de protochlorure. C'est uniquement du perchlorure qui se forme; ce qui se conçoit, d'après le fait observé, à savoir, que l'action se concentre et semble s'épuiser sur un point au conctact même du chlore, avant de se propager aux portions voisines; le chlore se trouve ainsi toujours en excès par rapport au phosphore attaqué: de là, production seulement de perchlorure.

Acide nitrique. — L'acide nitrique dissout merveilleusement le phosphore rouge, soit à chaud, soit à froid, avec production de vapeurs nitreuses et des acides phosphoreux et phosphorique, comme avec le phosphore normal. Cette dissolution s'opère avec tant de facilité, que je n'hésite pas à proposer, pour la préparation de l'acide phosphorique tribasique, la substitution du phosphore rouge au phosphore normal, dont la dissolution dans l'acide nitrique faible est toujours longue et accompagnée de quelques dangers avec l'acide concentré.

Sels métalliques. — D'après M. Schroetter, « le phosphate rouge « ne précipite de leur dissolution, ni le cuivre, ni les autres mé- « taux. » Je n'ai observé que son action sur la solution de nitrate d'argent, qui est parfaitement réduit, soit à froid, soit à l'aide de la chaleur, par le phosphore rouge. Cette réduction est peut-être un peu plus lente qu'avec le phosphore normal, mais elle n'en est pas moins certaine.

La facile oxydation du phosphore rouge au contact de l'air et sa transformation en acide phosphoreux à la température ordinaire peut paraître un fait important, surtout en présence des efforts qui sont faits pour substituer, dans la préparation des allumettes chimiques, le phosphore rouge au phosphore normal, dans le but d'éviter les nombreux accidents auxquels ce dernier peut donner lieu. Aussi, ce fait m'a vivement préoccupé. On sait, en effet, d'après MM. Woelher et Frerichs, que l'acide phosphoreux est éminemment toxique, puisque, selon ces chimistes, il suffit de $0^{gr},5$ de cet acide pour tuer un chien en une heure. D'un autre côté, M. Bussy, et, plus tard, MM. Orfila et Rigout, ont parfaitement démontré l'innocuité du phosphore amorphe sur l'économie animale. Mais on pourrait dire, en se basant sur l'assertion des chimistes allemands, que l'innocuité constatée du phosphore rouge est due à l'absence des produits de son oxydation, et que ce phosphore pourrait devenir toxique après une exposition suffisamment prolongée au conctact de l'air, puisqu'il donne alors naissance à l'acide phosphoreux.

La question ainsi posée, il était important de la résoudre par des expériences directes, qui ne pourraient laisser subsister le moindre doute sur l'action toxique ou l'innocuité de l'acide phosphoreux. Dans ce but, j'ai administré à des chiens des quantités d'acide phosphoreux variant depuis $0^{gr},6$ jusqu'à $1^{gr},45$ d'acide anhydre. Six chiens ont été employés à ces expériences: chez tous ces animaux, l'œsophage a été lié après l'injection de l'acide étendu dans l'estomac, et, à mon grand étonnement, ces animaux ont tous vécu six, huit et même neuf jours après l'injection du prétendu toxique. J'ajouterai que, pour chacune des six expériences, j'ai employé un acide phosphoreux provenant d'une préparation spéciale, et que les quantités d'acide ont été, pour plus d'exactitude, dosées au moyen de la transformation du bichlorure de mercure en protochlorure, d'après l'équation suivante:



$$PO^3 + 4\,HgCl + 2\,HO = PO^5 + 2\,Hg^2Cl + 2\,HCl.$$

L'acide qui m'a servi pour ces expériences a toujours été obtenu par la décomposition du protochlorure de phosphore par l'eau et la liqueur évaporée sur la chaux, dans le vide de la machine pneumatique.

Je ne connais ni le mode opératoire des chimistes allemands, ni la nature de l'acide sur lequel ils ont expérimenté. Mais en présence des faits que je viens de faire connaître, et qui ont eu beaucoup de témoins, il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'attribuer une action réellement toxique à l'acide phosphoreux. La mort des six animaux mis en expérience, survenue après un temps aussi long, s'explique suffisamment par la durée de l'abstinence jointe aux suites de l'opération nécessaire à la ligature de l'œsophage. Je dirai, en terminant, que j'ai constaté de même l'innocuité de l'acide phosphatique, c'est-à-dire du mélange d'acides phosphoreux et phosphorique provenant de la combustion lente du posphore normal dans l'air humide.

Il résulte donc des observations qui font le sujet de cette note que:

1° Le phosphore rouge ou amorphe, sans être lumineux dans l'obscurité, s'oxyde, à la température ordinaire, au contact de l'air, en produisant les mêmes acides que le phosphore normal; qu'il possède les mêmes affinités chimiques que ce dernier;

2° L'acide phosphoreux ne paraît pas posséder les propriétés toxiques que lui avaient attribuées MM. Woelher et Frerichs, et que, par conséquent, le phosphore rouge ne doit pas son innocuité, parfaitement constatée sur l'économie animale, à l'absence de l'acide phosphoreux.

Séance du 27 juillet 1857.

Technologie. — *Nouveau système de moulage du plâtre pour donner à cette substance la dureté et l'inaltérabilité du marbre*, par M. F. Abate.

Anatomie comparée. — *De la détermination de quelques oiseaux fossiles et des caractères ostéologiques des gallinacés*, par M. E. Blanchard.

Glycogénie. — *Nouveaux faits et considérations nouvelles contre l'existence de la fonction glycogénique du foie*, par M. E. Figuier. [Nous publierons plus tard ce travail.]

— *Observations sur la glycogénie*, par M. H. Bonnet.

— *Recherches sur la glycogénie*, par M. Sanson. (Nous avons publié ce travail.)

Chimie. — *Essai sur les systèmes atomiques ou types chimiques*, par M. J. Gallo.

Sphygmométrie. — *Modèle d'un sphygmomètre*, par M. Poznanski.

Agronomie. — *Supplément au mémoire sur les inondations, l'assolement des terres incultes, etc.*, par M. Gagnage.

Anatomie comparée. — *Notes sur quelques points importants de la physiologie de la moelle épinière*, par M. Brown-Séquard.

Dans un mémoire présenté à l'Académie, le 11 mai dernier, un habile physiologiste de Lyon a essayé de montrer que les théories que j'ai proposées concernant la transmission des impressions sensitives sont fondées sur une fausse interprétation des faits. Je vais faire voir, en partie par des faits nouveaux, que l'erreur n'est pas de mon côté.

I. J'ai trouvé qu'après une section d'une moitié latérale de la moelle épinière la sensibilité, loin d'être perdue du côté et en arrière de la section semble notablement augmentée. On croit au contraire que la sensibilité est complétement détruite, et que les signes de l'apparente hypéresthésie ne sont que des phénomènes réflexes. Ces signes sont: des mouvements de la face, des yeux, des oreilles, du col et de toutes les autres parties du corps; des efforts très-variés et longtemps continués pour fuir, pour mordre, ou pour se dégager des liens ou d'autres obstacles qui empêchet la fuite; enfin des cris prolongés, et persistant quelquefois plusieurs minutes après que l'irritation a cessé. Non-seulement ces signes incontestables de douleur existent, mais encore les chiens, les chats, et quelquefois les cobayes, sentent d'où vient la douleur; car, bien que leurs yeux soient couverts, ils tournent la tête et la dirigent, en essayant de mordre, vers la partie irritée. La faculté réflexe de la moelle, appelée il y a déjà plus de trente ans par un illustre physiologiste, faculté de lier les contractions musculaires en mouvements d'ensemble (*Recherches expérimentales sur les propriétés et les fonctions du système nerveux*, par M. Flourens, 2e édit., p. 30), malgré sa puissance, n'est certes pas capable de produire de tels effets. Les mouvements réflexes ne sont pas variables comme les mouvements consécutifs à une douleur, et ils ne consistent jamais en efforts parfaitement dirigés pour mordre, pour se dégager, pour fuir, etc. Quant aux cris, leur durée, leur répétition, lorsqu'ils sont des manifestations de douleur, les font différer des cris par action réflexe. En outre, si des animaux dépouillés de leur cerveau ont des mouvements réflexes très-violents, cela certes n'est pas une preuve que des animaux ayant leur cerveau et leur volonté doivent aussi, pour une même irritation, avoir des mouvements réflexes très-énergiques dans des parties non paralysées. Chez l'homme, sur un nombre immense de cas où des phénomènes réflexes ont été observés dans des parties paralysées, je n'en connais pas un où, en même temps, des mouvements réflexes énergiques se sont montrés dans

toutes les parties non paralysées, et sous l'influence de l'irritation d'une partie insensible. J'ai moi-même signalé (voir *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences,* 1849, t. XXIX, p. 672), les mouvements généraux et les cris qui ont lieu chez les animaux dépouillés de leur cerveau, comme étant probablement de simples phénomènes réflexes, et j'ai fait voir par là que les raisons données par quelques physiologistes, contre l'importante doctrine de M. Flourens à l'égard du siége des perceptions et de la volonté, étaient sans valeur; mais ces animaux étaient sans cerveau, et leurs cris et leurs mouvements différaient essentiellement des manifestations de douleur que donnent les animaux ayant leur cerveau, et sur lesquels on irrite les parties du corps qui sont en arrière et du côté d'une section d'une moitié latérale de la moelle épinière.

Il en est à l'égard des résultats d'une section de toutes les parties blanches de la moelle, comme à l'égard de ceux d'une section d'une moitié latérale : on croit que ce que j'ai appelé des signes de douleur, se compose uniquement de phénomènes réflexes. Il me suffira de dire que j'ai jugé de l'existence de la douleur par les mêmes signes, après l'une comme après l'autre de ces opérations. J'ajoute que s'il fallait renoncer à admettre que ce sont là des signes de douleurs, il faudrait considérer comme nulles les recherches sur la sensibilité qui ont immortalisé le nom de Haller, et celles non moins importantes que nous devons à M. Flourens.

II. J'ai essayé de montrer, dans un mémoire lu à l'Académie il y a deux ans, que des phénomènes de sensibilité récurrente peuvent se produire par action réflexe. S'emparant de cette explication, on a dit qu'après la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, les parties paralysées pouvaient paraître sensibles parce que leur irritation produit des phénomènes de sensibilité récurrente dans les parties non paralysées. L'expérience suivante montre que cette manière de voir n'est pas exacte. Je coupe, sur un mammifère, la moitié latérale *droite* de la moelle épinière au niveau de la dixième vertèbre dorsale, et je constate que l'animal donne des signes d'excessive douleur quand je lui pince la patte postérieure *droite*, tandis qu'il semble ne sentir que très-peu le pincement de la patte postérieure *gauche*. Je mets alors à nu tout le renflement lombaire de la moelle, et je coupe toutes les racines antérieures des nerfs du membre postérieur *gauche*. L'hypéresthésie du membre postérieur *droit* persiste après cette opération : elle ne dépend donc pas des sensations dues à la contraction par action réflexe des muscles du membre *gauche*. Quand il y a, comme cela arrive surtout chez les cochons d'Inde, une apparence de sensibilité assez vive dans les parties du côté opposé à une section d'une moitié latérale de la moelle épinière, on démontre aisément, comme je l'ai fait voir ailleurs, que cette apparence de sensibilité dépend des contractions musculaires qui ont lieu dans le côté de la section. (*Voir* mon *Mémoire sur l'act. croisée. Gaz. hebd. de Méd.*, nos 31 et 36, 1855.)

J'ai établi ma théorie de la transmission croisée des impressions sensitives dans la moelle epinière sur beaucoup de faits autres que ceux concernant la persistance de la sensibilité du côté et en arrière d'une hémisection transversale de la moelle. Je mentionnerai seulement ici le fait qu'après une section longitudinale de la moelle épinière, la sensibilité est perdue dans les parties du corps des deux côtés recevant leurs nerfs de la partie de la moelle où la section a été faite. Les circonstances qui accompagnent cette expérience la rendent tout à fait propre à démontrer que les impressions sensitives s'entre-croisent dans la moelle épinière.

J'ai essayé d'établir, par des expériences très-variées, que les fibres des racines postérieures qui servent à la transmission des impressions sensitives, après avoir passé par les cordons postérieurs, les cornes grises postérieures et les cordons latéraux, gagnent la substance grise centrale de la moelle épinière, par laquelle les impressions sont finalement transmises à l'encéphale. Rolando, M. Calmeil, et surtout M. Nonat, ont annoncé que les cordons antérieurs servent à la transmission des impressions sensitives. J'ai longtemps cru qu'ils s'étaient trompés; en effet, quand je coupais transversalement les cordons antérieurs, je trouvais que la sensibilité, au lieu de paraître diminuée, semblait augmentée, et, d'une autre part, après avoir coupé toute la moelle, excepté les cordons antérieurs, je trouvais que, s'il restait de la sensibilité, il y avait une petite partie de la substance grise, soit des cornes antérieures, soit de la commissure antérieure, qui n'avait pas été coupée. Mais des expériences multipliées, dont j'ai communiqué les premiers résultats à la Société de Biologie l'an dernier, et dont j'ai mentionné les principaux détails dans un mémoire récemment présenté à la Société Royale de Londres, m'ont montré que les cordons antérieurs servent positivement, mais seulement pour une part peu considérable, à la transmission des impressions sensitives.

III. J'ai déjà montré ailleurs que des faits cliniques très-nombreux viennent à l'appui des théories que j'ai proposées relativement à la transmission des impressions sensitives. Je n'indiquerai ici que le résultat général des faits relatifs à la transmission croisée dans la moelle épinière. Suivant les physiologistes qui m'ont precédé, l'entre-croisement des éléments conducteurs des impressions sensitives se fait dans toute la longueur de la base de l'encéphale, depuis la moelle allongée jusqu'aux pédoncules cérébraux. En admettant cette opinion comme vraie, une tumeur ou une autre altération existant sur un des côtés de l'axe cérébro-spinal, près de la ligne médiane, doit causer : 1° une anesthésie croisée si elle siége en avant de l'endroit où l'entre-croisement s'opère; 2° une anesthésie incomplète des deux côtés si elle siége dans un des points où l'entre-croisement s'opère; 3° une anesthésie non croisée, c'est-à-dire du côté de la lésion, si elle siége en arrière de l'entre-croisement, c'est-à-dire sur la moelle épinière. Il n'en est pas ainsi, car l'anesthésie, excepté dans un seul cas à ma connaissance, a toujours existé du côté opposé au siége de la lésion, qu'il fût dans la moelle épinière, dans la moelle allongée, dans la protubérance, dans les tubercules quadrijumentaux, dans les pédoncules cérébraux, etc. Il faut donc admettre que l'entre-croisement se fait au-dessous ou en arrière de l'endroit où on a cru qu'il se faisait, c'est-à-dire la base de l'encéphale, et que, conséquemment, il s'opère dans la moelle épinière (*voir* les faits pathologiques rapportés dans mon mémoire, *Exp. and Clin. res. on the sp. cord.*, 1855).

IV. Les questions de priorité important fort peu à la science, je me bornerai à dire que j'ai constaté depuis longtemps et publié que les cordons postérieurs de la moelle épinière paraissent insensibles ou très-peu sensibles, qu'ils sont excitables pour causer des mouvements réflexes, et qu'une de leurs fonctions, bien démontrée surtout par les faits pathologiques, est de servir aux actions réflexes.

CONCLUSIONS. — Des faits exposés dans cette note, il ressort : 1° que s'il y a lieu d'admettre que certaines parties blanches de la moelle épinière participent à la transmission des impressions sensitives, c'est surtout, néanmoins, dans la substance grise que cette transmission s'opère; 2° que les éléments conducteurs des impressions sensitives font leur entre-croisement en majeure partie, sinon en totalité, dans la moelle épinière.

Économie rurale. — *Emploi de la chaux pour la conservation des grains,* par M. PERSOZ, en réponse à une réclamation de priorité de M. Doyère.

[Nous traiterons prochainement cette importante question d'hygiène publique.]

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Le fait le plus saillant de la séance de l'Académie de Médecine, a été la nomination de M. MOQUIN-TANDON, dont l'élection était d'ailleurs généralement attendue, et qui se recommandait par ses nombreux titres scientifiques. Quelques votes amis sont venus encourager les autres candidats, MM. Gubler et Réveil. Dans la prochaine séance, l'Académie s'adjoindra deux associés nationaux dans la section de chirurgie; nos lecteurs ont pu voir plus haut les six candidats portés sur les deux listes présentées par la Commission.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Monographie pharmacologique et thérapeutique de l'iodure de fer, par F. GILLE, pharmacien à Paris. — Chez LABÉ, libraire. — Prix : 4 fr. 50 c.

Cet ouvrage est délivré *gratuitement* au bureau du journal, à tous les abonnés du *Moniteur des Hôpitaux*. MM. les abonnés de province qui voudraient le recevoir *franco* par la poste, n'auront qu'à en faire la demande par lettre affranchie, accompagnée d'un bon de UN FRANC ou de timbres-poste pour la même somme.

Du traitement de l'aliénation mentale aiguë *en général, et principalement par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête,* par le docteur Casimir PINEL neveu, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de la Maison de santé du château de Saint-James, etc. — Broch. in-4° de 160 pages. — Paris, 1856.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 98. 5e année. Samedi 15 Août 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 14 août 1857.

Second cas de mort par l'amylène,

Par John SNOW.

(Suite et fin. Voir le n° 97.)

DEUXIÈME QUESTION. — *Cause pratique de la mort.* — J'appelle cause *pratique* de la mort la circonstance qui rend l'anesthésie mortelle, quel que soit d'ailleurs le mécanisme intime par lequel la vie s'éteint, et j'appelle cette circonstance pratique, parce que, si elle était connue, elle servirait probablement au *praticien* pour établir les indications et les contre-indications de l'anesthésie. Tout le monde s'est préoccupé de cette cause de mort, elle a servi de thème principal à la discussion, un peu confuse, dont la tribune académique vient d'être le théâtre; M. Snow s'en est préoccupé lui-même ; mais il ne l'a cherchée que dans deux circonstances : l'*idiosyncrasie*, la *dose* de l'amylène ; il repousse la première et adopte en ces termes la seconde : « *Je crois que le malade a fait* UNE OU DEUX *inspirations* UN PEU *plus énergiques que je ne l'aurais voulu* (stronger than I intended), *alors que je* M'EFFORÇAIS *de les régulariser.* » — Si M. Snow avait entendu dire, par cette locution embarrassée, qu'il est impossible de doser l'amylène (aussi bien que tout autre anesthésique) assez rigoureusement pour conjurer sûrement un accident fatal, nous pourrions applaudir à la doctrine de l'honorable chirurgien, tout en regrettant qu'il ne l'ait pas formulée d'une manière plus directe et plus claire; mais, au contraire, M. Snow « *persiste à croire que si l'amylène était administré en quantité déterminée, dans un vase* OU *un ballon de capacité connue, il n'arriverait aucun accident,* A MOINS QU'ON N'EUT *mal mesuré la dose.* »

Ce n'est point là, en vérité, un langage sérieux.

Nous ne nous arrêterons point à ces locutions diffuses de M. Snow, qui semblent indiquer que la plume de l'auteur obéit plutôt aux impulsions du hasard qu'à une volonté réfléchie : qui dit *quantité déterminée* dit quantité *bien mesurée,* c'est entendu ; qui dit quantité bien mesurée, dit quantité CONNUE, c'est bien entendu encore; cette redondance de termes ne peut servir qu'à dénoter les hésitations de l'esprit, la confusion des idées. Un examen plus

FEUILLETON.

Philosophie médicale

A PROPOS DU SPIRITUALISME DU DOCTEUR PIDOUX.

(Suite. Voir les nos 89, 91 et 95.)

—

OBSCURITÉS ET INUTILITE DE LA MÉTAPHYSIQUE.

III. Source et limite de la méthode Cartésienne.

Le but final de ce travail est de rechercher les procédés généraux que l'esprit humain emploie pour découvrir la vérité. Mais quelle voie suivre nous-même pour tracer les grandes routes de l'intelligence?

La nécessité d'éclairer notre point de départ nous oblige à examiner les idées de M. Pidoux, celles de Descartes et de Bacon, à ce sujet. Il n'y a d'ailleurs qu'une seule alternative : est-ce la métaphysique, est-ce l'observation des faits, qui nous enseignera les voies les plus favorables à l'investigation? Les règles de la méthode sortiront-elles de notre cerveau ou de l'examen des procédés suivis pour obtenir les connaissances déjà acquises?

M. Pidoux n'hésite pas : la base, la source de la méthode, ce sont les idées innées ; c'est même la seule conclusion saillante de son travail. Nous croyons, au contraire, que pour connaître comment procède l'intelligence, le plus sûr, sinon le seul moyen, est de rechercher comment elle a procédé jusqu'à ce jour, de noter les voies qui l'ont menée à l'erreur, celles qui l'ont conduite à la vérité : c'est par l'histoire du développement de l'esprit humain que nous pourrons trouver les règles de la méthode, comme c'est par l'étude des orateurs qu'on a pu tracer les règles de l'éloquence. Or, cette manière de philosopher *à posteriori* et sur observation, la seule que nous tenions comme certaine, excite toute la pitié de notre honorable confrère. Le véhément métaphysicien n'a pas d'épithètes assez méprisantes pour Bacon, qui le premier l'a *souvent* mise en pratique (1), qui a été assez matérialiste pour croire que s'il fallait voir marcher et tomber pour établir la théorie de la progression et de la chute du corps, il était bon de voir comment l'intelligence conçoit et juge pour établir la théorie de la perception et du jugement.

Voyons donc comment procède le maître lui-même, Descartes. Je ne voudrais point scandaliser les Cartésiens, mais je dois à la vérité

(1) *Union méd.*, n° 36.

approfondi ne confirme que trop ces premières présomptions.

Vous croyez qu'en *mesurant* (en mesurant exactement, bien entendu) la dose de l'anesthésique, on évitera tout accident, et vous croyez que notre malade est mort parce qu'il a fait UNE OU DEUX *inspirations*, non pas même de plus qu'il ne fallait, mais seulement UN PEU plus fortes qu'il ne fallait ! Alors, vous avez donc un appareil qui vous permet *de mesurer* (exactement, bien entendu) et, qui plus est, de RÉGLER l'amplitude des mouvements respiratoires chez le patient que vous anesthésiez !

Je le répète, ce n'est point là un langage sérieux.

Est-il plus sérieux de dire qu'il résulte des « *calculs* » de M. Snow qu'un malade doit absorber, pour être anesthésié, « *huit* MINIMS (1) ou *gouttes* d'éther, *par chaque cuillerée de son sang ; deux tiers* de goutte de chloroforme, et un *dixième de goutte* d'amylène? » Si nous ignorions que les calculs de la physiologie romantique sont souvent plus ennuyeux encore que burlesques, nous pourrions éprouver quelque tentation de connaître ceux de M. Snow ; mais, à vrai dire, ils n'excitent que médiocrement notre curiosité, et nous lui en ferons volontiers grâce, si, de son côté, il veut bien nous avouer que ces calculs ne peuvent avoir pour base aucune donnée physiologique exacte, et ne sont propres qu'à abuser des praticiens naïfs.

Nous avons dit qu'il serait trop long de discuter toutes les assertions, toutes les doctrines hasardées ou obscures que M. Snow a trouvé moyen de renfermer dans un article d'une colonne et demie. Nous laissons à la sagacité de nos lecteurs le soin de rectifier celles que nous passons sous silence et elles sont nombreuses. Ce que nous venons de dire suffit pour confirmer l'opinion que nous avons toujours défendue : c'est que la cause *pratique* des accidents de l'éthérisation est encore inconnue, et qu'il est par conséquent impossible de se mettre sûrement à l'abri de ces accidents.

Discuterons-nous maintenant, soit avec M. Snow, soit avec ses imitateurs, lequel des deux anesthésiques est le plus dangereux, du chloroforme ou de l'amylène ? Nous le ferions volontiers, si les discussions oiseuses ne nous étaient profondément antipathiques, surtout quand elles portent sur des sujets qui ne peuvent guère élever encore moins récréer l'esprit. Les données du problème dont il s'agit sont entièrement renfermées dans l'expérience, et l'expérience est loin d'être suffisante. Mais au point de vue où elle se trouve, est-elle du moins assez encourageante pour engager les praticiens à la poursuivre? A cette question, nous n'hésitons pas à répondre : non.

Quoi qu'en dise M. Snow, sans apporter, suivant son habitude, la moindre preuve à l'appui de son assertion, les débuts du chloroforme n'ont point été aussi lugubres que ceux de l'amylène ; il est vrai qu'ils auraient pu l'être, ainsi que M. Snow le faisait ingénieusement remarquer à l'occasion de son premier cas de mort (voir *Monit. des Hôp.*, 23 avril 1857), mais enfin, il n'en a pas été ainsi ; en sorte que, pris tel qu'il est, le début de l'amylène, sans être concluant, est moins encourageant que ne l'a été celui du chloroforme.

Si l'on devait, dans une question de ce genre, accorder à l'analogie une importance que, pour notre part, nous sommes loin de lui reconnaître, on devrait même renoncer à continuer l'emploi de l'amylène, ou pour mieux dire, on aurait dû y renoncer dès que l'on s'est aperçu que, sans avoir aucun avantage sous le rapport de l'administration, il avait l'inconvénient d'être plus actif. Il semble bien probable, en effet, que plus un agent anesthésique et même un agent pharmaceutique quelconque est énergique, moins est grand l'espace qui sépare la dose innocente de la dose fatale, ou, en d'autres termes, plus est grand le danger de dépasser cette dernière dose. Ainsi, s'il s'agissait d'ingestions, on conçoit qu'il serait assez peu important de donner à un individu, qu'on voudrait enivrer avec du vin, quelques gouttes de liquide de plus ou de moins ; mais on conçoit aussi qu'il n'en serait plus de même si, au

(1) Nous n'avons pas osé rendre ce mot en français dans notre traduction, n'étant pas absolument sûr de sa véritable signification. Mais, d'après l'explication qu'a bien voulu me transmettre M. Baker, aide de M. Hogg, le mot *minim* correspond bien au mot *goutte* ; la goutte pharmaceutique en anglais est censée représenter la 60e partie d'un gros.

---

et à la justice de dire que Descartes ne procède pas autrement que Bacon ; pour dire la méthode, il *regarde comment marche* l'intelligence *quand elle s'applique* avec succès à la recherche de la vérité ; absolument comme Bacon ! Et il le dit plus au long. Nous allons prouver en toute rigueur cette découverte, qui paraîtra fort singulière aux métaphysiciens, sensualistes et idéalistes, mais qui n'est pour nous que rassurante ; car, s'il y a deux méthodes, celle de Descartes et celle de Bacon, il est heureux qu'il n'y en ait qu'une, *l'observation*, pour rechercher la méthode des sciences. Une dualité sans fin entre ces deux génies eût été embarrassante pour un jeune auteur. Il est bien vrai qu'il y a encore la méthode de M. Pidoux, qui consiste à « saisir fortement l'idée innée. » Nous demandons à en faire abstraction pour un moment ; d'ailleurs, nous avons déjà parlé de cette saisie et de ses résultats. Nous disions donc que Descartes découvre sa méthode par la simple observation, en généralisant les procédés usités dans les sciences qui lui sont familières, la *logique*, l'*algèbre* et la *géométrie*.

Ecoutons-le, c'est lui-même qui le raconte.

Dans la première partie de son *Discours sur la méthode*, examinant les diverses connaissances humaines et ne trouvant la certitude que dans les mathématiques, « il s'étonne que, leurs fondements étant si « fermes et si solides, on n'ait rien bâti dessus de plus relevé. » On devine déjà que sur *ces* fondements, avec cette méthode, il médite de bâtir. En effet, dans la seconde partie, il avertit qu'ayant étudié particulièrement la *logique*, l'*algèbre* et la *géométrie*, il va entreprendre de trouver une méthode qui unisse les avantages de la logique (syllogistique) à ceux des deux autres sciences, sans avoir les inconvénients qui leur sont propres.

Ces inconvénients qu'il signale consistent pour la première dans la multitude des règles syllogistiques, et pour les mathématiques, dans les « matières fort *abstraites* » et d'application restreinte dont elles s'occupent. Il se flatte de pouvoir appliquer la déduction mathématique à autre chose qu'à des notions abstraites. Dans ce but, nous le voyons non inventer, tirer de son cerveau des innéités, mais formuler par simple *généralisation*, la méthode géométrique dans les quatre règles qui suivent :

« 1° Ne recevoir jamais aucune chose pour vraie que JE ne la con- » nusse évidemment être telle, etc. »

Tout bachelier reconnaîtra dans cette première règle le début de la géométrie et l'établissement des axiomes, avec cette différence pourtant, que la vérité des axiomes géométriques ne doit pas reposer seulement sur l'acquiescement individuel, le seul dont Descartes se préoccupe, mais sur le consentement de tous, consentement obligé par l'évidence.

« 2° De diviser chacune des difficultés que j'examinerai en autant « de parcelles qu'il se pourrait et qu'il serait requis pour les mieux « résoudre. »

Le géomètre n'a pu, en effet, créer la géométrie que par l'analyse,

lieu de l'enivrer avec du vin, on l'enivrait avec de l'alcool, et à plus forte raison avec une liqueur opiacée. *Une* ou *deux* inspirations de plus ou de moins peuvent donc et doivent probablement avoir plus d'importance dans l'éthérisation amylique que dans l'éthérisation chloroformique, et c'est pourquoi, *à priori*, on doit préférer la seconde à la première. Mais c'est là de l'analogie, et nous n'y insisterons pas davantage. Il nous suffit d'avoir montré qu'elle est, quant à présent, d'accord avec l'expérience.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Observation de sarcocèle dans l'anneau,

Par M. GENSOUL (de Lyon).

M. Louis L...., de Châlon-sur-Saône, âgé de 30 ans, tempérament nerveux-sanguin, dirigeant un atelier de chapellerie, est venu, en 1855, me consulter pour une tumeur située à l'orifice du canal inguinal droit.

Cette tumeur, de volume médiocre, était très-sensible au toucher, et n'était que difficilement repoussée dans le canal. En portant la main sur le scrotum, je reconnus sur-le-champ qu'elle était produite par la descente du testicule droit. Le gauche, assez volumineux, occupait seul le scrotum.

Je donnai le conseil de garder le repos, d'appliquer des cataplasmes et sitôt qu'on pourrait repousser sans douleur le testicule, de placer par-dessus un bandage élastique.

Le malade repartit pour Châlon et fit ce que je lui avais conseillé.

Le bandage, quoique doux et garni d'une pelote molle, ne put être supporté, le malade vint de nouveau demander mon avis; je l'engageai à renoncer au bandage et de favoriser le passage à travers l'anneau en faisant des exercices modérés, en prenant des grands bains, et en enduisant la tumeur et son pourtour avec une pommade fortement belladonée.

Dans le cas où le testicule aurait franchi l'anneau pour se rapprocher du scrotum, je recommandai de placer tout de suite le bandage au-dessus de l'organe, afin d'empêcher le passage des intestins et la formation d'une hernie.

Le malade s'en retourna avec la ferme résolution de suivre mes avis; malheureusement, il n'attendit pas, pour placer le bandage, que le testicule eût franchi l'anneau; ce moyen contentif fut toléré quelque temps, mais par degrés se développa de la douleur due soit au bandage mal appliqué, soit à la pression des intestins et aux contractions des muscles abdominaux qui tendaient à propulser le testicule dans le canal trop étroit.

A 30 ans (âge de M. L....), n'existe plus le tissu cellulaire semi-fibreux et contractile que l'on appelle chez le fœtus *gubernaculum testis*.

Cette disposition anatomique transitoire a pour but de laisser l'anneau entr'ouvert et de tenir la place qu'occupera plus tard le testicule; le mécanisme de cette substitution et de cette atrophie s'opère par la rétraction du gubernaculum testis, qui prend son point d'appui sur le tissu cellulo-fibreux du scrotum.

Dans l'observation que j'analyse, la portion de testicule qui se présentait à l'anneau paraissait avoir le volume de cet organe à l'état normal. Le malade ne voulant consentir à aucune tentative opératoire malgré l'assurance que je lui donnais de sa pleine innocuité, retourna chez lui (1).

Je me bornai à prescrire le repos, les bains, des cataplasmes de farine de lin, de feuilles de jusquiame, des onctions avec une pommade de belladone et d'iodure de plomb. L'emploi de ces moyens produisit un soulagement momentané, mais après quelques efforts et une marche prolongée, la douleur du testicule reparut avec une intensité nouvelle. Cet organe se tuméfiait considérablement, m'écrivait le malade, et, malgré mes instances réitérées, il ne se décidait pas à venir à Lyon prendre un parti décisif. Il me mandait toujours que le testicule franchissait l'anneau et qu'il voulait attendre sa descente complète. Vaincu pourtant par la douleur et par l'accroissement énorme du testicule, il se rendit à Lyon le 20 janvier 1857. Huit à dix mois s'étaient écoulés depuis sa dernière visite.

Je reconnus le testicule très-volumineux, appliqué au sortir de l'anneau contre le pli de l'aine et le haut de la cuisse, la peau du scrotum n'avait pas cédé suffisamment et l'organe, encore engagé dans le canal inguinal, le dépassait de plus de dix centimètres, les deux tiers environ de la hauteur totale restaient dégagés, ce qu'il était facile de constater à travers la peau. On

(1) Je me proposais, à l'aide de la méthode sous-cutanée, de couper les aponévroses les plus tendues du canal inguinal, puis d'inciser par le même moyen le tissu cellulaire fibreux, situé au-dessous du testicule, et qui s'opposait à son passage dans le scrotum.

---

d'ailleurs sans difficulté, des corps solides, en surface, en ligne, en angle, en point. Le peu d'insistance de Descartes en cet endroit indiquerait, s'il ne l'avait pas dit, qu'il songe à l'analyse géométrique qui se fait par simple abstraction. L'analyse des faits concrets, qui est la principale difficulté des sciences naturelles et biologiques, et qui à elle seule exige de nombreuses méthodes, de nombreux instruments, et reste ordinairement *incomplète*, préoccupe bien davantage Bacon; mais un géomètre ne pouvait insister : c'est sur la règle suivante qu'il devait attirer l'attention.

« 3° De conduire par ordre mes pensées *en commençant par les* « *objets les plus simples*.... pour monter peu à peu, comme par de-« grés, jusqu'à la connaissance des plus composés, et supposant « même de l'ordre entre ceux qui ne se précèdent point naturelle-« ment les uns les autres. »

C'est la marche même de la déduction géométrique (1).

(1) La déduction géométrique diffère de la déduction syllogistique.

Dans la première, on part de *plusieurs abstractions élémentaires*, notions *si simples* que l'adhésion est obligée *pour* TOUS, et, en les COMBINANT de plusieurs manières, en les appliquant à des objets simples et *exactement définis* et *déterminés*, on en déduit une vérité plus complexe que les principes premiers dont elle est *comme le produit*, qui lui-même va servir de nouveau point de départ, etc. On marche *du simple au composé*.

Dans la déduction syllogistique, on part d'une *abstraction synthétique* supposée certaine (ce point de départ est la raison du peu d'application de ce procédé); et on en EXTRAIT, on en déduit une des notions particulières qu'elle renferme. La vérité dégagée sera une fraction, comme un quotient de *la vérité* générale d'où on l'a tirée. On va *du général au particulier*.

« 4° Faire partout des dénombrements si entiers et des revues si « générales que je fusse assuré de ne rien omettre. »

Cette vieille règle de la logique scolastique était connue aussi de tous les géomètres; elle est la condition première de la démonstration dite *par l'absurde*, etc.

D'ailleurs, pour ne laisser à son lecteur aucun doute sur l'origine géométrique de sa méthode, Descartes fait suivre immédiatement ces règles des lignes suivantes :

« Ces longues chaînes de raisons... dont les géomètres ont coutume « de se servir pour parvenir à leurs plus difficiles démonstrations, « m'avaient donné occasion d'imaginer que toutes les choses qui peu-« vent tomber sous la connaissance des hommes s'entresuivent de la « même façon et que pourvu.... qu'on garde toujours l'ordre qu'il « faut pour les *déduire* les unes des autres, il n'en est pas de si éloi-« gnées auxquelles on ne parvienne, etc....., considérant qu'entre tous « ceux qui ont ci-devant recherché la vérité...., il n'y a eu que les « seuls mathématiciens qui ont pu trouver quelques démonstrations..., « j'emprunterai tout le meilleur de l'analyse géométrique et de l'al-« gèbre. »

Apparaît-il clairement que Descartes *dans l'établissement* de sa méthode (il en est autrement dans son application) ne cherche pas à saisir dans son cerveau les idées innées, comme l'imagine M. Pidoux,

ne faisait mouvoir la tumeur qu'avec peine et seulement de bas en haut en refoulant l'anneau et les parois abdominales.

Le malade, mélancolique et surchargé d'affaires difficiles et peut-être embarrassées, consentit à se laisser opérer.

Il céda surtout à la promesse que la perte d'un testicule ne nuisait en aucune manière à sa virilité et que dans deux ou trois mois il pourrait se marier.

Le malade étant couché sur un lit et éthérisé, je pratiquai l'opération.

Je fis une longue incision à partir d'un pouce au-dessous de l'anneau jusqu'au bas de la tumeur située un peu au dehors du scrotum; je rencontrai un tissu fibreux sous la peau; après l'avoir incisé, j'ouvris la tunique vaginale qui, dans ce cas, se confondait avec le péritoine, il en sortit un peu de sérosité incolore, l'étranglement empêchant la communication avec la sérosité abdominale. Je débridai avec prudence la partie interne de l'anneau; à peine avais-je fait une légère incision que les tissus cédèrent sous l'expansion élastique des couches fibro-testiculaires dont la tendance était de reprendre la forme ovoïde.

Libre de la compression exercée par le tissu cellulaire du scrotum et du pli de l'aine, le testicule s'abaissa, agrandissant par son passage le canal inguinal. Au même instant s'éleva de l'anneau une multitude de globules incolores, analogues aux bulles que les enfants font naître en soufflant dans une dissolution de savon. M. le docteur Pilet, mon neveu, le docteur Moussier, et les internes de l'Hôtel-Dieu qui assistaient à l'opération crurent à la présence d'hydatides, mais je les désabusai. Ces globules, tous attachés les uns aux autres, ne présentaient point de taches sanguines ni de points rougeâtres.

Je pensai que les adhérences récemment formées autour de l'anneau, douées d'une structure molle et extensible étaient soulevées par le fluide séreux intra-abdominal. Un coup de bistouri, porté sur un des globules qui était de la grosseur d'un œuf, trancha la question, il s'écoula immédiatement une grande quantité de sérosité évaluée à plus d'un litre; les globules s'affaissèrent sans qu'on pût saisir leur pellicule transparente. Le testicule, livré un instant à son propre poids, se dégagea complétement du ventre; je le fis alors soutenir; le conduit déférent encore flexueux pouvait s'allonger de plusieurs pouces, mais n'offrait pas la plus légère résistance à la traction.

A travers l'ouverture circulaire de près de 10 centimètres de diamètre, je pus examiner les intestins grêles d'une grande blancheur et engourdis sans doute comme le malade par l'éther; en effet, le contact de l'air aurait dû suffire pour provoquer des mouvements péristaltiques très-prononcés, comme on le voit chez les animaux dans les vivisections.

Je me hâtai de lier les vaisseaux du cordon spermatique, puis je coupai le canal déférent fixé par un aide, mais il fut ensuite abandonné, n'ayant pas la moindre tendance à rentrer dans l'abdomen. Le testicule, adhérent seulement au tissu cellulaire, fut énucléé du pli de l'aine et du scrotum. Je m'opposai à l'entrée de l'air froid dans le péritoine en appliquant les lambeaux de peau sur l'ouverture, par-dessus laquelle les maintinrent des bandelettes agglutinatives; le cordon et les ligatures furent laissés entre les lèvres de la plaie scrotale, afin de favoriser l'écoulement de la sérosité; le malade, replacé dans son lit, reprit ses sens et remercia les assistants d'avoir subi sans souffrance une aussi grave opération.

Le soir, le pouls était calme, la peau moite, mais le bas du lit inondé par l'écoulement de la sérosité. Des boissons simples, un demi-lavement devant être rendu presque immédiatement, furent les prescriptions de la nuit, qui se passa sans trouble.

Le lendemain, le malade était tranquille, sans mouvement fébrile; le mieux se soutint toute la journée.

Le troisième jour, calme absolu, pas la moindre douleur à la pression sur l'abdomen.

Appelé précipitamment le soir, parce que le ventre s'était considérablement ballonné, je crus à une péritonite commençante; pourtant, la palpation des parois abdominales était peu douloureuse et produisait seulement des borborygmes, la tension se trouvait augmentée par un lavement qui n'avait pu être rendu.

J'envoyai chercher promptement une grosse sonde de gomme élastique, je l'introduisis dans le rectum à une grande profondeur; aussitôt s'écoulèrent l'eau du lavement et les gaz contenus dans le ventre, tandis que mes deux mains exerçaient une pression méthodique sur les parois abdominales. Je fus frappé de la facilité de ce départ des gaz en l'absence de contractions des muscles abdominaux, et je me souvins de l'immobilité des intestins grêles lors de l'ouverture du ventre.

La nuit s'acheva bonne. Le lendemain matin, pas de tuméfaction, pouls calme, peau moite; le malade rendit un lavement pris dans la soirée.

Les cinq, six et septième jours, l'état s'améliore sensiblement, l'écoulement abondant de sérosité s'arrête à dater du cinquième jour; la plaie avait été soigneusement fermée à l'aide des bandelettes agglutinatives recouvertes par une serviette serrée légèrement autour du bassin.

---

qu'il les lit dans les mathématiques, comme nous verrons plus tard Bacon les lire dans les sciences naturelles? Ainsi, *même méthode au début;* mais comme elle s'applique à des sujets dissemblables, elle arrive aussi à des résultats divergents.

La méthode de Descartes n'est donc autre chose que la déduction géométrique; il la résume lui-même dans ses *règles pour la direction de l'esprit.*

L'*intuition* claire et nette pour l'établissement des vérités premières, puis la *déduction* pour en tirer les conséquences voisines et éloignées. Cette méthode conserve sa vérité et sa rigueur tant qu'on la laisse dans le domaine des mathématiques ou des sciences très-voisines, telles que la mécanique, la lumière qui obéit aux lois mathématiques; de là sans doute les découvertes immortelles de Descartes, dans ces branches. Mais il se crut en droit, par une *induction* intempestive et dont il ne se rendit pas même compte (car l'*induction*, qu'on n'emploie jamais en mathématiques qu'intuitivement, lui était inconnue), il se crut en droit, dis je, de regarder *comme générale* une méthode *très-spéciale.* « Voilà, dit-il, les *deux voies* (*intuition et dé-* « *duction*) pour arriver à la science, *l'esprit ne doit pas en admettre* « *davantage* (1). » Suivons-le dans l'application rigoureuse qu'il en fait à l'étude de la nature, nous comprendrons mieux la portée de sa méprise.

Après avoir, selon son expression, *feint* le doute absolu, il juge que toutes notions « que toutes propositions qu'IL conçoit très-clairement, très-distinctement, sont vraies. » Sur cette base un peu large et beaucoup trop individuelle de la certitude, il pose ses axiomes, ses propositions fondamentales; puis les yeux fermés, il marche hardiment de déductions en déductions; il crée l'esprit et la matière, explique la terre et les cieux : la physique, la chimie, la géologie, la biologie, etc., sortent tout armées de son cerveau. On a eu tort de prendre comme nouveauté la hardiesse transcendantale d'un idéaliste allemand (Schelling) qui pose que « philosopher sur la nature c'est créer la nature! » Descartes ne le dit point en termes formels; mais il fait plus, il l'entreprend dans ses *Principes.* Il pense, et ainsi il crée l'univers, comme Platon, Morus, Campanella, Fourier ou Cabet, créent l'ordre social.

Parti du doute absolu, il pose son existence, celle de Dieu avec ses attributs; il en déduit les principes et la nature des choses matérielles. « Il faut maintenant, dit-il, de ces seuls principes découverts par la raison pure, *déduire tous* les phénomènes, tous les effets qui sont en la nature, » « car, ajoute-t-il plus loin, *j'ai dessein d'expliquer les effets par les causes* (causes connues *a priori*) *et non les causes par leurs effets!* » Et en 500 théorèmes il ordonne les cieux et la terre, dit les raisons *premières et secondes* de tous les phénomènes physiques et chimiques des corps; il explique la *nature* de chacun; prouve que leur pesanteur n'est pas en rapport avec la quantité de matière; dit « les *principes* de la chimie, et *de quelle façon* les métaux viennent

(1) *Règle III pour la direction de l'esprit.*

Le malade, couché à la renverse, les jambes demi-fléchies, la tête et les épaules soulevées comme après une opération de hernie, j'eus la précaution d'assujettir un corps pesant, un fer à repasser, par-dessus les bandelettes, de façon à obtenir leur application immédiate sur les lèvres de la plaie.

Un phénomène singulier se présenta vers la partie inférieure de la plaie inguino-scrotale : il survint un gonflement dépassant le volume du poing ; au toucher, je reconnus que c'était la portion inférieure du péritoine qui devait former la tunique vaginale, si le testicule eût été conservé. Les bords de cette membrane s'étaient agglutinés, il en résultait une fausse hydrocèle, un cataplasme émollient donna issue à la sérosité.

Le malade étant sans fièvre, réclama un peu de nourriture ; des crèmes et des potages lui furent accordés.

Le mieux se poursuivait chez l'opéré, lorsque le neuvième jour il obtint d'un domestique inintelligent un mets indigeste, de la raie au beurre noir ; à peine l'avait-il pris, que se déclarèrent des vomissements répétés suivis d'un violent mal de tête avec coma, tout le côté gauche fut frappé de paralysie.

Malgré un accident aussi grave, la plaie ne fut pas déchirée et continua de marcher rapidement à sa guérison. Des révulsifs sur la peau et le gros intestin, la diète, des boissons adoucissantes avaient suffi pour apaiser la fièvre et ramener la motilité dans la jambe d'abord, puis dans le bras et l'épaule paralysés.

Quelques jours après, le malade voulut se lever et faire quelques pas dans sa chambre, appuyé sur le bras d'un infirmier et soutenu par un bandage roulé autour du tronc et de la partie supérieure de la cuisse ; il n'éprouva pas la plus légère sensation du côté de la plaie, dont les lèvres étaient réunies par de fortes adhérences.

Le vingt-cinquième jour, il ne restait pas trace de suppuration, une cicatrice définitive s'était établie ; pour se prémunir contre les efforts dans la station debout et dans la marche, je fis appliquer un bandage à pelote très-large.

Pourtant, L...., toujours sombre, mélancolique, obsédé des préoccupations de son commerce, n'avait pas éprouvé cette détente du système nerveux, laquelle complète la guérison.

Dix jours après la congestion hémiplégique, cette fois sans cause appréciable, il fut saisi d'un accès de fièvre ataxique, avec frissons, tremblement des membres, pouls filiforme, etc. ; la chaleur du lit, des applications sinapisées, des onctions d'eau salée ammoniacale sur les membres firent cesser les accidents et reparaître la force, l'amplitude du pouls ; une sueur abondante se manifesta. Je prescrivis sur-le-champ un quart de lavement avec la décoction de quinquina et 4 grammes d'extrait de quinquina, et je recommandai de le continuer tous les jours, en y ajoutant seulement de l'extrait de valériane. Cette médication antipériodique fut administrée huit jours seulement et interrompue contre ma volonté. L'infirmier céda aux prières du malade, que les lavements ennuyaient et qui disait être parfaitement guéri.

Dix jours après le premier accès ataxique, une congestion violente se déclara à la tête, vers les tempes et spécialement vers le front ; de violents frissons furent ressentis et le pouls devint imperceptible. On se hâta de m'appeler, mais avant que je fusse prévenu et que j'eusse pu me rendre auprès du malade, il avait cessé de vivre ; l'accès n'avait duré qu'une heure.

Je ne pus obtenir la faculté de faire l'autopsie du malade, mais je pus constater la solidité de la cicatrice et la souplesse du ventre. La tumeur du testicule avait été ouverte avec le plus grand soin par M. Delore, chef de clinique chirurgicale, et M. Bouvier, élève interne ; elle avait encore 10 pouces de hauteur sur 3 1/2 à 4 de largeur, son enveloppe était composée de fibres épaisses, et l'intérieur était composé de noyaux fibro-cartilagineux dont quelques-uns étaient ramollis et commençaient à former du pus ; ces noyaux adhéraient entre eux par du tissu cellulaire ; en soumettant le tissu au microscope, on reconnut l'absence de la cellule cancéreuse, ce tissu présentait l'aspect de ce que les micrographes appellent enchondrome. J'avais remarqué que les points les plus excavés de la tumeur correspondaient au point du testicule étranglé.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Nouveau cas d'ablation totale de la mâchoire inférieure, exécutée avec succès,

Par M. le Dr Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

(*Note présentée à l'Académie des Sciences, le* 10 *août* 1857.)

Il y a quelques années à peine, l'ablation totale de la mâchoire inférieure était considérée comme une entreprise tellement dangereuse, qu'aucun chirurgien français n'avait osé l'aborder.

Outre les difficultés extrêmes dont son exécution semblait entourée, outre la crainte qu'inspirait le voisinage des vaisseaux carotidiens, on était persuadé qu'après cette mutilation, la lan-

---

dans les mines ; » « *pourquoi* c'est au pied des montagnes du côté du midi ou de l'orient, qu'on trouve les *métaux* ; » « la nature du feu, » etc., etc. ; puis il *déduit* les propriétés des êtres vivants ; il adopte la circulation, mais ce n'est là qu'un effet, il en dira la cause ; il fait du cœur une petite machine à vapeur à haute pression ; il sait le siége de l'âme, il prouve que c'est la glande pinéale ; etc., etc.

Et, je le repète, ce qui caractérise cette marche triomphante, c'est l'emploi exclusif de la déduction. Descartes procède comme le mathématicien ; et sa méthode lui paraît si sûre, qu'il n'éprouve non plus que le géomètre nul besoin de la vérification. Quand je démontre la valeur de l'angle inscrit, je veux bien condescendre au désir d'un enfant et vérifier l'exactitude de la figure ; mais cela n'ajoutera, ne diminuera rien à ma certitude, elle est absolue ; si le résultat n'est pas conforme, c'est qu'on s'y est mal pris, ou que le dessin est mal tracé. Eh bien, quand Descartes a construit le monde en suivant fidèlement sa méthode déductive, il s'inquiète aussi peu que le géomètre du résultat de l'expérience. Ainsi dans la quatrième partie de ses *principes*, après avoir donné sur les causes de l'attraction magnétique, une théorie aussi absurde qu'il soit possible d'imaginer même à cette époque (1), il se laisse aller, ce qui lui arrive rarement, à vérifier sa théorie. Ecoutez encore comment il s'exprime : « Toutes « ces choses suivent si clairement les premiers principes, que je ne « laisserai pas de juger qu'elles sont telles que je viens de le dire, « *quand bien même je n'aurai aucun égard aux propriétés qui peu-* « *vent en être déduites ;* mais j'espère maintenant faire voir que toutes « celles de ces propriétés que les curieuses expériences que les ad- « mirateurs de l'aimant ont pu découvrir jusqu'à présent peuvent si « facilement être expliquées par leur moyen que cela seul suffirait « pour persuader qu'elles sont vraies, encore qu'elles n'eussent point « été déduites des premiers principes de la nature (1). »

Ce mépris de l'observation éclate partout dans Descartes. Le P. Mersenne lui demande le meilleur moyen de faire des expériences. Il lui répond (2) que, sur ce point, il n'a rien à dire de mieux que

(1) Ayant admis que la matière des tourbillons forme certains petits corps cannelés, il déduit que le fer, l'aimant et la terre, vers leurs pôles, présentent de petits pores prêts à les recevoir ; ces molécules cannelées forment par leur mouvement incessant un tourbillon autour de ces corps. Quand on approche deux aimants jusqu'au contact de la sphère de leur tourbillon, il y a échange de corps cannelés, et ces molécules qui se meuvent en ligne droite ramènent dans leur direction l'axe des pôles de l'aimant par lesquels ils entrent et sortent. Si les aimants se rapprochent quand les pôles favorables au circuit se regardent, ce n'est point par véritable attraction, c'est seulement parce que la rapidité du tourbillon chasse l'air ; ce vide partiel rapproche les aimants ; un jeu contraire fait prévoir leur éloignement, etc.

(1) *Principes de philosophie*, 4e partie, n° 145.

(2) « Vous désirez savoir un moyen de faire des expériences utiles. A cela je « n'ai rien à dire après ce que Verulianus (Bacon) en a écrit, sinon que sans être « trop curieux à rechercher toutes les particularités touchant une matière, etc. »
(Lettre x de l'édit. de M. Cousin, an. 1831, ou *Panth. litt.*, Descartes.)

gue, privée de ses attaches antérieures, devait nécessairement se rétracter en arrière et produire la suffocation. On croyait surtout que, en supposant la guérison possible, une semblable mutilation devait laisser le malade dans un état déplorable, et le priver à jamais de la mastication et de la parole.

Telle était l'opinion générale à ce sujet, quand, en 1853, j'eus l'honneur de présenter à l'Académie une jeune fille à laquelle j'avais récemment pratiqué l'ablation totale de la mâchoire, et chez laquelle aucun des accidents dont nous venons de parler ne s'était réalisé.

Cependant, comme cette opération avait été faite en deux temps, on pouvait croire, à la rigueur, que cette circonstance avait pu neutraliser une partie de ses inconvénients et de ses dangers.

Mais en 1356, j'eus l'occasion d'exécuter de nouveau cette opération chez un jeune homme que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie.

Dans ce second cas, l'opération avait été prompte et facile; aucun accident n'était venu entraver la guérison. Le visage avait conservé sa forme régulière, la phonation était intacte, et grâce à l'ingénieux dentier construit par MM. Fowler et Préterre, ce jeune homme pouvait broyer facilement les aliments solides. (Il occupe aujourd'hui une position de contre-maître dans une usine, en Espagne.)

Le nouveau fait que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie n'ajoute rien d'important à ceux que je viens de citer, mais il les confirme d'une manière complète, et ces trois faits réunis forment un faisceau d'où l'on peut déjà déduire des conséquences pratiques du plus haut intérêt :

Ostéosarcome de la mâchoire inférieure. — Ablation totale de cet os avec conservation du périoste. — Guérison.

Le 23 juin 1857, une jeune fille de 18 ans, nommée Saumon (Mathilde), vint me consulter avec sa mère pour une tumeur volumineuse qu'elle portait à la mâchoire inférieure. Cette tumeur, dont l'origine, au dire de la malade, ne remontait qu'à dix ou onze mois, avait pris un développement rapide, elle envahissait déjà tout le côté droit de l'os maxillaire, jusques et y compris sa branche montante, et du côté gauche se prolongeait jusqu'au niveau de la première grosse molaire. Elle était le siége de douleurs lancinantes qui ne se répétaient toutefois qu'à d'assez longs intervalles (cinq ou six fois seulement par jour). Les dents étaient au complet, sauf la première grosse molaire gauche qui avait été arrachée. Les parties molles étaient parfaitement saines.

Après un examen approfondi de l'état des choses, je fus d'avis que l'affection de cette jeune fille avait son siége dans le tissu osseux lui-même; qu'elle appartenait à la classe des ostéosarcomes; qu'il y aurait dès lors inconvénient grave, sous le point de vue de la récidive, à ménager la petite portion d'os qui paraissait encore saine du côté gauche, et sur laquelle on ne pourrait, dans tous les cas, conserver que deux dents. En conséquence, je proposai la désarticulation complète de la mâchoire, ce qui fut agréé par les parents et la jeune fille.

Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Cette opération eut lieu le 30 juin 1857.

1° La malade étant soumise au chloroforme, je fis sur la ligne

---

Bacon (ce qui prouve, contrairement aux assertions de M. Pidoux, que les écrits du chancelier anglais étaient déjà connus sur le continent en 1631, c'est-à-dire *six ans avant* que parût le premier ouvrage de Descartes, son discours sur la méthode accompagnant sa *dioptrique* et sa *géométrie* (1637). Mais il ajoute « qu'il est impossible de ne « pas faire beaucoup d'expériences superflues et même fausses si on « ne connaît la vérité des choses *avant de les faire !!* »

Ainsi, Descartes qui n'a pas pour Bacon tout à fait autant de mépris qu'en affiche M. Pidoux, n'accepte pourtant l'expérience que comme moyen de vérification. Avant d'en faire, il faut savoir *la vérité des choses !!*

La même pensée est encore plus nettement exprimée dans une autre lettre au même (1637), au sujet des lois de la chute des corps graves, de leur retardement dans l'air, que Galilée découvre par l'expérience : « Je puis dire que ni Galilée, ni aucun autre, *ne peut rien* « déterminer touchant cela, s'il ne sait premièrement ce que c'est « que la pesanteur et les vrais principes de la physique (1). »

Certes, voilà des opinions bien malheureuses pour la gloire de Descartes; car, il faut en convenir, ce ne sont pas des points de détail, *c'est la base même* de la méthode cartésienne : — tirer de soi, de son propre esprit, les grands principes, la nature même des choses. Ces principes, qu'un Cartésien trouve d'une clarté évidente, seront les axiomes qui serviront à construire le monde, absolument et avec la même certitude qu'on construit un polyèdre. Trouvez d'abord en vous ce que c'est que la pesanteur; cela fait, déduisez les conséquences, et, la vérité ainsi connue, récréez-vous, si bon vous semble, à expérimenter!!!

Oh! ne craignez pas que ces observations de luxe, faites par un Cartésien, soient jamais assez impertinentes pour contrarier la vérité connue *à priori*. Voyez si toutes les expériences sur les aimants ne viennent pas confirmer docilement l'étonnante théorie des corps cannelés. Vous savez, ce Cartésien, non, ce philosophe grec qui, connaissant que le soleil se plonge dans l'onde amère, écoute vers le soir, et entend distinctement le bouillonnement des flots au contact du globe enflammé, c'est l'image exacte de l'expérimentation cartésienne avec son résultat obligé.

Dr Bertillon,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Lettre écrite en avril 1637, n° 73, t. III, édit. in-4°, ou *Panth. litt.*, n° 18, Descartes.

médiane de la lèvre inférieure une incision verticale qui pénétrait jusqu'à l'os.

2° Au moyen d'une scie à chaîne, je divisai l'os au niveau de la symphyse du menton, ce qui me permit de constater immédiatement l'exactitude de mon diagnostic relativement à la nature de l'affection.

3° Avec la pointe du bistouri, j'incisai longitudinalement les gencives en dedans et en dehors de l'arcade dentaire.

4° Laissant de côté tout instrument, je séparai rapidement le périoste avec le bout de mon doigt, puis, arrivé aux insertions des muscles masseter et ptérygoïdien interne, je les déchirai violemment, ainsi que les nerfs et vaisseaux dentaires.

5° Avec la pointe de mes ciseaux courbes, je coupai l'insertion du crotaphyte.

6° Enfin, par un mouvement brusque, j'arrachai l'os, en déchirant les ligaments articulaires et l'insertion du ptérygoïdien externe.

Ce premier acte de l'opération accompli, je procédai à la désarticulation du côté gauche, qui fut exécutée rapidement et suivant les mêmes principes.

Chose remarquable, après cette opération, je n'eus besoin de faire aucune ligature. Les artères dentaires, déchirées avec le doigt, ne donnaient pas une goutte de sang; les artères labiales, divisées par le bistouri, cessèrent de saigner aussitôt que j'eus rapproché les deux moitiés de la lèvre par la suture entortillée. La langue, retenue par ses insertions au périoste, n'eut aucune tendance à se porter en arrière. Les mouvements de la déglutition s'opérèrent dès le premier jour; enfin, aucun accident ne vint entraver la guérison qui, dès le quinzième jour, était complète.

Aujourd'hui, six semaines se sont écoulées depuis l'opération, le visage a recouvré sa forme et sa régularité, et sauf la mastication qui, en attendant l'application d'un dentier artificiel, ne s'opère qu'avec la langue, toutes les fonctions de la bouche s'exécutent comme si la malade n'avait pas subi d'opération.

Ainsi donc, voici trois faits d'ablation totale de la mâchoire inférieure, tous les trois suivis de succès, et tous les trois parfaitement exempts dans leur exécution, dans leurs suites et dans leurs résultats, de ces difficultés, de ces accidents et de ces difformités dont on s'était effrayé jusqu'alors. Aussi, croyons-nous pouvoir, sans témérité, tirer les conclusions suivantes :

1° L'ablation totale de la mâchoire inférieure peut être soumise à des règles précises;

2° Elle n'est ni plus difficile, ni plus dangereuse qu'un grand nombre d'opérations usuelles;

3° Elle n'entraîne aucune difformité grave :

4° Elle ne compromet aucune fonction importante;

5° Elle se prête parfaitement à l'application d'un dentier artificiel;

6° Elle mérite, à tous égards, de prendre rang dans la science à titre d'opération régulière.

Nous ferons remarquer que nos trois opérations ont été pratiquées d'après la méthode sous-périostique dont les principes, émis et développés par M. Flourens, trouvent chaque jour de nouvelles et précieuses applications dans la pratique chirurgicale, et nous n'hésitons pas à rapporter la plus grande part des heureux résultats de nos tentatives au soin que nous avons pris de nous conformer à ces principes.

Aucune autre méthode, en effet, n'aurait pu nous permettre une exécution si rapide et si sûre, aucune n'aurait pu nous mettre aussi complétement à l'abri de l'hémorrhagie, aucune, surtout, n'aurait permis de conserver à la langue et aux muscles inter-maxillaires un point d'appui aussi efficace. Sans compter qu'il n'est pas impossible qu'un nouvel arc osseux ne vienne à se former entre les deux lames intactes du périoste.

Description de la pièce anatomique.

La pièce anatomique représente la mâchoire inférieure tout entière, dépouillée de son périoste. Du côté droit, l'os est altéré dans toute son étendue, jusqu'au trou dentaire; à gauche, l'altération s'arrête à la première grosse molaire. — L'altération consiste dans la présence d'un tissu fibro-plastique, intimement mélangé avec les fibres osseuses, d'où résulte une sorte d'hypertrophie générale. Aucun noyau cancéreux n'a pu être reconnu avec le microscope.

Fig. 1. Portrait au daguerréotype, quatre semaines après l'opération.

Fig. 2. Mâchoire entière.

Fig. 3. Côté droit coupé dans sa longueur.

PHYSIOLOGIE.

GLUCOGÉNIE.

Notre jeune et distingué confrère, M. E. Pelouze, nous adresse la lettre et la note suivantes :

Paris, ce 6 août 1857.

Monsieur et très-honoré confrère,

N'ayant pas l'intention de faire une réclamation à l'Académie des Sciences, au sujet de la réponse faite par M. A. Sanson, à ma *Note sur la matière glycogène*, je serais heureux que mes observations pussent paraître dans le *Moniteur des Hôpitaux*, seul journal où ma note ait été donnée complète, grâce à la bienveillance de son rédacteur en chef.

Recevez, etc. Dr Eug. Pelouze.

En tout état de cause, notre devoir aurait été de publier la note de M. Pelouze; à plus forte raison sommes-nous heureux de nous rendre à un désir aussi gracieusement exprimé.

Matière glycogène.

Objections de M. Eug. PELOUZE à la réponse de M. A. Sanson.

Dans ma note sur la matière glycogène, je n'ai pas voulu envisager la question physiologique qui se rattache à la présence de cette substance dans l'organisme, évitant d'entrer en lice dans une discussion déjà si animée. Je me suis borné, étant donnée une matière évidemment nouvelle, à étudier ses propriétés et sa composition chimiques; puis, cet examen m'ayant démontré que la matière glycogène ne peut être retrouvée que dans le foie, j'ai dû combattre l'opinion de M. A. Sanson, qui prétendait la rencontrer dans les différents tissus et organes des animaux. M. A. Sanson était si positif à cet égard, dans son premier mémoire, que je n'ai pas cru qu'il fallût répéter ses expériences sur les mêmes animaux qui lui avaient servi. J'ai donc employé dans mes recherches, de préférence à tous autres, des animaux qui ne mangent pas de matières amylacées. Ceux qui n'étaient nourris que d'aliments sucrés, de lait ou de carottes, par exemple, m'ont paru remplir les conditions désirables; en les employant, je ne devais pas rencontrer dans leurs tissus de la dextrine qui, par l'analogie de ses propriétés avec celles de la matière glycogène, pouvait entraîner des confusions.

Ce que M. A. Sanson pouvait me reprocher jusqu'à un certain point, c'était de ne pas avoir répété son travail sur les mêmes animaux qu'il employait. La généralisation qu'il donnait à ses conclusions m'autorisait à expérimenter sur n'importe quel animal; j'avais le choix. En expérimentant comme je l'ai dit, j'ai obtenu une substance qui ressemblait, à s'y tromper, à la matière glycogène, et j'ai nié la transformation de cette substance en glucose, en indiquant dans ma note les expériences qui me permettaient de porter un tel jugement.

C'est à M. Cl. Bernard et à M. H. Bouley, d'Alfort, que revient l'honneur d'avoir trouvé de la dextrine dans les muscles et les organes des herbivores, en répétant, il est vrai, les expériences de M. A. Sanson, qui prenait cette dextrine pour de la matière glycogène. Est-ce là cette confirmation de son mémoire à laquelle fait allusion M. A. Sanson dans sa réponse? Ne joue-t-il pas aussi sur les mots quand il dit, en parlant de la matière qu'il retire des différents tissus : « Le point important est de savoir si cette matière est véritablement *glycogène ?* » — Si la dextrine se transforme en glucose sous l'influence de la diastase, cela veut-il dire que la dextrine soit de la matière glycogène?

Dans les conditions où opérait M. A. Sanson ce n'était ni la substance albuminoïde que j'ai indiquée, ni la matière glycogène qu'il rencontrait, mais bien de la dextrine. On comprend que ce n'est pas la transformation de cette dernière substance en glucose et la possibilité d'obtenir de l'alcool en faisant fermenter ce glucose que j'ai niées. Je n'ai parlé que de l'impossibilité de faire éprouver les mêmes transformations à la matière albuminoïde que je trouvais chez les animaux nourris comme je l'ai indiqué. Si j'ai dit que la *matière de M. A. Sanson* ne se transformait pas en glucose, c'est, je le répète, parce que M. A. Sanson affirmait que la matière que l'on retire des tissus animaux en général, en employant les procédés donnés par M. Cl. Bernard, était de la matière glycogène, et que la substance que j'obtenais n'en était pas.

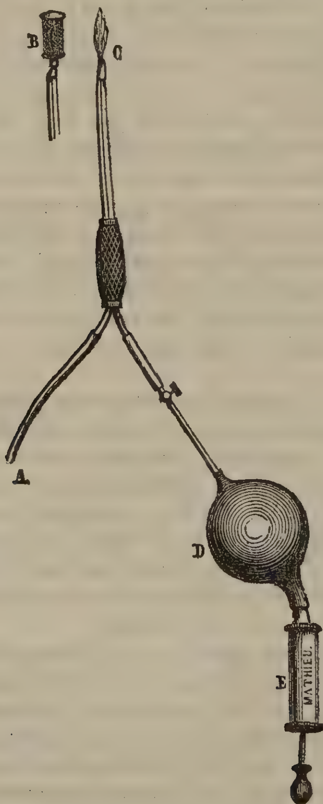
Quant aux conclusions physiologiques que M. A. Sanson tire de la présence de la dextrine, ou, comme il le disait antérieurement, de la matière glycogène, dans le sang ou les tissus des grands herbivores, je n'aborderai pas cette question qui sort du cercle où je me suis toujours renfermé.

Ce que j'ai voulu démontrer, c'est que la matière albuminoïde que j'ai obtenue des tissus d'animaux soumis à une alimentation sucrée, n'est pas susceptible d'être transformée en glucose, et que les échantillons d'alcool que possède M. A. Sanson ne peuvent être que le résultat de la fermentation du glucose qu'il obtenait en transformant la dextrine extraite par lui du sang et des tissus des grands herbivores.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 11 *août.*

Cautère. — M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau cautère actuel. Le procédé sur lequel est fondé cet appareil lui a été suggéré par M. Masson, professeur de physique au lycée Louis-le-Grand. Il consiste à chauffer une partie métallique au moyen du gaz hydrogène et d'un courant d'air. M. Mathieu a disposé son appareil, qui se compose d'une tige formée de deux tubes juxta-



posés et se terminant par une douille; l'un des tubes se trouve circonscrit par l'extrémité de ladite douille, qui elle-même correspond avec l'autre tube; on met un des tubes en communication avec un réservoir de gaz d'éclairage, et le deuxième tube avec un ballon en caoutchouc vulcanisé, préalablement rempli d'air au moyen d'une petite pompe, ou simplement d'un soufflet ordinaire. Une fois le gaz allumé, on ouvre le robinet de l'air, dont le jet projette la flamme comme celle d'un chalumeau, et chauffe à blanc un hémisphère en platine qui surmonte l'instrument. Ainsi conditionné, l'appareil a déjà fonctionné dans les mains de MM. les professeurs Nélaton et Jobert (de Lamballe); M. Nélaton a proposé de se servir de la flamme projetée, afin de cautériser sans entamer la peau; la disposition de cet appareil permet de réaliser cette idée.

M. Jobert (de Lamballe) a pratiqué hier à l'Hôtel-Dieu, avec le nouvel instrument, deux cautérisations du col de l'utérus.

M. le docteur Guérard, témoin des expériences de M. Mathieu, lui a conseillé de remplacer le gaz hydrogène par un liquide combustible et volatil, tel que l'éther; ce liquide peut être renfermé dans un flacon tubulé ou dans une boîte métallique contenant des éponges. Dans cette nouvelle disposition, il faut deux courants d'air, l'un qui arrive directement au bout de la tige, et l'autre qui traverse le liquide éthéré, dont il entraîne une partie.

L'appareil ainsi modifié fonctionne d'une manière plus complète qu'avec le gaz.

M. Mathieu passe ici sous silence quelques dispositions de détail, dont la description l'entraînerait trop loin; mais tel qu'il est, il a l'espoir que son nouvel instrument offrira aux praticiens des applications qu'il leur appartient de déterminer, et des avantages qu'ils apprécieront beaucoup mieux qu'il ne saurait le faire lui-même.

Réclamation. — M. L. Mathieu adresse à l'Académie la lettre suivante : « La réclamation de priorité faite par M. Poullien, relativement à ma canule à double courant que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie, m'oblige à entrer dans quelques détails pour éclairer la question en litige.

« L'idée première sur laquelle se basent nos deux instruments est due à l'honorable professeur, M. Cloquet; c'est là un fait incontestable.

« La canule à double courant de M. Poullien et la mienne reposent donc sur le même principe; mais elles diffèrent essentiellement en ce



que celle que j'ai fabriquée, sur les indications de M. le docteur Aran, est armée d'une tige-injecteur pouvant s'allonger ou se raccourcir à volonté. Cette nouvelle disposition permet ainsi de porter l'injection plus ou moins profondément, sans changer la position de la douille, qui oblitère complétement l'entrée vaginale, tout en faisant les fonctions de déverseur.

« Plusieurs chirurgiens, parmi lesquels je citerai MM. Blatin et Boinet, s'inspirant de la donnée de M. Cloquet, ont tenté, bien longtemps avant nous, d'opérer avec des irrigateurs à double courant; mon nouvel instrument n'est qu'un perfectionnement apporté à tous ces essais, perfectionnement que je soumets à l'appréciation de l'Académie. »

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Concours pour la place de chef des travaux anatomiques à la Faculté de Montpellier. — Ce concours a eu le résultat suivant :

Au premier tour de scrutin, M. Moutet a obtenu 4 voix; M. Jacquemet en a obtenu 4 : *égalité.*

On procède à un second tour de scrutin, qui donne : à M. Moutet, 4 voix; à M. Jacquemet, 4 : *égalité.*

Un dernier tour de scrutin a pour résultat : pour M. Moutet, 4 voix; pour M. Jacquemet, 4 : *égalité.*

Le Président déclare avoir voté pour M. Jacquemet. En conséquence, M. Jacquemet est nommé chef des travaux anatomiques.

(*Ann. de clin. de Montpellier.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Notice sur les eaux thermales sulfuro-salines de St-Gervais en Savoie, par le Dr J.-F. Payen. In-8°. — **Carte topographique des environs des bains,** par le même. Une feuille in-f°. Paris, chez Jannet, rue Richelieu, 15.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 99. 5e année. Mardi 18 Août 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.

RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 17 août 1857.

De l'application du traitement hydrothérapique aux militaires atteints de fièvre intermittente.

« Ceci est d'un grand intérêt pour les hôpitaux militaires. »
(Napoléon III.)

« M. Fleury a raison sur tous les points. »
(Le Maréchal Saint-Arnaud.)

C'est par la volonté de l'Empereur, en 1852, et par l'initiative du maréchal Saint-Arnaud, alors ministre de la guerre, en 1853, que fut soulevée la question de l'application du traitement hydrothérapique aux militaires atteints de fièvre intermittente.

Mis en demeure, par le Conseil de santé des armées, de justifier une auguste confiance et de prouver que le maréchal Saint-Arnaud ne se trompait pas en me donnant « *raison sur tous* « *les points,* » je me devais à moi-même d'épuiser un débat qui intéresse également la science, l'humanité et l'administration.

Le débat scientifique est terminé, et, conformément à mes prévisions, la vérité n'a rien perdu à triompher tard. L'opinion publique a prononcé un arrêt définitif, qui place la médication hydrothérapique des fièvres intermittentes au nombre des plus belles et des plus utiles découvertes de la thérapeutique.

Le débat administratif dure encore, et c'est dans l'intérêt de l'humanité que je veux tenter un dernier effort.

Que le Conseil de santé des armées se rassure toutefois ; je ne viens plus discuter la valeur de ses arguments ; je ne viens plus demander l'introduction de l'hydrothérapie dans les *hôpitaux militaires.* Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, je m'en réfère avec confiance au temps. Déjà l'hydrothérapie a conquis sa place dans les hôpitaux civils ; la force des choses l'introduira, à son heure, dans les hôpitaux militaires.

Cédant aux pressantes sollicitations d'un grand nombre d'officiers de tous grades, je demande simplement aujourd'hui :

Que les officiers qui sont dans le cas d'être traités par l'hydrothérapie, et qui, de l'aveu de M. Bégin, « sont libres de se faire traiter par un médecin de leur choix, » puissent être envoyés à Bellevue, munis de congés de convalescence *avec solde entière,* conformément aux usages adoptés pour certaines eaux thermo-minérales ;

Que des officiers ne soient plus contraints de recourir à des subterfuges qui répugnent à leur loyauté ; de solliciter, par

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Les bottes du père Bourri.... — Soleil couchant. — Un *lapsus* du *Figaro.* — Le malade qui n'a pas d'opinion. — Nouvelles propriétés chimiques de l'acide sulfurique. — Un dentiste visible nuit et jour.

J'ai lu, dans une chronique attribuée à Jean des Entomeurs, une légende fantastique intitulée : LES BOTTES DU PÈRE BOURRI...., lequel fut médecin en son temps; je ne saurais dire l'âge de cette légende ni le temps où vivait le père Bourri....; dans le manuscrit, il y a un pâté sur les dates. Je ne saurais non plus affirmer que le héros de cette histoire se nommât véritablement Bourri.... de père en fils, car l'auteur, dans un court préambule, donne à penser que sa malice sournoise et son entêtement asinaux ont bien pu lui servir de parrains. Mais cela nous importe peu, et il suffira, j'en suis sûr, aux lecteurs du feuilleton, qu'il ait été médecin pour qu'ils s'intéressent à ses bottes.

I

Il était une fois un pauvre malheureux médecin qu'on appelait le père Bourri.... ; au physique, certaines gens lui trouvaient l'aspect *crétinoïde,* mais il y avait une telle concordance entre son physique et son moral, qu'il eût été véritablement injuste de ne pas admirer un si parfait accord. Ce pauvre homme n'avait pour toutes ressources que cinquante pauvres mille livres de rentes et le produit de sa clientèle ; c'était bien peu de chose pour vivre. Aussi, comme il ne possédait ni enfants, ni chiens, ni chats, ni poules, comme il ne s'était point chargé de nourrir les malheureux de son quartier, on comprend qu'il était obligé de s'imposer les plus grandes privations, et de se refuser même le nécessaire, afin de ne pas être réduit à la besace; et puis, on a beau avoir cinquante mille livres de rente et une grosse clientèle, on peut tomber malade tout comme un autre, et se trouver dans l'embarras si l'on n'a pas quelques petites économies devant soi.

II

Le pauvre homme se menait donc la vie bien dure; il s'était habitué de bonne heure à se priver, autant que possible, des choses coûtant de l'argent. Il traitait de dissipateurs et plaignait du fond de son âme les confrères qui ne rougissaient pas de s'acheter une montre, surtout une montre à secondes; il avait toujours su échapper à la contagion

exemple, un congé de convalescence à destination de Vichy, de se rendre dans cette localité pour y faire viser leur arrivée, d'en repartir le lendemain pour venir se faire traiter à Bellevue, et de retourner à Vichy, à l'expiration de leur congé, pour y faire constater leur départ;

Qu'un officier ne soit plus mis dans le cas de m'écrire :

« Il y a quelques jours seulement que je connais vos recher- « ches sur l'hydrothérapie; *je le dois à la* CONFIDENCE *d'un* « *médecin militaire, qui m'a engagé*, EN SECRET, *à me pro-* « *curer votre livre*. Je n'hésite plus, depuis que je connais vos « nobles et infructueux efforts, faits auprès de l'autorité mili- « taire, pour faire bénéficier l'armée de vos belles découvertes « touchant le traitement de la fièvre intermittente. Je vais de- « mander, à la revue du général, un congé de convalescence de « trois mois; MAIS, POUR OBTENIR SOLDE ENTIÈRE ET MÉNAGER « LES SUSCEPTIBILITÉS, *je le demanderai pour une ville du* « *Midi, et je m'arrêterai à Bellevue.* »

Je demande :

Que les médecins militaires soient informés qu'ils peuvent conseiller *officiellement* l'hydrothérapie sans compromettre leur avancement;

Qu'un *médecin principal de l'armée* n'en soit plus réduit à m'écrire :

« Je devais vous adresser une note sur les résultats obtenus « dans mon hôpital par les moyens hydrothérapiques dont je « fais usage, surtout depuis la lecture de votre excellent ou- « vrage; mais le mauvais vouloir opposé par le Conseil de santé « aux bonnes intentions du maréchal Saint-Arnaud, a fait naître « dans mon esprit une crainte très-sérieuse. Le susdit Conseil « pourrait fort bien se formaliser de mon travail, et m'envoyer « hydrothérapier nos soldats.... en Chine. Je remets en consé- « quence, l'exécution de ma promesse à des temps meilleurs. »

Je demande, enfin :

Que les médecins militaires soient autorisés à suivre l'exemple qui leur a été donné par le médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon, dans la pièce suivante :

Hôpital militaire de Toulon.

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE.

Nous soussigné, officier de santé en chef de l'hôpital militaire de Toulon,

Certifions que M. Dezon, aide-major de 1re classe au 59e de ligne, est atteint de fièvre intermittente rebelle, contractée en Afrique, contre laquelle ont échoué le sulfate de quinine, l'acide arsénieux, les toniques et les eaux de Vichy, prises pendant la première saison de 1856.

En conséquence, nous estimons que les accidents ci-dessus relatés ont pour résultat le besoin d'un congé de convalescence de trois mois, avec solde entière; congé que cet officier de santé passera dans l'établissement hydrothérapique de Bellevue.

Toulon, le 14 septembre 1856. *Signé :* SECOURGEON.

A ces demandes sera-t-il fait droit? Je l'ignore.

« Vous poursuivez une singulière campagne, me disait, il y a « peu de temps, M. le duc de Bassano; des efforts et des offres « d'un rare désintéressement sont accueillis comme d'importunes « sollicitations de faveurs imméritées ! »

Il en sera peut-être encore ainsi, et je m'en consolerais aisément si l'humanité ne devait pas en souffrir.

Je regrette d'être obligé de déclarer, en terminant, et pour répondre à certaines insinuations, que parmi les militaires qui, depuis onze années, sont venus réclamer de moi le secours de l'hydrothérapie, beaucoup ont reçu un traitement externe gratuit, et que, pour plusieurs autres, j'ai tenu compte à l'établissement de Bellevue de frais de pension, qui s'élèvent, aujourd'hui, à plus de 20,000 francs. J'ajouterai, et cette fois avec bonheur, que *tous ceux de ces malades qui étaient atteints de fièvre intermittente ont été guéris;* — TOUS, *sans aucune exception.*

LOUIS FLEURY.

Nouveaux faits de fièvres intermittentes rebelles guéries par les douches froides,

Par le Dr L. FLEURY,

Agrégé honoraire à la Faculté de Médecine, médecin de S. M. l'Empereur.

« Eh bien!... qu'en pensez-vous ? » disait, au mois de janvier, un mien ami à M. le docteur Riboulet, secrétaire du Conseil de santé des armées, en lui montrant un certain numéro du *Moniteur des Hôpitaux* (1).

« Sans doute..., lui fut-il répondu, je ne dis pas non... Il y a « peut-être quelque chose à faire... MAIS, *sur les trois ma-* « *lades, dont M. Fleury produit les observations, il n'y a* « *qu'un seul militaire !* »

(1) *Monit. des Hôp.*, numéro du 25 novembre 1856.

---

de ce mauvais exemple, et se contentait d'un sablier de quinze sous pour explorer le pouls de ses malades. Jamais il n'avait franchi le marche-pied d'une voiture, jamais il n'avait donné même trois sous au conducteur d'un omnibus.

III

Pour satisfaire aux exigences d'une grande clientèle, il usait, on le comprend, beaucoup de chaussures. C'était pour lui un grand sujet de douleur; mais, à moins de marcher sur les mains, ce qui n'eût pas été décent pour un médecin, il fallait bien se résigner à user des bottes. Il s'y résignait donc, non sans de gros soupirs, et les achetait AU RENARD BLEU, rue Guérin-Boisseau, établissement connu de Paris à Limoges pour la solidité, sinon pour l'élégance de ses produits. Aussi, qu'elles étaient belles les bottes du père Bourri....! comme on les regardait! comme on les entendait quand elles résonnaient dans le lointain sur le pavé de la rue! lorsqu'une fois on s'était habitué au bruit de ces bottes-là, on pouvait distinguer le pas d'un cheval de celui d'un Auvergnat.

IV

Un jour, l'interne du père Bourri.... remarqua, avec une surprise bien légitime, que son patron avait pour chaussures deux bottes du pied droit. Quel mystère! En ce temps-là, on était en hiver; le père Bourri.... avait deux lieues à faire pour se rendre à son hôpital; il devait, pour arriver à sept heures, se lever longtemps avant le blond Phœbus, et on savait qu'il n'était pas homme à brûler inutilement de la chandelle pour faire sa toilette. On mit ce jour-là l'erreur de bottes sur le compte de l'obscurité.

Mais, se demandait-on, comment a-t-il pu entrer dedans? il a dû terriblement pousser.

V

Le lendemain et les jours suivants, la stupéfaction fut à son comble, lorsque l'on vit le phénomène passer à l'état chronique et le maître ne plus chausser que des bottes faites pour le pied droit.

— Grand Dieu, disait-on, comme il doit pousser!

Après son départ, internes, externes, roupions, infirmiers et infirmières se réunissaient pour chanter d'un air sombre et sur un air connu :

Quel est donc ce mystè-re?
Bientôt j'espè-re,
Qu'un Dieu prospè-è-re
Nous le révé-é-le-ra.

Les jours passaient et le mystère ne se révélait pas. Enfin....

L'OBJECTION me fut transmise, et j'en conçus une grande joie!

« Mon triomphe est assuré, m'écriai-je, si, après avoir dé-
« montré que les douches froides font aussi bien justice des
« *fièvres africaines* que des *fièvres parisiennes*, je n'ai plus,
« pour convaincre messieurs du Conseil, qu'à prouver que les
« douches froides guérissent les *fièvres militaires* non moins
« sûrement que les *fièvres civiles!* »

Mon espoir n'a pas tardé à être réalisé. Depuis mon dernier article, trois nouveaux malades, atteints des fièvres intermittentes les plus graves et les plus rebelles, sont venus à Bellevue réclamer le secours de l'hydrothérapie; tous ont été guéris, et, sur ces *trois malades* l'on compte.... *deux militaires et demi.*

Pour le coup, la solution du fameux « *problème véritable* » de M. Bégin n'est pas loin d'être atteinte!... Il ne s'en faut plus que de la moitié d'un militaire! Et le contempteur des fièvres civiles!... qu'en dira-t-il? — N'est-ce point le cas de lui demander :

Es-tu content, Coucy?

Voici ces trois observations :

OBS. I. — *Fièvre intermittente contractée en Afrique en 1851. — Accès irréguliers. — Congestion rénale et hématurie accompagnant chaque accès. — Albuminurie. — Cachexie grave. — Inefficacité du sulfate de quinine, de l'acide arsénieux, du quinquina, du fer, des amers, etc.*

Hôpital militaire de Valenciennes.

CERTIFICAT DE CONTRE-VISITE.

« Nous soussignés, officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Valen-
« ciennes,

« Certifions que M. Lallement (Jules-Philippe), natif de Brandeville, dépar-
« tement de la Meuse, âgé de 38 ans, vétérinaire en premier au 4e régiment de
« cuirassiers, est atteint d'anémie et d'ébranlement profond du système nerveux,
« suite de fièvre d'accès d'origine paludéenne, qui, depuis cinq ans, a résisté à
« toutes les médications rationnelles qui ont été mises en usage.

« L'expérience a démontré que l'action du froid impressionne très-défavora-
« blement cet officier, et congestionne, parfois, assez fortement les organes pour
« compromettre l'existence par asphyxie.

« En conséquence, estimons que les accidents ci-dessus relatés ont pour ré-
« sultat le besoin d'un congé de convalescence de trois mois, à passer dans les
« pays chauds, et devant entraîner un traitement dispendieux pour cet officier.

« Valenciennes, le 26 janvier 1857. *Signé :* DUSSEUIL, A. VARLET. »

Le 31 *janvier*, M. Lallement venait à Bellevue réclamer le secours de l'hydrothérapie, et il nous donnait sur sa maladie les renseignements écrits suivants :

Arrivé en Afrique le 30 novembre 1843, M. L.... ne tarda point à payer sa dette au climat. L'année suivante, pendant l'expédition du Maroc, il fut atteint de diarrhée rebelle et entra à l'hôpital de Tlemcen, le 10 juillet 1844. La diarrhée se compliqua d'une affection du foie avec ictère très-prononcé. Pendant quarante jours de séjour à l'hôpital, plusieurs applications de sangsues furent faites sur la région hépatique et eurent pour résultat une amélioration notable, mais M. L.... ne fut complétement guéri qu'à la suite d'un voyage sur mer, qu'il fit vers la fin de 1844, pour se rendre à Alger.

De 1845 à 1850, M. L.... habita presque constamment Alger; sa santé fut toujours très-bonne et ne fut troublée que par un accès de fièvre ayant été, en 1849, le résultat d'une seule nuit passée dans la plaine de la Mitidja. Le lendemain, et pendant trois jours de suite, du sulfate de quinine fut administré à la dose de 1 gramme, et aucun autre accès n'eut lieu.

En 1851, du 15 août au 3 décembre, M. L.... fit, dans la Kabylie, une expédition, pendant la durée de laquelle il fut soumis à de grandes fatigues et exposé à de nombreuses vicissitudes atmosphériques, passant d'une extrême chaleur à un froid très-vif. En octobre et novembre, des pluies torrentielles amenèrent une excessive humidité.

A cette époque et à la suite d'une journée de pluie, M. L...., exténué de fatigue, de faim et de froid, fut saisi tout à coup d'un tremblement général, de claquement de dents et d'une sorte de syncope. Des aliments et un bon feu de bivouac dissipèrent ces accidents, et pendant les jours suivants M. L.... ne ressentit plus rien.

Environ quinze jours après sa rentrée à la garnison, c'est-à-dire vers le 20 décembre 1851, M. L.... éprouva, pour la première fois, les symptômes de la maladie qui depuis cette époque ne l'a plus quitté. Il survint brusquement un malaise général, une forte courbature et des douleurs atroces dans la tête. Un médecin fut appelé et rattacha les accidents à un accès pernicieux. Les accidents cérébraux menaçant de devenir très-graves, l'on pratiqua une abondante saignée, et vingt sangsues furent appliquées à l'anus. Le lendemain, un éméto-cathartique fut prescrit, et le sulfate de quinine termina le traitement.

Un nouvel accès eut lieu, sans cause déterminante appréciable, dans le courant du mois de janvier 1852, et M. L.... entra à l'hôpital de Blidah, dans le service de M. le docteur Salleron. La maladie fut envisagée comme une *fièvre rémittente avec accès irréguliers et engorgement des viscères abdominaux.* Pendant trente ou quarante jours, l'on eut encore une fois recours aux purgatifs, aux vomitifs, au sulfate de quinine, et au bout de ce temps M. Salleron conseilla au malade de quitter l'Algérie pour n'y plus revenir, et de rentrer en France au moyen d'un congé de convalescence de trois mois.

M. L.... s'embarqua à Alger le 20 mars 1852 et arriva le 27 à Paris.

VI

[Ici le savant Jean des Entomeurs entre dans les détails les plus précis sur les cinquante-trois moyens qui furent inutilement mis en œuvre pour pénétrer cet arcane; je les passerai sous silence, aussi bien que le cinquante-quatrième qui fut couronné de succès, parce que la narration de ces tentatives forme deux volumes in-folio qui pourraient faire longueur dans notre récit. Je saute donc immédiatement au dernier chapitre de la légende qui donne le mot de la charade.]

VII

.... Il fut donc reconnu que le père Bourri...., à la suite d'un léger ramollissement cérébral, traînait le pied gauche et usait la botte de ce côté beaucoup plus vite que celle du pied droit, de sorte qu'un jour il se trouva à la tête de quarante-deux bottes du côté droit veuves de leurs sœurs, et....... voilà comment il se fait que, pendant quatre ans, le père Bourri.... n'en porta pas d'autres.

***

Le jour de la distribution des prix, M. Le Verrier se rendait à la Sorbonne dans son riche équipage, avec cocher et laquais en riche livrée largement galonnée *d'or!* Le maître, majestueusement étendu sur ses moelleux coussins, ne songeait même pas qu'il pouvait éclabousser des pauvres diables d'illustres savants qui se rendaient à pied à la cérémonie. *Quantum mutatus ab illo...* Il y a vingt ans, aurait-il pu monter sur un omnibus? Ceci prouve que le télescope est une véritable corne d'abondance, quand on sait le prendre du bon côté.

Deux savants (appartenant à cette classe qui n'a jamais su se faire donner ni une sinécure un peu rétribuée, ni une simare, ni un frac brodé, ni une souquenille, ni des titres, ni rien de rien), cheminaient pédestrement et furent troublés dans leur conversation par le bruit du splendide carrosse.

— Voyez donc! dit l'un, comme il brille!

— Oui, dit l'autre, comme un soleil couchant.

***

Figaro, dans son dernier compte rendu du salon de peinture, en parlant d'une classe d'artistes qu'il appelle les *percolateurs*, termine son article en ces termes :

« Je n'en dirai pas plus long sur les rouages et les produits des
« *percolateurs*. Cela regarde M. Louis Figuier, le feuilletoniste in-
« dustriel de *La Presse.* »

Industriel! ah! monsieur *Figaro*, permettez-moi de vous le dire, mais vous faites entre la science et l'industrie une confusion bien impertinente.

Le même jour, ayant été saisi le matin par le froid, il éprouva, pour la première fois, un ensemble de symptômes qui, inconnus jusqu'alors, se sont reproduits, depuis cette époque, un grand nombre de fois, et caractérisent la maladie dont il est atteint. Ces symptômes furent ceux d'un accès fébrile très-nettement dessiné.

Sensation de froid très-intense, frisson, tremblement général, claquement des dents, pandiculations, douleurs dans les cuisses et les mollets. A cette période algide succéda une violente réaction, accompagnée d'une soif très-vive et de violentes douleurs de tête. Enfin, sueur tellement abondante, qu'après avoir mouillé plusieurs chemises et les draps du lit, elle finit par traverser le matelas d'outre en outre.

Le malade ayant uriné vers la fin de l'accès, on s'aperçut que « *l'urine était fortement colorée en noir et ressemblait à du sang veineux.* »

Depuis CINQ ANS, ces phénomènes se sont reproduits un grand nombre de fois, et en particulier *toutes les fois que M. L.... a été exposé au froid et à l'humidité, leur violence étant dans un rapport direct avec l'intensité et la durée de l'influence atmosphérique. La plus légère sensation de froid aux pieds et aux mains suffit pour modifier la couleur de l'urine.* Il n'y a jamais eu d'exception à cet égard.

Les intervalles qui, depuis cinq ans, ont séparé les accès les uns des autres, ont varié à l'infini. En été, il est arrivé à M. L.... de ne rien ressentir pendant plusieurs mois; en hiver, les accès ont été souvent quotidiens ou même bi-quotidiens.

Avec le temps, les phénomènes fébriles ont diminué peu à peu d'intensité; mais que les accès soient forts ou faibles, *ils sont toujours accompagnés de l'émission d'une petite quantité d'urine présentant les caractères qui ont été indiqués.*

Pendant l'été de 1853, étant à Lyon, et après avoir subi plusieurs accès violents, après avoir épuisé sans aucun succès l'action des vomitifs, des purgatifs et du sulfate de quinine, M. L.... fut soumis par M. le docteur Rapou au traitement arsénical (*liqueur de Fowler et acide arsénieux*), mais il fallut suspendre la médication au bout de deux mois, les intestins ne voulant plus la tolérer.

M. L.... était alors dans un grand état de débilité; il éprouvait des maux de tête continuels; l'appétit était nul ou dépravé. M. le docteur Brau conseilla le sous-carbonate de fer, l'usage de bon vin, des viandes rôties et grillées, un exercice régulier et gradué. Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora notablement.

Au mois d'octobre 1854, M. L.... vint tenir garnison à Toul; il employa tous les moyens imaginables pour se préserver du froid, mais il ne put éviter de nombreux accès, que l'on combattit, sans succès, par le sulfate de quinine, le vin et l'extrait de quinquina; le malade tomba dans un épuisement complet, ne pouvant plus supporter la moindre fatigue sans être essoufflé et sans avoir de violentes palpitations. Au mois de février 1855, on jugea nécessaire de l'envoyer à Hyères pour y devancer le printemps, et à la fin de mai M. L.... rejoignit son régiment, se trouvant dans un état de santé assez satisfaisant.

Au mois de septembre 1855, les mêmes accidents se reproduisirent; nouveau départ pour Hyères en février 1856; même résultat.

Au mois de septembre 1856, retour des accès. Au mois de novembre, M. L.... entre à l'hôpital militaire de Valenciennes. L'on comprend, cette fois, que l'action des *médicaments fébrifuges* est épuisée, et l'on s'adresse à l'hygiène. Le malade reste enfermé dans une vaste chambre dont la température est maintenue constamment à $+ 17°$ centigr.; il est soumis à un régime analeptique, et l'on pratique, tous les jours, des frictions sèches énergiques sur tout le corps.

Trois mois de ce traitement n'amenèrent aucun résultat favorable. M. L.... m'écrivait à la date du 10 janvier 1857 :

« Je suis toujours aussi sensible au froid; mon urine devient tou-
« jours noire sous l'influence de la plus légère impression frigorifique;
« en un mot, je ne suis pas guéri, et il est temps que cet état de
« choses finisse, car il brise ma carrière et compromet mon existence...
« Que faire? — « *C'est une affaire de temps et de régime*, me dit-on,
« *changez de climat et espérez....* » — Je n'espère plus qu'en vous, et
« je viens vous demander si vous pensez que mon affection soit sus-
« ceptible de céder à un traitement hydrothérapique. »

Comme nous l'avons dit, le 31 janvier 1857, M. L.... arrivait à Bellevue, et, le soir même, il y éprouvait un violent accès.

Etat actuel. — Taille $1^m,63$. Poid du corps, 62 kilos 1/2. Constitution très-robuste, tempérament sanguin. Aspect cachectique des plus prononcés; amaigrissement, peau sèche et rugueuse, teint jaune-grisâtre, terreux; facies profondément altéré. La plus légère sensation de froid au visage donne aux joues et aux pavillons des oreilles une coloration violacée, qui devient complétement noire lorsque l'action frigorifique est intense ou prolongée, et qui imprime à la figure un caractère très-singulier. M. L.... qui, plusieurs fois, a craint de voir ses oreilles « *tomber en gangrène* » les protége, lorsqu'il sort de sa chambre, par une espèce de bandeau en taffetas noir et ouaté.

Sensibilité excessive au froid atmosphérique, malgré une accumulation de flanelle et de vêtements chauds; prostration considérable des forces musculaires; le malade ne marche qu'avec peine. Appétit nul ou dépravé, digestions laborieuses; constipation habituelle. Le plus léger exercice provoque de l'essoufflement et des palpitations. Des douleurs rhumatismales et névralgiques ambulantes, erratiques, très-variables dans leur intensité et leur durée, se font souvent sentir en différents points du corps et, surtout, dans le côté gauche de la face.

L'examen le plus attentif des poumons, du cœur, *du foie, de la*

* * *

Il y a des gens qui ne peuvent se décider à assumer la responsabilité d'une opinion.

Je fus appelé il y a deux jours, près d'un malade âgé d'environ 40 ans, que j'interrogeai devant sa mère. La bonne dame m'aidait autant que possible de ses renseignements; après plusieurs autres questions, je demandai au malade :

— Êtes-vous constipé?

— Constipé?.... Répondez donc, ma mère, monsieur demande si je suis constipé.

* * *

Lorsque les grands journaux se mettent à faire preuve d'ignorance, ils ne font pas les choses à demi. J'ai lu dans un journal du 8 l'histoire qui suit :

« Un incendie dû à une cause assez singulière s'est manifesté hier
« chez un parfumeur du faubourg Saint-Martin. »

Singulière! vous pourriez bien dire une cause merveilleuse, et personne n'aurait trouvé le mot risqué.

« L'on avait emmagasiné dans une remise une certaine quantité
« de touries remplies d'acide *sulfurique.* »

Remarquez bien, D'ACIDE SULFURIQUE.

« L'une de ces touries ayant été rompue, son contenu se répandit
« jusque sur le pavé de la cour, où il se *volatilisa promptement.* »

Voilà un acide sulfurique d'une légèreté bien coupable; mais écoutez le plus joli de l'histoire :

« En ce moment passait de ce côté un employé de la maison, *te-*
« *nant une cigarette allumée à la main*; LA VAPEUR du liquide SUL-
« FURIQUE *ne fut pas plutôt en contact avec la cigarette*, QU'ELLE
« FIT EXPLOSION, et au même instant une immense nappe de feu
« envahit le magasin et embrasa une partie des marchandises qui y
« étaient renfermées. Peu après, les autres touries, remplies égale-
« ment *d'acide sulfurique* et chauffées par les flammes, éclatèrent et
« fournirent un nouvel et dangereux aliment à l'incendie, qui de-
« vint, etc., etc. »

Voyez-vous l'*acide sulfurique* transformé en un *gaz inflammable*, qui va chercher une cigarette dans la main de ce brave employé pour mettre le feu à la maison!!

Il faut véritablement qu'on lui ait fait des choses bien fâcheuses, pour qu'il se soit porté à des extrémités si éloignées de son caractère.

Il est à regretter qu'on ait éteint un pareil incendie, car, en raison de la cause, on aurait dû le conserver comme une des choses les plus merveilleuses qu'il soit possible de voir.

rate et du tube digestif ne révèle aucune lésion de ces organes.

Les urines n'ont pas été, jusqu'à présent, l'objet d'une attention particulière; elles n'ont jamais été analysées. L'on comprendra qu'il n'en a plus été de même à Bellevue.

Le matin et le soir, les urines, au moment de l'émission, sont parfaitement limpides, peu colorées et présentent leur degré normal d'acidité. Elles marquent au densimètre 102; si on les traite par la chaleur et par l'acide azotique, on constate qu'elles contiennent en proportion considérable: 1° une certaine quantité d'albumine proprement dite; 2° une quantité plus abondante d'albumine caséiforme.

Lorsqu'un accès a eu lieu, l'urine expulsée immédiatement après présente une coloration qui varie du rougeâtre au noir, suivant le degré d'intensité de l'accès; la coloration étant d'autant plus foncée que celui-ci a été plus violent et plus long. L'analyse démontre que cette urine contient: 1° les matières albuminées précitées, mais en quantité plus considérable, surtout quant à l'albumine caséiforme; 2° une matière colorante organique, qui n'est autre chose que la matière colorante du sang.

L'urine expulsée dans la seconde émission qui suit l'accès présente ordinairement la couleur du vin de Madère; la matière colorante ne s'y trouve plus qu'en très-petite quantité. L'urine de la troisième émission est semblable à celle qui est rendue le matin et le soir.

Ces analyses ont été répétées plusieurs fois; elles ont toujours donné les mêmes résultats, et ceux-ci ont été constatés également par mes collègues et amis, MM. Mialhe et Gubler.

Malgré l'albuminurie, il n'existe pas, et il ne s'est jamais manifesté, d'œdème en aucun point du corps.

Les accès sont irréguliers et d'une intensité très-variable. M. L.... est convaincu que l'intermittence ne joue plus aucun rôle dans la manifestation des accidents fébriles, et que ceux-ci se développent exclusivement sous l'influence du froid atmosphérique. Nous reviendrons plus loin sur cette question, l'une des plus intéressantes parmi toutes celles que soulève cette remarquable observation.

Le traitement hydrothérapique est commencé le 1er *février*. — *Douches générales et bi-quotidiennes, en pluie et en jet; l'une à huit heures du matin, l'autre à quatre heures et demie du soir.*

5 *février*. Les douches sont bien supportées; la réaction se fait bien, si ce n'est aux pieds et aux mains, qui ne se réchauffent que très-difficilement.

Chaque jour, après le déjeuner, vers onze heures, M. L.... a senti ses pieds se refroidir, un léger accès fébrile s'est manifesté et a duré jusque vers trois heures de l'après-midi. L'urine rendue vers deux heures a présenté, chaque fois, la couleur d'une infusion concentrée de café.

M. L.... attribue exclusivement ces accès à ce que, pendant le déjeuner, ses pieds se refroidissent.

Mais le déjeuner a lieu dans une salle à manger très-bien chauffée; le dîner est opéré dans les mêmes conditions que le déjeuner, et cependant il n'y a pas d'accès le soir; je n'accepte pas complétement l'opinion de M. L.... et pour élucider la question autant que faire se pourra, nous convenons qu'un cruchon rempli d'eau bouillante sera placé sous les pieds du malade pendant le déjeuner.

10 *février*. Malgré la présence du cruchon, un accès a eu lieu chaque jour vers onze heures et demie; les caractères de l'urine sont restés les mêmes, et les convictions de M. L...., touchant l'action pyrétogénétique du froid, sont quelque peu ébranlées.

« La réaction aux pieds et aux mains se fait un peu mieux. La « douche du soir est supportée avec plaisir et suivie d'une sensation « de bien être; l'appétit est plus vif, la digestion meilleure; la cons- « tipation semble vouloir disparaître. La teinte du visage est moins « plombée, le sommeil moins agité (1). »

L'amélioration survenue dans l'état général de M. L.... m'engage à faire continuer le traitement en suivant les mêmes errements.

16 *février*. L'état général s'est encore notablement amélioré, mais des accès quotidiens ont encore eu lieu; bien qu'ils aient été moins intenses que les précédents, que la coloration de l'urine ait été moins foncée, je pense qu'il faut tenter de couper la fièvre en ramenant le traitement aux conditions méthodiques que j'ai établies, et je le modifie de la manière suivante:

Demain 17, la douche du matin, au lieu d'être administrée à huit heures, sera donnée à un moment beaucoup plus rapproché de l'invasion des accès, c'est-à-dire à dix heures et demie, et le malade ne déjeunera qu'à midi.

18 *février*. « IL N'Y A PAS EU TRACE D'ACCÈS HIER, ET L'URINE EST « RESTÉE NORMALE, QUANT A SA COULEUR, PENDANT TOUTE LA JOUR- « NÉE. »

19, 20, 21, 22 *février*. *Pas d'accès fébriles;* l'urine conserve sa coloration normale, mais elle est toujours très-albumineuse.

23 *février*. « Le brouillard est très-froid; la réaction ne se fait « que difficilement. Après le déjeuner, pendant la promenade, les « mains et les pieds se refroidissent, le facies s'altère, les oreilles de- « viennent d'un violet presque noir, *et l'urine prend une coloration « aussi foncée que dans les plus mauvais jours*, MAIS IL N'Y A « AUCUNE APPARENCE D'ACCÈS FÉBRILE. »

« *Du* 28 *février au* 15 *mars, plus d'apparence de fièvre;* plusieurs « fois encore, sous l'influence des variations atmosphériques et du « froid de pieds, l'urine a pris une teinte jaune orangé. »

(1) Les phrases placées entre guillemets sont textuellement extraites du journal qui a été tenu, avec beaucoup de soin et d'intelligence, par le malade lui-même.

***

En allant il y a quelques jours à Belleville, je remarquai, en passant, une enseigne de dentiste où l'on peut lire, au milieu de choses non moins utiles que judicieusement écrites, les deux renseignements suivants:

FAIT LES OPÉRATIONS ABANDONNÉES.

EST VISIBLE NUIT ET JOUR.

Les opérations abandonnées! l'indication est un peu vague; abandonnées!.... est-ce que par hasard, il y aurait des praticiens trop chargés d'opérations et capables de se conduire à leur égard comme le propriétaire d'un caniche qu'on abandonne sur la voie publique pour ne pas payer la taxe? Cette enseigne ne me laisse plus le moindre doute à cet égard. Il doit y en avoir.

Mais alors, ce brave dentiste serait donc le saint Vincent de Paul des opérations abandonnées; son cabinet une espèce de bureau des objets perdus, un vestiaire comme pour les cannes et parapluies, où chacun aurait le droit de déposer les opérations sans feu ni lieu, rencontrées dans la rue en état de vagabondage. Ah! c'est très-beau de sa part un pareil dévouement, et je ne sais pas si l'humanité n'est pas obligée d'offrir des remerciements (et quelque chose avec), à ce philanthrope

VISIBLE JOUR ET NUIT.

Jour et nuit, c'est encore un avantage qu'il possède sur le soleil, généralement invisible pendant la nuit, et même, hélas! parfois, pendant le jour.

Cette rédaction laisse quelque chose à désirer. Où et comment peut-on voir ce monsieur la nuit? Dort-il (ou ne dort-il pas), sur le balcon de sa fenêtre, de manière à ce que tout le monde puisse en jouir? le public est-il admis à circuler autour de son lit, comme jadis la chose se pratiqua pour Louis XIV? (Dans ce cas, je pense qu'il couche seul.)

Je serais enchanté de savoir au juste de quelle manière il est visible; car moi, vous, le premier venu, dans une nuit d'insomnie, pouvons éprouver le désir bien naturel d'attendre l'aurore en causant avec quelqu'un, et, pour mon compte, je suis disposé à lui accorder la préférence, car un homme qui a des idées si remarquables doit avoir une conversation bien amusante. GRIFFUS (d'Ephèse).

Le matin, à huit heures, sudation en étuve sèche, suivie d'une immersion ou d'une douche; à quatre heures de l'après-midi, douche générale.

29 *mars.* « L'impressionnabilité au froid a disparu; le malade « quitte la flanelle qu'il portait depuis quatorze ans et n'en est nullement incommodé. »

L'état général est singulièrement amélioré. L'appétit est très-vif, la digestion excellente; la constipation, l'essoufflement, les palpitations, les douleurs rhumatismales et névralgiques ont disparu; les joues ne se colorent plus en violet foncé sous l'impression du froid, mais la congestion des oreilles persiste encore, bien qu'à un moindre degré. Les forces musculaires sont revenues; M. L.... fait chaque jour de très-longues promenades dans les bois de Meudon.

Deux ou trois fois, sous l'influence du froid atmosphérique, l'urine a présenté la coloration du vin de Madère, *mais aucun phénomène fébrile ne s'est manifesté.*

11 *avril.* Plus de froid aux extrémités; l'urine est encore albumineuse, mais elle reste toujours la même et ne présente plus de modifications accidentelles dans ses caractères physiques et chimiques habituels.

13 *avril.* Le 11, il fait un temps superbe et le thermomètre monte à + 18° c.; le 12, le vent nord-est souffle avec une extrême violence, le thermomètre descend à + 4° c., et pendant toute la journée ont lieu des averses alternatives de pluie, de neige et de grêle. — Hier, le malade *a eu froid*, et l'urine est devenue plus foncée.

14 *avril.* Hier, le temps a continué à être mauvais et très-froid; les mêmes accidents se sont reproduits, et l'urine a présenté la coloration du vin de Madère. — A quatre heures du soir, le malade me demande l'autorisation de prendre, avant la douche, un bain de pieds à eau courante, et je la lui accorde sans difficultés.

Immédiatement après le bain de pieds, qui a été mal administré et non suivi d'une réaction immédiate, M. L.... éprouve de la douleur dans les hypochondres, et une demi-heure après, il expulse une petite quantité d'urine présentant une couleur noire qui n'avait plus été observée depuis fort longtemps.

18 *avril.* L'état général est excellent et ne laisse plus rien à désirer; l'urine est d'un jaune citrin et sa coloration n'a pas varié.

26 *avril.* Après plusieurs jours d'un temps très-beau et très-chaud, la température s'est brusquement et considérablement abaissée à partir du 21; M. L.... s'est exposé *volontairement* au froid pour constater l'effet produit, et chaque fois l'urine est devenue plus ou moins foncée, en raison directe de l'impression reçue.

J'engage M. L.... à ne pas continuer des *expériences* de cette espèce. « Sortez par tous les temps, lui dis-je, vêtissez-vous suffisam- « ment et marchez, mais ne restez pas immobile avec l'intention prise « à l'avance d'avoir froid, car il importe de déraciner l'*habitude* « *morbide* contractée par vos reins et de soustraire ces organes à toute « congestion. »

4 *mai.* Le temps a continué à être très-froid; M. L.... a suivi mes conseils, et l'urine n'a subi aucune modification, quoiqu'il ait été à pied à Versailles et fait des promenades de trois heures dans les bois de Meudon. — Une escharre, d'un centimètre d'étendue, se détache de la partie médiane de l'ourlet de chaque oreille.

11 *mai.* L'urine n'a subi aucune modification de couleur depuis le 26 avril; elle ne contient plus que de l'albumine caséiforme, dans la proportion de 2 grammes par litre (Mialhe). La santé est excellente; les plaies des oreilles sont cicatrisées.

La douche de l'après-midi sera remplacée par un bain de cercles. — Gymnastique. — Deux ou trois sudations par semaine.

17 *juin.* La température atmosphérique a subi de grandes vicissitudes; à des journées très-chaudes ont succédé, à plusieurs reprises, des soirées et même des journées très-froides, mais l'urine n'a présenté aucune modification.

17 *juin.* Les urines ne contiennent plus que 1 gr. 10 centigr. par litre de matière albumineuse (Mialhe). La santé générale est excellente.

5 *août.* Les urines ne contiennent plus que 70 centigr. d'albumine par litre. M. L.... est obligé de rejoindre son régiment, et il quitte Bellevue avec l'espoir bien légitime qu'en continuant, autant que faire se pourra, le traitement hydrothérapique, une guérison complète ne tardera pas à être obtenue.

Il termine son journal par le paragraphe suivant :

« Aujourd'hui, j'ai un embonpoint satisfaisant; mon teint est co- « loré, mon appétit excellent; les digestions sont bonnes, le sommeil « profond et réparateur; les forces, la vigueur et l'énergie ne laissent « rien à désirer. Les douleurs musculaires et névralgiques ont entiè- « rement disparu et l'impressionnabilité aux variations de température « est complétement détruite. Sous ce rapport, je ne me ressemble plus. « A l'exception de quelques douleurs vagues et légères vers les lombes, « je ne ressens absolument rien. Je n'ai pas éprouvé de *pissement de* « *sang* depuis le 26 avril. Tout, dans mon économie, annonce un re- « tour complet à la santé, et, si je n'avais la conviction que les traces « d'albumine que l'analyse fait encore découvrir dans mon urine « sont le signe certain d'un trouble fonctionnel, je me croirais radi- « calement guéri.

« En somme, je quitte Bellevue aussi satisfait que possible, en « conservant au fond du cœur la plus vive reconnaissance pour le « médecin dévoué, l'homme généreux et bienveillant qui m'a rendu « le meilleur et le plus précieux de tous les biens, la santé, et l'espoir « de la conserver. »

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

Observations cliniques sur l'action thérapeutique de la codéine

(*extrait d'une note adressée à l'Académie de Médecine*)

Par M. Berthé.

Nous avons publié, dans le *Moniteur des Hôpitaux* des 24 et 26 juin, et 22 juillet 1856, un intéressant travail de M. Berthé sur l'action physiologique de la codéine, telle que la lui avait montrée les recherches chimiques nouvelles dont elle avait été l'objet de sa part. Nous sommes heureux de pouvoir donner aujourd'hui un premier supplément thérapeutique à ce travail, supplément dû aux recherches cliniques de deux médecins distingués des hôpitaux, MM. Aran et Vigla. Les praticiens constateront avec satisfaction que les résultats de ces recherches confirment ce que les expériences physiologiques de M. Berthé permettaient d'espérer. — H. de C.

OBSERVATIONS DE M. VIGLA,

Médecin de la Maison municipale de santé.

Obs. I. — (Salle 11, lit n° 5.) — Femme de 54 ans; hémiplégie datant de cinq mois, accompagnée de contracture intermittente et de douleurs spontanées dans le bras droit.

Le 21 *octobre* 1856, cinq centigr. de codéine sont administrés à la malade sans qu'il en résulte aucun amendement notable.

Le 22, la dose est portée à 10 centigr. — Pas de soulagement,

Le 25, même dose. — Amélioration sensible.

Le 26 et le 27, même dose. — Même effet.

Le 28, la codéine est remplacée par 10 centig. d'extrait thébaïque; la douleur se reproduit avec la même intensité. Pendant plusieurs jours, l'extrait thébaïque est continué à la dose de 15 centigr. Aucun soulagement n'est obtenu.

On revient alors à la codéine, qui soulage de nouveau, et cela dans un cas d'hémiplégie, sans provoquer le moindre accident du côté du cerveau.

Obs. II. — (Salle 2, lit n° 1.) — Femme de 31 ans: gastralgie, dysménorrhée, douleurs épigastriques très-vives après l'ingestion des aliments; ces accidents remontent à trois mois. Soumise pendant trois jours à l'usage de l'opium, elle n'a pas éprouvé le moindre soulagement.

Le 27 *octobre*, on prescrivit, sous forme de sirop, la codéine à la dose de 5 centigr.

Le 28, la malade se trouve mieux; la dose est portée à 6 centigr.

Le 29, les douleurs sont complétement calmées.

OBS. III.—(Salle 3, lit n° 2.).— Dysménorrhée, gastralgie; crampes d'estomac très-douloureuses; appétit conservé.

Le 30 *octobre*, on lui administre la codéine à la dose de 3 centigr. — Soulagement sensible.

Le 31, même dose; même effet.

Le 1er *novembre*, même dose; même effet.

Le 2, disparition à peu près complète des douleurs.

OBS. IV. (Salle du 1er étage, lit n° 2.) — Femme de 26 ans; péritonite, suite de couches; douleurs abdominales vagues; insomnie.

Le 5 *novembre*, on prescrit 3 centigr. de codéine; pour la première fois depuis quelque temps, la malade dort parfaitement.

Le 6, la codéine est remplacée par trois pilules d'extrait thébaïque; la malade ne dort qu'à partir de minuit: mais les douleurs épigastriques, qui s'étaient calmées hier, se sont reproduites; pas de céphalalgie.

Le 7 au soir, on administre 2 centigr. de codéine.

Le 8, presque plus de douleurs; quelques bourdonnements. La codéine est continuée le soir à la même dose; la malade a une indigestion accompagnée de vomissements et de diarrhée.

Le 9, trois centigr. de codéine.

Le 10, la malade a parfaitement dormi; pas de céphalalgie; les douleurs ont complétement disparu.

OBS. V. — (1er étage, chambre n° 1.) Femme de 19 ans. Rhumatisme articulaire aigu; la maladie a débuté il y a trois semaines, et, depuis lors, la malade n'a pas obtenu un instant de repos; l'opium, au lieu de la calmer, la jette dans un état d'agitation et de surexcitation extraordinaires.

5 *septembre*. On lui administre à la dose de 5 centigrammes.

Le 6, la malade a mieux dormi; les douleurs sont calmées; on prescrit 5 centigr. d'extrait thébaïque.

Le 7, la malade n'a pas fermé l'œil de la nuit; à neuf heures du matin, elle est encore narcotisée; elle se plaint d'avoir le *cerveau vide*. On prescrit 5 centigr. de codéine; la malade ne dort que peu et conserve pendant une partie de la nuit la surexcitation causée par l'opium.

Le 8, on prescrit 5 centigr. de codéine.

Le 9, la malade a bien dormi, et elle est parfaitement calme. Mais la maladie se généralisant, M. Vigla prescrit 50 centigr. de sulfate de quinine.

Le 10, il n'y a pas eu de sommeil; la malade se trouve moins bien que la veille. — On prescrit 50 centigr. de sulfate de quinine et 5 centigr. de codéine.

Le 11, la malade a bien dormi et se trouve soulagée. — Même dose de codéine.

Le 12, même état. — Même prescription.

Le 13, peu de repos la nuit passée; la malade est un peu agitée, loquace. — La codéine est continuée à la dose de 5 centigr.

Le 14, la nuit a été bonne; calme parfait.

OBS. VI. — (Salle 2, lit n° 18.) Femme de 27 ans, bien réglée. Gastralgie, constipation.

4 *octobre*. On prescrit 30 grammes de sirop de codéine (0,025 d'alcaloïde); un bain.

Le 5, pas de douleurs. — Même prescription.

Le 6, retour des douleurs. — Codéine à la dose de 5 centigr.

Le 7, pas de calme, insomnie. — Même prescription.

Le 8, nuit bonne, calme. — Même prescription.

Le 9, même état. — Même traitement.

Le 10, il n'existe plus de douleurs.

OBS. VII. — (Salle 2, lit n° 14.) Femme de 40 ans. Coliques hépatiques depuis douze ans; les douleurs ont résisté au laudanum.

3 *octobre*. M. Vigla prescrit 30 grammes de sirop de codéine (0,025 de codéine).

Le 4, la malade a dormi sans fatigue; pas de céphalalgie. — Même prescription.

Le 5, ni douleurs, ni céphalalgie. — Pas de codéine.

Le 6, la malade a bien dormi; pas de douleurs.

Le 8, la malade, qui depuis deux jours n'éprouvait aucune souffrance, est prise de douleurs abdominales continues; — on prescrit 30 grammes de sirop de codéine.

Le 9, il y a eu un bon sommeil la nuit passée; apparition des règles; pas de douleurs.

OBS. VIII. — (Deuxième étage, chambre n° 1.) — Femme de 27 ans. Convalescence de fièvre typhoïde; péritonite; empâtement du ventre; pas de diarrhée. — Vésicatoire.

Le 5, sirop de codéine, 30 grammes.

Le 6, la malade a bien dormi; pas de douleurs abdominales. — La codéine est remplacée par l'extrait thébaïque.

Le 7, la malade a reposé; pas de céphalalgie ni de bourdonnements. — Extrait thébaïque, 0,05.

Le 8, nuit moins bonne que les deux dernières; œdème général; diarrhée continue. — Codéine, 5 centigr.

Le 9, la malade a bien dormi et s'est trouvée aussi bien qu'avant-hier. — Codéine, 5 centigr.

Le 10, le mieux se maintient. — Même médication.

Le 11, la malade se trouve assez bien pour demander sa sortie.

OBS. IX.—(Salle 4, lit n° 4.) — Femme de 18 ans. Sciatique datant de quatre mois, traitée par les ventouses, les vésicatoires et l'opium, sans le moindre résultat.

Le 13 *octobre*, M. Vigla prescrit 5 centigr. de codéine.

Le 14, la malade a parfaitement dormi; pas de céphalalgie. — Même médication.

Le 15, la malade se trouve tellement soulagée qu'elle se prétend guérie; elle a bien dormi; n'a plus de douleurs; on porte la dose de codéine à 7 centigr.

Le 16, même état. — Même médication.

Le 17, le mieux continue; la dose de codéine est portée à 10 centigr.

Le 18, un peu d'agitation et d'inappétence, mais pas de douleurs; on suspend la codéine.

Le 24, guérison maintenue.

EXTRAIT DE LA NOTE DE M. ARAN,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Je n'ai encore employé la codéine que dans le but d'obtenir du calme ou du sommeil; mais dans les 10 ou 12 cas qui ont passé sous mes yeux, j'ai pu reconnaître à cet alcaloïde des propriétés sédatives et narcotiques qui me paraissent le mettre au premier rang parmi les meilleurs moyens que possède en ce genre la thérapeutique. Pour résumer en quelques mots l'impression que ma faite ce médicament, je dirai que la codéine me paraît réunir en elle ce que l'opium offre de plus merveilleux et de plus efficace. Inférieure à la morphine, en ce sens sens qu'elle doit être donnée à doses plus élevées que celle-ci, elle offre sur ce dernier alcaloïde une supériorité marquée, en ce qu'elle ne donne jamais lieu à un sommeil lourd et agité, en ce qu'elle ne détermine pas de transpirations ni d'éruptions à la peau, en ce qu'elle ne trouble nullement les fonctions digestives (pas d'anorexie, pas de constipations rebelles, etc.). A ce titre, la codéine me paraît appelée à rendre de grands services dans les névroses douloureuses de l'estomac, et je puis vous dire que nous avons obtenu avec elle du calme dans des gastralgies qui avaient défié tous les autres moyens, la belladone y compris.

Mais c'est surtout comme moyen de procurer un sommeil calme et réparateur que la codéine me paraît appelée à occuper une place importante dans la thérapeutique. Ces toux rebelles et fatigantes de la bronchite et surtout de la phthisie pulmonaire, ces douleurs vives, exacerbantes du rhumatisme, de la goutte, et surtout des affections organiques, du cancer, par exemple, qui troublent le sommeil et empêchent souvent les

malades de prendre un instant de repos, sont oubliées au milieu de ce sommeil tranquille et agréable que procure la codéine. J'ai été témoin, sous ce rapport, de deux faits très-probants de tumeurs cancéreuses incurables qui n'avaient pu trouver aucun moyen de soulagement et où la codéine a procuré un calme si parfait, qu'une des malades a pu se croire guérie.

[M. Aran rapporte ici ces deux faits et termine en exprimant, dans l'intérêt des malades peu aisés, le vœu que les recherches ultérieures permettent d'abaisser le prix de la codéine.]

Études cliniques sur le perchlorure de fer dans son application aux hémorrhagies,

Par M. le Dr Deleau,

Médecin en chef de la Roquette.

(Suite. Voir le n° 85.)

Obs. III. — M. D...., homme de lettres, âgé de 42 ans, tempérament bilioso-sanguin, est affligé depuis quinze années d'une constipation opiniâtre. Cette constipation a été combattue par les lavements et les purgatifs souvent réitérés. Ce traitement malencontreux a été cause et effet d'un flux sanguin intestinal permanent. Le malade a le facies de l'hypochondriaque; mais soumis à la dose ordinaire du perchlorure de fer, le malade ne tarde pas à ressentir les bienfaits d'une médication plus rationnelle. Sous cette influence, la constipation fait place à des défécations journalières, le flux s'est suspendu sensiblement sous la modification normale des membranes muqueuses, en laissant encore sur son passage des traces légères de son existence. Le malade a aujourd'hui une santé satisfaisante et peut reprendre ses occupations sans avoir le souci d'une maladie grave qui, à juste raison, tourmentait son esprit.

Obs. IV. — M. V...., âgé de 38 ans, tempérament bilioso-sanguin, a été atteint, il y a six années, d'une pneumonie aiguë. Cette maladie a été combattue par la saignée et le tartre stibié. De ce moment, les bronches conservent une susceptibilité accompagnée de toux légère, quelquefois vive, lorsque les crachats doivent être imprégnés de sang. Le malade éprouve de l'oppression, de l'irrégularité dans les pulsations du cœur, de la lassitude des membres après un léger exercice. Tous les moyens pharmaceutiques sont mis en usage sans amener une amélioration satisfaisante. Après un examen sévère, nous soumettons le malade au sirop de perchlorure de fer à la dose de deux cuillerées à bouche dans la journée, sans obtenir pendant huit jours un changement notable. Mais le malade croit reconnaître en lui une énergie nouvelle dans les forces, par suite une alimentation plus facile; les crachats sont moins abondants, moins salés, mais toujours sanguinolents. Cette légère amélioration inspire le courage au malade qui prend le sirop avec persévérance. Enfin, après six semaines de traitement, l'oppression, la toux, l'irrégularité du pouls, le crachement de sang, les crachats eux-mêmes s'amendent pour disparaître entièrement. La santé revient avec tous les attributs de forces et de fraîcheur.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports : elle révèle dans le perchlorure de fer une puissance modificatrice des tissus muqueux. Sous l'influence de ce médicament, la muqueuse bronchique, modifiée, ne sécrète plus une matière abondante; elle fonctionne avec toute sa régularité, et le sang est contenu dans les vaisseaux capillaires pour ne plus en sortir. Il nous sera facile de constater, par des observations nombreuses, la vérité de cette propriété nouvelle du perchlorure de fer, lorsque nous donnerons notre attention aux maladies des membranes muqueuses. Pour le moment, résumons en quelques mots les règles générales à suivre dans l'administration du perchlorure de fer dans les hémorrhagies et notamment dans les métrorrhagies :

Une cuillerée à bouche de sirop de perchlorure de fer administrée toutes les trois heures suffit dans les cas d'hémorrhagie légère. Si la perte de sang persiste, il faut faire une injection avec le même médicament en solution concentrée et *titrée* de *huit* grammes dans *cent* grammes d'eau. On aura soin de s'assurer de l'efficacité de cette première injection, afin de la renouveler dans le cas où l'hémorrhagie ne se modifierait pas. Si l'hémorrhagie persiste encore, on ne doit point balancer à porter le médicament à l'ouverture de l'utérus, au moyen d'une pince au bout de laquelle se trouve un tampon de charpie imbibée de solution de perchlorure de fer, en évitant surtout de déterminer une action escharrotique. Ce tampon doit rester à demeure; il se détache naturellement quelques jours après son application.

Cette médication, sagement conduite, maîtrise l'hémorrhagie sans qu'on ait recours à aucun autre moyen, au ratanhia, au seigle ergoté, à la vessie remplie de glace pilée et appliquée sur le bas-ventre, etc.; elle réussit même si sûrement que, lorsqu'elle sera devenue d'une application générale, on pourra dire, nous ne craignons pas de l'affirmer, que l'*hémorrhagie inquiétante est désormais inconnue.*

(La suite à un prochain numéro.)

PHARMACOLOGIE.

Sur le sirop et les pastilles de pepsine.

Monsieur le Rédacteur,

Vous m'avez demandé mon avis sur la forme médicamenteuse la plus agréable à donner à la pepsine, ce produit d'odeur et de saveur si nauséuse, découvert par Schwau et appelé à rendre de si grands services à la médecine.

Vous m'avez également exprimé le désir que je vous fisse connaître mon opinion sur la formule d'un sirop de cerises, à base de pepsine, qui a été préconisé dans la médecine des enfants.

Je vous réponds un peu tard. De mes expériences sur cet important produit, il résulte :

Que la pepsine, maintenue pendant vingt-quatre heures à une température de 35°, en contact avec du sucre cristallisable en solution concentrée, l'a profondément modifiée et transformée, pour une partie au moins, en glucose;

Que son action prolongée pendant trois jours, sous l'influence de la même température, a donné lieu à la formation d'une certaine quantité d'acide lactique.

De là résulte, vous le comprenez, qu'il n'est pas possible de penser à administrer la pepsine sous forme de sirop, puisqu'elle a la propriété de transformer si rapidement le sucre en solution.

Mais si elle modifie si profondément le sucre en présence de l'eau, il n'en est plus de même lorsqu'on la mélange avec ce corps en les soustrayant rapidement à l'influence de l'humidité. J'ai pu, en effet, conserver pendant un très-long temps, au contact de l'air, sans leur voir éprouver la moindre modification, des pastilles contenant chacune 25 centigrammes de pepsine. Seulement, ces pastilles doivent être faites dans les conditions suivantes :

Avec un mucilage de gomme adranganthe et du sucre pulvérisé, on fait une pâte ferme dans les conditions ordinaires, qu'on aromatise avec quelques gouttes d'essence de citron; lorsque la masse est parfaitement homogène, on y ajoute, par chaque pastille, 25 centigrammes de pepsine amylacée; puis on divise par les procédés connus, on porte aussitôt dans une étuve chauffée de 25 à 30 degrés.

La dessiccation dans ces conditions s'opère très-rapidement, et les pastilles obtenues, très-agréables au goût, n'attirent point l'humidité.

Agréez, etc. Berthé.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Sous presse, pour paraître prochainement chez Labé, *éditeur,* Place de l'École-de-Médecine :

Du traitement hydrothérapique des fièvres intermittentes de tous les types, de toutes les origines; récentes, ou anciennes et rebelles.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris.— Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 100. 5e année. Jeudi 20 Août 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 19 août 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous avons à regretter que des devoirs impérieux ne nous aient pas permis d'assister à la dernière séance de l'Académie ; nous aurions été heureux d'applaudir à plusieurs des faits qui s'y sont passés. Nous aurions applaudi d'abord à la nomination de deux honorables correspondants, MM. Bonnet et Sédillot; nous avons eu quelquefois l'occasion de rectifier quelques-unes des vues de M. Bonnet, qui n'étaient pas suffisamment digérées, mais nous n'en rendons pas moins justice à son esprit éminemment distingué, à ses remarquables et importants travaux, et nous voyons avec plaisir que l'Académie ait apprécié comme nous les uns et les autres. Nous aurions désiré cependant que, si l'Académie avait arrêté d'avance son choix sur les deux élus, elle eût donné à deux hommes aussi distingués et qui ont une aussi grande position chirurgicale que M. Bouisson, de Montpellier, d'abord, et M. A. Gensoul, ensuite, une consolation plus grande que celle qu'on peut tirer de 10 et de 8 suffrages.

Après avoir applaudi au triomphe des honorables élus, nous aurions applaudi non moins volontiers à la défaite de l'amylène, au remarquable rapport de M. Jobert, qui l'a commencée, et à la savante charge de M. Velpeau, qui a décidé la déroute et consommé la chute de l'anesthésique-Snow. Peut-être, si nous avions eu le moindre amour-propre, nous serions-nous félicité un peu nous-même d'avoir fourni à M. Velpeau, par nos remarques sur l'homicide de M. Snow, quelques-uns de ses arguments les plus décisifs.

Nous ne ferons point ici la paraphrase du rapport, si riche de faits et de considérations judicieuses, lu par M. Jobert; un premier-Paris n'est pas, à notre avis, une analyse, mais une appréciation; nos lecteurs trouveront à notre compte rendu de quoi s'assurer si la nôtre est fondée. Espérons qu'un liquide dont on peut dire, avec M. Jobert, qu'il est trop volatil pour être employé à l'air libre (*car alors il n'anesthésie pas*), et trop énergique pour être employé dans un appareil (*car alors il tue*), sera désormais proscrit de la pratique chirurgicale. Cette conclusion a été celle de M. Velpeau, et nous pensons que l'Académie et M. Jobert lui-même s'y sont associés, quoique les ter-

FEUILLETON.

Philosophie médicale

A PROPOS DU SPIRITUALISME DU DOCTEUR PIDOUX.

(Suite. Voir les nos 89, 91, 95 et 98.)

OBSCURITÉS ET INUTILITÉ DE LA MÉTAPHYSIQUE.

III. Source et limite de la méthode Cartésienne (*suite et fin*).

Comment donc a pu se produire une si flagrante aberration au milieu du XVIIe siècle, c'est-à-dire à une époque où la vraie méthode des sciences naturelles, trouvée grâce à Copernic, Képler, Galilée, Hervey, etc., était formulée par Bacon? Qui a pu entraîner si loin de la vérité une grande intelligence comme celle de Descartes? Nous l'avons montré, la généralisation intempestive d'une méthode spéciale, de la méthode géométrique. Si le lecteur nous demandait comment il peut se faire qu'un procédé aussi sévère que la méthode mathématique puisse égarer à ce point, nous tâcherons d'en indiquer brièvement quelques raisons.

Cette méthode ne tire pas seulement sa force et son exactitude de la *forme* déductive, mais de ce que les notions *élémentaires* qui entrent dans les équations ou dans le raisonnement sont *très-simples*, *exactement*, complètement définies, et ne renferment absolument rien autre chose que le contenu de la définition. Détruisez cette *identité absolue* de la notion et de la définition, faites cesser cette simplicité élémentaire, que la ligne cesse de n'être qu'une longueur, qu'elle prenne quelque largeur, quelque peu d'épaisseur, la géométrie cesse d'être une vérité ; compliquez les autres notions, elle devient impossible, elle disparaît ; ses équations, ses raisonnements les plus précis ne sont plus que de grossières approximations, et ces résultats imparfaits d'un premier théorème, inexact sous certains rapports, ne sauraient servir de base à des déductions subséquentes qui, venant à multiplier les inexactitudes, les rendraient exubérantes. C'est ce qui arrive toutes les fois qu'on veut faire des équations, ou, ce qui est tout un, des raisonnements mathématiques, avec les choses de la nature. Quand je fais entrer une droite ou une surface déterminée dans un raisonnement mathématique, je connais absolument la valeur introduite, *aucune* de ses propriétés *constituantes* ne m'échappe. Mais quand Descartes y fait entrer la lumière, par exemple, il n'a qu'une connaissance fort incomplète de la notion introduite, il ne sait ni la manière dont elle se meut, ni sa vitesse, ni sa composition, ni sa polarisation, ni ses interférences, ni.... etc., etc.; sa donnée est

mes de celles qui ont été adoptées soient tempérés par des formes académiques qui n'enlèvent rien à la sévérité du fond.

Enfin, nous aurions applaudi à la communication de M. Denonvilliers, qui a on ne peut plus heureusement clos la séance. Le savant et disert professeur a présenté deux sujets qu'il a opérés d'ectropion à l'aide d'une ingénieuse méthode autoplastique, dont on trouvera au compte rendu les détails, et qui font vivement désirer la prochaine appation du travail que M. Denonvilliers a promis de publier sur ce sujet.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DES CLINIQUES. — **M. le professeur NÉLATON.**

Perforation de la cornée à la suite de phlegmasie. — Bourgeons charnus faisant saillie à travers cette perforation et simulant un cancer; diagnostic. — Excision. — Guérison,

Observation et leçon recueillie par M. Jules ROUYER.

Léon B...., âgé de 17 ans, entre le 16 juin 1856 dans le service de M. le professeur Nélaton. Ce jeune homme est atteint d'une affection grave de l'œil. Voici l'état dans lequel se trouve l'organe de la vue : sur la cornée, un peu au-dessous du diamètre transversal, on aperçoit une petite tumeur rouge, d'apparence fongueuse, de la grosseur d'un pois à peu près; tout à côté se trouve une autre tumeur de même nature, mais beaucoup plus petite. Ces petites tumeurs sortent du globe oculaire à travers une perforation de la cornée; elles sont plus dures que des bourgeons charnus, non réductibles par la pression, non douloureuses au toucher. On remarque sur d'autres points de la cornée des opacités produites par des kératites antérieures; la chambre antérieure de l'œil n'existe plus. En outre, on remarque sur la sclérotique et la conjonctive, au voisinage de la cornée, une injection très-prononcée des réseaux vasculaires superficiel et profond.

Quelle est cette affection? quelle est la nature de la petite tumeur qui fait saillie sur la cornée? Plusieurs ophthalmologistes qui ont vu le malade ont pensé qu'il s'agissait d'une affection cancéreuse, d'un cancer mélanique même; en effet, l'aspect général pouvait conduire à admettre cette opinion. Mais lorsqu'on interroge avec soin ce jeune homme sur les accidents successifs qui se sont manifestés du côté de l'œil, on arrive à reconnaître la véritable nature du mal, ce qui a une grande importance au point de vue du pronostic et du traitement. — Voici les renseignements qu'on peut obtenir :

L'œil est malade depuis sept à huit ans; à cette époque survint une affection qui laissa une taie de la cornée; en outre, cette membrane était déformée et formait une bosse, dit le jeune homme; la vue fut à peu près perdue; le malade distinguait seulement le jour de la nuit. Nous pouvons résumer ces accidents : kératite grave, staphylome de la cornée.

Depuis cette époque, il resta une disposition aux phlegmasies superficielles de l'œil; il y a cinq semaines, Léon B.... éprouva des douleurs vives dans l'œil et en même temps dans le front et dans la région temporale; il y avait de la fièvre; puis la tumeur se forma et les douleurs disparurent. Nous pouvons de même expliquer cette nouvelle série de phénomènes : il se manifeste une inflammation profonde de l'œil atteint de staphylome, puis, la cornée se perfore, le pus s'écoule, et on voit apparaître la tumeur, qui est formée par le bourgeonnement des membranes internes de l'œil, comme on le voit à la suite des inflammations aiguës qui suivent l'opération de la kératotomie.

Les deux petites tumeurs qui existent à la surface de la cornée sont donc formées par des bourgeons, des végétations résultant de la tuméfaction phlegmoneuse des membranes de l'œil.

Le cancer suit une marche beaucoup plus rapide quand il atteint l'œil. L'œil a commencé à être atteint il y a sept ou huit ans; — si c'était une mélanose, on apercevrait les bosselures, les taches noires qui caractérisent cette affection. Le cancer et la mélanose abolissent *complétement* la vue, même lorsque la maladie n'est pas très-avancée et que le diagnostic est encore difficile; ici, la vue a été conservée en partie jusqu'au moment où se sont montrés les derniers accidents inflammatoires, il y a cinq semaines.

Ce diagnostic était important à établir au point de vue du pronostic, car le cancer oculaire est une des affections les plus tristes et les plus graves, même lorsque chez les enfants on enlève le cancer encore renfermé dans la coque oculaire. — Dans le cas de cancer ou de mélanose, l'ablation de l'œil serait nécessaire chez notre malade; — dans le cas de tuméfaction phlegmoneuse, comme celui que nous observons, on peut faire disparaître les bourgeons et appliquer ensuite un œil de verre pour masquer la difformité causée par les désordres dont l'appareil oculaire a été le siége.

---

une inconnue, c'est un nombre immense dont il ne sait qu'un chiffre, chiffre dont il ignore même le rang!!

Voilà pourquoi le raisonnement ni la déduction mathématiques ne peuvent être appliqués aux objets si complexes de la nature. Il ne serait pas bien difficile de prouver que les notions de la métaphysique ne sont pas moins complexes ni mieux déterminées que celle de la lumière, qu'en conséquence la prétention d'y introduire la déduction mathématique est erronée.

Ainsi, pour ruiner la méthode déductive appliquée à l'étude de la nature, je n'ai pas même besoin d'invoquer la plus considérable impossibilité, celle du point de départ, de la base même. En effet, cette méthode *suppose* qu'on puisse deviner, découvrir *à priori* ou par « intuition, » comme dit Descartes, les grands et premiers principes, les *éléments premiers* de la nature! rien que cela!! Le but éternel du travail de l'homme, Descartes en fait sa donnée, son axiome!! Et, remarquez-le bien, ce n'est pas là une erreur individuelle, c'est le point de départ *obligé* de la méthode Cartésienne ou déductive; pour marcher, il lui faut d'abord des axiomes, il lui faut *encore* les notions *exactes, complètes* des abstractions premières qui, combinées, vont former le monde, comme il faut au géomètre, outre ses axiomes, les points, les lignes, les angles, les polygones, etc., *exactement* et *complétement* définis; de cette nécessité est née cette banalité de la méthode déductive : « commencer par les notions simples pour aller aux plus composées. » Mais comment donc l'appliquer à des sciences comme la biologie, dont les premières données sont les plus complexes, dont nos facultés d'abstraction ne peuvent d'emblée isoler les éléments, comme elles le font quand il s'agit de l'analyse d'un polyèdre, et dont nous ne pouvons pas même espérer posséder jamais l'analyse complète!!

Enfin, Descartes recommande de faire « des dénombrements si entiers, qu'on soit sûr de ne rien omettre. » Eh bien, cette vénérable règle de la scholastique, qui paraît fort prisable, qui peut encore s'observer en mathématiques, est-elle proposable en histoire naturelle? Képler, Newton eussent-ils découvert leurs lois, s'ils eussent voulu attendre le dénombrement complet de tous les astres qui y sont soumis? Et Jussieu, et Geoffroy Saint-Hilaire, et Cuvier lui-même, qu'auraient-ils pu faire s'ils se fussent soumis à cette règle Cartésienne? C'est l'*induction* (1), l'induction provisoire, préconisée par Bacon, inconnue de Descartes, qui dans les sciences naturelles remplace ces impossibles dénombrements complets.

(1) L'*induction* est un jugement par lequel « on conclut que les propriétés communes à plusieurs espèces d'un genre conviennent (probablement) au genre entier....; elle étend les données empiriques du particulier au général. » (Kant, *Log.*, chap. III.) Nous dirons plus tard ses règles et ses écueils.

M. Nélaton pratique le 18 juin l'excision de ces bourgeons, et on applique sur l'œil des compresses imbibées d'eau glacée et fréquemment renouvelées.

Le 20 juin, la perforation de la cornée est déjà fermée, et il se forme une petite cicatrice linéaire, blanchâtre.

Le malade sort le 24 juin; la cicatrice est bien formée, solide.

Note sur une tumeur sanguine d'une espèce particulière,

Par M. Jules Rouyer.

L'observation suivante me paraît présenter un exemple d'une variété assez rare des tumeurs sanguines; après quelques recherches dans les recueils d'observations, je n'en ai rencontré aucun autre cas; cette tumeur occupait, en outre, un siége exceptionnel.

Je vais d'abord rapporter ce fait, rejetant à la fin de cette note les considérations auxquelles il peut donner lieu :

Tumeur hématique de l'avant-bras. — Ponction suivie d'injection iodée. Compression.— Guérison.—Henry (Louis), âgé de 22 ans, clerc de notaire, entre à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Nélaton, le 23 décembre 1856.

Ce jeune homme porte à l'avant-bras une tumeur qui commence à 7 centimètres au-dessous du coude et se prolonge dans une étendue de 8 centimètres vers le poignet; la largeur est de 5 centimètres environ. Cette tumeur, placée à la face dorsale, sur le trajet des extenseurs, est nettement circonscrite : par le palper, on apprécie exactement ses limites, et on sent qu'elle est fluctuante. Les téguments qui la recouvrent sont sains. La tumeur détermine seulement un peu de gêne dans les mouvements d'extension, et parfois une légère douleur.

Si, par un examen attentif, on cherche à déterminer d'une manière plus complète la disposition de la tumeur et ses rapports avec les parties voisines, on constate manifestement qu'elle est recouverte par du tissu musculaire, quoique la fluctuation, très-facile à percevoir presque immédiatement sous le doigt, pour ainsi dire, pourrait induire en erreur à cet égard; mais quand on fait agir les muscles, on voit leurs fibres jouer sur la tumeur, surtout si l'on regarde sous une certaine incidence de la lumière.

Nous avons donc affaire à une tumeur liquide placée sous les muscles ou dans l'épaisseur du tissu musculaire; il reste à déterminer quelle est la nature de ce liquide.

Notons d'abord que le malade, qui est très-intelligent, a constaté il y a sept ans déjà l'apparition de cette tumeur; elle a grossi peu à peu, très-lentement; aujourd'hui elle est étalée, fait une saillie très-modérée à la surface du membre; son volume serait à peu près égal à celui d'un petit œuf, mais elle est plus aplatie.

Ce jeune homme, interrogé sur les causes qui ont pu amener le développement de cette tumeur, déclare qu'il lui est impossible d'en signaler aucune; sa réponse est toujours la même, et cependant les malades, en général, ne manquent pas de rapporter toutes leurs affections à des causes externes, qui presque toujours ont été sans la moindre influence sur leur production.

Quelle est la nature de cette tumeur? Nous pouvons rejeter déjà les kystes séreux que l'on voit se produire à la suite des épanchements sanguins causés par des violences extérieures. Serait-elle formée par l'hydropisie d'une bourse séreuse accidentelle? Cela serait à la rigueur possible; cependant, on n'observe pas ces tumeurs au milieu des muscles, et il est bien plus naturel de songer à un autre genre de tumeurs que l'on rencontre plus souvent dans les organes : les tumeurs hydatiques, contenant soit une seule poche, hydatide solitaire, soit plusieurs tumeurs de différents volumes placées dans la tumeur principale.

M. Nélaton a eu l'occasion de voir un certain nombre de ces tumeurs hydatiques des muscles : — Dans un cas, observé dans le service de Gerdy, le diagnostic était resté douteux; l'extirpation montra qu'il s'agissait d'une tumeur hydatique; — dans un autre cas, une tumeur de la région mammaire put être diagnostiquée par M. Nélaton; c'était une tumeur du grand pectoral; une ponction donna issue à une certaine quantité d'eau limpide, contenant de petits grains qui n'étaient autre chose que des échinocoques; — enfin, dans deux autres cas, les tumeurs siégeaient dans les muscles de la cuisse et dans ceux de la fesse.

Chez notre malade, il n'existe aucun des symptômes qui appartiennent aux tumeurs hydatiques; on ne perçoit pas le frémissement spécial que l'on rencontre dans les tumeurs de ce genre. Les seules raisons qui peuvent faire admettre la présence d'une tumeur hydatique sont : le développement très-lent de cette tumeur et la plus grande fréquence relative des tumeurs hydatiques des muscles. A cause de l'insuffisance des symptômes, ce diagnostic ne fut porté qu'avec une certaine réserve.

Quant au traitement, M. Nélaton se propose d'employer le suivant : ponction suivie d'injection iodée.

L'opération est pratiquée le 26 décembre 1856. — La ponction

Ainsi des règles Cartésiennes, si nous distrayons l'établissement du doute préalable qui est la gloire de son fondateur et sur lequel nous allons revenir, et l'analyse qui caractérise plus Bacon que Descartes, ce qui reste, la déduction des pensées du simple au composé à l'instar de la géométrie, les dénombrements complets, l'établissement des axiomes par intuition, *la déduction* des principes premiers, puis des causes secondes, puis des phénomènes, enfin le peu d'importance de la vérification expérimentale, ce sont là de malheureuses importations de la méthode mathématique dans des sciences qui ne la comportent nullement.

Mais d'autre part, la source qui inspire Descartes, *où il puise* ses idées, lui a fourni aussi ce point de départ de toute investigation, LE DOUTE, *méthodique* mais absolu, bien que provisoire.

Ce point de départ, il ose de son temps le porter jusque dans la théologie, l'appliquer à Dieu lui-même, hardiesse inouie à une époque où Galilée, pour infiniment moins, subissait la sainte inquisition, hardiesse qui a eu pour résultat de faire pénétrer partout l'esprit d'examen, de parquer immédiatement la foi, antipode de la science, de dessécher, dans un prochain avenir, les cryptogames parasites qui sucent et déshonorent l'intelligence humaine.

Descartes, sans doute, n'eut pas conscience de la grandeur de son œuvre, mais les théologiens ne s'y trompèrent pas; dès que l'homme a le droit de douter d'une notion pour la soumettre librement à l'examen, il n'a plus le pouvoir de s'arrêter, il faut marcher, il faut conclure, ou par affirmation ou par négation, ou par l'indétermination, c'est-à-dire par le *doute confirmé* (par l'insuffisance des preuves) et succédant au *doute préalable*. L'éternelle gloire de Descartes, homme timide et méticuleux dans sa conduite, c'est d'avoir été, même à son insu, le promoteur de la plus radicale des révolutions.

Mais, s'il a rendu ce service à la liberté humaine, il a embarrassé la science, l'étude de la nature, d'une méthode qu'un séduisant début imposait avec une grande force, et qui eût pu retenir longtemps la science dans les énervantes discussions spéculatives, et par lassitude, la replonger dans le mysticisme. Heureusement Galilée, Bacon, Newton enfoncèrent si profondément le soc de la raison humaine dans le terrain solide de l'observation, que la métaphysique cartésienne elle-même fut impuissante à l'en arracher : elle produit les monades de Leibnitz, l'emboîtement des germes, quelques autres chimères, et meurt de ses déceptions.

IV. Méthode Baconienne.

Quelques mots maintenant de la méthode de Bacon sur les points qui peuvent, par leur opposition ou par leur similitude avec celle de Descartes, éclairer l'une par l'autre. Nous avons prouvé que de

ayant été faite, il sortit par la canule du sang rouge, vermeil, bien fluide; ce liquide s'écoula naturellement, sans former un jet projeté plus ou moins loin. Par une légère pression, on en fit sortir de 30 à 40 grammes; lorsqu'on eut extrait ce liquide, la tumeur s'affaissa complétement, sans se remplir, ce qui indique qu'il était contenu dans une cavité bien circonscrite. Une injection fut faite ensuite avec de la teinture d'iode pure; la moitié au moins du liquide injecté fut laissé dans la tumeur.

Le lendemain matin, à la visite, nous apprenons que le malade avait eu un peu d'agitation la nuit, avec céphalalgie et mal de gorge, symptômes qu'on doit attribuer à l'action de l'iode qui avait été injecté dans la tumeur. — Autour de celle-ci, on constate qu'il existe de la tuméfaction, de la tension et un peu de douleur. (On prescrit l'application de cataplasmes sur ce point.)

Le surlendemain, les symptômes généraux causés par l'absorption de l'iode ont disparu. — La tension de la tumeur a notablement diminué ainsi que la douleur.

Quelques jours après, on appliqua autour de l'avant-bras un bandage roulé pour exercer une pression modérée sur la tumeur. Ce bandage fut maintenu jusqu'au 7 *janvier*, jour où le malade sortit du service. On l'engagea à continuer de porter ce bandage.

Pendant ce temps, la tumeur qui était devenue dure avait commencé à diminuer; je revis ce jeune homme le 3 et le 10 *février;* il me dit qu'il avait continué à porter son bandage jusqu'aux derniers jours du mois de janvier; la tumeur avait presque entièrement disparu; elle faisait peu de saillie à la surface des téguments. Le jeune homme commençait à faire des mouvements plus étendus depuis qu'il ne portait plus son bandage, et il n'éprouvait plus cette gêne douloureuse qu'il ressentait autrefois dans les mouvements d'extension un peu étendus.

Cette observation présente quelques particularités intéressantes sur lesquelles nous croyons utile de revenir un instant.

La nature de la tumeur est tout à fait exceptionnelle; M. Nélaton, dont la pratique est très-étendue, n'a jamais observé de cas de ce genre; ils ne sont d'ailleurs pas signalés dans les auteurs et il est facile de comprendre qu'une erreur de diagnostic ait pu être faite, même après les explorations les plus attentives. La tumeur contenait du sang parfaitement pur, limpide, tel qu'au sortir d'un vaisseau; on n'y rencontra pas de cholestérine; l'examen microscopique n'y découvrit, en un mot, rien de particulier.

Le siége de la tumeur, son développement spontané, son ancienneté, sont encore trois conditions qui ne permettaient pas au diagnostic le mieux raisonné d'arriver à la connaissance précise de la nature de l'affection.

Ce fait peut donc se résumer de la manière suivante : *Tumeur datant de sept années, développée spontanément dans les muscles, et contenant du sang pur, non altéré.*

Toutes ces conditions peuvent se rencontrer isolément, mais c'est peut-être la première fois qu'il arrive de les trouver ainsi réunies. J'ai cherché dans plusieurs recueils scientifiques des faits qui pussent être rapprochés de celui que je viens de rapporter. J'en ai trouvé un qui présente quelques-uns de ses caractères dans une note de M. Pétrequin sur le traitement des tumeurs sanguines (1); Voici en quelques lignes ce que ce fait présente d'intéressant au point de vue qui nous occupe :

C. Renard, âgée de 23 ans, forte, bien constituée, porte, au centre de la paume de la main, une tumeur volumineuse *datant de la première enfance,* et qui, d'abord imperceptible, a grossi insensiblement sans causer de douleurs, amenant seulement une gêne de plus en plus prononcée des mouvements de la main et des doigts. « La malade, dont les occupations sont celles de la campagne, *ne sait à quelle cause attribuer l'origine et les progrès de son mal.* »

La tumeur, saillante du côté de la face palmaire, se présente également à la face dorsale, sur chaque côté du troisième métacarpien; c'est bien la même tumeur, ainsi qu'on peut le constater par la fluctuation qui est très-manifeste. M. Pétrequin, après avoir étudié les rapports de la tumeur, a pensé qu'elle « avait son siége dans la gaîne commune aux trois tendons du fléchisseur profond de l'index, du médius et de l'annulaire.... — Une ponction exploratrice pratiquée avec un très-petit trocart donna issue à du sang ni rouge, ni noir, mais *exactement semblable à celui contenu dans les capillaires.* »

Nous retrouvons donc, dans cette observation, trois des particularités qui se sont présentées dans la nôtre : développement très lent de la tumeur; pas de cause appréciable; présence de sang à l'état naturel. Quant au siége, il est different; dans ce dernier cas, le sang n'occupe pas le tissu musculaire, mais une cavité synoviale; les épanchements sanguins sont d'ailleurs assez communs dans les cavités séreuses. Cependant, en lisant cette observation, on est frappé de l'analogie qui existe entre les symptômes signalés dans cette observation et ceux qui appartiennent aux tumeurs érectiles sous-cutanées, veineuses. Cette

(1) *De certaines tumeurs sanguines et d'une nouvelle méthode de traitement,* par M. PÉTREQUIN (publié par M. M. Rambaud), dans *Bulletin de thérapeutique,* t. XXXV, p. 66 (janvier 1848).

même que Bacon, Descartes partait de l'observation *pour découvrir la méthode :* pourquoi donc, partant du même principe, arrivent ils à des résultats qui ont été jugés si différents? Par une raison très-simple : c'est que Descartes s'inspire de l'étude exclusive (c'est lui qui nous l'apprend) de trois connaissances, la logique syllogistique, l'algèbre, la géométrie; or, ces trois produits de l'esprit humain étant exclusivement dus à la déduction, la méthode Cartésienne ne pouvait être que déductive.

Bacon, au contraire, peu mathématicien, mais physicien et naturaliste, serait peut-être impuissant à formuler la méthode mathématique, mais il dira la méthode des sciences naturelles. Suivons-le un instant. Comme Descartes, ou plutôt AVANT Descartes, il institue le doute préalable : « Qu'on abjure toute notion, » dit-il; tout son livre premier n'est consacré, en quelque sorte, qu'à établir ce doute. « Ici se termine, dit-il vers la fin, la partie destructive.... l'entendement débarrassé de préjugés est devenu, pour ainsi dire, une *table rase.* »

Cependant, en ce point, Descartes l'emporte sur Bacon par la fermeté et surtout par l'étendue qu'il donne au doute préalable. En effet, ce sont surtout les notions fausses ou pouvant l'être dont Bacon fait « table rase. » Descartes n'excepte rien de son doute fondamental : il l'applique à son âme, le pose jusque sur la face de son Dieu, à l'existence duquel il croit fermement pourtant. Par cette vigueur par ce coup d'éclat, il donne un retentissement inouï à son début, il brise toutes les chaînes : et le point de départ de l'esprit humain est établi sur une base inébranlable.

Mais après ce premier pas fait sur la même ligne, les deux philosophes se séparent. Descartes, les yeux sur la géométrie, imagine d'emblée, sous l'inspiration des *idées innées* ou de l'intuition, les axiomes, les principes premiers.

Bacon, que guident les sciences physiques encore bien imparfaites, il est vrai, observe, expérimente, analyse, coordonne, groupe ses observations : frappé des difficultés de l'analyse, il institue tout un laboratoire de logique et d'instruments pour y procéder; il donne à ces machines d'investigation des noms métaphoriques ou d'autres, non moins bizarres pour nous, et empruntés à la scolastique; cette nomenclature du temps scandalise M. Pidoux et l'arrête sur le seuil; il ne sait que rire de ce magnifique effort pour faire entrer l'entendement au sein des choses, pour créer l'investigation scientifique!

Descartes, il est vrai, n'eut pas cet embarras : prenant pour guide une science arrivée depuis bien des siècles à la certitude, une science constituée, dans laquelle l'analyse n'offre point de difficultés sérieuses, il en peut dire facilement et brièvement la méthode.

Bacon, au contraire, entreprenant de donner une méthode à l'étude de la nature, comprenant que les sciences mathématiques ne peuvent

tumeur fut ponctionnée et on ne retira qu'une partie du sang qui y était contenu, et on ne constata pas un affaissement complet de la tumeur, comme cela se serait produit pour une poche close bien circonscrite; on peut donc conserver quelques doutes sur l'exactitude du diagnostic dans ce cas.

Lorsqu'une quantité un peu notable de sang a été épanchée hors des vaisseaux, il peut se faire que ce liquide reste ou cesse d'être en communication avec les vaisseaux d'où il est sorti. Dans le dernier cas, il subit alors diverses transformations, qui ont été l'objet d'études attentives de la part des chirurgiens. Les divers éléments qui entrent dans la composition du sang se dissocient, et finissent par disparaître successivement sous l'influence de l'absorption. Dans d'autres cas, plus rarement, le sang conserve sa fluidité sans que les éléments se séparent, et cela pendant un temps plus ou moins long. Cette dernière condition se rapproche de celles que l'on rencontre lorsque le sang est resté en communication avec les vaisseaux.

Dans l'observation que nous avons rapportée plus haut, admettrons-nous que le sang qui formait la tumeur n'était pas en communication avec les vaisseaux? Mais alors, il serait difficile d'expliquer la persistance de sa fluidité et de ses caractères normaux pendant un laps de temps aussi long (sept années); en outre, la tumeur n'aurait pas augmenté graduellement par l'abord d'une nouvelle quantité de ce liquide.

Le sang était-il resté en communication avec les vaisseaux? Dans cette hypothèse, la tumeur aurait acquis pendant tout ce temps un volume considérable par l'abord incessant d'une nouvelle quantité de ce liquide.

Comme on le voit, dans ces deux hypothèses, il existait des raisons assez fortes pour faire rejeter l'idée d'une tumeur sanguine existant depuis un temps aussi long. Ce fait, tout exceptionnel, ne pouvait être prévu, et il est facile de comprendre qu'une erreur de diagnostic ait pu être commise au sujet de la nature du liquide renfermé dans la tumeur.

En dernier lieu, une autre considération nous laisse encore un certain embarras. Quelle serait l'origine, la cause de cet épanchement de sang? Il n'y a, dans le cas présent, aucune contusion, aucune lésion extérieure qui nous rende compte de ce fait; car le malade n'a pu nous signaler aucune cause physique à laquelle il put attribuer son affection, et pour qu'un malade, même intelligent, se résigne au silence en pareil cas, il faut bien qu'il soit bien au dépourvu.

Nous nous bornerons seulement à signaler ces diverses questions sans y insister davantage. Elles pourront, d'ailleurs, être élucidées ultérieurement, par l'observation d'autres faits de même nature; l'étude de l'anatomie pathologique, surtout, pourra éclaircir les points les plus importants.

Quant au traitement, le succès obtenu dans le fait rapporté plus haut, recommande l'emploi du même moyen dans les cas de même nature qui pourront se présenter à l'avenir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 *août* 1857. — Présidence de M. Bussy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet les pièces suivantes :

Épidémies. — Rapport de M. Gremaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans la commune de Chateley (Jura).

— Rapport de M. Greverey, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vesoul, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Traves (Haute-Saône).

— Compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de la Meurthe, en 1856. (Commission des épidémies.)

Eaux minérales. — Rapport de M. le docteur Jaubert, médecin-inspecteur des Eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855. (Commission des Eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Note de M. Berthé, pharmacien à Paris, ayant pour titre : *Relevé de quelques observations sur l'action thérapeutique de la codéine, faites dans le service de M. Vigla* (Maison municipale de santé). (Comm. : MM. Guibourt, Bouchardat et Poggiale.)

— Mémoire sur le climat de Menton (Italie), par M. le docteur César Provençal. (M. Robinet, rapporteur.)

— Note intitulée : *Interversion des sensations extrêmes de froid et de chaud humides dans l'anesthésie*, par M. le docteur Burq. (M. Beau, rapporteur.)

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre adressée à l'Académie par M. Manec, et dans laquelle ce chirurgien réclame contre l'assertion de M. Robert, qui, dans la récente discussion sur l'anesthésie, a cité le nom de M. Manec parmi ceux des praticiens qui ont eu le malheur de perdre des malades par l'emploi du chloroforme : « Je n'ai jamais perdu, dit M. Manec, un seul malade, soit en ville, soit dans les hôpitaux, par l'emploi des anesthésiques. »

---

fructueusement l'inspirer, se trouve n'avoir d'autre sujet d'observation que les travaux encore informes du XVI[e] siècle; c'est avec un guide aussi défaillant qu'il va formuler la méthode. Est-il possible qu'il ne s'embarrasse pas quelquefois dans le détail de l'investigation? Hé bien, malgré des difficultés si considérables, il pose si complétement les *bases* de la méthode des sciences d'observation qu'après lui, il n'y a plus rien à ajouter à l'idée générale : on pourra découvrir de nouveaux procédés de recherches et d'analyse, mais la méthode générale est dégagée. Elle se compose de TROIS *opérations*.

Dans la première, on cherche par l'OBSERVATION, par l'expérience, par l'analyse, par l'analogie, par l'étude des séries de faits analogues, par tous les modes d'investigations qu'offre le sujet, à isoler quelques idées, à formuler une loi plus ou moins générale.

Dans la seconde, on *étend* cette loi *par* INDUCTION à l'universalité des choses auxquelles elle paraît convenir; mais Bacon se garde de l'admettre comme une vérité immuable; loin de là, il déclare que ce n'est qu'un premier essai, « une première vendange de l'esprit humain. »

Dans la troisième opération, on VÉRIFIE l'exactitude de la loi posée, soit en recherchant si des faits nouveaux de même ordre y rentrent facilement, soit plutôt en cherchant PAR LA DÉDUCTION à découvrir quelques faits encore inconnus *et que l'observation vienne confirmer.*

Ainsi, cette méthode qui consiste, après un *vigoureux travail d'analyse, à s'essayer* à formuler par induction les lois prochaines de la nature, à la condition expresse d'éprouver leur valeur, d'augmenter leur probabilité, par l'accord constant des déductions et des expériences faites *a posteriori,* cette méthode, dis-je, se trouve tout entière dans Bacon, et c'est la voie dans laquelle se sont faites presque toutes les découvertes depuis trois siècles. Mais il faut dire que le chancelier anglais l'a revêtue d'un tel luxe de procédés de détail, d'expériences, l'a produite sous un langage tellement figuré, tellement surchargé d'ornements et de métaphores, qu'on a quelque peine à la saisir dans toute sa simplicité. Elle est pourtant exprimée nettement dans le livre II, aph. X du *Novum organum.*

« Il y a deux indications pour arriver à la science : la première est d'extraire *de l'expérience* les lois; la seconde, de déduire, de faire dériver de ces lois, de ces axiomes, DE NOUVELLES EXPÉRIENCES. »

S'il y a lieu, nous reviendrons encore sur la comparaison des travaux de Bacon et de Descartes (1), nous verrons ce que leurs méthodes ont de général, ont de spécial, nous pénétrerons plus intimement la raison de leur différence, et nous nous convaincrons de plus

(1) Nous disons avec intention, *les travaux;* car leur vie privée n'a rien à faire ici : l'observation ne nous a pas appris que l'intelligence puisse s'apprécier par la

ÉLECTIONS.

L'ordre du jour appelle l'élection de deux associés nationaux dans la section de chirurgie.

M. le Président rappelle à l'Académie qu'elle aura à voter successivement sur deux listes de présentation, dont la première présente les noms suivants :

1° MM. Sédillot (de Strasbourg);
2° Goyrand (d'Aix);
3° Bonnet (de Lyon).

Première élection. — On procède alors au scrutin; 52 membres y prennent part : la majorité absolue est en conséquence de 27.

Premier scrutin. — Les voix se répartissent de la façon suivante :

MM. Bonnet.	25 voix.
Sédillot.	16
Goyrand.	6
Bouisson.	2
Gensoul.	1
Renault (de Montauban).	1
Bulletin blanc.	1

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité absolue, l'Académie procède immédiatement à un nouveau scrutin.

Deuxième scrutin. — A celui-ci, 53 membres prennent part; la majorité absolue reste la même. La répartition des votes se fait comme il suit :

MM. Bonnet.	40 voix.
Sédillot.	10
Gensoul.	1
Bouisson.	1
Bulletin blanc.	1

M. Bonnet ayant réuni la majorité des suffrages, est élu membre associé national. Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

Deuxième élection. — Sur la deuxième liste de présentation sont inscrits :

1° MM. Pamard (d'Avignon);
2° Gensoul (de Lyon);
3° Bouisson (de Montpellier).

A ces candidats viennent s'adjoindre :

4° MM. Goyrand (d'Aix);
5° Sédillot (de Strasbourg).

Premier scrutin. — Le nombre des votants est de 48; la majorité absolue de 25. Les voix se répartissent ainsi qu'il suit :

MM. Sédillot.	19 voix.
Bouisson.	10
Gensoul.	8
Pamard.	8
Bonnet.	1
Goyrand.	1
Bulletin blanc.	1

Aucun candidat n'ayant obtenu la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième scrutin.

Deuxième scrutin. — Quarante-trois membres y participent : majorité absolue, 22. La répartition des votes s'opère de la sorte :

MM. Sédillot.	21 voix.
Bouisson.	12
Gensoul.	6
Pamard.	4

Aucun candidat n'ayant encore obtenu la majorité, il est procédé à un scrutin de ballottage entre les deux candidats qui ont réuni le plus grand nombre de suffrages, c'est-à-dire entre MM. Sédillot et Bouisson.

Scrutin de ballottage. — Trente-huit votants; majorité absolue, 20.

MM. Sédillot réunit.	26 voix.
Bouisson.	12

En conséquence, M. Sédillot est élu membre associé national. Son élection sera également soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURE.

Amylène. — M. Jobert (de Lamballe), au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Robert et Larrey, lit un rapport sur un travail de M. Giraldès, ayant pour titre : *Etudes cliniques sur l'amylène.*

M. Jobert rappelle d'abord succintement les principales propositions du travail de M. Giraldès, qu'il se propose de discuter à l'aide des faits seulement. Or, ces faits sont de deux ordres : 1° expérimentations pratiquées sur les animaux; 2° observations recueillies sur l'homme.

A. Expériences. — Dans une première expérience, M. Jobert fit respirer l'amylène à un chien. Dès le début de l'amylénation, l'animal se débattit fortement, fit entendre des cris plaintifs, et bientôt fut agité de contractions involontaires. Soustrait à l'influence de l'anesthésique, ce chien restait abattu; on le soumit alors de nouveau aux inhalations amyléniques, et bientôt sa résistance fut moins vive, les contractions involontaires furent moins fortes, et la torpeur, enfin, les remplaça. Aussitôt l'artère crurale fut ouverte, et de la plaie artérielle s'échappait par saccades un jet de sang brun, dont l'odeur trahissait la présence de l'amylène. Au bout de quelques instants, ce chien fut soumis aux vapeurs du chloroforme, dont l'action stupéfiante fut plus rapide que celle de l'amylène; et l'on ouvrit ensuite l'artère crurale opposée; mais le sang qui s'en écoula n'était point altéré et présentait tous les caractères du sang artériel.

---

en plus que ce qu'elles ont de contradictoire réside entièrement dans l'application forcée que Descartes a voulu faire de la méthode géométrique aux sciences physiques et naturelles.

Nous concluons donc hardiment que, *comme question de méthode,* les formidables querelles entre les Baconiens et les Cartésiens n'ont aucun motif sérieux, spécialement de la part de ceux-ci. Voyez plutôt ici, ne semble-t-il pas que les rôles soient intervertis?

Est-ce bien cette méthode Cartésienne *exclusivement* déductive, *mathématique*, que M. Pidoux veut appliquer aux sciences médicales? Il le faut, car Descartes n'a pas deux méthodes.

Quoi! ce fougueux vitaliste, cet artiste en médecine, cet inspiré, qui lance l'anathème contre le numérisme et le mécanisme, qui foudroie la statistique, veut introduire en médecine la méthode des mathématiciens!! Est-ce parce qu'elle s'est coiffée des idées innées, que l'honorable clinicien méconnaît son ennemie et lui donne l'accolade? D'autre part, n'est-il pas piquant que ce soit un statisticien tel que nous, qui se trouve obligé de défendre les sciences d'observation contre l'invasion d'une méthode spéciale et propre seulement à la science des calculs! Il est vrai qu'en recommandant l'investigation statistique, ce n'est point un principe, mais un secours que nous entendons fournir.

Rendons aux sciences abstraites ce qui leur appartient légitimement, aux sciences complexes ce qui est leur; retrempons les armes, dont l'acier a un peu vieilli, aux sources réciproques des connaissances modernes, et nous aurons *deux* bonnes méthodes qui se compléteront au lieu de se détruire, et qui pourront se fondre en une seule plus générale, mais, par cela même, moins immédiatement pratique.

Dr Bertillon,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

vertu, ni celle-ci par celle-là. Bacon est un courtisan d'une assez vile espèce. Descartes, au contraire, mérite toute estime, c'est un solitaire vertueux, « mais sa vertu est monacale et négative, » son esprit profond et hardi est étroit, âpre et intolérant. (A. Prévost, *Panth. litt.*, Descartes.)

— Malgré notre vif désir de les publier, nous sommes obligés de remettre à notre prochain numéro l'insertion de deux lettres que nous venons de recevoir, l'une de M. L. Corvisart et l'autre de M. Sanson.

Dans une deuxième expérience, en tout la contre-partie de la première, un chien est d'abord soumis aux vapeurs du chloroforme, puis à celles de l'amylène. Avec le premier agent, l'anesthésie est obtenue en une minute, et le sang qui s'écoule d'une plaie artérielle est encore rutilant. A l'aide du deuxième liquide, l'anesthésie n'a lieu qu'au bout de quatre minutes, et le sang artériel s'écoule noir.

Une troisième expérience, où l'on pratiqua l'amylénation à l'aide d'un appareil n'offrit rien de saillant.

Dans la quatrième expérience, il suffit de sept minutes d'inhalation pour entraîner la mort de l'animal. Dans cette expérience comme dans la précédente, on constata d'ailleurs directement la présence de l'amylène dans le sang en le traitant par l'acide chromique, que l'amylène réduit en oxyde de chrôme.

B. Observations. — Ces observations se divisent en trois catégories :

1° Inhalations de vapeurs d'amylène à l'air libre et à l'aide d'une éponge;

2° Inhalations à l'air libre, mais avec un cornet de carton contenant une éponge;

3° Inhalations à l'aide d'un appareil spécial.

1° *Eponges.* — Dans la première observation, on prolongea l'inhalation à l'air libre pendant dix-neuf minutes sans produire autre chose que de l'agitation et une notable accélération du pouls; mais l'anesthésie ne fut point obtenue. Soumis alors aux vapeurs du chloroforme, le malade fut anesthésié en une minute.

La deuxième et la troisième observations ne font que confirmer la première.

2° *Eponge et cornet.* — Dans la quatrième observation, on verse 10 grammes d'amylène sur l'éponge renfermée dans le cornet. Le pouls du patient s'éleva rapidement de 100 à 120 pulsations. Au bout de cinq minutes, l'anesthésie n'étant point obtenue, on versa 15 nouveaux grammes d'amylène, et le pouls monta de 120 à 130 pulsations. C'est alors que la résolution et l'insensibilité se manifestèrent.

Cinquième observation : On fit quatre amylénations successives, où l'on employa d'abord 10 grammes d'amylène, puis 20, puis 8 encore, pour n'obtenir enfin l'anesthésie qu'à l'aide d'un appareil de Charrière, où l'on versa une première fois 10 grammes et une seconde fois 6 grammes de l'agent anesthésique. Cette observation sert ainsi de transition à celles de la troisième catégorie.

3° *Appareils.* — Dans la sixième observation, on versa 8 grammes d'amylène dans un appareil de Charrière, et en trois minutes l'anesthésie fut produite.

Dans la septième observation, on employa d'abord 8 grammes, puis, au bout de deux minutes, l'anesthésie ne se manifestant pas, on versa 4 grammes encore dans l'appareil; vingt secondes après, la résolution musculaire avait lieu, et l'anesthésie était obtenue. Revenu à lui, le patient eut une céphalalgie persistante de plusieurs heures.

Le sujet de la huitième observation avait, au début de l'expérience, 92 pulsations, et celles-ci s'élevèrent rapidement à 120. En quarante-cinq secondes l'anesthésie était complète. On pratiqua alors l'ablation d'un kyste de la grande lèvre. Puis on fit encore usage de 7 grammes d'amylène ; le pouls monta à 132. La plaie fut alors cautérisée au fer rouge. Toute cette série d'opérations dura cinq minutes. Mais, revenue à elle, la malade avait les yeux hagards, la face d'une pâleur cadavérique, le corps couvert d'une sueur froide et visqueuse, et il s'écoula quelque temps avant qu'elle pût répondre aux questions.

Trois dernières observations ne font que confirmer les précédentes.

Ainsi, l'amylène exerce une énergique et dangereuse influence. MM. Robert et Debout ont avancé que cet anesthésique était moins actif que le chloroforme et l'éther; mais cette proposition n'est vraie que dans le cas où l'on emploie l'amylène à l'air libre, ce qui s'explique par la prompte évaporation du liquide. Si l'on se sert d'une éponge, par exemple, et au bout d'un temps qui varie de neuf à dix-neuf minutes, on ne produit que de l'agitation musculaire et l'accélération du pouls. Avec le cornet et l'éponge, les mêmes effets sont plus promptement obtenus, car il suffit de cinq à sept minutes et demie. Mais avec un appareil, l'amylène est certainement l'anesthésique le plus actif, car il produit le résultat désiré en deux et souvent en une minute.

Cet agent a pour effet d'augmenter de 30 à 40 le nombre des pulsations, de modifier la couleur du sang et d'ébranler fortement le système nerveux en entraînant l'insensibilité, le coma et l'abolition de l'intelligence. Il a donc une action toxique et simultanée sur les systèmes vasculaire et nerveux.

Dans sa communication, dit M. Jobert (de Lamballe) en terminant, M. Giraldès s'est proposé de démontrer que l'amylène était moins dangereux que le chloroforme et devait être employé de préférence; mais nous ne trouvons pas qu'il ait donné des raisons suffisantes à l'appui de son opinion.

Notre collègue, M. Robert, se borne à lui donner la préférence dans certains cas exceptionnels; nous ne pouvons même adopter cette dernière manière de voir, parce que, suivant nous, l'amylène a les inconvénients du chloroforme sans en avoir les avantages.

Le chloroforme, en pénétrant dans les vaisseaux, laisse au sang artériel sa couleur rutilante; il n'en est point ainsi de l'amylène; le chloroforme déprime, ralentit le pouls, et l'amylène l'accélère en congestionnant les organes.

Sous le rapport du mode d'administration, l'amylène se manie difficilement; tandis que le chloroforme est d'un usage facile.

Après l'administration du chloroforme, les malades éprouvent ordinairement du calme, et il en est souvent autrement de l'amylène, dont les effets se prolongent sous forme de malaise, d'agitation, de céphalalgie, de titubation, d'incohérence dans les idées, d'hésitation dans la parole.

Le chloroforme nous a fourni les mêmes résultats satisfaisants sur les vieillards, les adultes et les enfants de différents âges, et nous croyons que son emploi n'est pas plus nuisible à cette première époque de la vie que dans les périodes plus avancées.

En résumé, bien que les conclusions présentées par M. Giraldès ne nous paraissent pas devoir être admises, sa communication n'en renferme pas moins des parties intéressantes, et nous avons l'honneur de proposer à l'Académie que des remercîments lui soient adressés, et que son travail soit honorablement déposé dans les Archives de l'Académie.

DISCUSSION.

M. Velpeau demande à présenter quelques observations sur les conclusions du rapport.

Je m'associe de tout cœur, dit-il, à cette partie des conclusions qui propose de voter des remerciements à M. Giraldès, qui est un savant laborieux et digne de toutes nos sympathies. Mais, cet hommage rendu à l'homme, je voudrais que l'Académie s'élevât plus fortement que ne le propose M. Jobert contre l'emploi de l'amylène.

En effet, ne résulte-t-il point des expériences mêmes de M. Jobert que l'amylène ne présente aucun avantage sur les autres anesthésiques, qu'il est moins facile à manier, qu'il remue plus profondément l'organisme, et qu'il est enfin plus dangereux?

D'un autre côté, nous avons à gémir sur un nouveau malheur : un homme vient encore de succomber, par le fait de l'amylène, sous le couteau du chirurgien. Et dans quelles conditions! il s'agissait d'enlever une petite tumeur épithéliale chez un homme robuste et plein de jours. Cela s'est passé dans un grand hôpital de Londres, et l'opérateur était M. Snow lui-même; vous en savez d'ailleurs comme moi les détails, que nous ont rapportés les journaux français (1). Or, il n'y a point à faire valoir ici les circonstances atténuantes qu'on a invoquées pour l'éther et le chloroforme : l'inhabileté ou l'inexpérience de l'opérateur, puisque c'était l'inventeur lui-même qui présidait à l'amylénation.

Eh bien! je dis qu'une substance qui a deux fois produit la mort, en aussi peu de temps et entre les mains mêmes de celui qui l'a préconisée, est à ce point dangereuse qu'on ne doit point en permettre l'emploi.

En conséquence, et m'appuyant : 1° sur ce que l'amylène a une odeur repoussante, qu'il ne présente aucun avantage en compensation de ses nombreux inconvénients, et qu'il est capable d'entraîner la mort, et 2° sur ce que le chloroforme est plus facilement administré, je propose à l'Académie de repousser formellement l'amylènee et d'en réprouver l'emploi.

M. Larrey. Je m'associe complétement aux paroles de M. Velpeau. Je pense que M. Giraldès, présent à l'accident qui vient d'avoir lieu à Londres, a dû modifier ses idées sur l'amylène. C'est un agent dont on doit sérieusement repousser l'emploi. Quant à son innocuité entre les mains de M. Giraldès, ne proviendrait-elle point de ce qu'il a opéré à l'air libre, et ce fait ne vient-il pas militer encore contre l'usage des appareils?

(1) Voir *Monit. des Hôp.*, n°s 96 et 97.

M. DEVERGIE. Mais il est impossible d'employer l'amylène sans appareil; c'est un corps par trop volatil. Il n'y a donc point d'analogie à établir entre l'amylène et le chloroforme.

M. JOBERT. Quand on emploie l'amylène avec une éponge, il est quelquefois impossible d'obtenir l'anesthésie en une demi-heure et même en trois quarts d'heure. Si l'on se sert alors de l'appareil de Charrière, l'anesthésie est rapidement produite, mais au prix d'accidents graves. L'amylène diffère, en effet, du chloroforme, en ce sens que l'insensibilité qu'il entraîne est instantanée et non pas progressive. Il produit une modification profonde du sang.

On a parlé d'anesthésie locale; mais il est impossible de l'obtenir, aussi bien avec l'amylène qu'avec le chloroforme. Sur le nerf sciatique mis à nu, ces agents n'ont point eu d'action; tandis que le contact d'une goutte d'acide prussique a presque immédiatement entraîné la mort.

A la suite de cette discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATIONS.

Autoplastie. — M. DENONVILLIERS présente deux malades sur la face desquels il a pratiqué des autoplasties.

1° Une jeune fille qui, à la suite d'une brûlure de la face, eut un ectropion considérable de la paupière inférieure avec renversement de 2 centimètres. Une autre cicatrice entraînait aussi la lèvre inférieure.

L'opération pratiqué par M. Denonvilliers comporte quatre temps : 1° incision au-dessous de la paupière renversée; 2° avivement des bords palpébraux, de manière à obtenir ultérieurement et pour un temps, l'occlusion artificielle des paupières; 3° dissection d'un lambeau autoplastique; 4° désunion des paupières.

Les résultats obtenus ont été : 1° un lambeau autoplastique plat, et non point en boudin comme avec la méthode ancienne; 2° la non-récidive de l'affection; 3° l'occlusion parfaite et facile des paupières.

M. Denonvilliers fait remarquer qu'il a utilisé, pour son lambeau, de la peau brûlée, et qu'il a une fois de plus vérifié ce fait, qu'en autoplastie, la peau brûlée vaut mieux que la peau saine.

2° Le second malade avait un ectropion compliqué de cancroïde. L'ablation de celui-ci a donc dû précéder l'opération autoplastique, dont le manuel opératoire a d'ailleurs été le même que plus haut.

Répondant à des observations de M. Jobert, M. Denonvilliers fait remarquer que ses lambeaux n'ont point de pédicule, mais une base.

Quant aux résultats obtenus, on peut les consiérer comme définitifs, car le premier malade présenté est opéré depuis neuf mois, et le second depuis quatorze.

M. LE PRÉSIDENT prie M. Denonvilliers de présenter, à ce sujet, une note qui serait renvoyée à l'examen d'une Commission.

M. DENONVILLIERS répond qu'il prépare, sur l'autoplastie, un travail considérable dont ces deux observations ne sont qu'un faible élément, car il possède une vingtaine de faits de cette nature.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur,

Sous prétexte que je suis le dernier venu parmi vous, vous m'imposez, avant d'obtenir les honneurs du feuilleton, la besogne la plus désagréable de la maison, vous m'obligez à faire ce que vous n'avez jamais pu obtenir de vos autres rédacteurs, vous me forcez à lire régulièrement les *Culottières*, et à vous rendre compte de mes impressions.

Je n'ignore pas, Monsieur le Rédacteur, que pour entrer dans un ordre ou confrérie, il est d'usage de subir un noviciat; pour devenir franc-maçon, il faut passer par les épreuves les plus terribles; parmi les chevaliers du Temple, le dernier venu cirait les bottes de la communauté, etc., etc. Eh bien! Monsieur, je préférerais cirer les bottes de toute la rédaction, si cela est absolument nécessaire, et ne pas être forcé à continuer une lecture aussi assommante; je suis d'une santé délicate, et si cela continue, ma constitution n'y pourra résister.

Ne pensez pas, Monsieur, que ce soit par économie que je vous fais cette proposition; la *Gazette des Culottières* ne me coûte pas cher; je ne suis pas de ces gens naïfs, vulgairement appelés jobards, qui croient aux petits manteaux bleus et aux autres blagues philantropico-charlatanesques. Je paie dix francs comme tout le monde, comme le prospectus l'offre à quiconque n'est pas abonné. Je dois dire, du reste, que c'est bien payé, car le papier est si mince, que je n'ose l'utiliser comme il mérite de l'être.

Ajoutez que le journal paraît le moins souvent possible, et qu'à propos de ceci ou de cela, et pour peu qu'il y ait une fête carillonnée dans la semaine, il s'abstient de faire *gémir la presse;* j'avoue que ces jours-là sont bien véritablement pour moi des jours de fête. Les malveillants rient dans leur barbe et appellent ces éclipses périodiques — *des carottes carillonnées;* — moi, je dis que cette conduite est de bon principe. Que diable! noblesse oblige, et lorsqu'un journal est placé sous l'invocation du grand SAINT-GERVAIS, on ne peut pas faire comme tout le monde.

Je profite de cette circonstance pour vous adresser un reproche, que vous n'aurez pas volé. Vous avez eu l'audace de faire comme vos confrères et de paraître le jour de l'Assomption, qui se trouvait un samedi! Vous me direz peut-être que les journaux qui paraissent le samedi sont composés le jeudi, imprimés le vendredi et qu'ils n'ont rien à démêler avec le samedi puisqu'ils sont faits de la veille et au besoin de l'avant-veille. Cette raison est détestable, et prouve que vous n'êtes pas dans les bons principes; si vous cultiviez votre calendrier avec plus de respect, vous pourriez, bon an mal an, tirer cinq ou six *carottes carillonnées* à l'abonné et économiser un billet de mille ou quinze cents francs, qui vous permettrait de faire (ou de ne pas faire) une grande distribution de couronnes et de médailles à vos rédacteurs. Vous craindriez peut-être de mécontenter vos lecteurs; je vais vous donner un moyen d'échapper à cette cruelle alternative : c'est de rédiger votre journal comme celui des *Culottières*, et vos lecteurs, loin de se plaindre, regretteront qu'il n'y ait pas plus de fêtes à célébrer.

Veuillez agréer, etc. TARDIVEAU.

P. S. Je n'ose, pour de bonnes raisons, dire au docteur Griffus (d'Ephèse) qu'il a mal fait son métier de critique à l'exposition; je préfère penser qu'il a la vue basse, ou qu'il a été complétement fasciné par la majesté de M. C. Bernard; sans cela, il aurait vu dans la même salle, en face du célèbre physiologiste, un professeur de la Faculté qui a fait mettre sur le fond du portrait qui a l'honneur de le représenter, tous ses noms, titres académiques et autres; il y en a quatre lignes sans compter l'adresse, seule chose que le peintre ait oublié de mentionner, probablement faute de place. — T.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur à l'occasion de la fête du 15 août :

Officiers : MM. DENONVILLIERS; CALMEIL, médecin en chef de la maison de Charenton.

Chevaliers : MM. PAYER, membre de l'Académie des Sciences; DUPRÉ, professeur à la Faculté de Montpellier; AD. RICHARD, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris; CAUSSADE, médecin des hôpitaux de Bordeaux; RACIBORSKI, ancien chef de clinique de la Faculté; BOINET; PIETRA-SANTA, secrétaire du service de santé de la maison de l'Empereur.

— Au premier rang, parmi les promotions, nous devons placer M. DOYÈRE, connu par beaucoup de travaux importants, et notamment par ceux sur la conservation des grains. On peut dire que, depuis longtemps, il manquait à l'ordre de la Légion d'honneur plutôt que l'ordre ne lui manquait.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Un seul appareil pour toutes les fractures du membre inférieur, par L. GAILLARD, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Poitiers. — (Poitiers, 1857). — Broch. in-8° de 60 pages, avec 2 planches. — Prix : 2 fr. — A Paris, chez J.-B. BAILLIÈRE et FILS, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 101. 5e année. Samedi 22 Août 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.

RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HYGIÈNE.

De l'empoisonnement par le sourdon (cardium edule) **et par la bonite** (scomber palamys),

Deux espèces d'animaux marins qui n'ont pas été indiquées comme vénéneuses jusqu'à présent,

Par le Dr A. Morvan (de Lannilis),
Ex-chirurgien de la marine, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Depuis près de deux siècles on a signalé les accidents déterminés par l'ingestion de certains animaux marins ou aquatiques qui appartiennent à la classe des mollusques, des crustacés ou des poissons.

Ces accidents sont ceux d'un empoisonnement et offrent, à peu de chose près, la même apparence, quel que soit l'animal ingéré. Ils se manifestent sous la forme d'une indigestion plus ou moins grave, avec réaction vers la tête et la peau. Ainsi, quelques heures, parfois immédiatement après le repas, il survient des douleurs, d'abord sourdes, puis violentes, à l'estomac et dans les intestins, avec ou sans vomissements, généralement avec météorisme et constipation, plus rarement avec diarrhée. Les symptômes cérébraux consistent en une céphalalgie intense, en vertiges, en affaiblissement de la vue et de l'ouïe, quelquefois même ces phénomènes vont jusqu'aux convulsions et à la paralysie. Quant à la peau, elle est le siége d'une injection écarlate qui se montre d'abord à la face et se répand ensuite sur tout le corps, ou d'une éruption miliaire, ou d'une urticaire plus ou moins confluente. Ces diverses manifestations vers la peau sont accompagnées de démangeaison et peuvent être suivies de desquamation et même de dépilation. Ajoutons à cela un appareil fébrile intense, auquel succède de la prostration dans les cas graves, et nous aurons le tableau à peu près complet et caractéristique de cette espèce d'intoxication.

Les animaux capables de déterminer ces accidents sont assez nombreux, nous allons énumérer ceux qui sont indiqués dans les auteurs, à savoir :

Dans la classe des mollusques, la moule et l'huître ;

Dans la classe des crustacés, l'écrevisse, le homard, le touloureux et le soldat ;

Dans la classe des poissons, le poisson armé, la lune, le tétraodon ocellé et le tétraodon scélérat, la grande et la petite vieille, le coffre triangulaire, le cailleutassart, la grande et la petite orphie, le congre, le perroquet, le capitaine, la bécune, le thon, la carougue. La liste de ces poissons est copiée dans le *Dictionnaire des sciences médicales,* à l'article des poissons toxicophores, par Hippolyte Cloquet, qui l'avait puisée lui-même presque tout entière dans le mémoire de Moreau de Jonnès.

Nous y joindrons :

D'après le docteur Chisholm, le *coracinus fuscus mayor* (*gray spnapper* des Anglais), le *sparus pagros,* de Forster (*porgee* des Anglais), la dorade ou dauphin (*dolphin* des Anglais) ;

D'après Moreau de Saint-Méry, le cayeux, espèce de sardine ;

D'après Quarrier, l'aldicose et le maquereau de Sainte-Hélène ;

Enfin, d'après Hipp. Cloquet, les œufs de plusieurs poissons, et en particulier ceux du barbeau.

Dans cette longue liste d'animaux toxicophores, je ne vois pas figurer deux espèces dont j'ai été à même d'observer les fâcheux effets ; ces espèces sont le sourdon (*cardium edule*), mollusque, et la bonite (*scomber palamys*), poisson de la famille des thons.

Je vais rapporter les faits dont j'ai été témoin :

A. Empoisonnement par les sourdons.

Dans la journée du 9 mai 1854, les familles Gentil, Hily et Le Coz, de Plouguerneau (Finistère), vont ramasser à la grève des sourdons qu'elles font cuire, séance tenante, dans une marmite en fer, et qu'elles se partagent ensuite. Chaque famille emporte pour sa part deux écuellées de sourdons qui sont incorporés dans une pâte grossière et cuits sous forme de galettes.

La famille Gentil en mange au souper du 9 mai, au déjeuner et au dîner du 10. Cette famille est composée de sept membres : la grand'mère, âgée de 75 ans ; le père, âgé de 44 ans ; quatre filles, âgées de 16, de 14, de 9 et de 8 ans ; enfin, un garçon, âgé de 7 ans. La fille de 16 ans, qui n'aime pas les sourdons, y goûte à peine. Le père, absent dans la journée du 10, ne dîne pas avec le reste de la famille et conséquemment ne mange pas de sourdons pour ce repas. Le soir du 10, entre cinq et six heures, toute la famille éprouve des accidents assez sérieux qui consistent (à part une céphalalgie plus ou moins intense) en symptômes exclusivement concentrés vers le ventre, tels que pesanteur épigastrique, coliques violentes, météorisme des plus considérables, vomissements répétés de matières vertes, sans mélange d'aliments. Ces vomissements étaient suivis d'un grand soulagement. D'ailleurs, point d'évacuations alvines, ni éruption ni démangeaison à la peau, rien, enfin, qui ressemble à de l'urticaire. Ces phénomènes avaient disparu comme ils étaient venus, rapide-

ment, en l'espace de vingt-quatre heures environ, car le lendemain au soir il ne restait de tous ses accidents qu'une faiblesse assez grande qui retenait encore les malades au lit, mais qui ne les avait pas empêchés de manger une soupe. La grand'mère seule avait encore du météorisme, et c'était la seule aussi qui n'eût pas vomi, si l'on excepte la fille de 16 ans, qui s'était bornée à goûter aux sourdons, avait été à peine malade et n'avait ressenti que de faibles coliques. Quant au père, qui n'avait pas dîné avec les autres, il n'en fut pas moins malade pour cela. Je n'ai vu cette famille que dans la soirée du 11, lorsque la plupart des accidents avaient disparu; tout le monde allait bien en ce moment, exceptée la grand'mère qui était encore souffrante et météorisée. J'ai dû m'en rapporter pour les symptômes à la déposition des divers membres de la famille qui étaient, du reste, parfaitement d'accord entr'eux.

Dans la famille Hily, les accidents sont bien autrement graves. Cette famille se compose de quatre personnes qui sont : la mère, âgée de 34 ans; une fille, âgée de 11 ans, et deux garçons, âgés l'un de 8 ans et l'autre de 4 ans. Elle consomme au souper du 9 mai une écuellée de sourdons. Bientôt se déclare les mêmes symptômes que dans la famille Gentil, mais à un degré plus intense; mêmes coliques, même météorisme, même vomissements de matières vertes, même absence de diarrhée et d'urticaire; de plus, à la céphalalgie se joignent des vertiges et un obscurcissement tel de la vue, que les malades ne peuvent rien distinguer. Soif intense. Ils commencent à se plaindre dans la matinée du 10, la fille à trois heures, le garçon de 8 ans à quatre heures, celui de 4 ans et la mère à six heures. La mère seule résiste à la violence du mal, elle est hors de danger le 12 au matin. Les trois enfants succombent; celui de 4 ans, le 10 à midi; celui de 8 ans, ce même jour à sept heures du soir, et la fille de 11 ans, le lendemain matin à 9 heures. Ainsi la mort a été d'autant plus rapide que le malade était plus jeune; elle est arrivée 6 heures, 15 heures et 30 heures après l'apparition des premiers accidents. Tous ces renseignements m'ont été donnés par la mère dans la matinée du 12, je n'ai été appelé dans cette famille qu'après la mort des trois enfants, et à l'effet de constater si leur mort ne tenait pas un empoisonnement par la farine dont se composait la pâte grossière où les sourdons avaient été incorporés.

J'ai procédé, avec mon confrère Salsac, à l'autopsie de la fille Hily 25 à 26 heures après sa mort, et avec M. Guesnel, médecin en chef de la marine, à l'autopsie des deux garçons trois jours seulement après leur mort. Les trois cadavres offrent la même apparence extérieure, les membres et le tronc, surtout en arrière, sont couverts de vergetures, de suffusions sanguines; le ventre est météorisé, verdâtre; des matières liquides, jaunâtres, rappelant la substance jaune des sourdons, sont chassées par les narines.

Abdomen. — L'estomac et les intestins sont distendus par des gaz abondants, et contiennent en outre des matières jaunâtres, à moitié digérées, qui proviennent évidemment des sourdons; la membrane muqueuse n'est ni injectée ni ramollie, elle ne présente enfin aucune trace d'inflammation. Rien au foie ni à la rate.

Poitrine. — Les poumons sont parfaitement sains, cependant il en sort, à la coupe, du sang noir, diffluent.

Cœur normal, ventricule droit contenant ainsi que l'oreillette correspondante des caillots fibrineux; ventricule gauche contenant une cuillerée de sang noir.

Crâne. — *Cerveau* de consistance normale chez la fille, un peu ramolli chez les deux garçons, ce qui tient sans doute au laps de temps qui s'est écoulé depuis la mort jusqu'à l'autopsie.

Sinus de la dure-mère gorgés de sang noir, diffluent, comme celui qui sort des poumons et qui se trouve dans le cœur.

En résumé, absence de lésions matérielles; le sang offre seul une apparence anormale par sa diffluence et sa couleur noirâtre.

Les matières intestinales recueillies avec soin et soumises aux recherches médico-légales, n'ont décelé la trace d'aucun poison. L'expertise médico-légale, ayant été faite à l'Ecole de pharmacie navale de Brest, doit inspirer toute confiance.

Nous avons dit au commencement de cette observation que la famille Le Coz avait aussi mangé des sourdons. Cette famille se compose de trois membres : le père et la mère âgés de 50 ans, et un fils âgé de 14 ans. Les deux écuellées de sourdons qu'elle avait eues pour sa part furent apprêtées sous forme de galettes, comme dans les familles Gentil et Hily; la moitié fut mangée le jour même où les sourdons avaient été ramassés, mais l'autre ne le fut que le surlendemain pour déjeûner. Eh bien, ces trois personnes n'ont pas éprouvé la moindre indisposition.

Récapitulons. Les familles Gentil, Hily et Le Coz prennent un ou plusieurs repas de sourdons cuits avec une pâte grossière; les deux premières en éprouvent tous les symptômes d'un empoisonnement qui aboutit même à la mort pour trois des malades, tandis que la famille Le Coz reste étrangère à ces accidents. Coliques, météorisme, vomissements bilieux, constipation, céphalalgie, vertiges, affaiblissement de la vue, tels sont les symptômes observés. A l'inspection cadavérique, on ne touve ni congestion cérébrale ni inflammations des intestins, bien que les intestins soient distendus par des gaz et par des sourdons indigérés; la seule altération appréciable existe dans le sang qui est noir, diffluent, remplit en partie les cavités du cœur et les sinus de la dure-mère, et a formé des suffusions sous-cutanées. Les recherches toxicologiques n'ont donné qu'un résultat négatif.

En présence des symptômes évidents d'empoisonnement, et à défaut de tout autre agent toxique, on est bien obligé d'admettre que l'empoisonnement est dû aux sourdons, coquillages qui n'ont pas encore été signalés parmi les espèces vénéneuses. Que si l'on objecte que la famille Le Coz, ayant mangé des sourdons comme les autres, n'en a cependant rien éprouvé de fâcheux, je répondrai que cette variabilité d'effet est l'un des caractères propres aux empoisonnements par les coquillages et par les poissons. Nous voyons, en effet, dans la première observation d'Orfila (*Traité de toxicologie*, empoisonnement par les moules), une fille être malade pour en avoir mangé quelques-unes seulement, et le père échapper à tout accident, bien qu'il en eût mangé à satiété.

D'un autre côté, l'urticaire, l'injection écarlate de la peau et même la démangeaison, symptômes spéciaux et presque constants de l'empoisonnement par les animaux toxicophores, ont fait défaut chez tous nos malades. Mais je ferai observer que les ayant vus assez longtemps après le début du mal, j'ai dû m'en rapporter à leur récit. Il serait donc possible que l'éruption ait passée inaperçue dans le trouble général et au milieu de phénomènes bien autrement graves.

J'avoue encore que les sourdons sont un aliment journalier sur notre côte, et je ne sache pas que jusqu'alors, ils aient causé d'accidents. A l'époque même où ces accidents se sont déclarés, plusieurs familles en faisaient leur nourriture habituelle et n'en ont point été incommodées. Quoi qu'il en soit, si l'on considère que les familles Gentil et Hily se sont nourries exclusivement pendant quelques jours de sourdons incorporés à une pâte grossière, que l'analyse chimique a été impuissante à découvrir toute trace de poison, on sera forcé, par analogie, d'attribuer aux sourdons des accidents qui ont, dans leur ensemble, le plus grand rapport avec l'empoisonnement par d'autres coquillages, les moules par exemple.

B. Empoisonnement par la bonite (*scomber palamys*).

Embarqué sur la corvette *la Cornaline*, en qualité d'aide-chirurgien, j'étais à Ténériffe dans le commencement du mois de novembre 1839. Je mangeais avec les aspirants. Nous avions acheté quelques bonites toutes fraîches, sortant de l'eau, que des pêcheurs étaient venus vendre à notre bord. Un premier repas eut lieu ce jour même sans accident; mais il n'en fut pas de même pour le repas du lendemain : à peine avions-nous fini de déjeuner, que nous fûmes en proie à une congestion, à une turgescence de la face qui s'étendit bientôt à tout le reste du corps, nous avions la peau écarlate. En même temps, il se déclara un mouvement fébrile des plus marqués; j'avais, pour ma part, de 125 à 130 pulsations par minute. Nous avions besoin d'air, il nous semblait que nous étouffions. Nous étions à cinq au poste des aspirants, et tous nous éprouvions les mêmes symptômes. Rien de bien tranché au ventre, de la pesanteur à l'épigastre, une soif assez

vive, voilà tout. Ces accidents se dissipèrent assez rapidement; au bout d'une heure ou deux, il n'en était plus question. Je m'empresse d'ajouter que le poste des officiers et le commandant lui-même qui avaient aussi mangé de la bonite, n'en avaient rien éprouvé de fâcheux; mais ils avaient mangé leur poisson le jour même, et on se rappelle que nous n'avions pas été incommodés à notre premier repas.

Je n'ai vu nulle part que la bonite fût rangée parmi les poissons toxicophores, et cependant les marins en connaissent bien les fâcheux effets, quand elle n'est pas entièrement fraîche. Notre chirurgien-major n'hésita pas un moment à rapporter tous ces accidents à un empoisonnement par la bonite.

Les accidents déterminés par les coquillages, par les crustacés et par les poissons, ont été attribués à diverses causes qui peuvent être ramenées aux deux opinions suivantes : pour le plus grand nombre, c'est un empoisonnement véritable, dépendant d'un agent toxique contenu dans ces animaux ; pour quelques-uns, entre autres pour le docteur Edwars, c'est une simple indigestion dépendant d'une disposition particulière de l'estomac (idiosyncrasie). Cette dernière opinion ne peut supporter un moment de réflexion ; comment l'idiosyncrasie seule pourrait-elle expliquer des accidents généralisés aux familles Gentil et Hily ? On comprendrait ainsi une indigestion isolée, mais communiquée à une famille, à deux familles mêmes, c'est impossible. Pareille observation pour notre empoisonnement par la bonite, à bord de *la Cornaline :* nous étions cinq, appartenant tous à des familles différentes et ne pouvant rien avoir de commun dans notre organisation qui permît d'expliquer les accidents par une idiosyncrasie. Cette objection acquiert plus de force encore quand on considère que des équipages entiers ont été empoisonnés de la sorte. On est donc obligé d'admettre, dans ces animaux, un agent toxique; mais ici viennent se ranger plusieurs hypothèses.

Pour James Clarke, pour Chisholm, pour Beunie, les accidents dépendent des substances dont les animaux se seraient nourris ou qui s'y seraient introduites; pour Lamouroux, de la crasse de mer; pour Breumié et pour Daroudeau, de petites étoiles de mer qui y pénètrent à certaines époques de l'année, et ils citent des expériences à l'appui ; enfin, pour Burrows et pour Moreau de Jonnès, auteurs de deux mémoires excellents à ce sujet, l'empoisonnement dépendrait d'une altération morbide de ces animaux, et ils citent une multitude de faits qui attestent qu'on a mangé sans inconvénients certains poissons frais qui ne paraissaient pas malades, mais que le lendemain ces mêmes poissons étaient vénéneux, bien qu'ils eussent été salés. Cette vérité trouve sa confirmation dans notre deuxième observation, où nous voyons qu'après avoir mangé impunément de la bonite le premier jour, nous en avons été incommodés au repas du lendemain. Cette simple remarque suffit pour écarter toutes les hypothèses qui placent la cause de l'empoisonnement dans une substance étrangère à l'animal et venue du dehors, comme le seraient des aliments, la crasse de mer, les étoiles de mer. Breumié et Daroudeau prétendent qu'ils ont empoisonné des chiens en leur administrant des étoiles de mer. Cela ne prouverait qu'une chose, en admettant l'exactitude de ces expériences, c'est que les étoiles de mer viendraient se placer parmi les animaux toxicophores, au même titre que les moules, par exemple.

Les animaux devenus vénéneux ont donc subi une altération qui est spéciale et bien différente de l'altération putride. Cette altération arrive plus ou moins vite, suivant l'espèce de l'animal, et semble subordonnée au degré de la température ; en effet, elle se montre principalement chez les poissons des mers intertropicales, et dans nos climats c'est pendant les chaleurs de l'été seulement que les moules et les huîtres en sont atteintes.

Mais si nous sommes conduits par la force des choses à regarder les animaux ainsi altérés comme de véritables poisons, on n'en est pas moins obligé de reconnaître que certains individus sont aptes et d'autres entièrement rebelles à cette espèce d'empoisonnement. C'est ainsi que dans notre première observation nous voyons les familles Gentil et Hily subir l'action toxique des sourdons, sans exception de personnes, tandis que la famille Le Coz n'est pas incommodée, bien qu'elle ait mangé de ces mêmes sourdons ramassés depuis deux jours. Voilà où peut et doit intervenir l'explication du docteur Edwars, cette mystérieuse idiosyncrasie qui vient déranger l'égalité devant le poison des animaux vénéneux.

Comme nous l'avons dit en commençant, les animaux qui ont subi cette altération déterminent les symptômes d'une indigestion plus ou moins violente. Dans l'empoisonnement par les sourdons, que nous avons observé, cette indigestion a pris tous les caractères de l'indigestion gazeuse chez les herbivores. Le météorisme est des plus considérables, il s'accompagne de constipation et de coliques, et la mort chez les trois enfants Hily s'expliquerait par le refoulement du diaphragme et l'asphyxie qui en serait la conséquence. L'absence de toute lésion cadavérique autre que l'altération du sang, qui est noir, diffluent et gorge les poumons, les cavités du cœur et les sinus de la dure-mère, les résultats de l'autopsie, en un mot, témoignent en faveur de cette hypothèse de la mort par l'asphyxie.

MÉDECINE CLINIQUE.

Nouveaux faits de fièvres intermittentes rebelles guéries par les douches froides,

Par le Dr L. Fleury,

Agrégé honoraire à la Faculté de Médecine, médecin de S. M. l'Empereur.

(Suite. Voir le nº 99.)

Que pensera de cette observation M. le membre du Conseil de santé Vaillant, auquel M. Lallement a été présenté, à l'hôpital militaire de Valenciennes, pendant une tournée d'inspection, à titre de *cas rare et particulièrement difficile à vaincre ?*

Et M. le président Bégin? Trouvera-t-il que toutes les données de son *problème véritable* se trouvent ici réunies, et que la solution est satisfaisante?

Et M. Godard, chirurgien de l'hôpital militaire de Versailles, qui a vu le malade le 17 avril 1857, pensera-t-il encore qu'en disant à M. Lallement : « *prenez mon ours,* » je lui ai rendu un mauvais service? L'ours civil de l'hydrothérapie a vaincu, ce me semble, dans cette circonstance, l'ours incivil (je veux dire militaire), du sulfate de quinine et de l'arsenic.

J'ai vainement cherché dans les annales de la science une observation analogue à celle que je viens de rapporter, et qui jette une si vive lumière sur la pathogénie des engorgements viscéraux dans les fièvres d'accès.

Chaque accès fébrile est accompagné d'une congestion viscérale; mais, chez M. L...., ce n'est point vers la rate ou vers le foie que s'opère la congestion sanguine, c'est vers les reins ; et comme il existe, ici, une voie d'excrétion, la quantité surabondante du sang est rejetée à l'extérieur, et une hématurie est le résultat de chaque accès fébrile.

Les hématuries dont il est impossible de méconnaître la nature, et qu'on ne peut attribuer à une affection calculeuse, deviennent alors un instrument à l'aide duquel l'on constate, avec une rigoureuse précision, le degré d'intensité de chaque accès, la marche de la pyrexie, et l'action des traitements mis en usage.

Pendant longtemps, les congestions rénales se manifestent exclusivement sous l'influence de la concentration, du frisson fébriles, et les deux phénomènes, accès fébriles intermittents et congestions rénales, marchent ensemble. Plus tard, il n'en est de plus de même, et des congestions rénales irrégulières, accidentelles, se manifestent sous l'influence du froid atmosphérique, alors que les accès fébriles ont disparu depuis longtemps et sans retour.

Cependant, sous l'influence de ces congestions rénales souvent répétées, il se produit une albuminurie ; c'est-à-dire une com-

plication, ou plutôt une maladie nouvelle, laquelle devient continue, indépendante de la fièvre, et persiste longtemps après la disparition des accès fébriles et des congestions rénales *fébriles* et *accidentelles*. La pathogénie de la maladie de Bright n'est-elle pas, également, vivement éclairée par la succession et l'enchaînement de ces faits pathologiques?

Sous la triple influence de la fièvre, des hémorrhagies rénales et de l'albuminurie, probablement aussi sous celle de l'énorme quantité de sulfate de quinine qui a été ingérée pendant cinq ans, le malade tombe dans un état d'anémie et de cachexie des plus graves; c'est à lui qu'il faut attribuer le refroidissement habituel des pieds et des mains, ainsi que la congestion si remarquable qui a lieu aux joues et aux oreilles, sous l'influence du froid atmosphérique.

Conformément à la LOI que nous avons établie, l'hydrothérapie commence par faire justice des phénomènes intermittents, accès fébriles et hématuries; elle obtient ensuite raison des congestions rénales *accidentelles;* enfin, elle fait disparaître toute trace d'anémie et de cachexie, et rétablit l'équilibre dans toutes les fonctions (*digestion, respiration, circulation*). Il ne reste plus alors que l'albuminurie, dont nous nous occuperons tout à l'heure.

Cette observation fait ressortir d'une façon bien remarquable la nécessité d'une *administration méthodique* des douches froides. Le malade, homme très-instruit et très-intelligent, affirme, en arrivant à Bellevue, que l'intermittence est devenue entièrement étrangère aux manifestations fébriles, et que ses accès se montrent exclusivement sous l'influence du froid atmosphérique. Acceptant cette donnée, j'institue le traitement d'après les errements ordinaires de l'établissement, et les douches sont administrées à huit heures du matin et à quatre heures du soir.

Après quelques jours d'observation suivie, je crois reconnaître que l'assertion de M. L.... est trop absolue. Les agents atmosphériques exercent une influence incontestable, mais le rôle de l'intermittence n'est pas moins évident; je n'admets pas que ce soit en raison d'une circonstance extérieure que les accès se manifestent entre onze heures et demie et midi, et je prescris que les douches du matin soient administrées, non plus à huit heures, mais à un moment beaucoup plus rapproché de l'invasion, c'est-à-dire à dix heures et demie. ***Dès le lendemain, les accès sont coupés pour ne plus reparaître.***

Mais si les accès fébriles ne se manifestent pas sous l'influence exclusive du froid atmosphérique, il n'en est pas de même de la congestion rénale; celle-ci, *après la disparition définitive des accès* (18 février), se montre encore quelquefois, lorsque, le temps étant froid et humide, le malade reste exposé aux intempéries de l'atmosphère; une fois, nous l'avons produite artificiellement et involontairement, par l'administration d'un bain de pieds froid, et plusieurs fois le malade l'a provoquée volontairement en se soumettant à l'action du froid. Une influence pathogénique ne peut guère se révéler avec plus de netteté et de certitude. Les congestions rénales accidentelles ne disparaissent définitivement qu'après que le traitement hydrothérapique, en rétablissant la circulaire capillaire générale dans ses conditions normales, a fait justice de l'extrême impressionnabilité du malade aux agents atmosphériques, et alors, avec les congestions rénales accidentelles, disparaissent aussi le froid habituel des extrémités et les congestions auriculaires.

A ce moment (3 mai) nous n'avons plus en face de nous que l'albuminurie, et disons tout d'abord que si les douches froides eussent été opposées à la fièvre dès le début, celle-ci eût été rapidement guérie, et que le développement ultérieur de l'albuminurie eût été, par conséquent, prévenu. Considération nouvelle que nous signalons à M. Bégin, et qui prouve qu'il peut y avoir *plusieurs avantages* à substituer les douches froides au sulfate de quinine.

Mais enfin, l'albuminurie existe, et l'hydrothérapie en fera-t-elle justice?

Depuis trois ans et demi, à l'hôpital Lariboisière, notre collègue et ami M. le docteur Becquerel fait usage de cette médication dans le traitement de la maladie de Bright, et voici les résultats qu'il nous a dit avoir obtenus :

« En faisant usage des applications hydrothérapiques d'après « votre méthode (*sudations en étuve sèche et douches générales*), j'ai obtenu dans plus de 20 cas de maladie de Bright « *aiguë* la disparition rapide et la guérison complète, sans récidive, de l'affection ; dans la forme *chronique*, j'ai obtenu « une diminution plus ou moins considérable dans la proportion de l'albumine, une diminution ou la disparition de l'hydropisie, un rétablissement plus ou moins complet des forces, « j'ai pu prolonger la vie et obtenir une très-grande amélioration, mais je n'ai jamais vu de guérison complète. »

Avions-nous affaire à la forme aiguë ou à la forme chronique? Le début de l'affection ne peut pas être déterminé avec précision; cependant, M. Lallement *croit* qu'au mois d'octobre 1856, son urine n'était point constamment albumineuse, et qu'elle ne le devenait que sous l'influence des accès fébriles ou du froid atmosphérique. L'albuminurie permanente aurait donc eu, à l'arrivée du malade à Bellevue, environ quatre mois d'existence. Notons qu'il n'y avait jamais eu d'hydropisie, d'œdème, et que cela était une circonstance de bon augure. On a vu que dans l'espace de quelques semaines, la proportion d'albumine a été réduite de 2 grammes à 70 centigrammes; il y a donc lieu d'espérer une guérison complète et prochaine, et cela d'autant mieux que, les causes qui avaient produit l'albuminurie, et qui l'entretenaient, n'existent plus.

OBS. II. — ***Fièvre intermittente contractée en Afrique en 1852. — Type insolite : au début, cinq jours consécutifs de fièvre, suivis de cinq jours consécutifs d'apyrexie; plus tard, accès irréguliers, et enfin un accès tous les neuf, dix ou onze jours. — Accidents cérébraux graves, hallucinations; anémie, état nerveux, etc. — Insuccès du sulfate de quinine et de l'acide arsénieux.***

CERTIFICAT DE VISITE.

« Nous soussigné, médecin-major du 1er régiment de grenadiers de la garde, certifions que le lieutenant Margaine (Henri-Camille) est atteint d'une fièvre intermittente rebelle.

« En conséquence, nous estimons qu'il a besoin d'un congé de convalescence de trois mois.

« Fait à Courbevoie, le 1er février 1857. « *Signé* BRISSET. »

Muni de ce document et obéissant aux conseils de M. Jules Rouyer, élève des hôpitaux de Paris, M. Margaine vient à Bellevue *le 10 février* 1857, et nous donne, sur sa maladie, les renseignements écrits suivants :

Au mois de décembre 1852, M. M.... appartenait au 10e régiment de ligne, et se trouvait à Bône (province de Constantine), où sévissaient des fièvres intermittentes graves; atteint l'un des derniers du régiment et frappé d'un accès très-intense, il partit deux jours après pour Alger, espérant que le changement de localité couperait la fièvre dès son début.

Il n'en fut pas ainsi. Après quelques jours de séjour à Alger, un second accès eut lieu, et la fièvre se montra, dès lors, avec une périodicité parfaite. « J'avais alternativement, écrit le malade, cinq jours mauvais et cinq jours bons; pendant les premiers, je restais presque continuellement au lit, un violent accès ayant lieu chaque jour, et me laissant chaque fois très-abattu, privé de forces et fort mal à l'aise; pendant les seconds, je me portais parfaitement, et le bien-être se manifestait si rapidement, si brusquement, que mes camarades, après m'avoir vu très-malade pendant cinq jours, ont été parfois très-surpris de me retrouver au bal masqué le sixième. »

Le traitement consista en tisane de centaurée et en sulfate de quinine porté jusqu'à la dose de 1 gr., 50. Il resta complétement inefficace.

Le 22 février 1853, M. M.... reçut l'ordre de se rendre à l'école de tir, à Paris. A son arrivée, il trouva la ville couverte de neige, et le jour même eut lieu un violent accès fébrile. « Quand il fut passé, dit M. M...., je constatai avec surprise que je ne pouvais pas marcher

droit devant moi, non par suite d'une faiblesse de mes jambes, mais en raison d'un trouble singulier de la vue ; il me semblait que mes yeux s'ouvraient démesurément et que tous les objets dansaient devant moi. » La fièvre persista avec le type que nous avons indiqué.

Le malade tomba rapidement dans une grande faiblesse, et devint, suivant ses expressions, d'une sensibilité *ridicule* au froid. Le 10 *mars*, ne pouvant plus marcher que très-difficilement, il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, où six semaines de traitement par le sulfate de quinine ne modifièrent en rien les accidents. Un *déplacement* fut considéré comme nécessaire, et, muni d'un congé de convalescence de trois mois, M. M.... se rendit dans sa famille, à Sainte-Ménehould.

« J'étais, en arrivant chez moi, dit M. M...., d'une maigreur effrayante, d'une faiblesse excessive et d'une sensibilité au froid de plus en plus exagérée ; la fièvre ne me quittait point ; chaque accès était annoncé par une somnolence excessive, puis survenait un frisson violent avec froid glacial des pieds et des reins ; je me couchais en me pelotonnant sur moi-même, et je grelottais pendant plus d'une heure. La réaction était énergique et la sueur très-abondante. De chaque accès, je sortais plus faible que du précédent. »

Le sulfate de quinine fut de nouveau mis en usage, et on lui associa les pilules de Vallet, mais sans plus de succès qu'auparavant.

Au mois de septembre, M. M.... dut rejoindre son régiment à Pau. En traversant Bordeaux, la fièvre le prit avec violence ; mais, à sa grande surprise, il n'eut qu'un seul accès, et le surlendemain, il put continuer sa route.

A Pau, les accès fébriles devinrent moins violents et très-irréguliers ; mais il se produisit un phénomène nouveau qui, depuis cette époque, a toujours persisté et vivement impressionné le malade. Chaque accès est accompagné des hallucinations les plus bizarres, et les plus pénibles, de la vue et de l'ouïe. « Quoi que je fasse pour les combattre, dit M. M...., je ne peux y parvenir ; je ne peux m'endormir et dissiper les terreurs invisibles qui s'emparent de moi qu'en ayant de la lumière dans ma chambre pendant toute la nuit, et je souffre d'autant plus de cet état que je n'en ai jamais parlé, n'osant avouer à personne que j'ai peur de l'obscurité, comme un enfant. »

Au mois de mai 1854, M. M.... fut incorporé dans le premier régiment des grenadiers de la garde.

Pendant dix mois les accès continuèrent à se montrer irrégulièrement ; le malade était prévenu de l'invasion par des hallucinations ; il se couchait et subissait avec résignation tout le cortége des accidents fébriles. Une grande quantité de sulfate de quinine fut encore administrée à la dose de 8 décigrammes à 1 gramme, mais sans aucun succès.

Au mois de mars 1855, M. M.... dut partir pour la Crimée. Pendant les premiers mois, les accès devinrent moins rapprochés, moins violents, et le malade croyait toucher à la guérison, lorsque, sous l'influence des grandes chaleurs et des fatigues extrêmes de la guerre, tous les phénomènes morbides se reproduisirent avec une nouvelle intensité : « J'étais au bout de mes forces, dit M. M...., lorsque je fus blessé le jour de l'assaut de Malakoff. »

Pendant tout le temps que dura la suppuration d'une plaie d'arme à feu fort grave de la main droite, c'est-à-dire depuis le 8 septembre 1855 jusqu'au mois de février 1856, aucun des phénomènes ci-dessus indiqués ne se manifesta ; les accès intermittents, les hallucinations avaient complétement disparu, et M. M.... bénissait la blessure qui l'avait débarrassé des accidents qui pendant trois ans s'étaient reproduits avec tant de ténacité, lorsque peu de jours après la cicatrisation de la plaie, et sans aucune cause déterminante appréciable, éclata un violent accès fébrile en tout semblable aux précédents : bâillements, somnolence, hallucinations, frisson intense et prolongé, etc.

Pendant sept mois, de nombreux accès eurent lieu et furent encore combattus, mais sans plus de succès, par le sulfate de quinine.

Au mois de septembre, M. M.... alla passer un mois dans sa famille, et là il eut un accès de fièvre « *aussi violent qu'aux plus mauvais jours.* » On substitua au sulfate de quinine le vin fébrifuge de Bouchardat.

Depuis cette époque jusqu'à ce jour, la fièvre affecta une nouvelle périodicité, les accès ayant lieu régulièrement tous les neuf, dix ou onze jours.

Au mois d'octobre, l'acide arsénieux fut administré *à hautes doses*, sous la direction de M. le docteur Boudin ; mais dès le second jour il survint des coliques et une diarrhée qui ne firent qu'augmenter, de telle sorte que la médication fut interrompue le cinquième jour.

Au mois de février 1857 l'état général du malade était devenu très-fâcheux ; amaigrissement, faiblesse extrême, anémie, anorexie, gastralgie, palpitations, douleurs névralgiques erratiques, susceptibilité excessive aux influences atmosphériques, bien que le malade soit couvert de flanelle et porte toujours des vêtements très-chauds.

C'est dans ces circonstances que M. M...., ayant été instruit, par M. Rouyer, de l'efficacité de l'hydrothérapie dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles, prit le parti de demander un congé de convalescence et de venir réclamer, à Bellevue, le secours de cette médication.

Etat actuel. — Taille, 1^{m},86 ; poids du corps, 67 kilos ; constitution grêle ; tempérament nerveux ; teint pâle ; facies altéré.

Le foie et la rate ne dépassent point leurs limites physiologiques ; le volume du cœur n'est pas augmenté et l'on ne perçoit aucun bruit anormal, sauf un souffle moelleux au premier temps ; l'impulsion est faible. Le pouls est petit et facilement dépressible. Bruit de souffle intermittent dans les vaisseaux du cou. La peau et les membranes muqueuses sont peu colorées. Les facultés intellectuelles sont parfaitement intactes.

Le traitement hydrothérapique est commencé le lendemain, 11 *février* 1857.

15 *février*. Le malade a eu un accès de fièvre la veille au soir ; il n'a pas été très-violent, mais les hallucinations de la vue et de l'ouïe ont beaucoup tourmenté M. M...., et l'ont obligé à conserver de la lumière dans sa chambre pendant la nuit.

25 *février*. M. M.... a éprouvé hier soir les prodrômes habituels de ses accès fébriles : bâillements, somnolence, frisson, etc. ; mais ces phénomènes ont été très-légers, n'ont donné lieu à aucun malaise et se sont dissipés au bout de fort peu de temps. *Le malade n'a pas eu la moindre hallucination*, et a passé une bonne nuit.

15 *mars*. *Plus de traces de la fièvre.* L'appétit est très-vif, la digestion excellente ; l'état général est notablement amélioré.

31 *mars*. Tous les phénomènes d'anémie ont disparu ; M. M.... ne porte plus de flanelle, n'est que légèrement vêtu et supporte, sans en ressentir aucune influence fâcheuse, les vicissitudes atmosphériques de la saison ; ses forces sont revenues et lui permettent de faire, chaque jour, de longues promenades. La guérison peut, dès aujourd'hui, être considérée comme complète et définitive, mais pour la consolider M. M...., pendant un mois encore, viendra de Paris deux fois par jour recevoir une douche générale en pluie et en jet.

Le 10 mai, M. Margaine quitte définitivement Bellevue en m'écrivant les lignes suivantes :

« Monsieur et cher docteur,

« Je suis arrivé près de vous malade depuis quatre ans ; je désespérais de tout ; « le moral souffrait autant que le physique, et j'en étais arrivé à redouter la « folie.

« Vous m'avez tendu la main, et rien qu'à voir votre confiance et la bonté de « votre accueil, j'espérais déjà. Après deux mois de traitement, j'ai vu disparaître « tous les accidents qui caractérisaient ma maladie, et, en particulier, ces affreuses « hallucinations qui étaient pour moi l'objet d'une si profonde terreur. A l'heure « où j'écris, je suis complétement guéri et je jouis de la meilleure santé que j'aie « jamais eue.

« Je vais reprendre mon service, je vais vous quitter ; le hasard ou ma car- « rière peuvent m'emmener bien loin, mais avec moi j'emporterai votre souvenir, « et une reconnaissance qui défie le temps et la distance, etc.

« *Signé :* MARGAINE. »

Au point de vue de la nosographie, l'observation qu'on vient de lire présente deux circonstances très-remarquables :

Le type de la fièvre. — Au début, il existe alternativement cinq jours consécutifs de fièvre, et cinq jours consécutifs d'apyrexie. Je ne sache pas que jamais ce type ait été observé ; les recherches bibliographiques les plus étendues ne m'ont fourni, à cet égard, que des résultats négatifs. Son existence chez notre malade, ne saura être mise en doute. M. M.... m'a donn

renseignements les plus précis, les détails les plus circonstanciés, et il m'a affirmé que plusieurs des hommes de son régiment, qui contractèrent la fièvre à Bône, en même temps que lui, furent atteints de la même manière. — Plus tard, les accès se reproduisent tous les neuf, dix ou onze jours, et c'est encore là un type, sinon inconnu, du moins très-insolite.

Les hallucinations, devenues l'un des principaux phénomènes des accès fébriles. — Des troubles de l'intelligence et des fonctions sensoriales caractérisent certaines formes pernicieuses, et se montrent même, parfois, pendant la période de réaction de certains accès de fièvres simples ; mais je n'ai point trouvé, dans les auteurs, un autre exemple de fièvre simple, périodique, dont chaque accès ait été accompagné, dès le début, ou même précédé, d'accidents nerveux consistant exclusivement en hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Au point de vue de la thérapeutique, voici bien une FIÈVRE MILITAIRE, *contractée en Algérie, résistant au repos, au régime, aux soins très-simples, à l'éloignement des causes productrices,* et non-seulement *à des doses très-minimes de sulfate de quinine,* mais encore au déplacement, à la navigation et à des doses très-élevées de sulfate de quinine et d'acide arsénieux ; voici bien une de ces « *fièvres difficiles à vaincre* » que réclame la solution du « *problème véritable,* » posé par M. Bégin.

Or, les douches froides ont guéri cette fièvre, absolument comme s'il se fût agi d'une *fièvre civile et parisienne !*

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. MANEC.

Kyste du sein : opération, récidive. — Deuxième opération, guérison,

Fardot (Marthe-Élisabeth), âgée de 34 ans, régulièrement menstruée depuis l'âge de 12 ans, demeurant à Paris, rue Guisarde, n° 18.

Son père et sa mère sont morts dans un âge avancé, sans avoir jamais eu de tumeurs d'aucune espèce. Elle a joui elle-même d'une bonne santé jusqu'à ses couches, qui ont été au nombre de quatre, et dont deux ont été suivies d'abcès multiples du sein droit avec trajets fistuleux et décollements guéris depuis plusieurs années.

Au mois de septembre 1856, la malade reçut d'un bœuf un coup de corne qui l'atteignit à ce même sein si longtemps enflammé ; mais elle souffrit peu de ce choc, qui, sans doute, fut léger, car elle en aurait complétement perdu le souvenir, si une de ses voisines, témoin de l'accident, ne le lui avait rappelé.

Le 1er novembre suivant, elle remarqua à la partie supérieure et externe du sein droit une tumeur qui avait le volume d'une petite noix, et, bien qu'elle n'éprouvât pas de douleurs, elle consulta un médecin qui lui donna une pommade jaune, sans doute à l'iodure de plomb.

Aux fêtes de Noël, le volume de la tumeur avait presque doublé ; les frictions furent continuées, mais elles restèrent sans effet.

Au mois de février, la malade entra à la Charité, dans le service de M. Manec.

A son entrée, on constata l'existence d'une tumeur grosse comme un œuf de dinde, mobile sous la peau qui avait conservé sa couleur normale, et adhérent au sein par un pédicule très-marqué. M. Manec avait senti sur la partie externe de la tumeur une fluctuation douteuse, mais comme ce phénomène était peu apparent, il crut à l'existence d'une simple hypertrophie lobulaire du sein. L'opération fut pratiquée le 28 février. Après avoir incisé la peau, M. Manec saisit la tumeur avec une pince érygne ; mais grand fut son étonnement quand il vit apparaître un liquide jaune, citrin, analogue à celui que renferme la tunique vaginale dans l'hydrocèle. Ce liquide était renfermé dans la tumeur, qui était un kyste, bien qu'elle n'eût présenté avant l'opération aucun des caractères propres à ce genre de tumeurs. Mais la raison de ce phénomène ne tarda pas à se montrer ; les parois du kyste avaient une telle épaisseur et une organisation si complexe que la fluctuation ne pouvait pas exister. En dehors, l'épaisseur était moins considérable, et M. Manec ne s'était pas trompé, quand il avait cru y percevoir la sensation que donne un liquide déplacé.

La cavité de ce kyste était large et spacieuse, et avait assez nettement l'aspect de celle de l'oreillette droite du cœur ; comme cette dernière, elle présentait des colonnes charnues faisant saillies dans la cavité, s'entre-croisant dans tous les sens, et adhérant dans toute leur étendue à la paroi, dont la coupe était granuleuse et d'un gris jaunâtre.

Après un séjour de quelques semaines à la Charité, la malade sortit parfaitement guérie, conservant de l'opération qu'elle avait subie une simple cicatrice linéaire.

Le 22 juin, elle revient à l'hôpital, où nous constatons les phénomènes suivants :

Sous la cicatrice, dont nous venons de parler, on sent une tumeur de forme ovalaire, à grand diamètre dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et d'une consistance ferme et résistante. En aucun point elle ne présente de fluctuation ; son volume égale celui d'une noix. Elle paraît formée de deux parties : l'une superficielle tournée vers le sein ; l'autre plus profonde qui arrive jusqu'au voisinage de l'aisselle.

Cette tumeur est franchement adhérente à la peau, qui garde à ce niveau son aspect normal ; du côté du grand pectoral, l'adhérence est moins évidente.

La malade se plaint d'éprouver dans les deux seins, mais dans le droit surtout, des fourmillements comme si elle allaitait. Quand la tumeur a été l'objet d'un examen prolongé, elle devient le siége d'élancements très-pénibles, qui n'apparaissent jamais spontanément. Le bras droit est douloureux sur le trajet du nerf cubital jusque dans les deux derniers doigts, qui sont pris quelquefois de convulsions légères. L'épaule droite se meut avec difficulté.

La santé générale est très-bonne ; le teint normal ; tous les autres organes sont sains et fonctionnent régulièrement.

Il n'existe dans l'aisselle aucun engorgement ganglionnaire.

L'opération est pratiquée le jeudi 16 juillet.

La reproduction de la tumeur, son adhérence, sa dureté comparable à celle du squirrhe, avaient fait croire cette fois à une tumeur maligne. M. Manec fut encore détrompé. Un nouveau kyste multiloculaire s'était formé à la place de l'ancien.

Comme on l'avait reconnu avant l'opération, la tumeur était formée de deux parties distinctes : l'une placée sous la peau, plus volumineuse, et l'autre contiguë au grand pectoral, plus petite. Chacune d'elles renfermait une cavité principale, dans laquelle venaient s'ouvrir d'autres cavités plus petites. De nombreux lobules de graisse les entouraient, ainsi que des kystes gros comme des pois, indépendants, mais organisés comme les deux autres. On en voyait quelques-uns de très-petit volume qui étaient comme incrustés dans les fibres du grand pectoral, auxquelles adhérait aussi très-nettement la partie profonde du plus petit des deux grands kystes.

La cavité de ces tumeurs était remarquable à plus d'un titre. Elle était tapissée par une membrane rose, d'un aspect tomenteux assez semblable à celui de la muqueuse utérine. A travers cette mince couche, on apercevait un grand nombre de vaisseaux dans lesquels le sang, encore liquide, se mouvait sous le doigt. Cette couche était soulevée par des saillies disposées en réseau qui ressemblaient, pour la plupart, aux colonnes adhérentes de la face interne du cœur ; quelques-unes avaient un bord libre sous lequel la cavité se prolongeait, pour s'y arrêter ou se continuer avec une cavité plus petite. En d'autres endroits, on trouvait des orifices nettement limités, qui étaient l'embouchure d'un ou plusieurs kystes de petit volume. L'épaisseur des parois égalait presque partout un centimètre, ce qui explique la résistance et la dureté de la tumeur à travers la peau. Le liquide qui

s'écoula était d'un jaune citrin et fluide comme la sérosité péritonéale. Le tissu de la tumeur se coupait, et même se déchirait facilement; il ne ressemblait ni au tissu musculaire, ni au tissu fibreux, mais seulement au tissu cellulaire; il paraissait contenir peu de vaisseaux dans la partie extérieure; nous avons déjà dit qu'il n'en était pas de même des couches avoisinant la cavité.

M. Charles Robin voulut bien faire l'examen microscopique de la tumeur, et nous donner sur son organisation les renseignements suivants, que nous transcrivons mot à mot :

Parois et colonnes formées de tissu cellulaire en faisceaux ou nappes, dans lesquelles les fibres sont finement onduleuses, à ondulations régulières et très-rapprochées. Toute la face interne du kyste est tapissée d'une couche épithéliale molle à cellules, pourvue d'un gros noyau comme dans les canaux galactophores, et accompagnée de noyaux libres.

L'opération achevée et les ligatures faites, M. Manec réunit les deux lèvres de son incision à l'aide d'une bandelette de diachylon, et applique par-dessus un pansement à plat, recouvert de charpie trempée dans l'eau fraîche, qui devra être imbibée tous les quarts d'heure, tant que la malade sentira de la douleur.

A partir du jour de l'opération, il ne s'est rien passé de saillant. La charpie sèche remplace, le troisième jour, la charpie mouillée. La dernière des sept ligatures tombe le 3 août. La cicatrisation s'est opérée de la manière la plus régulière. La malade reste encore quelques jours à l'hôpital et sort, le 17 août, parfaitement guérie.

Cette observation a été publiée pour montrer les formes diverses sous lesquelles peut se montrer la même affection. Le kyste que nous venons de décrire ressemblait, d'une manière frappante, à une tumeur maligne, tant par la rapidité de sa reproduction que par son adhérence à la peau, sa dureté et les douleurs dont elle était accompagnée. La circonstance d'une demi-erreur antérieure nous tenait pourtant en garde, mais les caractères cliniques étaient tellement tranchés, que le doute ne semblait pas possible. L'épaisseur des parois du kyste en expliquait tout à la fois et la dureté, et l'absence de fluctuation. Quant à l'adhérence, elle tenait peut-être au développement de la tumeur secondaire dans la cicatrice.

Quoi qu'il en soit, nous avons cru devoir rapporter ce fait, dont la connaissance servira sans doute à déclarer quelque peu le diagnostic difficile des maladies du sein.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

ADDITION à la séance du 18 août.

Voici la lettre de réclamation que M. le docteur Manec a adressée à M. le Président de l'Académie de Médecine :

« Monsieur le Président,

« Par le compte rendu de la séance du 21 juillet dernier, publié dans le n° 20 des *Bulletins de l'Académie*, j'ai vu que M. Robert avait cité mon nom au nombre des praticiens qui ont eu le malheur de perdre des malades par l'emploi du chloroforme.

« Permettez-moi de réclamer contre cette assertion : elle est complétement inexacte.

« Je n'ai jamais perdu un seul malade, soit en ville, soit dans les hôpitaux, par l'emploi des anesthésiques.

« Bien que, dans les grandes opérations, je fasse journellement usage de chloroforme, je dois dire, cependant, que dans quelques circonstances je me suis abstenu de ce moyen, quand les lois de la physiologie générale m'y faisaient craindre un danger.

« J'en puis citer deux exemples qui se rapportent aux premiers temps de l'usage du chloroforme.

« Aux tristes journées de juin 1848, Monseigneur l'archevêque de Paris, martyr de son dévouement, reçut une balle dans la région lombaire; lorsqu'il me fut possible d'arriver auprès de lui le lundi matin, il y avait paralysie du mouvement des membres inférieurs, mais il y ressentait des douleurs atroces. Le projectile avait donc comprimé les faisceaux antérieurs de la moelle épinière ou les avait rompus.

« Dans la première supposition, l'extraction de la balle pouvait sinon sauver du moins soulager l'auguste victime.

« Je lui proposai l'opération nécessaire en pareil cas; il y consentit, mais en disant ces naïves et touchantes paroles : « *M. le docteur,* « *je suis un lâche, je ne sais pas supporter la douleur*, il faut m'en« dormir pour m'opérer. D'après les symptômes que j'avais sous les yeux, mon opinion était déjà arrêtée sur le danger d'employer les anesthésiques, la blessure du prélat avait si fort ébranlé son système nerveux et affaibli les principales fonctions organiques, que je devais craindre, en les affaiblissant encore, de l'y éteindre pour toujours. Je fis partager cette opinion par mes honorables confrères, MM. Cayol et Lacroze. L'opération fut faite et courageusement supportée sans chloroforme.

A la même époque, un jeune garde mobile nommé d'Hérissand fut blessé au-dessous de la clavicule gauche, par une balle qui traversa l'épaule. Je lui donnais des soins à l'Hôtel-Dieu-annexe depuis huit à dix jours, lorsqu'à la suite d'un mouvement brusque qu'il fit dans son lit, une hémorrhagie foudroyante se déclara. Heureusement, l'interne se trouvant dans la salle put porter à temps son doigt sur la plaie et arrêter le sang. Appelé sur-le-champ, je trouvai le malade presque *ex-sangue* et respirant à peine. Les élèves de l'hôpital, désireux d'assister à une grave et très-grave opération, avaient tout préparé pour l'emploi du chloroforme. Ici encore, déterminé par des considérations physiologiques d'un autre ordre, je crus qu'il était prudent de renoncer à l'emploi de ce moyen. Je pratiquai la ligature de la sous-clavière entre les scalènes. Le malade ne donna que de faibles signes de douleur, tant la perte de sang avait émoussé la sensibilité.

« Ce malade, qui sortit guéri de l'hôpital, aurait, dans mon opinion, certainement succombé si, par le chloroforme, j'avais diminué ce qui lui restait d'action nerveuse.

« Agréez, etc. Dr MANEC.

CORRESPONDANCE.

Sur les préparations de pepsine.

Mon cher ami,

Bien que vous ne m'y ayez point convié, je prends la liberté de vous adresser ces quelques mots, relatifs à l'emploi de la pepsine.

C'est une expérience de cinq ans qui les dicte.

La pepsine ne doit être administrée que sous une forme qui assure sa division extrême, car, arrivée dans l'estomac, elle doit être *partout* en contact avec les aliments, sans cela, point de digestion, c'est-à-dire d'effet thérapeutique possible.

Autant la forme de pilule ou de pastille est préjudiciable, autant celle de poudre est favorable à l'activité du médicament.

Une pilule, une pastille arrivée soit en entier, soit en fragments dans l'estomac, se dissout d'autant plus lentement qu'elle est plus ancienne, plus sèche, ou en fragments plus gros; elle peut, dès lors, rester au milieu de la pâte alimentaire et n'en imprégner qu'une surface insignifiante; le but du médicament est manqué. La pepsine, sous forme de poudre, le remplit au contraire. A peine le pain à chanter qui enveloppe le médicament arrive-t-il dans l'estomac qu'il se ramollit et se rompt, la poudre s'échappe, et la pepsine, portée par chacun des innombrables grains d'amidon dans un endroit différent, s'y dissout, l'imprégnation est générale.

Le progrès, suivant moi, consiste à diviser de plus en plus la pepsine solide, non à la masser. La gomme, avec sa lente dissolution et ses propriétés agglutinatives, est la pire substance à incorporer avec la pepsine.

Depuis quatre ans, j'ai renoncé à associer la pepsine au sucre de canne, parce qu'elle altère ce dernier (1); celui-ci n'a pas d'ailleurs les avantages de l'amidon, se divise moins bien, à moins d'une trituration mécanique rude qui échauffe la pepsine.

(1) *Voir* dans LONGET (*Traité de physiologie*, t. I, 2e partie, p. 226, 195, etc.) le résumé et l'indication bibliographique des expériences que Bouchardat et Sandras, Longet, Schiff, Boudault, ont faites sur ce sujet et d'après lesquelles le sucre de canne se transforme en sucre interverti, et celui-ci en acide lactique.

A cause de cette altération du sucre, les préparations liquides et *sucrées* de pepsine doivent être faites par les pharmaciens *le jour même* de l'emploi du médicament par les malades. Quoi qu'il en soit, il faut que la pepsine arrive instantanément dans l'estomac ; il serait antiphysiologique de faire séjourner, *fondre* dans la bouche un ferment qui ne s'y trouve jamais physiologiquement, et dont l'action *doit succéder* à celle des salives.

L'action des deux sortes de ferment ne peut être simultanée, sans préjudice. Telles sont les conditions que les pharmaciens doivent remplir ou éviter pour assurer l'efficacité de la pepsine.

Vous savez, mon cher ami, l'incrédulité quelque peu narquoise et hautaine qui a accueilli il y a cinq ans mes idées et mes travaux sur l'introduction de ce nouveau médicament,.... l'opposition des grands, le silence de plusieurs n'a pu rendre faux ce qui était vrai.... Aujourd'hui, ceux qui me citent le moins font grand éloge de la pepsine.... N'est-ce pas un droit pour moi comme un devoir envers la science de tâcher que celle-ci ne dévie point des voies sûres (1) ?....

Recevez, etc. L. CORVISART.

(1) L'importance que paraît devoir prendre en thérapeutique la pepsine rendra peut-être intéressante pour nos lecteurs une petite notice sur les travaux dont ce curieux produit a été l'objet. Nous avons donc cru leur être agréable en plaçant sous leurs yeux la liste suivante, qui comprend les plus importants de ces travaux :

L. CORVISART (1854) : *Dyspepsie et consomption, usage de la pepsine*, faisant partie d'un mémoire auquel l'Institut a accordé la première distinction pour 1855. (Broch. in-8°, au bureau du journal.)

RILLIET, de Genève (1854) : *Etudes sur l'apepsie et la dyspepsie*. (*Rev. méd.-chir.*)

BARTHEZ (1856) : *De l'apepsie par indigestion répétée et de son traitement par la pepsine*. (*Union méd.*)

DEBOUT (1856) : *De l'emploi de la pepsine dans la diarrhée des enfants nouveau-nés*. (*Bull. thérap.*)

CARLO TOSI (1856) : *Degli usi terapeutici della Pepsina*, ouvrage couronné à Milan. (*Lib. Chiusi.*)

EDWARD BALLARD (1856) : *On artificial digestion as a remedy in dyspepsia, apepsia, and their results*. (London, *Walton and Maberly*.)

GRISOLLE (1857) : *Traité de pathologie interne*, 7e édit. (*N. du R.*)

Matière glycogène.

Toulouse, le 17 août 1857.

Mon cher Rédacteur,

Je ne voudrais pas abuser de la gracieuse hospitalité que vous voulez bien m'accorder; je suis pourtant obligé de vous demander la permission de répondre en quelques mots aux objections de M. Eug. Pelouze. Je me trompe; ce n'est pas aux objections que je veux répondre, parce que j'ai l'intention de le faire plus amplement en communiquant à l'Académie les résultats de nouvelles expériences que je poursuis en ce moment. Ce qui nécessite de ma part une courte réponse, c'est l'assertion suivante :

« C'est, dit M. E. Pelouze, à M. Cl. Bernard et à M. H. Bouley, d'Alfort, que revient l'honneur d'avoir trouvé de la dextrine dans les muscles et les organes des herbivores, en répétant, il est vrai, les expériences de M. A. Sanson, qui prenait cette dextrine pour de la matière glycogène. »

Ces messieurs sont assez riches de leur propre fonds, à coup sûr, pour n'avoir pas besoin d'être parés de mes minces dépouilles, comme le fait ici M. Pelouze, qui, je le vois bien, ne m'a point fait l'honneur de lire attentivement mon premier mémoire, et qui, j'en jurerais, s'est contenté du résumé insignifiant qu'en ont donné les *Comptes rendus*.

S'il en était autrement, en effet, il n'aurait pu manquer d'y voir que j'emploie indifféremment, pour désigner la matière que j'ai trouvée *le premier* dans les muscles et les organes des herbivores, les expressions de *matière glycogène* ou de *dextrine*, et cela pour la raison bien simple que j'ai toujours pensé que c'était absolument la même chose. Je pourrais donc me contenter de renvoyer vos lecteurs à ce mémoire, que vous avez bien voulu publier ; mais, pour leur éviter cette peine, vous me permettrez, je l'espère, de reproduire ici une partie de ses conclusions, où il leur sera facile de voir si je prenais la dextrine pour la matière glycogène, ou bien si ce n'est pas précisément le contraire qui a eu lieu.

Voici ce que je disais :

« En effet, d'après les résultats de ces expériences, la matière glycogène rencontrée dans le sang et dans les principaux organes (il est bien entendu que *matière glycogène*, ici, ne veut signifier rien autre chose que matière susceptible d'engendrer du sucre), paraît avoir une analogie frappante avec la DEXTRINE, ainsi que l'avait déjà entrevu M. Cl. Bernard pour celle du foie, qu'il s'est borné à étudier. Or, les principes amyloïdes des aliments des herbivores qui doivent, pour être absorbés, passer à l'état de DEXTRINE sous l'influence de la ptyaline ou diastase salivaire, puis à celui de glycose, seraient, pour une forte part, versés dans le torrent circulatoire *sous le premier état* (DEXTRINE), pour aller ensuite accomplir leur transformation complète en glycose dans la trame des tissus. . . . .

« A mesure que cette transformation s'opérerait, une nouvelle quantité de DEXTRINE serait incessamment apportée par le sang aux tissus........ ; de telle sorte que cette même DEXTRINE *y serait toujours présente, ainsi que le prouvent les expériences faites sur des animaux pris dans les conditions les plus diverses.* »

Il serait inutile, je pense, d'insister pour établir plus clairement que s'il doit revenir à quelqu'un une dose quelconque d'honneur pour avoir découvert l'existence de la dextrine dans le sang et les organes des herbivores, ce n'est ni à M. Cl. Bernard, ni à M. H. Bouley, qui se seraient bien gardés sans doute de se l'attribuer, attendu que m'ayant fait l'honneur de contrôler mes expériences, ils ont dû nécessairement lire mon travail.

Voilà, mon cher Rédacteur, tout ce que j'avais à vous dire pour le moment. M. E. Pelouze tient à se renfermer dans la question chimique; c'est sans doute pour cela qu'il a commis la petite erreur que je lui reproche, en se conformant trop au proverbe : *On ne prête qu'aux riches.* Il n'y aurait pas précisément de mal à cela, si, pour leur prêter, on n'enlevait pas aux pauvres ce qui leur appartient.

Agréez, etc. A. SANSON.

VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Nominations dans l'ordre de la Légion d'honneur. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur à l'occasion de la fête du 15 août :

Officiers : MM. GIRARDIN, directeur de l'Ecole des sciences de Rouen ; le docteur BOUCHERIE.

Chevaliers : MM. MOLINS, doyen de la Faculté des sciences de Toulouse ; DEGUIN, doyen de la Faculté des sciences de Besançon ; le docteur Isidore BOURDON ; BATIGNE, chirurgien de la Miséricorde à Montpellier ; MOREAU, médecin des aliénés de la Seine ; PINAULT, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rennes ; SAINT-YVES, médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu de Melun ; RODET, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon ; DUBREUIL, médecin sanitaire à bord des paquebots du Levant ; PÉGOT, médecin de l'hôpital thermal de Bagnères-de-Luchon ; PUYOO, médecin inspecteur de la vaccine à Pau ; BOUEY, médecin à Clairac (Gironde).

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 102. 5e année. Mardi 25 Août 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 24 août 1857.

De l'utilité de la thèse pour le doctorat.

A l'occasion d'un fait qui s'est passé à l'Ecole de Médecine de Paris et qu'il représente sous des couleurs peut-être un peu trop sombres, M. F. Roubaud présente les considérations suivantes, relativement à l'utilité des thèses pour le doctorat en médecine :

A cette occasion, nous nous demanderons de quelle utilité est la thèse, et si, en dehors des frais universitaires et des frais d'impression qui surchargent le budget déjà si lourd des dépenses nécessaires pour devenir docteur, elle a quelque importance au point de vue soit de la science, soit de l'instruction du candidat.

A notre avis, la thèse pour le doctorat est une superfluité pour la science et une preuve négative de l'instruction du candidat.

Sous le premier rapport, les thèses se peuvent partager en plusieurs sortes ; mais, pour la facilité du discours, nous les classerons en deux ordres : 1° celles qui sont l'expression d'une idée, d'une théorie, d'une méthode inédites, et que l'on pourrait appeler thèses originales; 2° celles qui sont la reproduction des idées, des théories et des méthodes qui ont cours dans la science, et que l'on pourrait nommer thèses de compilation.

Evidemment, les thèses de cette dernière catégorie sont, au point de vue de la science, une inutilité complète, et assez d'auteurs copient leurs bibliothèques et font leurs livres de toutes pièces sans qu'il soit nécessaire d'imposer aux étudiants cet art funeste de la reproduction et du plagiat.

Reste donc les thèses originales qui seules plaident en faveur de cet acte probatoire.

Mais d'abord combien pense-t-on que, dans nos trois Facultés, se présentent de thèses de cette nature? Nous n'avons, je l'avoue, aucune statistique à cet égard, mais nous serions bien près d'affirmer qu'on en compte à peine une sur cent ; et il n'en peut être vraiment d'une autre façon avec la rapidité, la légèreté et la multiplicité des études médicales. Comment veut-on en effet que, dans l'espace de quatre ou cinq années, un jeune homme trouve le temps d'approfondir un point quelconque de la

DÉLASSEMENTS

Souvenirs : mon retour. — Une triste histoire. — Nouvelle visite à Béranger. — Ses conseils. — Le rêve, poésie à **Victor Hugo.**

Au sortir de la demeure du charmant solitaire de Passy, je tombai dans un tel état de recueillement que, tout en cheminant toujours devant moi, j'arrivai, sans m'apercevoir de la longueur du trajet, jusqu'à ma demeure de la rue de Buci.

Rentré dans ma chambre, véritable petit boyau dans lequel se suivaient, à la queue l'un de l'autre, un lit en fer, une vieille commode et une frêle table de travail en noyer, le tout chauffé par un poêle lilliputien que coudoyait orgueilleusement une espèce de fauteuil Louis XV, il me sembla que tout s'y était transformé en bien-être sous la main de quelque bienfaisante fée.

Toujours est-il que je m'y trouvais plus à l'aise et avec un certain confortable dont je ne m'étais pas encore aperçu.

Le bonheur était enfin entré chez moi en y déployant tous les effets magiques de son mirage.

Du reste, mon mobilier, moins un secrétaire et deux ou trois chaises de plus, n'avait nullement à craindre en fait de luxe aucune comparaison avec celui du sublime chansonnier qui avait joyeusement dit :

Dans un grenier qu'on est bien à vingt ans.

Dès ce jour, me levant tôt, me couchant tard, je devins infatigable au travail, le matin courant les hôpitaux, l'après-midi rédigeant les cliniques pour un journal de médecine, le soir abandonnant mon esprit aux inspirations de mon âme.

Ce fut au milieu de ces préoccupations multiples que s'écoulèrent vivement les trois journées qui me séparaient du bienheureux dimanche.

Ici je dois faire une courte digression, digression d'autant plus utile qu'elle porte avec elle un fait de haut enseignement.

A côté de moi, dans une magnifique chambre, à laquelle la mienne avait dû servir autrefois de cabinet de toilette, vivait un jeune Américain sous le titre d'étudiant en droit de troisième année.

Doté de quinze mille livres sterlings, mon voisin menait une vie véritablement dorée; c'était un des lions les plus à la mode des cafés Anglais et Tortoni.

Nous ne nous connaissions que par l'échange de nos saluts en nous entrecroisant dans l'escalier.

Un matin que de retour de l'hôpital je faisais griller une côtelette pour mon déjeuner, il entra chez moi en prenant cette excuse :

— Ah! ah! cher docteur, vous nous faites bien de la fumée.

— Cependant, lui dis-je, ma croisée est ouverte ; voyez, il n'y en a pas ici.

— C'est vrai, soupira-t-il.

science, alors qu'il lui faut pénétrer tout à la fois dans les sciences dites accessoires, dans la médecine, dans la chirurgie, dans l'obstétrique et même dans la pharmacie?

Sous l'ancienne Faculté, la thèse pour le doctorat avait à coup sûr sa raison d'être et servait réellement les intérêts de la science. Hors la botanique, l'élève en médecine n'était point distrait de ses études médicales, desquelles étaient systématiquement exclues la chirurgie, l'obstétrique et la pharmacie. Dans ce cercle limité et où cependant il fallait, pour le parcourir, deux fois plus de temps qu'on n'en exige aujourd'hui, l'étudiant pouvait sonder profondément un point de la science, d'autant mieux qu'avant de se présenter au doctorat, il faisait, avec le titre de licencié, deux ou trois ans de pratique.

Aujourd'hui rien de tout cela n'existe, et de l'ancienne Faculté nous n'avons conservé qu'un lambeau qui jure avec nos institutions modernes et ne peut entrer dans l'harmonie de l'enseignement actuel.

Mais enfin, admettons que sur cent thèses une soit réellement originale et serve les intérêts de la science, doit-on, pour cette thèse unique, imposer de frais onéreux aux quatre-vingt-dix-neuf étudiants qui n'en peuvent mais?

Si l'on ne consultait que la justice distributive, la réponse ne serait pas douteuse, et il faudrait alléger le fardeau des quatre-vingt-dix-neuf victimes. Mais la science a des droits que, moins que tout autre, nous sommes disposés à méconnaître, et nous n'hésiterions pas à nous faire le champion des thèses doctorales si ces droits pouvaient être jamais compromis.

Mais nous n'avons point une pareille crainte : les moyens d'émettre sa pensée sont trop faciles et trop communs aujourd'hui pour qu'il soit possible de supposer qu'une bonne chose reste jamais sous le boisseau. Sans parler de la presse, dont les organes nombreux et volumineux s'ouvrent à toute idée, croit-on qu'un travail bien fait ne trouvera pas un éditeur pour en couvrir les frais d'impression et le lancer dans le public? D'ailleurs, en dehors de la presse et en l'absence d'un libraire, l'auteur, avec les dépenses que lui impose la thèse, pourra toujours faire imprimer son œuvre, avec cet avantage de lui donner un format convenable et de la débarrasser, comme font ceux qui transforment leur thèse en livre, de la liste des professeurs et autres surcharges imposées par les règlements.

La science n'aura donc rien à souffrir de l'abolition de la thèse, et pas un travail important ne sera empêché de voir le jour; nous disons plus, les travaux de quelque valeur rechercheront et obtiendront une publicité que ne peuvent leur donner les échos de la Faculté.

Comme acte probatoire de l'instruction de l'élève, la thèse peut-elle être raisonnablement classée parmi les témoignages de cette instruction? Pour le soutenir il faudrait être complètement étranger aux habitudes de nos écoles et ignorer qu'un quart, au moins, des thèses présentées ont des pères putatifs et que les autres (nous parlons, bien entendu, des thèses de compilation) sont faites à loisir, avec des lambeaux de livres dont on ne prend même pas la peine, la plupart du temps, de déguiser la forme.

D'ailleurs n'y a-t-il pas pour s'assurer de l'instruction des élèves, des examens sans nombre, tant théoriques que pratiques, tant de fin d'année que de doctorat? Qu'est-il besoin d'une nouvelle épreuve, préparée de longue main et dans laquelle le plus ignare pourra toujours briller?

Certes, nous ne sommes point partisans des mesures qui tendent à diminuer l'instruction, quelle qu'elle soit, de la famille médicale, et nous sommes si jaloux de cette instruction qui donne au médecin une place à part dans le monde, qu'on nous verra toujours applaudir à ce qui peut la fortifier et en rehausser l'éclat. Mais entre l'instruction réelle et une vieille forme usée, l'hésitation n'est pas possible, surtout quand cette défroque d'un autre âge est coûteuse et aggrave sans profit les dépenses déjà trop considérables qu'impose aux familles l'étude de la médecine. Le progrès dans nos institutions doit tendre à fortifier l'enseignement et en même temps à le rendre le moins coûteux possible, et à faire à peu de frais des médecins instruits, probes et indépendants.

Déjà, dans une discussion que nous avons eue avec notre cher confrère et ami, M. Chevallier, rédacteur en chef du *Journal de chimie médicale*, nous avons eu l'occasion d'émettre les considérations essentielles qu'on trouve dans l'article de la *France médicale* que nous venons de citer. Mais quand il s'agit d'opérer des réformes, ce n'est pas au premier coup que tombent les vieux *us*, et il n'est pas inutile de répéter de temps à autre les vérités qui n'ont pas encore porté leurs fruits.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Passage d'une voiture de 5,000 pesant sur le corps de son conducteur. — Guérison,

Par M. DEMARQUETTE, *médecin à Hénin-Liétard.*

Le nommé Boulogne (Etienne), employé à la fosse houillière de Billy-Montigny, conduisant un tombereau chargé de 5,000 liv.

Il y eut un moment de silence; je retournai ma côtelette.

— Tenez, cher docteur, reprit-il avec effort, je dois l'avouer, votre fumée n'était qu'un prétexte pour m'introduire chez vous. Depuis notre voisinage, à vous voir toujours si gai, toujours au travail, je brûlais du désir de faire connaissance avec vous; que vous dirai-je, je voulais entrer pour une part dans votre bonheur.

— Dans mon bonheur! fis-je avec étonnement.

— Oh! oui, dans votre bonheur; car vous vous avez le contentement du cœur que donne le travail, tandis que moi je suis aux prises avec l'ennui qui suit la satiété des plaisirs. Le croiriez-vous, j'en suis arrivé à ne pouvoir soutenir une lecture plus de dix minutes; alors jugez du vide profond dans lequel tôt ou tard doit se perdre mon existence.

Il y avait tant de tristesse dans ces dernières paroles, que, tournant toute mon attention vers lui, je cherchai à relever son moral en puisant dans mon cœur tous les conseils possibles, lorsque tout à coup il s'écria :

— Bon! voilà votre côtelette qui a charbonné. Vous me permettrez de réparer le mal dont je suis la cause, n'est-ce pas? cher docteur; vous allez venir déjeuner avec moi.

— Mille fois merci! J'ai ces notes à rédiger d'ici à ce soir, et je ne puis y arriver qu'en travaillant même pendant mon déjeuner.

— Je n'insiste plus; mais alors vous acceptez pour demain dimanche?

— Demain! encore moins; je passe ma journée hors de Paris, et à sept heures du matin je serai probablement en route.

— Décidément, je suis moins heureux aujourd'hui que jamais. Adieu donc, mon fier docteur, termina-t-il en me quittant assez brusquement.

Je crus à un mouvement de dépit chez un homme habitué à faire accepter toutes ses volontés, et je me remis au travail sans me préoccuper davantage de cette incartade.

Le soir, mon voisin ne rentra pas chez lui, comme cela lui arrivait bien des fois.

Deux jours après, des blanchisseurs d'Arcueil trouvèrent son corps près d'une haie, enveloppé dans un linceul de neige.

Le malheureux s'était brûlé la cervelle.

Puisse cette triste histoire servir de leçon à certains jeunes gens, car je ne l'ai transcrite ici que dans un but de moralité.

Cette tâche remplie, je reprends le cours de mon premier récit.

Ce dimanche si désiré paraissait à peine, que déjà je me dirigeais à pied vers Passy, bravant la neige qui tombait à flots et un vent glacial qui, en dépit de mon parapluie, me la fouettait au visage.

pesant de charbon, eût un étourdissement et tomba en avant de sa voiture, dont une des deux roues lui traversa le corps; ce malheureux fut relevé et transporté à Hénin-Liétard en son domicile où je le vis; je le trouvai pâle, froid, son pouls partant avec peine, mais ayant conservé toute son intelligence; il accusait une vive douleur dans tout le flanc gauche, dont toute la peau était largement ecchymosée. Le moindre mouvement du tronc lui était impossible, mais les membres abdominaux, pourvus d'ailleurs de toute leur sensibilité, avaient conservé le mouvement; bref, aucune lésion, ni de la colonne vertébrale, ni du bassin, ne se révéla à mon examen des plus minutieux, mais si j'étais rassuré de ce côté, je ne l'étais pas du côté des organes contenus dans l'abdomen, et des lésions graves étaient à craindre dans cette importante cavité. Prescription : potion légèrement stimulante à prendre par cuillerée d'heure en heure, application de refrigérant sur le côté blessé, chiendent miellé, nitré. — Le lendemain, 24 mars, une faible réaction s'était opérée, mais le pouls était encore misérable : continuation des réfrigérants sur le flanc, dont l'ecchymose d'un brun foncé a envahi toute la peau du lombe et de l'abdomen : friction de temps en temps avec l'eau-de-vie camphrée. Le 25, la réaction était presque complète, il a eu deux selles et a uriné dans la nuit sans autre accident : douze sangsues sur le flanc gauche qui ont donné beaucoup de sang et soulagé le malade. Le 26, nouvelle application de sangsues qui produisent le même effet; à dater du 27, un mieux très-sensible se déclare, et le malade peut être transporté à l'hospice d'Hénin-Liétard pour y être confié aux soins aussi intelligents que charitables des Sœurs Augustines; il ne tarda pas à se rétablir, et il est aujourd'hui, trois mois après son accident, domestique de ferme.

Ce fait fort remarquable m'en rappelle un autre à peu près analogue au moins quant à sa cause :

Pendant le temps de la moisson, je rencontrai dans une commune des environs une voiture chargée de blé; elle était conduite par un domestique, qui à son passage près d'un cabaret, fut abordé par un individu ivre qui prétendit le faire descendre de cheval pour aller trinquer avec lui. Le conducteur pressé sans doute par le temps, ou voulant se débarrasser de cet importun camarade, fouetta vivement ses chevaux et l'abandonna à son équilibre instable : celui-ci tomba à la renverse, et l'une des roues de la voiture lui traversa le corps (sur le pavé); sur-le-champ, je le vis se relever, montrer le poing au domestique, et enfin rentrer au cabaret où il continua de boire. Cet individu ne se ressentit nullement de cet accident.

MÉDECINE CLINIQUE.

Nouveaux faits de fièvres intermittentes rebelles guéries par les douches froides,

Par le Dr L. Fleury,

Agrégé honoraire à la Faculté de Médecine, médecin de S. M. l'Empereur.

(SUITE ET FIN. Voir les nos 99 et 101.)

Dans un travail récent (1) écrit en faveur du traitement des fièvres intermittentes, par la méthode de M. Boudin, M. le docteur Frémy accorde une efficacité remarquable à l'acide arsénieux, *à la condition que le médicament soit administré d'emblée à la dose de 25 milligr*. Nous ne sommes pas en mesure d'indiquer avec précision combien de milligrammes d'acide arsénieux ont été ingérés par MM. Margaine et Lallement, mais nous savons que le médicament leur a été donné *à hautes doses;* nous savons que M. Margaine a pris l'acide arsénieux sous la direction de M. Boudin lui-même, à dose suffisante, pour donner lieu à des accidents qui ont obligé à suspendre la médication dès le cinquième jour; et nous savons aussi que dans les deux cas, la médication arsénicale a complétement échoué.

M. le docteur Frémy, après avoir bien voulu nous concéder que nous avons employé l'hydrothérapie « *avec un* CERTAIN *succès* » dans le traitement des fièvres intermittentes, mentionne dans le même paragraphe, les exhalations d'éther ou de chloroforme et le galvano magnétisme; puis il s'exprime ainsi dans le paragraphe suivant (2) :

« *Cette médication perturbatrice est complétement* INSUF-« FISANTE *et elle a surtout le tort de n'être pas* RATIONNELLE. « *Dans un petit nombre de cas* IL EST PERMIS, PEUT-ÊTRE, *d'y* « *avoir recours,* MAIS ELLE LAISSE TROP A DÉSIRER *pour qu'on* « *puisse la considérer autrement* QUE COMME UN MOYEN EMPI-« RIQUE. (!!) »

On se demandera probablement en quoi une médication qui guérit constamment les fièvres les plus graves, les plus rebelles, et qui met à l'abri des rechutes, *est insuffisante et laisse beaucoup à désirer;* on se demandera pourquoi la médication arsénicale est plus *rationnelle* que la médication hydrothérapique; on se demandera quels sont *les cas en petit nombre,* dans lesquels IL EST PERMIS, PEUT-ÊTRE, d'avoir recours *à une médication insuffisante et irrationnelle;* quant à nous, nous ne nous sentons pas le courage de discuter de semblables choses, et après

(1) *Monit. des Hôp.*, 1856, t. V.

(2) *Loc. cit.*, p. 91-92.

J'arrivai ainsi à la barrière à neuf heures sonnant.

On sait que mon rendez-vous était à dix heures; j'avais donc encore une heure d'attente par devant moi. J'en profitai pour prendre une tasse de chocolat dans le premier café venu, et y restaurer ma toilette.

Trois quarts d'heure après je reprenais ma course, et à l'heure militaire, comme on dit, j'entrais chez Béranger.

— C'est bien aimable à vous de m'avoir tenu parole, fit-il en me donnant une attendrissante poignée de main. Franchement, je craignais fort que ce temps ne vous fît peur. Approchez-vous du feu, mon jeune ami; on n'affronte pas une pareille bourrasque sans être couvert d'humidité; nous déjeunerons ensuite; deux œufs à la coque, une côtelette et une tasse de café au lait, voilà tout ce que j'ai à vous offrir.

— D'abord, c'est beaucoup plus que je n'ai l'habitude de prendre; ensuite je me vois forcé de vous remercier, j'ai déjà déjeuné.

— Dans ce cas, adressa-t-il à la femme qui le servait, les côtelettes sont inutiles et renfermez le vin.

Au mouvement de surprise que je manifestai devant cette dernière recommandation :

— Cela vous étonne? cher docteur, continua-t-il; eh bien, moi qui ai si complaisamment chanté le vin, je le confesse humblement, je n'ai jamais pu le supporter, il me fait du mal. Ah! ah! fiez-vous ensuite aux poëtes, rit-il en se mettant à table.

Durant le peu de temps que lui prit son frugal repas, Béranger m'adressa mille questions sur les différents mœurs et usages de nos villes du midi. Les détails de la vie d'étudiant en province parut surtout vivement l'intéresser.

— Oh! la jeunesse! la jeunesse! ajouta-il en quittant la table pour reprendre sa place près du foyer, elle sait se faire des plaisirs dans tous les recoins du monde. C'est là un de ses plus beaux priviléges. Aussi malheur au jeune homme qui perd les douces illusions de son âge; celui-là vieillit vite, et alors l'existence n'est plus pour lui qu'un lourd fardeau dont parfois il cherche à se débarrasser. Quant à vous, mon jeune ami, je vous félicite de la carrière que vous avez choisie, et de savoir si bien la partager entre la science et la poésie, ces deux sœurs jumelles qui nous viennent du ciel. L'homme qui les prend pour compagnes ici-bas, arrive doucement, soutenu par elles, jusqu'aux limites de la vie et entre sans crainte dans l'infini de Dieu. Non, je ne sache pas parmi les hommes de mission plus belle que celle du médecin, du curé de campagne et de la sœur de charité, ces trois apostolats de l'humanité. Marchez donc, cher docteur, marchez courageusement dans la voie que vous vous êtes tracée, prodiguez surtout les bienfaits de votre art au pauvre; enfin, faites le plus de bien pos-

avoir démontré une fois de plus, que les douches froides obtiennent raison non-seulement des fièvres intermittentes que le sulfate de quinine et l'acide arsénieux peuvent guérir, mais encore des fièvres que ces médicaments ne guérissent pas, nous nous contenterons de faire des vœux pour que notre jeune confrère rencontre dans sa carrière médicale, beaucoup *d'agents empiriques* ayant une efficacité pareille à celle de l'hydrothérapie dans le traitement des fièvres d'accès, et nous laisserons aux malades le soin de décider si, à efficacité et à suffisances égales, il est plus *rationnel* de s'adresser à l'arsenic qu'à l'eau froide!

OBS. III. — *Fièvre intermittente contractée dans le département du Loiret. — Type alternativement quotidien, tierce et quarte. — Augmentation considérable du volume de la rate et du foie. — Cachexie extrême. — Infiltration des membres inférieurs, pourpre hémorrhagique, ulcères atoniques. — Mort imminente. — Insuccès du sulfate de quinine, de l'apiol, de l'homœopathie.*

M. le baron de Jomini est âgé de 46 ans; quoi qu'il tienne de sa naissance une constitution assez délicate, il a toujours joui d'une bonne santé, ce que M. de Jomini attribue à l'extrême réserve avec laquelle il a usé de la vie. D'une grande modération en tout, il ne s'est jamais livré à aucun excès, même pendant sa carrière militaire.

De 1824 à 1852, c'est-à-dire durant vingt-huit ans, il a habité la Russie, dans les armées de laquelle il a servi huit ans avec le titre de major, grade qui correspond à celui de lieutenant-colonel en France; pendant tout ce temps il a mené une vie très-sobre, ne prenant ni café, ni boissons alcooliques, sauf parfois quelques cuillerées de kirsch-wasser dans un verre d'eau. « Aussi, ajoute M. de Jomini, je n'ai jamais été malade, et à part mes hémorrhoïdes, quelques maux de tête, quelques accès de toux nerveuse et d'oppression, ma santé a toujours été aussi bonne que possible. »

M. de Jomini habitait une terre qu'il possède dans le département du Loiret, à cinq lieues de la petite ville de Gien, lorsqu'il fut pris des premiers symptômes de sa maladie actuelle. C'était vers la fin du mois d'août 1856, le printemps de cette année avait été, comme on sait, tristement marqué par des inondations formidables, la Loire avait transformé en étangs une grande superficie du territoire riverain, les chaleurs d'un été torride, en desséchant ces immenses flaques d'eau, en dégagèrent des miasmes dont l'influence délétère se fit sentir au loin, et fit naître, au sein des populations environnantes, une véritable endémo-épidémie de fièvres intermittentes présentant une gravité insolite.

M. de Jomini revenait de Gien, où il s'était rendu à pied, pour ses affaires, lorsqu'il fut pris en chemin de malaise avec sensation de froid dans le dos et les membres, éblouissements, vertiges, etc.; il eut toutes les peines du monde à regagner sa demeure; arrivé chez lui, il est obligé de se mettre au lit, et bientôt au frisson succèdent la chaleur et la sueur. Le lendemain, le surlendemain et les jours suivants, pendant quinze jours environ, les mêmes accidents se reproduisirent, en prenant de jour en jour plus d'intensité.

Dès les premiers jours, M. le docteur Devade, de Gien, appelé auprès du malade, prescrit le sulfate de quinine; ce médicament ne produit, au dire du malade, que de la fatigue et un redoublement de la fièvre, aussi est-il abandonné dès le troisième jour.

Au bout de quinze jours, la fièvre cesse d'être quotidienne et devient tierce; on administre un vomitif, à la suite duquel les accès restent suspendus pendant dix à quinze jours; au bout de ce temps, la fièvre reparaît, d'abord avec le type quotidien, puis avec le type tierce, éprouve ensuite une nouvelle suspension de dix à quinze jours pour recommencer et subir, dans le même ordre, la même série de modifications.

Telle a été, au dire du malade, la marche singulière suivie par les accès, jusqu'à son entrée dans l'établissement hydrothérapique de Bellevue. Ces accès, d'ailleurs, étaient devenus de plus en plus violents et prolongés, ne laissant guère au malade, lorsqu'ils étaient quotidiens, que trois ou quatre heures de répit. Le stade de froid avait ordinairement trois ou quatre heures de durée, jamais il n'a duré moins d'une heure et demie. Le frisson s'accompagnait toujours de tremblement dans les membres et de claquement des dents; la sueur était variable, tantôt légère, tantôt abondante; dans les premiers temps de la maladie, l'accès était précédé par le phénomène suivant: M. de Jomini, naturellement taciturne, devenait très-loquace, de manière à étourdir et à étonner les personnes qui vivaient habituellement auprès de lui. C'était à ce signe que l'on reconnaissait la manifestation prochaine de l'accès.

Au mois d'octobre, M. de Jomini, ne voyant aucun terme à sa maladie, très-confiant d'ailleurs dans la médecine hannemanienne, consulte un homœopathe célèbre de Paris, M. Cabarrus, lequel formule un traitement infinitésimal; mais les globules, pris religieusement pendant un mois, ne répondent pas à l'attente du malheureux fébricitant.

Cependant les fonctions digestives se sont rapidement et profondément altérées, l'appétit est nul ou presque nul; dans les premiers temps, M. de Jomini ne peut digérer que quelques cuillerées de bouillon froid; plus tard il essaie de prendre un peu d'aliments solides, mais viandes et légumes sont mal supportés, déterminent de la gêne, de la pesanteur, de la chaleur épigastriques; la digestion est très-lente et très-laborieuse; pas de vomissements. En peu de temps le malade a beaucoup maigri, il est devenu faible au point d'être obligé de réclamer l'appui de quelqu'un pour faire quelques pas dans sa chambre;

---

sible. Mais n'oubliez point pour cela la poésie comme délassement à vos travaux; la poésie, mon jeune ami, élève l'âme et agrandit le cœur. Je lui dois bien des consolations.

J'étais tout yeux et tout oreilles. Il y avait dans sa voix et dans son regard je ne sais quoi d'inspiré qui me prit tout entier de la tête au cœur. Je tombai comme en extase.

— Pardon, sourit-il en sortant lui-même comme d'une prière, je vous ai fait un véritable sermon en trois points: que voulez-vous? le vieillard ne chante plus, il médite sur les hommes et les choses.

— Quoi! vous ne chantez plus? laissai-je échapper avec une douloureuse surprise.

— Non, mon jeune ami; je lègue ce soin à ceux de votre âge pleins de sève et de force. J'ai usé ma lyre de chansonnier; aujourd'hui j'essaie la plume de l'historien. Réussirai-je? j'en doute; mais du moins mes mémoires seront l'expression de la vérité, et la dire à son pays, c'est encore le servir. Mais voilà que je ne vous parle que de moi, pauvre muse refroidie, quand tant d'autres poëtes étouffent sous la puissance de leur voix la légèreté de mes chants. Connaissez-vous Victor Hugo?

— Non monsieur.

— Oh! mon jeune ami il faut aller le voir. Quel génie! exhala-t-il d'un ton admiratif.

— Mais daignera-t-il me recevoir avec autant de bienveillance que vous? c'est impossible. Oserai-je vous le dire? j'avais l'intention de lui adresser cette pièce de vers; mais il est déjà quatre heures, et je regretterais d'abuser...

Pour toute réponse, il me la prit paternellement des mains, la lut et me la rendit en me disant:

— En arrivant chez vous, écrivez-les lui de suite, et je suis certain que lorsque vous viendrez me revoir, vous me remercierez de vous avoir donné ce conseil. A bientôt, mon jeune ami.

Béranger avait raison: le lendemain je recevais, courrier par courrier, une invitation de me rendre chez Victor Hugo, qui, quoique malade, soulignait-on, se ferait un plaisir de me recevoir.

C'était l'accusé de réception des vers que voici:

LE RÊVE.

Dans les climats où le soleil est d'or,
Où le pâtre s'endort
Sur la foi de la nue,
Mon cœur moulé sous les doigts d'un beau jour,
Avec le rayon de l'amour
Reçut une flamme inconnue.

il est très-frileux et se couvre de flanelle de la tête aux pieds. Constipation opiniâtre.

Sur ces entrefaites arrive à M. de Jomini un accident qui vient encore aggraver son état, et qu'il raconte de la manière suivante :

« Une nuit je me soulève pour allumer une bougie ; tout à coup je me sens une grande faiblesse, le chandelier que je tenais à la main m'échappe, je retombe sur mon lit sans connaissance. Je reste dans cet état toute la nuit, toute la journée du lendemain et une bonne partie de la nuit suivante, les yeux fermés, sans mouvement, sans sentiment, à tel point que les personnes qui m'entourent, très-effrayées, croient que je vais mourir. Au sortir de cette espèce de léthargie, on constate chez moi l'apparition de plusieurs plaies, l'une à la partie inférieure de la colonne vertébrale, deux au niveau des hanches, la dernière sous le talon du pied droit. »

Vers la fin de décembre 1856, M. de Jomini, revenu à Paris, au sein de sa famille, consulte de nouveau M. Cabarrus, qui, abandonnant cette fois les errements hannemaniens, prescrit l'apiol et des paquets de poudre de fer et de gentiane. Sous l'influence de cette médication, les accès fébriles sont suspendus, les fonctions digestives se raniment, l'appétit devient plus vif, les forces se relèvent, mais cette amélioration ne dure pas longtemps ; au bout de quinze jours les accès éclatent de nouveau avec plus de violence que jamais, l'appétit et les forces diminuent avec rapidité. M. de Jomini, devenu bientôt profondément anémique et portant sur sa physionomie tous les signes d'une cachexie paludéenne arrivée à sa dernière période, semble n'avoir plus que quelques jours à vivre. M. le docteur Chenet, appelé alors auprès du du malade, lui déclare avec une honorable loyauté que « sa maladie est trop avancée pour que l'homœopathie puisse en triompher » et qu'il n'y a plus de chance de salut que dans un traitement hydrothérapique ; en conséquence, il engage M. de Jomini à aller à Bellevue se mettre entre les mains de M. Fleury.

(Observation recueillie par M. le Dr TARTIVEL.)

Le 18 février 1857, je me rendis aux Néothermes, avec Mme la baronne de Jomini mère, à l'effet de décider si le malade était transportable, si l'hydrothérapie était indiquée et si elle pourrait être supportée.

L'aspect du patient amena tout d'abord une réponse négative sur mes lèvres : je crus avoir un agonisant sous les yeux. Je me contins, cependant, et je procédai à l'examen, moins pour rechercher la cause d'une mort qui me paraissait devoir être prochaine et inévitable, que pour me donner le temps de préparer le malade et sa mère à mon refus d'intervention.

Je constatai avec surprise que l'état si grave, dans lequel était plongé le malade, n'était que l'effet d'une cachexie paludéenne portée à son summum d'intensité, et, dès lors, mes dispositions se modifièrent. « L'hydrothérapie est parfaitement indiquée, « dis-je à Mme de Jomini, et je me charge de la faire supporter; « j'oserais presque promettre la guérison, si le malade était à « Bellevue; mais pourra-t-il y être transporté? J'en doute. »

Le 21 février, M. de Jomini était apporté à Bellevue, et y excitait la commisération, mais aussi l'effroi des malades de l'établissement,

État actuel. — État cachectique des plus graves; facies profondément altéré, yeux caves et éteints, nez effilé; lèvres pendantes ; peau sèche et terreuse ; muqueuses entièrement décolorées ; ongles bleuâtres. L'amaigrissement est extrême, et le malade est trop faible pour pouvoir être pesé.

C'est à peine si, pendant les moments d'apyrexie, M. de J.... peut passer quelques heures assis dans un fauteuil, et alors, malgré la température excessivement élevée de sa chambre (22° centigr.), il se couvre de flanelle, de vêtements chauds, de manteaux doublés de fourrures, de bonnets fourrés, des vêtements dont il se servait en Russie pendant les froids les plus rigoureux de l'hiver. Ce n'est qu'en s'appuyant sur un meuble ou sur deux bras que le malade peut rester debout pendant une minute; la marche est entièrement impossible en raison de la faiblesse générale et d'une plaie qui sera décrite tout à l'heure, et qui occupe toute l'étendue du talon droit.

Les membres inférieurs présentent une infiltration séreuse considérable; il n'existe pas d'épanchement appréciable dans le péritoine. Les urines ne contiennent ni albumine, ni glycose; les battements du cœur sont très-faibles et très-lents, mais réguliers; il n'existe pas de bruits anormaux. Le pouls est misérable.

On aperçoit sur tout le corps, mais principalement sur les membres inférieurs, de nombreuses taches de pourpre hémorrhagique. Une plaie de mauvais caractère, semblable à un ulcère scorbutique, et de l'étendue de la paume de la main, existe au niveau de l'angle sacro-vertébral ; trois plaies de même nature et de la dimension d'une pièce de cinq francs existent, l'une à 5 centimètres au-dessus et à droite de celle que nous venons d'indiquer; les deux autres un peu en arrière de chaque trochanter. Enfin, une plaie semblable recouvre toute la surface du talon droit.

La respiration est faible, courte, précipitée. Le malade retient fréquemment de violentes douleurs de névralgie intercostale, principalement du côté gauche.

Les fonctions digestives sont profondément troublées; M. de J.... ne mange guère que des potages, mais ceux-ci suffisent pour provo-

Les jeux des cours, leur pourpre, leur lambris,
Jamais n'avaient surpris
Un soupir à mon âme ;
Elle rêvait de plus nobles plaisirs!
Que dis-je?... elle avait des désirs
Même sur le sein d'une femme!

Si j'élevais mon œil audacieux,
L'immensité des cieux
Excitait mon envie;
Il me semblait que l'air était à moi,
Que l'aigle n'était pas son roi....
Et mon âme m'était ravie!

Un jour — le ciel du voile le plus pur
Ceignant son front d'azur
Colorait la prairie,
Je me berçais de gloire, d'avenir!...
Heureux, je me pris à dormir
Avec ma belle rêverie.

Alors je revis un cygne radieux
Qui fixait vers les dieux
Ses brûlantes prunelles ;
Puis j'entendis un léger bruissement,
Et déjà dans le firmament
Se reflétaient ses blanches ailes.

Les vents jaloux de cet astre nouveau,
L'orage aux lèvres d'eau
Lui déclarent la guerre.
Je tremblais ; lui, s'élevant dans les airs
Plus haut se couronnait d'éclairs,
Et parfois touchait au tonnerre.

Plus haut encore s'innondant de clarté
De l'immortalité
Il caressait le trône;
Viens, me dit-il, ose tenter les cieux,
Que du jour l'astre spacieux
De son disque aussi te couronne.

Et moi soudain je dirigeai mon vol
Vers le céleste sol
Du temple de mémoire;
Déjà j'errais dans les champs du soleil,
Je m'y perdis dans le réveil,
Et j'ignore ce qu'est la gloire.

Dr A.-L. ROUX.

quer très fréquemment des douleurs gastriques très-vives, des vomissements bilieux et de la diarrhée.

La rate présente un volume énorme; elle occupe tout le flanc gauche, depuis l'aisselle jusqu'à la crête iliaque; son diamètre vertical est de 24 centimètres. Le foie dépasse le rebord costal de 10 centimètres, et la ligne médiane de 7.

Le jour même de son arrivée, le malade est pris à deux heures, d'un accès de fièvre qui dure toute la nuit. Le frisson est très-intense et se prolonge au delà de deux heures; la réaction est accompagnée de céphalalgie, d'agitation, de délire; la sueur est très-copieuse.

23 *février*. Les prodrômes de l'accès fébrile se manifestent à une heure et demie. Le malade, trop faible pour être transporté à la douche, reçoit une *friction avec le drap mouillé; seconde friction à six heures du soir*. L'accès éclate à sept heures; il est plus court et moins violent que celui de la veille. *La fièvre est donc actuellement quotidienne.*

Les plaies sont pansées avec des plumasseaux de charpie trempés dans de la décoction aromatique.

Le 24 *février*, pas d'accès, *deux frictions*.

Le 25, le malade est porté dans la salle de douches et reçoit *une douche en pluie très-courte*, laquelle produit une violente suffocation et une impression très-pénible. L'accès éclate à six heures du soir.

Le 26, le malade, qui est d'une pusillanimité et d'une indocilité extrêmes et bien excusables, se refuse à toute espèce d'application hydrothérapique. Pas de fièvre le 26, mais des accès ont lieu.

Le 27 *février* et le 1[er] *mars*, *la fièvre est donc actuellement tierce.*

Le 3 *mars* le malade consent à recevoir *deux douches*. PAS DE FIÈVRE. Le 4, une seule douche; le malade ne veut pas recevoir celle du soir. Le 5, *deux douches*. PAS DE FIÈVRE. Le 6 et le 7, les douches sont prises régulièrement. Un accès léger a lieu le 7.

Le 8 et le 9, le malade se soustrait au traitement.

Des accès ont lieu les 10, 13, 16 et 19; *la fièvre est actuellement quarte.*

Pendant cet espace de temps, le malade n'a pris qu'un très-petit nombre de douches et d'une manière très-irrégulière; aussi l'action *anti-périodique* du traitement n'a-t-elle pu se manifester; mais il n'en a pas été de même de *l'action reconstitutive*. Le malade a eu à plusieurs reprises des vomissements et de la diarrhée, mais en somme, l'état général s'est notablement amélioré. Le facies et le teint sont meilleurs; les forces reviennent, le malade fait quelques tours de promenade dans le jardin. Le 12 toutes les plaies étaient cicatrisées; alors le malade a été pesé ce même jour, et son poids est de 96 livres, sa taille étant de 1 m. 72 cent. Les taches de pourpre ont disparu. Le volume du foie et de la rate n'a pas sensiblement diminué.

A partir du 19, *la fièvre redevient quotidienne*, et des accès très-intenses ont lieu chaque jour, à trois heures de l'après-midi, les 20, 21, 22, 23 et 24 mars.

Je supprime pendant ces six jours toute espèce de traitement, et la famille de M. de Jomini se joint à moi pour obtenir du malade qu'il se soumette enfin à un traitement suivi et méthodique.

Le 25 *mars*, à deux heures et demie, les prodromes de l'accès se faisant déjà sentir, le malade reçoit une douche méthodique; L'ACCÈS N'A PAS LIEU, *et le traitement ayant continué, M. de Jomini n'a plus éprouvé, depuis ce jour, d'accès périodique régulier.*

10 *avril*. Depuis le 25 mars, un seul accès, peu violent, a eu lieu. Le 12 avril, l'état général s'améliore de plus en plus; le malade pèse 102 livres et 2 hectogr. Le diamètre de la rate est de 21 cent.; le foie dépasse le rebord costal de 8 cent., et la ligne médiane de 4.

20 *avril*. Le foie ne dépasse plus la ligne médiane, mais il s'étend encore de 5 cent. au-dessous du rebord costal; le diamètre de la rate est de 16 cent. Le malade a un appétit très-vif, il digère fort bien, fait de longues promenades, va souvent à Paris, et cependant un accès assez violent a eu lieu le 18, et quelques douleurs de névralgie intercostale se font encore sentir de temps à autre. M. de Jomini pèse 104 livres 3 hectogr.

30 *avril*. L'état général est satisfaisant; le foie ne dépasse plus ses limites physiologiques; le diamètre de la rate est de 8 cent. Un accès très-léger a eu lieu le 27. Le poids du corps est de 106 livres.

15 *mai*. Plus d'apparence de fièvre depuis le 27. L'état général est excellent. M. de Jomini est allé rendre une visite au docteur Chenet. « C'est une véritable résurrection, lui a dit cet honorable confrère; « faites-en mes sincères compliments à M. Fleury. »

19 *juin*. La santé ne laisse rien à désirer. Le poids du corps est de 114 livres. M. de Jomini quitte aujourd'hui Bellevue pour aller passer la belle saison en Suisse.

M. de Jomini n'est plus au service, mais comme il a porté l'uniforme pendant vingt-huit ans, nous espérons que M. Riboulet voudra bien accepter cette observation pour une *demi-fièvre militaire*. Avec un peu de bienveillance, et en tenant compte des circonstances si remarquables qui caractérisent ce fait pathologique, il pourrait même nous accorder le bénéfice d'une fièvre militaire tout entière!

Au point de vue pathologique, il faut remarquer ceci:

1° Le type si mobile de la fièvre, lequel devient alternativement quotidien, tierce et quarte;

2° La disparition des accès réguliers, bien avant que le foie et la rate aient été ramenés à leurs limites physiologiques, mais la persistance d'accès irréguliers jusqu'à ce que ce resultat ait été obtenu;

3° La cachexie, qui est la plus grave que j'aie jamais rencontrée, et qui rendait la mort du malade imminente.

Au point de vue thérapeutique, on voit l'hydrothérapie intervenir après l'insuccès du sulfate de quinine, de l'apiol, de l'homœopathie, se charger d'un malade que la médecine usuelle n'avait plus qu'à « *laisser mourir en paix*, » et enregistrer un nouveau succès en se conformant aux LOIS que nous avons établies.

Le malade, d'une extrême indocilité, ne veut pas se soumettre au traitement *méthodique formulé*; dès lors l'action *antipériodique* de la médication ne peut s'exercer, et les accès réguliers persistent, non, cependant, sans être modifiés dans leur intensité, mais l'action *reconstitutive* se manifeste, et, malgré la persistance des accès fébriles, l'état général s'améliore notablement.

Au bout d'un mois, le malade devient plus raisonnable; le traitement est appliqué et suivi, conformément à la *formule* voulue, et, DÈS LA PREMIÈRE DOUCHE, les *accès fébriles* PÉRIODIQUES *disparaissent pour ne plus se montrer.*

L'état général s'améliore de plus en plus; mais la rate et le foie présentent encore un volume considérable, et des accès fébriles irréguliers, atypiques et variables dans leurs manifestations symptomatiques, se montrent encore de temps en temps.

Au bout d'un second mois, les viscères sont rentrés dans leurs limites physiologiques; tout accident fébrile cesse d'avoir lieu, et la guérison est complète.

Les faits que je viens de faire connaître ont une valeur qui ne sera contestée par aucun homme éclairé et impartial; ils engageront, je l'espère, les médecins militaires à me suivre résolûment dans la voie où viennent de s'engager avec tant de succès M. Secourgeon, médecin en chef de l'hôpital militaire de Toulon, M. Alf. Becquerel, médecin de l'hôpital de la Pitié, et M. Eug. Collin, médecin des salles militaires de l'hôpital de Billom.

Quant au Conseil de santé des armées, on comprend qu'à moins de provocation nouvelle j'en ai fini avec lui, comme avec toute démarche officielle auprès des autorités civiles ou militaires, scientifiques ou administratives.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Cinq cas de paralysie saturnine par l'usage continuel d'un tabac en poudre contenant du plomb,

Par le Dr Maurice MEYER (de Berlin).

J'ai publié, en 1854, dans la gazette allemande (*Medicinische Central-Zeitung*, du 22 novembre), un cas de paralysie saturnine par l'usage continuel d'un tabac en poudre contenant du plomb, où j'appliquai la faradisation localisée au diagnostic et à la thérapeutique. Mais ce cas n'a pas eu, que je sache, de successeur ni dans la littérature allemande, ni à l'étranger, et néanmoins des cas semblables ne sont pas très-rares, car moi-même j'en ai traité quatre autres depuis ce temps, occasionnés par le même abus.

1° Le premier cas était celui d'un maître pelletier, Hache, âgé de 38 ans, jusque-là bien portant, d'un teint jaunâtre, qui, dans l'espace de trois mois, sans cause connue, contracta une paralysie des extenseurs des trois doigts du milieu des deux mains. La contractilité et la sensibilité électro-musculaires étaient très-diminuées dans les extenseurs, mais tout à fait normales dans les supinateurs. Je faradisai les muscles paralysés trente-sept fois sans succès, et le malade renonça à la cure. Deux mois plus tard, la paralysie s'était compliquée d'une saillie considérable du carpe et des second, troisième et quatrième métacarpiens des deux mains, symptômes qui confirmaient le soupçon, émis par moi depuis longtemps, que nous avions affaire à une paralysie saturnine due au tabac que le malade prisait depuis beaucoup d'années, qu'il conservait toujours dans son emballage de plomb et dans lequel la recherche chimique décéla une quantité de plomb assez considérable. L'exactitude de la diagnose fut confirmée par le résultat du traitement; le malade se désaccoutuma du tabac et, après l'usage de bains sulfureux et de purgatif salins, la paralysie était complétement guérie. Le sujet avait subi quarante séances électriques.

2° Le second malade était le secrétaire Rauer de Spremberg, âgé de 43 ans, qui, ayant pris pendant six années du tabac en poudre de la même fabrique, contracta à plusieurs reprises des coliques, compliquées de troubles de digestion, de jaunisse, d'obstruction opiniâtre, etc. Les eaux de Carlsbad, où le malade alla trois fois, n'avaient eu qu'un succès passager. En février 1855, le doigt du milieu et l'index de la main droite, peu à peu les autres doigts et différents muscles de l'avant-bras et des épaules étaient paralysés des deux côtés. A l'examen électrique, le 15 juillet 1855, la contractilité et la sensibilité électro-musculaire étaient diminuées dans les extenseurs communs des doigts, dans les extenseurs radiaux du carpe, dans les extenseurs propres de l'index, mais tout à fait intactes dans les supinateurs; les os métacarpiens étaient saillants, la peau jaunâtre. Des bains sulfureux, des purgations, une cure électrique de six semaines améliorèrent le mal à ce point, que, retourné à son domicile, le malade, sans administration d'autres remèdes, était complétement guéri au bout d'un an.

3° Le troisième malade, M. Corty, avoué à Lukau, qui, depuis 1841, prenait copieusement du tabac en poudre, qu'il conservait toujours dans son emballage de plomb, comme il le dit dans l'histoire de sa maladie, composée par lui-même, gagna le premier accès de colique en 1846. Ces coliques, compliquées d'obstructions opiniâtres, de symptômes de jaunisse, d'un abattement du corps et de l'esprit, se répétaient de temps en temps et finirent en 1852 par une paralysie des épaules, des bras et des mains, et, en 1854, par une paralysie des jambes. Les eaux de Marienbad guérirent la dernière complétement, améliorèrent la paralysie des extrémités assez pour que le malade put commencer de nouveau à écrire, faculté dont il était privé depuis deux ans. Rentré à la maison, il cessa de prendre le tabac en poudre, et chose remarquable, les coliques ne se répétèrent pas et l'état général devint successivement meilleur. Néanmoins à ma première vise, en juillet 1856, M. Corty offrait un triste aspect. Ses bras pendaient le long du tronc, les extenseurs des deux bras étaient amaigris, et cet amaigrissement contrastait bizarrement avec l'intégrité des supinateurs, les os métacarpiens étaient saillants; le teint gris jaunâtre; le malade ne pouvait ni lever les poignets, ni écarter les doigts; la contractilité électro-musculaire était presque abolie dans l'extenseur commun des doigts de la main droite et dans l'extenseur radial du carpe gauche, diminuée dans la plupart des autres muscles extenseurs. En six semaines, par l'excitation électrique, l'état du malade devint meilleur, et ses mouvements plus libres; les muscles amaigris avaient augmenté de volume, les saillies des os avaient diminué, et M. Corty, à la fin de son congé, retourna à Lukau avec l'intention de revenir à Berlin si le rétablissement plus complet se faisait trop longtemps attendre.

4° Le quatrième malade, le docteur Kœhler d'Elbing, médecin praticien, âgé de 45 ans, avait éprouvé, il y a dix ans, comme premier symptôme de maladie, une sensation douloureuse de tension dans les muscles droits de l'abdomen. Dans l'hiver 1851-1852, premier accès de colique avec obstruction, troubles de digestion, jaunisse, abattement des forces, fièvre rémittente, etc. Des accès semblables se répétèrent, et surtout, en 1854, notre malade en eut un si grave, qu'il en résulta une paralysie complète de deux extrémités supérieures. Au moyen de bains ferrugineux, de remèdes résolutifs, et surtout des eaux de Driburg, qui purgeaient le malade, la constipation et la jaunisse cessèrent; au bout d'un an, les mouvements des épaules étaient libres et le docteur Kœhler avait recouvré ses forces presque complétement, lorsqu'en juillet 1856, pendant le second séjour à Driburg, il fut pris d'un nouvel accès plus grave, lequel finit par une paralysie des extrémités supérieures. Arrivé à Berlin, à la mi-août, il ne pouvait éloigner les bras du tronc; en tendant les mains les bras tremblaient, et l'annulaire et l'index du côté droit se fléchissaient; les os métacarpiens sont saillants, le teint est jaune, le malade profondément abattu. La contractiblité et la sensibilité sont considérablement diminuées dans les extenseurs communs des doigts, dans l'extenseur propre de l'index, dans les extenseurs et abducteurs du pouce de la main droite; tout à fait normales dans les supinateurs. Après l'omission du tabac et au moyen de bains sulfureux, des purgatifs salins et de 28 séances d'électricité, l'état du malade fut beaucoup amélioré : sa guérison fut même presque complète.

5° Voici le cinquième cas. Le chambellan de H. de Giessen, toujours bien portant, d'un teint jaunâtre, âgé de 50 ans, avait contracté depuis trois semaines, sans cause connue, une paralysie toujours croissante des trois doigts du milieu de la main droite. L'extension de ces doigts était impossible, l'élévation du carpe difficile; la supination du bras était tout à fait libre; pas d'amaigrissement des muscles, pas de saillies des os métacarpiens. La contractibilité électro-musculaire était très-diminuée dans les faisceaux de l'extenseur commun qui meuvent les doigts du milieu, diminuée dans l'extenseur propre de l'index et dans le radial, intacte dans les autres muscles extenseurs et dans les supinateurs. Le malade, qui depuis une douzaine d'années prenait du tabac en poudre contenant du plomb, n'avait point eu de coliques; jamais de constipation opiniâtre. La cause de la maladie connue, les symptômes locaux peu graves, le pronostic était bon et la cure fut prompte.

Dans ces cinq cas de paralysie saturnine par l'usage continuel du tabac en poudre contenant du plomb, nous avons signalé les symptômes suivants : 1° paralysie d'une plus ou moins grande partie des extenseurs du bras; intégrité des supinateurs; 2° jaunisse dans tous ces cas; 3° dans quatre cas saillie des os métacarpiens; 4° dans trois cas des accès de colique avaient précédé la paralysie; le premier et le cinquième malade n'en ont point

présenté ; 5° dans quatre cas les mouvements des extenseurs de la main, dans un cas ceux des deltoïdes, furent surtout affaiblis.

(*Gaz. hebb. de méd. et de chir.*).

CHIRURGIE CLINIQUE.

Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. — Fistules urinaires. — Urethrotomie périnéale. — Succès de l'opération et réapparition des mêmes désordres,

Par M. le Dr Lesueur, de Vimoutiers.

Nous avons reçu de M. le docteur Lesueur une observation d'uréthrotomie périnéale, à propos du travail que nous avons publié récemment (n° 94; 6 août 1857). Ce fait a déjà été consigné dans les *Annales médicales de la Flandre occidentale* (1856); nous croyons cependant utile d'en donner ici une analyse assez étendue.— J. R.

Le nommé G...., âgé de 42 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, ancien militaire, a été atteint de plusieurs blennhoragies, la dernière à l'âge de 28 ans. Se trouvant alors à l'hôpital, il fit une injection au sulfate de zinc, sur le conseil d'un camarade, et fut pris immédiatement d'une rétention complète d'urine, qui céda à un traitement antiphlogistique, après qu'on eut essayé le cathétérisme à plusieurs reprises sans succès. A partir de cette époque, les urines coulèrent avec plus ou moins de difficulté, toujours par jet très-petit, tortueux et quelquefois divisé. — Le malade avait en même temps, sur le gland, des chancres qu'il avait cautérisés avec des cendres de pipe ; il prit à cette époque trente et quelques doses de liqueur mercurielle.

Trois ans après, nouvelle rétention d'urine qui cède encore à un traitement antiphlogistique.

Il y a un an, après avoir travaillé dans l'eau pendant plusieurs semaines et fait des excès d'eau-de-vie, il fut pris pour la troisième fois de rétention d'urine. M. Lesueur, appelé près de lui, constata, en avant de la région périnéale, un engorgement inflammatoire qui se termina assez promptement par un abcès urineux. Il essaya en vain de faire pénétrer une bougie dans la vessie. L'abcès fut ouvert et se referma assez vite, mais plusieurs fistules s'ouvrirent et se fermèrent successivement. En juillet 1855, il reste trois de ces fistules qui laissent l'urine s'écouler continuellement ; le malade est décidé à subir toute opération qui sera jugée nécessaire.

Le malade fut alors envoyé à Paris, où il séjourna pendant quelque temps dans un hôpital ; mais il revint à peu près dans le même état. M. Lesueur pensa qu'il n'y avait que deux partis à prendre : laisser le malade dans ce triste état, ou courir les chances de rétablir le calibre de l'urèthre par une incision au périnée. Le malade insistant pour que cette opération fut faite, ce chirurgien accéda à ses désirs.

Voici quel était alors l'état des parties affectées :

A la racine des bourses et à droite du raphé, on aperçoit les orifices de trois fistules urinaires, par lesquelles on cherche en vain à faire pénétrer un stylet dans l'urèthre. Dans une étendue de 7 centimètres environ, la verge est tuméfiée comme dans l'état d'érection et se coude brusquement à gauche pour se porter à droite, et se terminer au bulbe ; il en résulte que, dans ce point, l'urèthre est le siége d'une déviation très-appreciable, qui forme un cul-de-sac dans lequel viennent s'arrêter les instruments que l'on veut faire pénétrer dans la vessie.

L'opération fut pratiquée de la manière suivante :

Le malade fut placé comme pour la taille périnéale, et soumis aux inhalations anesthésiques ; une sonde en argent fut placée dans l'urèthre, jusqu'au point qui correspond à la symphyse pubienne. Les bourses étant relevées, une incision est faite depuis ce point jusqu'à deux centimètres en avant de l'anus, sur le raphé périnéal, intéressant toute l'épaisseur de la peau. En disséquant couche par couche, M. Lesueur arrive dans l'espace compris entre les racines des corps caverneux ; la sonde étant alors poussée avec une certaine force, son bec vient s'échapper dans l'incision pratiquée. Dès lors, le chirurgien cherche la partie postérieure du canal, ce qui présenta quelques difficultés ; enfin, une aiguille de Cooper pénètre dans le canal, et on la remplace par une petite sonde. Alors une sonde plus grosse, n° 21, est introduite dans l'urethre par le méat urinaire, puis elle est enfoncée jusque dans la vessie, en se servant de la petite sonde comme d'un conducteur, au moyen d'un artifice particulier.

Le malade est alors replacé dans son lit, et la sonde est fixée à la verge par des liens convenablement disposés ; les bords de l'incision périnéale se trouvant en contact par le rapprochement des cuisses, on se contente d'appliquer sur la plaie une éponge humide qui doit être souvent renouvelée.

Pendant les dix jours qui suivirent, on put croire à un succès complet ; la sonde avait été changée plusieurs fois sans difficulté, L'incision périnéale était guérie ; l'engorgement de la verge diminuait chaque jour, les fistules paraissaient vouloir se tarir, tout enfin promettait une guérison prochaine. Cependant, le malade se plaignait d'un peu de sensibilité à la pression sur la région hypogastrique, et les urines se chargeaient de mucosités purulentes dans une proportion qui augmentait chaque jour. La sonde fut alors retirée, et le malade s'habitua à la replacer lui-même, ce qu'il fit cinq à six fois. Mais tout à coup, il fut arrêté dans une de ses manœuvres et fit appeler M. Lesueur qui essaya le cathétérisme avec des bougies de diverses grosseurs, mais sans succès.

« Je pus constater que le coude de la portion spongieuse de l'urèthre dont j'ai parlé plus haut, et qui s'était effacé après l'opération, s'était reproduit, que l'engorgement existant à la racine des bourses et autour des fistules avait reparu ; que l'état des parties, en un mot, était revenu tel qu'il était avant l'opération.

« En prolongeant le séjour continu de la sonde dans la vessie, aurai-je pu espérer un résultat plus heureux? C'est possible, et, je l'avoue, je regrette de m'être laissé peut-être trop promptement effrayer par la crainte des accidents que cette sonde pouvait occasionner. Cependant, je dois dire que mon plus grand regret est celui n'avoir pas incisé l'urèthre dans une plus grande longueur, de manière, par exemple, à intéresser toutes les parties indurées de ce canal. C'est du moins ce que je ferais, si je recommençais l'opération. »

M. Lesueur ajoute : « Mais avant de recommencer l'opération chez G...., je ferais tout mon possible pour le décider à s'adresser à l'une de ces célébrités qui, à les en croire, n'ont jamais rencontré de rétrécissement de l'urèthre infranchissable. » — Nous nous permettrons, en terminant, de donner à notre honorable correspondant le conseil de ne pas trop insister, sur ce point, auprès de son malade, dans l'intérêt de ce dernier surtout, et de *ne pas trop en croire* ces *célébrités*.

— Nous venons de recevoir de M. Lesueur de nouveaux renseignements sur ce malade : depuis longtemps déjà, il a repris ses occupations de manouvrier ; il se livre souvent à des excès de plus d'un genre.

Depuis que l'opération a été faite, il n'a plus éprouvé de rétention d'urine; il ne s'est pas formé d'abcès urineux. En somme, il se trouve mieux qu'avant l'opération. Cependant, l'émission des urines n'est faite que par un faible jet ; le liquide s'échappe à la fois par le méat urinaire et par une fistule périnéale. L'urine contient une notable quantité de muco-pus qui se dépose au fond du vase.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 103. 5e année. Jeudi 27 Août 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 26 août 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

Pour une séance caniculaire, celle de mardi dernier n'a pas été mal remplie, et, qui plus est, elle n'a pas manqué d'animation et d'imprévu ; nous disons d'imprévu, puisque nous avons assisté à une petite lutte entre les deux frères de lait de M. Bretonneau : MM. Trousseau et Velpeau. Les attaques et les ripostes ont été dites, il est vrai, d'une voix très-veloutée, mais M. Trousseau n'en a pas moins traité son frère de démolisseur, et son frère ne lui a pas moins répondu, toutefois avec moins de verdeur :

Vous donnez.... vos qualités aux autres.

Au fond, il n'y avait de démolisseur ni d'un côté ni de l'autre, et le mot de M. Trousseau était fort mal choisi. Celui qui s'approprie la bourse d'un autre n'a jamais passé, que je sache, pour un démolisseur; le vocabulaire lui affecte une tout autre épithète; toute la question, entre MM. Trousseau et Velpeau, était donc de savoir quel est le ravisseur de celui qui s'approprie ce qui ne lui appartient pas ou de celui qui prend la bourse dans la poche du voleur pour la faire repasser dans celle du véritable propriétaire. La question ainsi posée nous paraît résolue, pourvu qu'on ait d'abord résolu, bien entendu, la question de savoir quel est le véritable propriétaire. La question ainsi posée, il nous semble assez clair que c'est à M. Velpeau qu'échoit le rôle du gendarme.

M. Trousseau ne nous paraît pas s'être trompé seulement sur le véritable caractère du démolisseur ou plutôt du.... ravisseur ; il nous paraît avoir formulé un aphorisme très-hasardé quand il a dit que celui qui « invente une chose rend un service, et celui qui applique cette chose un service plus grand encore ; » à cela, M. Velpeau a répondu que « celui qui invente une chose rend un service, et que celui qui l'applique en rend un autre. » D'une manière générale, c'est ce qu'on peut dire de plus raisonnable : il y a en effet *chose* et *chose,* ou si l'on aime mieux invention et invention ; il y a aussi application et application : il peut y avoir telle application qui suppose un plus grand mérite que telle invention. Mais, d'une manière générale, et au point de vue intellectuel, l'invention est au-dessus de l'application autant que l'art est au-dessus du métier ; et le plus ingénieux constructeur de télégraphes

---

FEUILLETON.

Philosophie médicale

A PROPOS DU SPIRITUALISME DU DOCTEUR PIDOUX.

(Suite. Voir les nos 89, 91, 95, 98 et 100.)

OBSCURITÉS ET INUTILITÉ DE LA MÉTAPHYSIQUE.

V. Rejet de la métaphysique. — Conclusion.

Jusqu'ici nous avons particulièrement examiné le spiritualisme de M. Pidoux (c'est l'idéalisme qu'il faudrait dire). Nous avons fait voir les obscurités, les incertitudes de sa métaphysique; obscurités :

Démontrées par les imperfections de son langage, car la clarté d'une langue est proportionnée à la précision des idées qu'elle a à exprimer;

Démontrées par les discussions éternellement renouvelées et portant sur tous les points affirmés par M. Pidoux comme fondamentaux, notamment sur l'origine des idées, base de la métaphysique;

Démontrées par l'insuffisance, l'insignifiance des exemples et des preuves allégués par notre honorable confrère.

Nous avons vu aussi le chef de file de M. Pidoux, — Descartes, tracer sur le cadre des mathématiques la méthode propre aux sciences dont les notions et les objets sont des abstractions simples et complétement définies, généraliser ensuite, par une induction irréfléchie, cette méthode très-spéciale, et vouloir appliquer la déduction géométrique à l'étude de la nature, malgré la différence radicale des données premières et du point de départ. Nous avons vu cette vigoureuse intelligence, victime de sa méprise, s'égarer dans les plus étonnantes spéculations, et aboutir à des absurdités révoltantes, filles légitimes de sa méthode. Ses erreurs furent impuissantes cependant à détourner les sciences naturelles de la *méthode inductive* instituée par Copernic, Képler, Galilée, Newton, et formulée par Bacon, — impuissantes aussi à effacer la gloire qui revient à Descartes pour avoir porté l'esprit d'examen jusque dans la théologie, et avoir ainsi, peut-être à son insu, brisé les idoles en rendant à la raison son indépendance et sa souveraineté.

Enfin, nous avons dit brièvement la méthode de Bacon et indiqué qu'elle n'est pas contradictoire à celle que Descartes donne dix sept ans plus tard, mais plutôt qu'elles se complètent mutuellement, en ce sens, que celle formulée par Bacon, bien que très-générale, convient particulièrement aux sciences dont les données sont complexes et innombrables (telles que les sciences naturelles, biologiques, etc.),

électriques ne sera jamais que le maçon; l'architecte est celui qui a découvert les lois de l'électricité.

La discussion de ces grands principes a éclipsé un peu la discussion pratique sur l'utilité de la cautérisation du larynx. Au reste, ce n'est qu'à l'aide de faits assez nombreux et rigoureusement recueillis que cette discussion aurait pu être abordée avec quelque fruit, et le sac de M. le rapporteur ne paraissait pas suffisamment garni sous ce rapport.

M. Depaul, qui avait pris à la discussion du rapport de M. Trousseau une part bien légitime, s'est multiplié dans cette séance, et a lu, outre son procès-verbal, deux rapports, l'un sur un cas d'opération césarienne, l'autre sur un cas de monstruosité. Le savant rapporteur a mis dans chacun de ces rapports son excellent esprit de discernement et de sage réserve. Il n'a pas cru, et avec raison suivant nous, que le moment fût encore venu de renouveler la grande discussion qui a déjà eu lieu sur l'opération césarienne et sur l'avortement provoqué; les faits qui se sont produits depuis cette discussion ne sont pas, en effet, assez nombreux pour conduire la question au delà du point où elle est restée, et M. Depaul est du nombre des bons esprits qui pensent à l'encontre de certain professeur qu'il vaut mieux

Listere gradum quam progredi per tenebras.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. Voir les nos 83, 87, 94 et 95.)

Je distingue trois espèces de teignes répondant chacune à une espèce botanique différente ; ce sont :

La teigne faveuse avec l'achorion Schœnleinii ;
La teigne tonsurante avec le trichophyton tonsurans ;
La teigne pelade avec le microsporon Audouini.

On peut ensuite, dans chacune des espèces, établir des variétés, variétés de forme et variétés de siége. Les premières, plus importantes, nous fournissent les divisions suivantes :

Dans la teigne faveuse : — Le favus urcéolaire ou en godets (*porrigo favosa*), dans lequel les croûtes champignonneuses sont très-régulièrement déprimées en cupule ; — Le favus scutiforme ou nummulaire (*porrigo scutulata*), qui se présente sous l'aspect de plaques continues, légèrement saillantes et occupant quelquefois de larges surfaces ; — enfin, le favus squarreux (*porrigo squarrosa*), dans lequel le parasite est disposé en monticules plus ou moins élevés, plus ou moins irréguliers.

Dans la teigne tonsurante, trois variétés aussi, suivant que les éruptions affectent une forme circulaire, ponctuée ou rayonnée (*circinnata*, *punctata*, *gyrata*) — Aucune de ces dispositions n'a de rapport nécessaire avec l'élément primitif; et, par exemple, dans la teigne tonsurante circinée, ce sont tantôt des vésicules, tantôt des pustules ou des papules qui signalent le début de la maladie.

Enfin la teigne pelade peut se présenter sous deux formes différentes, à ce point que j'en faisais autrefois deux espèces. La première variété est la pelade simple ou ophiarique (ancienne teigne décalvante) ; la seconde est la pelade achromateuse (ancienne teigne achromateuse), remarquable, comme son nom l'indique, par la décoloration des poils et des surfaces dénudées ; elle est confondue par les auteurs avec le vitiligo et décrite sous ce nom. Une subdivision doit être établie dans la pelade achromateuse ; tantôt, en effet, les surfaces malades sont déprimées, et tantôt elles sont de niveau avec les parties saines.

J'ai dit enfin que dans la classification des teignes il fallait tenir compte de la région occupée par la maladie. Aussi, bien que cette considération de siége n'ait qu'une importance secondaire, admettons-nous : des teignes du cuir chevelu ; des teignes de la face ; des teignes des parties sexuelles ; des teignes du tronc et des membres ; cette division s'appliquant également à chacune des espèces et des variétés établies.

Voici, sous forme de tableau, le résumé très-exact de ma classification des teignes :

A. **Teigne faveuse** (achorion Schœnleinii).	Urceolaris.		1° Du cuir chevelu.
	Scutulata.		
	Squarrosa.		2° De la face.
B. **Teigne tonsurante** (trichophyton tonsurans).	Circinnata.		3° Des parties sexuelles.
	Punctata.		
	Gyrata.		
C. **Teigne pelade** (microsporon Audouini).	Simple, ophiarique.		4° Du tronc et des membres.
	Achromateuse	avec dépression	
		sans dépression	

tandis que la méthode Cartésienne, simple généralisation des procédés mathématiques, est exclusivement applicable aux sciences dont les données sont élémentaires, simples et abstraites (c'est-à-dire à peu près uniquement aux sciences mathématiques).

Mais ce n'est pas seulement la métaphysique du docteur Pidoux ou de Descartes que nos considérations frappent de déchéance, c'est la métaphysique elle-même : et il faudra peu de mots pour montrer que notre critique a bien toute cette portée. En effet, nous avons pris soin, en ce court exposé, de saper dans les doctrines de M. Pidoux et de Descartes, non les erreurs de détail, non les aberrations individuelles, mais ce qui est la base *obligée de toute* métaphysique, à savoir :

1° La certitude de l'innéité des idées;

2° La légitimité de l'application de la méthode déductive.

Cette base est *obligée,* disons-nous; la *philosophie transcendantale* ne saurait l'abdiquer sans cesser d'être. En effet, elle ne peut s'appuyer sur l'observation : ses préoccupations sur l'origine, la nature intime, la fin des choses, n'y sauraient trouver aucun secours; elle est donc irrémissiblement condamnée à la seule spéculation et à n'avoir d'autre base que les données intuitives de l'esprit, que les idées dites **innées.**

Cette base intangible a donné quelque vanité aux transcendantalistes : ils ont imposé le nom d'axiomes à leurs premières idéalités, et, par cette dénomination ambitieuse, ils se sont flattés, endossant le costume des mathématiques, d'en emprunter la solidité. Il n'y a là cependant qu'une fallacieuse imitation de la forme, de l'habit; car ce qui caractérise l'axiome géométrique c'est, premièrement son évidence si péremptoire que personne ne songe à la discuter (exemple : le tout est plus grand que la partie, secondement qu'il tombe sous la vérification expérimentale aussi multipliée qu'on l'imagine, de sorte que l'idéalisme et le sensualisme ont le même droit à en réclamer la paternité.

Ce qui caractérise, au contraire, le prétendu axiome métaphysique, c'est : premièrement d'entraîner, non l'adhésion, mais la discussion interminable (exemple : les prétendues idées préalables et positives de l'infini, de Dieu, etc.), et secondement de ne pouvoir jamais tomber sous la vérification expérimentale.

Un métaphysicien célèbre, Leibnitz, s'était flatté d'échapper à cette difficulté, en formulant ainsi son axiome fondamental : « Une chose « ne peut exister d'une certaine manière *s'il* n'y a une *raison suffi-* « *sante* pour qu'elle existe de cette manière plutôt que d'une autre. » Cet axiome très admiré, et que Leibnitz manœuvre fort habilement, sur lequel il édifie tout son système, présuppose d'une part d'autres axiomes, car seul il est négation pure et reste impuissant à rien

Commençons maintenant la description générale des teignes. Nous passerons successivement en revue la nosographie, l'étiologie, la séméiatique et la thérapeutique, nous conformant à l'ordre déjà suivi dans l'étude des affections cutanées parasitaires envisagées d'un point de vue plus général. Cette marche nous expose à quelques répétitions, et c'est sans doute un inconvénient sérieux, mais cet inconvénient est largement racheté par de nombreux avantages. Il est impossible, quand on veut exposer les faits avec méthode, de ne pas procéder ainsi du général au particulier. D'ailleurs nous passerons sur ce sujet aussi rapidement que possible.

NOSOGRAPHIE. — Je divise les symptômes et la marche des teignes en trois périodes, correspondant à trois époques bien marquées dans le développement du cryptogam. Ce sont : la période de germination ; la période d'état ou d'accroissement ; enfin la période de déclin du végétal parasite.

1° *Période de germination.* Le champignon est alors invisible. Le prurit ordinairement franc et quelquefois accompagné de cuisson, des éruptions fugaces, vésiculeuses, pustuleuses, érythémateuses. Une hypersécrétion d'épiderme, enfin l'altération primitive des poils caractérisent essentiellement cette première période. L'altération des poils dont nous parlons ici varie selon l'espèce de teigne ; les cheveux deviennent secs, ternes, leur diamètre n'est pas le même dans les différents points de leur tige, ils portent des nœuds et des rétrécissements, ils changent de couleur, et au lieu d'être blonds ou bruns, ils sont rougeâtres, gris souris, blancs d'argent... Ce changement de couleur, souvent obscur, est quelquefois très-net, comme chez cet enfant couché en bas au n° 75, et qui depuis un mois a quitté notre service. Il était affecté de pelade achromateuse et portait sur le cuir chevelu un grand nombre de plaques blanches, ovalaires de diverses grandeurs ; de plus, en certains points, et sur des surfaces où la peau ne paraissait nullement altérée, on voyait des bouquets de poils, les uns rougeâtres et ternes, les autres fins et sensiblement décolorés.

2° *Période d'état.* Les démangeaisons souvent continuent, et le végétal parasite paraît au dehors et se développe. Ce sont des croûtes jaunes et plus ou moins épaisses dans le favus, des lamelles blanches et nacrées dans la teigne tonsurante, un léger duvet blanchâtre ou grisâtre dans la pelade. Tantôt le champignon est seul, tantôt il se trouve mêlé à des débris épidermiques, à de la matière pygmentaire,.. En même temps se manifestent d'autres éruptions symptomatiques, ordinairement accompagnées de prurit et de cuisson; elles dépendent d'une atération plus profonde de la peau, aussi disparaissent-elles moins rapidement que les éruptions primitives. Alors aussi on observe une altération plus avancée des poils, qui non-seulement sont friables, lanugineux, tortillés, d'une couleur différente, mais encore tombent ou se brisent à la surface de la peau, selon l'espèce de teigne. Il y a donc à la deuxième période des teignes (teigne tonsurante exceptée) une calvitie qu'il ne faut pas confondre avec la calvitie qui survient quelquefois à une période plus avancée ; car celle-ci est permanente, et celle-là temporaire.

3° *Période de déclin.* Cette période est caractérisée, nous venons de le dire, par une calvitie définitive, résultant ordinairement de la destruction de la papille pileuse et de l'oblitération du canal pilifère. Souvent alors on voit le champignon disparaître avec les éruptions symptomatiques, et le malade se trouve guéri.

Le tableau que nous venons de tracer à grands traits varie dans les détails, suivant chaque espèce de teigne, et aussi suivant les variétés de forme et de siége.

Durée. — Quelle est la durée des affections de la peau auxquelles j'ai donné le nom de teigne? Elle est très-variable et l'on ne peut la préciser d'avance quand la maladie n'est pas attaquée par des moyens convenables. Cependant on peut dire que, abandonnées aux seules ressources de la nature, ces affections ont une durée ordinairement fort longue et souvent même indéfinie, et vous savez vous-mêmes combien sont communes à notre consultation des vendredis les vieilles teignes de vingt ou trente ans!....

Terminaison. — Trois modes de terminaison sont possibles; ce sont : la guérison spontanée sans calvitie; la guérison avec calvitie définitive; enfin la mort.

Je ne ferai que mentionner, comme souvenir d'un passé qui n'est pas encore loin de nous, la terminaison par la mort. Elle a été observée plusieurs fois dans cet hôpital, chez des malades atteints de favus, précédés des symptômes de plus en plus graves de la cachexie parasitaire. Aujourd'hui nous sommes loin de craindre cette terminaison funeste pour nos teigneux.

La guérison spontanée sans calvitie, produite par la mort du végétal parasite, et dont on a fait si grand bruit à nos dépens, est une terminaison possible, au moins extrêmement rare de la teigne. Je vous en ai fait comprendre la possibilité en vous parlant des conditions nécessaires à la vie des parasites. Elle survient sous l'influence de causes que nous ne connaissons pas.

La guérison avec calvitie permanente est incomparablement la plus fréquente des trois terminaisons que nous avons admises; elle offre donc plus d'intérêt que les précédentes et mérite d'être

---

créer; d'autre part, il suppose encore que l'on connaît *toutes* les raisons des choses! car il ne faut pas moins que cela pour affirmer qu'il n'y a pas *raison suffisante*, puisque si l'on ignore une *seule raison*, on ne sait si elle n'est pas précisément celle qui *suffit pour que la chose soit* de telle manière plutôt que de telle autre. Le fameux axiome leibnitzien est donc à l'usage seulement d'un être qui n'ignorerait rien! Je le laisse à qui le voudra prendre.

Ainsi, d'un côté, la métaphysique ne peut échapper, à son point de départ, — aux innéités; et de l'autre, ces premières données ne peuvent entraîner la conviction ni spontanée, ni réfléchie; elles sont d'origine obscure, inconnue, d'exactitude douteuse, indémontrable. Descartes lui-même nous oblige au scepticisme! ce serait assez, sans doute, pour faire rejeter, soit comme méthode, soit comme science, la métaphysique sapée dans sa base. Mais nous allons plus loin. Cette base chancelante acceptée, nous disons que la métaphysique n'y peut rien bâtir, car elle ne saurait le faire que par la méthode Cartésienne, par la déduction mathématique (l'induction ne pouvant *s'établir et se confirmer* que par l'observation et l'expérience); or, la déduction mathématique n'est légitime, nous l'avons montré (IV), qu'à la condition expresse que les notions qu'on y introduit *sont parfaitement connues, exactement définies et déterminées*, ainsi que se présentent le point, la droite, le plan, etc.; or, les notions de la métaphysique, l'âme immatérielle, la matière, l'idée, l'atome, etc., jouissent-elles de cette propriété? Personne ne le croira.

Ainsi, rien de légitime dans la spéculation métaphysique, ni son point de départ, ni sa méthode. Elle parodie en vain les sciences mathématiques; elle ne peut ni s'inspirer de l'observation, et encore moins se vérifier par elle. Cette double impossibilité la condamne pour nous à une irrémédiable impuissance. *Sachons donc ignorer* ce que nous ne pouvons pas savoir; laissons à l'avenir des siècles le soin de poser en leur temps ces obscurs problèmes de nature, de cause première intime, d'origine et de fin en ce qui touche l'esprit, les forces et la matière, les idées et Dieu.

D'où viens-je? où vais-je?.... questions indiscrètes où s'abîme la raison, où elle va souvent jusqu'à la folie ou à la foi, toujours jusqu'à la confusion des idées et des termes. Il a été donné à la métaphysique de réaliser la légende prophétique de la tour de Babel; elle en est la vivante image. C'est bien là ce monument de l'orgueil qui devait s'élever jusqu'aux régions éthérées; mais en quittant la terre, les audacieux ont été tellement troublés dans leur raison et dans leur langage, qu'avant d'avoir été, l'ambitieux monument n'était déjà qu'une immense ruine.

D[r] BERTILLON,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

(*La suite à un prochain numéro.*)

étudiée avec plus de soins. — La teigne faveuse et la teigne décalvante sont ordinairement suivies de la perte des cheveux, après une durée plus ou moins longue et variable d'ailleurs pour l'une et l'autre; tous les auteurs en conviennent avec nous. — Dans la teigne tonsurante, la calvitie est plus rarement observée, et la maladie dure deux ans et plus qu'aucun poil n'est encore détruit sans espoir de retour. Ce n'est que plus tard, quand nous traiterons en particulier de la teigne tonsurante, que vous comprendrez bien l'explication de ce fait; et nos détracteurs ne manquent pas d'en exagérer l'importance pour repousser tout rapprochement entre des affections si dissemblables (disent-ils), dont les unes sont très-rarement et les autres presque toujours suivies de la perte de la chevelure.

J'accorde volontiers, car c'est la vérité, que la teigne tonsurante se termine moins souvent que le favus et la pelade ophiarique par une calvitie définitive? mais les exemples de cette terminaison ne sont pas assez rares, surtout quand la teigne tonsurante siége à la face, pour qu'il soit permis de les nier. Généralement on considère comme guéris les malades chez lesquels on a vu disparaître, après un traitement antiphlogistique, les éruptions inflammatoires symptomatiques de la présence du tricophyton sur les poils; mais, vous le savez, le champignon demeure sur la racine et dans le follicule, lors même qu'on a joint aux émollients les divers parasiticides; et il ne tarde pas à manifester sa présence par d'autres éruptions. D'autres fois, à une période plus avancée de la maladie, le cryptogame peut être détruit, non par les traitements mis en usage, mais par le pus sécrété en plus grande abondance; et cependant la maladie ne guérit pas, l'inflammation se perpétue, entretenue par les poils altérés qui, au centre des follicules malades, jouent en quelque sorte le rôle de corps étrangers. Quoiqu'il en soit, l'affection change d'aspect, et lorsque, au bout d'un certain temps, quatre ou cinq ans, par exemple, la chute des poils arrive, la calvitie est rapportée (sans doute par ignorance plutôt que par mauvaise foi) à la dartre, à la scrofule..., et non au parasite. A l'appui de ce que j'avance, je pourrais vous raconter l'histoire du nommé Barbier, que nous avons guéri d'une teigne tonsurante invétérée et qui avait été pendant plusieurs années considéré comme dartreux par un habile professeur de la Faculté; vous trouverez cette observation dans ma brochure sur la mentagre et les teignes de la face.

Peut-être les différences de calvitie dans les diverses espèces de teignes s'expliquent-elles quelquefois et jusqu'à un certain point, par l'épaisseur du champignon qui appartient à chacune d'elles. Nous verrons en effet que la pression mécanique exercée par le parasite joue avec l'inflammation un certain rôle dans la production de la calvitie; et il suffit de comparer les croûtes épaisses du favus aux minces lamelles de la teigne tonsurante pour être convaincu que, dans les deux cas, la papille pileuse et le conduit pilifère sont soumis à des forces de pression très-différentes. Gardons-nous cependant de faire une part trop large aux causes purement mécaniques dont on conçoit si aisément l'action quand on compare le favus et la teigne tonsurante. Mettons, au lieu du favus, la pelade en regard de cette dernière; aussitôt notre explication est en défaut et nous sommes obligés d'admettre que d'autres causes plus puissantes concourent à la production de la calvitie.

Comment donc arrive la calvitie définitive dans les teignes? — De deux manières différentes. — Le plus souvent il y a oblitération du canal pilifère, oblitération produite soit par la pression de la matière parasitaire, soit par l'inflammation du follicule pileux (peut-être même un certain degré d'inflammation est-il toujours nécessaire). En même temps que le conduit s'oblitère, la papille pileuse s'atrophie de plus en plus et finit par être détruite. D'autres fois (ce phénomène avait échappé à l'attention des observateurs), il n'y a ni oblitération du canal, ni atrophie de la papille; mais cette papille a subi une altération spéciale suite de laquelle elle ne produit plus que de l'épiderme, au lieu de sécréter le pigment nécessaire à la formation du poil. Le premier, je crois, j'ai fait connaître cette cause de calvitie.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — L'étiologie comprend les causes prédisposantes avec la prédisposition et les causes déterminantes.

Les causes prédisposantes doivent être rapportées à trois sortes d'influences: physiologiques, hygiéniques, et pathologiques.

1° *Influences physiologiques.* Les teignes sont plus fréquentes dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie. La région qu'elles occupent varie avec l'âge des malades; ainsi la teigne tonsurante a pour siége de prédilection le cuir chevelu chez les enfants, et à un âge plus avancé chez l'adolescent ou chez l'homme adulte elle affecte plus souvent la face, le cou, les parties sexuelles. Les sujets du sexe masculin sont plus exposés que ceux de l'autre sexe à contracter la maladie; les garçons teigneux sont toujours ici plus nombreux que les jeunes filles; et les différences d'habitudes fournissent peut-être de ce fait une explication naturelle et très-simple. Les garçons se livrent à des jeux plus animés, ils luttent corps à corps, prennent les casquettes ou les bonnets les uns des autres... En un mot, les rapports médiats ou immédiats sont chez eux incontestablement plus fréquents que chez les filles; aussi la contagion a t-elle lieu plus souvent. Les tempéraments lymphatiques, bilieux... prédisposent-ils à la teigne, comme le disent quelques auteurs? — Je ne le pense pas, bien que je suis convaincu de l'influence du tempérament sur l'espèce d'éruption que provoquent les parasites, quant à la constitution on a singulièrement exagéré son importance; et, si quelques-uns de nos teigneux sont pâles, maigres, chétifs, vous pouvez aisément constater que plus des deux tiers sont forts et robustes, d'une excellente constitution. Je viens d'apprendre ce matin même, en arrivant à l'hôpital, que dans un village des environs de Paris, à Fontenay-aux-Roses, la plupart des habitants étaient affectés de teigne tonsurante; on aurait, je crois, dans ce cas particulier, quelque peine à admettre que la faiblesse de la constitution a peu favoriser le développement de la maladie!

2° *Influences hygiéniques.* Parmi les causes de cette nature, l'habitation, le climat, les saisons... n'ont qu'une importance très-secondaire. Il n'en est pas de même des soins de toilette; tout le monde sait ici que le meilleur moyen de se mettre à l'abri de la teigne dans un foyer de contagion, c'est de ne négliger aucun soin de propreté; et la raison en est si simple, que je ne saurais, sans vous faire injure, insister davantage sur ce point. Permettez-moi seulement de vous dire que, selon toute apparence c'est à des habitudes de malpropreté que sont dues les teignes endémiques et celles que l'on a bien à tort, appelées héréditaires.

Les conditions sociales méritent aussi d'être mentionnées parmi les causes prédisposantes. Dès le début de mes recherches sur les teignes j'avais observé que certaines espèces affectaient de préférence les classes pauvres, et d'autres la classe aisée, l'expérience de quelques années n'a fait que me confirmer dans cette opinion. Le favus est plutôt la teigne des pauvres, tandis que les teignes tonsurantes et pelade se rencontrent plus fréquemment chez les riches. Mais cette action prédisposante des conditions sociales ne doit-elle pas être rapprochée des influences pathologiques? La scrofule, en effet, prédispose au favus, et le syphilis à la teigne tonsurante et à la pelade, aussi peut on dire que la syphilis, la teigne tonsurante et la pelade sont des maladies des classes aisées; et la scrofule, avec le favus, le triste apanage des pauvres, mais que d'exceptions dans ces diverses rapprochements!!!

3° *Influences pathologiques.* Je n'ajouterai rien aux considérations qui terminent le dernier paragraphe, et qui auraient peut-être trouvé dans celui-ci une place plus naturelle. Il me suffit de vous avoir signalé la coexistence fréquente de la scrofule et du favus d'une part, et d'autre part, de la syphilis et des teignes tonsurantes et pelade.

Quant à la prédisposition, je vous en ai déjà parlé assez longuement dans les leçons précédentes; et maintenant aucun de

vous n'ignore qu'indépendamment de toutes les causes qui viennent d'être énumérés, certaines conditions organiques, inconnues dans leur essence, sont nécessaires pour que les cryptogames se développent et produisent une affection cutanée.

Causes déterminantes. Il n'y a qu'une cause déterminante de la teigne, c'est le végétal parasite. Comment se transmet-il? Sans aucun doute, par contagion, mais comment la contagion peut-elle s'opérer? De quatre manières différentes : 1° par l'air; 2° par le contact médiat; 3° par le contact immédiat; 4° enfin par l'inoculation.

C'est contre le premier mode de contagion admis par nous (contagion par l'air), qu'on s'élève avec le plus de force, c'est alors qu'on croit si volontiers au développement spontané de la maladie. Est-il donc si absurde ou si difficile d'admettre qu'une de ces nombreuses spores d'une ténuité extrême qui recouvrent la tête d'un teigneux, puisse être emportée par un léger mouvement dans l'air et déposée sur la tête d'un frère ou d'un camarade?? Mais, nous dira-t-on, s'il est vrai que la contagion puisse s'opérer et s'opère souvent de cette manière, comment se fait-il que les médecins, les élèves, les infirmiers, les malades qui s'y exposent tous les jours, soient si rarement affectés de teigne? Apparemment ceux qui nous adressent de semblables objections n'ont jamais interrogé à cet égard ni examiné nos malades, car ils auraient appris, de manière à n'en pouvoir douter, que la teigne, la teigne tonsurante surtout, se gagne assez souvent dans nos salles. Et sans aller plus loin, voyez nos infirmiers épileurs qui portent en permanence sur le dos des mains un ou plusieurs cercles herpétiques (première période de teigne tonsurante); il est vrai que chez eux la contagion a pu s'opérer par le contact immédiat plutôt que par l'air. On oublie aussi, ou plutôt on ignore qu'il faut pour contracter la teigne, certaines conditions de terrains et une aptitude de l'organisme. Presque toujours on peut remonter à la source de la contagion dans les pensionnats, dans les familles.... J'allais omettre la boutique du barbier où un même rasoir fait souvent tant de victimes!! Mais puisque l'on ne croit plus aujourd'hui aux générations spontanées, et que la teigne dépend toujours de la présence sur les poils d'un végétal parasite, n'est-il pas évident qu'il faut de toute nécessité admettre la contagion dans la production de ces affections de la peau? A proprement parler il n'existe pas pour chaque espèce de teigne un mode particulier de transmission de la maladie; cependant il est d'observation que la teigne faveuse, la teigne tonsurante du cuir chevelu et la teigne pelade se communiquent ordinairement par le contact médiat (bonnet, peigne; serviette ou tout autre objet de toilette...), tandis que la teigne tonsurante de la face se transmet le plus souvent par inoculation (Rasoir du barbier).

Nous avons fait ici avec M. Deffis sur les teignes faveuses et tonsurantes, de nombreux essais d'inoculation. Je vous l'ai déjà dit, nous ne savions pas à cette époque qu'il y eût dans la pelade une manifestation extérieure de champignon; ce sont donc pour cette teigne des expériences à reprendre. L'inoculation réussit toujours. Après avoir introduit du favus dans la couche la plus superficielle de la peau avec la pointe d'une lancette, nous avons toujours vu l'achorion germer. Mais neuf fois sur dix c'est du favus épidermique qui se développe (vous en comprendrez la raison quand nous étudierons la teigne faveuse); dans un seul cas, sur un des infirmiers du service, nous avons obtenu un petit godet très-bien formé, offrant un poil à son centre comme tous les godets faviques. Le plus souvent, le champignon inoculé meurt et disparaît après une courte durée, mais quelquefois aussi il peut se développer, et il faut que l'art intervienne pour arrêter les progrès du mal. L'avortement du cryptogame dépend sans doute de certaines conditions locales, du défaut d'aptitude ou des deux causes internes et externes réunies. Des considérations qui précèdent, il résulte que le favus et la teigne tonsurante toujours inoculables comme affections, ne peuvent l'être comme maladies que dans des conditions de l'organisme que le mot aptitude résume très-bien.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 août 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Eaux minérales. — Demande d'avis de M. le Ministre de l'agriculture et du commerce, sur l'exploitation d'une source d'eaux minérales, dite source *Volot*, située sur le territoire de la commune de Fontaine-Bonneleau (Oise). (Commission des Eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Élections. — Deux lettres dans lesquelles MM. Bonnet et Sédillot remercient l'Académie de leur nomination au titre de membres associés nationaux.

— Lettre de M. le docteur Landouzy (de Reims), membre correspondant, contenant la liste de ses titres à l'appui de sa candidature aux places de membre associé national dans la section de médecine.

Choléra. — Note de M. Mathieu, sur un nouveau traitement qui a réussi dans quatre cas de choléra sporadique à l'hospice civil de la Charité (Nièvre). (Commission du choléra de 1854).

Injections iodées. — Mémoire sur les injections d'iode combinées aux ponctions préalables, dans le traitement des kystes volumineux, des glandes collectives purulentes et hématiques, des hydropisies articulaires étendues, etc., par M. Bourguet, chirurgien en chef de l'hospice d'Aix. (Comm. : MM. Velpeau et Longet.)

Amylène. — Lettre de M. Giraldès en réponse au rapport de M. Jobert (de Lamballe), dans laquelle il tient à constater qu'il n'a point dit que l'amylène était en tout cas préférable au chloroforme; il ne l'a préconisé que pour les opérations pratiquées sur les *enfants en très-bas-âge.*

M. le Président annonce à l'Académie que MM. Weiss (de Saint-Pétersbourg), Neumann (de Bonn) et Ehrenberg (de Berlin), membre correspondant, assistent à la séance.

LECTURES ET RAPPORTS.

Croup. — M. Trousseau lit, en son nom et en celui de M. Blache, un rapport sur un mémoire de M. Loiseau, médecin à Montmartre, et intitulé : *Procédé simple et facile à l'aide duquel on pénètre dans les voies aériennes pour les cautériser, en extraire les fausses membranes, dilater la glotte, y introduire toutes les substances liquides ou pulvérulentes qui servent au traitement du croup, afin de suppléer à la trachéotomie lorsqu'elle n'est pas acceptée.*

Quand la trachéotomie est impossible ou qu'elle n'est pas acceptée par les parents, M. Loiseau propose de porter, par son procédé, dans le larynx et même dans la trachée-artère, des topiques efficaces contre la diphtérite. Il veut faire, en un mot, pour le larynx et la trachée, ce que, depuis longtemps, les chirurgiens font pour le pharynx.

Il y a plusieurs années déjà, on le sait, que le docteur Green (de New-York) a proposé de pénétrer dans le larynx à l'aide d'une baleine recourbée, armée d'une éponge à son extrémité antérieure, et cela dans l'intention de modifier les surfaces malades au cas de laryngite chronique. Mais cette opération extrêmement difficile sur le cadavre, l'est infiniment plus sur le vivant : on pénétrait dans le pharynx et non pas dans les voies aériennes. C'est alors qu'il eut l'idée d'inventer un merveilleux instrument, l'abaisse-langue, au moyen duquel il déprimait fortement la base de la langue et, par suite, de l'épiglotte. Cependant, une fois sur quatre encore, et sur le cadavre, on n'arrive pas dans les voies de l'air, par le procédé de M. Green.

En est-il ainsi dans le procédé de M. Loiseau? Il faut ici deux aides et deux instruments. Ces instruments sont : un tube laryngien indispensable, et un anneau métallique, destiné à recouvrir la première phalange de l'indicateur de la main gauche. On va en comprendre l'utilité.

L'enfant est maintenu par un aide, tandis qu'un autre fixe fortement la tête de cet enfant sur l'épaule du premier aide. C'est alors que l'opérateur introduit, dans la bouche de l'enfant, son indicateur gauche, armé de l'anneau métallique dont il vient d'être question, et sur lequel viennent s'épuiser les efforts de morsure auxquels se livre le petit patient. Le chirurgien peut donc, en toute sécurité, glisser sur son indicateur le tube laryngien, qui pénètre facilement ainsi dans la

glotte. Cela finit, on introduit, non moins facilement, soit une baleine armée d'une éponge, soit une sonde, au moyen desquelles on promène des substances caustiques sur les surfaces malades. Ce tube laryngien de M. Loiseau participe donc à la fois du tube de Chaussier et de la sonde de Bellocq.

On peut encore, à l'aide du procédé de M. Loiseau, introduire dans le larynx des pinces recourbées et extraire ainsi des corps étrangers, des pièces de monnaie, etc. M. Trousseau a été témoin d'une opération de cette nature qui l'a émerveillé.

Que si maintenant on voulait soulever une question de priorité, ce serait à Dieffenbach qu'il faudrait reporter l'honneur de l'invention de l'anneau métallique. En effet, le 13 mai 1839, à l'hôpital de la Charité de Berlin, le célèbre chirurgien procédait ainsi dans un cas de croup. Il entoura son index d'un tube de fer-blanc; puis de son index armé de la sorte, il abaissa l'épiglotte et cautérisa le larynx avec une sonde recourbée dans laquelle jouait une autre sonde armée de nitrate d'argent. Seulement cette opération, M. Trousseau en doit la communication à un médecin allemand qui l'a recueillie dans ses notes d'étudiant; et l'observation n'a été publiée que dans un obscur journal allemand.

Dans son travail, M. Loiseau relate vingt-six cas d'angine diphthérique, dont douze se sont terminés par guérison, ce qui est un beau résultat. Dans la treizième observation, les fausses membranes de la trachée présentaient une atténuation remarquable et une modification telle, que leur propagation ultérieure semblait désormais impossible. Cependant, le procédé opératoire de M. Loiseau ne remplacera pas la trachéotomie, avec laquelle la guérison est plus rapide. Et, d'ailleurs, le contact du tube est fort pénible pour le larynx.

M. Loiseau, dans une deuxième partie de son travail, préconise le tannin contre l'angine couenneuse; et il a souvent, avec succès, employé cette substance dans sa pratique. Il est vrai qu'on pourrait se demander si M. Loiseau n'a pas parfois confondu l'angine couenneuse commune avec l'angine diphthéritique. En tout cas, sa méthode ne serait point nouvelle encore. Arétée (*De curatione morborum*), parlant des ulcères égyptiaques ou syriaques, qui ne sont autres que l'angine diphthéritique, conseille de les traiter par le miel aluné et la solution de noix de galle.

Enfin, il est une troisième partie du travail de M. Loiseau où il propose une espèce de tubage du larynx, au moyen d'un tube en spirale qui s'adapte facilement à cet organe, en le dilatant. Ce procédé, qui rappelle un procédé de M. Reybard, est facile sur le cadavre, mais n'a point été pratiqué sur le vivant.

Votre Commission, dit le rapporteur en terminant, a l'honneur de vous proposer de voter des remercîments à M. Loiseau, à propos de son ingénieux procédé, et de renvoyer son travail au Comité de publication.

M. Depaul. Il y a dans le rapport de M. Trousseau deux parties bien distinctes : 1° la description d'un nouveau procédé opératoire ; 2° l'exposition d'une méthode thérapeutique du croup.

Or, ce procédé prétendu nouveau, M. Depaul l'a décrit il y a quelques quinze ans, et M. Trousseau aurait pu en lire les détails dans le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne, puis dans le *Manuel de médecine opératoire* du même auteur.

Afin, sans doute, de rehausser la valeur du procédé opératoire dont il s'est fait ici l'historien, M. Trousseau a exalté les difficultés du cathétérisme du larynx. Il est certain qu'autrefois, dans le cas d'asphyxie des nouveau-nés, on rejetait formellement l'introduction dans le larynx des instruments destinés à pratiquer l'insufflation. C'est alors que M. Depaul démontra qu'on pouvait arriver, et arriver facilement, dans les voies aériennes des nouveau-nés. Si donc le procédé de cathétérisme de M. Loiseau a quelque valeur, ainsi que vient de le dire M. Trousseau, le mérite n'en est pas à M. Loiseau, mais à celui qui l'a rigoureusement décrit il y a quinze ans.

Maintenant, l'anneau de M. Loiseau est-il donc si utile? N'a-t-on point la ressource du bouchon, du coin placé entre les dents? Et d'ailleurs, un linge enroulé autour du doigt ne suffit-il pas à le protéger?

Quant au procédé opératoire dirigé contre le croup, M. Trousseau, qui le vante également, en trouve tout simples les divers temps. Ainsi, l'on introduit un tube, puis un autre instrument qui ramone le canal aérien, etc. Mais ce tube, il faut le retirer, et alors la muqueuse laryngienne, que l'on a ainsi irritée, pourra se boursoufler en liberté et diminuer d'autant le calibre des voies de l'air; de sorte que la mort par asphyxie sera la conséquence presque nécessaire de l'opération.

Ce procédé est inutile quand les fausses membranes se sont propagées aux parties inférieures des voies aériennes; et d'ailleurs, quand le larynx seul est malade, la trachéotomie est évidemment préférable.

M. Depaul ne comprend donc pas les conclusions du rapport concernant le procédé de M. Loiseau.

M. Trousseau sait bien qu'autrefois chacun portait dans sa trousse une sonde de Chaussier, pour s'en servir au cas où un enfant asphyxierait. Il n'y a rien là de nouveau ; ni M. Loiseau, ni M. Trousseau ne l'ont dit.

Quant à l'introduction du doigt, si facile chez le nouveau-né, elle est très-difficile au contraire chez l'enfant de 3 à 4 ans, et surtout très-périlleuse pour l'opérateur, qui peut cruellement souffrir des morsures de l'enfant. On voit souvent celui-ci couper le bouchon intercalé entre ses dents ; et d'ailleurs chacun sait quelle gêne entraîne pour l'opérateur la présence de ce corps étranger.

Ce serait en vain qu'on envelopperait son doigt de plusieurs couches de linge, la pression des dents serait encore très-douloureuse ; l'anneau métallique, protecteur efficace, est donc un ingénieux instrument, qu'il soit d'ailleurs de Dieffenbach ou de M. Loiseau.

Si M. Trousseau a *exalté* les difficultés du cathétérisme laryngien, ce n'est pas chez les nouveau-nés, mais chez les enfants et les adultes. Dans ce dernier cas, la virole métallique et l'abaisseur de la langue sont absolument nécessaires, de sorte qu'il le répète, un procédé qui permet d'arriver facilement aux replis aryténo-épiglottiques est utile et ingénieux.

Est-il réellement dangereux; en ce qu'il augmente la tuméfaction de la muqueuse laryngienne? Il faut bien considérer que ce n'est pas sur cette muqueuse, mais sur une stratification de fausses membranes que l'on agit. Celles-ci sont seules modifiées ; elles ne se reproduisent pas après leur ablation, de sorte que leur disparition compenserait amplement la faible tuméfaction de la muqueuse si elle se produisait.

Or, les topiques employés ont une action surtout astrictive; ce n'est que plus tard qu'elle est légèrement congestive. M. Trousseau n'accepte donc pas la qualification de périlleux qu'on voudrait imposer au procédé de M. Loiseau.

Que si, pour un moment, on veut bien déplacer la question en la changeant de milieu, on verra que ce procédé peut être très-utile dans les pays où, comme en Angleterre, on rejette presque absolument la trachéotomie. Il est vrai qu'en Angleterre le croup est plus rare qu'en France, mais en tout cas, les Anglais ne veulent pas trachéotomiser. Or, si par le procédé de M. Loiseau on peut remplacer cette opération, dans les cas de croup très-graves; on aura rendu service aux malades et bien mérité de l'humanité. Et en effet, ce procédé, moins effrayant que la trachéotomie, sera facilement accepté des praticiens et des familles.

Dans ce procédé, tout, il est vrai, n'est pas nouveau, puisque Green avait déjà publié son travail sur la cautérisation du larynx dans l'inflammation chronique de cet organe. Mais il est utile et mérite une sérieuse considération.

M. Depaul. Il semble que M. Trousseau oublie ce que contient son propre rapport. Il y dit que le procédé de Green est très-difficile, sinon impraticable ; et voici que le procédé de M. Loiseau, qui a tant d'affinité avec celui de Green, est un procédé très-facile. Qu'il veuille donc relire la description qu'il en a donnée,

En résumé, tout a été dit sur l'abaissement de la base de la langue; le cathétérisme du larynx n'est pas difficile, et le procédé de M. Loiseau n'est pas nouveau.

M. Trousseau maintient que si rien n'est plus facile, en effet, que le cathétérisme du larynx chez les nouveau-nés, rien n'est plus difficile que cette opération chez l'adulte.

M. Piorry fait observer que trop souvent peut-être on a exalté la trachéotomie dans les affections chroniques du larynx; celui-ci étant le plus habituellement affecté d'une manière secondaire. Ainsi, dans la phthisie laryngée, on méconnaît ordinairement la tuberculisation pulmonaire, parce qu'on omet l'emploi des procédés exacts de diagnostic.

M. Piorry (qui est loin d'être hostile à la trachéotomie, puisqu'il lui a dû de prolonger, pendant quelques heures au moins, la vie d'un malheureux atteint de variole), reconnaît que le procédé de M. Loiseau peut être fort utile alors qu'on ne peut pas trachéotomiser. Il ne faut pas oublier, en effet, que les mucosités du larynx sont une cause fréquente d'asphyxie ou d'hypoxhémie, et qu'alors le tube de M. Loiseau est capable de rendre de grands services.

M. Trousseau rappelle qu'il a parlé du croup et non de la phthisie laryngée.

Tout le monde sait, depuis les beaux travaux de M. Louis, que la

laryngite chronique ulcéreuse se complique habituellement de tubercules. Personne ne préconise la trachéotomie dans ce cas, si ce n'est *in extremis*, car alors le médecin n'a pas le droit de refuser au malade qui lui demande à vivre, de prolonger ses jours pendant un an, six mois, un mois même; pas plus qu'il ne l'a en face d'une métrorrhagie dans le cas de cancer utérin.

Un malheureux malade est sur le point de périr étranglé par son affection chronique du larynx, la trachéotomie peut prolonger sa vie, il doit la pratiquer.

Pour ce qui est des mucosités, ou, comme le dit M. Piorry, de l'écume bronchique, elles sont rares dans les cas de croup.

M. Velpeau a besoin de discuter un fait de propriété scientifique et un fait d'application pratique. Il espère, ce qui n'est pas toujours facile, mettre d'accord tout le monde et la vérité.

Y a-t-il, en réalité, quelque chose de neuf dans le procédé de M. Loiseau? Qu'on examine. D'abord le tube laryngien appartient à Chaussier; l'anneau est de Dieffenbach; et le procédé tout entier est de M. Depaul.

D'un autre côté, voici que Green avait, lui aussi, voulu cautériser. Que reste-t-il donc à M. Loiseau?

Tout est, dit-on, dans le fait pratique. Or, si l'on veut faire à M. Loiseau sa part, il résultera de la discussion qui s'élève, qu'il est possible — chose connue d'ailleurs — de guérir le croup sans pratiquer la trachéotomie, et en portant des topiques dans le larynx par un procédé peu connu. C'est là le seul mérite qui lui revienne.

M. Trousseau. M. Velpeau est de sa nature un peu démolisseur : il fait semblant d'accorder beaucoup, puis, peu à peu, en réalité, il ôte tout.

Or, M. Velpeau, malgré son immense érudition, ne savait pas que Dieffenbach avait inventé certain anneau. M. Loiseau, modeste praticien, le savait encore moins; car on ne supposera pas qu'il connaissait l'observation publiée en allemand, lui qui ne connaît certainement pas cette langue. M. Loiseau a donc imaginé tout seul son procédé.

En vérité, il faut s'élever contre cette fâcheuse tendance à enlever à un inventeur le mérite de la chose trouvée, parce que, à une époque plus ou moins éloignée, quelqu'un avait entrevu une partie de ce que tel autre a plus tard réellement découvert. N'avait-on pas déjà signalé vaguement il y a une cinquantaine d'années la coïncidence des affections organiques du cœur et du rhumatisme? Cependant la constatation irréfragable de cette loi pathologique n'en appartient-elle pas moins à M. Bouillaud d'une manière incontestable? N'est-ce point la même chose pour la découverte de Bright?

Celui qui fait connaître une chose a rendu un grand service; mais celui qui vulgarise cette chose a rendu un service plus grand encore.

M. Velpeau. Il y a ici une question de dignité professionnelle. On m'a qualifié de démolisseur, mais je pourrais retourner l'argument. Quel est donc le démolisseur de celui qui laisse froidement enlever à un inventeur le mérite de son invention, ou de celui qui s'efforce de le lui conserver et qui proteste contre le rapt?

Il faut faire la part à chacun, et rapporter l'invention à celui qui a trouvé le premier : celui qui applique a un mérite, celui qui vulgarise en a un autre.

Si M. Velpeau voulait citer un exemple, il pourrait parler de son ophthalmostat, inventé par lui il y a quinze ou vingt ans, et qui est depuis resté chez Charrière. Qu'un oculiste vienne à le voir et l'invente après cela de nouveau; à qui l'honneur, si honneur il y a?

En résumé, l'anneau de Dieffenbach existait; M. Loiseau n'a donc pas le mérite de l'invention. Il reste d'ailleurs à discuter si c'est une bonne chose. D'autre part, le procédé est de M. Depaul. M. Loiseau a donc seulement éveillé l'attention sur le cathétérisme du larynx.

Maintenant, la trachéotomie est bonne tant que la maladie est localisée au larynx; car il y a des chances alors de l'arrêter par la cautérisation. Il est certain aussi que cette cautérisation sans trachéotomie serait préférable; et il résulte de toute la discussion qu'il n'est pas difficile d'arriver dans le larynx.

C'est là ce qui fera le mérite de M. Loiseau; en le lui accordant, je prouve assez, je l'espère, que je ne suis pas un démolisseur.

A la suite de cette discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

RAPPORT.

Opération césarienne. — M. Depaul lit, en son nom et au nom de MM. P. Dubois et Gimelle, un rapport sur une opération césarienne, pratiquée à la Maternité de Tulle par le docteur Pauquinot (observation rédigée par M. le docteur Borie).

Après avoir analysé cette observation, M. Depaul termine en ces termes :

« En vous rendant compte de ce fait intéressant, votre Commission n'a pas pensé que le moment fût opportun pour renouveler une discussion dont le souvenir est encore présent à l'esprit de chacun de vous. Un succès de plus n'est pas de nature à changer les termes de la question. Ils restent tels qu'ils étaient il y a quelques années; car à côté d'un succès nouveau, il me serait facile de grouper plusieurs cas de mort, et de vous montrer que des arguments puissants militent encore en faveur de l'avortement provoqué ou de l'embryotomie dans certains cas déterminés.

« Quoi qu'il en soit, l'observation que je viens de vous faire connaître offre un véritable intérêt; elle a été recueillie avec soin par M. le docteur Borie, mais il est juste que l'approbation que mérite cette communication se rapporte aussi sur M. Pauquinot, qui a pratiqué l'opération, et sur MM. les docteurs Venvejoul et Duval, qui l'ont aidé de leurs conseils; en conséquence, votre Commission propose : 1° d'adresser une lettre de remercîments à ces quatre confrères; 2° de renvoyer leur observation au Comité de publication. »

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

COMMUNICATION.

Tératologie. — M. Depaul rappelle que, dans la séance du 10 février de cette année, M. Simonot a présenté un fœtus acéphale du sexe féminin, produit d'une grossesse gémellaire. La mère est une femme de 24 ans, mariée depuis un an, d'une conformation et d'une constitution satisfaisantes, accouchée au septième mois, sans motifs appréciables, d'un enfant du sexe féminin, très-chétif, mais vivant et bien conformé, et du petit monstre qui fait l'objet de cette observation.

M. Depaul vient aujourd'hui, en son nom et en celui de M. Simonot, compléter ce fait intéressant, en faisant connaître à l'Académie les particularités anatomiques qu'une dissection attentive leur a permis de constater. Il en résulte qu'en prenant pour guide la classification de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, ce monstre appartient à la famille des acéphaliens, et doit être rangé dans la classe des péracéphales.

M. Desportes voudrait savoir s'il n'y avait, dans ce fœtus acéphale, aucun vestige de pneumo-gastrique, et si l'on n'y pouvait reconnaître aucun rudiment des vaisseaux qui, normalement, vont se rendre à l'extrémité céphalique.

M. Depaul. Il n'y avait ni pneumo-gastrique, ni vaisseaux céphaliques. C'est même au point de vue des anomalies vasculaires que ce monstre était surtout remarquable. La veine ombilicale se rendait à une grosse veine terminée en ampoule à sa partie supérieure et bifurquée à sa partie inférieure.

M. Moreau fait observer, en confirmation du fait communiqué par M. Depaul, qu'il est habituel de voir, dans le cas d'acéphalie, le monstre acéphale associé, dans un même utérus, à un fœtus bien développé, lequel peut vivre un temps plus ou moins long.

La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Action de l'amylène.

Quoique notre opinion, ainsi que nous le rappelle dans une lettre particulière notre très-honorable correspondant, soit peu favorable à l'amylène, nous n'en donnons pas moins avec empressement asile à la note adressée par M. Giraldès à l'Académie, comme nous donnerons asile aux remarques de M. Snow lui-même, s'il juge à propos de défendre les étranges propositions que nous avons relevées. Ce n'est pas en vain que nous avons résolu d'accorder notre publicité à toute opinion consciencieuse, et sous ce rapport, nul plus que M. Giraldès n'a droit à être accueilli et à se faire entendre. — H. de C.

LETTRE ADRESSÉE PAR M. GIRALDÈS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Monsieur le Président,

Je viens solliciter l'Académie de vouloir bien me permettre de lui

soumettre quelques observations (car je n'ose parler de rectification) au rapport qui lui a été présenté dans la dernière séance par M. Jobert (de Lamballe), sur une note (*Etudes cliniques sur l'amylène*) que j'avais eu l'honneur de lire devant l'Académie.

« Dans sa communication, dit M. le rapporteur, M. Giraldès s'est « proposé de démontrer que l'amylène était moins dangereux que le « chloroforme et devait être employé de préférence ; » mais nous ne trouvons pas qu'il ait donné des raisons suffisantes à l'appui de son opinion (*Gaz. méd.*, samedi 23 août).

Dans ma communication à l'Académie, je me suis proposé, non point, comme le dit M. le rapporteur, de démontrer que l'amylène était moins dangereux que le chloroforme et qu'il devait être employé de préférence, mais bien de montrer, d'après 79 observations, que, chez des enfants en bas âge et dans les conditions que j'ai eu soin de préciser, l'amylène était de beaucoup préférable au chloroforme.

Sans doute, je n'ai pas donné assez de raisons à l'appui de mon opinion ; j'ai fait mieux...., j'ai donné le résumé des 79 observations, dont plusieurs sont des exemples d'anesthésie répétée cinq et six fois chez le même enfant, et cela sans le *moindre accident*.

C'est après avoir, pendant longtemps, constaté les effets quelquefois nuisibles et parfois dangereux du chloroforme chez des enfants ; après avoir essayé dans 79 cas les effets de l'amylène, que j'ai formulé cette conclusion que je me crois en droit de maintenir, à savoir : que dans les conditions indiquées dans ma note, l'amylène est préférable au chloroforme. Au 1er juin de cette année, 100 observations d'anesthésie donnaient pleine confirmation à cette conclusion.

Il est vrai de dire que si on donne l'amylène dans des appareils peu convenables, et si l'on y verse surtout de grandes quantités de cet agent, les conditions de l'expérimentation se trouvent complétement modifiées, et rien d'étrange alors de voir quelquefois des phénomènes graves se produire.

L'Académie me permettra, en terminant cette lettre, de lui rappeler que l'éther, agent beaucoup moins dangereux que le chloroforme, change en noir la coloration du sang chez les individus soumis à une inhalation.

Monsieur le Rédacteur,

Vous qui vous êtes mis à la tête du progrès médical, d'où vient que vous vous êtes laissé dépasser par l'homœopathie? Vous semblez même ignorer complétement les immenses découvertes qu'elle vient de faire. Connaissez-vous seulement la cause *de l'aliénation mentale, de l'apoplexie, de la paralysie, de la surdité, de l'asthme, de la phthysie, de la goutte, du rhumatisme, des scrofules, des flueurs blanches, du relâchement et de l'abaissement de l'utérus, de l'engorgement et de l'ulcération du col, des maladies des reins, de la vessie, du foie, de toutes les maladies des yeux, de la teigne et de toutes les éruptions possibles ?* La connaissez-vous? Non, n'est-ce pas? Eh bien, moi, moi qui ne suis pas encore seulement allopathe et qui, s'il plaît à Dieu, ne le serai jamais, je vais vous l'apprendre. La cause de toutes ces maladies, de toutes, entendez vous bien, c'est la gale. Ah! vous ne vous en doutiez pas ; c'est pourtant bien elle, oui la gale, la gale que nos pères ont gagnée dans les guerres de l'empire, et qui, mal traitée, a passé dans leur sang ; la gale que nous avons tous puisée à cette source impure et qui tôt ou tard nous conduira au tombeau, si nous ne nous en débarrassons au plus vite par un traitement homœopathique, qui nous conduira au tombeau comme elle a fait du grand Napoléon, chez qui elle s'est transformée en une maladie du foie, comme vous savez.

Pour moi, Dieu merci, je n'ai plus rien à craindre de ce côté, car aussitôt que j'ai su que j'avais la gale, je me suis fait traiter homœopatiquement, et mon sang est maintenant pur de ce vice. Mais vous, par votre entêtement à ne pas reconnaître les progrès de la médecine nouvelle, et galeux vous êtes et galeux vous serez, et vos enfants seront galeux comme vous.

Il va sans dire que vous autres, allopathes, vous ne guérissez aucune des maladies que détermine la gale, puisque vous n'en connaissez pas même la cause. Il va sans dire aussi que l'homœopathe, au contraire, en triomphe avec la plus grande facilité. N'est-on pas tenté, en voyant ces grands miracles homœopathiques, de s'écrier avec Hoffmann, dans un saint enthousiasme : « *Qu'il est heureux,* « *le médecin homœopathe pouvant apporter des soulagements à de* « *telles misères !* » et d'ajouter par commisération pour la pauvre vieille tombée : Pauvre Allo, tu pâties bâtée, battue!

Je ne vous conseille pas, vieux sectateur de la pauvre Allo qui pâtit, de parler dorénavant de gale devant des clercs de notaire ou d'avoué, car ces messieurs en savent maintenant plus long que vous là-dessus. M. Hoffmann, par pur amour de la science, leur a fait part de ses découvertes dans un petit opuscule qu'il a eu l'extrême obligeance de leur faire remettre gratis, et dans lequel il y a encore beaucoup d'autres choses nouvelles dont vous ne vous doutez guère.

Vous pouvez imprimer cette lettre, si vous n'avez pas honte de votre ignorance.

Recevez, etc. L. Noel, *étudiant en médecine.*

Errata. — Dans le feuilleton du dernier numéro, il s'est glissé quelques erreurs typographiques dont les deux principales doivent être ainsi corrigées :

Page 813, col. 1, lig. 12, au lieu de : *mon âme* m'était *ravie*, lisez : en était *ravie*.

Même page, même colonne, lig. 19, au lieu de : *alors je* revis, lisez : *alors je* vis.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de W. Remquet et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 104. 5e année. Samedi 29 Août 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : rue Garancière, n. 5.
RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 11 à 3 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 28 août 1857.

Séances de l'Académie des Sciences.

On se figure généralement que l'*anesthésie* ne remonte qu'à une dizaine d'années, et que les seuls anesthésiques sont l'éther, le chloroforme, l'amylène, le sulfure de carbone et autres liquides plus ou moins volatils. Un certain M. Herpin a changé tout cela : l'anesthésie et les anesthésiques remontent pour le moins à la découverte de l'acide carbonique, si ce n'est même à la découverte de l'arsenic (c'est-à-dire de l'acide arsénieux). Voici comme :

M. Doyère a proposé de détruire les insectes qui dévorent le blé en anesthésiant ces petits animaux jusqu'à ce que mort s'en suive ; M. Herpin annonce qu'il avait émis la même idée, dès 1838, en proposant d'*anesthésier* lesdits insectes avec.... l'acide carbonique ! M. Herpin doit être un homme bien gai pour plaisanter ainsi avec l'Académie ; par malheur, l'Académie manque souvent de gaieté, et elle n'en a manifesté aucune en entendant la communication de M. Herpin. Il est vrai que M. de Beaumont a dit cette communication sur un ton tellement confidentiel, que lui seul peut-être a eu l'avantage de l'entendre et de s'entendre.

— Une communication moins joviale, mais à laquelle l'Académie a pourtant pris plus de goût, c'est celle que M. Vulpian lui a faite sur la contractilité de l'allantoïde. Les physiologistes pur sang trouveront à notre compte rendu la note de l'ingénieux et minutieux observateur.

— Les chimistes transcendants suivront avec un vif intérêt la discussion qui s'est élevée entre M. Wurtz, d'une part, MM. Berthelot et de Luca, de l'autre, sur la fabrication *de toutes* pièces de la glycérine. La spécialité de cette discussion ne nous a pas permis de publier dans nos colonnes les éléments du débat. Nous sommes donc obligé de renvoyer aux comptes rendus officiels ceux qui s'intéressent aux questions si palpitantes d'intérêt de la chimie organique actuelle.

— Le peu de place qu'ont occupée dans les trois séances dont nous rendons compte la médecine et la chirurgie, nous permettent de servir à nos lecteurs un petit hors-d'œuvre, en mettant sous leurs yeux une communication

FEUILLETON.

Philosophie médicale

A PROPOS DU SPIRITUALISME DU DOCTEUR PIDOUX.

(Suite. Voir les nos 89, 91, 95, 98, 100 et 103.)

—

OBSCURITÉS ET INUTILITÉ DE LA MÉTAPHYSIQUE.

V. Rejet de la métaphysique. — Conclusion (*suite*).

Rejetons donc bien loin de la science ces cauchemars de l'esprit humain, bons seulement à montrer la violence de sa curiosité et les bornes que lui impose sa nature. Rester soumis à leur influence absorbante, ce serait n'imiter que dans leurs aberrations les puissants esprits qu'ils ont si malheureusement abusés, et se détourner du réel pour courir après des fantômes insaisissables. Dans cette prescription cependant, il ne faut pas comprendre la psychologie proprement dite, qui se compose des *observations* faites sur l'intelligence et ses produits ; elle s'occupe d'analyser et de sérier les opérations de l'esprit ; elle a existé instinctivement dès qu'il y a eu un langage commun, et elle existera tant qu'il y aura un esprit sentant, observant, comparant, réfléchissant, généralisant, un sentiment de l'équité, de l'amour, une volonté, etc. Elle est le premier chapitre naturel de la logique ; car la logique, c'est la connaissance de l'esprit humain, non dans sa nature que nous ne pouvons qu'*imaginer* et pas atteindre, mais dans son activité, dont la conscience (le sens intime) nous donne la notion, et dont les effets nous permettent la vérification. Dans cette acception, et sous cette détermination, nous ne saurions trop applaudir M. le docteur Pidoux de ses vives et courageuses exhortations à la CONNAISSANCE DE SOI-MÊME. Oui, une telle connaissance affranchit.... ; elle affranchit le cœur et l'esprit. La conscience repousserait bien des lâchetés si on les voyait telles qu'elles sont, si une habileté perverse ne les voilait décemment ; l'intelligence éviterait bien des faiblesses, bien des erreurs, si la réflexion et la conscience la fortifiaient, si la connaissance de la méthode la guidait sans l'entraver. Pour montrer à notre savant et honoré confrère avec quel empressement nous entrons dans ses idées quand elles entrent elles-mêmes dans les vrais besoins de la science, nous ferons ressortir, par un éclatant exemple, l'importance de cette étude intérieure et rétroactive, qui est trop méconnue, parce qu'elle est recommandée sous une forme trop abstraite qui en masque la portée, et parce que l'amour-propre, l'ambition, tous les genres d'avidité nous entraînent sans cesse au dehors.

Cet exemple, c'est Descartes lui-même qui nous le fournit. Savez-

d'un arquebusier distingué de Paris, M. Perrin, laquelle intéressera vivement tous les médecins qui consacrent aux plaisirs de Diane (style du premier empire) le peu ou le beaucoup de loisirs que leur laisse leur rude labeur.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. BAZIN.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées parasitaires,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. Voir les nos 83, 87, 94, 95 et 103.)

L'étude des teignes inoculées a jeté quelque lumière sur des points obscurs de leur histoire. C'est en effet par l'inoculation que nous avons pu connaître le siége exact du parasite végétal qui germe, la durée de l'inoculation et le temps nécessaire pour la formation du godet favique. Mais nous reviendrons sur ce sujet en étudiant chaque espèce en particulier, et nous entrerons alors dans tous les détails que comporte ce point intéressant de pathologie.

Disons maintenant comment se comportent les végétaux parasites des teignes relativement à l'épiderme, aux ongles et aux poils.

Le parasite qui vit aux déqens de l'épiderme occupe toujours, nous l'avons dit ailleurs, la couche profonde de cette membrane; il se trouve entre la lame cornée et la lame muqueuse, ou, si l'on aime mieux, entre les cellules pavimenteuses et les cellules à noyaux. Mais, bientôt la couche cornée de l'épiderme cède à la pression du cryptogame qui se montre à nu et sous des formes variables suivant l'espèce de teigne. Ce sont des croûtes jaunes et minces (favus épidermique), des lamelles d'un beau blanc de neige (teigne tonsurante), un duvet grisâtre (pelade).

Le champignon qui germe sous l'ongle se comporte absolument de la même manière; il occupe le même siége anatomique. Remarquons, en effet, que l'ongle n'est qu'une modification de la couche superficielle de l'épiderme dont il ne diffère que par une plus grande dureté et une plus grande épaisseur. Les trois cryptogames des teignes peuvent-ils se développer ici comme aux dépens de l'épiderme? Le fait est possible et même probable. Cependant, nous n'avons jamais observé de microsporon de l'ongle, signalé d'ailleurs par d'autres auteurs. L'achorion et le tricophyton produisent des altérations remarquables dont nous parlerons plus tard. Qu'il nous suffise aujourd'hui de savoir que le cryptogame manifeste toujours sa tendance à la disjonction des éléments cutanés; mais ici la lamelle cornée offrira une plus grande résistance, et il lui faudra toujours un temps très-long pour la détruire, la perforer et paraître au dehors.

Quant aux poils, ils sont le siége de prédilection des champignons des teignes (*voir* la définition de la teigne); il est donc intéressant de connaître les rapports exacts qu'ils affectent avec ces champignons. Or, il résulte des nombreuses recherches microscopiques auxquelles nous nous sommes livrés, que nos végétaux parasites se comportent tous les trois à l'égard des poils absolument de la même manière, fait important, qui avait échappé à l'attention des micrographes!

Vous voyez représenté sur ce tableau, avec un grossissement assez considérable, un poil à l'état de développement parfait; permettez-moi de vous en donner une description aussi abrégée que possible.

Si nous considérons d'abord le poil même, nous le trouverons formé d'une partie libre ou aérienne, c'est la tige, et d'une partie intra-cutanée, appelée racine, qui d'un côté, au niveau de la surface tégumentaire, s'unit à la tige, et, de l'autre côté, dans la profondeur de la peau, aboutit à une saillie mamelonnée connue sous le nom de bulbe. Sur un poil laissé en place, on voit cette saillie boutonneuse constituée par deux éléments : la papille pileuse et la papille dermique, celle-ci étant recouverte et comme emboîtée par celle-là. Dans la tige, deux parties distinctes : une externe ou corticale, principalement formée de fibres longitudinales; l'autre interne ou médullaire, constituée par de la graisse et des globules pigmentaires auxquels les poils doivent leur coloration.

Telle n'est pas cependant l'opinion de Kölliker, qui n'admet guère que des bulles d'air dans la partie centrale et attribue aux fibres corticales la couleur des cheveux. A la surface de la papille pileuse, on voit un produit de sécrétion qui, après quelques transformations, constitue le poil; ce n'est autre chose que du pigment. A mesure qu'ils approchent de l'origine de la racine (souche), les noyaux pigmentaires prennent une forme de plus en plus allongée (grains d'orge); c'est en ce point que se fait l'évolution des fibres longitudinales; c'est là aussi que commence la partie centrale ou médullaire du poil. Quelquefois, mais rarement, les granules pigmentaires, devenus ovoïdes, au lieu de se diriger dans le sens de la longueur du poil, pour constituer les fibres longitudinales, affectent une direction perpendiculaire à celle-ci; de là sans doute ces stries transversales

---

vous pourquoi il s'égare dans les tourbillons de ses chimères? c'est qu'étant Baconien, il ne sait pas qu'il l'est!

Le lecteur ne l'a-t-il pas vu, *débutant par l'observation*, mais par une observation très-bornée, généraliser les procédés particuliers de la géométrie, de l'algèbre et de la logique, *continuant par une induction prématurée*, étendre cette généralisation à toutes les connaissances que peut acquérir l'esprit humain, *terminant par la déduction*, dans le but de mettre en évidence la réalité, la puissance de sa génération. Ainsi, dans la marche générale de ses travaux, Descartes suit les phases indiquées par Bacon! Qu'est-ce que son fameux enthymème : « *Je pense, donc je suis,* » si ce n'est j'*observe* le fait de ma pensée, de cette *observation,* je conclus mon existence? *Observer, puis conclure,* c'est Bacon presque tout entier.

Comment donc Descartes s'est-il égaré?

C'est que, s'il part de la vraie méthode, s'il la suit quelquefois, *c'est à son insu.* Il observe, *il ne s'en doute pas*, il se veut croire inspiré! Comment ne divaguerait-il pas bientôt? Par induction, il étend à toutes nos connaissances une méthode spéciale; *il ne se doute pas* de son induction! Comment se mettrait-il en garde contre les écueils d'une induction précipitée? Comment l'application qu'il entreprend aurait-elle la forme dubitative d'un essai vérificatif, destiné à éprouver sa méthode, puisqu'*il ne se doute point* en avoir étendu la portée au delà du cadre sur lequel il l'a tracée? A peine se souviendra-t-il que sa méthode relève d'une observation préalable et bornée à quelques sciences abstraites; métaphysicien, il a dû croire bien vite, comme l'ont fait ses élèves, qu'elle avait pour origine les idées innées, et lui attribuer en conséquence toute la certitude et toute la généralité désirable.

Ainsi n'apparaît-il pas clairement que si Descartes s'est égaré, c'est parce qu'il s'est méconnu lui-même, il a méconnu qu'il observait, méconnu une induction téméraire. Il a cessé trop tôt de s'observer lui-même. Il a cessé de *s'observer* pour *se croire :* voilà sa faute et la raison de ses erreurs! Que cet exemple mémorable serve à nous inculquer, à nous tous travailleurs de l'esprit, chercheurs de vérité, l'importance du principe tutélaire si chaudement recommandé par M. Pidoux, l'observation et la connaissance de nous-mêmes, c'est-à-dire l'étude de la marche secrète de notre esprit, de ses facultés, de ses opérations, de sa méthode enfin, objet de notre prochain travail.

Pourquoi, puisque je suis sur ce terrain en communauté d'idée avec M. Pidoux, ne pas tenter une œuvre plus grande? Si je pouvais, au profit du principe commun que nous défendons, réconcilier le docteur Pidoux avec le chancelier anglais! M. Pidoux en communion d'idée avec Bacon sur le principe même de la philosophie, de la méthode, ne serait-ce point un accord aussi important qu'imprévu?

signalées par tous les auteurs et généralement décrites sous le le nom de fibres en spirale.

Le poil, dans sa partie intra-cutanée, est immédiatement en rapport avec une gaîne épidermique qui lui adhère assez intimement et qui se confond en bas avec la membrane interne de la capsule; c'est le canal épidermique dans lequel est déversé le produit de sécrétion des glandes pileuses, ordinairement au nombre de deux; chacune de ces glandes possède un canal excréteur large et court. En dehors de la gaîne épidermique, on trouve la membrane interne ou translucide de la capsule, puis la membrane externe ou grenue, qui n'est qu'une dépendance du corps pigmentaire; enfin, le tout est logé dans une dépression du derme appelée follicule.

Ainsi, pour résumer, nous voyons successivement : le poil, le conduit épidermique, la capsule avec ses deux membranes interne et externe, enfin le derme.

Supposez maintenant que la moindre parcelle d'un cryptogame de nos teignes tombe dans le canal épidermique du poil; qu'arrivera-t-il? Les spores se dirigeant vers la profondeur du follicule, traverseront (elles sont si petites!) les cellules pavimenteuses qui constituent ce canal et seront bientôt arrêtées par les conduits sécréteurs des glandes pileuses. C'est immédiatement au-dessus de l'orifice de ces derniers, dans le canal épidermique, qu'elles (les spores) viennent se fixer (tel est du moins le résultat de mes observations, confirmé tout récemment par de nouvelles recherches de M. Ch. Robin sur ce point de micrographie); c'est de là qu'elles vont s'étendre, s'accroître dans tous les sens, en convertissant tout en leur propre substance. En dedans, elles rencontreront le poil, en dehors, les membranes capsulaires interne et externe, en haut, les cellules épidermiques et plus tard la tige du poil, en bas, la souche et le bouton avec les globules pigmentaires qui les recouvrent. Tout est donc attaqué, détruit ou plutôt transformé en matière champignonneuse. Aussi le poil, examiné au microscope, offre-t-il des altérations remarquables; les fibres longitudinales paraissent écartées et leurs intervalles remplis par des spores qui pénètrent souvent jusque dans la partie médullaire; en différents points on peut trouver des renflements circulaires, ovoïdes, tubériformes...., et quelquefois ces altérations sont appréciables à l'œil nu.

Tels sont les principaux phénomènes observés dans toutes les teignes indistinctement. Mais il y a, suivant les espèces, des différences que nous étudierons plus tard; aujourd'hui nous nous contenterons d'en dire seulement quelques mots. Dans la *teigne tonsurante*, le parasite se développe principalement aux dépens des poils dont tous les éléments paraissent plus complétement désorganisés que dans les autres espèces; aussi voit-on les poils se briser dans leur partie aérienne, à quelques millimètres de la surface tégumentaire; d'où la production des tonsures qui ont mérité à cette affection le nom qu'elle porte. Dans la pelade, la désorganisation de la capsule est très-rapide et le poil tombe en peu de temps.

Dans le favus, le champignon envoie dans la profondeur du follicule un renflement mamelonné; quelquefois, comme dans la région tonsurante, le poil altéré peut se briser, et dans ce cas, la brisure se produit ordinairement au niveau du godet ou des croûtes; d'autres fois le poil tombe en entier, mais ce n'est jamais qu'au bout d'un temps assez long.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des teignes est ordinairement facile; et cependant, que d'erreurs sont commises au sujet de ces affections! journellement on voit l'impétigo confondu avec le favus, et la teigne tonsurante au début prise pour une syphilide.

Les signes à l'aide desquels on peut établir le diagnostic doivent être puisés à trois sources principales :

1° Aux parasites eux-mêmes se rattachent des caractères importants. Ce sont des incrustations jaunes, soufrées dans le favus, des lamelles blanches amiantacées dans la teigne tonsurante, une fécule grisâtre dans la pelade.

2° Je n'insisterai pas sur les éruptions symptomatiques; vous savez tous quelle valeur séméïotique nous accordons ici à l'herpès circiné, aux disques érythémateux, aux petits groupes d'eczéma.

3° Enfin, l'examen des poils, des ongles fournit des signes d'une importance capitale, des signes souvent pathognonomiques. Les cheveux peuvent être rares ou même manquer dans une certaine étendue; quelquefois ils sont brisés; très-souvent on les voit atrophiés, raccornis, fendillés, biffurqués, tortillés... Ils ont un aspect lancigineux et sont secs et friables à divers degrés. Le changement de couleur est un des phénomènes les plus fréquents et les plus remarquables, sur lequel on ne saurait trop insister, car il est lié à un autre fait d'une grande importance; je veux parler de la présence du végétal parasite dans la partie profonde du follicule pileux. Pour peu que vous ayez fréquenté nos salles et assisté à nos consultations, vous n'avez pas été sans remarquer ces poils flétris, décolorés et rares qui recouvrent les surfaces dans la pelade, et cette couronne rougeâtre ou gris souris qui entoure les parties affectées de favus ou de teigne tonsurante. Ces altérations sont un signe certain de la germination du parasite sur les surfaces qu'elles occupent.

Il est des cas, avons-nous dit, dans lesquels le diagnostic est loin d'être facile; presque toujours cette difficulté tient à quelque

---

Notre savant confrère, s'en laissant imposer par l'objet des principaux travaux de Bacon, par quelques phrases touchant la vanité des recherches sur la nature *intime* de l'âme et contre les autres spéculations métaphysiques (1), croit qu'il méprise l'*étude de soi-même*. C'est une erreur qu'il importe de relever. Bacon en est aussi partisan que M. Pidoux et que nous-même. Ce point n'a pas échappé à M. Cournot dans ses solides *Essais sur les fondements de nos connaissances* : « Il ne faut pas croire, dit-il, que Bacon, préoccupé uniquement des découvertes à faire dans le domaine de la nature, ait « regardé comme vaine l'étude de l'esprit humain et de ses facultés; « bien loin de là, cette étude est à ses yeux la plus importante de « toutes, celle sans laquelle le spectacle de la nature ne serait pour « nous qu'une trompeuse fantasmagorie (2). »

Mais laissons plutôt parler Bacon lui-même, tâchons, en traduisant, de ne pas trop appauvrir la richesse ordinaire de son style imagé :

« Celui qui d'abord et *avant toute* autre chose n'explorera pas *à fond* les mouvements de l'esprit humain, et n'y aura pas déterminé « avec la plus grande sagacité les voies de la science et les siéges des « erreurs, celui-là trouvera tout couvert d'un masque et comme voilé « par un enchantement : s'il ne sait rompre le charme, l'interpréta- « tion n'est pas en son pouvoir. » (*De l'interpr. de la nat.*)

M. Pidoux est-il convaincu que, sans être amant de la métaphysique, sans vouloir introduire la méthode géométrique dans les sciences biologiques et même en refusant d'asseoir les sciences sur les innéités ou sur les intuitions Cartésiennes, on peut partager son juste enthousiasme pour l'étude de soi-même? N'est-on pas heureux de voir M. Pidoux contraint, sur ce point fondamental, d'applaudir à Bacon? Pour moi, je le suis fort de me trouver en si complète communion avec le génie anglais et avec mon savant confrère.

Cependant, ayant rejeté de la métaphysique et son cortége d'innéités, c'est sur l'observation fécondée par la réflexion que nous devrons nous appuyer pour tracer les règles de la méthode. Mais par cette conclusion, que nous pourrions encore faire dériver de l'autorité de Bacon et de l'exemple de Descartes, nous nous exposons aux foudres de M. Pidoux, et ce qui est pire, il semble que nous faisons une sorte de cercle vicieux, car, d'une part, c'est dans l'espoir de diriger l'investigation scientifique que nous cherchons la méthode, et d'autre part, nous ne savons la trouver que par l'observation de la marche que l'esprit a suivie dans ses investigations. Cependant, si l'on veut

(1) *Union méd.*, n° 36.

(2) COURNOT, *Essais*, t. II, ch. 24.

complication : tantôt ce sont deux teignes d'espèces différentes qui, se trouvant en même temps sur le cuir chevelu, peuvent mettre le médecin dans l'embarras : tantôt ce sont des animaux parasites, des poux, qui masquent les caractères d'une teigne en produisant des éruptions impétigineuses plus ou moins confluentes. Plus souvent peut-être, l'obscurité du diagnostic est due à la coexistence d'affections constitutionnelles ou d'éruptions artificielles. C'est le parasite qui, jouant le rôle de corps étranger, occasionne le développement d'affections scrofuleuses ou dartreuses qu'ensuite il entretient, et au milieu desquelles il est bien difficile de le retrouver. Quant aux éruptions artificielles, vous ne sauriez croire combien souvent elles compliquent les affections parasitaires! Il n'est presque pas de malades affectés de teigne qui, avant de venir nous consulter, ne se soient adressés à des empiriques ; ordinairement, ils ont fait un long abus de topiques irritants, lesquels ont amené des poussées impétigineuses et dénaturé l'affection primitive. Aussi est-il souvent impossible, en pareil cas, de poser un diagnostic. Que faire donc, et quels conseils donner? Il faut attendre, renvoyer à huitaine ou à quinzaine le malade qui se présente à vous, en lui recommandant de ne se servir d'aucune pommade, d'aucun onguent... ; tout au plus permettrez-vous quelques applications émollientes (cataplasmes de fécule), si l'inflammation produite par un traitement irrationnel paraît trop vive. De cette manière, les éruptions artificielles disparaîtront de jour en jour, et l'affection parasitaire se montrera avec des caractères de plus en plus accusés.

Il y a cependant un moyen précieux de dissiper le doute quand il faut sans retard arriver à un diagnostic; c'est, vous le devinez, l'examen microscopique.

Enfin, la manière dont se fait l'épilation fournit quelquefois des indications précieuses que, par conséquent, vous ne devez pas négliger; aussi me verrez-vous souvent, à la consultation, dans les cas difficiles, interroger la pince de l'épileur.

PRONOSTIC. — Le pronostic est généralement peu grave ; nous ne redoutons plus ni l'incurabilité, ni la mort, depuis que nous avons inauguré la méthode actuelle de traitement; et ne vous semble-t-il pas que ce progrès dans la thérapeutique des teignes soit un véritable bienfait rendu à l'humanité!

Pour le favus, tout le monde est obligé de reconnaître la supériorité de notre méthode ; la guérison était un fait exceptionnel et aujourd'hui elle est constante. Mais, dans la curation des autres espèces (tonsurante et pelade), on ne veut pas nous accorder que nous ayons rendu le plus léger service. Pourquoi cela? C'est que, en effet, toutes les teignes ne guérissent pas avec la même facilité, et la teigne faveuse qui était, à juste titre, considérée comme la plus rebelle et la plus grave est justement celle que nous faisons disparaître le plus aisément. Ce n'est pas cependant que nous traitions les autres teignes avec moins de succès ; mais il nous faut, pour obtenir une guérison complète et solide, un temps ordinairement beaucoup plus long, ce que ne comprendront jamais qu'à grand peine ceux qui depuis si longtemps considèrent les teignes tonsurante et pelade comme des affections légères relativement au favus. Il faudra pourtant bien un jour ouvrir les yeux à la lumière ou se constituer définitivement en état de cécité! Je vous l'ai déjà dit, et j'aurai certainement encore l'occasion de le répéter, on croit guérir par les moyens ordinaires mais on ne guérit point la teigne tonsurante; les éruptions symptomatiques disparaissent, et, quand l'affection parasitaire revient, elle est méconnue par ce qu'elle se montre sous une forme différente.

D'ailleurs vous comprendrez aisément pourquoi nous guérissons telle teigne plus rapidement que telle autre. Dans le favus, l'épilation est habituellement facile, avec la pince on peut très bien saisir les poils qu'on arrache en totalité avec leur capsule. Dans la teigne tonsurante, par suite d'une altération plus avancée du poil, ce dernier se brise plus souvent qu'il n'est arraché, surtout quand l'épilation n'est pas faite avec soin et par une main exercée, et il reste sur la partie non avulsé de nombreux éléments reproducteurs de la maladie. Dans la pelade il n'y a plus ou presque plus de véritables poils sur les surfaces malades ; ces dernières, en apparence dénudées, sont couvertes d'une innombrable quantité de poils de duvet que la pince peut à peine saisir et qu'il faut cependant extraire, sous peine de ne pas guérir le malade ; l'opération offre encore plus de difficultés que dans le cas précédent. Ainsi, règle générale, la guérison est d'autant plus prompte que l'épilation est plus facile. Je pense donc que désormais les teignes doivent être rangées dans l'ordre suivant au point de vue de la gravité du pronostic : teigne pelade, teigne tonsurante, teigne faveuse.

Nous guérissons toutes les teignes avec notre méthode thérapeutique tandis que les autres procédés sont impuissants. Mais s'il en est ainsi, nous dira-t-on, pourquoi voit-on encore, ici, à côté de vous, des empiriques soutenir la concurrence dans le traitement de la teigne? Parce que, j'ose à peine le dire, quelques-uns de mes collègues de l'hôpital envoient tous les jours au traitement de Mahon des enfants affectés non de teigne mais d'impétigo scrofuleux et plus souvent d'impétigo pédiculaire les malades guérissent en peu de temps, et l'on fait ainsi de nombreuses erreurs de diagnostic, des statistiques incroyables! Les élèves du service savent combien nous en avons guéri de ces pauvres enfants affectés de gourmes, qui avaient été adressés

---

remarquer que c'est ainsi qu'est née toute théorie ; que *jamais* les hommes n'ont débuté dans une science par en établir les généralités ; que c'est là un travail toujours postérieur à la constitution de la science; qu'il vient ensuite en aider, en régulariser, en accélérer le développement, mais qu'il ne lui donne jamais naissance, on pourra accorder à M. Pidoux que « la philosophie, » notamment la méthode, « est la science des sciences, » sans y voir l'obligation, sous peine d'absurdité, de débuter par la théorie.

A-t-on jamais fait une grammaire avant d'avoir une langue? une rhétorique avant d'avoir des orateurs? Enfin a-t-on jamais pu tracer les principes et les règles d'une science ou d'un art, avant que cette science ou cet art ne soit né, ne soit constitué? Si l'intelligence est ainsi faite, qu'elle ne sache s'émanciper que par la pratique, que les idées générales ne puissent naître que par les idées particulières ; qu'y pouvons-nous, sinon nous soumettre à sa nature?

Quelques-uns prétendraient-ils que la philosophie elle-même prouve le contraire, puisque quand nos sciences comptent à peine quelques siècles d'existence, la philosophie peut s'enorgueillir d'être vieille d'au moins vingt-quatre siècles. Mais cette décrépite, qui n'a enfanté d'autre science que la scholastique, a-t-elle elle-même été engendrée de prime saut par la fermentation du cerveau des sages? Nullement ; il serait facile de démontrer qu'elle tire son origine des dogmes religieux, des lois civiles, des connaissances communes ou spéciales, des mathématiques élémentaires, de la musique, de la poésie, et qu'elle n'était guère elle-même que rhétorique ou poésie.

D'un autre côté, nous avons vu que la *philosophie moderne*, celle qui s'appelle la MÉTHODE, celle qui est née avec Bacon et Descartes, a été précédée par plus d'un siècle de travaux d'observation et devancée de près d'un demi-siècle par la constitution des mathématiques, de l'astronomie, de la physique, de l'anatomie, de la physiologie. Mais cette philosophie moderne en tant que métaphysique que sait-elle? que peut-elle affirmer? sait-elle ce qu'elle sait? est-elle constituée cette science des sciences? Nous avons vu que Descartes ne le croyait guère, et il paraît que de notre temps on ne le croit pas davantage, puisque, dans son temple même, à la Sorbonne, nous voyons la philosophie classée avec l'éloquence et la poésie !

Ainsi, tout en laissant à la sagacité du lecteur le soin de développer ces idées, nous croyons en avoir dit assez pour faire admettre que c'est une loi bien forte, si non obligatoire, de l'esprit humain de commencer par la pratique, par le particulier, et de finir par la théorie, par le général. Et il suffirait peut-être, pour démontrer que les idées générales sont issues des idées particulières, de remarquer que toute théorie vraie est justifiée *nécessairement* et en entier par la pratique, mais qu'au contraire *toute* la pratique ne peut jamais être prévue et

comme teigneux aux héritiers du secret de Mahon, et éclipsé par eux pendant une ou plusieurs années!!!

Certaines circonstances font varier le pronostic de la teigne. L'étendue et l'âge plus ou moins avancé de la maladie exercent une influence incontestable; mais sur ce point encore que d'erreurs sont professées par les dermatologistes! On dit généralement que le pronostic est d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne. J'en conviens, si l'on ne veut tenir aucun compte du traitement; mais je ne saurais admettre, dans aucun cas, qu'on puisse ainsi faire abstraction de l'influence des moyens thérapeutiques quand on porte un pronostic. Cela posé, je n'accepte point la proposition des auteurs, et je crois qu'en la renversant on est beaucoup moins éloigné de la vérité. Nous guérissons les mentagres invétérées bien plus aisément que les mentagres récentes; une seule épilation suffit souvent pour la complète guérison des premières; les autres en exigent deux, trois et parfois davantage. Entendons-nous cependant, et distinguons avec soin ces deux choses généralement confondues *l'âge de la maladie* et *l'étendue de la maladie*. J'ai dit que la guérison était d'autant plus facile que la teigne était plus ancienne; j'ajoute qu'elle est d'autant plus difficile que la maladie est plus étendue. Aussi, n'en doutez pas, si la teigne au début est si aisément et si rapidement guérie, c'est uniquement à cause de la circonscription du mal. Voici deux hommes affectés de teigne tonsurante de la face à une période différente : l'un porte depuis six mois un cercle d'herpès tonsurant au milieu de la barbe; l'autre offre, depuis quelques jours seulement, trois ou quatre disques érythémateux répandus en divers points du visage. Direz-vous avec presque tous les auteurs que la guérison du premier de ces malades sera plus difficile et exigera un temps plus long? Quant à moi, je prendrais sans crainte l'engagement de l'obtenir en moins de six semaines, tandis que je n'oserais affirmer d'avoir guéri l'autre malade (j'entends guéri radicalement) après un espace de temps double ou triple. Le premier serait immédiatement confié aux soins de l'épileur et peut être deux ou trois opérations suffiraient-elles; pour le second, il faudrait se borner aux agents parasiticides (lotions de sublimé; pommade au turbith), et attendre, avant de commencer l'épilation, que l'affection fut parfaitement localisée.

Le pronostic varie suivant l'espèce de teigne, et vous savez déjà que pour nous le favus est la moins grave des teignes à cause de la facilité de la curation; vient ensuite la teigne tonsurante; la pelade occupe le dernier rang.

Le siége de la maladie, les conditions anatomiques ont aussi leur importance. Le pronostic est d'autant plus sérieux que la région affectée est plus abondamment fournie de poils (cuir chevelu, barbe, face chez l'homme, parties sexuelles..), que le système pileux général, y compris le duvet, est plus développé, la matière sébacée sécrétée en plus grande abondance; car la matière sébacée, qu'on me passe le mot, est, pour nos parasites une sorte d'engrais qui favorise leur développement.

Il faut tenir compte également des complications diverses qui peuvent exister, bien qu'en réalité, dans ces conditions, la teigne ne soit pas en elle-même plus difficile à guérir. Mais l'état des parties malades peut exiger quelques précautions, occasionner quelques retards dans le traitement. En outre, vous aurez de la peine à faire croire à la guérison d'un malade affecté de teigne, tant qu'il portera au cuir chevelu ou ailleurs des éruptions dartreuses ou scrofuleuses.

Enfin, les traitements antérieurs qui jettent parfois tant d'obscurité sur le diagnostic, rendent aussi généralement la curation plus longue et plus difficile.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 août 1857.

Présidence de M. GEOFFROY ST.-HILAIRE.

Chloroforme.—M. HEURTELOUP lit un mémoire sur l'administration du chloroforme. (Nous avons publié ce travail.)

Géologie. — M. BOBIERRE présente un travail sur *la solubilité des phosphates de chaux fossiles dans l'acide carbonique.*

Mammalogie. — M. DE BRAY adresse une note sur le bœuf musqué (*domingmak* des Esquimaux).

Chimie organique. — M. BERTHELOT adresse une note sur les *alcools polyatomiques*. Dans cette note, l'auteur résume avec clarté les résultats généraux qu'on peut déduire des expériences aussi nombreuses qu'intéressantes qu'il a faites sur les combinaisons de ce qu'il appelle les alcools polyatomiques (glycérine, mannite, dulcine, etc.) avec les acides. Les chimistes liront cette note succinte avec le plus grand intérêt.

A la suite de cette note, M. BERTHELOT présente, en commun avec un autre chimiste d'un grand mérite, M. DE LUCA, un mémoire sur les combinaisons de la glycérine avec les acides chlorhydrique, bromhydrique et acétique. Des recherches et déductions renfermées dans ce mémoire, il résulte que la transformation de bromure de propylène bromé en glycérine, que M. Wurtz avait cru réaliser, n'est qu'une régénération de la glycérine extraite d'une combinaison de ce principe, analogue aux combinaisons déjà obtenues par MM. Berthelot et de Luca, et d'où ces auteurs avaient également, avant M. Wurtz, régénéré la glycérine.

---

affirmée absolument par la théorie : de là l'impuissance, la maladresse proverbiale d'un théoricien pur dans l'application.

En résumé, cette discussion avait pour but principal de découvrir la marche à suivre *dans la recherche de la méthode*, de reconnaître si nous devions, suivant l'instigation véhémente de M. Pidoux, en appeler à la métaphysique, fouiller dans notre cerveau, y aller à la chasse des idées innées et générales, ou, suivant les préceptes de Bacon et l'exemple de Descartes, nous confier à l'observation? Il nous a semblé ressortir avec une grande force, d'une part, des incertitudes de la métaphysique, et des erreurs des métaphysiciens, et de l'autre, des indications de l'analogie et de la raison, que, pour découvrir les voies secrètes de notre esprit, le plus sûr et le plus facile sinon le seul moyen, était d'étudier celles qui ont été suivies par les hommes et par les sciences, qui ont, d'opinion unanime, augmenté la masse de nos certitudes et de nos probabilités. Nous savons bien qu'ainsi nous n'ouvrirons pas à l'esprit de nouvelles routes, s'il en existe, mais c'est l'œuvre de la science pratique bien plus que celle de la spéculation philosophique; le logicien ne fait que la formuler et l'étendre.

D'ailleurs, si nous avions la prétention de venir en aide aux sciences les plus avancées, nous pourrions douter de l'utilité d'un travail si humble; mais ayant en vue une de celles qui le sont le moins, peut-être y ferons-nous quelques utiles importations; peut-être contribuerons-nous ainsi à la retenir dans une voie qui a déjà donné de si grandes découvertes et dont la fécondité est inépuisable; peut-être réussirons-nous à fortifier le travail contre ses défaillances ou ses impatiences prématurées, en lui découvrant la raison des lenteurs qui l'irritent, en lui montrant que le temps des synthèses générales n'est pas encore venu; que solliciter ces synthèses avant l'heure, c'est invoquer au lieu d'un code de loi le caprice d'un tyran; et que la récente expérience d'une dictature militaire (siégeant au Val-de-Grâce) doit nous mettre en garde contre ces imprudentes aspirations. Pour être fructueuses, les révolutions ne doivent pas venir avant le temps, et nous ferons voir que les temps ne sont pas venus.

Dr BERTILLON,

Médecin de l'hospice de Montmorency.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Eaux thermales. — M. BORNEMANN adresse une courte note sur diverses sources minérales ou plutôt thermales de l'île de Sardaigne, qui offrent une température de 44 à 52 degrés et renferment de l'azote. Elles ne contiennent d'ailleurs aucun principe minéralisateur en proportion notable.

Séance du 10 août.

Géologie. — M. DELESSE adresse une carte géologique souterraine de Paris.

Photographie. — M. BERTSCH adresse des épreuves photographiques d'objets vus au microscope.

Histoire naturelle agronomique. — M. GUÉRIN-MENNEVILLE lit une note sur les avantages de fabriquer de la graine de vers à soie dans les localitées où la température est peu élevée et où la maladie n'a point régné.

Ablation totale de la mâchoire inférieure. — M. MAISONNEUVE présente un malade dont nous avons publié l'observation.

Embryogénie. — M. VULPIAN présente la note suivante *sur la contractilité de l'allantoïde.*

En 1828, Baër (1) fit voir que l'amnios jouit d'une contractilité propre chez l'embryon de la poule.

En 1854, M. Remak (2) a confirmé les observations de Baër et a découvert les fibres musculaires auxquelles l'amnios doit sa contractilité. Il a donné une description très-complète de la structure et de la disposition de ces fibres.

J'ai constaté récemment que, chez les embryons de la poule, l'amnios n'est pas la seule membrane douée de contractilité; cette propriété existe à un degré tout aussi prononcé dans l'allantoïde.

Mes premières recherches ont été faites sur des œufs soumis à l'incubation artificielle depuis dix, onze et douze jours. A cette époque, le sac allantoïdien a pris un développement de plus en plus grand, et en est venu, par son épanouissement progressif, jusqu'à entourer à peu près complétement l'amnios et la vésicule ombilicale. Des deux feuillets du sac allantoïdien, l'un, le superficiel, est éminemment vasculaire, et se trouve en rapport avec la membrane calcaire.

Si on divise ce feuillet, on a sous les yeux le feuillet profond qui s'étale sur l'amnios et la poche vitelline. Ce feuillet est beaucoup moins vasculaire que le superficiel; cependant, au niveau de l'ombilic amniotique, il contient les troncs des vaisseaux allantoïdiens. Sa transparence permet d'apercevoir facilement les parties qu'il recouvre; on voit ainsi l'embryon enveloppé de l'amnios, qui paraît reposer sur le vitellus et s'y enfoncer légèrement, de telle sorte que l'amnios est environné de toutes parts par la poche vitelline.

De nombreux essais m'ont convaincu que le feuillet superficiel de l'allantoïde n'est point contractile. Si on enlève ce feuillet (3) sur un œuf de dix à douze jours, peu d'instants après l'avoir soustrait à l'incubation, on voit des mouvements très-remarquables se produire dans le feuillet profond. Une contraction qui semble partir du centre de la surface amniotique se propage excentriquement aux parties les plus éloignées de ce feuillet profond; ce feuillet se fronce légèrement: le sac vitellin est attiré ainsi de tous les points de la périphérie vers le centre; il s'avance de dehors en dedans, en empiétant sur la circonférence de l'amnios, dont la surface découverte diminue à proportion de l'étendue de ce mouvement. Cette contraction ne reste pas limitée au feuillet profond de l'allantoïde; elle gagne l'amnios, et la forme de la poche amniotique change plus ou moins complétement. Ces mouvements sont vermiculaires, analogues à ceux des intestins. La contraction, qui s'est faite assez lentement, cesse bientôt, et les parties relâchées reviennent à leur état de repos. Une nouvelle contraction se produit après un intervalle de temps assez court. J'ai vu ainsi jusqu'à trois contractions suivies de relâchement, se manifester sans que j'eusse mis en usage aucune excitation.

Les contractions sont quelquefois assez faibles; on les reconnaît cependant en fixant les yeux attentivement sur les vaisseaux ombilicaux qui, enveloppés comme je l'ai dit, dans le feuillet profond de l'allantoïde, sont entraînés dans le mouvement et forment une sorte d'index qui facilite beaucoup l'observation.

Quand les parties paraissent définitivement immobiles, on excite avec la plus grande facilité une nouvelle contraction en irritant un point quelconque du feuillet contractile de l'allantoïde avec une pointe, avec un corps froid ou chaud, et surtout avec une pile. Il suffit de toucher ce feuillet avec les pôles d'une pince galvanique, pour voir se produire une contraction qui s'étend souvent à tout le feuillet et même à l'amnios. On peut encore, dans les premiers moments, provoquer des mouvements du feuillet allantoïdien et de l'amnios, en remuant un peu brusquement l'œuf.

La contractilité de l'amnios et du feuillet profond de l'allantoïde peut être mise en jeu pendant un temps qui varie nécessairement suivant les circonstances. Dans la plupart des cas, à l'aide d'une pince galvanique, sur des œufs préparés depuis une heure, j'ai pu encore exciter des contractions très-évidentes.

L'allantoïde n'est pas contractile dès son apparition. Le septième jour de l'incubation, l'allantoïde se montre sous la forme d'une poche aplatie, très-vasculaire, ayant déjà un diamètre de 2 centimètres au moins, et à ce moment, il est bien difficile de distinguer une différence d'aspect dans les deux feuillets qui la constituent. Or on ne trouve, à ce moment, aucune trace de contractilité.

La contractilité de l'allantoïde est liée à l'existence de très-nombreux éléments musculaires qui entrent dans la constitution de cette membrane. Dès le dixième jour, l'examen microscopique fait découvrir, dans le feuillet profond de l'allantoïde, et seulement dans ce feuillet, des faisceaux musculaires dirigés dans tous les sens, et dont un grand nombre affectent surtout une disposition rayonnante, de l'amnios, pris comme centre, vers la périphérie. Au niveau de l'amnios, les fibres musculaires sont surtout abondantes, et il y a une adhérence assez intime entre la surface amniotique et la face correspondante du feuillet profond de l'allantoïde : là, les éléments musculaires des deux membranes paraissent se confondre en partie. Les éléments musculaires que j'ai trouvés dans l'allantoïde sont pareils à ceux qu'a décrits M. Remak dans l'amnios. Ce sont des fibres non striées, paraissant composées de fibres fusiformes à un seul noyau, qui ont environ cinq centièmes de millimètre de longueur et cinq à huit millièmes de millimètre de largeur au niveau du noyau. On constate la même structure musculaire dans le feuillet profond de l'allantoïde tous les jours suivants. Sur un œuf en incubation depuis dix-huit jours, j'ai pu exciter des mouvements dans ce feuillet au niveau de la vésicule ombilicale, et j'y ai constaté des fibres musculaires. Ce fait est d'autant plus remarquable, que la contractilité de l'amnios, qui est très-vive le septième jour, diminue de jour en jour, et n'est plus appréciable dans les derniers jours.

M. Remak n'avait trouvé aucune fibre nerveuse dans l'amnios; je n'en ai point trouvé non plus dans l'allantoïde.

Il est difficile de savoir si les contractions qui se montrent lorsqu'on a découvert le feuillet profond de l'allantoïde sont dues uniquement, comme l'ont admis Baër et M. Remak pour l'amnios, au contact de l'air, ou si elles peuvent avoir lieu l'œuf étant intact. Dans cette dernière hypothèse, je crois, d'après mes expériences, que les contractions auraient surtout lieu lors des chocs ou des déplacements brusques subis par les œufs.

Ainsi donc, en résumé, chez l'embryon de la poule, l'amnios et le feuillet profond de la vésicule allantoïde sont contractiles et contiennent de nombreux éléments musculaires. Il est très-probable que l'on arriverait aux mêmes résultats en étudiant l'embryon des autres oiseaux.

La vésicule ombilicale seule n'offre la structure musculaire à aucune époque de son développement. M. Remak a déjà indiqué ce fait. Je crois que les traces de contractilité qu'il a observées dans cette membrane et qu'avait signalées Baër n'existent point en réalité.

Liqueur des Hollandais. — M. WURTZ lit une note dans laquelle il se propose de démontrer que la série de composés formés de liqueur des Hollandais et de chlore se rattache au glycol, tandis que la série de composés d'éther chlorhydrique et de chlore se rattache à l'alcool.

Benzine. — M. COOPER rend compte d'une série de recherches qu'il a faites dans le but de transformer la benzine en alcool.

Cyanure de fer. — M. CH. TISSIER adresse une note sur un nouveau cyanure double d'aluminium et de fer.

(1) *Ueber Entwickelungsgeschichte der Thiere*, Kœnigsberg, 1828. Comparez le *Traité de physiologie* de Burdach, trad. par Jourdan, t. III, p. 281.

(2) Müller, *Archiv. für Anatomie*, 1854, t. XXI, p. 369 et suiv. *Ueber die Zusammenziehung des Amnions.*

(3) Pour bien établir la contractilité des membranes de l'embryon, il faut briser avec soin la coquille sur une surface de 3 centimètres environ de diamètre, enlever la membrane calcaire, et observer les diverses parties sur place, dans l'œuf même.

Conservation des grains. — M. J.-Ch. Herpin adresse une note sur l'emploi des anesthésiques pour la destruction des insectes des céréales. Les agents anesthésiques dont entend parler l'auteur sont le gaz acide carbonique, qu'il a proposé en 1838.

Séance du 17 août.

Chimie organique. — MM. Berthelot et de Luca présentent la seconde partie de leurs recherches sur les combinaisons formées entre la glycérine et les acides chlorhydrique, bromhydrique et acétique.

— M. Wurtz annonce que ce n'est point le *bromure de propylène bromé* qu'il a transformé en glycérine, mais bien le *tribromure d'allyle* solide : $C^6 H^5 Br^3$, corps nouveau qu'il était impossible de confondre avec le premier.

Chimie minérale. — M. Nicklès adresse une note sur l'acide sulfurique fluorifère et sa purification.

Balistique. — M. Perrin, arquebusier à Paris, présente la note suivante :

Toutes les personnes qui se sont occupées de la balistique et tous les chasseurs savent que les fusils chargés avec du plomb, et spécialement les fusils à bascule, sont sujets à deux inconvénients assez graves : le premier c'est d'écarter beaucoup et de permettre au gibier de passer entre les projectiles de la charge sans être atteint; le second, c'est de *faire balle* et de faire ainsi manquer le gibier quand on ne vise pas mathématiquement juste, où de l'abîmer en lui faisant une énorme plaie.

L'explication de ces phénomènes a occupé beaucoup quelques savants et tous les arquebusiers. Sans entrer ici dans des explications détaillées, il me suffira d'indiquer sommairement à quelles conditions il m'a semblé rationnels d'attribuer ces inconvénients : ces conditions sont :

1° L'inflammation inégale de la poudre, qui fait que la dilatation des gaz qui en résulte, s'opérant plus vite ou plus énergiquement d'un côté du canon que de l'autre, fait animer obliquement la bourre de la poudre et le plomb qui la surmonte.

2° La différence des pressions exercées sur le plomb par la dernière bourre, qui fait que tantôt le plomb est très-tassé et d'autres fois l'est à peine, etc.

3° Le tassement des premières couches de plomb (celles qui sont le plus près de la poudre) contre les couches suivantes, tassement produit par la pression qui s'exerce sur la première couche pendant que la seconde est encore immobile et ainsi de suite ; c'est à ce tassement qu'est dû, peut-être entièrement, l'inconvénient qu'ont les fusils à bascule de faire balle.

On a cherché de diverses façons à obvier à ces inconvénients :

1° On a divisé, en deux et même en trois, perpendiculairement à l'axe du canon du fusil, la charge du plomb ; 2° on a intercalé, entre les grains de plomb, de la fécule ou tout autre corps pulvérulent léger, destiné à empêcher le tassement.

Ces moyens n'ont que très-imparfaitement remédié aux inconvénients dont il s'agit.

C'est dans ces conditions que j'ai eu l'idée de diviser, dans des cartouches préparées d'avance, la charge du plomb en quatre parties, non plus perpendiculairement à l'axe des canons, mais paralèllement. Pour opérer cette division, il suffit de placer au dessus de la bourre et de la poudre, deux lames de carton disposées en croix, dont la longueur est égale à la hauteur de la charge du plomb, et la largeur au diamètre intérieur du cylindre de la cartouche. Cette division n'a pas seulement l'avantage de diviser en quatre quarts de cylindre la charge du plomb, elle a encore pour effet de rendre le tassement de celui-ci parfaitement régulier, d'abord parce que les deux bourres entre lesquelles il se trouve sont arrêtées par les deux lames de carton et ne peuvent presser sur le plomb plus qu'il ne convient; ensuite, parce que la poudre ne peut mettre en mouvement les premières couches de plomb avant les secondes, les lames de carton faisant, de toute la charge de plomb et des bourres, un tout dont les diverses parties ne peuvent être mobilisées isolément.

Telles étaient les raisons théoriques qui m'avaient guidé pour la construction de mes cartouches. Des expériences, qui s'élèvent aujourd'hui à plus de *deux mille*, ont pleinement confirmé mes prévisions. Ces expériences ont démontre que, même à quatre mètres, un fusil chargé avec mes cartouches ne fait jamais balle, et qu'à quarante mètres, il n'écarte jamais de façon à ce qu'une caille puisse passer dans la charge sans être atteinte. Parmi les expérimentateurs qui ont bien voulu contrôler mes expériences, se trouve M. le docteur Baucher, qui a obtenu des résultats identiques aux miens, non-seulement en tirant à la cible, mais encore dans la dernière ouverture de chasse où lui et tous ses collègues ont obtenu des résultats inconnus avec les cartouches ordinaires.

CORRESPONDANCE.

Mode d'administration de la pepsine.

Monsieur le Rédacteur,

Le numéro du 22 août de votre excellent journal contient une appréciation critique de la note que je vous avais remise sur le meilleur mode d'administration de la pepsine, par M. le docteur Corvisart, note que vous aviez publiée précédemment.

Je vous demande la liberté, Monsieur le Rédacteur, de répondre à la critique du savant médecin. Je serai aussi bref que possible.

Laissez-moi, en commençant, me féliciter d'être absolument du même avis que M. Corvisart, sur les inconvénients de l'administration de la pepsine sous forme de sirop, car je tiens d'autant plus à constater ce fait, que telle n'a pas toujours été la manière de voir de votre confrère, puisque la formule du sirop à base de pepsine, contre laquelle je m'élevais dans ma note, avait été publiée sous son inspiration.

Ceci bien établi, et du moment où nous sommes aujourd'hui complétement d'accord sur ce premier fait, voyons ce que le mode d'administration que je vous avais indiqué a de si antiphysiologique, pour me servir de l'expression de M. Corvisart.

M. Corvisart affirme, en s'appuyant sur une expérience de cinq années, que « la pepsine ne doit être administrée que sous une forme « qui assure sa division extrême, car, arrivée dans l'estomac, elle « doit être partout en contact avec les aliments ; sans cela, point de « digestion. »

Il me semble, ou je me trompe fort, Monsieur le Rédacteur, qu'en faisant prendre la pepsine sous forme de pastilles ou de bonbons, toujours destinés à être complétement dissous dans la bouche, j'atteins le résultat cherché, au moins aussi complétement qu'en la faisant prendre sous forme de poudre enrobée dans du pain azime, et je ne rappelle ici que pour mémoire qu'en suivant ma formule on obtient un bonbon agréable, ce qui est bien quelque chose, surtout en présence du mode conseillé par M. Corvisart, qui, grâce au défaut d'habitude et parfois à la maladresse du malade, le force bien malgré lui, et quelque peine qu'il se donne, à apprécier la saveur et l'odeur désagréable du médicament.

« Depuis quatre ans, dit encore M. Corvisart (pas tout-à fait depuis « aussi longtemps, puisque la formule du sirop de cerises à base de « pepsine est du mois de janvier 1856), j'ai renoncé à associer la pep- « sine au sucre de canne, parce qu'elle altère ce dernier et qu'elle le « transforme en sucre interverti et en acide lactique. » Cette dernière partie de la phrase est appuyée par les opinions de MM. Bouchardat, Sandras, Longet, etc., etc.

Vous savez, Monsieur le Rédacteur, que je reconnais aussi à la pepsine la propriété de transformer facilement et promptement le sucre de canne, mais dans certaines circonstances seulement ; et ce qui prouve que le sucre mêlé à la pepsine dans les conditions que je vous ai indiquées, n'éprouve de la part de cet agent aucune modification, c'est que les pastilles peuvent être impunément et pendant un fort long temps exposées au contact de l'air sans attirer la moindre humidité ; or, le sucre interverti et l'acide lactique, les deux produits de transformation du sucre de canne par la pepsine, sont tous deux incristallisables et partant très-avides d'eau ; donc, puisque mes pastilles n'attirent point l'humidité de l'air, il n'y a pas eu de transformation.

« Quoi qu'il en soit, ajoute M. Corvisart, il faut que la pepsine « arrive instantanément dans l'estomac ; il serait antiphysiologique « de faire séjourner, *fondre* dans la bouche un ferment qui ne s'y

« trouve jamais physiologiquement, et dont l'action doit succéder à « celle des salives; car, ajoute-t-il plus loin, l'action des deux sortes « de ferments (salives et pepsine) ne peut être simultanée sans pré- « judice. »

De ce qui précède, il paraît résulter que M. Corvisart attribue à la salive mixte, dans l'acte de la digestion, une importance considérable; en effet, la phrase que je viens de citer tendrait à faire croire qu'il considère les salives comme agents de transformation de l'amidon en glucose, puisque c'est la seule propriété qu'on leur ait jamais accordée. Sur quoi se fonde-t-il pour admettre cette opinion? sur ce fait, fréquemment répété dans ces dernières années, que les salives contiennent un principe auquel on a donné le nom de diastase salivaire, qui possède la faculté d'opérer cette transformation *au contact de l'air*.

Mais pour que ce fait eût toute la valeur que M. Corvisart semble lui accorder, il faudrait que la diastase salivaire fut un produit parfaitement défini et constamment identique; malheureusement, il n'en est rien, et MM. Robin et Verdeil nient même son existence, en tant que principe immédiat, et prétendent que ce qu'on a pris pour de la diastase n'est qu'un mélange d'albumine, de mercure et de matières organiques fournies par les salives parotidiennes et sous-maxillaires qui, après avoir été soumis au contact de l'air, acquiert la propriété, *comme toute autre matière organique*, et ici je cite textuellement mes auteurs, de faire subir la fermentation glucosoique à la fécule désagrégée.

Il faudrait encore, pour que ce fait eût une importance démonstrative, que, dans l'économie, la diastase salivaire eût seule la propriété d'effectuer cette transformation. Or, Magendie a montré que le sérum du sang avait la même action; M. Cl. Bernard a vu, de son côté, que les liquides pathologiques provenant des hydropisies de l'ovaire ou péritoine, etc., etc., transformaient l'amidon en glucose; l'infusion des membranes muqueuses possède les mêmes propriétés; de plus, MM. Bouchardat et Sandras, Magendie et Cl. Bernard, ont démontré que la digestion des matières féculentes, c'est-à-dire leur transformation en glucose s'opérait *surtout* dans l'intestin grêle, sous l'influence du suc intestinal.

Enfin, il faudrait surtout, pour qu'on pût considérer cette manière de voir comme exacte, qu'il fût prouvé que la transformation de l'amidon en glucose, sous l'influence des salives, s'opère dans le court espace de temps nécessaire pour son imprégnation et sa déglutition, puisque l'on sait que l'influence de la sécrétion salivaire est détruite par le suc gastrique, et que, même sans présence de suc gastrique, toute action des salives sur l'amidon cesse dès qu'on les soustrait à l'influence de l'air

Il ne suffit pas, vous le comprenez, Monsieur le Rédacteur, d'obtenir avec la salive mixte la transformation de l'amidon en glucose par un contact plus ou moins prolongé des deux substances en présence de l'air et sous son influence, pour conclure que le même effet doit se produire dans l'organisme, puisque nous avons vu que presque tous les liquides animaux et l'infusion des membranes muqueuses elle-même amènent, dans les mêmes circonstances, un résultat identique.

Mais pour élucider cette question, il faut se placer dans les conditions ordinaires de l'alimentation, c'est-à-dire privation presque instantanée de l'influence atmosphérique, et, de plus, imprégnation rapide du bol alimentaire par un liquide qui détruit toutes les propriétés fermentescibles des salives. On ne tarde pas à se convaincre alors du peu de fondement des idées qui ont été émises dans ces derniers temps sur le rôle de cette sécrétion dans l'acte de la digestion; un fait tous les jours appréciable en démontre d'ailleurs l'inanité; nous venons de voir que la transformation, si elle avait lieu, devrait être produite instantanément, puisqu'elle ne peut se poursuivre dans l'estomac, car dans ce cas, elle devrait nécessairement être dénoncée par le goût, or chacun sait qu'il n'en est rien.

Ainsi, vous le voyez, Monsieur le Rédacteur, il est démontré par les faits, et par des expériences sérieuses appuyées des noms des physiologistes les plus renommés, que les aliments ne peuvent éprouver de la part des salives aucune modification importante; que l'effet de cette sécrétion se borne à une action physique, destinée à en faciliter la mastication et la déglutition; il est en même temps prouvé que la présence dans l'estomac d'une quantité considérable de salive, à l'état de mélange avec le suc gastrique (pepsine naturelle de M. Corvisart), ne diminue en rien ses propriétés digestives.

D'où je conclus :

1° Que je ne conseille pas un mode d'administration de la pepsine antiphysiologique, en recommandant de la donner sous forme de pastilles ou de bonbons, puisque je la fais dissoudre dans un liquide qui n'altère en rien ses propriétés, et que je la place d'ailleurs dans les conditions absolues où elle se trouve après son ingestion;

2° Que le mode d'administration que je recommande ne le cède à aucun autre, pour présenter la pepsine aux aliments dans un état de division parfaite;

3° Qu'il présente sous une forme agréable à l'œil et au goût un médicament pour lequel un grand nombre de malades éprouvent une répugnance invincible;

4° Enfin, qu'il a de plus l'avantage d'indiquer à chaque instant l'état de conservation dans lequel se trouve le médicament (ce qui a sa valeur en présence d'un produit aussi altérable que la pepsine), puisque, s'il a subi quelque altération, le sucre qui lui sert d'excipient se trouvera profondément modifié.

Veuillez agréer, etc. BERTHÉ.

Paris, 28 août 1857.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Considérations pratiques sur les vices de conformation du bassin. Leçons et observations recueillies à la clinique d'accouchements de M. le professeur Paul Dubois, par M. Jules ROUYER. — Chez LECLERC, 14, rue de l'École-de-Médecine. — Prix : 1 fr. 25 c., et par la poste, 1 fr. 50 c.

A PARIS, A LA LIBRAIRIE AGRICOLE, RUE JACOB, 26.

LA MAISON RUSTIQUE DES DAMES,

Par Mme MILLET-ROBINET.

Cet ouvrage est divisé en quatre parties, comprenant :

1° Tenue du ménage;
2° Manuel de cuisine;
3° Jardinage et direction de la ferme;
4° Hygiène, médecine domestique, secours à donner en cas d'asphyxie ou d'empoisonnement.

2 *vol. in-12, avec* 250 *gravures.* — 3e *édition.* — *Prix :* 7 *fr.* 50.

Le livre de Mme Millet-Robinet a depuis longtemps sa place marquée dans toutes les bonnes bibliothèques. La nouvelle édition dont nous avons à rendre compte ne fera que rendre son succès de plus en plus populaire. Pour nous, nous le regardons comme le meilleur livre que puissent lire les ménagères, les maîtresses de maison de ville ou des champs, les mères de famille. Grâce à lui, elles pourront assurer le bien du service, surveiller et commander la cuisine, présider à l'entretien du jardin et du verger, à l'administration d'une ferme et aux travaux de l'intérieur; donner à tous, d'une manière toujours efficace, ces soins multipliés que leur dévouement leur inspire, mais qui ont besoin d'être dirigés par un peu de science en cas de maladies ou d'accidents. Quelle que soit la position de la femme, qu'elle prenne part à une exploitation rurale ou qu'elle n'ait qu'un ménage modeste à surveiller, elle trouvera les meilleurs conseils en consultant Mme Millet; les soins de toilette, la comptabilité intérieure, l'ordre du ménage, l'entretien du mobilier, celui du linge, la conservation des provisions de toute nature; pour tout, Mme Millet donne des règles sages, et elle les donne en excellents termes. On a beaucoup de livres de cuisine; on en vend sur tous les papiers et dans tous les idiomes; le manuel de cuisine renfermé dans la *Maison rustique des Dames* tient avantageusement lieu de traités *ex professo.* Dans aucun autre ouvrage, on ne trouve les indications qu'on rencontre dans la *Maison rustique* pour la surveillance et la direction d'une grande maison. Enfin, un petit traité de médecine domestique.

Mme Millet n'a pas eu la prétention, comme certaines matrones, de tenir lieu de médecin. Elle s'est contentée d'indiquer les premiers soins à donner aux malades en attendant l'arrivée du médecin, qu'elle recommande de prévenir à l'apparition des premiers symptômes.

L'ouvrage est édité avec un certain luxe de papier et de gravures; on a bien fait. Il est temps de reconnaître que les livres grossièrement exécutés blessent le goût. Parce qu'on s'adresse aux femmes, qu'on parle ménage et économie domestique, il n'est pas nécessaire d'être repoussant. Un bon livre paraît meilleur quand il est beau.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

Paris. — Imprimerie de W. REMQUET et Cie, rue Garancière, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 105. 5e ANNÉE. Mardi, 1er septembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT : et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

SOMMAIRE. — **Travaux originaux.** Thérapeutique générale des teignes, par M. BAZIN. — *Chirurgie clinique.* Compte rendu du service de clinique chirurgicale de M. Larrey, par M. le docteur GAUJOT. — *Physiologie.* Nouveaux faits et considérations nouvelles contre l'existence de la fonction glycogénique du foie, par M. le docteur L. FIGUIER.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MEDECINE CLINIQUE.

CINQUIÈME LEÇON.

Thérapeutique générale des teignes.

PAR M. BAZIN.

Recueillie et rédigée par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95 et 103.)

Avant 1852, l'empirisme seul guérissait la teigne, ce dont vous ne devez pas vous étonner. Des théories fausses pouvaient-elles engendrer autre chose qu'une thérapeutique impuissante? La teigne faveuse faisait le désespoir des médecins, et personne n'eût osé dire, comme au temps d'Ambroise Paré : « La récente est difficile à curer, et la vieille ne guérit jamais, » car la récente était alors traitée sans plus de succès que la vieille.

La teigne tonsurante était-elle plus efficacement combattue? — On le disait partout; mais vous savez maintenant quelle valeur il faut accorder à ces assertions, et ce que l'on doit penser de ces rapides guérisons proclamées définitives et qui tardaient si peu à se démentir. On faisait tant bien que mal disparaître les accidents inflammatoires, les éruptions symptômatiques, et on laissait presque toujours intact le champignon reproducteur du mal.

Aujourd'hui, comme autrefois, on a la prétention de guérir la teigne tonsurante par des moyens de traitement ordinaire, avec des topiques de toutes sortes; que font cependant les détracteurs de notre méthode ? — A l'hôpital, ils renvoient les malades, les déclarant à tout jamais guéris; en ville, ils agissent avec plus de prudence ; et, quand une mentagre a longtemps résisté à leurs onguents et à leurs pommades, ils ne se mettent point en peine de recourir en secret à l'épilation. Ils font donc en ville ce qu'ils proscrivent à l'hôpital.

Quant à la pelade, on la considérait comme une affection mystérieuse dont la nature seule pouvait quelquefois débarrasser le malade, et l'on n'essayait même pas de la combattre. Parfois cependant, à cause d'antécédents fâcheux, cette affection singulière des poils était rattachée à la syphilis et traitée en conséquence.

La méthode épilatoire des frères Mahon, méthode empirique et enveloppée de mystères, était la seule vraiment efficace dans le traitement du favus, à l'époque où nous avons entrepris nos recherches. Elle avait, nous devons le dire, un immense avantage sur la calotte et les autres moyens proposés jusque-là. On guérissait, sinon toutes les teignes, du moins un très grand nombre. Cependant, quand la maladie était invétérée, il ne fallait pas moins d'un an à dix-huit mois pour obtenir une guérison complète; et, si le favus était scutiforme, on voyait assez souvent le mal reparaître, même après un traitement de plusieurs années. La même méthode était appliquée par les Mahon aux teignes tonsurantes et avec autant de succès qu'aux teignes faveuses; mais la guérison se faisait encore attendre très-longtemps, huit, dix mois, terme moyen. — Voici donc où nous en étions en 1852 : pour la teigne comme pour la gale, l'empirisme avait devancé la science, il était alors temps que cette dernière reprît son rang.

A une thérapeutique empirique si souvent impuissante, j'ai substitué une thérapeutique rationnelle, et toujours efficace, quelle que soit l'espèce de la teigne et quelles que soient les conditions de santé du teigneux.

Nous ne connaissons vraiment aucune contre-indication à la cure radicale de la teigne ; le règne des théories humorales est passé, et un médecin instruit ne dirait point aujourd'hui qu'il peut être dangereux de guérir cette affection. Nous ne sommes plus au temps où il fallait la respecter comme un émonctoire dont la nature se servait pour prévenir des maladies plus sérieuses.

La cause, l'unique cause de la maladie est un champignon ; donc, pour guérir, il faut et il suffit de détruire ce champignon. Mais, dira-t-on, cela n'est pas nouveau; longtemps avant vous on avait employé les parasiticides; pourquoi ne guérissait-on pas ?

Déjà, dans une leçon précédente, j'ai répondu indirectement à cette objection. On ne guérissait pas, parce qu'on ne remplissait pas cette condition fondamentale de mettre partout le parasiticide en contact avec le parasite. On détruisait le champignon à la surface de la peau, et on laissait de nombreux spores dans la partie centrale du poil, sur sa racine et dans le follicule.

L'épilation est nécessaire dans le double but d'enlever avec le cheveu le champignon qu'il renferme et de laisser béante, par le fait de cette extraction, l'ouverture du follicule pileux dans lequel on peut alors introduire la solution parasiticide.

Il est vrai qu'on peut me dire encore que l'épilation n'est pas chose nouvelle dans le traitement de la teigne; que la calotte, qui n'est qu'un procédé d'épilation, est presque aussi ancienne que la médecine, et enfin qu'avant moi, on s'est également servi des doigts et de la pince pour pratiquer cette petite opération. Pourquoi donc ne guérissait-on pas, et pour-

quoi cette méthode de traitement a-t-elle été abandonnée?

Tout à l'heure, avec le parasiticide, on détruisait le champignon à la surface de la peau et on le respectait dans l'épaisseur du poil, sur la racine et dans le follicule; maintenant, avec l'épilation seule, on enlève les spores qui tiennent au poil (à la racine et à la tige), et on laisse le reste.

Quelquefois cependant, on joignait, sans trop savoir pourquoi, l'épilation aux parasiticides, comme faisaient et font encore les Mahon, et l'on guérissait un certain nombre de teignes; mais comme cette méthode de traitement ne s'appuyait sur aucune raison scientifique, et qu'il était impossible (la nature de la teigne étant inconnue) de donner à sa supériorité une explication satisfaisante, elle ne pouvait trouver de nombreux partisans parmi les médecins. Comment, en effet, concilier l'efficacité de l'épilation avec les hypothèses le plus généralement acceptées sur la nature des teignes? Quelle importance pouvait-on accorder à l'extraction des poils et à l'emploi des parasiticides, quand on admettait que la maladie était produite par la pourriture des cheveux, par un vice spécial des humeurs, par une altération de certains produits de sécrétion?

Evidemment, la nécessité de l'épilation était incompatible avec ces fausses théories. — Et n'avons-nous pas vu de même (*Généralités sur les affections cutanées, parasitaires*) la friction générale abandonnée dans le traitement de la gale, malgré sa supériorité incontestable, et par ce seul fait que son rôle était méconnu?

Tout méthode thérapeutique, pour avoir chance de durée, doit être fondée sur des indications.

Or, trois indications principales se présentent dans le traitement des teignes. La première, et de beaucoup la plus importante, est de détruire le parasite qui produit la maladie. La seconde est de combattre les éruptions inflammatoires développées par ce même parasite. La troisième est de faire disparaître les éruptions entretenues par un vice interne, et de modifier, s'il est nécessaire, la constitution des teigneux.

Généralement, un praticien un peu instruit ne sera pas embarrassé pour remplir ces deux dernières indications. On attaquera les phénomènes inflammatoires par les antiphlogistiques, les résolutifs... On prescrira l'application de cataplasmes émollients, des lotions, des frictions avec une préparation iodée, ou avec la pommade de ciguë... Tel teigneux aura besoin de toniques, et on lui donnera du sirop de fer, du vin de quinquina; pour tel autre, il faudra mettre en usage un traitement antisyphilitique ou antidartreux...

Quant à la première indication, qui se rapporte plus directement à la teigne, son importance nous oblige à l'étudier avec une scrupuleuse attention.

Il faut détruire le parasite, le détruire partout, et, pour cela, il est nécessaire de savoir exactement où il se trouve. — Or, nous avons dit que le parasite pouvait siéger et siégeait ordinairement entre les deux couches épidermiques, à la surface de la peau, sur les poils et dans le follicule pileux.

Pour faire disparaître le champignon situé soit dans l'épaisseur de l'épiderme, soit à l'extérieur (à ce moment le parasite a rompu la lame cornée superficielle), les parasiticides suffiraient; mais pour l'atteindre dans le follicule et sur la racine du poil, l'épilation associée aux parasiticides est indispensable.

Entrons dans quelques détails sur le mode d'extraction des poils.

L'épilation est une opération qui exige, comme toute opération chirurgicale, une certaine habitude pour être pratiquée convenablement. Elle paraît si simple, qu'on considère tout apprentissage comme inutile, et, sans aucun scrupule, on la confie à tel infirmier plus ou moins maladroit. Aussi, qu'arrive-t-il? C'est que souvent on ne guérit point les malades; et l'insuccès est attribué à la méthode thérapeutique plutôt qu'à la manière dont elle a été appliquée! Je vous engage donc, messieurs, à observer avec soin comment on épile ici dans notre service ou au traitement externe que dirige avec nous M. Deffis; et puis vous mettrez vous-mêmes la main à l'œuvre; car il se présentera telle circonstance où il faudra forcément vous passer d'un infirmier spécial et pratiquer l'épilation jugée par vous nécessaire.

Mais, s'il est indispensable, comme nous l'avons établi, pour la curation de la teigne, de dépouiller les parties malades des poils ou des cheveux qui les recouvrent, ne peut-on pas cependant se passer de la petite opération, toujours un peu douloureuse, dont je vous parle, et recourir à l'emploi des agents dits épilatoires? En un mot, y a-t-il ou non des agents épilatoires, et, s'il y en a, ceux des frères Mahon méritent-ils la préférence? A cette double question, je ferai sans hésiter une réponse négative, après avoir fait moi-même de nombreux essais pour connaître la valeur des pommades et des poudres réputées épilatoires. Nous avons épilé des surfaces dont les unes avaient été longtemps frictionnées avec différents agents épilatoires, y compris ceux des frères Mahon; tandis que sur les autres on n'avait l'application d'aucune pommade ni d'aucune poudre, et nous n'avons pas trouvé de différence appréciable dans l'arrachement des cheveux. Les agents dissolvants les plus puissants peuvent détruire la partie libre des cheveux, par exemple le sulfhydrate de chaux; mais la partie intra-cutanée demeure toujours intacte. Tel est le résultat d'expériences multipliées par lesquelles nous avons appris également que les préparations des frères Mahon n'étaient aucunement préférables aux autres. Toutes n'agissent que par l'irritation qu'elles provoquent dans les bulbes pileux, et à cet égard, la maladie ne le cède en rien aux épilatoires.

Aussi peut-on reprocher à M. Cazenave d'avoir cru, sur la foi des Mahon, à l'action des agents épilatoires, lorsque les Mahon eux-mêmes, habiles à exploiter leur secret, n'y croyaient pas, et arrachaient les cheveux malades à l'aide du peigne et des doigts. Je le répète, le meilleur épilatoire que je connaisse, c'est la maladie. A une certaine période (lorsqu'il y a inflammation suppurative du follicule), le poil se détache, tombe, et souvent ne se reproduit pas; de sorte que, si l'on voulait attendre la terminaison naturelle des teignes, on guérirait beaucoup de malades; mais la guérison ne serait obtenue qu'au prix d'une perte irrémédiable de la chevelure, résultat sans doute peu séduisant!

Quoi qu'il en soit, et malgré mon opinion bien arrêtée sur la valeur des agents épilatoires, je ne me prive pas de l'usage de certains agents que j'appellerai volontiers préparatoires et dont l'expérience m'a démontré l'utilité. Presque toujours, avant d'épiler, je fais recouvrir d'une couche d'huile de cade la tête ou toute autre partie malade; l'huile de cade est un parasiticide qui flétrit et quelquefois détruit la partie extérieure du champignon, elle éteint la sensibilité du cuir chevelu et exerce une action spéciale sur le bulbe pileux qu'elle ramollit. L'épilation est donc ensuite plus facile.

Il existe pour l'extraction des poils trois procédés que nous allons comparer; ce sont : 1° la calotte générale ou partielle; 2° l'extraction avec les doigts; 3° l'extraction par les pinces.

1° Epilation par la calotte. — La calotte est le procédé le plus anciennement connu; elle remonte aux premiers âges de la médecine et se perd, pour ainsi dire, dans la nuit des temps. Elle consiste en un emplâtre agglutinatif qu'on applique sur toute la tête ou seulement sur une partie de la tête; de là, la distinction de la calotte en générale et partielle. Sa composition est la suivante :

Vinaigre blanc	150
Farine de froment........ }	
Poix noire.............. }	25
Poix blanche............ }	

C'est encore le moyen de traitement le plus répandu en France; c'est le seul employé à Lyon et dans quelques départements, sous le patronage de religieuses (dames de Saint-Thomas) qui y ont attaché leur nom. Et cependant, c'est un moyen barbare, qui produit toujours des douleurs atroces et constitue un véritable supplice pour les malades qui sont obli-

gés de le subir plusieurs fois. Car l'efficacité du traitement par la calotte n'est rien moins que certain : témoin ce malheureux enfant auquel on l'a appliqué soixante-dix fois, sans pouvoir le guérir. Signalons aussi les accidents qui peuvent résulter de l'emploi de cette méthode, accidents souvent graves, et qu'on trouve consignés en bon nombre dans les annales de la science.

Il n'est pas difficile de comprendre pourquoi ce moyen est à la fois si cruel et si incertain. Les cheveux sont arrachés en masse, et tirés, pour la plupart, dans des directions opposées à celles des capsules : aussi se cassent-ils en grand nombre, et sur les poils cassés, le champignon demeure et se développe pour reparaître bientôt à la surface de la peau.

La calotte est donc un procédé d'épilation aussi imparfait que douloureux, qui mérite d'être à tout jamais proscrit de la thérapeutique des teignes.

Je n'insiste pas davantage sur ses inconvénients et ses dangers, bien que tout récemment une thèse ait été soutenue à la Faculté de Paris en faveur de la supériorité de ce moyen de traitement.

2° Epilation avec les doigts. — C'est le procédé des frères Mahon, qui épilent leurs malades de la même manière qu'on plumerait un oiseau. Ils se servent en même temps du peigne et des doigts, et, toujours avant l'opération, le cuir chevelu a été recouvert de la poudre merveilleuse.

Malgré l'habileté la plus consommée dans ce genre d'exercice, acquise par une longue pratique, il est difficile de bien saisir avec les doigts les poils que l'on veut extraire, et souvent même, quand les cheveux sont très-courts ou quand il n'y a qu'un léger duvet, comme dans la teigne pelade, l'extraction par ce procédé devient impossible. Mais, si leurs doigts sont insuffisants, les Mahon ne se font aucun scrupule de recourir à notre méthode et de faire usage de la pince, ce qui, d'ailleurs, n'est ni plus long ni plus douloureux.

3° Epilation par la pince. — Ce procédé n'est pas nouveau, A. Paré dit quelque part que, si la teigne existe en un point circonscrit, il faut se servir de la pincette, et, par ce mot, il désigne sans doute la pince dont nous nous servons ou du moins un instrument analogue. En Angleterre, Samuel Plumbe parle aussi du traitement de la teigne par la pince. En Italie, ce procédé a été usité de tout temps ; telle est du moins l'opinion de J. Franck, à laquelle je me rallie complétement.

Cette méthode d'avulsion des cheveux a, sur les précédentes, d'incontestables avantages, et les reproches dont elle a été l'objet sont entachés d'une exagération presque incroyable. Ecoutez plutôt ce qu'en dit Alibert : « Que signifie la torture de l'épilation, pratiquée encore dans quelques lieux de l'Italie et de l'Angleterre ? Ce genre de médication est tout aussi barbare que celui de la calotte. Arracher les cheveux, un à un, avec des pinces et sur une surface plus ou moins étendue, ensanglanter la tête à chaque instant par la plus douloureuse des mutilations, est un acte odieux, qui rappelle le supplice de ces anciens martyrs de la foi qu'on faisait mourir à petit feu. » (*Monographie des Dermatoses*, 2e édit., p. 320.)

L'épilation par la pince cause, j'en conviens, quelques douleurs aux malades ; mais je pense que, sous ce rapport, on ne trouve pas qu'elle égale la calotte ou dépasse l'épilation avec les doigts. D'ailleurs, dans la plupart des cas, la douleur n'est très-vive qu'au début du traitement à la première séance ; plus tard les malades s'aguerrissent ; au troisième jour, ils sont déjà accoutumés et disent ne souffrir que très-modérément.

Si l'épilation par la pince exige un temps plus long que la calotte, ce temps au moins est employé au profit du malade, car l'extraction des poils étant plus complète, mieux faite, dans une direction convenable, les chances de succès sont beaucoup plus nombreuses. La lenteur de notre procédé n'est cependant pas telle qu'on veut le faire croire ; il ne faut à nos infirmiers guère plus de sept à huit heures pour épiler avec la pince toute une tête, et ce temps est partagé en trois, quatre ou cinq séances ; de sorte qu'en général, au quatrième jour, l'épilation est terminée.

Ce que je viens de dire de la durée de l'opération et des douleurs qu'elle occasionne doit être considéré comme la règle générale ; et, puisqu'il est si peu de règles sans exceptions, nous avouerons volontiers qu'il y a un certain nombre de malades qui supportent difficilement cette légère opération, et chez lesquels on doit la pratiquer avec une lenteur extrême, ou, pour mieux dire, avec des temps d'arrêt très-nombreux. Quelquefois il faudra s'en prendre à la maladresse de l'épileur, et plus souvent à une sensibilité excessive de quelques malades, ou à une pusillanimité dont vous ne vous faites pas l'idée. M. Deffis a vu au traitement externe, chez des mentagreux, la seule crainte de l'épilation provoquer une syncope ! Quant aux enfants, vous savez aussi bien que moi qu'on ne peut pas juger, par leurs cris, de la douleur qu'ils éprouvent ; rarement ceux qui crient le plus sont-ils ceux qu'on fait le plus souffrir.

Je résume les avantages que me paraît avoir l'épilation par la pince, et qui doivent lui mériter la préférence sur les autres procédés : elle est beaucoup moins douloureuse que la calotte, et ne l'est pas plus que l'épilation avec les doigts ; elle est surtout plus efficace que l'une et l'autre, car on peut extraire les poils (les poils de duvet comme les poils parfaits) sans en laisser un seul ; et on n'en casse qu'un petit nombre, parce qu'on les tire dans le sens de leur direction naturelle.

S'il en est autrement dans la teigne tonsurante, c'est que les poils se brisent d'eux-mêmes par suite d'une altération spéciale ; nous en parlerons plus tard.

Il n'est pas indifférent de prendre la première pince venue pour pratiquer l'épilation, et surtout pour la bien faire. Les pinces qui servent ordinairement à cet usage sont impropres à remplir le but qu'on se propose en évulsant les cheveux ou les poils dans les teignes. Les branches de ces pinces sont trop minces, trop flexibles ; quand on les presse, elles fléchissent sous les doigts ; les deux faces internes se touchent au centre, et les deux extrémités libres, au lieu de se rapprocher de plus en plus, s'écartent au contraire l'une de l'autre, ce qui fait qu'elles glissent sur les cheveux qu'elles ont saisis, les tiraillent et les rompent ; l'épilation est incomplète et elle cause de très-vives douleurs. Frappé de ces graves inconvénients, et profondément convaincu de la nécessité d'une épilation prompte et bien faite, M. Deffis a remédié à l'insuffisance de ces pinces en faisant subir une légère modification à la pince à disséquer. Cette modification porte tout simplement sur les extrémités libres des deux branches de la pince ; elles sont aplaties, d'un diamètre de trois ou quatre millimètres, se touchant exactement par leurs surfaces internes quand on les presse, et munies d'une dentelure émoussée, dans une étendue de un centimètre à peu près. Je dis émoussée, car si les dents de lime dont sont armées les extrémités internes de la pince, conservent leurs bords tranchants, elles coupent les cheveux comme le feraient des ciseaux, et l'épilation devient impossible. Le bout libre de la surface externe de chacune des deux branches est taillé en biseau, et son épaisseur à l'extrémité est à peu près d'un millimètre ; l'une des deux branches est percée au centre ; dans cette petite ouverture circulaire, vient s'engager une pointe qui se trouve solidement fixée à la branche du côté opposé ; elle maintient ainsi les deux branches appliquées l'une contre l'autre, et les empêche de glisser quand on les serre sur les cheveux, au moment de les extraire.

Cette pince, avec ces petites modifications, remplit parfaitement les conditions nécessaires pour pratiquer l'épilation avec facilité et presque sans douleur, lorsque les cheveux ou les poils sont fournis et qu'ils ont un certain développement. Mais là où il n'y a que des poils follets ou quelques cheveux rompus très-ras, qu'il est également indispensable d'évulser, M. Deffis remplace cette pince par une autre, qui, dans ce cas, fonctionne beaucoup mieux. Celle-ci diffère de la première en ce que les deux branches sont plus larges, surtout aux extré-

mités libres qui ont un diamètre de huit à dix millimètres, et qui sont recourbées en dedans, de façon à simuler une tenaille. Quand un espace plus ou moins étendu de la peau a été déblayé par la première pince, la seconde, si elle est bien maniée, s'empare de tout ce qui offre la moindre prise et fait place nette. C'est en appelant ainsi à notre secours, tantôt l'une, tantôt l'autre de ces pinces, que nous sommes parvenu à obtenir une épilation aussi parfaite que possible.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTE 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

Le service chirurgical du Val-de-Grâce, dirigé par M. le professeur baron H. Larrey, fournit à l'enseignement de la clinique de l'Ecole de médecine militaire, une grande variété de faits pathologiques intéressants à observer. Il faut dire que les nombreux cas de chirurgie admis journellement dans cet hôpital sont placés, sans exception, dans les salles de la clinique, où on ne conserve, à cause même des exigences de l'enseignement, que ceux d'un intérêt relatif plus grand, les autres étant évacués sur les divisions secondaires.

En outre, pendant le cours de cette année, une grande quantité de blessés de la guerre de Crimée ont été dirigés sur le Val-de-Grâce, les uns pour achever une guérison incomplète ou pour y être soumis à des opérations secondaires, les autres pour attendre des pensions de retraite ou pour se procurer des appareils de prothèse, etc. Le nombre de ces blessés qu'il nous a été donné ainsi d'examiner, dans l'espace de six mois, est considérable, surtout si, à ceux qui sont entrés à l'hôpital, on ajoute ceux qui s'y sont seulement présentés pour subir la visite ou la contre-visite relative, soit à l'incurabilité, soit à l'envoi aux eaux minérales, ou pour réclamer des conseils et des soins passagers.

Ces heureuses conditions ont été mises à profit par M. le professeur Larrey, et il a pu nous faire étudier avec lui les suites des blessures les plus diverses, la série presque complète des plaies et des mutilations de toutes sortes par armes de guerre.

Pour donner une idée de la variété de cet enseignement clinique, il nous suffira de dire que, dans l'espace de six mois, du mois de mai au mois de novembre, plus de quatre cents malades ont été soumis à l'examen de MM. les docteurs stagiaires qui, dans ce court laps de temps, ont pu voir passer sous leurs yeux le tableau à peu près complet des affections chirurgicales susceptibles d'être rencontrées chez les hommes de l'armée depuis les plus simples et les plus communes en temps de paix, jusqu'aux blessures les plus compliquées résultant de l'action des projectiles de guerre.

Chargé par nos fonctions d'aide de clinique de prendre des notes sur la plupart des malades, nous avons recueilli un certain nombre d'observations qui, nous aimons à le croire, ne sont pas sans intérêt. Déjà plusieurs ont été publiées et font partie des communications faites par M. le professeur Larrey à la Société de chirurgie, pendant le cours de cette année. C'est ainsi qu'on trouvera dans les bulletins de cette société savante les observations détaillées :

1° D'une tumeur fibro-plastique énorme de la cuisse, opérée par ablation, suivie de guérison ;

2° D'une tumeur osseuse du radius (kystes multiloculaires), ayant nécessité l'amputation de l'avant-bras ;

3° D'un anévrisme diffus de l'artère humérale, opéré heureusement par l'ouverture de la poche et la ligature des deux bouts du vaisseau lésé ;

4° D'un staphylôme pellucide hémisphérique des deux cornées (Soc. de chir., séance du 11 juin 1856) ;

5° De deux exostoses épiphysaires à la partie inférieure et externe du fémur (Soc. de chir., séance du 17 sept. 1856) ;

6° D'une série d'amputations des membres inférieurs à diverses hauteurs (Soc. de chir., séances des 15 octobre et 3 décembre 1856) ;

7° D'une résection de l'extrémité supérieure de l'humérus, avec indication d'un appareil destiné à rendre possibles les mouvements du bras (Soc. de chir., séance du 11 février 1857) ;

8° D'une luxation en haut et au dehors du gros orteil, compliquée de plaie avec issue de l'extrémité du premier métatarsien, résection de la tête de cet os, et guérison du malade (Soc. de chir., séance du 25 février 1857, etc., etc). Ces faits ne sont pas les seuls qui, au milieu de tous ceux qui se sont présentés, méritassent d'être publiés, il en est d'autres, même parmi les affections les plus communes, qui ont offert des particularités également dignes d'être signalées. C'est ce que nous avons essayé de faire dans ce compte rendu.

Nous ne pourrions rapporter toutes les observations dans tous leurs détails, parce que cet exposé deviendrait beaucoup trop long ; d'ailleurs bon nombre de ces observations, prises isolément, n'offriraient qu'un intérêt médiocre et seraient pour ainsi dire sans signification, tandis que, groupées et soumises à une appréciation comparative, elles donneront lieu à des remarques plus utiles. — Il en est ainsi pour les diverses lésions traumatiques, les entorses, les tumeurs blanches, les ostéites sternocostales, les amputations, etc.

Envisagée sous ce dernier point de vue, et surtout au point de vue de l'étude comparative des mêmes affections observées dans les hôpitaux civils et dans les hôpitaux militaires, la clinique chirurgicale militaire se prête alors à quelques considérations particulières qui la caractérisent spécialement, ainsi que M. Larrey l'a professé et montré pendant dix ans au Val-de-Grâce.

Les propositions suivantes, dont la justesse doit être reconnue par tout le monde, suffisent pour justifier son opinion sur ce sujet :

1° Toute la catégorie des blessures par armes de guerre forme dans la chirurgie militaire une des branches les plus essentielles, sinon tout à fait spéciales ;

2° Toute la série des lésions externes simulées, dissimulées, provoquées, entretenues ou exagérées, y sont également un sujet particulier d'études approfondies, exigeant dans la pratique autant de sagacité que de réserve et d'expérience ;

3° Certaines maladies, sans être propres aux soldats, se montrent cependant chez eux avec des différences essentielles, soit dans leurs causes ou leur mode de développement, soit dans leur terminaison ou dans leurs conséquences ;

4° Il est des affections qui sont extrêmement fréquentes et presque endémiques dans les hôpitaux militaires ; d'autres, au contraire, qui, plus communes dans les hôpitaux civils (bien entendu, il n'est question ici que des adultes), y sont très-rares et ne s'y rencontrent que par exception. Ce sont, dans le premier cas, la stomatite ulcéreuse, l'adénite cervicale, l'otite, l'héméralopie, l'ostéite des côtes et du sternum, la sacrocoxalgie, etc. ; dans le second, les tumeurs, le cancer, le sarcocèle, les accidents des hernies, etc. ;

5° Enfin n'est-il pas évident qu'il faut prendre en grande considération : 1° d'une part, l'influence heureuse que la constitution en général pleine de force et de vigueur des soldats exerce sur la marche et la terminaison des lésions dont ils sont atteints, et qui dans le traitement permet de compter sur les ressources infinies de la nature ; 2° d'une autre part, au contraire, l'effet funeste des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles les troupes se trouvent quelquefois placées,

les fatigues du service, les marches forcées, les campements ou les casernements insalubres, etc.; d'où des modifications sensibles dans la marche de ces mêmes lésions traumatiques, et le développement de complications devenant elles-mêmes de nouvelles affections morbides.

Nous suivrons, dans cet exposé, l'ordre qui fut adopté par M. le professeur Larrey dans la dernière conférence de l'année, leçon pleine de vues générales dans laquelle tous les faits qui avaient été le sujet des exercices cliniques furent récapitulés et commentés sommairement.

Nous les rangerons donc en deux groupes, suivant qu'ils se rapportent : 1° aux maladies générales; 2° aux maladies des tissus, en faisant rentrer dans ce dernier groupe quelques maladies des régions.

§ Ier. — CONTUSIONS.

Pronostic de l'ouverture du sinus maxillaire. — Diagnostic de la fracture de l'épine de l'omoplate. — Ponctions capillaires contre les contusions suivies d'épanchements.

Les contusions, au premier et au second degré, ont été très-fréquentes, et se sont montrées dans presque toutes les régions.

Deux contusions par un coup de pied de cheval, l'une à l'épigastre, et l'autre dans l'hypocordre droit, bien que violentes, n'ont cependant pas été suivies d'accidents graves du côté des viscères sous-jacents, quoique, pendant les deux ou trois premiers jours, plusieurs symptômes, tels que le vomissement, la douleur vive, le ballonnement du ventre, etc., fissent craindre une terminaison moins heureuse. Il est vrai que, dès le début, on eut recours à un traitement antiphlogistique local énergique.

Une autre contusion, par la même cause, dans la région orbitaire externe, avec plaie contuse aux deux paupières, a présenté, comme complication, un emphysème qui ne s'est pas étendu au delà de la région, et s'est dissipé au bout de quatre jours. Ce phénomène autorise à admettre qu'il y a eu fracture du rebord orbitaire inférieur et ouverture du sinus maxillaire, circonstance qui, du reste, n'ajoute rien à la gravité de la contusion.

Le cas suivant est relatif à une contusion de l'épaule, avec probabilité d'une fracture de l'épine de l'omoplate, laquelle, comme on le sait, ne donnant lieu le plus ordinairement ni à un déplacement ni à la crépitation, est presque impossible à reconnaître :

Un artilleur est frappé par un levier pesant dans la région scapulaire postérieure au milieu de l'épine de l'omoplate. Il en résulte une ecchymose de la largeur de la paume de la main, et une douleur à la pression fixe et limitée au niveau du point contus de la crête osseuse, sans déformation ni crépitation; — huit jours après l'accident, les traces extérieures de la contusion ayant disparu, la douleur, à la pression, persistait aussi vive dans ce point de l'épine de l'omoplate.

D'après ce simple ind ce, peut-on dire qu'il y avait fracture?

Enfin, nous citerons un autre exemple de contusion avec épanchement sanguin considérable, parce que celui-ci a fourni à M. Larrey l'occasion d'essayer les ponctions capillaires, proposées, il y a peu de temps, par M. Voillemier, à la Société de chirurgie:

Un artilleur tombe du haut d'un caisson qui était en marche, de manière que le jarret gauche frotte sur la roue. Il en résulte une forte excoriation de la peau dans le point directement contus, une ecchymose et un épanchement considérable occupant tout le creux du jarret, et remontant jusqu'à la moitié de la face postérieure de la cuisse, avec fluctuation manifeste sans distension des téguments.— Cinq jours après, M. Larrey pratique, avec la tige d'un trocart explorateur, quatre ponctions successives, la dernière seule ayant donné issue à du sang pur, liquide, brun, épais, lequel s'écoule, non par jet, mais d'une manière lente et continue. Ces ponctions ne furent nullement douloureuses. L'écoulement du sang a continué sans interruption en bavant jusqu'au lendemain. Il en est sorti ainsi environ la capacité d'un crachoir; et la circonférence du membre avait diminué de 3 centimètres lorsque l'escarre, qui s'était formée au point où la peau avait été excoriée, s'est détachée. Dès lors, le foyer se trouvant largement ouvert, s'est vidé ; la suppuration s'y est établie et a amené la guérison sans accident.

Ce fait ne peut rien prouver sur l'efficacité des ponctions capillaires, puisque l'expérience a été interrompue par la chute de l'escarre; mais il montre : 1° que ces ponctions capillaires ne sont nullement douloureuses; 2° qu'elles peuvent être pratiquées à plusieurs reprises dans un foyer sans amener une goutte de liquide sanguin; 3° que si l'écoulement de celui-ci se fait quelquefois par jet, il peut se faire aussi en bavant lentement et d'une manière continue, la petite ouverture faite à la peau restant entr'ouverte.

§ II. — *Plaies simples par instruments piquants et tranchants.*

Ce n'est guère qu'à la suite de duels et de rixes, et rarement par suite d'accidents, qu'on observe des blessures par instruments tranchants dans les hôpitaux militaires (il n'en est plus de même aux ambulances ou en campagne) Ces sortes de lésions sont plus fréquentes dans certains hôpitaux civils.

Aucun cas ne s'en est présenté au Val-de-Grâce pendant l'année 1856.

Mais les plaies par instruments piquants y sont beaucoup moins rares, sans parler ici des piqûres des doigts, qui sont si fréquemment le point de départ de panaris et de phlegmons de la main.

Nous citerons entre autres faits :

1° Celui d'un fusilier du 88me de ligne, nommé M***, qui, dans la manœuvre de l'exercice, s'enfonça la pointe d'une baïonnette dans la face palmaire de l'extrémité du petit doigt de la main droite, au niveau du pli articulaire de la dernière phalange. La petite plaie qui en résulta donna à peine écoulement à quelques gouttes de sang et se ferma d'elle-même ; mais, dès le lendemain, le doigt fut pris de gonflement, lequel gagna bientôt toute la main et la face antérieure de l'avant-bras, malgré des applications réitérées de sangsues et d'émollients. Ce phlegmon profond fut suivi de suppuration dans les gaînes des fléchisseurs, nécessita plusieurs ouvertures à l'avant-bras et à la main, et ne fut guéri qu'au bout de deux mois, en laissant une rétraction du petit doigt;

2° Celui d'un caporal du 76 de ligne, nommé A***, qui, voulant faire rentrer au quartier un de ses camarades ivre, fut frappé par celui-ci dans le flanc gauche, au milieu de la ligne verticale séparant l'épine iliaque antéro-supérieure du rebord des fausses côtes, d'un coup de baïonnette qui pénétra à une profondeur de deux pouces environ, et fit à la peau une plaie triangulaire de quinze millimètres de longueur. — Immédiatement, faiblesse, sueurs froides, issue de quelques gouttes de sang seulement par la plaie, et gonflement du ventre. — Pendant la nuit suivante, plusieurs vomissements de matières muqueuses non sanguinolentes, hoquet, frissons, soif vive. — Le lendemain, face légèrement grippée; fièvre (108 puls.); ventre ballonné, sonore à la percussion dans tous les points, douloureux à la pression, surtout au niveau de la plaie, dont les bords sont agglutinés et ne laissent échapper aucun liquide. — Constipation (sangsues sur le ventre, lotions émollientes, lavement purgatif, diète, position du tronc mettant les parois abdominales dans le relâchement). — Pendant les deux jours suivants, mêmes symptômes, même traitement. – Pas de sang dans les selles.— A partir du cinquième jour, cicatrisation complète de la plaie. — Disparition du ballonnement du ventre et de la douleur, etc.— Au dixième jour, guérison complète.

Malgré le peu de gravité des symptômes, et leur disparition rapide, il ne peut être douteux cependant que la plaie ait été pénétrante, et le ballonnement subit du ventre le résultat de la piqûre de l'intestin.

(*La suite au prochain numéro.*)

PHYSIOLOGIE.

NOUVEAUX FAITS ET CONSIDÉRATIONS NOUVELLES CONTRE L'EXISTENCE DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE;

Mémoire lu à l'Académie des sc ences, l 27 juil et 1857, par le Dr Louis Figuier, agré é de chimie à l'École de pharmac e de Paris.

Dans la Note que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie le 7 juin dernier, j'ai annoncé devoir lui communiquer prochainement des observations nouvelles sur le sucre contenu dans

le sang de la veine porte et dans celui de la circulation générale chez les animaux carnivores. Je viens remplir cette promesse, et profiterai de cette occasion pour essayer de fixer les idées sur la véritable origine du sucre qui existe dans différents organes de l'économie.

§ I. — *Du sucre existant dans le sang de la veine porte et dans celui de la circulation générale.*

Personne n'a oublié les discussions et les dénégations auxquelles a donné lieu l'assertion que j'ai émise, pour la première fois, en 1855, de la présence du sucre dans le sang de la veine porte chez les animaux carnivores. Les démentis répétés donnés à ce fait tenaient à une confusion qu'il est grand temps de voir disparaître. Les expérimentateurs qui ont cru pouvoir nier la présence du sucre dans le sang de la veine porte, prenaient, comme caractère fondamental et exclusif du glycose, le phénomène de la fermentation. Constatant que le produit sucré contenu dans le sang de la veine porte chez les animaux carnivores n'éprouve pas directement le phénomène de la fermentation alcoolique, ils partaient de ce fait pour conclure que ce produit n'appartient point au groupe des matières sucrées. Je n'avais pourtant nullement avancé, comme on peut le voir par la lecture de mon mémoire (1), que le sucre contenu dans le sang de la veine porte fût fermentescible directement. J'annonçais seulement qu'il réduisai, comme le glycose contenu dans le foie, le réactif cupro-potassique. Je prouvai, d'ailleurs, dans un mémoire suivant, que le produit dont il s'agit donne des signes manifestes de fermentation sous l'influence de la levûre de bière, quand on l'a fait préalablement bouillir pendant quelques minutes avec l'acide sulfurique très-étendu (2). La confusion qui a si longtemps régné sur ce sujet n'enlève rien pourtant à la certitude du fait que j'ai annoncé, et que j'ai vérifié un assez grand nombre de fois pour le considérer comme inébranlable, savoir que, *dans le sang de la veine porte des animaux carnivores, il existe une matière sucrée réduisant avec énergie le réactif cupro-potassique.*

J'ai eu l'honneur de rendre témoin de ce fait, en 1855, la commission désignée par l'Académie des sciences pour lui rendre compte de mes recherches. Dans le rapport qui fut présenté à l'Académie par cette commission, et qui a eu un grand retentissement, il fut déclaré que la réduction du réactif cupro-potassique était un signe insuffisant pour caractériser le sucre, et que la fermentation alcoolique était le seul caractère qu'il fût permis d'invoquer pour prononcer sur la nature de ce produit.

Lorsque la commission de l'Académie des sciences a émis l'opinion que je viens de rappeler, elle se conformait rigoureusement aux faits et aux principes dont la science était en possession à cette époque. Mais, depuis ce temps, la chimie a fait de nouveaux pas dans l'étude approfondie des matières sucrées. Il a été reconnu, d'une part, que tous les sucres ne subissent point la fermentation alcoolique : tel est le cas de la *sorbine*, découverte par M. Pelouze; que d'autres sucres, tels que le *mélitose*, fourni par la manne d'Australie, découvert par M. Berthelot, ne donnent que la moitié de l'acide carbonique qui pourrait résulter de leur fermentation alcoolique (3). Il a été établi, d'autre part, que des matières autres que les sucres, telles que la glycérine et la mannite, peuvent fermenter et fournir de l'acide carbonique et de l'alcool sous l'influence de la levûre de bière, quoique n'appartenant point à la famille des sucres (1). On connaît enfin différents produits, tels que le sucre de lait, qui n'éprouvent point directement la fermentation alcoolique sous l'influence de la levûre de bière, mais qui deviennent susceptibles de subir cette décomposition quand on les fait préalablement bouillir pendant un quart d'heure avec de l'acide sulfurique étendu. La matière sucrée dont j'ai signalé l'existence dans le sang de la veine porte est précisément dans ce dernier cas. En un mot, les progrès que la chimie a faits depuis deux ans dans la connaissance du groupe des matières sucrées, conduisent à considérer le phénomène de la fermentation alcoolique comme un caractère secondaire : tous les autres sucres ne fermentent point directement sous l'influence de la levûre de bière; d'autres ne fermentent qu'après avoir été tenus en ébullition avec un acide étendu ; de sorte que le seul caractère qui soit véritablement commun au groupe tout entier des matières sucrées, c'est de réduire le réactif cupro-potassique. D'après l'état actuel de la chimie, on est donc forcé de regarder comme un sucre proprement dit le produit dont j'ai signalé la présence dans le sang de la veine porte, puisqu'il réduit le réactif cupro-potassique et qu'il subit d'ailleurs la fermentation alcoolique quand on le soumet à une courte ébullition avec de l'acide sulfurique étendu.

L'examen chimique du produit sucré existant dans le sang de la veine porte est une opération difficile à reproduire, parce qu'elle entraîne la mort de l'animal. J'ai donc pensé qu'il y aurait intérêt à répéter avec le sang de la circulation générale les expériences que j'avais faites précédemment avec le sang du grand vaisseau de l'abdomen. En opérant avec le sang de la circulation générale, on a d'ailleurs l'avantage de pouvoir se servir plusieurs fois du même animal, en lui laissant des intervalles convenables de repos, et par une opération fort simple que chacun peut répéter pour vérifier l'exactitude des faits annoncés.

En opérant sur le sang de la circulation générale, je n'ai eu aucune peine à isoler le même produit qui existe dans le sang de la veine porte ; à constater que, comme ce dernier, il réduit énergiquement le réactif cupro-potassique et subit la fermentation alcoolique après une courte ébullition avec l'acide sulfurique étendu. Voici les détails de deux de ces expériences. On y trouvera la description d'un procédé nouveau, extrêmement sûr et commode, et auquel je me suis définitivement arrêté pour isoler le sucre contenu dans le sang. Ce moyen est de beaucoup préférable à l'emploi de l'alcool, dont j'ai longtemps fait usage; il est plus économique et plus expéditif, et je crois devoir le recommander à l'exclusion de tout autre, comme permettant aux chimistes d'opérer avec certitude la recherche dont il s'agit.

Exp. Ire. — A la veine jugulaire d'un chien qui se trouvait depuis six mois au régime exclusif de la viande de cheval, on a pratiqué une saignée, six heures après le repas. Le sang ayant été battu, pour en séparer la fibrine, et passé à travers un linge, on a pris 330 grammes de ce sang défibriné, auquel on a ajouté une quantité d'acide acétique suffisante pour qu'il pût rougir faiblement le papier de tournesol. Placé dans une capsule de porcelaine, ce sang battu a été porté à l'ébullition pour le coaguler. Le coagulum épais, étant jeté sur un linge et lavé à l'eau distillée, donne un liquide rougeâtre qui est de nouveau porté à l'ébullition et faiblement évaporé, pour achever la précipitation de toutes les matières coagulables par la chaleur. En séparant ce nouveau coagulum au moyen d'un linge fin et serré, on obtient un liquide limpide qui réduit avec beaucoup d'énergie le réactif cupro-potassique.

Pour s'assurer que le produit réduisant le réactif cupro-potassique jouit également de la propriété d'éprouver la fermentation alcoolique après son ébullition avec un acide étendu, on a évaporé ce liquide jusqu'à siccité : le résidu de cette évaporation, d'une couleur jaune verdâtre, pesait 10 grammes.

J'ai fait dissoudre ce résidu dans de l'eau distillée contenant 1 pour 100 de son poids d'acide sulfurique du commerce, et j'ai porté ce li-

---

(1) *Deuxième mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie*, lu à l'Académie des sciences, le 26 mars 1855. —Voir *Monit. des hôpit.*, 3 avril 1855.

(2) *Troisième mémoire sur la fonction glycogénique du foie*, lu à l'Académie des sciences, le 27 août 1855.— Voir *Monit. des hôpit.*, 31 août 1855.

(3) *Sur quelques sucrées*, par M. Berthelot, *Annales de chimie et de physique*, 3e série, t. XLVI.

(1) *Transformation de la mannite et de la glycérine en sucre proprement dit*, par Berthelot, *Annales de chimie et de physique*, 3e série, juillet 1857, t. L.

quide à l'ébullition dans un ballon de verre. Cette ébullition a été entretenue pendant un quart d'heure, en remplaçant de temps en temps par de l'eau distillée le liquide réduit en vapeur.

Après cette ébullition, l'acide libre ayant été saturé par quelques gouttes de potasse, j'ai mis ce liquide neutre en contact avec la levûre de bière dans un tube que j'ai achevé de remplir avec du mercure et l'ai renversé dans un verre à expérience plein de mercure. Le tout ayant été placé à une certaine distance d'un fourneau modérément chaud, la fermentation n'a pas tardé à s'établir. Au bout de vingt-quatre heures, le liquide a laissé dégager 10 centimètres cubes d'acide carbonique entièrement absorbable par la potasse.

Exp. II. — On a voulu constater par l'expérience suivante que le produit sucré qui fait partie du sang de la circulation générale n'est pas précipité par le sous-acétate de plomb, caractère nouveau et essentiel pour établir son identité avec les matières glycosiques.

Six heures après son repas, on a pratiqué une saignée à la veine fémorale d'une chienne qui, depuis trois ans, est soumise, à l'Ecole d'Alfort, au régime exclusif de la viande de cheval. Le sang, défibriné et passé à travers un linge, pesait 300 grammes. Convenablement acidulé par l'acide acétique, on l'a coagulé par la chaleur, comme il est indiqué ci-dessus, et le liquide obtenu, après sa complète coagulation, a été précipité par le sous-acétate de plomb, employé en excès. Séparé, par la filtration, du précipité occasionné par le sel plombique, le liquide a été débarrassé de l'excès du sel de plomb par une dissolution d'hydrogène sulfuré. Le liquide filtré, et qui réduisait avec une grande énergie le réactif cupro-potassique, a laissé un résidu d'une saveur légèrement sucrée, et pesant 3gr,05. Ce résidu a été dissous dans de l'eau contenant 1 pour 100 d'acide sulfurique et entretenu pendant un quart d'heure à l'ébullition. L'acide libre ayant été saturé par quelques gouttes de potasse, le liquide a été mis en présence de la levûre de bière dans un tube qu'on a achevé de remplir avec du mercure et que l'on a placé dans la proximité d'un fourneau. La fermentation a commencé de s'établir au bout d'une heure, et après vingt-quatre heures le liquide avait laissé dégager 15 centimètres cubes de gaz acide carbonique entièrement absorbable par la potasse.

On s'était assuré, comme dans l'expérience qui précède, au moyen d'une certaine quantité de sang mise à part dans cette intention, que le produit sucré dont il s'agit ne fermente pas directement par l'action de la levûre de bière. Nous ferons pourtant remarquer que, lorsqu'il est resté en contact pendant un ou deux jours avec de la levûre de bière et qu'on le sépare de cette levûre par la filtration, ce liquide n'exerce plus d'action réductrice sur le réactif cupro-potassique, ce qui montre bien que la levûre, si elle ne provoque pas la fermentation alcoolique de ce produit, détermine pourtant sa décomposition sous une autre forme.

Il résulte, des deux expériences qui viennent d'être rapportées, que la matière sucrée dont nous avons démontré l'existence dans le sang de la veine porte se retrouve aussi dans le sang de la circulation générale, où elle sera plus accessible aux opérateurs. Cette matière appartient évidemment au groupe des sucres; car elle présente les caractères propres à cet ensemble de corps, savoir : 1° la réduction par le réactif cupro-potassique; 2° la fermentation acloolique après l'action préalable d'un acide étendu; 3° la non-précipitation par le sous-acétate plombique.

§ II. — *Conséquences qui résultent de la présence du sucre dans le sang de la veine porte et de la circulation générale.*

Il n'est plus permis maintenant de mettre en doute l'existence d'un produit sucré dans les vaisseaux sanguins des animaux carnivores. Aucune équivoque n'étant plus possible à cet égard, ce qui nous importe seulement aujourd'hui, c'est de déduire les conséquences de ce fait.

La première conséquence à en tirer, c'est l'inexactitude bien avérée de cette assertion fondamentale de M. Bernard, que l'on ne doit point perdre de vue, puisqu'elle a été le point de départ de ses travaux relatifs à la fonction glycogénique du foie, et qu'il formule en ces termes : « *Le foie, à l'exception de tout autre organe de l'économie, contient de la matière sucrée* (1). » Tous les travaux des expérimentateurs qui se sont occupés de ce sujet ont renversé sans retour cette assertion fondamentale de l'auteur de la théorie glycogénique. Est-il nécessaire de rappeler les belles recherches de M. Colin (d'Alfort), qui ont établi la présence du sucre dans presque tous les liquides de l'économie, et en particulier son expérience si remarquable avec un taureau carnivore, qui a fait découvrir l'existence du sucre dans le chyle recueilli par une fistule au canal thoracique; celles de M. Chauveau (de Lyon), qui ont confirmé les résultats annoncés par M. Colin et prouvé l'existence du sucre dans presque tous les liquides de l'économie, dans les artères aussi bien que dans les veines, pendant le jeûne des animaux comme après la digestion; celles enfin de M. Sanson, chef du service de chimie à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, confirmant tous les faits qui précèdent?

Ainsi, loin d'être localisé uniquement dans le foie, comme l'affirmait l'auteur de la théorie de la sécrétion glycogénique, le sucre se rencontre dans presque tous les liquides non excréteurs de l'économie, et si M. Bernard, à l'origine de ses recherches, n'a trouvé le sucre que dans le foie, c'est qu'il était plus facile de le reconnaître dans cet organe, où il n'est pas masqué par des produits étrangers en quantité suffisante pour dissimuler sa présence aux réactifs chimiques.

Mais, dira-t-on, le sucre que l'on trouve dans le foie n'est pas identique avec celui qui existe dans la veine porte et dans les vaisseaux de la circulation générale, puisque le premier a la propriété d'entrer en fermentation directement et sans aucun traitement préalable, tandis que l'autre n'est apte à subir cette fermentation que quand on l'a traité par un acide étendu. L'explication que je vais donner de ce fait paraîtra, je l'espère, satisfaisante.

Le sucre est un des produits du dédoublement chimique qu'éprouvent les matières azotées par l'effet de la digestion dans le canal alimentaire. Au moment de sa formation, et tel qu'on le trouve dans la veine porte, il n'est pas encore passé à l'état de sucre fermentescible directement; mais il est susceptible de se modifier aisément et de passer à l'état de sucre directement fermentescible, quand il séjourne un certain temps dans l'économie. Par l'espèce de stase sanguine qui se fait dans les cellules hépatiques, le sucre qui arrive par le sang de la veine porte séjournant longtemps dans le tissu de cet organe, et se trouvant en présence de diverses matières animales, se transforme en sucre directement fermentescible. Par l'action du temps et des matières avec lesquelles il se trouve en présence dans le tissu du foie, ce produit éprouve donc la même modification, fort simple d'ailleurs, qu'on lui fait subir en peu d'instants, en le tenant en ébullition avec un acide étendu. Les faits que nous allons citer confirmeront d'une manière frappante l'explication qui précède.

M. Sanson a observé que le sucre qui existe dans le sang veineux du cheval ne fermente directement qu'avec beaucoup de difficultés; mais que, si l'on abandonne à lui-même pendant quarante-huit heures ce sang défibriné, le sucre extrait de ce sang fermente alors avec beaucoup d'énergie par l'action de la levûre de bière et sans aucun traitement particulier. Dans ce cas, le sucre non fermentescible, demeurant un certain temps en contact avec les éléments organiques du sang, s'est transformé en sucre directement fermentescible, comme il arrive pour celui qui s'introduit dans le foie par la veine porte et qui, par son séjour au sein de l'organe hépatique, se transforme en sucre fermentescible.

M. Colin, qui a fait la belle découverte de la présence du sucre dans le chyle des animaux carnivores, a constaté que ce sucre éprouve directement la fermentation alcoolique. On ne s'étonnera point de ce fait si l'on considère qu'en raison de la lenteur de la progression du chyle dans les vaisseaux chy-

(1) *Sur une nouvelle fonction du foie*, in-4, 1853, p. 68. (Thèse à la Faculté des sciences de Paris.)

lifères et dans le canal thoracique, en raison aussi du travail particulier d'élaboration qui s'accomplit dans l'intérieur des villosités intestinales, le produit sucré du chyle a eu le temps de subir la modification qui le fait passer à l'état fermentescible.

M. Blot a annoncé que, dans l'urine des femmes enceintes et des nourrices, il existe une quantité appréciable de sucre; et, d'après le même expérimentateur, ce sucre entre directement en fermentation. On comprend, en effet, qu'après avoir séjourné longtemps dans l'économie et franchi toutes les trames organiques qu'il doit traverser pour se rendre dans la vessie, ce produit sucré ait eu le temps de devenir fermentescible.

On trouve, dans l'œuf des oiseaux, une certaine quantité de sucre qui est d'environ 0gr,1 pour chaque œuf de poule; il est facile de mettre ce produit en évidence en coagulant l'albumine de l'œuf étendue d'eau par la chaleur ou par l'alcool, et traitant le liquide filtré par le réactif cupro-potassique. Or, comme je m'en suis assuré, ce sucre est fermentescible directement, ce qui s'explique par le contact prolongé de ce produit avec les éléments organiques contenus dans l'œuf.

Tous ces faits concourent donc à établir qu'en présence des matières animales, vivantes ou non, le sucre non fermentescible peut subir la modification qui le rend directement fermentescible; ils généralisent le phénomène que nous présente le contraste chimique entre le sucre du foie et celui du sang dans la veine porte.

Mais ici une objection va s'élever. Comment se fait-il, dira-t-on, que le sucre qui fait partie du sang de la circulation générale ne soit point fermentescible, puisque le chyle, pendant la période digestive, et les veines hépatiques, presque à tous les moments, y déversent du sucre fermentescible? Cette difficulté disparaîtra si l'on réfléchit que le sucre fermentescible est un produit plus inaltérable que son congénère d'où il dérive, de telle sorte qu'il doit disparaître assez rapidement par le travail de la respiration ou de la nutrition. Une fois parvenu, par la série des mutations qu'il a subies, à l'état définitif représenté par le sucre fermentescible, ce produit est sans doute dans les conditions nécessaires pour sa destruction dans l'économie, et c'est sur lui que se porte de préférence l'action comburante de l'oxygène atmosphérique. Au reste, je développerai tout à l'heure, avec plus de détails, ce point particulier.

§ III. — *Origine du sucre contenu dans les différents organes et liquides de l'économie.*

Ce sucre que contiennent manifestement presque tous les organes parenchymateux et les liquides non excréteurs de l'économie, d'où provient-il? En 1855, dans mon premier mémoire, j'ai admis qu'il tirait uniquement son origine de l'alimentation; que le tube intestinal était son point de départ véritable, et qu'il ne fallait nullement chercher sa source dans une sécrétion glandulaire. Cette explication me paraît toujours la véritable expression des faits. Quand on voit le glycose disparaître du foie par l'abstinence et augmenter de proportion pendant la période digestive, comment chercher ailleurs que dans les matières alimentaires l'origine de ce produit? Le résultat d'expériences qu'il me reste à faire connaître confirmera, je l'espère, cette pensée.

J'ai trouvé dans le tube intestinal des chiens qui se trouvaient depuis des mois entiers au régime exclusif de la viande, un produit qui se rattache manifestement au groupe chimique des sucres, et qui est peut-être la substance primitive qui, diversement modifiée, devient le sucre fermentescible du chyle et du foie.

Tuez, par la section du bulbe rachidien, sept à huit heures après le repas, un chien tenu au régime exclusif de la viande; ouvrez l'abdomen, appliquez une ligature un peu au-dessous du pylore et une autre à la terminaison du petit intestin; détachez d'un coup de ciseau, au-dessus de chacune de ces ligatures, cette partie du tube intestinal; fendez ensuite l'intestin dans toute sa longueur, il s'en écoulera un liquide brunâtre, quelquefois blanc; laissez macérer pendant un quart d'heure dans l'eau distillée ce liquide et l'intestin lui-même; passez le liquide à travers un linge, précipitez-le par un excès de sous-acétate de plomb, et vous obtiendrez un très-abondant précipité blanc. Ce précipité étant jeté sur un filtre et lavé, ajoutez une dissolution d'hydrogène sulfuré pour faire disparaître l'excès du sel plombique; filtrez pour séparer le sulfure de plomb et évaporez la liqueur jusqu'à siccité, vous obtiendrez un résidu que je ne peux me défendre de considérer comme le véritable produit originel du sucre dans l'économie animale. En effet, ce produit est doué d'une saveur sucrée des plus manifestes, caractère bien remarquable dans le cas qui nous occupe. Il ne réduit point le réactif cupro-potassique (1).

La présence dans le tube intestinal des animaux carnivores de cette substance d'une saveur sucrée et qui n'est pas précipitable par le sous-acétate de plomb, me paraît frappante pour marquer l'origine et la filiation du sucre dans l'économie animale. Elle nous fait saisir les différentes transitions chimiques qui ont pour résultat final de donner du sucre fermentescible en partant de la matière alimentaire azotée. On aurait, en effet, d'après cela :

Dans le tube intestinal, le premier état du sucre, c'est-à-dire une substance de saveur sucrée, et non précipitable par le sous-acétate de plomb, mais qui ne réduit pas le réactif cupro-potassique et n'entre pas en fermentation;

Dans la veine porte, le deuxième état du sucre, c'est-à-dire un produit qui réduit le réactif cupro-potassique, qui ne fermente pas directement, mais qui est susceptible d'éprouver la fermentation alcoolique, après avoir subi l'action d'un acide étendu;

Dans le foie (comme aussi dans le canal thoracique), le troisième et dernier état du sucre, c'est-à-dire un produit qui réunit les deux caractères : réduction des sels de cuivre et fermentation directe.

Pendant les discussions auxquelles a donné lieu l'importante question qui nous occupe, on est demeuré trop longtemps sous l'empire d'une idée qui n'est nullement en harmonie avec l'état présent de la science. On a voulu faire du glycose un produit unique à propriétés tranchées et constantes. Or, plus on pénètre, à l'aide de la chimie, dans la connaissance approfondie de ce corps, mieux on reconnaît que le sucre ne constitue pas un produit unique, mais qu'il existe un grand nombre de corps composant le groupe général des sucres, lequel renferme un nombre considérable d'espèces à propriétés variées et qui n'ont nullement pour caractère commun la fermentation alcoolique. Selon nous, ce n'est pas un seul et même sucre qui existe dans les différents organes de l'économie animale, mais bien une série de produits appartenant à ce groupe chimique; ces produits dérivent les uns des autres et sont différenciés par des propriétés spéciales. Le sucre qui provient de la transformation des aliments féculents n'est pas certainement le même que celui qui provient de la digestion des aliments azotés; le sucre des urines diabétiques n'est pas le même que celui qui résulte de la modification des matières amylacées, etc...

(*La suite au prochain numéro.*)

(1) Je me réserve de soumettre plus tard cette matière à une étude plus approfondie.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série, Tome 5 — N° 106. 5e ANNÉE. Jeudi, 3 septembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef: **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 2 septembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

ABLATION DE LA MACHOIRE. — FONCTION DE LA MOELLE.

L'Académie était hier un peu en désarroi, par suite de l'absence des deux secrétaires, et, malheureusement, l'absence de l'un d'eux, M. Depaul, était causée par la nouvelle imprévue d'un deuil de famille.

La séance a, néanmoins, été en partie très-bien remplie par une très-intéressante lecture de M. Chauveau, de Lyon, sur les fonctions de la moelle. Les faits expérimentaux de l'auteur semblent absolument contraires à la plupart de ceux qui ont été annoncés, il y a deux ans, par M. Brown-Séquardt, et qui eurent un si légitime retentissement. C'est tout ce que nous en pouvons dire. Quand nous aurons publié *in extenso* le travail de M. Chauveau, nous laisserons à un collaborateur plus compétent que nous le soin de mettre d'accord deux expérimentateurs aussi distingués que MM. Brown-Séquardt et Chauveau, si toutefois leurs expériences peuvent s'accorder, ce qui nous semble douteux.

Avant la lecture de M. Chauveau, M. Huguier a fait entendre un rapport sur les communications assez nombreuses faites à l'Académie par M. Heifelder, d'Erlangen, et relatives à l'ablation totale du maxillaire inférieur. A l'audition imparfaite du rapport de M. Huguier, il nous a semblé que ce qu'on pouvait y comprendre de plus clair, c'est que ce rapport (dans l'opinion de M. Huguier) était excellent, tandis que les mémoires et observations de M. Heifelder ne valaient pas grand'chose. Nous ne nous permettrons pas de dire que l'opinion de M. Huguier soit hasardée, mais nous ne croyons pas commettre une grande indiscrétion en divulgant que M. Jobert nous a manifesté une opinion toute différente en quittant la salle des séances.

— Dans la correspondance, on peut remarquer la lettre de M. Loiseau, dans laquelle le modeste praticien de Montmartre fait volontiers abandon de son droit de priorité en ce qui concerne tout ce qu'on lui a contesté à l'Académie ; mais il réclame, en revanche, la priorité de tout ce qui, dans les idées qu'il a émises dans son travail, est passé sans contestation. On trouvera peut-être que cette logique est sujette à caution.

H. DE CASTELNAU.

Séance de l'Académie des sciences.

Nous aurions peu de chose à dire aujourd'hui de l'Académie des sciences, si un naturaliste distingué, jouissant d'une autorité légitime, M. Guérin-Menneville, n'avait donné une certaine importance à un article du *Moniteur universel*, relatif au traitement de la rage, et qui ne méritait guère les honneurs de la réimpression et d'une mention académique, quoique cet article émane d'une autorité russe fort respectable. Nous publions plus loin cet article du *Moniteur universel*, et après l'avoir lu, nos lecteurs ne manqueront pas sans doute de faire les remarques suivantes :

Dans la première observation, si l'on peut donner le nom d'observations aux faits racontés dans cette lettre, on dit que le médecin possesseur du précieux secret pratiqua d'abord, à la vue du malade, une manœuvre très-douloureuse, mais *indispensable pour s'assurer de la présence du virus rabique dans les plaies ; il serra la main mordue avec force, et provoqua par là le premier accès de la maladie.*

Il y a dans ce peu de mots assez d'erreurs et d'ignorance des connaissances élémentaires de pathologie pour ôter toute valeur aux observations des personnes qui ont fourni les renseignements à M. le directeur de la marine de Nicolaïeff.

D'abord, un médecin qui croirait pouvoir s'assurer par un moyen quelconque qu'il y a ou qu'il n'y a pas du virus rabique dans une plaie, même récente, se ferait une illusion inconcevable, puisque dans l'état actuel de la science aucun moyen ne peut nous permettre une telle constatation. Mais quand on élève une telle prétention en présence d'une plaie qui date déjà de vingt jours, et qui, de plus, a été cautérisée, on montre par là qu'on est étranger à toutes les notions physiologiques et pathologiques du jour.

Quant à cette autre prétention de provoquer immédiatement le premier accès d'hydrophobie en comprimant plus ou moins douloureusement les plaies virulentes, elle ne repose absolument sur rien. C'est une complète erreur et rien de plus.

Si l'on ajoute à ces quelques remarques que les symptômes décrits dans la lettre du directeur de la marine sont tout à fait insuffisants pour établir l'existence de l'hydrophobie chez les malades prétendus guéris; qu'il n'est pas même démontré que les animaux qui sont censés avoir transmis la maladie aient été enragés, on s'étonnera à bon droit que le *Moniteur universel* ait cru devoir donner asile à un tel document, et l'on s'étonnera plus encore qu'un homme aussi habitué que M. Guérin-Menneville aux procédés scientifiques ait cru devoir augmenter l'importance de ce document, en le portant devant l'Académie.

M. Guerin-Menneville se trompe beaucoup, d'ailleurs,

s'il croit que le remède secret du médecin de Pekletz soit le seul qui puisse invoquer de nombreux cas de guérison : les patenôtres de saint-Hubert et beaucoup d'autres recettes peuvent offrir, *en France même*, d'aussi beaux résultats au public crédule, et ce public les accepte d'autant plus volontiers, qu'il ignore que la plus grande partie des individus mordus par des chiens réellement enragés échappent naturellement à la contagion; à plus forte raison en est-il de même des individus mordus par des animaux dont l'état de santé n'a pas été constaté. Grâce aux belles recherches de M. Renault, d'Alfort, ce sont là des connaissances qui sont aujourd'hui vulgaires parmi les médecins, et nous regrettons que M. Guérin-Menneville n'ait pas pris des informations auprès de quelque membre de la section de médecine, à l'Académie, avant d'attirer l'attention sur un secret, qui mérite parfaitement de ne pas sortir de la circonscription où il est confiné depuis longtemps, à ce qu'il paraît. Ce n'est pourtant pas que nous nous opposions à ce que l'Académie fasse des expériences avec la cétoine dorée ou avec tout autre *spécifique;* mais nous voudrions qu'on ne fît du bruit autour de ce spécifique qu'après que l'Académie se serait prononcée, et non auparavant.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MEDECINE CLINIQUE.

CINQUIÈME LEÇON.

Thérapeutique générale des teignes.

PAR M. BAZIN.

Recueillie et rédigée par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103 et 105.)

Comment pratique-t-on l'épilation?

L'opérateur fait prendre au malade et prend lui-même la position qui lui semble la plus commode. Ici nos infirmiers épileurs sont assis, et font reposer sur leurs genoux la tête du patient. D'une main (ordinairement de la droite) ils tiennent la pince comme une plume à écrire, ou s'ils veulent (dans les cas les plus faciles), comme un archet pour jouer du violon. L'autre main est appliquée sur la partie qu'il s'agit d'épiler, et, entre le pouce et l'indicateur, on tend la peau afin qu'elle ne glisse pas. Puis, une lotion savonneuse ayant été faite préalablement, on extrait les poils en les tirant dans le sens de leur direction naturelle; on n'en prend à la fois qu'un petit nombre, deux, quatre, six et tout au plus un bouquet uniloculaire. Quand on a dénudé une surface de deux à trois centimètres carrés, on suspend quelques instants l'épilation, et on fait une application parasiticide (presque toujours solution de sublimé) avec une brosse douce, une éponge, un pinceau... selon le siége de la partie affectée. Alors on recommence l'avulsion des poils pour s'arrêter de nouveau après quelques instants, et ainsi de suite jusqu'à la fin de la séance.

Il ne faut épiler ni trop vite ni trop doucement ; il y a un point intermédiaire qu'on ne peut saisir qu'avec un peu d'habitude.

Quatre ou cinq heures après l'épilation, on fait une onction avec la pommade parasiticide; ici nous employons de préférence la pommade à l'huile de cade, et plus souvent la pommade au turbith; voici les formules de ces deux préparations :

1°	Axonge	15 gr.
	Huile d'amandes } Glycérine }	2
	Turbith minéral	0,50 centigr.
2°	Axonge	20
	Huile de cade	2

Je résume en quelques mots, afin que vous le compreniez mieux, le traitement auquel les teigneux sont soumis dans notre service. Il faut d'abord nettoyer la tête, faire tomber les croûtes, s'il y en a, et couper les cheveux à deux ou trois centimètres du cuir chevelu. Aussitôt on applique une couche d'huile de cade qui détruit en partie le parasite placé à la surface de la peau, éteint la sensibilité du cuir chevelu et facilite l'extraction des poils. Le lendemain on épile, et l'opération exige ordinairement d'une à cinq séances, suivant l'étendue du mal et la sensibilité du sujet. Pendant l'épilation, on fait des applications de sublimé avec une brosse douce; les mêmes lotions sont continuées matin et soir pendant deux ou trois jours après que l'épilation est terminée; puis on les remplace par des onctions avec la pommade au turbith jusqu'à la complète guérison de la maladie. Ordinairement, une seule épilation est insuffisante, et il faut en pratiquer deux et quelquefois davantage.

Nous arrivons maintenant à la description des diverses espèces de teignes. Nous commencerons par la teigne faveuse.

TEIGNE FAVEUSE.

Le favus (*tinea vera* de Lorry) mérite la première place parmi les teignes, et, pour beaucoup d'auteurs encore, c'est la seule affection à laquelle on doive réserver le nom de teigne. Longtemps il s'est montré rebelle à toute thérapeutique, et aujourd'hui nous le guérissons avec une étonnante facilité. Aussi sommes-nous loin du temps où la teigne, mystérieuse dans la nature, était considérée comme une viciation des humeurs, et où le teigneux, regardé comme un paria dans la société, était repoussé de tous les emplois, jugé impropre aux plus grossiers services, non-seulement à cause de l'incurabilité de l'affection cutanée et de la crainte de la contagion, mais aussi et surtout à cause de la faiblesse de la constitution que produisait une pareille maladie!

Vous savez, messieurs, ce que l'on doit penser maintenant de cette faiblesse de la constitution à laquelle on attachait naguères une si grande importance; et il me suffirait de vous montrer réunis les teigneux qui occupent nos salles pour vous convaincre, qu'à part quelques enfants scrofuleux, ces malades sont tous d'une constitution robuste, et, par conséquent, aptes à tout service.

Avant d'aborder la description de la teigne faveuse, nous entrerons dans quelques considérations historiques.

HISTORIQUE. — L'étude historique du favus se divise naturellement en trois époques répondant à trois degrés bien marqués dans la connaissance de cette affection. Ces trois périodes sont séparées par d'assez longs intervalles.

La première époque, de beaucoup la plus longue, commence aux écrits des Arabes et ne s'arrête qu'à M. Devergie. Elle est tout entière consacrée à l'étude des caractères nosographiques et séméiotiques.

La seconde date de l'année où Schœnlein découvre le végétal parasite de la teigne faveuse, et finit en 1852. — Les naturalistes s'occupent activement de l'étiologie et de la pathogénie des teignes, et sous ce rapport, font faire à la science d'immenses progrès en très-peu de temps.

La troisième commence en 1852. C'est à ce moment que nous inaugurons une thérapeutique rationnelle des teignes. Le traitement du favus est désormais assis sur des bases solides.

Ire époque. — Avant les Arabes, on ne trouve rien sur l'affection que nous étudions. L'alopécie et l'aréa des anciens s'appliquaient à la teigne tonsurante, ou plutôt à la pelade, et non au favus. On a pensé et dit que Celse avait parfaitement tracé les caractères des croûtes faveuses; mais il suffit de lire avec un peu d'attention la description qu'il en donne pour demeurer convaincu qu'il les confondait, comme tous les médecins de cette époque, avec les croûtes d'impétigo. D'ailleurs cette manière de voir ne m'est point personnelle; c'est l'opinion du savant Lorry et de beaucoup d'autres auteurs.

C'est donc aux Arabes qu'on doit faire commencer l'histoire de la teigne faveuse. Avenzoar, Avicenne, Rhazès, Haly Abbas, et après eux Sahafalts, Safati, Albathin,.... connurent parfaitement les caractères cliniques du favus, bien qu'ils ne le désignassent pas encore sous le nom de teigne. Ils n'ignoraient pas que cette affection entraîne souvent après elle la perte de la chevelure.

On peut leur reprocher cependant d'avoir distingué deux espèces, l'une sèche (la seule qui soit du favus) et l'autre humide, qui n'est autre chose qu'une pseudo-teigne muqueuse ou eczéma impétigineux du cuir chevelu.

Le mot *tinea* se trouve pour la première fois dans Etienne d'Antioche, traducteur des écrits arabes; mais déjà depuis longtemps, le mot existait dans la langue populaire, exprimant sans doute un des caractères les plus saillants de cette maladie, la ténacité, la persistance. Plusieurs autres sens étymologiques ont été proposés, mais je ne veux pas insister davantage sur ce point très-peu important.

Toujours est-il que le mot teigne passa dans la science et fut adopté par tous les auteurs du moyen âge, par Gordon, Nicolas Florentin, Arnauld de Villeneuve,..... et surtout par Guy de Chauliac, qui en admet cinq espèces:

1° Favosa,
2° Ficosa,
3° Amidesa (similus carni humiditas),
4° Uberosa (similis uberibus mamillarum),
5° Lupinosa.

Une seule de ces espèces doit être rattachée au favus, c'est la tinea lupinosa; peut être aussi la tinea amidesa s'applique-t-elle à cette variété du favus, dans laquelle on trouve, après la chute des croûtes, un état fongueux du cuir chevelu. Quant à l'espèce favosa, elle répond exactement à la gourme; c'est une pseudo-teigne.

A. Paré réduit à trois les cinq espèces de Guy de Chauliac; ce sont les :

1° Ficosa,
2° Furfurosa,
3° Corrosiva.

Mais l'espèce ficosa de Paré, la seule qui mérite le nom de teigne, répond à la tinea lupinosa de Guy de Chauliac et non à l'espèce ficosa de ce dernier auteur.

Quant à Lorry, il ne reconnaît qu'une seule teigne qu'il appelle tinea vera; les autres espèces ne sont que des pseudo-teignes.

Alibert, dans sa première édition parue au commencement de ce siècle, donne un sens générique au mot teigne, et en admet cinq espèces : 1° furfuracée; 2° granulée; 3° muqueuse; 4° amiantacée, 5° faveuse; dont une seule, la faveuse, correspond au favus.

Mahon jeune conserve la classification d'Alibert, et y ajoute la teigne tondante, qu'il ne confond pas, comme les Anglais, avec une variété de favus (porrigo scutulata).

Alibert publie une 2e édition de son ouvrage, et dans la classe des dermatoses teigneuses, il établit quatre genres :

1° Achore. . . { Muqueux. Lactumineux.

2° Porrigine. . { Furfuracée, Amiantacée, Granulée, Tonsurante.

3° Favus. . . . { Vulgaire, Scutiforme.

4° Trichoma (qui n'a aucun rapport avec notre tricophyton).

Jusqu'alors les affections, à tort ou à raison, rattachées à la teigne, avaient été rapprochées par les caractères cliniques des croûtes, et la communauté de siége. Mais une autre école venait de se fonder avec Willan, dans laquelle on prenait pour base de classification les formes primitives des affections (vésicules, pustules....). Or, les croûtes n'étant qu'une production secondaire, perdaient désormais toute leur importance.

Willan considère donc le favus comme une affection pustuleuse, et le place à côté de l'impétigo, dont il ne se distingue, dit-il, que par son caractère contagieux. Le mot teigne est trouvé trop vague et remplacé par un autre non moins obscur. C'est le porrigo (de *porrigere*, étendre), dont il fait deux variétés : le porrigo favosa et le porrigo scutulata.

Bateman, qui vient ensuite, adopte la mutation opérée par Willan dans la classification des teignes, et porte à six le nombre des porrigo. Ce sont : 1° le porrigo larvalis (scrofulide bénigne exsudative); 2° le porrigo furfurans (pseudo-pityriasis du cuir chevelu); 3° le porrigo lupinosa; 4° le porrigo scutulata ou ringworm, confondu avec la teigne tondante; 5° le porrigo decalvans, répondant à l'aréa des anciens, et dans lequel il reconnaît avec Celse deux variétés, l'alopécia et l'ophiasis; 6° enfin, le porrigo favosa.

Je ne puis m'empêcher de louer Bateman d'avoir ainsi rapproché le porrigo decalvans du porrigo favosa, d'avoir compris que ces affections ont un grand nombre de caractères communs malgré des différences de forme très-apparentes; car, pour nous, toutes les deux appartiennent à la grande famille des teignes. Mais les willanistes, placés à un point de vue tout autre, devaient blâmer un pareil rapprochement : aussi semble-t-il que Bateman ait voulu, au moyen d'une singulière hypothèse, prévenir tout reproche à cet égard.

Il suppose dans le porrigo decalvans l'existence de pustules éphémères; voici plutôt comment il s'exprime : « Il peut exister, quoique le fait ne soit pas prouvé, autour des cheveux, une éruption de petites pustules, qui ne subsistent que peu de temps, et ne donnent issue à aucun fluide. »

Samuel Plumbe ne fait que reproduire les divisions de Bateman.

Biett intronise en France la classification germanico-anglaise; pour le porrigo, il revient à Willan; et, comme ce dernier, n'admet que deux espèces : le porrigo favosa, et le porrigo scutulata.

C'est la nomenclature qui a été adoptée sans modification aucune par les élèves de Biett, MM. Gibert et Cazenave.

Voici donc où nous en étions : il fallait, avec Lorry et Alibert, prendre les croûtes pour point de départ dans la classification des teignes, ou, marchant sur les traces des willanistes, les considérer comme des affections pustuleuses, et les faire figurer à côté de l'impétigo. Jusqu'alors on ne s'était occupé que des caractères cliniques : nulle part il n'était question ni de la nature, ni du traitement des teignes.

IIe *époque*. — On découvre la nature de la teigne. C'est à Schœnlein qu'appartient l'honneur d'avoir démontré le premier l'existence d'une production végétale dans le favus. Il donna au champignon qu'il venait de découvrir le nom d'oïdium, qui fut plus tard changé en celui de achorion Schœnleinii, par les professeurs Link et Remack; c'est le nom qui lui a été conservé. A partir de ce moment, les hypothèses disparaissent; désormais, on ne peut plus attribuer la teigne à l'atrabile, à un vice des humeurs.....

Plus tard, M. Gruby soupçonne la présence du champignon jusque dans l'intérieur du follicule pileux; il dit, en effet, qu'on voit sur certains poils malades quelques filaments se diriger du côté du bulbe. Enfin, je démontre ce que M. Gruby n'avait fait qu'entrevoir, l'existence du champignon sur la racine du poil et dans le canal pilifère.

IIIe *époque*. — En 1852, les mystères de la nature et du traitement du favus disparaissent; nous instituons la thérapeutique rationnelle des teignes.

CHIRURGIE CLINIQUE.

—

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

§ III. — *Plaies contuses.*

Quoique nombreuses et variées, elles n'ont cependant présenté rien d'important à noter. Aucune des plaies contuses du crâne que nous avons vues ne s'est compliquée d'accidents sérieux : l'une d'elles a donné lieu à des indications particulières qu'il est bon de signaler :

Un soldat du 22e de ligne, N. Y***, fit une chute à la renverse, dans laquelle la partie postérieure de la tête frappa contre une cruche en grès qui fut brisée, et dont un des éclats fit aux téguments du crâne, au niveau de la bosse occipitale, une plaie transversale longue de 6 centimètres, et entama la table externe de l'os. — Pas d'autre accident immédiat qu'une hémorrhagie abondante, arrêtée par un bandage compressif, après que la plaie eut été bien nettoyée et débarrassée des petits fragments de grès qu'elle contenait. — Le stylet faisant sentir au dessous des téguments décollés, sur la surface de l'occipital, une dépression limitée par une arête saillante et rugueuse, M. Larrey pensa qu'elle était peut-être formée par un fragment de grès enfoncé dans l'épaisseur du tissu osseux : en conséquence, il n'hésita pas à débrider la plaie par une large incision cruciale mettant à découvert le point contus. On put s'assurer alors qu'il n'y avait pas de corps étranger, mais simplement une fracture avec enfoncement de la table externe de l'occipital. — Pansement simple avec une mèche ; — aucun accident cérébral primitif ni consécutif ; — suppuration développant rapidement des bourgeons charnus recouvrant l'os sans permettre son exfoliation ; — cicatrisation complète après trois semaines.

§ IV. — *Plaies par excoriation.*

En voici un exemple assez singulier par rapport à son siége et à sa cause.

Un jeune soldat du 10e de ligne, N. L***, d'une constitution assez bonne, non scrofuleuse, mais affaiblie par les fatigues de la campagne de Crimée, est pris, au mois de juin dernier, en travaillant aux inondations de Lyon, d'une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle il survint une éruption furonculeuse aux fesses et des phlyctènes derrière les deux talons. Cet homme partit dans cet état pour aller en convalescence dans son pays. Par l'effet de la marche, aux phlyctènes succédèrent des excoriations, qui bientôt se convertirent en plaies, en creusant et en détruisant le tissu cellulo-adipeux de la région jusqu'au tissu fibreux qui recouvre l'insertion du tendon d'Achille au calcanéum. — Ces plaies restèrent dans un état stationnaire jusqu'au jour de son entrée au Val-de-Grâce (28 août). Elles formaient, à la partie postérieure des deux talons, une véritable perte de substance semblable à celle que produirait un emporte-pièce : ronde, du diamètre d'une pièce de 5 fr., à bords irréguliers, mais nettement coupés, ayant près de 2 centimètres de profondeur, et laissant à découvert, au fond, le tissu fibreux du calcanéum.

La guérison en fut obtenue assez facilement, au bout de deux mois, à l'aide de pansements avec le vin aromatique.

§ V. — *Plaies par morsure.*

Cet accident se rencontre quelquefois chez les cavaliers. M. Larrey en a vu une, l'année dernière, à la hanche, qui fut suivie d'ostéite du grand trochanter fortement serré et fracturé par la mâchoire de l'animal : un vaste abcès symptomatique fut ouvert, et la guérison ne fut obtenue que difficilement. Le sujet de cette observation succomba même un peu plus tard à une phthisie pulmonaire.

§ VI. — *Plaies par arrachement.*

Celles qu'on observe dans les hôpitaux militaires sont souvent aussi le résultat de morsures de cheval, dans lesquelles la partie mordue a été complétement détachée ; et, alors, ce sont presque toujours les doigts qui sont ainsi mutilés. On trouve quelques faits de ce genre dans les recueils, les thèses, etc.

Mais l'arrachement des extrémités digitales a lieu plus fréquemment par un autre mécanisme signalé autrefois par Larrey : c'est lorsque des cavaliers conduisant les chevaux par la bride, et tenant les guides enroulées autour des doigts, celles-ci se trouvent fortement tendues par un mouvement brusque de la tête du cheval.

Un des exemples les plus remarquables de cette sorte de lésion est dû à M. H. Larrey, qui a présenté en 1852, à la Société de chirurgie, la phalangette de l'index de la main droite arrachée dans son articulation avec la phalangine. — La peau avait été nettement divisée comme par une incision circulaire ; — le tendon extenseur s'était brisé au niveau de l'articulation, tandis que le tendon du fléchisseur profond, resté adhérent à son insertion digitale et entraîné avec le bout du doigt, ne s'était rompu qu'à une grande distance au delà du point d'insertion des fibres musculaires, dont quelques-unes avaient été arrachées avec le tendon. (Cette pièce est au musée du Val-de-Grâce.)

§ VII. — *Plaies par écrasement.*

Ce sont encore les doigts et aussi les orteils qui en sont ordinairement atteints. L'écrasement du gros orteil n'est pas très-rare, et peut être suivi d'ostéite, de carie ou de nécrose de la phalange, accidents qui ne demandent pas, pour se produire, un écrasement proprement dit, mais seulement une forte contusion, telle que celle résultant de la chute de la crosse du fusil sur le pied.

Certaines plaies des doigts, même celles dans lesquelles il y a séparation complète d'une portion de l'organe, constituent, par rapport au mode d'action de l'instrument vulnérant, de véritables plaies par écrasement.

Un soldat du 47e de ligne, N. E***, voulant fendre un morceau de bois avec une hache en mauvais état, dont le tranchant était complétement émoussé, dirigea mal l'instrument, qui alla frapper sur le milieu de la face dorsale de la seconde phalange du médius gauche. — La section de l'extrémité digitale fut complète, mais en formant une plaie tellement contuse, qu'évidemment l'instrument n'avait agi qu'en écrasant les tissus. Ainsi, la phalange formant saillie présentait des inégalités et de petites esquilles ; les téguments de la face palmaire, irrégulièrement divisés, étaient taillés obliquement en avant, de façon à constituer une sorte de lambeau ; les tendons fléchisseurs étaient rompus au delà de la peau, etc. Au lieu de céder à l'indication, qui paraissait tout à fait nécessaire de désarticuler le bout de la phalange et de régulariser le lambeau, M. Larrey, sachant combien la nature est habile à réparer les désordres dans les écrasements des extrémités, préféra, selon sa pratique habituelle, laisser les choses dans cet état, et soumettre la main à l'irrigation froide. — En effet, à part quelques accidents inflammatoires dans les premiers jours, tels que gonflements de la main, angioleucite, etc., la plaie se détergea par la mortification et l'élimination des parties trop fortement contuses, et la cicatrisation ne tarda pas à se faire.

C'est pour les cas de ce genre surtout que M. le professeur Larrey reste fidèle aux principes de la chirurgie conservatrice, et pense que l'instrument tranchant, sacrifiant des parties qui pourraient être conservées, ne doit point intervenir, bien persuadé que le travail réparateur, qui s'établit naturellement, est presque toujours suivi d'heureux résultats. En effet, la conservation d'une portion de phalange si petite qu'elle soit n'est pas indifférente, puisqu'elle laisse au doigt mutilé une plus grande longueur.

Cette règle de conduite, tant recommandée par M. Larrey père, est suivie par M. H. Larrey, non-seulement pour les lésions traumatiques, mais encore pour la carie et la nécrose des phalanges et des orteils, même lorsque les articulations phalangiennes sont atteintes. Ce professeur préfère attendre patiemment l'élimination et la réparation naturelle des parties, plutôt que d'en pratiquer l'amputation.

Les diverses sortes de plaies dont les doigts peuvent être atteints ont pour conséquences quelquefois la mutilation,

souvent la difformité, la rétraction et l'ankylose de ces organes; accidents consécutifs dont l'appréciation a une grande importance dans la pratique de la chirurgie militaire, puisqu'ils sont un motif fréquent d'exemption et de réforme.

Nous venons de rapporter quelques cas de mutilations des doigts par suite d'écrasement, d'arrachement, etc., à propos des blessures par armes à feu, nous en citerons plusieurs autres par des balles. — Quant aux mutilations volontaires par des conscrits ou des soldats, pour se soustraire au service militaire, sans faire allusion à la mémorable enquête de Larrey, après les batailles de Lutzen et de Bautzen, il nous semble que des actes de ce genre sont extrêmement rares, si même on en rencontre maintenant.

Les difformités traumatiques des doigts peuvent être très-diverses, suivant qu'elles sont le résultat d'une plaie par instrument tranchant, d'une plaie contuse, d'une plaie par arme à feu, ou d'une fracture soit des phalanges, soit même des métacarpiens.

Une fracture de la première phalange du médius, avec déplacement des fragments qui formaient un angle très-aigu du côté de la face palmaire, s'étant consolidée dans cette direction, malgré les efforts faits pour y remédier, le doigt conserva cette incurvation et cette disposition en crochet qui rend l'extension complète impossible.

Un soldat eut les 2e, 3e et 4e métacarpiens de la main droite fracturés par un coup de feu : ceux-ci se consolidèrent en formant un angle aigu très-saillant sur la face dorsale du métacarpe et en éprouvant un mouvement de torsion suivant leur axe. — Les doigts correspondants se trouvent déviés de leur direction naturelle, présentent leur face palmaire tournée du côté du bord cubital de la main et sont incapables de servir efficacement au mouvement d'opposition.

Dans le cas suivant, la déformation est le fait d'une plaie par instrument tranchant.

Un soldat du 3e de ligne, N. P***, voulant couper un morceau de bois, s'est donné un coup de serpe qui a atteint obliquement la face dorsale de la première phalange de l'index et de la seconde du médius de la main gauche. Les deux os furent coupés complétement jusqu'aux parties antérieures : la réunion eut lieu, et la consolidation fut complète au bout de quarante jours, mais elle se fit dans une mauvaise direction. Ces doigts ont leur face palmaire tournée vers le bord cubital; de plus, ils sont courbés en arc du même côté, de façon que l'extrémité de l'index croise sur le médius, qui, lui-même, se rapproche du petit doigt et recouvre l'annulaire, comme si celui-ci était amputé depuis longtemps. — Ce blessé ayant été envoyé au Val-de-Grâce trois mois après la consolidation obtenue, M. Larrey tenta de remédier à la direction vicieuse des doigts en les tenant redressés par de petits bandages plâtrés, qu'on enlevait tous les dix ou douze jours pour faire exécuter quelques mouvements aux articulations. — Après deux mois de ces tentatives, on n'obtint qu'une légère amélioration, sensible seulement pour l'index, qui recouvre moins le médius.

La réforme dut être prononcée.

(*La suite au prochain numéro.*)

PHYSIOLOGIE.

NOUVEAUX FAITS ET CONSIDÉRATIONS NOUVELLES CONTRE L'EXISTENCE DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE;

Mémoire lu à l'Académie des sciences, le 27 juillet 1857, par le Dr Louis Figuier, agrégé de chimie à l'École de pharmacie de Paris.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Ainsi, dans l'économie animale, le sucre, loin de constituer un produit unique et constant, traverse plusieurs états de modifications et de transformations intermédiaires; ce n'est qu'après avoir passé par ces différents termes qu'il disparaît de l'économie, soit par la combustion respiratoire, soit par l'assimilation nutritive. D'après les expériences que nous venons de rapporter, on trouverait dans le tube intestinal, et résultant de l'acte digestif, le premier état du sucre, dans la veine porte, ce même produit ayant subi une modification notable, enfin dans le chyle et dans le foie ce produit plus profondément modifié et passé à l'état définitif de sucre fermentescible.

Faisons remarquer enfin que ce dernier composé représentant l'état chimique sous lequel le glycose est le plus aisément destructible, on s'explique ainsi que le sang pris dans la circulation générale n'en contienne point; celui qui a été enlevé au foie par les veines hépatiques disparaissant par suite de sa facile destructibilité, il ne peut rester dans le sang, hors le cas de diabète, que le produit le plus stable, c'est-à-dire le sucre non fermentescible.

Telles sont les idées théoriques qui nous paraissent expliquer d'une manière satisfaisante les faits que l'expérience a établis. Nous les soumettons au jugement des physiologistes et des chimistes.

§ IV. — *Théorie chimique de la formation du sucre aux dépens des aliments azotés.*

Il est un dernier point, d'un haut intérêt, que nous devons aborder pour terminer ce mémoire. Nous avons dit que les aliments azotés, c'est-à-dire les matières albuminoïdes, se transforment en sucre dans le tube intestinal par l'effet de la digestion. Comment expliquer la formation de ce sucre qui dérive de la décomposition de l'albumine? La chimie, interrogée, va nous donner la réponse à cette question.

D'après un travail de M. Hunt, cité et commenté dans les *Comptes rendus des travaux de chimie*, de Laurent et Gerhardt, en 1850, la formule de la protéine, qui est l'espèce normale des matières albuminoïdes, renferme les éléments de la cellulose et de l'ammoniaque :



$$C^{24}H^{17}Az^{3}O^{8} \text{ (Protéine)} = 2C^{12}H^{10}O^{10} \text{ (Cellulose)} + 3Az^{2}H^{3} - 12HO.$$

Or, on sait que la cellulose n'a besoin que de fixer un équivalent d'eau pour se changer en sucre (1).

Il n'est pas impossible de réaliser, par l'expérience, cette transformation de l'albumine en sucre, indiquée par la théorie. En 1855, M. Lehmann a fait connaître une manière d'obtenir cette transformation par l'action de l'éther azoteux sur l'albumine.

M. Piria a, le premier, découvert ce fait intéressant, que lorsqu'on fait agir l'éther azoteux sur une matière azotée, on enlève tout l'azote de cette matière à l'état d'ammoniaque. En faisant réagir cet éther azoteux sur l'*hématosine* du sang purifiée, M. Lehmann parvient à enlever tout l'azote de cette matière à l'état d'ammoniaque et il reste du sucre comme résidu de cette réaction (2).

---

(1) La formule de la protéine $C^{24}H^{17}Az^{3}O^{8}$, donnée par M. Hunt, correspond à la composition suivante en centièmes :

Carbone.........	53,93
Hydrogène.......	6,36
Azote...........	15,63
Oxygène.........	24,08
	100,00

MM. Dumas et Cahours ont trouvé pour la composition de l'albumine :

Carbone.........	53,59
Hydrogène.......	7,27
Azote...........	15,92
Oxygène.........	23,22
	100,00

(2) « Toutes mes tentatives, dit M. Lehmann, pour décomposer l'hématine de manière à faire naître du sucre, furent sans succès, excepté le moyen suivant qui m'a réussi :

« Je fais dissoudre l'hématine dans l'alcool (hématosine de M. Lecanu, ou matière colorante du sang, purifiée et cristallisée); après quoi, j'ajoute un peu d'acide nitrique; faisant ensuite bouillir le mélange, il se forme de l'éther nitreux, et par la formation de cet éther nitreux (suivant la méthode de Piria), l'hématine perd tout son azote. Il reste ensuite un acide non azoté et une autre matière, qui

Nous croyons que la transformation de l'albumine en sucre pourra se réaliser par des actions plus simples encore que celle qu'exerce l'éther azoteux. Il est démontré pour nous, par exemple, que, par l'action des alcalis convenablement employés, on parviendra à réaliser cet intéressant dédoublement de l'albumine. J'ai constaté que, si l'on fait bouillir pendant une demi-heure de l'albumine pure délayée dans de la potasse caustique, on observe, pendant toute la durée de l'ébullition, un dégagement d'ammoniaque. Si l'on précipite alors la liqueur par l'addition de deux ou trois fois son volume d'alcool, on obtient une matière qui, tenue en ébullition pendant un quart d'heure avec de l'eau contenant 1 pour 100 de son poids d'acide sulfurique du commerce, constitue un véritable sucre, car elle réduit le réactif cupro-potassique et fermente avec la levûre de bière. Mais on n'obtient en opérant ainsi qu'une très-petite quantité de sucre, car la température de l'ébullition a pour résultat de provoquer promptement la décomposition du produit formé. Il est probable qu'en faisant réagir à froid la potasse sur l'albumine, on parviendra à réaliser plus complétement sa transformation en sucre. J'ai déjà eu occasion de signaler le fait précédent lorsque j'ai dit, dans mon dernier mémoire, que la matière glycogène annoncée par M. Bernard comme existant dans le foie n'était autre chose que le produit de la décomposition par la potasse du produit azoté que j'ai signalé dans le foie et qui a reçu le nom d'*albuminose* (1).

La théorie, aussi bien que l'expérience, confirme donc ce fait important de la transformation de l'albumine en sucre.

C'est sans nul doute un dédoublement chimique de ce genre que subissent, au sein du tube intestinal et par l'influence de l'acte digestif, les aliments albuminoïdes. Les forces de l'économie animale réalisent cette transformation moléculaire que la théorie fait pressentir, mais que, dans l'état actuel de la science, la chimie n'a pu provoquer encore avec certitude. Ainsi la présence du sucre dans le foie, que l'on a voulu attribuer à une sécrétion propre de cet organe, s'explique naturellement par la transformation des aliments azotés qui donnent un produit glycosique, lequel est ensuite porté dans le foie par les vaisseaux de la circulation abdominale.

Ce qui vient à l'appui des considérations qui précèdent, c'est que dans l'économie animale, partout à peu près sans exception, où l'on trouve de l'albumine, on trouve aussi à côté une certaine quantité de sucre. Dans le sang riche en matières albuminoïdes, il existe du sucre; dans le chyle, dans la lymphe, dans les sérosités diverses du péritoine, de la plèvre, du péricarde, enfin dans les sérosités morbides, en un mot, dans presque tous les liquides albumineux de l'économie, on trouve constamment du sucre, fermentescible ou non, ainsi que l'ont constaté M. Colin en 1855, et, plus tard, M. Chauveau. Dans l'œuf des oiseaux, à côté de l'albumine, on trouve toujours du sucre fermentescible. Dans le lait, si riche en matières albuminoïdes (caséum et albumine), ne trouve-t-on pas aussi une assez grande quantité d'un produit glycosique, le sucre de lait, qui réduit avec énergie le réactif cupro-potassique, qui ne fermente pas directement, mais qui peut subir la fermentation alcoolique quand on l'a fait bouillir avec de l'acide sulfurique étendu? Ne sait-on pas que certains peuples pasteurs obtiennent de l'eau-de-vie avec le lait de leurs juments? Les opérations, encore mal connues, à l'aide desquelles ces peuples produisent ainsi de l'alcool au moyen du lait, ne peuvent agir, je ne crains pas de le dire, qu'en tranformant le caséum en un sucre fermentescible.

Voilà donc une série de cas assez nombreux dans lesquels l'albumine et le sucre se montrent toujours côte à côte dans les liquides de l'économie animale, et ce rapprochement doit paraître une preuve bien manifeste que, dans l'économie, le sucre (sauf bien entendu le cas de l'alimentation avec les féculents, dont nous devons toujours faire abstraction dans ce travail) tire sa source de la décomposition d'une matière albuminoïde.

Le phénomène de la production du sucre dans l'économie animale, aux dépens d'une matière azotée, est de la plus haute importance au point de vue de la physiologie. La médecine y trouvera aussi un élément à prendre en considération. On admet, dans le traitement du diabete, que les matières féculentes doivent être rejetées de l'alimentation, et le pain de gluten, c'est à-dire exempt de fécule, est prescrit, comme on le sait, pour le régime de ces malades. Sans nul doute le sucre qui provient de la transformation des matières albuminoïdes n'est pas identique avec celui qui se forme pendant la digestion des féculents, et nous ne contesterons pas que, sous l'influence du régime exclusivement animal, le sucre diminue notablement dans les urines diabétiques, sans jamais pourtant disparaître en entier. Mais il n'en est pas moins utile de savoir, pour l'étude des diabètes, que par l'action digestive il se produit une matière sucrée. C'est un élément nouveau dont l'observation clinique aura évidemment à se préoccuper dans ce cas.

(*La suite au prochain numéro.*)

dans une solution alcaline, transforme les deux oxydes de cuivre en protoxyde, et qui, avec la levûre de bière, donne de l'acide carbonique et de l'alcool. » (*Note sur une substance animale glycogène. — Comptes rendus de l'Académie des sciences.* 1er semestre de 1855, t. XL, p. 775.)

(1) *Expériences qui prouvent qu'il ne se forme point de sucre après la mort dans le foie des animaux*, note lue à l'Académie des sciences le 7 juin 1857.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la rage.

Le *Moniteur universel* a reproduit, d'après *la Science* la lettre suivante, traduite du journal russe *Marskoï Sbornik*, et publiée au nom du comité scientifique de marine de Saint-Pétersbourg, par le prince Eugène de Sayn-Wittgenstein :

« Monsieur, conformément à l'ordre de M. le directeur du département de la marine, à Nicolaïeff, je vous prie de vouloir bien insérer la lettre présente dans le numéro de juin, s'il est possible, du journal confié à votre direction.

L'enseigne du quatorzième équipage de la flotte, Nicolas Antonowitch Iwantchenko, expédié en janvier dernier de Saint-Pétersbourg, pour porter à Nicolaïeff les médailles frappées à l'occasion de la dernière guerre, fut mordu à la main, le 29 janvier, quelques jours après son arrivée au lieu de sa destination, dans la maison de son père, par un chien enragé.

En présentant un rapport sur cet accident, on porta à la connaissance de S. Ex. M. le directeur du département de la marine, qu'au dire d'un officier, natif du gouvern ement de Riazan, il existait dans cette province un proprietaire nommé Levachoff, bien connu dans les environs pour les cures extraordinaires et toujours heureuses qu'il faisait des cas d'hydrophobie.

On s'était empressé de cautériser les plaies du malade avec un fer rouge; mais on sait combien peu sont sûrs et efficaces, devant cette épouvantable maladie, tous les moyens de la science médicale. Dans l'esprit de la société de l'endroit, le souvenir de la mort terrible d'un des derniers élèves de M. G. Lazareff, d'ineffaçable mémoire, était encore tout récent. Cet infortuné avait été mordu par un chat enragé. Malgré six semaines de soins assidus et infatigables, il mourut dans une horrible agonie, quarante jours après l'accident et quinze heures après le premier accès d'hydrophobie.

On ne pouvait pas différer : il fallait se décider à envoyer M. Iwantchenko dans le gouvernement de Riazan; c'était une distance de 1,000 verstes (300 lieues) à parcourir, et la débâcle du printemps commençait déjà dans le midi. Cette résolution présentait beaucoup de risques : la maladie pouvait éclater pendant le voyage, loin de tous secours indispensables, ne fût-ce que pour adoucir les derniers moments du patient. — Enfin, il exis-

tait encore un doute : le chien qui avait mordu M. Iwantchenko était-il bien en effet enragé ? (C'était un chien d'appartement qui vivait dans la maison depuis plusieurs années, et avait toujours été calme et doux.) Comme il arrive presque toujours dans des cas pareils, les gens de service avaient perdu la tête et n'avaient pas enfermé le chien pour constater plus tard son état, mais l'avaient tué de suite, aussitôt qu'il eut mordu leur jeune maître. Après beaucoup d'hésitations, on expédia le malade le 2 février, sous la surveillance d'un courrier expérimenté, intelligent et robuste, muni d'une lettre de M. le gouverneur civil de Riazan, et d'un écrit ouvert pour toutes les autorités des lieux qu'ils devaient traverser.

Le voyage dura longtemps : dix-sept jours. En route, le courrier, se conformant à ses instructions, surveillait attentivement l'état du malade ; mais rien d'alarmant ne paraissait encore. Sur le conseil de deux ou trois commères guérisseuses, rencontrées en chemin, ils faisaient des frictions de sel sur les plaies, toujours enflammées et légèrement suppurantes ; frictions qui occasionnaient des douleurs aiguës au patient. — Le 19 février, M. Iwantchenko arriva au village de Pekletz, gouvernement de Riazan, district de Riagsk, et se présenta à M. André Nikititch Levachoff.

Tout ce qui suit est écrit d'après le récit de M. Iwantchenko, avec toute l'exactitude possible, et en conservant jusqu'aux tournures de ses phrases.

Le premier acte du médecin fut une épreuve assez douloureuse, mais indispensable pour s'assurer de la présence du virus rabique dans les plaies : il serra la main mordue, avec force, et provoqua par là le premier accès de la maladie. Le sujet sentit sa vue s'obscurcir par suite de la souffrance ; après une minute, la douleur cessa, mais les sens s'émoussèrent ; un sentiment de tristesse s'empara de lui ; il se rappelle, comme au travers d'un songe, qu'il commença à avoir peur de ceux qui l'entouraient, s'attendant de la part de chacun à quelque chose de mal, sans pouvoir préciser au juste en quoi ce mal pouvait consister. La tristesse, l'inquiétude et la peur augmentaient de minute en minute ; les nausées arrivèrent, et, après elles, l'anéantissement complet de toute connaissance, qui dura plus de trente heures. Dans cette période de délire, mais non d'évanouissement, le malade, au dire du courrier, était inquiet, avait le regard effrayé, et crachait sur ceux qui l'approchaient. Tout cela fut reconnu pour être l'exacte reproduction des symptômes de la première période de la rage, celle qui précède la folie furieuse, et très-connue du médecin, par suite de son expérience longue et spéciale.

Ayant constaté le genre de la maladie, M. Levachoff commença le traitement. Ses remèdes consistent en pilules et en poudres. Les pilules, de la grosseur d'une petite chevrotine, de couleur foncée, d'une odeur forte et toute particulière, nullement désagréable au goût ni à l'odorat, sont faites de plantes dont le secret passe de père en fils dans la famille de M. Levachoff. Les poudres, de couleur grise-verdâtre, se prennent avec de l'eau et ne servent que d'auxiliaire accessoire au traitement. Après la première pilule, le malade s'endormit ; son sommeil dura sans interruption quatre heures et demie, il s'éveilla en pleine connaissance, sentit une légère transpiration, et demanda de suite une nouvelle dose de médicament. Le traitement suivit alors son cours normal ; tout fut terminé après la quatrième pilule ; mais, dès la première, le malade se trouvait en pleine voie de guérison : les accès ne reparurent plus, la tristesse avait cessé, et toutes les fonctions s'accomplissaient comme chez un homme sain.

M. Iwantchenko resta chez son sauveur jusqu'au 5 mars. A son départ, il inscrivit son nom, sous le n° 1791, dans la liste des personnes que M. Levachoff avait guéries de la rage, et reçut de ce dernier des instructions concernant toute l'importance de la diète à observer, diète du reste assez facile, car elle consiste à s'abstenir pendant quinze jours de fumer, et, pendant un an, de vin, d'eau-de-vie, de café, d'épices, de viande trop nourrissante, et en général des choses échauffantes.

Les récits de M. Iwantchenko sur ce qu'il a vu à Pekletz sont curieux. Bientôt après son arrivée, on apporta à M. Levachoff, d'un endroit voisin, un diacre, qui avait été mordu par un loup enragé.

Le malheureux était déjà dans la fureur la plus complète ; il hurlait comme une bête fauve, et se déchirait la poitrine avec les ongles, qu'il y enfonçait avec une force telle, que l'extrémité de ses doigts disparaissait à la suite des ongles dans sa chair en lambeaux. On mit le patient, les pieds et les mains solidement enchaînés, sur un lit ; on lui ouvrit de force les mâchoires avec un couteau, on introduisit une pilule dans la bouche, et on la poussa jusqu'au fond du gosier pour la faire avaler. L'effet en fut frappant : le malade se calma et bientôt s'endormit. Les faits qui s'étaient passés avec M. Iwantchenko se renouvelèrent avec lui. Après ce sommeil réparateur, qui provoqua une légère transpiration, il s'éveilla en parfaite connaissance, mais très-affaibli, demanda encore des pilules, et dès ce jour commença à se rétablir. Les accès ne reparurent plus, et quelques jours après, le diacre, complétement guéri, s'en retourna chez lui.

La guérison d'un enfant mordu par un chien enragé eut lieu avec le même succès. On prit le mal à temps, et le traitement marcha dans l'ordre accoutumé ; nous ne reproduisons pas ici ses détails, pour ne pas répéter les mêmes choses.

Non content de sauver les hommes, M. A. N. Levachoff traite avec le même succès les animaux. M. Iwantchenko a été témoin de la guérison d'un chien enragé, qui avait mordu toute une meute de chiens courants à Pekletz. On enferma le coupable, ainsi que ses victimes, dans un hangar, où le combat continua sans répit jusqu'à l'arrivée du maître. Avec une pilule tenue dans une pince, même sans bâton, il entra hardiment, seul, dans ce terrible hangar. M. Iwantchenko, qui observait ce qui allait se passer du haut d'un perron, à dix pas de distance, vit que le premier chien qui se présenta à l'entrée était celui qui avait mordu tous les autres. L'écume à la gueule, les yeux troubles, tout en sang, il courut à la porte du hangar qui s'ouvrait, et sitôt qu'il eut senti la pilule, il se jeta avec avidité dessus et l'avala, mû par l'instinct de conservation qui, même dans la rage, n'avait pas abandonné le pauvre animal. Ensuite on donna à chaque chien une de ces pilules ; tous la prirent volontiers, devinrent complétement inoffensifs sitôt qu'ils eurent avalé le médicament, et furent tous, le lendemain, remis en liberté.

Outre les chiens, M. Levachoff était en train de guérir une vache de la rage, pendant le séjour de M. Iwantchenko. Il est inutile d'ajouter que sa médication eut un succès complet, car nous avons vu que tous ceux qu'il traitait de cette maladie, à Pekletz, s'en allaient radicalement guéris.

Il est à remarquer que, pour ceux qui ont été guéris de la sorte, une seconde morsure d'un animal enragé est, au dire de M. Levachoff, tout à fait inoffensive.

Il est encore plus étonnant que l'on ne connaît cet homme extraordinaire que dans le gouvernement de Riazan et les provinces limitrophes ; les journaux et écrits périodiques n'en ont encore jamais fait mention, à ce qu'il dit lui-même.

Mais ce qu'il y a de plus singulier, c'est que ce médecin bienfaisant n'a jamais consenti à rien accepter, ni de M. Iwantchenko, ni des 1,790 malades qui l'avaient précédé. M. G. S..., un de ses parents, l'a confirmé par le récit suivant : « Une dame, propriétaire de 3,000 âmes dans le pays, amena à Pekletz sa fille, mordue par un chien enragé, et offrit la moitié de sa fortune à M. Levachoff pour la guérir. Il la guérit en effet, mais refusa la récompense. Ceux qui veulent, sont libres de faire un don à l'église de Pekletz. De plus, à tous ceux qui s'adressent à lui, même par écrit, M. Levachoff envoie, toujours gratis, ses pilules et ses poudres, avec une instruction qui indique la manière dont il doit en faire usage ; mais ces pilules ne conservent leurs vertus curatives que pendant les huit jours qui suivent leur confection. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er septembre 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

A l'ouverture de la séance, M. le PRÉSIDENT lit une lettre de M DEPAUL, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et de n'avoir pu rédiger le procès-verbal de la séance précédente, qui sera lu en même temps que celui de la séance actuelle.

M. ROCHE occupe le fauteuil de secrétaire perpétuel, par suite de l'absence de M. Dubois (d'Amiens).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Ampliation d'un décret autorisant l'Académie à accepter le legs de deux mille francs de rente 3 pour 100, qui lui a été fait par le baron Barbier (d'Amiens).

Ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur Moquin-Tandon dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

Rapport de M. le docteur DEBRAND, médecin adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Vandrey depuis le 20 octobre 1856 jusqu'au 25 janvier 1857. (Comm. des épidémies.)

Rapport de M. le docteur BACH, médecin inspecteur des eaux minérales de Soultzmalt, sur le service médical de cet établissement, pendant l'année 1855. (Comm des eaux minérales.)

Plusieurs recettes et remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Croup. — M. LOISEAU, de Montmartre, croit devoir faire observer à l'Académie de médecine qu'en lui soumettant son mémoire sur le traitement du croup il ne s'était proposé qu'une chose : prouver qu'il était possible de guérir cette terrible maladie sans opération sanglante; mais puisqu'il résulte des réclamations et de la discussion de mardi dernier que la priorité n'a été réclamée qu'en faveur de l'anneau et du procédé attribué à Dieffenbach, de la baleine du docteur Green, de New York, du tube et du procédé de Chaussier, il croit à son tour devoir réclamer la priorité pour tous les instruments qu'il a présentés comme propres à cautériser les différents points de l'arbre aérien, ainsi que les pinces et dilatateurs propres à extraire ou à faciliter l'expulsion de corps étrangers qui pourraient se trouver dans les voies aériennes; en un mot de l'ensemble des procédés et instruments qu'il a présentés et pour la priorité desquels nulle réclamation n'a été faite.

M. le PRÉSIDENT annonce qu'à quatre heures et demie l'Académie se réunira en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur la présentation des candidats aux places d'associés nationaux dans la section de médecine.

LECTURE ET RAPPORTS.

Ablation du maxillaire inférieur. — M. HUGUIER lit en son nom et en celui de M Larrey un rapport sur un travail de M. le professeur Heyfelder, d'Erlangen, intitulé : *Mémoire sur l'ablation totale de la mâchoire inférieure.*

(M. Huguier n'ayant pas déposé son travail sur le bureau de l'Académie, nous ne pouvons en donner l'analyse)

La commission émet le vœu que le nom de M. Heyfelder soit inscrit au nombre des candidats à la place de membre correspondant; elle propose en outre d'adresser une lettre de remercîments à M. Heyfelder et de déposer honorablement son travail dans ses archives.

Après une courte discussion, à laquelle prennent part MM. Moreau, Huguier, Cazeaux et Londe, ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Physiologie de la moelle. — M. CHAUVEAU (de Lyon), chef de service d'anatomie et de physiologie à l'école vétérinaire de Lyon, lit une *Note sur l'étude des fonctions de la moelle épinière.*

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de combattre les idées émises par M. Brown-Séquard sur la physiologie de la moelle.

Il se demande d'abord s'il est vrai que « les impressions sensitives passent d'un côté à l'autre de la moelle en arrivant à cet organe, avant de se diriger sur le *sensorium commune.* »

Or, de nombreuses vivisections leur démontrent que la sensibilité disparaît, après une section latérale de la moelle, dans les parties du corps animées par des nerfs qui émanent de cette section, tandis que cette sensibilité persiste dans les parties opposées.

Il se demande ensuite si la substance grise centrale est un organe de transmission des impressions sensitives.

Mais comme la sensibilité persiste encore après la destruction de la substance grise, l'auteur est amené à conclure que les cordons blancs sont des conducteurs de la sensibilité.

De sorte que l'interprétation des faits a conduit ainsi M. Chauveau à formuler les conclusions suivantes :

1° Les impressions sensitives ne se croisent pas en arrivant à la moelle;

2° Ce n'est pas par la substance grise médullaire centrale qu'elles sont conduites au cerveau.

L'auteur fait remarquer ensuite que si les principes posés dans ces conclusions sont opposés à ceux de M. Brown, la plupart des faits observés par cet habile expérimentateur n'en restent pas moins exacts et dignes du plus haut intérêt : seulement, ces faits étaient plus complexes que ne l'a cru M. Brown. Grâce à une étude, neuve à plusieurs égards, des phénomènes réflexes, M. Chauveau a pu décomposer ces faits en leurs éléments, et en montrer la véritable signification.

M. Chauveau met alors sous les yeux de l'Académie deux poissons vivants et sur la moelle desquels il a pratiqué des vivisections : chez l'un il a fait la section de toute la moitié latérale droite, au niveau du renflement lombaire, et l'animal est complètement paralysé du sentiment et du mouvement du membre abdominal droit. Le pincement des doigts y détermine quelques mouvements réflexes, sans que l'animal manifeste aucune trace de douleur. Chez l'autre poisson, M. Chauveau voulant déterminer le rôle de la substance grise, a non-seulement coupé les cordons blancs du côté gauche, mais encore toute la substance grise centrale. Il y a paralysie complète du sentiment et du mouvement à gauche et conservation de ces fonctions à droite; ce qui prouve que la substance grise ne conduit pas les impressions sensitives.

Le travail de M. Chauveau est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM Longet, Bérard et Henri Bouley, rapporteur.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

La séance est levée.

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 août 1857. — Présidence de M. DESPRETZ.

Rage. — M. GUÉRIN-MENNEVILLE, à l'occasion d'un article imprimé dans le *Moniteur universel* sur les heureux effets d'un remède employé en Russie contre la rage (voir ci-dessus, rappelle qu'il a lui-même communiqué à l'Académie des cas de guérison obtenus dans d'autres parties de ce vaste empire, au moyen de la *cétoine dorée*. Il est disposé à croire que les nombreuses guérisons mentionnées dans l'article du *Moniteur*, et obtenues au moyen d'un remède tenu secret, sont dues à l'emploi de la poudre de cétoine. Il pense donc qu'il conviendrait d'essayer ce *spécifique* contre une maladie à l'égard de laquelle la médecine ordinaire a été forcée, jusqu'à ce jour, de confesser son impuissance, et il souhaiterait que les essais pussent être faits sous les auspices de l'Académie des sciences.

Géographie botanique. — M. MARTINS rend compte d'expériences qu'il a faites et desquelles il semble résulter que le transport de graines conservant leurs propriétés germinatives, par des courants marins, est presque impossible, et il est amené à attribuer à des centres de création multiples les espèces identiques qu'on rencontre dans des localités séparées entre elles par de vastes mers.

Chimie organique. — M. BERTHELOT communique de nouvelles combinaisons obtenues avec l'acide tartique et diverses matières sucrées. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire cet important travail trop hérissé, pour la plupart de nos lecteurs, de formules atomiques.

— M. Dumas, au nom de M. CHICHKOFF, présente une note *sur un* nouvel *anilide* de l'acide salicyleux.

— Au nom du même chimiste et de M. A. ROSING, M. Dumas présente encore une note *sur la série nitro acétique.*

Un changement d'imprimerie a mis en retard les deux numéros de mardi et de jeudi derniers et d'aujourd'hui samedi. A partir de mardi, nous reprendrons notre régularité accoutumée.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 107. 5e ANNÉE. Samedi, 5 septembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MEDECINE CLINIQUE.

Etudes cliniques sur le diabète et l'albuminurie,

Par A. Becquerel, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.*

Ces études cliniques ont servi de base à une série de leçons que j'ai faites à l'hôpital de la Pitié sur le diabète et l'albuminurie; j'ai essayé dans ce petit travail d'appliquer à l'étude pathogénique de ces deux états morbides les données physiologiques que les travaux les plus récents nous ont fournies.

PREMIÈRE PARTIE.

Du diabète ou des diabètes.

Phénomène caractéristique : La présence d'un sucre particulier dans le produit de la sécrétion urinaire constitue un caractère physique qui se montre tantôt comme symptôme d'états morbides souvent fort différents les uns des autres, tantôt comme le signe pathognomonique d'une maladie toute spéciale, le diabète.

La distinction que nous venons d'établir en quelques mots servira de base aux études chimiques dont nous allons présenter le résultat. Nous établirons, en effet, une différence très-grande entre la présence du sucre dans les urines, considérée comme symptôme commun à un certain nombre de maladies, et la présence du sucre constituant toute la maladie, ou du moins en étant son expression symptomatique la plus importante, la plus essentielle.

La présence du sucre dans les urines a donné lieu à bien des travaux depuis Willis, qui en démontra l'existence, et de nombreux mémoires ont été publiés à ce sujet : il n'est aucun médecin qui ne connaisse les travaux de Rolla, Nicolas et Gueudeville, Thénard et Dupuytren, et bien d'autres.

Ces travaux, tout remarquables qu'ils sont, ont été un peu éclipsés par des recherches plus modernes : les publications de M. Bouchardat, celles de M. Mialhe, les belles expériences de M. Cl. Bernard ont surtout jeté un jour tout nouveau sur ces questions. Nous allons essayer de présenter le tableau complet de l'état de la science à ce sujet, et, à cet effet, nous adopterons l'ordre suivant :

1° Lorsqu'il existe du sucre dans les urines, quels sont les caractères de ce sucre? quelles sont les modifications que ce nouvel élément chimique apporte aux qualités physiques et chimiques des urines?

2° Quelles sont les maladies dont la présence du sucre dans les urines constitue un des phénomènes symptomatiques? C'est dire que nous cherchons à établir quelle est la valeur séméiologique de la présence du sucre dans des états morbides fort différents les uns des autres, et qui ne présentent souvent aucune analogie entre eux.

3° Existe-t-il des maladies dont la présence du sucre dans les urines constitue le seul caractère morbide, le phénomène le plus essentiel?

1° — De l'existence du sucre dans les urines. — Des modifications que sa présence apporte aux urines.

La première question qui se présente ici est la suivante : Quels sont les moyens à employer pour reconnaître la présence du sucre dans les urines? Ces moyens sont plus ou moins certains; ils sont de plusieurs espèces que nous allons successivement examiner :

1° L'extraction directe du sucre;
2° La fermentation;
3° La réduction de l'oxyde de cuivre;
4° L'action du sucre sur la potasse;
5° La polarimétrie.

I. — Extraction directe du sucre.

Ce procédé est le plus ancien; il était même le seul employé il n'y a pas encore fort longtemps. Voici en quoi il consiste : On réduit les urines, par l'ébullition, à un état voisin de la consistance sirupeuse, on fait concentrer, on traite ensuite par l'acétate de plomb, qui précipite les matières organiques et la plupart des sels solubles, qu'il transforme en sels de plomb insolubles. On filtre, et l'on obtient ainsi un liquide contenant du sucre, de l'urée, plus un excès d'acétate de plomb. On se débarrasse du plomb en excès en traitant la liqueur par un courant d'hydrogène sulfuré; on fait bouillir, on concentre encore la liqueur et on fait cristalliser le sucre. Cette cristallisation est toutefois confuse, disséminée et presque toujours mélangée d'une certaine quantité d'urée; mais elle permet d'y reconnaître la nature du principe immédiat qu'on a ainsi concentré. Ce procédé assez complexe, assez difficile à exécuter, et long, est peu employé actuellement. De

plus, le sucre qu'on obtient ainsi est toujours mélangé d'une certaine quantité d'urée.

II. — *Fermentation.*

On peut faire fermenter dans le vide des urines concentrées ou des urines étendues : dans ce second cas, il est nécessaire que le liquide contienne une notable quantité de sucre pour que la fermentation puisse s'opérer. Dans les deux cas, soit qu'il s'agisse d'une urine naturellement riche en sucre, soit que ce dernier principe y ait été concentré au moyen de l'évaporation dans le vide, le liquide a simplement besoin d'être abandonné à lui-même, et la fermentation ne tarde pas à s'établir. Voici pourquoi : si le temps est chaud surtout, ou bien si l'on a placé le liquide dans un lieu dont la température soit assez élevée, les urines diabétiques contiennent un ferment naturel qui agit sur le sucre et le décompose assez rapidement en acide carbonique qui se dégage, et qu'on peut recueillir si l'on a disposé les appareils à cet effet, et en alcool, qui reste en dissolution dans la liqueur dont on peut le retirer par la distillation.

S'il y a peu de sucre dans la liqueur et qu'on n'ait pas de machine pneumatique à sa disposition, il faut concentrer le liquide par l'ébullition; mais alors cette ébullition détruit le ferment naturel des urines diabétiques, et il est nécessaire d'y ajouter un peu de levûre de bière pour opérer la fermentation.

La fermentation, bien que peu employée, est cependant un moyen qu'il est bon d'avoir à sa disposition pour convaincre les incrédules en cas d'hésitation ou de discussion sur la présence du sucre.

III. — *Réduction de l'oxyde de cuivre sous l'influence de la potasse.*

Trois liquides ont été successivement employés et peuvent être employés pour obtenir cette réduction : ces trois liquides, dans la description desquels je ne veux pas entrer, présentent la plus grande analogie entre eux et peuvent être indistinctement employés; ces trois liquides sont les suivants :

Liquide de Frommerz,
Liquide de Barreswill,
Liquide de Fehling.

Voici ce qui se passe lorsqu'on fait bouillir une certaine quantité de l'un de ces liquides avec une quantité déterminée de glycose :

Sous l'influence de cet élément nouveau, la potasse contenue à l'état de liberté dans ces liquides précipite l'oxyde de cuivre, qui, en présence du sucre, est réduit à l'état de cuivre métallique, ou, selon quelques chimistes, de sous-oxyde de cuivre, qui se précipite alors sous forme d'une poudre jaune ocre ou jaune-rougeâtre.

L'emploi de ces réactifs exige de grandes précautions et a fait commettre bien des erreurs. Voici pour quelle raison : lorsqu'il y a très-peu de sucre, le précipité ne se fait pas toujours immédiatement, et il faut attendre le refroidissement du liquide pour le voir s'effectuer.

Dans d'autres cas, c'est un précipité vert qui se forme, et le précipité ne paraît jaune ocre ou rougeâtre que quand on lui a donné le temps de se déposer au fond par le refroidissement, quelquefois il faut vingt-quatre heures pour que cet effet se produise complétement.

Les chances d'erreurs dans le sens contraire sont plus nombreuses et plus fréquentes, car si l'on peut adresser un grave reproche à ces divers liquides, c'est d'être trop sensibles et de faire croire à la présence du sucre lorsqu'il n'en existe pas une trace. Voici dans quelles circonstances :

1° Quand ces liqueurs sont anciennes, elles précipitent spontanément du sous-oxyde de cuivre, ou bien elles se précipitent par la simple ébullition sans aucune addition, ou bien avec une urine quelconque non sucrée.

2° Lorsqu'on traite par un de ces liquides une urine dense, fortement chargée de matière colorante, et qu'on fait bouillir, il se forme un précipité d'oxyde de cuivre non réduit, mais qui, entraînant avec lui la matière colorante en excès, paraît jaune ou même jaune-rougeâtre.

3° Lorsqu'un liquide contient de l'acide urique en excès, il peut y avoir réduction véritable de l'oxyde de cuivre et formation d'un précipité jaunâtre, ou plutôt brunâtre, qui peut en imposer pour la présence du sucre.

4° Enfin, quand des urines sont franchement alcaline l'ammoniaque en excès précipite l'oxyde de cuivre en plus grande abondance et peut même, dans quelques circonstances, le réduire complétement.

Pour éviter toutes ces chances d'erreur, voici la marche à suivre : on prend une quantité donnée d'urine, on la traite par une petite proportion d'acétate de plomb solide et on agite. Ce sel se dissout, et il se forme immédiatement un précipité abondant constitué par des sels insolubles de plomb et des combinaisons insolubles de ces sels avec le mucus, les matières extractives et la plus grande partie de la matière colorante. On filtre, puis on ajoute un peu de sulfate de soude en excès. On a soin de faire chauffer, et le sulfate de soude précipite alors tout ce qui peut rester de plomb à l'état de sulfate de plomb insoluble. On filtre de nouveau, et dans le liquide filtré il ne reste plus qu'un peu d'acétate de soude, de sulfate de soude et de l'urée, principes qui n'agissent pas sur les trois liquides en question, et, enfin, le sucre, qui seul peut être l'agent capable de réduire l'oxyde de cuivre. On opère alors sur le produit de cette deuxième filtration, et si le précipité ne se montre pas de suite, ou bien s'il se présente avec une couleur verdâtre, on laisse refroidir la liqueur et on attend qu'il se soit déposé au fond.

Ce procédé est très-bref, très-rapide et très-expéditif; il peut s'exécuter au lit des malades et dans un service d'hôpital; il permet d'affirmer avec certitude la présence du sucre, quand on a pris les précautions que j'ai indiquées tout à l'heure pour se débarrasser de toutes les matières organiques et de la plupart des sels; mais tout expérimentateur qui ne se sera pas mis en garde contre ces chances d'erreur ne pourra être certain d'avoir réellement constaté la présence du sucre. C'est ce qui a conduit plusieurs chimistes à des résultats tout à fait erronés.

En titrant ces trois liquides et en opérant d'après des procédés connus, on peut déduire la quantité de sucre contenu dans un liquide donné. Je n'insiste pas sur ces titrages et sur ces formules, attendu que je pense qu'il est bien préférable d'employer à cet usage le polarimètre.

IV. — *Alcalis caustiques. — Potasse. — Soude. — Chaux.*

La potasse pure et préparée à l'alcool est celui de ces trois alcalis qu'il est préférable d'employer : c'est elle dont j'ai toujours préféré me servir.

Lorsqu'on traite une urine contenant une certaine quantité de sucre par de la potasse caustique, et qu'on a soumis ce liquide à l'ébullition, la liqueur prend de suite une couleur brunâtre dont la teinte plus ou moins foncée peut aller jusqu'au noir. Cette teinte est due à l'action de la potasse qui transforme le sucre en acide ulmique et donne lieu par suite à la formation d'un ulmate de potasse.

Cette réaction très simple et très-facile à obtenir est irrécusable lorsque la quantité de sucre est notable; mais il est des cas où elle présente quelques chances d'erreur qu'il faut savoir lever. On peut d'abord établir d'une manière générale que la potasse, de même que la soude et la chaux, sont des réactifs peu sensibles. D'un autre côté il y a des cas où l'on obtient des résultats qui peuvent laisser l'expérimentateur en suspens. Ainsi, quand une urine contient du mercure et qu'elle est notablement colorée, il arrive souvent qu'il se forme un léger trouble dû à la coagulation du mucus, et que la liqueur prend

une légère coloration brunâtre : cette coloration brunâtre n'est pas due au sucre, mais à l'action de l'alcali sur la matière colorante de l'urine. Cette teinte est d'autant plus caractérisée que cette matière colorante est en plus grande quantité.

On évite ces inconvénients en débarrassant l'urine de la plus grande partie de ses sels et de ses matières organiques au moyen des procédés indiqués plus haut, c'est-à-dire en traitant le liquide par l'acétate de plomb, le filtrant, puis le traitant ensuite par le sulfate de soude et le filtrant de nouveau. On peut alors être certain, en traitant la liqueur par la potasse, que si elle brunit à l'ébullition, c'est qu'elle contient une quantité de sucre relative à la sensibilité du réactif. On peut établir d'une manière générale que toutes les fois que l'urine débarrassée de ses sels et de ses matières organiques par le procédé indiqué ci-dessus, brunit à l'ébullition avec de la potasse, de la soude et de la chaux, c'est qu'elle contient du sucre. Mais l'inverse n'a pas lieu, c'est-à-dire qu'elle ne brunit pas toujours avec ces réactifs; c'est en particulier ce qui arrive quand la quantité de glycose est très-peu considérable.

V. — *Des polarimètres.*

Le procédé le plus certain, le plus infaillible pour déceler la présence du sucre dans l'urine et surtout pour le doser, est l'emploi des polarimètres. On peut se servir indistinctement du polarimètre de M. Biot, du saccharimètre de M. Soleil, de l'albuminumètre que j'ai fait construire sur les indications de mon frère, enfin, du diabétomètre de M. Robiquet. Je me suis toujours servi avec un très-grand avantage de l'albuminumètre; et si cet instrument était plus connu, je ne doute pas qu'il ne fût complétement préféré aux autres.

Pour examiner les urines avec les divers polarimètres, il faut d'abord soumettre le liquide au procédé que j'ai indiqué plus haut, c'est-à-dire le traiter par l'acétate de plomb solide, puis, par le sulfate de soude; on obtient alors un liquide qui ne contient qu'une proportion insignifiante de sels de soude, d'urée et de sucre. Ce dernier principe est le seul qui puisse alors dévier à droite le plan de polarisation. Cette mesure est très-exacte; et je pense que si l'on peut se contenter des procédés indiqués plus haut pour déceler la présence du sucre dans les urines, il est, d'un autre côté, indispensable d'avoir recours au polarimètre quand on veut doser la quantité de sucre d'une manière rapide et exactement mathématique.

2° — *Des propriétés physiques et chimiques des urines contenant du sucre.*

a. Quantité de sucre. — La quantité de sucre contenue dans les urines varie à l'infini; on a pu en trouver depuis 1 à 2 grammes pour 1 000 grammes de liquide jusqu'à 80 grammes. Il est rare que les urines contiennent une proportion plus considérable de ce principe immédiat. C'est en général lorsque le diabète est symptomatique que l'on trouve les plus faibles proportions de sucre, tandis que lorsqu'il constitue une maladie essentielle, les proportions de ce principe immédiat s'élèvent au chiffre le plus élevé : cette règle n'est cependant pas générale, et nous verrons qu'elle présente de nombreuses exceptions.

Dans les cas où le glycose existe dans l'urine, il ne faut pas seulement chercher la quantité de ce principe contenue dans 1,000 grammes de liquide: c'est déjà un bon renseignement qu'il faut retenir; mais il faut toujours rechercher parallèlement et simultanément la quantité d'urine rendue dans les vingt quatre heures et estimer la quantité absolue de sucre rendue dans cet espace de temps. C'est alors un terme de comparaison que l'on a toujours devant les yeux et qui permet de faire des comparaisons utiles aux diverses périodes de la maladie. Sous ce rapport on a également des variations très-grandes, et on trouve dans l'espace de vingt-quatre heures des quantités de sucre qui varient entre 40 grammes et 400 ou même 500 grammes. Ce dernier cas se rencontre dans le diabète idiopathique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

§ VIII. — *Plaies par armes à feu.*

A cette subdivision des plaies se rapportent les faits que nous avons été à même d'observer sur une partie des blessés de la campagne de Crimée qui se sont présentés au Val-de-Grâce en grand nombre, puisque nous avons pu recueillir, dans l'espace de six mois, quelques notes sur une centaine des cas les plus saillants.

Nous rapprochons ici tous ces cas parce qu'ils constituent un groupe de lésions bien distinctes par leurs caractères propres, malgré les mille variétés qu'elles peuvent affecter par rapport au volume, à la forme du projectile, à son trajet, à la nature des parties intéressées et aux circonstances qui les accompagnent. Nous y ajouterons quelques exemples de coups de feu récents sur des soldats de la garnison; et à ce propos disons incidemment, que les tentatives de suicide, malheureusement trop fréquentes dans l'armée, sont presque toujours exécutées avec des armes à feu. Nous en avons vu quatre exemples en peu de temps. Dans trois d'entre eux, le coup de fusil avait été dirigé dans la bouche, et la balle ayant traversé le cerveau et brisé le crâne en nombreux éclats, avait produit des désordres à peu près identiques. Dans le quatrième, le coup de fusil fut tiré dans la région du cœur : la balle traversa cet organe en le dilacérant en une multitude de petits morceaux, puis la racine du poumon gauche, l'aorte descendante, et enfin la région latérale gauche du rachis. Dans les quatre cas, la mort a été instantanée.

Grâce à tous ces faits, les blessures par armes à feu ont été un sujet fréquent de conférences cliniques dans lesquelles l'examen de chaque blessé était pour M. le professeur Larrey le sujet de développements et de considérations importantes, d'après son expérience personnelle, d'après la pratique des maîtres et surtout d'après l'autorité de son père.

Il est vrai que, sur les blessés de l'armée d'Orient, on ne pouvait le plus souvent que constater les résultats, les conséquences des blessures. Mais il importe de remarquer que l'étude des plaies par armes à feu ne consiste pas seulement dans l'examen des accidents primitifs et secondaires, lesquels sans doute sont les plus importants, et par cela même presque les seuls qui attirent l'attention; elle consiste encore dans l'examen de toute la série des phénomènes consécutifs à la guérison de ces lésions, tels que les différents caractères des cicatrices, leurs conséquences, leurs maladies; les déformations, l'atrophie, l'ankylose des membres, les paralysies traumatiques, les névralgies et enfin certains accidents nerveux épileptiformes observés par M. H. Larrey, et qui apparaissent quelquefois à la suite des blessures.

L'étude de ces derniers phénomènes, encore très-imparfaite, semble avoir été laissée de côté, et il est regrettable que toutes ces questions dont on trouve seulement quelques propositions éparses çà et là dans les auteurs, au moins pour ce qui regarde les blessures par armes à feu, ne soient point réunies et traitées dans leur ensemble. Prises à ce point de vue, les notes que nous avons rassemblées sur les blessés de Crimée pourront avoir quelque utilité.

Signalons les principaux faits observés au Val-de-Grâce, selon l'ordre des régions.

RÉGION DU CRANE.

N° 1. — *Coup de feu dans la région frontale.— Séjour probable du projectile dans l'épaisseur de l'os. — Nécrose de celui-ci. — Accidents cérébraux.* — Gustin, caporal au 50e de ligne, blessé le 8 avril 1855 au-dessus de la tête du sourcil droit, par une balle morte qui n'a pas pénétré dans l'intérieur du crâne. — (Il ignore si le projectile est sorti.) — Immédiatement perte de connaissance, commotion cérébrale ;— plus tard, la plaie est envahie par la pourriture d'hôpital, suivie de l'élimination de plusieurs petites esquilles secondaires; — depuis lors, la plaie est restée fistuleuse. — Elle est ronde, de la largeur d'une pièce de un franc, déprimée en forme de cupule par suite de la perte de substance de la table externe de l'os; — au fond, le stylet fait sentir un corps dur qui paraît être la balle enclavée dans la table interne. — Céphalalgie continuelle plus forte le soir ; — étourdissements fréquents. — Ces derniers phénomènes, loin de diminuer, vont en augmentant d'intensité depuis six mois.

M. Larrey pense qu'il faut attendre que le travail d'élimination spontané soit plus avancé pour se décider à agir plus à propos.

N° 2. — *Fracture du pariétal droit par une balle. — Phénomènes de compression cérébrale.*— Caubel, 20e de ligne, blessé le 8 septembre 1855 par une balle qui a labouré le milieu de la région pariétale droite, d'avant en arrière, de façon à creuser une véritable gouttière comprenant toute l'épaisseur de l'os (car il paraît que pendant les premiers jours on pouvait voir les battements du cerveau). — Immédiatement perte de connaissance, commotion cérébrale et engourdissement dans le membre gauche seulement, et, trois ou quatre jours après, dans le membre inférieur du même côté; — élimination de sept esquilles secondaires; — cicatrisation complète de la plaie au bout de quatre mois et demi; — diminution graduelle de l'hémiplégie gauche, qui n'a jamais été complète. — Actuellement on constate sur le pariétal une perte de substance longue de quatre centimètres, formant un véritable sillon dans lequel on peut loger le petit doigt, recouverte par une cicatrice mince adhérente : au fond, on sent une substance véritablement osseuse, sur laquelle la pression ne détermine aucun phénomène du côté du cerveau. — Céphalalgie fréquente; — léger assoupissement habituel. — Mouvement et sentiment complétement rétablis dans le membre inférieur gauche; au contraire encore notablement amoindris dans le supérieur.

Tandis que chez ce blessé une fracture grave du crâne, puisqu'il paraîtrait y avoir eu perforation complète, n'a été suivie en définitive que de symptômes légers d'hémiplégie incomplète, au contraire chez le suivant, une lésion beaucoup moins profonde, ayant le même siége, a donné lieu à des phénomènes de paralysie complète.

N° 3. — *Coup de feu dans la région pariétale gauche. — Hémiplégie complète à droite.* — Jacob, 2e grenadiers de la garde. — Tempérament éminemment sanguin, blessé en mai 1855 dans la région pariétale gauche par une balle qui ne paraît pas avoir pénétré profondément, car il n'y eut pas d'esquilles éliminées, et la plaie fut cicatrisée au bout de six semaines. — Cependant il y eut immédiatement perte de connaissance, abolition complète de la parole, altération de l'intelligence, consistant surtout dans la perte de la mémoire, paralysie faciale du côté droit, et du même côté hémiplégie complète. — Deux mois après la blessure, tous ces phénomènes de paralysie commencèrent à se dissiper, et depuis ont toujours été en diminuant peu à peu. — Actuellement (juin 1856), ils n'ont pas encore complétement disparu.— Ainsi, l'intelligence et la mémoire sont à peu près normales ; — la parole est encore un peu embarrassée; — la paralysie faciale n'est plus guère appréciable ; — le membre inférieur est assez fort pour permettre la marche. — L'amélioration est plus lente dans le supérieur; le bras agit bien, mais la main ne peut pas serrer les objets.

N° 4. — *Fracture du crâne par un éclat de bombe. — Accidents cérébraux primitifs et consécutifs.* — Gaeng, 1er régiment d'artillerie, blessé le 16 juillet 1855, au niveau de l'angle postérieur et supérieur du pariétal gauche par un éclat de bombe, qui a fait une large plaie contuse et entraîné la surface de l'os. — Immédiatement perte de connaissance, hémorrhagie abondante, commotion cérébrale, abolition des facultés intellectuelles qui persista pendant trois semaines, enfin paralysie incomplète du mouvement et du sentiment dans les membres du côté droit, laquelle commença à se dissiper au bout de six semaines. — Elimination par la plaie de deux esquilles minces et larges. — Trois mois après la blessure, pourriture d'hôpital suivie de l'issue de plusieurs petites esquilles. — Actuellement (juillet 1856), la faiblesse des membres persiste encore à un degré appréciable, ainsi que la diminution de sensibilité; — léger assoupissement; — caractère taciturne; — intelligence nette. mais un peu lente à saisir et à répondre; — la cicatrice n'est pas encore complétement fermée, probablement à cause de l'irritation produite par le contact des cheveux, car on ne sent pas de dénudation dans l'os. — Cette cicatrice est irrégulière, adhérente et déprimée par suite de la perte de substance du pariétal. Elle présente ceci de particulier qu'elle est extrêmement douloureuse au moindre contact, même à celui des cheveux. Pour y remédier, M. Larrey a fait faire pour ce militaire une plaque en cuir bouilli, qui, en s'adaptant bien à la région, la recouvre sans la comprimer et la protége contre les chocs extérieurs.

Ce blessé présentait en outre ce phénomène singulier signalé par M. Larrey, celui de l'audition à travers la cicatrice, les deux oreilles étant hermétiquement bouchées.

Dans le fait suivant, la même blessure fut suivie de symptômes différents.

N° 5. — *Coup de feu dans la région pariétale droite. — Accidents consécutifs d'othorrhée, etc.*— Gru, sergent-major, 3e bataillon de chasseurs à pied, blessé le 7 juin 1855 dans le milieu de la région pariétale droite, par une balle qui a seulement labouré la surface de l'os, car la plaie fut cicatrisée sans accidents secondaires au bout de trois mois. — Les premiers accidents furent : douleurs vives dans la tête, assoupissement, léger trouble des facultés intellectuelles et de la vision des deux côtés; — pas de symptômes de paralysie dans les membres.— Au bout de six jours, ecchymose sous la conjonctive droite et écoulement de sang et de sérosité, puis, de pus par le conduit auditif du même côté. — Depuis lors le trouble de la vue s'est dissipé, mais l'otorrhée n'a fait qu'augmenter; — actuellement elle persiste encore et la surdité est complète; elle s'accompagne de céphalalgie continuelle et d'un léger assoupissement. A aucune époque il n'y a eu de paralysie faciale (1).

N° 6. — *Fracture du rocher par un coup de feu.* — Saby, sergent au 4e bataillon de chasseurs à pied, blessé le 7 juin 1854 par une balle qui, entrée dans la région temporale, a traversé cette région de haut en bas et d'avant en arrière, et est sortie derrière le pavillon de l'oreille, au niveau de l'apophyse mastoïde. — Immédiatement perte de l'ouïe et hémorrhagie par la plaie de sortie et par le conduit auditif; — pendant les jours suivants, constriction de la mâchoire inférieure et écoulement purulent très abondant par l'oreille. — Cette suppuration a persisté pendant trois mois; — depuis, l'ouïe ne s'est point rétablie ; — douleurs vives et sifflement continuel dans l'oreille.

N° 7. — *Fracture du rocher et de la branche de la mâchoire inférieure par un coup de feu. — Paralysie faciale, etc.* — Fossier, sergent au 1er voltigeurs de la garde, blessé le 8 septembre 1855 par une balle qui, dirigée d'avant en arrière, est entrée sous l'os molaire du côté gauche, a traversé la région parotidienne en brisant la branche de la mâchoire inférieure, et est sortie dans le sillon derrière le lobule de l'oreille. — Immédiatement hémorrhagie par les plaies et par le conduit auditif externe; — abolition de l'ouïe et paralysie faciale. — Pendant les jours suivants, écoulement de sérosité, puis de pus, pendant quatre mois ;— contracture de la mâchoire ; — élimination d'esquilles secondaires et cicatrisation complète des plaies, sans fistule salivaire, au bout de quatre mois; — surdité absolue pendant six mois. Au bout de ce temps, sortie d'un petit os par le conduit auditif; — depuis lors, l'ouïe s'est rétablie peu à peu ; — consolidation de la mâchoire avec déviation en dedans des deux dernières molaires. — Quant à la paralysie faciale, elle est restée complète, malgré l'application de vésicatoires, de l'électricité, etc.

N° 8. — Nous avons vu un soldat chez lequel une blessure analogue a été suivie de l'obstruction complète du conduit auditif ; — la balle avait traversé la portion superficielle de l'apophyse mastoïde et du rocher. — Il en résulta la perte de l'ouïe et un écoulement purulent par le canal auditif. — La persistance de cette otorrhée amena un gonflement inflammatoire chronique du pavillon et du conduit auditif, qui, d'abord considérablement rétréci, finit par se boucher tout à fait du fond vers la superficie, malgré des applications longtemps continuées de corps dilatants, bouts de sonde, etc.

RÉGION ORBITAIRE.

Les coups de feu dans cette région sont nombreux et offrent

(1) S'agit-il ici d'une simple otite externe survenue intérieurement peu de jours après la blessure, ou faut-il admettre qu'il y a eu fracture du pariétal, laquelle se serait étendue par irradiation au rocher, où elle aurait été suivie de suppuration?

beaucoup de variétés. Ainsi : 1° tantôt il y a seulement fracture d'une portion plus ou moins étendue du rebord de l'orbite, le plus souvent du côté externe ; 2° tantôt il y a en même temps perte de substance et déformation de l'une ou l'autre paupière, et alors la guérison, pour être complète, exige une petite opération complémentaire de blépharoplastie ; 3° à ces lésions des organes extérieurs s'ajoutent celles du globe de l'œil, qui rarement conserve ses fonctions intactes, et le plus souvent, sans avoir été touché, par le seul effet de l'ébranlement ou de la commotion, devient instantanément amaurotique, lequel état peut persister ou se dissiper peu à peu ; 4° enfin l'œil peut avoir été lésé directement et dans certains cas s'être vidé par suppuration.

On trouvera dans les faits suivants un exemple de chacune de ces variétés.

N° 9. — M. X., capitaine, blessé le 18 juin 1855 par une balle qui a emporté l'angle externe de l'orbite ; — cicatrice régulière, sans difformité. — Aucun autre phénomène consécutif qu'une très-légère faiblesse dans la vue de ce côté.

N° 10. — *Coup de feu dans la région du cœur sous-orbitaire gauche.— Commotion de l'œil.* — MAURICARD, sergent, 4e régiment d'infanterie de marine, blessé le 14 septembre 1853, par une balle entrée au-dessous de la commissure externe des paupières, du côté gauche, au-dessus de la paumette, en fracturant le rebord sous-orbitaire, et sortie dans la région temporale, au-dessous de la naissance de l'apophyse zygomatique.—Immédiatement perte de connaissance et abolition complète de la vision de ce côté ; — extraction d'esquilles primitives et secondaires par la plaie d'entrée ; — cicatrisation complète au bout de deux mois, et pendant ce temps, constriction de la mâchoire. — Cicatrice ronde, déprimée, adhérente au rebord orbitaire, qui a subi une perte de substance, en forme de cupule, pouvant admettre l'extrémité du doigt. — Difformité, par suite de cette dépression, à la base de la paupière légèrement attirée à la base ; — un peu d'epiphora. — Pendant la première année qui suivit cette blessure, névralgie faciale presque continuelle ;— quant à l'amaurose, elle fut complète pendant les quinze premiers jours ; puis elle commença à se dissiper un peu, mais pas entièrement. Ainsi, l'œil ne voit que les objets placés au bas et en dehors, et encore il ne les aperçoit que confusément ; il ne voit pas du tout ceux qui sont en dedans et en haut. — Inutile de dire qu'il ne présente aucune altération matérielle, qu'il peut exécuter tous ses mouvements normaux, et que la pupille est mobile.

N° 11.— *Coup de feu dans la région orbitaire externe.— Commotion de l'œil.* — MARCHAND, 97e de ligne, blessé le 17 juin 1855 par un biscaïen, qui a labouré d'arrière en avant les parties molles de la région temporale gauche, et fracturé l'apophyse zygomatique et le rebord orbitaire externe.—Immédiatement perte de connaissance, hémorrhagie arrêtée par le tamponnement, abolition complète de la vision de ce côté, et commotion cérébrale ; — extraction d'esquilles primitives et secondaires ; — cicatrisation complète au bout de cinq mois. — Deux mois après la blessure, l'amaurose a commencé à se dissiper. Actuellement la vue de ce côté est à peine un peu plus faible que du côté sain.

N° 12. — *Fracture du sinus maxillaire et du rebord orbitaire inférieur par un coup de feu, avec perte de substance à la paupière inférieure. — Blépharoplastie. — Résultat satisfaisant.* — PELLETIER, 1er voltigeurs de la garde, blessé, le 6 septembre 1855, par une balle qui, entrée sur le côté droit du nez, dont elle a déchiré les parties molles, a fracturé le sinus maxillaire et le rebord inférieur de l'orbite, en enlevant la partie moyenne de la paupière inférieure dans toute sa hauteur, est sortie au-dessus de l'apophyse molaire ; — commotion immédiate de l'œil, qui depuis est resté complétement amaurotique. La plaie correspondant au sinus maxillaire est restée fistuleuse, et a déjà donné issue à de nombreuses esquilles. Actuellement plusieurs fragments osseux sont encore sur le point de se détacher. Malgré cette circonstance, ce blessé étant très-impatient de voir disparaître la difformité de la paupière, M. le professeur Larrey se décide à pratiquer une opération de blépharoplastie. — On constatait les désordres suivants : — 1° perte de substance au rebord orbitaire inférieur et à la paroi antérieure du sinus déprimée, enfoncée et présentant plusieurs ouvertures fistuleuses, conduisant dans la cavité du maxillaire, et servant d'aboutissant commun à un point central aux cicatrices du nez, de la joue et de la paupière ; — 2° perte de substance à la paupière inférieure dans toute la hauteur de sa partie moyenne, depuis le rebord palpébral jusqu'à sa base, chacune de ses deux portions s'étant cicatrisée isolément, de manière à former une espèce de coloboma, avec environ un centimètre d'écartement entre les parties restantes ; — la portion externe, tirée en bas, vers la cicatrice du sinus, mais sans être renversée en dehors comme dans l'ectropion ; — la portion interne, très-courte, réduite à peu de chose, ne s'étendant guère au delà du point lacrymal, étant aussi fortement attirée en bas. — Entre elles, dans l'espace laissé vide et aplani par la perte de substance du rebord orbitaire, la conjonctive palpébrale rouge, épaissie, se trouvant renversée et venant adhérer aux fistules.

L'écartement étant trop grand pour permettre le simple rapprochement, M. Larrey fait une incision courbe à la concavité supérieure suivant le bord orbitaire inférieur, commençant à deux centimètre au dessous de la queue du sourcil et arrivant jusqu'à la perte de substance. Ce lambeau externe, ainsi obtenu, est détaché, avivé, attiré en dedans et affronté à la portion interne également avivée et un peu disséquée ; — réunion des lambeaux entre eux et avec les téguments de la joue, à l'aide de huit points de suture ; — enlèvement des fils au troisième jour ; — réunion complète en dehors et entre les lambeaux, mais imparfaite au niveau de l'angle interne et inférieur du lambeau interne, à cause du tissu cicatriciel des fistules de la joue. — On espère en obtenir l'adhésion par la compression et l'agglutination des paupières avec le collodion ; mais elle est empêchée par le voisinage du pus fourni par les fistules. — Quoi qu'il en soit de cette petite imperfection en un point, le résultat de l'opération n'en est pas moins fort satisfaisant, puisqu'il existe maintenant une paupière complète, d'une hauteur et d'une longueur suffisantes, présentant un bord palpébral bien uniforme.

N° 13. — *Coup de feu dans la région temporo-orbitaire externe avec perte de l'œil et perte de substance à la commissure externe des paupières. — Blépharoplastie partielle pour l'application d'un œil artificiel.* — LAVELLE, 1er grenadiers de la garde, blessé le 23 août 1855, par une balle qui est entrée au niveau de l'angle externe des paupières du côté droit, a fracturé le bord externe de l'orbite, traversé la région temporale, et est sortie en avant du pavillon de l'oreille, au niveau de la naissance de l'arcade zygomatique. — Immédiatement hémorrhagie assez abondante, commotion cérébrale et contusion du globe oculaire qui se fondit par suppuration. — Constriction de la mâchoire. — Extraction de fragments de balle et d'esquilles par la plaie d'entrée. — Cicatrisation complète au bout de trois mois et demi. — Cicatrice transversale allongée, s'étendant depuis la commissure palpébrale jusqu'au rebord orbitaire externe, auquel elle adhère dans le point où celui-ci a été fracturé ; — destruction, par perte de substance, de l'angle externe des paupières et du quart externe du bord palpébral inférieur, lequel est en outre, un peu attiré en bas. — De cette disposition résulte un agrandissement de l'ouverture palpébrale, son occlusion imparfaite, et l'impossibilité de faire tenir un œil artificiel, quoique le fond de l'orbite présente un moignon mobile tout à fait capable de permettre cette application. — Pour remplir cette indication, M. Larrey avive le bord de chaque paupière au niveau de la commissure externe détruite, et les réunit par trois points de suture. — La réunion immédiate ne se fit pas dans toute l'étendue de la suture, par suite de l'indocilité du blessé ; mais on obtint, à peu de chose près, le résultat qu'on s'était proposé, par quelques cautérisations avec le nitrate d'argent et des pansements avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre. — En effet, cet homme sortit avec un œil de grosseur ordinaire, lequel était bien maintenu dans la cavité orbitaire.

N° 14. — *Fracture du rebord orbitaire inférieur avec division de la paupière et perte de l'œil, par un coup de feu. Blépharoplastie partielle pour l'application d'un œil artificiel.* — BREYSSE, 2e grenadiers de la garde, blessé le 8 septembre 1855, par une balle qui, dirigée de haut en bas, est entrée au milieu du rebord orbitaire inférieur droit, en chassant l'œil de l'orbite et en entamant le milieu de la paupière inférieur, a traversé l'épaisseur de la joue, et est sortie en fracturant l'angle de la mâchoire inférieure. — Immédiatement perte de connaissance ; — commotion cérébrale. — Plus tard, constriction de la mâchoire ; — extraction d'esquilles, etc. — Actuellement, la fracture du bord orbitaire forme une sorte de cupule pouvant recevoir l'extrémité du doigt, et est recouverte par la cicatrice adhérente. — La paupière n'a pas été entamée dans toute sa hauteur, mais seulement à sa base, de sorte que le bord palpébral est intact. — La cicatrice, en venant adhérer au rebord de l'orbite, attire la paupière en bas et en avant, mais sans la renverser en dehors comme dans l'ectropion, met à nu le cul-de-sac conjonctival, empêche l'occlusion complète et l'application d'un œil artificiel. — Pour remplir cette indication, M. Larrey dissèque la paupière en dedans par sa face conjonctivale, la détache ainsi de ses adhérences et la fait remonter à sa place normale, où elle est maintenue par l'occlusion des paupières avec le collodion, après avoir préalable-

ment placé un œil de verre; malgré une légère rétraction consécutive par le tissu de cicatrice, le résultat fut cependant heureux, et, outre que la difformité fut corrigée, un œil artificiel put être appliqué.

Dans le cas suivant, le désordre des paupières et du rebord orbitaire fut tel, qu'il rendit l'application d'un œil artificiel extrêmement difficile, sinon impossible.

N° 15. — *Fracture du rebord inférieur de l'orbite par un biscaïen. — Perte de l'œil et de la paupière inférieure.* — Decleyne, 2e légion étrangère, blessé le 7 août 1855, par un biscaïen qui, dirigé obliquement de dehors en dedans, d'arrière en avant et de haut en bas, est venu frapper le milieu de la région temporale droite, a brisé l'angle inférieur externe de l'orbite et le bord inférieur dans toute sa longueur, en enlevant la paupière inférieure et en chassant l'œil de l'orbite, et enfin a labouré les parties molles sur le côté droit du nez. — Immédiatement perte de connaissance; — commotion cérébrale; — élimination de nombreuses esquilles secondaires; — cicatrisation lente et difficile à cause de la perte de substances des tégument.

Cicatrice oblique assez profonde, adhérente au muscle temporal dont elle gêne les mouvements; — perte de substance à l'os molaire et au maxillaire supérieur; — disparition complète du rebord orbitaire inférieur, d'où il résulte que la cavité de l'orbite se continue directement avec la joue sur un même plan, lequel est recouvert par une cicatrice rougeâtre amincie adhérente, se continuant en haut avec la conjonctive; — absence complète de la paupière inférieure, depuis la commissure externe jusqu'au sac lacrymal; — la paupière supérieure intacte, étant attirée en bas au niveau de chaque angle, forme une sorte de rideau étendu en avant de la cavité de l'orbite de façon à la cacher; — au fond de celle-ci, moignon oculaire mobile; — brides et cicatrices adhérentes aux os sur le côté du nez; — perforation du cartilage de l'aile du nez; — insensibilité de la peau de la joue.

L'application d'un œil de verre n'était possible dans ce cas qu'à la condition de relever la paupière supérieure, de rétablir une paupière inférieure, ou tout au moins de creuser un sillon au niveau du rebord orbitaire absent. M. Larrey remplit la première indication en débridant chaque commissure : mais refaire une paupière inférieure était de toute impossibilité, puisque les téguments voisins étaient remplacés par un tissu de cicatrice mince et adhérent. Alors on tenta de creuser un sillon sur la partie inférieure de l'orbite, par la compression avec un œil de verre qu'on maintenait en place par des bandelettes de taffetas et un bandage compressif. Au bout de deux mois, un œil de verre de petite dimension pouvait tenir dans l'orbite, mais pas cependant d'une manière suffisante. (Le malade a été ensuite perdu de vue.) Chez ce blessé, bien que la mutilation ne datât que de quatorze mois, on pouvait déjà remarquer un léger retrait dans la capacité de la cavité orbitaire, signalé par Larrey père. Il est vrai que les désordres avaient été considérables.

Enfin, signalons un exemple des lésions produites sur le globe de l'œil même par la déflagration de la poudre.

N° 16. — Un artilleur du 4e régiment fut blessé à Rome, le 31 mars 1855, dans la manœuvre d'un canon qui a fait explosion (il tenait l'écouvillon).— Il en résulta : 1° mutilation de la main droite et du poignet, ayant nécessité l'amputation immédiate de l'avant-bras; 2° plusieurs plaies contuses à la face par la projection d'éclats; 3° la perte immédiate de la vision des deux côtés, tuméfaction des paupières, inflammation vive, etc., par la déflagration de la poudre; — cécité absolue pendant les trois premiers mois. — Au bout de ce temps, on fit l'excision de brides cicatricielles adhérentes, formées par la conjonctive entre les paupières et le globe de l'œil. — Depuis, le blessé entrevoit un peu. — Examen dix-sept mois après l'accident : — l'œil droit est recouvert dans sa moitié interne par une expansion fibro vasculaire semblable au ptérygion, adhérente à la paupière supérieure et à la moitié supérieure interne de la cornée : la vue se fait en haut et en dehors ; quoique la pupille se contracte peu à l'œil gauche, la cornée est marquée par une production semblable, recouvrant tout le globe oculaire, d'où résulte un bucôma complet.

PHYSIOLOGIE.

NOUVEAUX FAITS ET CONSIDÉRATIONS NOUVELLES CONTRE L'EXISTENCE DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE;

Mémoire lu à l'Académie des sciences, le 27 juillet 1857, par le Dr Louis Figuier, agrégé de chimie à l'École de pharmacie de Paris.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Il est important de faire remarquer que le fait de la production du sucre dans l'économie au moyen des aliments azotés est un résultat en opposition avec les idées chimiques qui avaient cours il y a quelques années. On croyait alors que le sucre tirait toujours son origine de l'alimentation végétale, et que les matières saccharoïdes existant dans l'économie provenaient nécessairement des aliments féculents ingérés.

Je ne dissimulerai point, d'ailleurs, qu'élevé moi-même dans ces idées théoriques, partageant sur ce point les opinions de notre illustre maître M. Dumas, je me suis longtemps refusé à croire que le sucre que l'on trouve chez les animaux pût avoir d'autre origine que l'alimentation végétale. Ce n'est qu'après des expériences faites avec tout le soin et toutes les précautions possibles que je suis arrivé à me convaincre que le sucre apparaît dans les organes des animaux absolument privés de nourriture végétale. En 1855, j'ai soumis pendant des mois entiers des chiens et des oiseaux (canards, pies, buses) à l'usage exclusif de la viande. Pour être certain que la viande qui servait à l'alimentation de ces animaux était bien privée de tout glycose préexistant, j'avais la précaution de hacher la viande et de la faire bouillir pendant deux heures avec de l'eau, afin de la dépouiller de toute matière soluble. Or, malgré cette alimentation animale, le foie et le sang de la veine porte, examinés chez ces divers animaux après six à huit semaines de ce régime rigoureusement entretenu et surveillé, contenaient toujours du sucre. Je dirai même que le foie des animaux tenus au régime exclusif de la viande se montrait plus riche en glycose que celui des animaux herbivores.

Le fait de la formation du sucre par suite du régime animal est, je le répète, un résultat important et nouveau. C'est une des acquisitions intéressantes faites dans le cours de la discussion et des travaux auxquels a donné lieu l'examen critique expérimental de la glycogénie hépatique. Ceux qui ont consacré leurs soins à ces études n'auront donc pas réussi seulement à renverser une théorie physiologique stérile, ils auront aussi contribué à mettre définitivement en lumière un fait général dont la connaissance importe à la physiologie aussi bien qu'aux applications de l'art de guérir.

§ V. — *Résumé et conclusions.*

Je crois utile de résumer, sous la forme de quelques propositions simples, les faits contenus dans ce travail, et qui concourent tous à faire rejeter l'existence de la fonction glycogénique du foie.

1° Pour établir la réalité de la fonction glycogénique, l'auteur de cette théorie s'appuyait sur la localisation exclusive du sucre dans le foie. Il est établi, au contraire, que le sucre, loin d'exister dans un seul organe de l'économie, se rencontre dans presque tous, c'est-à-dire dans tous les organes parenchymateux qui reçoivent du sang, le cœur, le poumon, la rate, etc., et dans le sang de la circulation générale.

2° Le même physiologiste avait posé en fait la non-existence du glycose dans le chyle. Il est aujourd'hui reconnu que le sucre existe dans le chyle des animaux soumis au régime exclusif de la viande, fait qui suffit à lui seul pour renverser la doctrine de la glycogénie hépatique. Il nous montre, en effet, avec évidence du sucre provenant du tube intestinal, se déversant dans le sang par l'intermédiaire des vaisseaux chylifères et du canal thoracique, sans traverser le foie.

3° Pour démontrer la réalité de la même fonction, l'auteur s'appuyait encore sur l'absence de toute matière sucrée dans le sang de la veine porte. Il est aujourd'hui établi que le sang de ce vaisseau contient un produit qui appartient évidemment à la famille des sucres, puisqu'il présente tous les caractères qui appartiennent au groupe général des matières sucrées, savoir : la réduction de la liqueur cupro-potassique, la non-précipitation par le sous-acétate de plomb, la propriété de subir la fermentation alcoolique après avoir été tenu en ébullition avec un acide étendu.

4° Le sang de la circulation générale renferme le même produit sucré qui existe dans celui de la veine porte; ce produit réduit le réactif cupro-potassique, n'est pas précipité par le sous-acétate de plomb, et fermente après avoir été tenu en ébullition avec l'acide sulfurique étendu.

5° Le sucre ne constitue pas dans l'économie un produit unique et à propriétés toujours identiques, mais bien une série de composés appartenant au groupe général des produits *glycosiques*, et qui, en se modifiant successivement, arrivent à constituer le sucre fermentescible qui existe dans le chyle et dans le foie.

6° On trouve, dans le tube intestinal des animaux soumis des mois entiers au régime exclusif de la viande, un composé de saveur sucrée qui, en subissant diverses modifications chimiques dans le sang de la veine porte ou par l'action des villosités intestinales, est peut-être celui qui donne naissance au sucre fermentescible existant dans le foie et dans le chyle.

7° Les aliments azotés introduits dans le canal alimentaire donnent naissance à du sucre par un dédoublement dont la chimie nous explique théoriquement le mécanisme.

Je disais, en terminant mon dernier Mémoire lu à l'Académie des sciences, que j'aurais à m'expliquer sur la matière glycogène signalée par l'auteur de la théorie glycogénique comme propre à l'organe hépatique, et que je considère comme simple produit de l'altération de l'albuminose par la potasse. Il suffit de se rappeler, en effet, que dans mon premier Mémoire, en signalant la présence de l'albuminose dans le foie, j'ai dit que, pour obtenir ce composé, il faut précipiter par l'alcool une dissolution aqueuse du foie. Or, c'est précisément en opérant de cette manière, c'est-à-dire en précipitant par l'alcool une décoction de foie, que M. Bernard procède pour préparer cette matière glycogène. Le précipité déterminé par l'addition de l'alcool dans la décoction du foie, et qui n'est autre chose que de l'albuminose, est ensuite tenu en ébullition pendant une demi-heure avec de la potasse caustique, et c'est le produit demeurant alors dans la liqueur, que l'on sépare par l'addition de l'alcool, qui constitue la *matière glycogène* de M. Bernard, ainsi nommée parce qu'elle se transforme en sucre quand on la traite, à l'ébullition, par un acide étendu, ou à froid, par la diastase. Je répète que cette matière ne peut être autre chose que le produit de la décomposition de l'albuminose par la potasse. En exécutant l'expérience comme l'indique l'auteur, j'ai constaté qu'il se dégage, pendant le traitement par la potasse caustique, une notable quantité d'ammoniaque, signe certain de l'altération de la matière azotée. Je n'ai obtenu d'ailleurs, en opérant ainsi, qu'une quantité extrêmement faible de cette matière, c'est-à-dire quelques décigrammes à peine en agissant sur le foie, pesant 310 grammes, d'un chien tenu depuis un mois et demi au régime exclusif de la viande. Ce qui se passe d'ailleurs, pendant le traitement par la potasse caustique de l'albuminose séparée du foie, est tout à fait semblable à ce que l'on produit en faisant bouillir, comme je l'ai indiqué dans le cours de ce Mémoire, l'albumine de l'œuf avec une dissolution de potasse.

Comme à la température d'ébullition la plus grande partie du produit formé disparaît sous l'influence de l'alcali caustique, on ne peut obtenir qu'une très-faible quantité de cette matière.

Peu de temps après la publication de M. Bernard sur la matière glycogène, M. Sanson, de Toulouse, a montré, dans un travail parfaitement conçu et exécuté, le peu de valeur théorique des faits annoncés par M. Bernard concernant la matière glycogène. M. Sanson a reconnu que ce produit peut s'obtenir, non pas exclusivement avec le tissu du foie, ainsi qu'on l'avait annoncé, mais bien avec tous les tissus de l'économie animale. En suivant rigoureusement le procédé décrit par l'auteur, M. Sanson a obtenu la matière glycogène avec le tissu du cœur, de la rate, du poumon, etc., et les principes constituants du sang, tant veineux qu'artériel.

C'est sans doute pour échapper aux conséquences de la critique élevée contre ce dernier résultat que M. Bernard, dans une communication postérieure, a déclaré abandonner le procédé qu'il avait décrit pour obtenir la matière glycogène au moyen de la potasse caustique bouillante, et déclaré que l'acide acétique lui servait maintenant à isoler ce produit. Le changement survenu sous ce rapport dans les vues de l'auteur de la théorie glycogénique nous dispense de pousser plus loin l'examen de cette question. Nous nous contenterons de remarquer que cet abandon de faits précédemment émis, pour échapper à la critique, rend bien difficile une discussion expérimentale : le public scientifique qui nous fait l'honneur de suivre nos travaux avec intérêt mériterait peut-être d'être plus sérieusement traité. Déjà, d'ailleurs, nous avions eu, à propos du même point, un autre exemple de la facilité avec laquelle l'auteur de la théorie glycogénique abandonne ou modifie ses vues en présence de la discussion.

Dans son Mémoire sur la *sécrétion posthume* du sucre par le foie, dans lequel il semblait se plaire à renverser lui-même toutes ces affirmations et expériences antérieures relatives à l'influence du système nerveux sur la fonction glycogénique, M. Bernard avait présenté la matière glycogène comme insoluble dans l'eau, car elle résistait, selon lui, à l'action prolongée d'un lavage opéré par un courant d'eau traversant le foie. « La matière dont je ne puis ici en quelque sorte qu'indiquer l'existence, disait-il, devra être isolée et étudiée ultérieurement avec soin au point de vue chimique et physiologique... Il y a entre ces deux extrêmes la *matière insoluble* telle qu'elle est sécrétée par l'action vitale du foie et le sucre qui en émane, et sort de l'organe avec le sang des veines hépatiques, une série de formations intermédiaires que je n'ai pas vues, mais que les chimistes découvriront sans doute. »

Les chimistes se sont montrés médiocrement jaloux de ce cadeau d'une matière insoluble à retirer du tissu du foie, et ils ont eu raison de montrer peu d'empressement à l'étudier, puisque dans le Mémoire suivant du même physiologiste cette matière, d'abord *insoluble* dans l'eau, est devenue « soluble » dans ce liquide. On ne saurait trouver de contradiction plus manifeste. Pour être fixé sur ce que M. Bernard entend décidément aujourd'hui par sa matière glycogène, sur le procédé qu'il recommande pour l'obtenir, sur le siége de cette matière, etc., nous devons attendre qu'il soit sorti des vagues énonciations qu'il s'est borné jusqu'ici à faire sur ce point. Tous les travaux publiés jusqu'à ce jour par l'auteur de la théorie glycogénique avaient trait au sucre contenu dans le foie. On serait tenté de croire maintenant que le sucre a perdu toute signification, et que cette matière glycogène qui a surgi inopinément va le remplacer. N'est-ce donc plus du sucre que renferme l'organe hépatique? Un tel désaccord d'idées n'est propre qu'à embrouiller une question. Est-ce là le but que l'on se propose?

REVUE ANALYTIQUE.

Un cas de mort par inhalation d'un mélange d'éther et de chloroforme.

Par l'intermédiaire du *Medical Times*, l'*American journ. of Med. sc.* nous apporte un nouveau cas de mort dû à l'anesthésie produite par un mélange de quatre parties d'éther et de une de chloroforme. A l'exception de cette singularité

dont on ne saisit pas bien le but, ce nouveau cas n'offre rien de bien remarquable, et rien surtout qui puisse nous éclaircir sur les moyens de remédier aux accidents dont l'anesthésie peut être la cause. Il s'est présenté ici toutefois cette circonstance, que les accidents ont commencé par un symptôme assez inusité, si même il a été observé, le vomissement, et qu'ils ne se sont montrés qu'à une époque où la réaction commence habituellement à s'établir, c'est-à-dire quinze minutes au moins après qu'on avait cessé les inhalations, puisqu'on avait déjà eu le temps d'enlever une tumeur qui avait exigé deux incisions de vingt-sept centimètres chacune et de lier six artères. C'est à cause de ces circonstances et de la singularité relative au mélange que nous avons cru utile de reproduire ce fait.

Un enfant de cinq ans, très-bien portant, est présenté au docteur Crockett pour que celui-ci le débarrasse d'une tumeur adipeuse située à la région dorsale. Cette tumeur est volumineuse, « elle naît en bas au niveau de la dernière côte droite, à 6 centimètres 1/2 environ des apophyses épineuses, et remonte obliquement, en croisant ces mêmes apophyses, dans une étendue de 20 centimètres, Il fallut pratiquer deux incisions elliptiques de 27 centimètres pour en opérer l'extirpation. »

L'opération fut commencée le 4 avril, à 9 heures du matin; l'agent anesthésique était un mélange de quatre parties d'éther purifié et de une de chloroforme, préparé par un habile chimiste. Ces deux substances furent mêlées avec soin; on en versa 4 grammes sur une éponge disposée en entonnoir et l'on observa de tous points dans leur administration les précautions recommandées par Erichsen. L'opération, qu'on commença dès que le patient fut sous l'influence de l'anesthésique, fut rapidement exécutée. On avait lié six artères, et l'on recherchait si d'autres vaisseaux donnaient du sang, quand l'enfant se mit à vomir, et quand le pouls, bon jusque-là, cessa d'être perçu. On plaça le petit malade dans une position déclive, ainsi que le recommande Marshell-Hall, et l'on introduisit un doigt dans la bouche, dans la crainte que le renversement de la langue ne fût la cause de l'accident. On persévéra dans l'emploi de ces moyens, en même temps qu'on frictionnait les extrémités avec de l'ammoniaque; mais l'enfant n'en mourut pas moins trois ou quatre minutes après le début des vomissements, n'ayant guère perdu plus de 125 grammes de sang.

On n'avait jamais porté l'anesthésie assez loin pour produire la plus légère sterteur, et il n'y avait rien, dans la respiration ou la circulation, qui fût de nature à exciter la moindre alarme avant le début des vomissements. L'autopsie ne fut point faite. (*Amer. Journ. of med. science*, juillet 1857, p. 284.)

VARIÉTÉS.

AVIS. — M. le professeur de JACOUBOWITSCH, dont les remarquables travaux sur l'anatomie microscopique du cerveau ont produit une si légitime sensation lundi dernier à l'Académie des sciences, donnera lundi prochain, 7 septembre, de midi à trois heures, quai de l'Horloge, n° 21, au bureau du *Moniteur des hôpitaux*, une séance dans laquelle il fera passer sous les yeux des personnes présentes les principales pièces qui ont servi de modèle aux belles planches communiquées par l'auteur à l'Académie. — Tous les médecins et naturalistes que cette séance pourra intéresser seront admis en se faisant simplement annoncer.

La *Gazette médicale de Lyon* annonce la mort subite de M. Bajard, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et lui consacre une courte notice nécrologique qui se termine par les lignes suivantes :

« Quoi qu'il en soit, tous ceux d'entre nous qui ont pu connaître et apprécier M. Bajard regretteront en lui le chirurgien consciencieux, habile, souvent heureux, jamais téméraire, dont ils ont mis à profit les exemples et les leçons, et ils ne cesseront d'honorer sans réserve l'homme de bien, probe, loyal, qui ne sut ou n'osa pas affronter jusqu'au bout les écueils de la vie sociale et les luttes incessantes de notre noble mais difficile profession. »

A propos du décret relatif à la création d'une Ecole de médecine à Alger, et portant que « l'hôpital civil et l'hôpital militaire devront mettre à la disposition des élèves toutes les ressources d'instruction qu'offre..... une grande réunion de malades, les *Annales de clinique de Montpellier* publient les réflexions suivantes :

« La Faculté de médecine de Montpellier, dans le ressort de laquelle la nouvelle Ecole de médecine est placée, se trouve dans la pénible nécessité de demander en sa faveur un si intelligent décret dont est dotée une Ecole secondaire. Par des causes diverses, l'antique Faculté que le chef de l'Etat proclamait naguère *une des gloires de la France* se voit menacée dans ses moyens d'instruction pratique. Tandis que les deux autres Facultés de médecine se sont progressivement enrichies de matériaux cliniques étendus et variés, non-seulement l'Hôpital général, avec ses différentes annexes, n'est pas mis à la disposition de l'enseignement de la Faculté, mais encore l'*Hôpital des cliniques*, surtout pour la section si essentielle des *malades civils, va s'étiolant d'inanition.* La clinique chirurgicale spécialement ne voit plus ni arriver ni admettre ces nombreux et importants *malades civils* qui, des points les plus divers et les plus éloignés, venaient fournir aux élèves de Delpech, de Lallemand et de Serre une source d'instruction vaste, riche et incessamment renouvelée, et procurer à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi sa haute importance et sa célébrité.

« Puisque de fâcheuses dispositions locales nuisent ainsi à la célèbre Faculté méridionale, que ses membres n'oublient point que défendre le dépôt sacré de la moderne Cos est pour eux un devoir d'honneur; qu'ils imitent la noble conduite que Decandolle, Delpech, Fages, Prunelle, Baumes, etc., tinrent en 1815; qu'ils portent directement eux-mêmes leurs justes doléances à l'autorité supérieure, et surtout au chef de l'Etat, qui ne se refuserait pas, nous en avons la ferme conviction, à soutenir la célèbre Faculté reconstituée par Napoléon Ier, et à lui accorder un décret semblable à celui dont il vient de doter une Ecole secondaire. — Prof. ALQUIÉ. »

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Des Chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, par le docteur E. A. DUCHESNE, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, etc.

Paris, 1857, chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55. 1 vol. format Charpentier. Prix : 3 fr. 50 c.

De l'Exfoliation physiologique et pathologique *de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse,* par A. RACIBORSKI, ancien chef de clinique, etc. Prix : 3 francs. *Au bureau du journal.*

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 108. 5e ANNÉE. Mardi, 8 septembre 1875.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 7 septembre 1857.

Séance de l'Académie des sciences

DU 31 AOUT.

[Anatomie des centres nerveux.]

Nous pourrions passer sous silence cette séance sans la présentation faite par M. Flourens, dans les termes les plus flatteurs, d'un travail de M. le professeur Jacubowitsch sur l'anatomie des centres nerveux. Nos lecteurs trouveront plus loin le résumé de ce travail remarquable, et ils jugeront comme nous que les éloges de M. Flourens sont parfaitement justifiés. Non-seulement l'auteur a représenté dans des planches admirables exécutées, par lui-même, les résultats de ses observations microscopiques, mais encore ces résultats sont aussi importants que nouveaux. Si, comme la rare précision de M. Jacubowitsch doit le faire espérer, ses observations sont confirmées par d'autres micrographes, elles jetteront inévitablement le plus grand jour sur la physiologie des centres nerveux, et non-seulement sur la physiologie relative aux actes du mouvement de la sensibilité et de la nutrition, mais aussi à cette physiologie, plus élevée mais plus obscure, qui se rapporte aux actes de l'intelligence, physiologie que les médecins et les physiologistes, malgre les immortelles tentatives de Gall, continuent à abandonner encore aux mains des prétendus philosophes, où elle reste depuis des siècles à l'état de rêverie, au lieu de s'élever au rang de véritable science.

Nous ne pouvons entrer aujourd'hui dans les détails nécessaires pour justifier ici cette appreciation générale ; nous devons renvoyer cette discussion plus approfondie pour le moment où le travail tout entier de M. Jacubowitsch aura paru en français, ce qui ne tardera pas. Mais d'après les faits mentionnés dans le court résumé que nous donnons plus loin et que nous avons rédigé de concert avec l'auteur, il est déjà facile d'entrevoir les principales conséquences des faits qui forment la base des recherches de M. Jacubowitsch.

Au premier rang, parmi ces faits, doivent se placer les trois suivants :

1° Les trois fonctions bien distinctes du système nerveux, la motilité, la sensibilité et l'action organique, ne s'exercent pas seulement par trois ordres de nerfs, mais encore ces ordres de nerfs ont pour origine des éléments anatomiques centraux différents.

2° La moelle, d'où partent les nerfs généraux renferme également et naturellement les trois ordres d'éléments; mais le cerveau, organe d'intelligence, ne renferme que des éléments de sensibilité, et les nerfs spéciaux aux sens ne renferment que le même élément auquel est associé, mais en faible proportion, l'élément sympathique.

3° L'élément de sensibilité est d'une dimension différente chez l'homme et chez les animaux, plus volumineux chez ceux-là, plus petit chez celui-ci ; en sorte que même pour une masse cérébrale égale, le cerveau humain serait encore beaucoup plus riche en éléments sensibles que celui des animaux. De là à la richesse relative de chaque homme en particulier, et surtout de chaque race humaine, la distance ne paraît pas infranchissable. Sera-t-elle franchie? C'est une question que nous réservons, mais avec un doute mêlé de beaucoup d'espérance.

Les recherches de M. Jacubowitsch ne promettent peut-être guère moins au pathologiste qu'au physiologiste. Déjà elles ont montré que dans des affections du système nerveux, où l'examen ordinaire le plus minutieux ne permettait de déceler aucune lésion matérielle, cette lésion était néanmoins considérable, puisque les éléments d'un ou de plusieurs ordres étaient profondément altérés dans leur forme, parfois même détruits. On comprend par ce seul résultat quel brillant horizon s'ouvre désormais à l'anatomo-pathologiste; que cet horizon nous découvre clairement une faible partie de ce qu'il nous laisse entrevoir, et M. Jacubowitsch n'aura pas rendu un moindre service au médecin qu'au physiologiste et au vrai philosophe.

H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Etudes cliniques sur le diabète et l'albuminurie,

Par A. Becquerel, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.*

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

b. Nature du sucre. — Cette question ne peut plus faire actuellement aucun doute au point de vue de l'analyse élémentaire : le sucre des urines est analogue, par sa composition, au sucre du foie, et par conséquent il est identique avec la

glycose, mais, de même que le sucre du foie, il offre les caractères extérieurs de la glycose; si comme elle il fermente facilement et directement au contact des ferments et des substances azotées, il en diffère en ce que dans les vaisseaux il se décompose sept ou huit fois plus facilement que la glycose préparée par des procédés artificiels, ou, si l'on veut, il faut en injecter sept ou huit fois plus dans les vaisseaux pour qu'on en retrouve dans les urines. La glycose n'est pas détruite aussi facilement, elle ne passe pas avec autant de facilité à l'état d'acide lactique; de sorte que, bien qu'elle ne passe pas toute dans les urines comme le sucre de canne injecté dans le sang veineux, il faut cependant en injecter sept ou huit fois moins que du sucre du foie pour en retrouver dans les urines. Le sucre des urines est donc tout à fait analogue au sucre du foie.

c. Couleur des urines. — Lorsque la quantité de sucre contenue dans les urines n'est pas considérable, la couleur de ce liquide change très-peu. Lorsque cette quantité au contraire est un peu notable, la matière colorante diminue. On peut établir comme règle absolue que toute urine un peu fortement chargée de sucre est plus pâle et d'une nuance jaune moins accentuée qu'à l'état normal.

d. Densité des urines. — La densité des urines est tout à fait subordonnée à la quantité de matière sucrée que renferme ce liquide. Lorsque la proportion de sucre est très-peu considérable, la densité de l'urine n'est que faiblement influencée, et elle ne s'élève que légèrement; lorsqu'au contraire la quantité de sucre est considérable, les urines deviennent beaucoup plus denses que dans l'état normal. Le chiffre moyen de la densité de l'urine à 12° centigrades et avec une quantité moyenne de ses principes chimiques en dissolution, est de 1018. Or, dans le diabète, cette densité peut s'élever à 1045 et même à 1050. C'est donc là un précieux moyen d'investigation qu'il ne faut pas négliger.

J'ai cherché à savoir si le chiffre de la densité pouvait faire connaître approximativement la quantité de sucre contenue dans l'urine, je n'ai pu arriver qu'à des résultats très-approximatifs. Il m'a semblé, et je ne donne ce chiffre qu'avec une très-grande hésitation, que chaque degré de densité pouvait correspondre à une quantité de sucre variant de 3gr,50 à 5 grammes pour 1,000 grammes de liquide. Voici ce qui empêche d'avoir quelque certitude à cet égard : en général, en même temps que le sucre augmente, les autres éléments de l'urine diminuent proportionnellement au moins à la quantité absolue de ce principe immédiat. Or cette circonstance jointe à la difficulté d'isoler le sucre des autres principes immédiats et en particulier de l'urée, c'est ce qui s'oppose toujours à une détermination plus exacte.

e. Acidité. — L'acidité des urines contenant du sucre en quantité peu notable est moins forte que l'acidité des urines normales; quelquefois on les trouve neutres. Leur alcalinité est un fait rare et tout à fait exceptionnel.

3° *Eléments chimiques.*

a. Eau. — La quantité d'eau contenue dans les urines sucrées est subordonnée à la nature du diabète et à la proportion de sucre tenue en dissolution. Dans le diabète essentiel ou idiopathique, la quantité d'eau est toujours notablement augmentée, tandis que dans le diabète symptomatique elle ne l'est que peu ou point.

L'augmentation d'eau contenue dans les urines sécrétées dans l'espace de vingt-quatre heures se fait à des degrés très-variables, et peut s'élever à un chiffre considérable, puisqu'on a vu des diabétiques uriner 15 à 20 litres d'eau.

On peut établir en règle générale que cette quantité est d'autant plus considérable que la proportion de sucre produite dans le même espace de temps est elle-même plus considérable. Quand il y a très-peu de sucre, l'eau n'est pas sensiblement augmentée; quand il augmente, mais d'une quantité trop faible pour constituer un diabète essentiel, elle est déjà plus considérable; et enfin dans le véritable diabète cette quantité d'eau devient quelquefois énorme et peut s'élever à plusieurs litres.

Il est très-important de tenir en considération cette augmentation de la quantité d'eau, car elle peut rendre compte des divergences d'opinion qui ont régné au sujet de la proportion des éléments chimiques et les expliquer d'une manière satisfaisante.

Que deviennent, en effet, les éléments chimiques divers de l'urine? Pour quelques chimistes, ces éléments, et en particulier l'urée et l'acide urique, sont diminués de quantité ou même quelquefois ont complétement disparu des urines; pour d'autres, ces principes ont conservé leurs proportions normales. On se rendra facilement compte de cette divergence d'opinion en observant le fait suivant :

Si l'on considère la quantité d'urine rendue dans l'espace de vingt-quatre heures, et si l'on recherche la quantité d'urée et celle de l'acide urique, on trouve que cette quantité est exactement la même que celle de l'état normal, c'est-à-dire de 15 à 18 grammes d'urée et de 0gr,50 d'acide urique pour 1,200 grammes d'eau. Mais ces quantités dissoutes dans trois, quatre, cinq et six fois le volume d'eau de l'état normal paraissent relativement en beaucoup moins grande proportion. Quelquefois même les proportions d'urée et d'acide urique sont étendues et délayées dans une telle quantité d'eau qu'elles semblent presque complétement absentes.

b. Urée. — La quantité d'urée recherchée dans les urines de vingt-quatre heures a été trouvée dans la même proportion que dans l'état normal.

c. Acide urique. — L'acide urique est dans les mêmes conditions qu'à l'état normal; il est seulement dissous dans une beaucoup plus grande quantité d'eau.

Eléments chimiques nouveaux.

Les éléments chimiques nouveaux sont loin d'être constants. Ce sont : 1° le ferment diabétique; 2° l'albumine.

1° *Ferment diabétique.* — Le ferment diabétique signalé par Quevenne et bien étudié par lui est un des points les plus intéressants de l'histoire des urines des diabétiques.

Ce ferment se présente sous forme de globules arrondis, parfaitement caractérisés. Ces globules sont des spores dont la germination peut être étudiée avec facilité au microscope. Ces globules émettent des prolongements digitaux, qui s'allongent, deviennent globuleux, se rétrécissent au point de jonction avec la vésicule mère, en finissant par s'en détacher pour former à leur tour une spore vésiculeuse complète qui pourra à son tour germer d'une manière analogue.

Ce ferment ne manque jamais dans les urines diabétiques : il est la cause de la fermentation spontanée de ces urines.

2° *Albumine.* — L'albumine est un fait tout à fait passager et accidentel dans l'urine des diabétiques. Quelquefois ce principe immédiat s'y ajoute sans avoir aucune signification spéciale; dans d'autres cas, il a semblé annoncer la diminution de la glycose et la tendance à la guérison. Dans quelques cas enfin il a paru annoncer une terminaison fatale et l'approche de la mort; c'est même ce qui est le plus fréquent. On ne peut donc établir aucune règle fixe relativement à la présence ou à l'absence de l'albumine dans les urines diabétiques.

DEUXIÈME PARTIE.

Des causes du passage du sucre dans les urines, ou de la pathogénie du diabète.

Pourquoi et comment le sucre se montre-t-il dans certains cas dans le produit de la sécrétion urinaire? C'est un fait qui

a depuis longtemps sollicité l'attention et les travaux des médecins ou des chimistes qui se sont occupés successivement du diabète, ce qui les a conduits à des théories plus ou moins rationnelles. C'est une question cependant qui se trouve bien simplifiée depuis la découverte de M. Cl. Bernard relativement à la sécrétion glycosique du foie et à la présence du sucre dans le sang qui a été élaboré par le foie et qui de là passe dans la veine cave, dans le cœur et dans le système artériel. Il résulte évidemment de cette découverte capitale que le passage du sucre dans les urines n'est pas un fait aussi anormal qu'on aurait pu le penser tout d'abord et que ce passage n'est en somme qu'une déviation de l'état physiologique.

Pour exposer avec méthode la pathogénie du diabète, il faut nécessairement parler avec quelques détails et d'après leur ordre de production : 1° de la théorie de M. Bouchardat; 2° de la théorie de M. Mialhe; 3° des belles découvertes de M. Cl. Bernard, et enfin des essais de conciliation qu'on a tentés entre ces diverses explications, conciliations qui feront peut-être un jour découvrir la vérité.

THÉORIE DE M. BOUCHARDAT.

Les idées de M. Bouchardat doivent être suivies dans l'état physiologique et dans l'état pathologique. D'après ce chimiste, dans l'état normal les féculents sont transformés en sucre dans le duodénum par suite de l'action de la diastase qui existe naturellement dans le suc pancréatique. Ce sucre, ou si l'on veut, cette glycose, une fois formée, est absolue, passe par les radicules de la veine porte dans le sang de ces vaisseaux et arrive au foie qui est un organe que l'on peut considérer à la fois comme jouissant de la propriété de séparer le sucre du sang et de modérer l'abandon de sa formation. Ce principe immédiat séparé par le foie, passe dans les veines sus-hépatiques, de là dans la veine cave inférieure; il arrive au cœur qu'il traverse; et il est ainsi porté dans le sang artériel dans le cours duquel il est détruit.

Dans le diabète, d'après M. Bouchardat, il y a un premier fait, un fait capital qu'il faut tout d'abord admettre. Ce fait, c'est la production de la diastase, d'une diastase anormale dans un point où il n'en existait pas avant : ce point est l'estomac. Pour que la diastase se produise ainsi dans ces divers organes, il ne faut souvent que des causes assez légères. Ces causes, d'après l'auteur, seraient en particulier les suivantes : 1° La transformation de l'albumine ou de la fibrine des aliments en diastase, transformation qui, dans certaines circonstances, s'effectue assez facilement ; 2° les maladies du pancréas. La diastase qui se produit dans l'estomac est alors le résultat d'une sécrétion déviée ; 3° les rétrécissements du pylore qui obligent les aliments à séjourner plus longtemps dans l'estomac, séjour prolongé qui favorise la transformation de leur fibrine ou de leur albumine en diastase ; 4° la grande capacité de l'estomac qui agit dans le même sens, 5° le séjour trop prolongé des aliments dans l'estomac pour une cause quelconque ; 6° enfin l'abus des féculents.

Il est évident que, dans tous ces cas, c'est toujours pour M. Bouchardat une modification spéciale et encore inconnue de la fibrine et de l'albumine, modification qui constitue cette diastase anormale.

1° L'existence de cette diastase anormale dans l'estomac une fois admise, on peut expliquer, d'après M. Bouchardat, tous les autres phénomènes du diabète. Ainsi ce principe nouveau dans l'estomac produit comme résultat : le désir des aliments, l'augmentation de la soif, la production anormale de sucre dans l'estomac, l'absorption rapide de ce sucre, et son passage rapide dans le sang.

2° Une fois parvenu dans le sang de la veine porte, deux choses peuvent arriver à ce sucre :

a. Il trouve le foie déjà saturé de ce même principe, il le traverse alors simplement pour arriver dans les veines sus-hépatiques et pénétrer ensuite dans le reste du système circulatoire où il se trouve alors en excès dans le sang.

b. Le sucre en excès dans le sang suit la voie collatérale découverte par M. Cl. Bernard. Cette voie consiste dans des anastomoses par abouchement, qui établissent des communications directes entre le système de la veine porte et le système veineux en général. Ces anastomoses se rendent soit aux veines sus-hépatiques, soit directement à la veine cave inférieure.

Dans ces deux cas, c'est-à-dire quelle que soit la voie qu'il ait suivie, le sucre se trouve en excès dans le sang artériel, il y est en trop grande quantité pour y être brûlé complétement, aussi la partie surabondante passe-t-elle alors dans les urines.

La théorie de M. Bouchardat est certainement très-ingénieuse, mais il y a des objections qu'on ne peut s'empêcher de lui adresser, et qui lui portent des coups assez rudes. Ces objections sont les suivantes : 1° La production anormale de cette diastase de nouvelle formation dans l'estomac est-elle bien démontrée? En supposant le fait précédent démontré, on serait en droit de se demander si les causes organiques invoquées par M. Bouchardat sont capables de produire cette transformation de l'albumine et de la fibrine en diastase ? 3° L'auteur tient-il un compte bien suffisant de l'action glycosique du foie et de l'influence du système nerveux sur cette dernière fonction ? Ces deux conditions semblent placées sur un plan bien secondaire, puisqu'il ne regarde le foie que comme un organe séparateur et modérateur. Du reste, M. Bouchardat annonce lui-même qu'il est assez disposé à faire bon marché de ses idées théoriques, et qu'il ne tient essentiellement qu'au traitement qu'il a proposé.

THÉORIE DE M. MIALHE.

La théorie de M. Mialhe peut être formulée assez facilement en plusieurs propositions, qui sont les suivantes :

1° La transformation des féculents en sucre est un phénomène normal. Cette transformation s'opère chez l'homme sain comme chez le diabétique, sous l'influence de la diastase de la salive et de celle du suc pancréatique.

2° Chez l'homme sain, la glycose est détruite dans le sang, en présence des alcalis qu'il contient.

3° Chez le diabétique, il y a défaut d'alcalinité dans le sang, et par suite pas de décomposition.

4° Les causes qui amènent ce défaut d'alcalinité sont toutes les causes du diabète (d'après M. Mialhe). Ce sont : l'abus des boissons acides, l'alimentation exclusivement féculente, les suppressions de transpiration.

5° La chimie démontre la nécessité des alcalis pour décomposer le sucre.

6° Dans l'organisme, comme au dehors, la glycose ne peut s'unir à l'oxygène qu'après avoir été décomposée par l'intervention des alcalis libres ou carbonatés.

7° La combinaison de ces produits avec l'oxygène est une véritable combustion qui donne de l'acide carbonique et des matières ulmiques.

8° Tout ce qui favorise ou ralentit la combustion, empêche ou favorise le diabète. Tel est, dans le premier cas, le rôle du système nerveux (Cl. Bernard), ou bien encore la combustion incomplète par suite de la gêne de la circulation (Regnauld).

Il y a bien des objections à adresser à cette théorie : 1° D'abord, la diminution des alcalis dans le sang est-elle un fait bien démontré? Non, il ne l'est en aucune manière. Il est vrai qu'aux objections qui lui ont été adressées, M. Mialhe a répondu qu'il pouvait ne pas y avoir diminution d'alcalinité, mais anomalie d'alcalinité, et que c'étaient les phosphates qui prédominaient, au lieu des carbonates; 2° l'action des alcalis sur la glycose est un fait vrai, mais peut-il être invoqué ici? et en supposant qu'il soit vrai, c'est un fait partiel élevé à l'état de théorie ; 3° on n'explique ainsi ni la faim ni la soif du dia-

bète essentiel; 4° enfin cette théorie, pas plus que celle de M. Bouchardat, n'explique la production du sucre dans les urines des malades qui ne prennent pas un atome de féculent.

(La suite à un prochain numéro.)

PHYSIOLOGIE.

Sur la formation physiologique du sucre dans l'économie animale.

(3ᵉ MÉMOIRE.)

PAR A. SANSON, *chef des travaux chimiques à l'Ecole impériale vétérinaire de Toulouse.*

Les caractères chimiques reconnus à la prétendue matière glycogène hépatique par M. Eug. Pelouze, n'étant point de nature à lui constituer une individualité suffisante, aux yeux des chimistes, j'avais d'abord résolu de me borner à la réfutation des conclusions physiologiques de son travail. J'ai eu lieu de m'apercevoir depuis qu'il pourrait être bon de les réduire à leur juste valeur, afin de ne laisser que le moins de doute possible sur l'importante question qui, depuis plusieurs années, se débat devant l'Académie.

Je commencerai donc par là, avant d'aborder l'exposé des expériences que j'ai faites depuis ma dernière communication, en vue de démontrer qu'aucune des objections qui ont été opposées par M. Cl. Bernard aux conclusions que j'avais cru pouvoir en tirer ne repose sur le moindre fondement.

J'ose espérer qu'après ces expériences, d'une signification si nette et si positive, le mécanisme physiologique de la formation du sucre dans l'économie animale recouvrera le cachet de simplicité propre aux actions naturelles, qu'on était parvenu à lui enlever.

I. — En traitant par l'acide azotique fumant la matière signalée dans le foie par M. Cl. Bernard, M. E. Pelouze l'a transformée en xyloïdine. En la dissolvant, au contraire, à l'aide de l'acide nitrique étendu, il en a obtenu de l'acide oxalique. Et il considère ces réactions comme spécifiques.

Or, ces deux cas sont précisément ceux de la dextrine et même du glycose, aussi bien que de l'amidon.

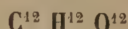
Je ne veux pas, pour l'établir, opposer aux expériences de M. E. Pelouze des expériences personnelles, qui n'auraient peut-être pas pour le convaincre une autorité suffisante. J'ai de meilleurs arguments à fournir.

En effet, on trouve dans les traités de chimie récents, même les plus élémentaires, que, parmi les nombreuses matières organiques neutres qui donnent un produit explosible par l'action de l'acide azotique monohydraté, figurent *la dextrine*, le glycose, la cellulose, etc. On y trouve, en outre, qu'il y a lieu de croire que l'amidon ne donne, par l'acide azotique étendu, de l'acide oxalique qu'après avoir passé par les états de dextrine et de glycose, en suivant ainsi la série des transformations dont le principe amylacé est susceptible, puisque le même phénomène chimique se produit avec l'un ou l'autre de ces principes immédiats.

Cette propriété de donner de la xyloïdine par l'acide azotique concentré, la prétendue matière glycogène du foie la partage donc avec toutes celles du groupe auquel elle appartient; et particulièrement avec la dextrine, de laquelle par conséquent elle ne saurait servir à la distinguer, pas plus que celle de fournir de l'acide oxalique, par l'acide azotique étendu.

Mais si le phénomène signalé par M. E. Pelouze manque à la caractéristique qu'il a voulu établir, en trouverons-nous les éléments dans l'analyse qu'il a donnée? Pas davantage.

D'abord, sa formule


$$C^{12}\ H^{12}\ O^{12}$$

est précisément celle qui est adoptée par un certain nombre de chimistes pour représenter la composition atomique du glycose, et n'aurait dès lors, par ce seul fait, aucune valeur à ce point de vue.

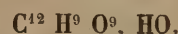
D'ailleurs, dans l'état actuel de la science, les formules attribuées aux mêmes principes immédiats par les chimistes les plus éminents, présentent des variations trop considérables, pour qu'il soit possible de s'y arrêter. Pour nous renfermer dans le sujet, par exemple, tandis que Gay-Lussac et Thénard ont formulé la composition de l'amidon et de la dextrine par


$$C^{12}\ H^{10}\ O^{5},$$

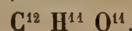
Liebig la représente par


$$C^{12}\ H^{20}\ O^{10},$$

Et Malaguti par


$$C^{12}\ H^{9}\ O^{9},\ HO,$$

M. E. Pelouze, de son côté, donne


$$C^{12}\ H^{11}\ O^{11}.$$

Il faut conclure de toutes ces variations, dont je ne signale que quelques-unes pour abréger, que la science n'est pas encore suffisamment fixée, à l'endroit de l'établissement des formules chimiques, pour qu'il y ait lieu de tenir aucun compte de celle dont il s'agit, dans la question qui nous occupe. Et cette conclusion se trouve surtout commandée, dans le cas présent, par cette considération que, si les chimistes varient beaucoup sur ce point, ils sont au contraire généralement d'accord pour assigner à l'amidon et à la dextrine qui en dérive des formules identiques, ces deux corps étant isomères.

Ces deux points étant démontrés inexacts, il ne reste plus à la matière hépatique que les caractères essentiels de *la dextrine*, qui sont de dévier à droite le plan de polarisation, et de se transformer en glycose par l'action des acides, et surtout de la diastase végétale ou animale, en s'assimilant un certain nombre d'atomes des éléments de l'eau, sur la quantité desquels les chimistes ne sont pas d'accord.

Enfin, pour en finir tout de suite avec cette partie purement chimique de la question, je dirai que le procédé de préparation par l'acide acétique cristallisable (procédé trop dispendieux pour devenir pratique), que l'on paraît donner comme particulier à la matière hépatique, ne saurait non plus avoir aucune valeur en ce sens, attendu que l'on peut très-facilement s'assurer par l'expérience directe que cet acide précipite également la dextrine d'origine végétale de ses dissolutions aqueuses, en communiquant précisément au précipité des caractères physiques tout à fait identiques à ceux de la dextrine extraite du foie et de tous les autres organes.

L'étude chimique de cette matière ne peut donc conduire à des résultats propres à éclairer la physiologie, qu'à la condition de se renfermer dans les limites caractéristiques que je viens de poser, lesquelles, alors qu'il s'agit d'un corps toujours en voie de transformation, en circulant avec le sang qui le charrie, demeurent constamment manifestes, en quelque lieu qu'on l'examine, ainsi que je l'ai déjà établi, et ainsi que je vais encore le prouver de nouveau, par l'exposé de mes dernières expériences.

II. — Le fait, que j'ai signalé le premier, de l'existence constante de la dextrine dans les tissus des animaux herbivores, et que j'ai plusieurs fois constaté depuis (encore tout récemment, en très-grande abondance dans les muscles d'un cheval sacrifié pour cause de morve); ce fait devait suffire, suivant moi, pour empêcher d'admettre la nécessité d'une fonction spéciale du foie, destinée à fournir du glycose à l'économie, puisqu'il était démontré dès lors que la digestion suffit à lui en fournir les éléments. La transformation spontanée de cette dextrine en glycose, dans le sang abandonné à l'air pendant un certain temps (48 heures), avait prouvé, en outre, que la transformation du sucre s'accomplit physiologiquement par des actions purement chimiques.

Ces inductions, conformes à la logique la plus sévère, M. Cl. Bernard les repousse, sous prétexte qu'elles ne sont pas appuyées sur une expérimentation directe, pratiquée chez des

animaux carnivores. Dans ce cas, suivant lui, « la matière glycogène ou l'*amidon animal se rencontre exclusivement dans le tissu du foie et aucun autre organe de l'économie n'en dénote la moindre trace.* » Il est de la plus haute importance, dit-il, de s'appuyer toujours sur les cas les plus simples, pour arriver ensuite à l'analyse des cas les plus complexes. Et il ajoute : « Dans la question actuelle, le cas le plus simple est la formation de l'amidon animal ou matière glycogène dans le foie, à l'exclusion de tous les autres organes du corps, chez un chien nourri exclusivement de viande. »

Ce sont là, assurément, d'excellents préceptes, et je crois les avoir suivis dans mes recherches ; car le cas le plus simple me paraît être de savoir, avant tout, si l'alimentation des carnivores ne leur fournit point les éléments de la formation du sucre, auquel cas il n'y aurait pas lieu, en bonne méthode, de les rechercher ailleurs.

Et c'est précisément le caractère fondamental de la bonne méthode, fondée sur une saine logique, de voir confirmer par l'expérience les inductions auxquelles elle a conduit. Les objections de M. Bernard ne pouvaient donc me causer aucune inquiétude sur la validité de mes précédentes conclusions, qui demeureront inébranlables, je l'espère, confirmées qu'elles seront maintenant par l'expérimentation directe.

Les résultats annoncés déjà à l'Académie par M. Figuier pourraient suffire, à la rigueur, pour cela ; car bien qu'il ne les interprète point ainsi, cet expérimentateur n'en a pas moins prouvé l'existence de la dextrine dans le sang de la veine porte des chiens exclusivement nourris de viande. Il obtient, en effet, la fermentation alcoolique du résidu de ce sang, à la seule condition de le soumettre à l'ébullition dans de l'eau acidulée par l'acide sulfurique. Or on sait, et je l'ai rappelé en commençant, que c'est là un des caractères principaux de la dextrine. Mais j'ai voulu réunir les éléments d'une démonstration plus complète, et dans ce but j'ai institué l'expérience suivante :

Exp. Ier. — Chez un chien exclusivement nourri de viande cuite, quatre heures après un repas copieux, et par conséquent au moment de la plus grande activité digestive, je pratique une ouverture de quelques centimètres au flanc droit, par laquelle je vais chercher le tronc de la veine porte, pour y appliquer une ligature à son entrée dans le foie. Cela fait, je maintiens le tronc du vaisseau au niveau de l'ouverture, pour y pratiquer une saignée, en arrière de la ligature.

Le sang recueilli, et dont la quantité s'élève en moyenne à 250 grammes, est immédiatement défibriné par le battage, puis divisé en deux portions sensiblement égales.

La première est immédiatement coagulée par projection dans l'eau bouillante ; la seconde, placée dans une capsule, est abandonnée à elle-même au contact de l'air à la température ordinaire du laboratoire.

Le sang coagulé est trituré dans un mortier, réduit en bouillie, puis mis en décoction et traité, en un mot, de tous points, suivant le procédé recommandé primitivement par M. Cl. Bernard pour la préparation de la matière glycogène hépatique.

Ce traitement m'a constamment donné une matière absolument identique à celle-ci par ses propriétés physiques et chimiques, c'est-à-dire de la dextrine reconnaissable à ce qu'elle se transforme en sucre fermentescible par l'action de l'acide sulfurique ou celle de la salive.

La portion de sang abandonnée à elle-même, suivant le procédé qui m'est particulier et que j'ai fait connaître dans mon second mémoire, est traitée par l'alcool après quarante-huit heures d'exposition. L'alcool filtré est évaporé à siccité, et le résidu repris par l'eau distillée et additionné de levûre de bière fermente toujours très-promptement avec la plus grande facilité pour donner par la suite de l'acide carbonique et de l'alcool.

Cette expérience prouve bien clairement que le sang de la veine porte, chez les chiens exclusivement nourris de viande, contient, avant d'avoir traversé le foie, les éléments de la formation d'un sucre directement fermentescible. Elle prouve, en outre, que ces éléments sont, d'une part, de la dextrine fournie par l'alimentation, et, d'autre part, de la diastase versée dans l'intestin par la salive déglutée, ou directement par le fluide pancréatique. Elle prouve, enfin, que ce qu'on appelle l'*amidon animal ne se rencontre pas exclusivement dans le tissu du foie*, et que le sang de la veine porte, au moins, en dénote des traces non équivoques.

Et en présence d'un pareil fait, on se demande comment le contraire a pu être affirmé d'une manière si positive.

Le sang de la veine porte, d'ailleurs, dans ces conditions, n'est point le seul où se montre la dextrine, ainsi que permettaient déjà de l'avancer les dernières recherches de M. Figuier, sur celui qu'il extrait de la jugulaire des chiens nourris de viande. Le fait maintenant bien reconnu de l'absence, dans ce cas, au moment où le sang circule, d'un sucre directement fermentiscible par la levûre de bière, donnera, je pense, à l'expérience suivante une valeur probante incontestable, autant au point de vue particulier de l'existence de la dextrine dans le sang des carnivores, qu'à celui du mécanisme de la glycogénie animale dont j'ai précédemment démontré les conditions pour les herbivores.

Exp. II. — Du sang extrait de la jugulaire d'un chien exclusivement nourri de viande cuite est immédiatement défibriné et abandonné ensuite à lui même, comme dans les précédentes expériences.

Après quarante-huit heures d'exposition, il est traité par l'alcool. Lorsque le dépôt du coagulum est achevé, l'alcool est filtré au papier, puis évaporé à siccité à la manière ordinaire. Le résidu est repris par l'eau distillée, et ce nouveau solutum filtré est additionné d'un peu de levûre de bière bien lavée, et placé dans les conditions de température nécessaires pour l'établissement de la fermentation alcoolique

Celle-ci ne tarde pas dès lors à s'y montrer par un dégagement de bulles gazeuses, et sa nature est facilement confirmée par l'examen de ses produits, qui sont, comme dans tous les autres cas, de l'acide carbonique et de l'alcool. Seulement, elle est beaucoup moins intense que celle qui résulte du traitement du sang de la veine porte.

L'expérience vient donc encore ici démontrer que la dextrine, dont l'existence a été constatée dans le sang de la veine porte, c'est-à-dire avant le foie, peut fort bien traverser cet organe sans être en totalité changée en sucre, et qu'elle peut aussi exister dans le sang sous son état primitif, même après avoir parcouru le cercle de la circulation générale. Que sa transformation soit plus prompte chez les carnivores que chez les herbivores, cela n'aurait rien d'étonnant et ne changerait rien à la question, puisque, pour arriver dans l'économie des carnivores, la dextrine végétale a dû passer par celle de ces derniers.

Du reste, une dernière expérience, qu'il me reste à raporter, établit bien clairement que non-seulement la viande des herbivores contient tous les éléments de la formation du sucre, ainsi que je l'ai déjà établi par mes précédentes recherches sur la dextrine que l'analyse y démontre, mais encore que cette formation s'accomplit spontanément dans la trame des tissus, par une action chimique directe.

Exp. III. — De la viande hachée d'un herbivore nourri dans les conditions ordinaires est abandonnée à elle-même dans une assiette à la température du laboratoire. Après quarante-huit heures d'exposition, elle est traitée par l'alcool, dans lequel elle est mise en macération pendant quelques heures. Puis l'alcool filtré est évaporé à siccité, comme dans les cas précédents. Le résidu repris par l'eau distillée, on filtre son solutum aqueux. Ce solutum filtré est additionné d'un peu de levûre de bière et placé dans les conditions indiquées pour la fermentation.

Celle-ci s'y établit bientôt avec une intensité variable suivant les cas, mais généralement assez considérable, relativement à la

quantité de viande traitée, et l'acide carbonique et l'alcool qui en résultent ne laissent aucun doute sur sa nature.

J'ai lieu de croire que ce procédé, qui permet d'obtenir la transformation spontanée de la dextrine en glycose, partout où elle est en contact avec les autres éléments du sang, et dont la découverte m'appartient, réalise les conditions les plus simples de l'expérience, en même temps que les plus à l'abri des causes d'erreur; et sa certitude est un des motifs qui font que je considère les résultats que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie comme étant d'une solidité inébranlable, et que mon plus vif désir est de les voir contrôler par la commission chargée de l'appréciation de mes précédentes communications. L'exactitude de celles-ci a déjà été du reste confirmée, lorsque, pour répéter mes expériences, on s'est placé dans les conditions avec lesquelles je les ai instituées. La publicité qui les entoure, dans la situation où elles sont exécutées, sous le contrôle de mes collègues et des élèves de l'école, que je me fais une obligation de provoquer, est d'ailleurs une garantie de cette exactitude. Mon regret est de ne pouvoir, à cause de mon éloignement de Paris, me mettre à la disposition de la commission, pour les répéter moi-même sous ses yeux.

III. — C'est en vain qu'on cherche, par des faits étrangers au débat, à embrouiller une question qui est de sa nature très-simple, dans les termes où elle est maintenant posée : l'économie animale trouve-t-elle, dans les matériaux de la digestion, les éléments nécessaires pour la formation du glycose? — Mes précédentes expériences et celles que j'ai l'honneur de communiquer aujourd'hui à l'Académie permettent de répondre affirmativement; et, de plus, elles démontrent que le mécanisme de cette formation est identiquement du même ordre que celui qui produit le même résultat dans l'économie végétale.

Quelle méthode positive, quelle philosophie rationnelle autoriserait donc à admettre l'existence d'une autre source de glycose, étrangère à la digestion, laquelle ne pourrait être justifiée qu'à la condition d'être évidemment nécessaire?

L'expérience démontre que cette source intérieure est absolument inutile; or, on sait que la nature ne suit pas d'ordinaire deux voies pour arriver au même but, et surtout que, procédant toujours par les moyens les plus simples, elle n'a jamais, dans ses œuvres admirables, rien fait qui n'ait son utilité bien justifiée.

Et c'est ici que se place une réflexion générale sur la méthode prétendue expérimentale que l'on suit pour établir les déductions que je combats.

Il y a, dans la vraie méthode expérimentale, deux parties bien distinctes : l'expérimentation et la logique ou les opérations de l'esprit qui fécondent celles-ci, en posent les bases et en déduisent les conséquences. Or, quelque habile que puisse être l'expérimentation proprement dite, elle ne vaut incontestablement que par le parti que la logique sait en tirer.

Dans la recherche de l'interprétation des phénomènes naturels, et notamment en physiologie, il me semble que la première loi de toute investigation doit être de se placer, pour les reproduire par voie d'expérimentation, dans les conditions où se maintient la nature, et ensuite de ne partir jamais, pour conclure, que de faits bien incontestablement vrais et démontrés tels. En d'autres termes, il faut s'appuyer toujours, comme on l'a dit fort judicieusement, sur les cas les plus simples, pour arriver ensuite à l'analyse des cas les plus complexes.

Le précepte est excellent, mais j'ai déjà fait remarquer que l'application n'y avait point répondu exactement, et je vais en donner ici d'autres preuves.

En effet, le fait simple, le fait primordial, dans cette question de la glycogénie animale, où il s'agit uniquement de savoir à présent s'il existe dans l'économie un organe spécialement et exclusivement chargé de sécréter ou de fabriquer le glycose, et cela indépendamment de la nature de l'alimentation; ce fait, dis-je, repose tout entier sur l'existence d'une source extérieure permanente de l'élément principal de la formation de ce principe immédiat, chez tous les animaux dans l'économie desquels l'analyse l'a fait rencontrer. Le glycose est un des facteurs de la vie, dans l'économie animale; s'il ne venait pas du dehors, il serait *évidemment nécessaire* de lui rechercher une source intérieure.

Mais il est un fait général et que toutes les analyses des chimistes ont démontré : c'est que toutes les plantes herbacées comptent le principe amylacé parmi les éléments de leur constitution, en proportion plus ou moins forte. Normalement donc, les animaux herbivores, qui s'en nourrissent, reçoivent du dehors ce principe nécessaire à la formation de leur glycose.

Les circonstances accidentelles que l'on pourrait accumuler en nombre plus ou moins considérable, ne seraient point capables de rien changer à cette loi naturelle. Et du reste, pour en mesurer la valeur, il me suffira de montrer par un exemple avec quel degré de rigueur on procède aux recherches qui sont poursuivies dans ce but.

Ainsi, pour établir que la fonction glycogénique du foie persiste, bien que la digestion fournisse de la matière sucrée, et point les éléments de la dextrine, on n'a rien trouvé de mieux que de nourrir des lapins avec des carottes.

Eh bien! qui ne sait, hormis peut-être (il est permis de le croire) ceux qui ont institué cette expérience, que la carotte contient une notable proportion d'amidon? S'ils en doutaient, je les inviterais à ouvrir le 1er volume de l'*Economie rurale* de M. Boussingault, à la page 418, où l'analyse de cette racine est écrite, d'après les recherches des divers chimistes qui s'en sont occupés.

Et maintenant, que la viande d'un lapin ainsi nourri contienne ou non de la dextrine, peu importe; il suffit que l'on puisse trouver dans l'alimentation la source de celle que l'on dit avoir rencontrée dans le tissu du foie. Il n'y a, que je sache, dans la nature, aucun animal qui se nourrisse exclusivement de carottes; et il me paraît inutile d'examiner si, dans ce cas, la viande en est bien réellement dépourvue. Du reste, pour que les expériences de ce genre aient toute leur valeur, elles doivent être faites sur des animaux d'un certain volume, où les phénomènes se montrent plus clairement appréciables et moins sujets à l'erreur. Dans tous les cas, — et ils sont aussi nombreux que variés, — où j'ai recherché la dextrine dans la viande des herbivores nourris comme ils le sont naturellement, je l'ai constamment trouvée. C'est un fait normal et incontestable.

Par conséquent, c'est aussi un autre fait non moins normal, que les carnivores puisent dans cette viande dont ils se nourrissent la dextrine qu'ils doivent transformer en glycose; et les expériences que j'ai rapportées précédemment le rendent aussi incontestable que le premier. La logique permettait de l'avancer; l'expérimentation lui donne le degré de certitude propre à convaincre les plus difficiles. Et c'est ainsi que se justifie encore une fois cette admirable harmonie de la statique chimique des êtres organisés, si élégamment exposée naguère par M. Dumas, en dehors de laquelle l'observation s'égare dans un dédale de faits suspects et contradictoires.

Aucun fait expérimental solidement établi ne démontre l'existence de cette source intérieure de dextrine, de cet amidon animal que l'on crée pour les besoins de la cause, en lui attribuant des caractères chimiques imaginaires; l'expérimentation la plus rigoureuse et la plus facile à vérifier met hors de doute, au contraire, la constante production, dans la nature, d'une source extérieure permanente. Entre ces deux ordres de preuves, je demande s'il y a lieu d'hésiter.

IV. — En résumé, la discussion et les expériences exposées dans ce mémoire permettent de considérer comme démontrée l'exactitude des propositions suivantes :

1° La propriété de donner de la xyloïdine par l'acide azotique fumant, et celle de l'acide oxalique par ce même acide étendu,

propriétés sur lesquelles M. E. Pelouze s'est basé pour établir que la matière glycogène extraite du foie par M. Cl. Bernard possède une individualité propre qui en fait une sorte d'*amidon animal*, ne sauraient autoriser cette conclusion, puisque tous les chimistes savent qu'*elles appartiennent également à la dextrine, ainsi qu'à plusieurs autres principes immédiats neutres*.

2° L'analyse de cette matière donnée par le même chimiste ne l'y autorise pas davantage, puisque sa formule atomique correspond exactement à celle du glycose, et que d'ailleurs la formule qui représente la composition de l'amidon étant la même que celle de la dextrine, attendu l'isomérisme de ces deux corps, elle se rapprocherait autant de l'un que de l'autre, sans qu'on puisse dire exactement auquel des deux elle devrait être préférablement assimilée.

3° La propriété d'être précipitée de sa solution aqueuse par l'acide acetique cristallisable, que l'on paraît vouloir présenter également comme un caractère distinctif, n'a pas non plus ce mérite, attendu qu'elle appartient encore, comme on s'en assure par l'expérience, à la dextrine végétale.

4° Par ses caractères chimiques, la matière qui, dans le foie, se change en partie en sucre, est donc tout simplement de la dextrine, absolument comme celle que l'on rencontre dans le sang des autres organes de l'économie.

5° Le fait avancé par M. Cl. Bernard que, *chez les animaux carnivores exclusivement nourris de viande, la matière glycogène ou l'amidon animal se rencontre exclusivement dans le tissu du foie et qu'aucun autre organe de l'économie n'en dénote la moindre trace*, n'est pas exact, puisque les expériences relatées dans le présent mémoire établissent que *la dextrine*, à laquelle il donne ces noms, *a été rencontrée, sous l'empire de ces conditions scrupuleusement réunies, non-seulement dans le sang de la veine porte, extrait après ligature préalable du tronc de ce vaisseau à son entrée dans le foie, mais encore dans celui de la circulation générale extrait de la jugulaire*; et cela par le procédé de recherche directe recommandé par lui, d'abord, et ensuite par celui de la fermentation spontanée, qui m'est particulier.

6° La dextrine contenue dans la viande des herbivores se transforme spontanément en glycose au bout d'un certain temps de son exposition à l'air, puisque, dans une autre expérience également relatée, de la viande de cheval hachée et abandonnée à elle-même dans ces conditions, et qui a été examinée après quarante-huit heures par les procédés ordinaires, a donné un résidu dont la solution aqueuse, additionnée de levûre de bière, est entrée très promptement en fermentation, pour donner finalement de l'acide carbonique et de l'alcool, en quantités relativement considérables.

7° Les conclusions de mes précédents mémoires, relatives à la non-existence d'une fonction glycogénique particulère au foie, et au mécanisme de la formation physiologique du sucre dans l'économie animale, conclusions basées sur le fait expérimental d'ailleurs incontesté de la présence constante de la dextrine dans le sang et les tissus des herbivores, demeurent donc entières; car pour que l'expérience par laquelle on prétend démontrer que cette fonction persiste malgré une alimentation riche en principes sucrés eût quelque valeur, il faudrait qu'elle offrît un degré de vigueur qu'elle est loin de présenter.

8° En effet, on peut à bon droit s'étonner qu'un expérimentateur aussi habile, un savant aussi distingué que M. Cl. Bernard, ait précisément choisi, pour faire cette démonstration, des lapins nourris avec des carottes, attendu qu'il ne lui était pas permis d'ignorer que les analyses de tous les chimistes qui se sont occupés de la composition de la racine dont il s'agit, y ont signalé une proportion d'amidon, et que par conséquent, dans ce cas, l'aliment fournit l'élément primordial de la dextrine rencontrée dans le foie.

ANATOMIE.

Anatomie microscopique du système cérébro-spinal.

Résumé de la communication faite dans la dernière séance de l'Académie des sciences, par M. Flourens, *au nom de M. N.* Jacoubowitsch, *professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.*

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un des plus remarquables ouvrages, ou pour mieux dire le plus remarquable, incontestablement, en ce genre, qu'on ait fait de nos jours. Cet ouvrage a pour objet l'anatomie microscopique des centres nerveux, et pour auteur M. Jacoubowitsch, professeur à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.

D'après les recherches de l'auteur, en partie représentées dans les magnifiques planches que je mets sous les yeux de l'Académie, et qui ont pour base des prépartions microscopiques qui s'élèvent au chiffre immense de vingt-cinq mille, il résulte ce qui suit :

1° Le système cérébro-spinal se compose de trois ordres de cellules qui affectent la forme essentielle de la cellule animale, en général, mais qui se distinguent par les caractères propres suivants :

De la périphérie de ces cellules partent des cylindres-axes qui, par leur nombre, distinguent chaque espèce de cellule :

Dans la première espèce, ou cellules *multipolaires*, le nombre de cylindres axes qui rayonnent de la périphérie varie de trois à huit, et est habituellement de trois ou quatre; la forme de cette cellule est irrégulière;

Dans la seconde espèce, ou cellules *fusiformes*, les cylindres-axes sont au nombre de trois, quelquefois quatre, jamais plus ; elles affectent une forme en fuseau (d'où leur dénomination), et elles sont beaucoup plus petites que les cellules multipolaires ;

Enfin, dans la troisième espèce, ou cellules *bi-polaires*, les cylindres-axes sont au nombre de deux seulement; et ces cellules affectent une forme ovale, et pour le volume, elles sont intermédiaires aux cellules multipolaires et aux cellules fusiformes.

La première espèce se trouve dans la moelle épinière, dans le cervelet et les tubercules quadrijumeaux. Il est remarquable que la moelle allongée n'en renferme point. Dans la moelle, leur siége est dans les cornes antérieures de la substance grise.

La deuxième espèce (cellules fusiformes) se trouve dans la moelle, la moelle allongée, le cervelet, les tubercules quadrijumeaux et dans toutes les parties des deux hémisphères cérébraux qui en sont presque entièrement formés. Dans la moelle, ces cellules sont placées dans les cornes postérieures.

La troisième espèce se trouve dans la moelle, dans la moelle allongée, dans le cervelet et les tubercules quadrijumeaux; le cerveau n'en renferme point. Dans la moelle, elles se trouvent principalement autour du canal central; dans la moelle allongée, elles sont très-abondantes et en forment la plus grande partie.

Les cylindres-axes partant des cellules de la première espèce en multipolaires forment les nerfs du mouvement; c'est pourquoi ces cellules ont reçu aussi de l'auteur le nom de *cellules du mouvement*.

Les cylindres partant des cellules *fusiformes* forment les nerfs de la sensibilité, et elles ont été nommées, pour cette raison, cellules de sensibilité.

Enfin, les cylindres-axes des cellules bi-polaires sont affectés au nerf grand sympathique et ont aussi reçu le nom des cellules sympathiques.

Les diverses espèces de cellules communiquent entre elles et avec celles d'une espèce différente.

Entre elles, elles communiquent ainsi qu'il suit :

Les cellules du mouvement communiquent d'un côté à l'autre par la commissure antérieure, ou plutôt cette commissure est formée par l'entre-croisement en tous sens des cylindres-axes qui partent de ces cellules; celles du même côté communiquent aussi

par les cylindres-axes qui vont directement de l'une à l'autre.

Les cellules de sensibilité communiquent d'un côté à l'autre par la commissure postérieure, ou plutôt elles forment cette commissure, mais en restant parallèles entre elles et sans s'entre-croiser. Celles d'un même côté communiquent comme les cellules de mouvement.

Les cylindres-axes des cellules sympathiques passent indifféremment par la commissure antérieure et par la commissure postérieure; ces cellules communiquent donc d'un côté à l'autre à la façon des deux autres espèces; des communications ont également lieu entre celles d'un même côté.

Des communications ont lieu, en outre, entre les cellules d'espèce différente; mais l'auteur n'a constaté ces communications que dans le cervelet et dans les tubercules quadrijumeaux où sont réunies les trois espèces de cellules.

Les différentes espèces de cellules ne sont pas également abondantes dans chaque région de la moelle; ainsi, dans les renflements cervical et lombaire les cellules de mouvement dominent, tandis que ce sont les cellules de sensibilité qui sont plus nombreuses dans la région dorsale.

La moelle allongée, c'est un prolongement pur et simple de la moelle, prolongement qui est formé entièrement de cellules de sensibilité contenant dans leur centre un noyau de cellules sympathiques.

Le cervelet se compose de quatre éléments, savoir : trois éléments qui forment la substance blanche et qui sont le prolongement, par l'intermédiaire des pédoncules, des pyramides, lesquelles fournissent l'élément ou cellules de mouvement, des corps restiformes, qui fournissent l'élément de sensibilité, et de l'élément sympathique, qui entre avec chacun des deux éléments précédents.

Outre ces trois éléments, la périphérie, c'est-à-dire la substance corticale du cervelet, est formée de cellules pyriformes caractéristiques, propres à cet organe; de ces cellules pyriformes partent des prolongements qui vont jusqu'à la surface même de l'organe et qui forment une couche que l'auteur appelle couche en baguettes.

Les tubercules quadrijumeaux, formés par des prolongements des pédoncules du cervelet, des corps restiformes et de la commissure en fer à cheval, renferment les trois espèces de cellules que leur apportent ces diverses origines; mais c'est la dernière station où les trois espèces de cellules soient réunies; au-dessus, dans les hémisphères, on ne rencontre, ainsi qu'il a déjà été dit, que des cellules de sensibilité, dont le corps calleux forme la commissure.

A l'exception du nerf *optique*, du nerf *olfactif*, du nerf *auditif*, du nerf *vague*, du *glosso-pharyngien* et de l'*hypoglosse*, qui ne sont formés que de cellules de sensibilité et de cellules sympathiques, tous les nerfs sont formés de trois espèces de cellules, avec cette différence entre eux, que les nerfs de mouvement contiennent surtout des cellules de mouvement et ainsi de suite.

Outre les éléments que nous venons de décrire, le système cérébro-spinal renferme un tissu conjonctif spécial, qui réunit les autres éléments, et qui diffère du tissu conjonctif des autres organes en ce qu'il ne renferme pas de cellules. Il est d'ailleurs en proportion infiniment moindre que le tissu nerveux, et ne semble jouer absolument qu'un simple rôle de ciment.

Les cellules des trois catégories sont variables suivant les espèces animales; c'est chez l'homme qu'elles sont le plus petites, et, en général, elles sont d'autant plus petites que l'intelligence est plus développée. Le nombre des cellules nerveuses n'est nullement en rapport avec le volume du cerveau.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 31 août 1857. — Présidence de M. Despretz.

Hygiène comparée. — M. Dumas communique des analyses de l'air dans diverses magnaneries du midi de la France. Il résulte de ces recherches que, dans les magnaneries expérimentées, l'air des chambres et des litières contient moins d'oxygène et plus d'acide carbonique que l'air extérieur.

Chimie. — M. Malaguti communique des recherches sur l'action réciproque des sels solubles et des sels insolubles.

Economie et hygiène rurales. — M. Hervé Mangeon communique une note sur le curage des cours d'eau.

Anatomie des centres nerveux. — M. Flourens, au nom de M. Jacoubowitsch, présente avec les plus grands éloges des recherches sur l'anatomie des centres nerveux. Nous exposons ces recherches dans notre appréciation de la séance.

Physique. — M. Sorret adresse un premier mémoire sur la *Corrélation de l'électricité dynamique et des autres forces physiques.*

Chimie organique. — Note sur la tribromhydrine et sur ses isomères, par M. Berthelot.

— Note sur le *propylglycol*, par M. Wurtz.

— Notes sur les principes les moins volatils contenus dans l'huile de betteraves, par M. Ad. Perrot.

Météorologie. Sur les plus hautes températures à Nîmes, depuis le mois de juin 1856 jusqu'au mois d'août 1857, par M. Ph. Boileau de Castelnau.

VARIÉTÉS.

— Le *Journal de Médecine, Chirurgie et de Pharmacie de Toulouse* publie le fait et les remarques suivantes :

« Le sieur L... , officier de santé à Toulouse, comparaissait le 6 août courant devant le tribunal de police correctionnelle, sous la double prévention d'escroquerie et d'homicide par imprudence.

« L.... exploite une spécialité; il guérit les cancers, ou du moins il promet de les guérir. Il traite à forfait pour ses honoraires, se fait payer d'avance quand on y consent, et, dans le cas contraire, se rabat sur le déboursé que nécessite la préparation de ses emplâtres.

« Il y a trois mois environ, une dame de Saint-Gaudens, atteinte d'un ulcère cancéreux qui avait envahi la totalité du sein, se présenta chez un praticien expérimenté de notre ville, qui déclara au mari de la malade qu'il s'agissait d'un mal incurable. Comme le mari insistait pour qu'une opération fût tentée, notre confrère ajouta que ce serait lui *voler* la somme assez considérable qu'il offrait.

« La malade fut amenée à l'*Obstetrix major* de l'Hôtel-Dieu, et celle-ci l'adressa à L.... qui *promit* de la guérir. Il demanda 1,500 fr., qu'on ne voulut payer qu'après guérison; bref, un emplâtre fut appliqué sur la vaste ulcération cancéreuse, et dix huit jours après, la malade succombait à Saint-Gaudens, après avoir présenté tous les symptômes de l'empoisonnement, ainsi que l'ont déclaré les médecins dans leur rapport.

« L'emplâtre soumis à l'analyse par M. Filhol contenait une forte proportion de sulfure d'arsenic.

« L'autopsie cadavérique n'avait pas été faite, elle n'a pas été ordonnée ultérieurement comme supplément d'enquête.

« Au débat, le ministère public a abandonné la prévention d'escroquerie; des témoins ont été entendus qui ont déclaré avoir été guéris par L.. de véritables cancers: L... lui-même a déclaré qu'il n'employait que des moyens connus de tous les médecins; en définitive, le tribunal, en s'appuyant surtout sur ce fait que l'*autopsie n'avait pas été faite* et que par suite l'instruction était incomplète, a renvoyé L... des fins de la prévention.

« Incomplétement fixé sur la latitude de notre droit d'examen et d'appréciation en présence d'une décision judiciaire, nous nous abstenons de toute réflexion. On le prévoit d'ailleurs, ces réflexions seraient surtout afférentes aux graves questions que soulève la responsabilité médicale; et elles pourront se reproduire dans notre journal sans application à un cas d'individualité. »

Nous pouvons éclairer notre honorable confrère sur le *droit d'examen d'une décision judiciaire*; ce droit est incomplet, et nous en avons donné plus d'une preuve dans ce journal, en discutant *nombre de fois* ces décisions. Mais nous croyons qu'il se fait illusion sur l'importance de la cause dont il entretient ses lecteurs. Cette cause ne renferme aucun élément d'appréciation assez positif pour servir de texte à une discussion, soit sur la responsabilité médicale, soit sur la question d'escroquerie en matière d'exercice de la médecine.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5 — No 109. 5e ANNÉE. Jeudi, 10 septembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 9 septembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

Il y avait hier beaucoup d'inscrits, mais peu de présents à l'appel; la chasse et les vacances dégarnissent encore plus que la canicule les fauteuils académiques, et c'est à grand'peine que M. le président accidentel est parvenu, malgré le nombre des inscriptions portées à l'ordre du jour, à faire occuper la tribune pendant un temps suffisant pour sauvegarder la réputation de la docte compagnie.

C'est M. Bouchardat qui a le premier bravé le vent du désert. L'honorable hygiéniste a montré du doigt les vastes horizons qu'il aurait pu embrasser, à propos d'une question de désinfection miasmatique; mais il s'est contenté de ce coup d'œil rapide, et il s'est empressé de rentrer dans la formule et dans le projet de l'auteur du travail, M. Boutigny (d'Evreux), dont l'ambition est seulement de faire substituer les fumigations nitriques aux fumigations chlorées. Nous ne savons si les fumigations nitriques rendront de grands services à l'hygiène; ni l'auteur du travail, ni M. le rapporteur ne nous ont fourni des preuves convaincantes à cet égard; mais ce que nous savons bien, c'est qu'elles ne peuvent pas valoir moins que les fumigations chlorées, lesquelles ne font qu'ajouter un nouvel élément d'infection à ceux qu'elles ont pour but de détruire. M. Boutigny ne peut donc pas faire mal en contribuant à la suppression des fumigations chlorées. Reste à savoir s'il fera bien en les remplaçant par les fumigations nitriques.

En attendant de nouveaux orateurs, M. le président a fait procéder à l'élection d'un nouvel associé national dans la section de médecine. La victoire, un instant incertaine entre les trois candidats de la section, MM. Denis (de Commercy), Gintrac et Esprit Gendron, s'est fixée, au second tour de scrutin, sur l'honorable médecin de Bordeaux, le plus populaire des trois noms. Dans une pareille liste, l'Académie ne pouvait évidemment faire un mauvais choix, et nous ne pouvons, pour notre compte, qu'applaudir à celui qu'elle a fait; nous croyons cependant que les travaux de M. Denis sont plus originaux que ceux de ses deux savants compétiteurs, et qu'ils ont eu et auront encore une plus grande influence sur le progrès de la science. Mais la popularité, fort légitime d'ailleurs, de M. Gintrac, a sans doute obscurci un peu les titres scientifiques de son digne concurrent.

Cette nomination consommée, notre élégant et judicieux ami, M. Depaul, a lu, au nom de M. Gérardin, absent, un rapport sur un mémoire de M. Dutroulau, relatif à la fièvre jaune. Ce rapport a donné lieu à une petite discussion, sur laquelle nous avons trop à dire pour pouvoir nous résumer aujourd'hui; ce sera donc pour après-demain.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

De l'uréthrotomie,

Par le docteur CIVIALE.

Depuis quelques années, l'attention des chirurgiens se porte de plus en plus sur un sujet qui mérite à tous égards de l'attirer: je veux parler d'une série d'opérations qu'on exécute sur l'urèthre à l'aide de l'instrument tranchant, dans l'intention de détruire certains obstacles qui peuvent s'y être formés, et de rendre instantanément à l'émission de l'urine sa liberté naturelle.

Quelque nombreux qu'ils soient, et à quelque mérite d'originalité que leurs auteurs aient prétendu, les procédés au moyen desquels ce but peut être atteint se rapportent cependant à deux chefs principaux, selon qu'ils consistent à diviser l'urèthre de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

Il importe d'autant plus de les soumettre à un examen attentif et consciencieux, que l'opinion des chirurgiens n'est pas encore fixée sur leur valeur absolue, non plus que sur les cas qui en réclament ou en repoussent particulièrement l'application, et qu'il s'agit des intérêts des malades ou de l'honneur et du progrès de l'art.

J'ai pensé que M. le rédacteur du *Moniteur des Hôpitaux* voudrait bien admettre dans son intéressant journal, afin de compléter autant que possible ce qu'il a publié lui-même et ce qui a paru dans d'autres recueils, l'extrait d'une revue rétrospective que j'ai tracée des phases que ces opérations ont successivement traversées et dont j'imprime en ce moment une nouvelle édition.

Je me suis attaché spécialement, dans cette revue, à relater les faits qui assurent à notre chirurgie des procédés et des mé-

bain de mer à la lame les favorise puissamment, et ce n'est que la *réaction* qui les empêche de se produire; mais la réaction se fait moins sûrement par une basse température; aussi ceux qui se baignent trop tard s'exposent-ils aux maladies inflammatoires.

Pour les bains d'eau de mer pris dans les baignoires, tous ces inconvénients disparaissent en ayant le soin de s'entourer de toutes les précautions usitées dans ces occasions. Ainsi, au sortir du bain, le malade passerait quelques instants soit dans un salon modérément chauffé, soit dans un lit de repos, soit enfin, si le médecin le jugeait convenable, dans la salle d'aspiration; c'est donc en hiver surtout qu'un établissement de bains d'eau de mer pourrait rendre de grands services à Paris, et pendant l'été, un grand nombre de personnes que leur position retient à Paris trouveraient dans cet établissement les moyens de suivre ce traitement sans déplacement qui nuirait aux affaires et qui est toujours très-onéreux.

Voyons maintenant quelles sont les maladies dans lesquelles les bains d'eau de mer pourraient convenir; on peut les diviser en deux catégories bien distinctes:

1° Celles que l'on attribue à la prédominance du système lymphatique sur le système sanguin, soit que cette prédominance soit originelle constitutionnelle, soit qu'elle ait été acquise; on peut appeler prédominance constitutionnelle celle qui dépend du tempérament lymphatique porté au degré ultra-physiologique, telle est la scrofule; elle est acquise quand elle est le résultat de dispositions ou d'états morbides accidentels comme l'anémie, la chlorose, l'état de langueur et d'atonie qui survient dans la convalescence des maladies graves, ou bien quand cet état est dû à des privations, à des excès, en un mot à l'inobservation des principes d'une bonne hygiène.

2° Celles où il y a prédominance d'action du système nerveux sur le système sanguin, soit que cette prédominance soit générale, soit qu'elle ne se révèle que sur un organe ou un appareil organique particulier. Dans cette classe viennent se ranger la plupart des névroses et des névralgies, tant externes que viscérales, qui semblent avoir une action élective sur le tissu fibreux, comme le torticolis, le lombago, les névralgies intercostales, dorso-lombaires, et aussi *l'asthme essentiel*, la céphalalgie indépendante d'une congestion sanguine, etc.; les névroses à retour périodique, épilepsie, aliénation mentale, etc.

Il serait extrêmement difficile de donner une nomenclature complète de toutes les affections nerveuses que l'usage des bains de mer paraît améliorer; on voit quelle variété de formes et d'aspects peut présenter ce protée morbide qu'on appelle la névropathie.

Il n'entre pas dans notre plan d'indiquer les maladies dans lesquelles les bains d'eau de mer sont contre-indiqués; je me contente de constater que cette contre-indication est formelle dans beaucoup de circonstances, principalement dans les lésions organiques de l'appareil circulatoire, dans les cas où il y a un mouvement fébrile prononcé; au contraire, on peut dire d'une manière générale que ces bains conviendront toutes les fois que les maladies auront pour cause ou pour effet direct ou indirect l'atonie, l'épuisement ou la débilité dans les maladies chroniques, notamment celles qui ont résisté aux autres agents thérapeutiques. Si maintenant nous entrons dans de plus grands détails et que nous indiquions par ordre d'anatomie topographique ou de régions les maladies qui seront traitées avec succès par les bains de mer, voici ce que nous trouverons:

Pour les maladies qui ont la tête pour siége, les bains d'eau de mer agiront bien contre l'insomnie, la mélancolie, les migraines rebelles; d'après M. Keraudren, contre l'idiotisme et certains genres de folie. Outre les faits consignés sur ce sujet par Tissot, Zimmermann, etc., M. le docteur Gaudet, inspecteur à Dieppe, a confirmé ces observations déjà fort anciennes. M. le docteur Lecœur, de Caen, conseille les bains d'eau de mer contre la dyspnée produite par l'atonie des muscles inspirateurs; Buchan les a préconisés contre la prédisposition qu'éprouvent certaines personnes pour les affections catharrales; outre M Amédée Latour, que nous avons déjà signalé, il faut ajouter Gilchrist, le docteur Tillenius et M. Lecœur, qui les recommandent contre la phthisie, l'oppression, les syncopes, l'asthme nerveux; les palpitations, les défaillances qui se rattachent à un état purement nerveux, seront combattues avec succès par l'eau de mer.

L'eau de mer fait merveille contre les maladies de l'estomac, comme les pertes d'appétit, les goûts dépravés, les vers intestinaux, la jaunisse, les coliques néphrétiques, les calculs des reins et de la vessie; les difficultés d'uriner, l'incontinence d'urine, les catarrhes chroniques de la vessie, etc., ont été souvent guéris par l'eau de mer.

Nous ajouterons encore à cette nomenclature la chlorose, qui, d'après M. Jules Guérin, aurait été combattue avec succès par les bains de mer. Enfin, d'après M. Montègre, les hémorrhoïdes, cette maladie atroce à laquelle sont si sujets les gens de lettres et les personnes sédentaires, trouveront leur spécifique dans l'eau de mer.

Mais c'est surtout contre les scrofules, le vice spumeux, le mal de Pott, le rachitisme, que les bains de mer font merveille; or, l'affection scrofuleuse domine tellement à Paris qu'on peut assurer, sans crainte d'être démenti, que c'est cette maladie qui fait le plus de victimes dans ce grand centre de population.

Les bains d'eau de mer conseillés dans les fièvres ardentes par Galien, dans les fièvres inflammatoires par Paul d'Egine, dans les fièvres malignes et atoniques par Currie, ne doivent cependant être employés dans ces circonstances qu'avec la plus grande réserve; il n'en est pas de même des fièvres intermittentes rebelles, qui ont surtout cédé à l'usage de l'eau de mer.

Mais c'est surtout dans toutes les affections qui tiennent soit à l'anémie, soit à l'asthénie sanguine ou nerveuse, que les bains de mer font merveille, selon MM. Mourgue et Assegond. Ils réussissent encore contre les engorgements lymphatiques, les épanchements séreux, les affections catarrhales des muqueuses, etc.

Il est peu de maladies de la peau qui ne soient traitées avec succès par les bains de mer, les démangeaisons et les prurits de la peau ou des muqueuses, la gale elle-même, contre laquelle Celse avait constaté leur efficacité; les ulcères atoniques et indolents, les abcès froids et fistuleux, les suppurations abondantes sont combattues avec succès par l'eau de mer.

Un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons Gardane, Marie, Roussel, Rozier, Moreau de la Sarthe, etc., ont préconisé les bains de mer contre les maladies des femmes, et particulièrement contre l'aménorrhée, la disménorrhée, les hémorrhagies passives et les pâles couleurs, contre les catarrhes de la vessie, de l'utérus et de ses dépendances, contre l'atonie de la vessie et l'incontinence d'urine, contre les troubles et les anomalies de la menstruation, enfin contre la stérilité chlorotique et l'impuissance.

Les bains d'eau de mer sont applicables à toutes les époques de la vie; selon M. le docteur Gaudet, ils sont praticables dès la première année de la vie: toutefois, pour les enfants très-jeunes et pour les vieillards, ils doivent être administrés avec prudence; il est même des cas où l'eau de mer devrait être mélangée avec des proportions variables d'eau douce, comme dans certaines circonstances très-rares, il est vrai; il y aurait peut-être lieu d'y ajouter une certaine quantité d'*eau mère* des marais salants; mais ces additions ne devraient être faites que sur les indications précises du médecin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 septembre 1857. — Présidence de M. ROCHE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté (1).

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Rapport de M. le docteur DE CREVOISIER, sur une épidémie de scarlatine qui a régné dans plusieurs communes du canton de Bry (Moselle).

Rapport de M. le docteur GIRAULT, sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné en 1857 dans la commune de Clairefontaine (Seine-et-Oise).

Comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1856 dans les départements de la Somme et du Pas-de-Calais. (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Mémoire de M. le docteur BILLOD, médecin en chef directeur de l'Asile d'aliénés de Maine-et-Loire, sur une variété de pellagre propre aux aliénés, à propos d'une endémie de cette affection observée dans cet asile. (Comm. MM. Ferrus, Baillarger et Gibert).

Note de M. CHARRIÈRE, accompagnant l'envoi de nouveaux modèles de ciseaux et de pinces.

M. le PRÉSIDENT annonce à l'Académie la présence de M. VROLIK, membre correspondant.

RAPPORTS.

Destruction des miasmes. — M. Bouchardat fait un rapport verbal sur une note de M. Boutigny (d'Evreux), relative à la *destruction des miasmes par les fumigations.*

ÉLECTIONS.

Associés nationaux. — L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre associé national dans la section de médecine.

La liste de présentation est disposée dans l'ordre suivant :

1. MM. Denis (de Commercy).
2. Gintrac (de Bordeaux).
3. Gendran (de Château-du-Loir).

Les membres présents sont au nombre de 32 ; la majorité absolue est de 17.

Les voix se répartissent dans l'ordre suivant :

1.	MM. Gintrac	13
2.	Denis	9
3.	Gendron	9
4.	Bulletin blanc	1

Aucun candidat n'ayant eu la majorité, il est procédé à un nouveau tour de scrutin.

Votants, 32, majorité, 17.

Les voix se répartissent dans l'ordre suivant :

1.	MM. Gintrac	17
2.	Gendron	9
3.	Denis	5
4.	Bulletin blanc	1

En conséquence, M. Gintrac est élu membre associé national.

RAPPORT.

Fièvre jaune. — M. DEPAUL lit, au nom de M. Gérardin, absent, un rapport sur un *Mémoire sur la fièvre jaune*, par M. Dutroulau, premier médecin en chef de la marine. Ce travail avait été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Louis et Gérardin.

Le mémoire de M. Dutroulau est une véritable monographie sur la fièvre jaune, dont l'auteur a puisé les éléments dans l'observation des épidémies de 1851 à 1855, à la Martinique et à la Guadeloupe. Car pour avoir une connaissance complète de cette fièvre, il faut l'avoir observée en différents lieux, à des époques diverses et dans plusieurs épidémies. C'est dans ces conditions que M. Dutroulau a pu établir l'identité de la fièvre jaune en tout lieu et dans une épidémie quelconque.

L'*anatomie pathologique* lui a démontré que les altérations principales portent sur le système circulatoire sanguin. Ainsi, dans une première période, le cœur et le foie sont décolorés et vides de sang, tandis que les autres organes sont infiltrés de ce liquide : il a trouvé des traces de méningite, des épanchements apoplectiformes dans les poumons, des hémorrhagies interstitielles dans l'épaisseur des membranes du tube digestif, et, dans l'estomac, des traces d'inflammation ; enfin dans le réseau cutané et dans l'épaisseur des muscles, existaient aussi de petits foyers hémorrhagiques. Dans une deuxième période, le sang était noir, dépourvu de plasticité, et, dans ce liquide ainsi altéré, l'auteur a constaté l'existence des principes de l'urine et de la bile. Ce qui constitue un fait important.

Les *symptômes* doivent être examinés au triple point de vue de leur gravité, des phases épidémiques de la maladie et des caractères particuliers à chaque épidémie. Il existe trois degrés différents de gravité : le premier est le plus léger, le deuxième très-grave et le troisième intermédiaire aux deux autres.

Dans le premier degré, les symptômes sont surtout ceux de la fièvre inflammatoire. Le visage est coloré et porte le masque de la maladie. La douleur ressentie aux lombes constitue ce qu'on a nommé le coup de barre. La terminaison habituelle est une épistaxis légère ou un ictère peu intense.

Le deuxième degré est remarquable par la courte durée de la période fébrile. La parole est tremblante, le pouls s'élève rapidement au-dessus de cent quatre pulsations. Il y a des vomissements prématurés, des hémorrhagies multiples et abondantes. On voit survenir des parotidites, des manifestations gangréneuses. Enfin la mort peut avoir lieu au bout de deux jours seulement.

Le troisième degré est intermédiaire aux deux premiers pour les symptômes et la marche ; mais ce sont le premier et le second qu'on observe le plus fréquemment.

La *marche* des épidémies doit être prise en considération. Il y a des phases de rémittence et d'exacerbation coïncidant assez régulièrement avec les saisons fraîche et chaude, quand rien ne vient les troubler. Pendant l'intermittence on remarque la complication de fièvres endémiques d'origine paludéenne qui précèdent ou suivent l'épidémie de fièvre jaune.

Enfin on a décrit, suivant les épidémies, des fièvres jaunes à *formes* congestive, inflammatoire, gastrique et cérébrale ; mais ces formes sont artificielles ; car les caractères qu'elles présentent sont passagers.

Le *diagnostic* doit surtout être fait entre la fièvre jaune et la fièvre d'origine paludéenne. Or, dans celle-ci, le frisson initial est de plus courte durée ; et la transpiration, critique dans la fièvre paludéenne, ne l'est point dans la fièvre jaune. Les fièvres pernicieuses sont celles qu'on pourrait le plus facilement confondre avec la fièvre jaune, et surtout parmi les premières, la fièvre hématurique des Antilles, la rémittente bilieuse, la bilieuse hémorraghique de l'Inde et de Madagascar, nommée par quelques médecins la fièvre jaune des créoles.

Quant à la *nature* de la fièvre jaune, M. Dutroulau lui reconnaît des caractères spécifiques, et entre autres celui de ne jamais récidiver. La contagion est manifeste en dehors de toute influence épidémique.

Au point de vue de l'*étiologie*, la cause essentielle est un miasme spécifique différant du miasme paludéen par la réunion de certaines conditions indispensables ; telles sont : l'élément maritime, la limitation à une petite distance du bord de la mer, le concours de la météorologie des pays chauds ; trois caractères qui font souvent défaut au miasme des marais. La cause prédisposante la plus irrécusable est le défaut d'acclimatement.

La transmission n'a point lieu par contact direct ; mais elle s'opère par absorption de l'atmosphère infectée, comme pour toute maladie infectieuse. Les malades peuvent donc transporter le principe d'une épidémie d'un lieu infecté à un lieu sain, et la contagion peut s'effectuer par des navires infectés.

Abordant la question du *traitement*, l'auteur reconnaît que la fièvre jaune légère est facilement guérie ; que celle d'intensité moyenne est atténuée seulement dans ses manifestations principales, et qu'enfin la forme grave est rebelle à toute médication. La thérapeutique a pour principaux moyens d'action les saignées, le sulfate de quinine à haute dose, les purgatifs et les révulsifs cutanés. La prophylaxie consiste surtout à s'éloigner des lieux infectés, et principalement à se transporter au delà des lignes isothermes.

(1) ERRATUM. Dans le compte rendu de la séance précédente, page 248, col. 2, ligne 18, au lieu de : *deux poissons*, lisez : *deux pigeons*.

Toujours, d'après M. Thompson, de Wiseman il faut passer à John Hunter, qui s'est accidentellement occupé de l'uréthrotomie et qui l'a même appliquée surtout dans les cas de fausse route. Il parle notamment d'un soldat qu'on traitait depuis près de six mois par les bougies sans aucune amélioration. Seulement, les bougies pénétraient deux pouces plus loin qu'au début. On paraissait avoir gagné du terrain et l'on continuait le traitement. Appelé en 1765 à donner son avis, Hunter, sans chercher ce qui existait en réalité, proposa de faire une ouverture à l'urèthre au niveau de l'obstruction, et de la prolonger en arrière, au besoin, jusqu'à la partie saine du canal.

Il introduisit un cathéter dont l'extrémité fit saillie derrière le scrotum, un peu au-dessus du périnée; il ouvrit l'urèthre en cet endroit et poussa le cathéter entre les lèvres de la plaie. Mais il chercha en vain l'orifice du canal en arrière. En vain aussi il *soufflait dessus avec un chalumeau,* il ne découvrit rien. Il soupçonna une fausse route, et, *pour s'assurer s'il était dans le véritable canal,* il disséqua les parties qui correspondaient au fond de la plaie. Ayant mis à découvert le muscle bulbo-caverneux, il fit une incision dans le corps même de l'urèthre et parvint dans le vrai canal. « Nous passâmes alors une sonde du côté de la vessie : puis, l'ayant changée de direction, nous l'introduisîmes du côté du gland. Mais, de ce côté, elle ne put pénétrer à beaucoup plus de deux pouces, elle s'arrêta contre un obstacle. Cette circonstance nous *donna une idée nouvelle de l'état des choses :* nous *étions sûrs maintenant* que l'extrémité du cathéter n'était pas dans l'urèthre, mais bien dans une fausse route qui avait été pratiquée dans le tissu spongieux de ce canal, et qui s'étendait à deux pouces au delà du rétrécissement. Nous passâmes alors deux sondes dans l'urèthre, l'une par l'orifice du gland et l'autre par la plaie, afin de voir à quelle distance les extrémités des deux instruments se trouvaient l'une de l'autre, ce qui devait nous donner la longueur du rétrécissement. Nous trouvâmes, en saisissant l'urèthre extérieurement, entre le pouce et l'indicateur, que les bouts des deux instruments étaient complétement rapprochés l'un de l'autre. Cherchant alors ce que nous avions à faire, nous fûmes frappés tout d'abord de l'idée que l'on pouvait franchir de force le rétrécissement sans danger. Le chirurgien qui m'assistait dans l'opération introduisit par la plaie, vers le rétrécissement, un chalumeau d'un cinquième de pouce de diamètre (on manquait des instruments nécessaires); ensuite je pris une canule d'argent, ouverte à ses deux extrémités, et munie d'un stylet de fer plus long qu'elle, et je l'introduisis par l'orifice naturel de l'urèthre. L'extrémité de la canule fut opposée à l'extrémité du chalumeau, et les deux instruments se trouvèrent presque en contact l'un avec l'autre; on les maintint dans cette position avec l'indicateur et le pouce appliqués sur la surface externe de la verge, comme des attelles sur un os fracturé. J'introduisis alors et je poussai en avant le stylet qui traversa le rétrécissement et parvint dans la cavité du chalumeau. Nous eûmes grand soin de ne pas pousser avec trop de force, dans la crainte que les deux bouts du tube ne glissassent l'un à côté de l'autre, ce qu'ils auraient fait si on ne les avait tenus très solidement. Cet *accident nous arriva deux fois dans cette opération,* mais à la troisième fois nous y réussîmes. »

gnait souvent, et M. Ed. Molins étant lassé par ses sollicitations, il me prit un matin avec lui, et, plaçant le malade comme autrefois, il essaya de faire une voie depuis l'*apex* jusque dans l'urèthre. Ce fut en vain. Là-dessus il fit tenir une des jambes du malade par un de ses domestiques, et l'autre par moi; il prit en même temps les deux testicules et en plaça un dans la main du domestique et l'autre dans la mienne; il divisa alors le scrotum au milieu (nous tenant les testicules), et pénétrant dans l'urèthre, le fendit d'un bout à l'autre jusqu'à l'ouverture périnéale, et après il cousit la peau sur l'urèthre avec fil et aiguille, de même que le scrotum, laissant les testicules couverts comme auparavant; il pansa avec des agglutinatives, et en quelques jours tout fut cicatrisé. Mais l'urine continua de couler par l'ouverture *in perinæo.* » (*Cette traduction est littérale.*)

Ce passage, que j'extrais du tome II, p. 335, de la traduction que M. Richelot a donnée de l'ouvrage de Hunter, fait suffisamment connaître l'état de la chirurgie en Angleterre du temps de ce grand maître et même dans ses mains.

Hunter n'était point préparé à cette opération, il manquait même des instruments nécessaires, peut-être aussi n'avait il pas connaissance de la pratique des chirurgiens français, dont je viens de rappeler les faits principaux. Il ne faut donc pas s'étonner de ses hésitations, de ses tâtonnements dans des manœuvres plus faciles à décrire qu'à exécuter. Les difficultés non prévues arrêtent les plus habiles. Hunter, qui avait plus de confiance dans le caustique que dans l'instrument tranchant, n'appliquait guère la méthode des incisions que dans les cas de fausse route. En avant du scrotum, il pratiquait des incisions d'un pouce; en arrière, vers le périnée, il leur donnait un peu plus d'étendue.

Samuel Cooper, qui a exposé avec quelques détails les différentes manières de traiter les rétrécissements en Angleterre spécialement, se borne à reproduire les idées de Hunter à l'égard de l'uréthrotomie (1).

Le parent de J. Hunter, E. Home, qui a recueilli et publié le plus grand nombre d'observations sur l'emploi du caustique dans l'urèthre, mentionne la méthode des incisions, qui est plausible en théorie, dit-il (2), et à laquelle plusieurs malades ont été soumis, mais sans succès : il dit que cette méthode est très-hasardeuse et exige une grande dextérité de la part de celui qui veut l'appliquer.

Mais, par l'impulsion que le célèbre John Hunter venait de donner à la chirurgie anglaise, les travaux sur les coarctations uréthrales ne tardèrent pas à se multiplier; on mit de côté les opinions et la doctrine de Wiseman et l'on s'attacha à déterminer la nature de la lésion qui constitue les *rétrécissements uréthraux,* sans renoncer toutefois aux pratiques que la routine avait accréditées.

Le 26 juin 1822, James Arnott faisait remarquer à la Société médico-chirurgicale de Londres (3) que lorsqu'un rétrécissement dur et ancien n'admettait pas une bougie, on redoublait les applications du caustique, parfois on essayait de le forcer, mais que l'instrument tranchant était réservé pour les cas extrêmes et quand on était pressé par la rétention d'urine.

Le chirurgien de Middlesex faisait ces remarques à l'occasion d'un cas dont il donne les détails et dans lequel il avait pratiqué la section périnéale externe, qui eut un heureux résultat. L'auteur, par les procédés déjà connus, incisa l'urèthre en avant de l'obstacle et parvint ensuite à y introduire un stylet sur lequel il divisa le rétrécissement d'un quart de pouce de longueur. Un cathéter introduit dans la vessie fut remplacé au bout de quatre jours par une grosse sonde en gomme élastique qu'il fallut retirer deux jours plus tard, pour revenir au cathéter d'argent. Le quinzième jour la plaie était fermée, on continua cependant de passer des cathéters, et bientôt la guérison fut complète.

Déjà, en 1811, Thomas Chevalier avait communiqué à cette même Société l'observation d'un cas de rétrécissement par cause traumatique, dans lequel il divisa l'urèthre derrière l'obstacle, dans le double but de faciliter l'écoulement de l'urine, de débarrasser les tissus qu'elle baignait et de soulager le canal de la pression qu'exerçaient sur lui les dépôts formés dans le périnée.

Grainger de Birmingham avait aussi, en 1815, donné les détails de plusieurs opérations qu'il avait faites au périnée, tantôt sur la ligne médiane, tantôt sur le côté, procédés que Charles Bell rappela en 1816 et dont il recommanda l'application.

(1) *The first lines of the practice of Surgery*, t. II, p. 250.
(2) T. III, p. 232.
(3) *Medico-chirurgical transactions*, vol. XII, p. 351.

En 1836, Guthrie recommanda, dans ses leçons au collége des chirurgiens (1), la section externe dans les cas de rétrécissements infranchissables. L'auteur indique les moyens et trace la marche à suivre dans les divers cas, mais sans s'écarter au fond de ce que l'on faisait avant lui; seulement il expose le procédé opératoire d'une manière plus complète et plus régulière; il insiste spécialement sur la nécessité de fixer et de tenir écartées les lèvres de l'incision, faite exactement sur la ligne médiane du périnée, de manière à donner à l'opérateur une vue aussi claire que possible du point rétréci Il employa dans ce but des crochets, des pinces, des érignes; mais il donne ensuite la préférence à des bouts de fil, passés à travers chaque lèvre de la plaie (moyen proposé par Avery), et comprenant la membrane muqueuse voisine du rétrécissement, Guthrie insiste sur l'utilité de ces fils qui, suivant lui, remplissent parfaitement l'indication, sans intercepter la vue, sans gêner la manœuvre, et qui indiquent sûrement le point où le rétrécissement commence en avant.

Ce procédé a été appliqué en Angleterre par Liston, S. B. Brodu et autres, avec des résultats divers sur lesquels je reviendraï. Mais, à l'exception de l'insufflation avec un chalumeau qu'employa Hunter pour découvrir l'orifice du point rétréci et qui ne réussit pas, et des bouts de fil proposés par M. Avery pour fixer les lèvres de la plaie, on ne trouve dans la pratique des chirurgiens anglais absolument rien d'important qui n'eût été employé en France, ce que prouvent d'ailleurs les faits que je viens de citer.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

Considérations générales sur les bains d'eau de mer et sur les maladies dans lesquelles ils conviennent, *par le docteur* O. Reveil, *professeur agrégé à la Faculté de médecine et à l'École supérieure de pharmacie.*

Dès la plus haute antiquité, les bains de mer ont été en usage : Aristote, Pline, Gilchrist, Buchan, etc., ont proclamé leur efficacité. D'après ce que rapporte Suétone, l'empereur Auguste, ayant été guéri par les bains de mer d'une affection qui avait résisté à tous les moyens de l'art, fit donner une somme considérable à Antonius Musa, son médecin, et lui accorda les plus hautes distinctions.

Aujourd'hui, les effets bien constatés de cette médication constituent une thérapeutique rationnelle, éclairée par l'analyse chimique de l'eau de mer; enfin et surtout la mode a consacré l'usage de ces bains.

Pendant longtemps on n'a connu que deux formes d'administration de l'eau de mer, savoir : le bain dit *à la lame,* c'est-à-dire pris à la mer, puis le bain pris dans une baignoire avec de l'eau de mer; enfin, dans quelques établissements d'eaux salines chlorurées, on a appliqué l'eau en douches.

Ces deux derniers moyens peuvent seuls être employés à Paris dans les circonstances et les affections que nous ferons connaître tout à l'heure, mais il faudrait y joindre les inhalations d'eau de mer, qui pourraient, dans un très-grand nombre de cas, rendre d'incontestables services.

Les bains à la lame agissent principalement par la perturbation; leur courte durée ne permet pas l'absorption. Ces bains ne sont pas toujours sans danger; ils déterminent souvent un mouvement fébrile qu'il importe de calmer par des moyens appropriés.

Les bains d'eau de mer en baignoire sont généralement pris chauds et ont une plus longue durée; aussi ont ils une action différente et plus complexe; ils agissent surtout en vertu de leur composition chimique. On comprend, en effet, qu'un liquide qui contient près de quatre pour cent de principes actifs : chlorures, bromures, iodures, sulfates, etc., sans compter ce qu'il y a d'indéterminé, ne peut manquer d'exercer sur la vaste surface cutanée une action qui ne saurait être indifférente et quoique la question d'absorption ait été controversée, il est incontestable qu'elle doit être résolue dans le sens de l'affirmation, et il y a lieu, par conséquent, de tenir compte des effets dynamiques ultérieurs qui sont produits par l'introduction dans l'économie d'agents aussi actifs; il en résulte que la durée d'un bain dans l'eau de mer doit être subordonnée à une foule de causes que le médecin peut seul apprécier, et qu'il aurait souvent inconvénient grave à ce que cette durée fût trop longue.

Il est donc incontestable que les bains d'eau de mer administrés à Paris seraient une ressource thérapeutique dont les médecins tireraient un grand parti; un établissement qui réunirait tous les modes d'administration qui ont été déjà mentionnés, c'est-à-dire des bains, des douches et des salles d'aspiration, rendrait donc un service réel à la thérapeutique.

Ces salles d'aspiration ou d'inhalation sont d'application moderne; on pourrait, selon les cas et les circonstances, graduer pour ainsi dire l'administration de l'eau sous cette forme, soit par l'installation d'une vasque semblable à celle que M. Niepce a fait installer à Allevard, ou bien mieux, au moyen de l'appareil construit à Pierrefonds, qui a été décrit par M. Salles-Girons.

L'administration de l'eau de mer par la voie pulmonaire doit être considérée sous deux points de vue :

1° Au point de vue de son contact, de son action locale sur le larynx, la trachée, les bronches et leurs divisions, les vésicules pulmonaires, les effets résolutifs devraient être ceux de la respiration de la mer portés à leur plus haut point d'efficacité; ils pourraient conséquemment être d'un très-grand secours dans les engouements ou engorgements du tissu parenchymateux non phlegmasiques, dans les cas de tubercules commençant à une époque très-rapprochée de leur début.

2° Au point de vue des effets dynamiques, l'action de l'eau de mer inhalée devrait se rapprocher de l'action des eaux chlorurées sodiques et bromurées, et en cette qualité rendre de grands services comme prophylactique tout au début des affections tuberculeuses. M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, a préconisé un traitement de la phthisie dont le chlorure de sodium fait la base, et on sait que Laënnec avait une grande foi dans l'action de l'air marin dans le traitement de cette terrible maladie.

Quoi qu'il en soit, dans l'application des eaux de mer au traitement des maladies par l'*inhalation pulmonaire* il y aurait à se préoccuper *essentiellement* du dosage de l'agent thérapeutique sous cette forme, et il est probable que, dans beaucoup de cas, l'eau de mer ne pourrait pas être inhalée pure et qu'il serait nécessaire de la mélanger soit à de l'eau douce, soit avec des infusions ou décoctions de substances médicinales. Il y aurait lieu aussi à s'occuper de la température des vapeurs à inhaler, ces vapeurs ayant une plus grande densité que l'air atmosphérique, et ayant à cause de cette même densité une action efficace. Quant à l'absorption, il est incontestable qu'elle serait très-rapide par cette voie; on sait avec quelle rapidité la surface bronchique absorbe les substances même les plus réfractaires à l'absorption.

La saison des bains de mer a une courte durée : elle est de trois à quatre mois, c'est-à-dire du 15 juin au 15 septembre pour les côtes de l'Océan, et du 1er juin au 1er septembre pour la région méditerranéenne; il ne serait pas sans inconvénient de se baigner plus tôt ou plus tard, parce qu'on se trouverait alors prendre des bains de mer aux époques de l'année où les fluxions sur les organes internes et les concentrations inflammatoires ont lieu facilement; or, on conçoit que l'action du

(1) *Anatomy and Diseases of urinary, etc.*, p. 178 et suiv.

thodes dont on fait trop facilement honneur à l'Angleterre. Mais afin de ne pas fatiguer l'attention de vos lecteurs, je me bornerai à relater les faits principaux et les mieux établis.

§ I. C'est sous le titre assez trivial de *boutonnière* que sont désignées, dans la plupart des ouvrages anciens, les opérations connues aujourd'hui sous les noms d'uréthrotomie de dehors en dedans, de section périnéale externe, etc. Ces opérations sont mentionnées par quelques auteurs anciens; mais il existe à cet égard une confusion telle qu'on a de la peine à s'y reconnaître. Ce n'est guère que vers le milieu du dix-septième siècle qu'on trouve l'exposition des procédés de l'uréthrotomie.

Je citerai d'abord Tolet, observateur exact qu'on néglige trop de citer, et qui, après avoir posé avec sagacité les indications, a tracé d'une manière rationnelle la route à suivre.

Lorsque les procédés employés contre la rétention d'urine avaient échoué, Tolet n'hésitait pas à recourir à l'incision du périnée, qu'il avait vu pratiquer, dit-il, par de grands personnages dont il suivait la méthode (1). Après avoir indiqué les instruments nécessaires à l'opération, il parlait ainsi : « Afin d'être plus assuré du chemin qu'on doit tenir en faisant l'incision, on *introduit la sonde cannelée dans l'urèthre, le plus avant qu'on peut sans rien forcer;* si l'inflammation est médiocre ou qu'il n'y ait point de carnosité ni d'autres obstacles, on l'introduit dans la vessie. Un serviteur tient la sonde ou le chirurgien la tient, et il observe toutes les circonstances, comme à la taille, faisant l'incision moins basse que pour la lithotomie, et moins longue sur la courbure dans laquelle il pousse le bec du gorgeret pour l'introduire plus facilement dans la vessie. Il est bon que la courbure se continue comme une gouttière, sans qu'il y ait aucune chose qui l'arrête au bec ou extrémité de la sonde. »

Au moyen du gorgeret et, au besoin, du bouton à curette ou d'un gros stylet, il place une canule dans la vessie.

Lorsque la sonde cannelée est arrêtée par un obstacle dans l'urèthre, l'auteur conseille de recourir immédiatement à l'un des deux autres procédés, qu'il nomme le petit appareil. Ici l'on opère sans guide; l'opération, dit-il page 207, est plus laborieuse; néanmoins, comme c'est une maladie pressante, il faut opérer pour prolonger la vie. Il ajoute que l'opération sans guide était recommandée par Tévenin, qui n'introduisait pas de sonde et faisait une incision avec le bistouri entre l'anus et le scrotum, *à côté du raphé.*

C'est surtout dans l'ouvrage de Colot sur la taille qu'on trouve la preuve que, de son temps, dès 1680, on connaissait plusieurs procédés de section périnéale externe, et que cette opération était pratiquée même au milieu des circonstances les plus graves. En parlant d'un malade qui était à l'extrémité, avec *étranglement calleux depuis le bout de la verge jusqu'à l'orifice de la vessie,* rétention d'urine, abcès au périnée et impossibilité absolue de passer une sonde, il s'exprime ainsi (2): « Je lui fis une ouverture au périnée (3), mais sans règle, sans appui; je trouvai avec un stylet le chemin de l'urèthre et celui du col de la vessie: ce stylet m'en facilita l'entrée; je soulageai cette partie par de fréquentes injections, *je dilatai l'étranglement,* je cautérisai trois fistules, et les eschares tombées, je conduisis les plaies à la cicatrice. » Colot cite un grand nombre de faits à l'appui de cette opération. Il allègue, entre autres, un cas très-grave, où, « pour venir à bout de tant de difficultés, je m'étais proposé, dit-il (4), deux choses, ou *de disséquer le périnée pour découvrir l'urèthre, le percer, y entrer, et ensuite forcer les obstacles du reste du conduit;* je pensais encore à faire passer de force un stylet fort mince dans la verge jusqu'au-dessous du scrotum. Cette dernière manœuvre ne fut pas sans succès; elle me réussit, sans que j'eusse tenté l'autre. *J'ouvris sur le stylet, j'en poussai un autre tout aussi mince* par la plaie, je le fis entrer dans la vessie; y étant arrivé, *je coulai un conducteur tout le long* avec force, et sur celui-ci *j'en poussai un second dans l'entre-deux :* je dilatai, *je déchirai* les callosités; il se fit une ample suppuration qui remit les parties dans l'état naturel. »

Or, qu'on le remarque bien, il s'agit ici d'un cas dans lequel l'urèthre obstrué n'admettait pas la sonde au delà d'un travers de doigt; la rétention d'urine durait depuis six jours, et le malade était à la dernière extrémité. Le chirurgien ne fit l'opération que malgré lui. « En cet état, dit-il, il était impossible de pouvoir passer une sonde pour faire quelque opération avantageuse, » ajoutant que lorsque les sondes pénètrent dans le commencement de l'urèthre, elles servent de guide au chirurgien, et qu'il ne faut alors à celui-ci qu'un peu d'adresse pour opérer. Dans plusieurs autres opérations qu'il indique, il fait connaître les modifications que l'état des parties commandait d'apporter à la manœuvre. Enfin, il ne laisse de côté aucune circonstance importante. Dans sa pratique, on retrouve les procédés qu'on nous présente aujourd'hui, soit comme des inventions, soit comme des perfectionnements.

Chez un autre malade dont l'urèthre était également obstrué et qu'il opéra le 28 juin 1687, Colot, en face d'obstacles plus grands encore, « s'avisa d'une manière toute singulière, qui jusque-là n'avait point encore été usitée. » « Mon dessein, dit-il p. 248, était de lui faire une incision au périnée, à la vérité, mais sans règles, sans donner d'appui à la sonde et sans ouvrir l'urèthre ni le col de la vessie; je voulais seulement en approcher assez pour exciter une suppuration dans ses prostates et parties voisines, je veux dire dans l'urèthre et le col de la vessie; par là, tout étant relâché, j'espérais avoir d'autant plus de facilité à introduire une sonde très-menue *pour ouvrir au-dessus et achever cette cure à l'ordinaire,* ce qui fut exécuté, et le malade guérit aussi bien que le précédent. »

Colot ne s'est pas borné à tracer des règles pour cette catégorie d'opérations plus délicates les unes que les autres, il a indiqué les divers obstacles que le chirurgien peut rencontrer. « Dans ces sortes d'opérations, nous ne serions pas embarrassé, dit-il p. 259, de guérir nos malades, si l'on nous laissait la liberté; mais nous sommes arrrêtés par les parents, par leurs amis; ils ont toujours des remèdes; ils savent des médecins qui ont des spécifiques, ils *confondent deux différentes suppressions,* savoir *celle qui arrive des reins et celle qui survient à la vessie,* quoique ce qui convient à l'une soit entièrement opposé à l'autre. »

Il parle aussi de l'abus des fébrifuges et de tant d'autres remèdes dont l'emploi, souvent prolongé, donne à la maladie, source de tous les désordres, le temps de devenir incurable.

Au rapport de Daran (1), Col-de-Vilars, Astruc, Palfyn, Lafaye, conseillent, dans les mêmes circonstances, de diviser le périnée *sur le bec d'une sonde préalablement introduite dans le canal, jusqu'à l'obstacle.* Daran ajoute (p. 116) que « si après avoir fait l'incision aux téguments, on ne parvient pas à ouvrir l'urèthre, Lafaye conseille d'y introduire un trocard dont la canule est fendue, et à la faveur de cette fente, on porte un bistouri pour faire une incision à cette partie, après avoir ôté le trocard. »

Dionis aussi mentionne la boutonnière sous le nom de *ponction périnéale,* mais avec assez de précision pour qu'on ait songé dans le temps à lui attribuer l'invention de ce procédé.

« S'il est absolument impossible, dit Col-de-Vilars, de sonder le malade et que cependant il soit dans un danger évident de perdre la vie, on ne fera point difficulté d'introduire

---

(1) *Traité de la lithotomie*, p. 202, 4e édition, chap. 21, *De la ponction du périnée.*

(2) Page 242.

(3) Le 28 février 1690.

(4) Page 244.

(1) *Observations chir.*, 5e édition, p. 104 et suiv.

une sonde cannelée dans l'urèthre, le plus avant qu'il sera possible; de faire une incision à ce conduit avec le lithotome sur la courbure de la sonde, *vers son extrémité*, et de faire entrer par l'ouverture une sonde droite dans la vessie, et même d'en venir à la ponction au périnée avec le trois-quarts, supposé qu'il n'y ait point d'autre ressource (1). »

Palfyn (2) parle de l'opération de Colot dont on retire, dit il, de grands avantages, et il ajoute que ce traitement est *beaucoup plus sûr que celui qui se fait au moyen des bougies.*

On lit dans les *Mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie*, t. II, p. 340, édition in-12, les détails d'une opération pratiquée par Petit qui s'exprime ainsi : « Je poussai la sonde cannelée jusqu'au lieu de l'obstacle, et je coupai la peau, les graisses de la longueur de deux pouces : je plongeai mon bistouri dans la courbure de la sonde et je la suivis jusqu'au bout qui, n'étant point fermé, me donna la facilité de passer un trois-quarts cannelé jusque dans la vessie : en baissant la main et prenant le contour des os pubis, j'y arrivai sans danger et les urines parurent quand j'eus retiré le poinçon du trois-quarts. Après avoir retiré la sonde cannelée, la courbure du trois-quarts me servit à *conduire mon bistouri assez avant pour couper entièrement la partie du canal qui était rétrécie;* j'eus alors la facilité d'introduire une petite canule dans la vessie et je la laissai jusqu'à ce que le canal eût suffisamment suppuré; alors ayant ôté la canule, j'introduisis par la verge, dans la vessie, une sonde en S, par laquelle s'écoulaient les urines, et sur laquelle se forma la cicatrice. »

La guérison fut complète au bout d'un mois.

« J'ai fait, dit Petit, la même opération à peu près dans les mêmes circonstances et avec le même succès. *Tous ceux à qui j'ai fait la boutonnière, à l'occasion de la rétention d'urine, ont recouvré la liberté du canal* LORSQUE L'OBSTACLE S'EST TROUVÉ COMPRIS DANS L'INCISION. »

Dans un autre cas, « j'eus, dit Petit, le *bonheur de trouver le vrai chemin des urines* sans être guidé par la sonde cannelée; je suivis la même méthode et le malade fut guéri; » tandis que dans le premier cas il avait été impossible de passer les bougies au delà de l'obstacle. « Cette dernière circonstance, ajoute Petit, n'était pas favorable pour faire l'opération, qui est très-difficile, lorsqu'on ne peut pas introduire une sonde cannelée jusque dans la vessie. »

Ledran donne des détails curieux d'une opération de ce genre. A l'occasion d'une fistule au périnée, il se servit d'un stylet pour pénétrer par cette fistule dans la vessie; sur le stylet il conduisit une sonde cannelée, non fermée à son extrémité, qui embrassait le stylet; sur cette sonde il incisa le col de la vessie, puis *glissa son bistouri de derrière en devant, dans l'urèthre, pour rejoindre la cannelure du cathéter poussé par le meat jusqu'à l'obstacle.* Le cours de l'urine fut ainsi rétabli.

Si à ces faits on ajoute ceux de Hoin, de Lassus, de A. Dubois, de Vaniel, de Delpech, de Roux, etc., dont j'ai publié les détails et que je ne reproduis pas ici, afin d'abréger, on voit que l'uréthrotomie périnéale a été faite en France depuis près de deux cents ans dans toutes les circonstances et exécutée de toutes les manières, avec ou sans conducteur, dans les diverses régions de l'urèthre, sur la ligne médiane, ou à côté du raphé, en un ou en plusieurs temps, avec des instruments ou des résultats divers.

Ainsi, Tolet opère sans conducteur et aussi sans guide : en donnant la préférence au premier procédé, il fait ressortir la nécessité du second, et signale les difficultés qui l'entourent.

Colot opère sans conducteur dans les cas les plus graves, où l'*urèthre était obstrué par des callosités* ou tellement resserré, dans une grande étendue, qu'il était impossible de passer la plus petite bougie à plus d'un pouce, et de soulager le malade par tout autre moyen. Colot paraît avoir appliqué tous les procédés donnés aujourd'hui comme nouveaux.

Col-de-Vilars, Astruc, Palfyn, Lafaye, Dionis, etc., divisent le périnée sur la saillie que fait le bec d'une sonde cannelée, préalablement introduite dans le canal et jusqu'à l'obstacle. Lafaye distingue la ponction périnéale de l'incision. La première est plus douce, dit il ; il faut néanmoins quelquefois lui préférer l'incision. C'est lorsqu'il y a dans le canal et au périnée des duretés, des callosités, dont on facilite la fonte par l'incision, ce que la simple ponction ne fait point. Palfyn préfère de beaucoup ce mode de traitement à celui qu'on fait au moyen des bougies.

J. L. Petit procède à peu près de même pour la division des tissus superficiels, et, après avoir pénétré dans l'urèthre et jusqu'à la vessie, il *retourne le bistouri en avant pour couper entièrement la partie rétrécie du canal.*

Ledran, Hoin, Lassus, A. Dubois, Delpech, opèrent dans des cas de fistules qui servent tout à la fois de guide pendant la division des tissus, et de limite à l'incision postérieurement; le point rétréci du canal qui existait en avant de la fistule fut divisé; c'était là le but spécial de l'opération. Ledran divisait la coarctation en glissant le bistouri de derrière en devant dans l'urèthre, pour rejoindre la cannelure du cathéter poussé par le méat jusqu'à l'obstacle.

§ II.— Les anciens chirurgiens anglais ne paraissent pas s'être occupés sérieusement de l'uréthrotomie de dehors en dedans. Nous en avons la preuve dans l'ouvrage de Richard Wiseman, l'une des gloires de la chirurgie anglaise (1). Dans la cinquième édition de son *Traité de chirurgie*, publiée en 1676, on trouve de nombreuses observations sur les conséquences de la gonorrhée, produisant des excroissances, des carnosités, des caroncules que l'on combattait par les bougies médicamenteuses, des stylets portant des caustiques ou tout autre médicament, par les révulsifs, les dérivatifs, les purgatifs surtout. L'auteur indique, comme une chose qui l'avait étonné, une opération à laquelle il fut invité d'assister, et qui, suivant M. K. Thompson (2), serait une des plus anciennes qu'on ait faites pour *guérir un rétrécissement.* Je reproduirai textuellement (3) cette observation, dont Wiseman a donné les détails, p. 431, t. II, de ses *Eight chirurgical treatises.*

---

(1) Daran, p. 93.

(2) *Anatomie chirurgicale*, chap. 22, p. 11.

(1) Les prétentions que plusieurs chirurgiens de ce pays ont élevées récemment à l'invention de cette méthode me font un devoir de rappeler ce qui a été fait en Angleterre sur cet important sujet.

(2) *The pathology and treatement of stricture of the urethra*, p. 237. 1854.

(3) Cette précaution n'est pas inutile à l'égard surtout des points de départ. Il suffira, pour s'en convaincre, de mettre ce que Wiseman et J. Hunter ont dit, avec ce que leur ont fait dire certains interprètes modernes dans des vues particulières. A force de torturer les paroles de ces grands maîtres, on les a tellement altérées qu'il devient impossible d'en reconnaître la véritable signification.

« En l'an 1652, à mon retour à Londres de la bataille de Worcester, j'ai passé quelque temps en qualité d'aide auprès de cet excellent chirurgien, feu M. Ed. Molins, pour panser ses malades, parmi lesquels j'ai vu ce que c'était que sa pratique dans les cas les plus difficiles de cette maladie. Je vais vous décrire une de ses opérations.

« Un vieux débauché (fornicateur) qui souffrait depuis longtemps d'une carnosité qui avait résisté à tous les traitements et qui avait, pour ainsi dire, amené une suppression complète de l'urine, l'envoya chercher. Il se rendit auprès de lui, et le plaça sur une table, les jambes fléchies sur le tronc comme pour la taille, et il incisa l'urèthre près le col de la vessie, il était dur comme du cartilage. Le couteau ne le divisa pas facilement; mais aussitôt coupé, l'urine sortit à flot, et, la vessie vidée, il mit le doigt dans la plaie, et l'agrandit dans la direction du scrotum, et pansa ensuite avec son baume vert, par lequel, en quelques jours, elle fut détergée et le malade soulagé. Les lèvres de la plaie se ramollirent de jour en jour, et la plaie se cicatrisa rapidement. Mais, pendant tout ce temps, l'urine n'avait point d'autre issue, le *ductus* ordinaire étant si obstrué par la carnosité, que nous ne pûmes y faire passer la plus petite de nos chandelles (bougies). C'est pour cette raison qu'on a jugé nécessaire de maintenir l'ouverture au périnée pour livrer passage à l'urine, et pour cet effet on la pansa avec un plumasseau, un emplâtre et compresse que le malade lui-même retirait lorsqu'il avait besoin d'uriner. N'étant pas satisfait de cette situation malheureuse de laquelle il se plai-

Considérant l'ensemble de ce travail, la commission a l'honneur de soumettre à l'Académie les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Dutroulau de son importante communication ;

2° Recommander à la future commission des membres correspondants les travaux scientifiques et les honorables services qui ont mérité à notre confrère le titre de premier médecin en chef de la marine;

3° Renvoyer son mémoire au comité de publication, et, si l'Académie le juge convenable, transmettre une copie de ce rapport à M. le ministre de la marine et des colonies.

DISCUSSION.

M. Londe. Je m'élève contre les conclusions de ce rapport à propos d'un travail aussi peu au courant de la science et qui contient un aussi grand nombre d'assertions surannées pour lesquelles il est étonnant que le rapporteur n'ait point eu quelques paroles de critique. Ainsi, par exemple, et quoi qu'en dise M. Dutroulau, tout le monde sait que la fièvre jaune est d'origine paludéenne.

M. Trousseau. On vient de dire que la fièvre jaune a une origine palustre. A cela j'ai peut-être quelque droit de répondre. On se rappelle que j'ai fait partie, avec mon savant ami M. Louis, d'une commission envoyée en Espagne pour étudier une épidémie de fièvre jaune.

Or, Gibraltar, où sévissait la fièvre, est une roche calcaire aussi nue que peut l'être une roche de cette nature, sans eau ni végétation. On n'y planta des jardins qu'à grand renfort de terres rapportées; mais l'eau manqua toujours. Eh bien, je le demande, ces conditions permettent-elles d'assimiler Gibraltar à un marais? Mais il y a plus : à une petite distance de Gibraltar se trouve la ville de Sanroque, adossée à un marais, où règne la fièvre intermittente. Or, cette ville, qui reçoit immédiatement des émanations marécageuses, ne présenta aucun cas de fièvre jaune, alors que cette fièvre sévissait épidémiquement à Gibraltar, en 1804, 1810, 1813 et 1828

D'ailleurs, Gibraltar n'a point de marées ; c'est, de plus, un roc à vives arêtes, où l'eau ne peut séjourner, bien loin qu'elle s'y accumule; il n'y a donc point là d'influences palustres.

D'un autre côté, plusieurs villes d'Espagne, telles que Cadix, Xérès de Frontera et d'autres encore, où sévissait également la fièvre jaune, ne sont pas plus que Gibraltar sous le coup des influences palustres : ce n'est donc point à ces dernières qu'on peut rapporter l'origine de la fièvre jaune.

Qu'il me soit permis d'ajouter un fait bien caractéristique en soi. Il existe non loin de Gibraltar un lieu qu'on nomme le *Champ neutre*, dont le sable est fréquemment arrosé par l'eau de mer, et qui, plus que Gibraltar, par conséquent, se rapproche des conditions palustres Or, dans l'épidémie dont nous fûmes témoins, la population qui s'y était réfugiée fut à l'abri de la fièvre jaune. Ceux-là seuls en furent attaqués qui communiquaient parfois avec Gibraltar.

Il m'est donc impossible de laisser passer sans protestation l'assertion de M. Londe.

M. Bouchardat Je crois que les émanations palustres exercent une influence considérable sur le développement de la fièvre jaune. Puis quand, par suite de l'existence du foyer palustre, la fièvre jaune s'est une fois développée, elle est susceptible de se transmettre par contagion. D'ailleurs, je maintiens, contre M. Londe, que le rapport est très-exact, que les conclusions en sont excellentes, et que la seule chose qu'on puisse peut-être reprocher au travail de M. Dutroulau, c'est de n'avoir point parlé des travaux analogues faits par des médecins de la marine, et en particulier par ceux de Rio Janeiro.

M. Londe. A propos de ce travail encore, je nie qu'il y ait un seul fait de propagation : la prophylaxie est donc inutile, et le traitement seul est utile.

M. Trousseau. J'ai besoin de répondre à M. Bouchardat, qui semblait devoir me venir à la rescousse. Je dis que jamais la fièvre jaune ne débute par l'influence d'un foyer palustre. Ainsi, il n'y avait pas un seul cas de fièvre jaune dans toute l'Espagne, où existent tant d'influences palustres, alors que cette affection sévissait à Gibraltar. On ne peut donc pas accepter les idées de M. Bouchardat Eh! d'ailleurs, ne sait-on point que des navires venant de lieux infectés, et sans malades au départ, ont perdu dans la traversée la moitié de leur équipage, par le fait de la fièvre jaune? Dira-t-on que le navire est un marais qui marche? Y a-t-il dans ce vaisseau, incessamment nettoyé, où les conditions hygiéniques sont aussi parfaites que possibles, rien qui ressemble aux influences palustres? On ne peut donc pas dire que la fièvre jaune débute par un foyer palustre.

M. Bouchardat. Je n'ai point voulu dire que la fièvre jaune débutait *nécessairement* par une localisation palustre. Maintenant je désirerais savoir l'opinion de M. Trousseau sur la contagion comme cause originelle de la fièvre jaune.

M. Trousseau. M. Louis sait aussi bien que moi combien il nous fut difficile de nous former une opinion sur l'origine de la fièvre jaune de Gibraltar. Ce que nous sûmes, c'est qu'un navire provenant de lieux infectés et portant à son bord des hommes malades de la fièvre jaune, eut avec la ville et ses alentours des communications de contrebande. Mais je crois qu'il en est de la fièvre jaune comme du typhus, lequel est évidemment contagieux et peut cependant se développer sans contagion ; car nous avons vu récemment, au Val de-Grâce, des individus qui ne venaient point de Crimée périr du typhus d'Orient.

A la suite de cette discussion, les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION.

Polysarcie. — M le docteur Marcé présente, au nom de M. Baillarger, un exemple remarquable de polysarcie.

Il s'agit d'un jeune homme de treize ans et demi : son père est fort et bien portant, mais n'offre rien d'anormal sous le rapport de la stature et de l'embonpoint. Sa mère se trouve également dans des conditions de santé régulières. Il est le cinquième de huit enfants Ses frères et sa sœur sont bien conformés; mais le sixième, qui était remarquable par un développement considérable, a succombé à l'âge de vingt-deux mois.

Lorsque Philippe Hutin est venu au monde, il était déjà très volumineux, et l'accouchement a été long et pénible. L'enfant a toujours été remarquable dans les années qui suivirent par sa grosseur et son grand appétit.

Il pèse tout habillé 214 livres ; sa taille est de $1^{m},30$; sa tête est enfoncée entre les épaules et un peu renversée en arrière ; le cou a presque entièrement disparu et est remplacé par un sillon transversal.

Le thorax est garni en avant de deux mamelles volumineuses dans lesquels le palper ne fait reconnaître aucune trace de tissu glandulaire.

L'abdomen est pendant, et recouvre presque entièrement les parties génitales qui sont normalement développées. Le pubis est garni de poils.

Le dos, les fesses, les cuisses sont garnis de coussins adipeux qui leur donnent un volume énorme.

La marche est facile, mais la respiration est suspicieuse et haletante, et le sujet peut difficilement monter un escalier; les battements du cœur sont réguliers et sans bruit de souffle. Les fonctions digestives sont bonnes et l'appétit est considérable.

L'intelligence est parfaitement développée.

Voici les résultats de la mensuration pratiquée en divers points :

Circonférence du thorax au niveau de l'appendice xyphoïde...	$1^{m}21$
Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic..........	1 33
Circonférence du cou..................................	0 47
Circonférence de la face au-dessus de la bouche...........	0 46
D'un creux axillaire à l'autre en avant..................	0 42
D'un creux axillaire à l'autre en arrière................	0 43
Circonférence du bras au niveau des attaches du deltoïde....	0 37
Circonférence de la cuisse à sa partie moyenne............	0 74
Circonférence du genou..................................	0 58
Circonférence de la jambe au-dessus du pied..............	0 28

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

AVIS. — Nos lecteurs sont priés de remarquer que le bureau d'abonnement est réuni au bureau de rédaction, et est transféré quai de l'Horloge, 21.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5 — N° 110. 5e ANNÉE. Samedi, 12 septembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Etudes cliniques sur le diabète et l'albuminurie,

Par A. BECQUEREL, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.*

(Suite. — Voir les nos 107 et 108.)

THÉORIE OU PLUTÔT EXPÉRIENCES DE M. CL. BERNARD.

Je dis théorie, je devrais plutôt dire théorie qu'on peut déduire des expériences si curieuses et si intéressantes de M. Cl. Bernard, expériences qui ont été répétées par un assez grand nombre de physiologistes pour qu'il ne soit plus permis d'en nier l'exactitude; c'est ce que nous allons essayer de démontrer.

Une des grandes fonctions du foie consiste dans la sécrétion d'un sucre particulier, analogue, par sa composition, à la glycose, et, par sa composition et ses propriétés, au sucre du diabète.

Cette fonction, la glycogénie, est toujours sous l'influence du système nerveux. C'est sur le plancher du quatrième ventricule, dans un espace limité en haut par une ligne transversale qui unit les deux tubercules de Wenzel, et en bas par une autre ligne qui part d'une origine d'un des nerfs pneumogastriques à l'autre, et sur la ligne médiane au milieu de l'espace compris entre l'origine des nerfs acoustiques et pneumogastriques, que paraît résider le siége cérébral de cette fonction.

Les matières sucrées de l'organisme ont deux origines possibles : 1° une intérieure dépendant de la fonction normale du foie; 2° une extérieure qui dépend de conditions variables de l'alimentation.

La première origine est due à la transformation en sucre d'une matière amylacée sécrétée par le foie, d'un véritable amidon végétal; sécrétion qui est indépendante de toute matière amylacée introduite par les aliments.

D'après les expériences de M. Cl. Bernard, ce sucre, en effet, ne résulte pas d'une transformation chimique soit des aliments, soit des matières albuminoïdes digérées, en sucre. Mais ce sucre se forme aux dépens de cette matière amylacée dont nous parlions, et qui est sécrétée par les glandes hépatiques. Cette matière amylacée, cette espèce de fécule, a été parfaitement isolée par M. Cl. Bernard. C'est elle qui, sous l'influence de l'action du sérum du sang agissant alors comme ferment, se transforme en sucre. Cette même matière, existant dans le foie à l'instant de la mort, continue après celle-ci à se transformer en sucre, jusqu'à ce qu'elle ait été détruite complétement. La deuxième source des matières sucrées de l'organisme est le résultat de l'alimentation qui fournit non-seulement du sucre, mais encore de la dextrine impure, de l'amidon soluble colorable par l'iode. Cette deuxième espèce se distingue complétement de la première. Celle-ci se retrouve dans le sang, les muscles, et la plupart des liquides organiques des animaux qui ont été nourris, pendant quelques jours après leur mal, d'aliments féculents. Voici une des expériences très-curieuses rapportées par M. Cl. Bernard. Cet expérimentateur partant de ce fait, que, chez un certain nombre d'animaux malades, l'affection dont ils sont atteints supprime la fonction glycogénique du foie, il en résulte qu'il a trouvé dans cet organe et dans d'autres en même temps du sucre provenant de l'alimentation, sans qu'il soit dû à la fonction glycogénique du foie. A cet effet, des expériences comparatives ont été faites sur deux chevaux : l'un bien portant, l'autre malade. Ces deux animaux, ayant été nourris avec du foin et de l'avoine, ont été sacrifiés trois ou quatre heures après leur repas. Le foie du cheval non malade contenait une décoction opaline très-riche en matière glycogénique, tandis que le foie du cheval malade n'en contenait pas la moindre trace. Cependant les chairs de ces deux animaux renfermaient de la dextrine et du sucre provenant de l'alimentation.

Il résulte encore des expériences de M. Cl. Bernard, de celles qui plus tard ont été publiées par M. Pelouze, que les deux espèces de matières amylacées, qui sont les deux origines du sucre de l'organisme, c'est-à-dire la matière amylacée du foie et la matière amylacée venant du dehors par l'alimentation, ont des propriétés différentes.

Ces expériences successives de M. Cl. Bernard ont été l'objet d'attaques extrêmement vives. Il semble, en effet, en France, que dès qu'une découverte capitale destinée à changer la face de la science vient à surgir, on se croit obligé de courir sus, de chercher à la démolir, ou au moins à en atténuer la portée et les conséquences. C'est ce qui nous arrive pour la fonction glycogénique du foie.

Parmi les opposants, un des lutteurs les plus actifs, les plus instruits et les plus opiniâtres, a certes été M. Figuier. Voici le résumé de ses objections que nous puisons dans les deux derniers mémoires qu'il a presentés à l'Académie des sciences (juin et juillet). Dans ce premier travail, M. Figuier essaye de

démontrer qu'il ne se forme pas de sucre dans le foie après la mort.

Il a soumis le foie pendant plusieurs heures à des lavages à l'eau froide, après lesquels il n'a plus retrouvé de glycose dans le tissu hépatique. On peut lui objecter que ces lavages prolongés ont également entraîné la matière amylacée du foie, et qu'une fois disparue, le sucre ne peut plus se reformer. Il avance à la fin de ce même travail que la matière amylacée du foie de M. Cl. Bernard n'est autre chose que le produit de la décomposition par la potasse de l'albuminose, produit organique qui, suivant lui, se trouve dans le foie. Cette même matière glycogène, suivant M. Figuier, se forme également avec la plupart des substances albuminoïdes, ainsi, par exemple, avec l'albumine du blanc d'œuf précipitée par l'alcool, ou dissoute dans l'eau et traitée par la potasse caustique bouillante.

Cette annonce n'a pas encore été réalisée, il faut donc attendre; nous dirons cependant que quand bien même M. Figuier démontrerait que l'action de la potasse caustique sur les matières albuminoïdes produit une matière analogue ou identique à la matière glycogène, cela ne prouverait pas du tout que le foie ne pût également fabriquer ou plutôt sécréter la même matière. Il y a bien d'autres principes immédiats qui se produisent identiques à eux mêmes dans des circonstances fort différentes les unes des autres : mais, je le répète, cela est encore à démontrer pour le sucre.

Dans son deuxième mémoire (juillet), M. Figuier rappelle que c'est à lui que l'on doit d'avoir démontré que dans le sang de la veine-porte des animaux carnivores il existait une matière sucrée réductible par le liquide cupro-potassique. Il fait observer que si on a contesté cette assertion, c'est que l'on croyait, à cette époque, que la fermentation alcoolique était un caractère qu'il était indispensable de faire naître pour admettre la présence du sucre. Or, suivant ce chimiste, ce caractère est devenu tout à fait secondaire, et plusieurs espèces de sucre, qu'il énumère dans son travail, ne peuvent subir la fermentation alcoolique que quand ils sont placés dans des conditions particulières.

Dans ce même travail il présente le résultat des expériences analogues à celles qu'il avait faites sur le sang de la veine-porte et qu'il a répétées sur le sang de la circulation générale dans lequel il a retrouvé la même matière sucrée.

Malgré les résultats qu'il annonce et la discussion à laquelle il se livre, M. Figuier ne nous semble pas avoir détruit la grande objection suivante : Le sucre que l'on trouve dans le foie n'est pas identique à celui qui existe dans le sang de la veine-porte et celui de la circulation générale, puisqu'il jouit de la propriété de fermenter directement par l'addition de la levûre de bière, tandis que celui que l'on trouve dans le sang ne jouit de cette propriété qu'après avoir subi un traitement préalable, tel que l'action d'un acide étendu. Quoi qu'en dise M. Figuier pour atténuer cette objection, elle est capitale et toute en faveur de la fonction glycogénique du foie. D'abord peut-on admettre, dans l'état actuel de la science, que du sucre qui ne fermente pas par l'addition de la levûre est du sucre? Si cela est pour l'auteur et pour quelques chimistes, le fait n'en est pas moins nié par la plupart de nos grandes autorités en chimie ; de plus, dire que la différence de propriété des deux sucres tient à ce que l'un n'acquiert la propriété de fermenter que parce qu'il séjourne longtemps dans le foie et qu'il est ainsi en contact prolongé avec les matières animales qui s'y trouvent, est une hypothèse toute bénévole.

Pour expliquer l'origine du sucre dans le foie et le sang des animaux carnivores, M. Figuier était réduit à invoquer l'alimentation antérieure, et par conséquent à en placer l'origine dans le tube digestif. Voici du reste à cet égard la sixième et septième conclusion de son dernier travail :

« 6° On trouve, dans le tube intestinal des animaux soumis des mois entiers au régime exclusif de la viande, un composé de saveur sucrée qui, en subissant diverses modifications chimiques dans le sang de la veine-porte ou par l'action des callosités intestinales, ne peut être celui qui donne naissance au sucre fermentescible existant dans le foie et le chyle.

« 7° Les aliments acides introduits dans le canal alimentaire, donnent naissance à un sucre par un dédoublement dont la chimie nous explique théoriquement le mécanisme. »

En définitive, tout cela repose sur des hypothèses bien plutôt que sur des faits, et sans nier quelques-uns de ces derniers, nous souhaitons qu'ils soient retrouvés par d'autres chimistes.

Le fait capital, l'objection qui se dresse contre toutes les assertions de M. Figuier, est le suivant : *Il n'est pas démontré que le sucre qui ne fermente pas spontanément par l'addition de la levûre de bière est du sucre.*

En résumé, nous ne pensons pas que la belle découverte de M. Cl. Bernard ait été entamée, et nous ne craindrons pas de l'invoquer toutes les fois que nous en aurons besoin dans le cours de ce résumé.

Voilà pour l'état physiologique; voyons maintenant l'état pathologique.

Le diabète est dû à une exagération de la sécrétion glycogénique, exagération qui consiste soit dans la formation d'une trop grande quantité de sucre aux dépens d'une plus grande quantité d'aliments féculents introduits dans l'organisme, soit dans la fabrication par le foie d'une quantité anormale de sucre aux dépens d'aliments albuminoïdes introduits dans l'estomac.

On peut encore admettre, sous un autre point de vue, deux espèces de diabètes, l'un dû à la formation d'une trop grande quantité de sucre par l'un des deux modes précédents, l'autre à l'absence de combustion, ou plutôt à la combustion incomplète du sucre dans le sang artériel.

Le sucre en excès dans le sang, soit parce qu'il y est introduit en plus grande quantité, soit parce qu'il n'y est pas brûlé complétement, est éliminé par les urines; il passe dans le liquide dès que la quantité contenue dans le sang artériel ne dépasse pas 0,50 à 0,60 pour 1000.

L'étiologie du diabète est puissamment éclairée par un certain nombre de faits physiologiques et pathologiques.

Faits physiologiques. — Les circonstances suivantes produites expérimentalement chez les animaux ont pour conséquence de faire apparaître le sucre dans les urines :

1° L'excitation directe du foie ;

2° Les contusions, les coups, les blessures du foie peuvent produire ce résultat. M. Cl. Bernard parle de l'injection d'ammoniaque dans les vaisseaux du foie comme pouvant encore produire ce résultat.

3° L'excitation du foie par l'intermédiaire du système nerveux. C'est ce qui arrive dans les cas suivants : l'excitation du grand sympathique, la piqûre du plancher du quatrième ventricule au point indiqué plus haut, d'après M. Cl. Bernard. En piquant le plancher du quatrième ventricule un peu plus haut, c'est-à-dire sur la ligne médiane du plancher, exactement au milieu de l'espace compris entre l'origine des nerfs acoustiques et celle du pneumo-gastrique, on produit une polyurie, tandis que, en piquant un peu plus bas, on produit un diabète.

4° L'excitation indirecte du foie due à une action réflexe. Cette excitation, qui remonte par le pneumo-gastrique à la moelle allongée, descend alors le long de la moelle épinière et va exciter le foie par l'intermédiaire des filets du grand sympathique; toutes les excitations du poumon seraient dans ce cas : telles devraient être les maladies du poumon, si toutefois elles peuvent produire ce résultat, car ce dernier fait est au moins très-contestable ; telle est encore l'action indirecte du poumon déterminée par l'abolition de la sensibilité et des mouvements volontaires (action du curare, action de l'éther).

Faits pathologiques. — Un certain nombre de faits pathologiques expliquent la production ou plutôt le passage du sucre

dans les urines : telle est l'ingurgitation d'une plus grande quantité de féculents (diabète essentiel). Il y aurait toutefois lieu de décider si cette ingurgitation est un fait primitif, un fait concomitant ou un fait consécutif, ce qui n'a pas encore été prouvé.

Les contusions, les blessures du foie;

Les perturbations nerveuses générales un peu violentes;

Certaines maladies du cerveau.

D'après les détails dans lesquels nous sommes entrés, on voit que nous sommes tous portés à adopter les idées de M. Cl. Bernard. Il s'agit maintenant de se placer au point de vue de la clinique et d'examiner si l'observation directe des malades confirmera ou infirmera ces vues si ingénieuses. C'est ce que je vais essayer de faire; je m'appuierai dans cette circonstance non-seulement sur les faits recueillis par différents auteurs (Reynoso, Blot, Leudet), mais plus spécialement sur les analyses de l'urine que j'ai tentées tant à l'hôpital de Lariboisière qu'à l'hôpital de la Pitié, pendant les années 1854, 1855, 1856, temps pendant lequel les urines de tous les malades entrés dans mon service ont été étudiées avec le plus grand soin sous le point de vue du sucre et de l'albumine.

Nous diviserons le diabète, ou si l'on préfère, la présence du sucre dans l'urine, en deux variétés bien distinctes : le diabète symptomatique, le diabète essentiel.

Diabète symptomatique.

Pour admettre qu'un diabète ou plutôt que la présence du sucre diabétique dans l'urine est symptomatique, il faut que ce diabète se trouve placé dans certaines conditions que nous allons essayer de déterminer d'avance.

1° Il faut d'abord qu'il y ait une certaine quantité de sucre, sans qu'on puisse demander toutefois que cette quantité soit équivalente ou même approche de ce qu'elle est dans le diabète essentiel. Le chiffre le plus considérable de sucre qu'on ait observé dans le diabète symptomatique est de 26 grammes en vingt-quatre heures; elle peut n'être que de 5 à 6 en moyenne ou 10.

2° Les quantités de sucre dans le diabète symptomatique non-seulement ne sont pas considérables, mais encore elles présentent ce caractère d'être essentiellement variables d'un jour à l'autre, d'en contenir un jour une quantité notable et le lendemain très-peu ou même pas du tout.

3° Dans le diabète symptomatique, l'urine contenant du sucre n'augmente pas de quantité; sa couleur, son acidité restent les mêmes; sa densité n'augmente que dans une faible proportion. En un mot, dans le diabète symptomatique, il semble qu'il n'y ait que du sucre ajouté à l'urine normale ou pathologique, sans que ce liquide ait éprouvé aucune des modifications qu'il subit dans le diabète véritable.

4° Les symptômes du diabète véritable n'existent pas. Il n'y a ni faim anormale, ni soif exagérée, ni enfin aucun autre des phénomènes morbides de cette affection.

La seule modification survenue dans l'organisme est, en un mot, la présence du sucre diabétique dans l'urine.

Examinons maintenant dans quelles circonstances.

PREMIÈRE ESPÈCE. — MALADIES DU CERVEAU.

D'après le siége cérébral de la fonction glycogénique du foie, on devait tout d'abord présumer que dans un certain nombre d'affections cérébrales on trouverait inévitablement, parmi les différents symptômes qui les traduisaient au dehors, la présence du sucre dans les urines. C'est en effet ce qui a été dit et ce qu'on a répété généralement sans qu'on se soit beaucoup occupé d'en rechercher la présence; or, cette présence eût été facile à démontrer si on eût recherché le sucre dans un certain nombre de maladies du cerveau et de la moelle. C'est précisément ce que j'ai essayé, et dans le cours de l'année 1856 j'ai fait connaître à ma clinique cinq faits bien remarquables, observés dans mes salles, et dans lesquels la présence du sucre a été signalée dans les urines sans qu'on observât les troubles fonctionnels caractéristiques du diabète : flux urinaire considérable, soif et appétit exagérés. Voici l'analyse de ces cinq faits :

Obs. I. — *Myélite aiguë multiple.* — Giraud, trente-sept ans, femme mariée et mère d'une fille de quinze ans, est entrée à l'hôpital le 31 octobre 1855. Deux ans avant, elle avait eu une maladie semblable, quoique moins forte, à celle dont elle est maintenant atteinte. Depuis, sa santé avait été satisfaisante. Depuis quelques jours, elle se plaignait de céphalalgie, de douleurs assez vives à la partie postérieure du col et à la nuque, ainsi que d'un sentiment de courbature générale et d'un peu de fièvre, lorsqu'elle se décida à entrer a l'hôpital, ne pouvant plus travailler. Elle alla à pied au bureau central, et fut envoyée à la Pitié où elle vint également à pied. Elle entra à l'hôpital, se coucha, mangea un peu le soir, et la religieuse nous dit qu'elle semblait peu malade. Dans la soirée elle fut prise, sans phénomènes précurseurs, d'une violente attaque de convulsions, pour laquelle on fit venir l'interne de garde, qui diagnostiqua une attaque d'épilepsie, et ne fit aucune prescription.

A la visite du lendemain, je constatai un état de collapsus général, l'intelligence suspendue, la sensibilité presque anéantie, la vue et l'ouïe momentanément abolies; de temps en temps, des mouvements convulsifs dans les membres supérieurs et dans les membres inférieurs, ainsi que dans les yeux; les doigts des mains sont en général infléchis et rétractés. Le pouls est fort, plus fréquent, cent huit pulsations par minute, la peau est chaude; il n'y a eu ni vomissements, ni selles. La malade ne répond rien aux questions qu'on lui adresse. Je fais sonder la malade, on obtient ainsi une petite quantité d'urine acide, dense, qui, soumise à l'analyse, donne une quantité notable d'albumine et de sucre. Je pensai avoir affaire à une éclampsie albuminurique. Je prescrivis une saignée du bras, puis le soir des sangsues derrière les oreilles, le musc à la dose de 0gr50 dans une potion, des lavements purgatifs. Cette médication fit peu à peu revenir la malade; elle recouvra une partie de son intelligence et répondait assez bien aux questions; mais elle était sous l'influence d'une sorte de paralysie générale; il lui eût été impossible de se lever, et ses bras étaient beaucoup plus faibles. Les quatre membres devenaient six à huit fois par jour le siége d'accidents convulsifs généraux, qui s'étendaient quelquefois à la face et aux yeux. Pendant ces crises, la malade perdait connaissance et la recouvrait ensuite, elle présente toujours de la fièvre. Elle fut sondée tous les jours, et tous les jours les urines furent analysées avec soin, elles présentaient de l'albumine et du sucre en quantité notable.

Je persiste dans mon diagnostic, et je crois toujours à une éclampsie albuminurique symptomatique d'une maladie de Bright aiguë. Le traitement fut vigoureux; on revint plusieurs fois aux sangsues derrière les oreilles, aux purgatifs; on employa constamment le musc, les bains généraux, etc. Malgré cela, la malade s'affaiblit de plus en plus; les mouvements convulsifs augmentent de fréquence mais non d'intensité; les selles finissent par devenir de plus en plus liquides et involontaires; l'intelligence se perdit de nouveau. Enfin, elle succomba au milieu d'un profond affaissement, le vingt-troisième jour de son entrée. Voici ce que révéla l'autopsie :

Les organes thoraciques et abdominaux ne présentent aucune altération appréciable; ils sont seulement congestionnés; les reins sont parfaitement sains; la masse cérébrale est généralement injectée. Les hémisphères cérébraux sont parfaitement sains, ainsi que le cervelet et la protubérance annulaire; les ventricules ne présentent aucune altération. Le plancher du quatrième ventricule correspondant à la moelle allongée est le siége d'une injection rosée, uniforme et générale, et il est en même temps notablement ramolli. Le reste de la moelle allongée est sain. Le renflement cervical de la moelle est le siége d'une injection rosée, avec ramollissement notable; trois pouces plus bas, au niveau de la région dorsale, il existe encore un ramollissement plus caractérisé que les deux précédents, avec injection rosée uniforme. Ce ramollissement se détruit sous un filet d'eau. Enfin, au niveau du renflement lombaire, existe un ramollissement analogue et plus facilement destructible encore par un filet d'eau; il est également le siége d'une coloration rosée.

Obs. II. — *Paralysie générale sans lésions matérielles.* — Ferest (Catherine), 54 ans, polisseuse, est entrée à l'hôpital de la Pitié, le 12 septembre 1855. Cette femme, placée dans de mauvaises conditions hygiéniques, a eu six enfants, le dernier lorsqu'elle avait 43 ans. Elle exerce depuis l'âge de 35 ans l'état de polisseuse : une de ses occupations consiste à faire bouillir du minium et à agiter ce corps dans le liquide qui le renferme avec une spatule. Elle est habituellement

constipée et a eu quelques coliques passagères, mais jamais de coliques de plomb véritables. Elle était assez sujette aux syncopes ; elle reçut, à l'âge de 43 ans, un coup assez violent dans la région lombaire, et eut dès cette époque une douleur qui ne la quitta jamais depuis. A 52 ans, ses règles se supprimèrent tout d'un coup et elle ne les a plus revues. Il y a une quinzaine de jours, sa santé, qui s'affaiblissait depuis quelque temps, a diminué d'une manière bien plus sensible, et on a vu se développer tous les symptômes d'une paralysie générale de toutes les fonctions. La malade a gardé constamment le lit.

Etat actuel. — La malade a encore son intelligence, mais il fallait la secouer fortement et l'exciter pour qu'elle pût répondre d'une manière suivie aux questions qu'on lui a tressait. La myotilité générale est diminuée partout et est dans un demi état de paralysie ; la sensibilité générale est moindre ; la vue et l'ouïe sont diminuées La malade est agitée presque constamment par des mouvements convulsifs généraux de peu d'étendue et de peu d'intensité. Ces mouvements convulsifs occupent les quatre membres et même le torse ; ils traduisent en petites secousses convulsives les mouvements qu'on imprime à la malade ; les pincements les augmentent et leur donnent une intensité anormale. L'appétit est à peu près nul ; il y a de temps en temps quelques vomissements ; la malade n'a aucune selle. Les urines sont nulles, il n'y a pas de sueurs. L'examen des urines obtenues par la sonde donne une quantité très-notable de sucre dont on n'a pas apprécié la proportion exacte : il y avait en même temps une assez forte quantité d'albumine.

A quelle maladie rapporter cette singulière affection ? Était-ce un ramollissement chronique et étendu du cerveau ? Etait-ce une affection saturnine ou bien une paralysie générale essentielle ? Je n'osai me prononcer et j'attendis. Voici ce qui arriva.

Malgré une médication active, l'application réitérée de sangsues, les purgatifs répétés, l'emploi du musc, l'état de la malade n'a subi depuis huit jours aucun changement. L'engourdissement de toutes les facultés augmente plutôt; la malade ne pouvait être même placée assise dans son lit ; les mouvements convulsifs se montraient fréquemment, et en général sous forme de crises : le pincement, les tentatives pour remuer la malade renouvelaient ces crises ; le sucre persistait dans les urines.

Les mouvements convulsifs cessent peu à peu pour faire place à l'état que je puis appeler état comateux progressif.

Les mouvements se paralysent peu à peu : la malade était dans son lit comme une masse inerte dans laquelle on ingurgitait trois fois le jour un peu de bouillon et dont on humectait les lèvres de temps en temps avec quelques liquides. La sensibilité générale devient de plus en plus obtuse, et à la fin les piqûres ne font presque aucun effet à la malade. Les selles et les urines deviennent involontaires : le pouls était faible et petit ; rien ne manifeste plus la persistance de l'intelligence : la vue et l'ouïe sont anéanties presque complétement. Les mouvements convulsifs ne se reproduisent plus que de temps et temps, et rarement : dans le commencement, on les reproduisait assez facilement en pinçant ou en piquant seulement la malade ; mais à la fin ces tentatives furent inutiles, et on ne put plus les reproduire.

Ce qui fut remarquable pendant tout ce temps, ce fut l'état des urines qu'on fut toujours obligé d'extraire avec la sonde, encore n'en obtenait-on pas toujours : tant qu'il n'y avait pas de convulsions, il n'y avait ni sucre ni albumine dans les urines ; dès que les convulsions se montraient, le sucre et l'albumine paraissaient de nouveau pour disparaître ensuite : cette règle ne souffrit jamais d'exception.

L'engourdissement complet de toutes les facultés mit longtemps à se produire, car cette malheureuse femme ne succomba que le 1er mai. Depuis un mois elle n'avait pas présenté de convulsions et par conséquent ni sucre ni albumine dans les urines.

L'autopsie ne révéla absolument aucune altération ni dans le cerveau ni dans la moëlle épinière : tous ces organes ainsi que tous ceux de la poitrine et de l'abdomen étaient sains.

Obs. 3.—*Affaiblissement des membres inférieurs.—Amblyopie amaurotique.*— Delétang (Louis), cinquante-un ans, relieur, entra à l'hôpital le 1er avril 18 6. Cet homme, père de quatre enfants, ayant toujours bien gagné sa vie, avait joui d'une excellente santé. Il y a deux ans, il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu qui le retint six mois au lit ; au bout de ce temps, lorsqu'il voulut reprendre ses travaux, il se trouva notablement plus faible sur ses jambes, et surtout sa vue était devenue très-faible : il y a six mois cet affaiblissement augmenta ; enfin tout récemment il alla consulter M. Desmarres, qui le déclara atteint d'amblyopie amaurotique, et qui ayant examiné ses urines y trouva du sucre. Ce fut alors qu'il me l'adressa à l'hôpital.

Le 3 avril, cet homme se présente dans un bon état de santé apparente ; il a même de l'embonpoint ; son appétit est bien conservé, mais nullement exagéré ; la soif est toutefois normale ; la langue est naturelle : il mange convenablement, digère très-bien. Le tube digestif, en un mot, est dans un état parfaitement normal. Le cœur et les poumons ne présentent aucune lésion ni aucun trouble fonctionnel. Le pouls est normal. Il se plaint d'une céphalalgie assez fréquente; sa vue est très-faible; les membres inférieurs ont conservé leur sensibilité, mais ils sont notablement affaiblis, sans toutefois être paralysés. Il se lève, se promène dans le jardin, etc.; il n'y a aucun autre phénomène nerveux. La contractilité du tissu musculaire est bien conservée. Les urines varient en quantité de 1,500 à 1,800 grammes par vingt quatre heures ; leur densité est de 1,040 ; elles contiennent en très-notable quantité du sucre, 66 grammes sur 1.000 grammes, c'est-à-dire un peu plus de 100 grammes de sucre en vingt quatre heures, il n'y a aucune trace d'albumine.

Je soumis ce malade au traitement le plus sévère de M. Bouchardat. Pendant plus de deux mois il ne prit pas la plus petite quantité de féculents : il ne prenait que du pain de gluten. Le sucre ne variait pas sensiblement; il n'augmentait ni ne diminuait de quantité malgé le traitement alcalin et ferrugineux auquel il fut soumis en même temps; il resta deux mois à l'hôpital, s'en lassa, et demanda à sortir. Pendant six mois il vint tous les quinze à l'hôpital et urinait : on analysait ses urines qui furent presque toujours trouvées d'une composition identique. Depuis cinq mois nous n'en avons plus entendu parler.

Obs. 4.—*Affection cérébrale indéterminée.— Diabète symptomatique.*— Dantard (Nicolas), âgé de soixante deux ans, relieur, est entré à l'hôpital de la Pitié le 22 mars 1857. Cet homme a été atteint, il y a huit mois, d'une paralysie de la langue qui, d'abord complète, s'est peu à peu améliorée et l'a conduit à un état de la parole qui, bien qu'incomplète et difficile, lui permet cependant de se faire bien comprendre : elle est lente et embarrassée. Quatre mois après, c'est-à-dire en décembre 1856, il a commencé à s'apercevoir d'un affaiblissement des membres inférieurs qui a été en augmentant, mais qui cependant ne l'empêche pas de marcher et de rester levé une partie de la journée.

Le 24 mars, cet homme a conservé son embonpoint, ses fonctions digestives sont dans un état parfait : il n'a ni faim ni soif exagérées ; il est seulement un peu constipé. Le cœur est à l'état parfaitement normal ; les fonctions respiratoires s'accomplissent normalement ; l'intelligence est nette; il y a un léger degré de paralysie sans paralysie de sentiment. La vessie ni le rectum n'ont éprouvé aucune modification de leurs fonctions. Il y a souvent de la céphalalgie; un affaiblissement de la vue assez notable pour l'empêcher de s'occuper d'une manière sérieuse; enfin la paralysie incomplète de la parole que j'ai signalée plus haut. Les urines à l'état normal sous le rapport de la quantité et de la proportion des principaux éléments chimiques, contiennent une certaine quantité de sucre qui peut varier entre 4 et 5 grammes pour 1,000 grammes Cet homme est encore dans nos salles et présente absolument les mêmes symptômes.

Obs. 5. — *Méningite rachidienne, tumeur inflammatoire de la pie-mère, ramollissement et kyste du cervelet.* — Mazet (Caroline), vingt-deux ans, gazière, entrée le 12 mars, est atteinte d'une chlorose bien caractérisée que l'on constate dès son entrée sans autres phénomènes morbides. Quelques jours après, elle accuse une céphalalgie occipitale assez vive, augmentant par les mouvements, s'irradiant jusqu'au sommet de la tête et jusqu'aux deux pariétaux. Il y a affaiblissement notable de la vue; contracture permanente du sterno cléido-mastoïdien droit; il n'existe aucun autre symptôme. A quelle affection du cerveau attribuer ces trois phénomènes : céphalalgie occipitale, contracture cervicale et affaiblissement de la vue? Je suis resté dans le doute, et je n'ai donné le diagnostic indiqué dans le titre qu'avec une grande hésitation Quoi qu'il en soit, l'examen des urines a montré, presque pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital, l'existence d'une notable quantité de sucre : 4 à 5 gr. pour 1,000 gr. Il n'y avait ni faim ni soif anormales, ni flux urinaire. L'application d'un séton à la nuque a fait disparaître à peu près complétement les accidents ; le sucre a cessé de se montrer dans les urines ; se trouvant très-bien, bien qu'elle conservât un peu de céphalalgie et un léger affaiblissement de la vue, elle demande à sortir et, malgré notre avis, elle quitte l'hôpital

Elle resta dehors un mois à peu près, et ne se trouva jamais parfaitement bien. L'état est toujours à peu près le même, il a même été en s'aggravant. La céphalalgie persiste. Sa vue s'affaiblit davantage. Un notable affaiblissement des jambes vient se joindre à la fin. Enfin, le 2 juin, elle est prise de quelques accès convulsifs généraux, qui se renouvellent plusieurs fois dans le jour. Le 3 juin, le renouvellement des accès la fait entrer à l'hôpital Le 4, nous constatons l'état susdit, en l'absence d'un accès de convulsion. Cet accès se montre à la fin de la visite. Il est peu violent et dure 15 à 20 minutes dans la nuit du 4 au 5.

Elle meurt subitement après une attaque de convulsions analogues aux précédentes.

L'autopsie révèle les lésions suivantes :

1° Une tumeur du volume d'une petite noisette, due à l'induration inflammatoire de la pie-mère. Elle est rouge, indurée, solide, et fait partie évidemment de la pie mère un peu endurcie et épaissie, à laquelle elle fait suite. Cette tumeur plonge dans le lobe gauche du cervelet et vient plonger dans une cavité séreuse occupant le milieu de ce lobe.

2° Une cavité au milieu du lobe gauche du cervelet. Cette cavité s'est produite aux dépens de la substance blanche de ce lobe. Elle a pour parois la substance celluleuse ramollie et sans aucune fausse membrane. Cette cavité est remplie d'une sérosité albumineuse, claire, limpide et sans aucune trace de pus.

Le reste de l'organisme est sain.

Tels sont les faits qu'il m'a été donné de recueillir : ils sont tellement nets et caractérisés qu'il ne saurait rester aucun doute dans l'esprit de personne. Ces faits ne sauraient être généralisés; car ce n'est guère qu'entre les deux derniers qu'il existe un peu d'analogie. La connaissance d'un plus grand nombre de faits de ce genre conduira-t-elle à quelque notion plus précise touchant l'espèce de lésion ou de maladie cérébrale capable de déterminer le passage d'une certaine quantité de sucre dans les urines?

M. Leudet a communiqué à l'Académie des sciences, dans la séance du 2 mars de cette année, quelques faits destinés à éclairer l'histoire de l'influence des maladies cérébrales sur le diabète sucré. Ces quatre faits qu'il publie ainsi, sont-ils analogues aux miens? Je répondrais : oui, s'il n'avait ajouté à chacun d'eux les signes généraux du diabète. Ces faits sont rapportés avec trop peu de détails pour que nous puissions en tirer quelques conclusions. Il est difficile du reste de savoir si dans ces quatre cas c'est la maladie cérébrale qui s'est développée primitivement, et qui a déterminé ensuite le développement d'un diabète symptomatique, ou bien si ce diabète symptomatique, d'abord sans troubles fonctionnels appréciables, est devenu plus tard un diabète véritable annoncé par des symptômes caractéristiques. Les détails suivants sont encore indispensables pour décider si le diabète n'existait pas avant, et si ces troubles cérébraux, en général assez complexes, n'en étaient pas la conséquence. Jusqu'alors, nous considérerons les faits de M. Leudet comme des exemples de diabète symptomatique. Les réflexions dont ce médecin a fait suivre le résumé de ces quatre observations sont, du reste, fort justes, et je ne puis qu'y souscrire; et les observations de MM. Goolden, Szolaski, etc., etc. ont déjà établi que dans un certain nombre de cas, au moins, la glycosurie est précédée et occasionnée par une lésion matérielle de l'appareil central de l'innervation.

DEUXIÈME ESPÈCE. — MALADIES DU FOIE.

D'après les expériences physiologiques de M. Cl. Bernard, on doit présumer que toute irritation du foie est capable de produire un diabète symptomatique. Cette irritation du foie produit-elle directement la sécrétion normale du sucre, ou bien cette lésion agit-elle par une action réflexe dont le plancher du quatrième ventricule est le siége? Je l'ignore, et il est difficile de se prononcer à cet égard. La deuxième hypothèse, d'après les résultats auxquels est arrivé M. Cl. Bernard, a plus de chances d'être vraie. Quoi qu'il en soit, on possède très-peu de faits capables d'éclairer la question. En voici plusieurs que j'ai observés tout récemment :

Obs. II. — *Gastrite chronique —Congestion du foie. — Diabète symptomatique considérable.* — Chabrionet (Jean-Pierre), chaussonnier, âgé de 53 ans, est entré à l'hôpital de la Pitié le 7 mai 1857. Cet homme paraît atteint depuis deux ans d'une gastralgie caractérisée par la diminution de l'appétit. Le développement de la douleur est souvent un sentiment de brûlure causé par l'introduction des aliments; en même temps cet homme a maigri un peu, sa santé et ses forces sont diminuées: ses douleurs d'estomac ayant augmenté, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Le 9 mars, cet homme se présente dans un état de conservation assez bon; il est encore assez robuste; sa figure est pâle et fatiguée. La langue est blanche, l'appétit notablement diminué, pas de soif anormale; quelques nausées; lorsqu'il a mangé, il accuse des douleurs le long de l'œsophage et dans toute la région épigastrique. La digestion pénible, laborieuse, s'accompagne d'éructations gazeuses et de pas age de gaz dans les intestins; la pression épigastrique est douloureuse, et l'estomac est distendu par des gaz : il y a de la constipation. Le foie est développé et plus sensible qu'à l'état normal; il dépasse les côtes de trois travers de doigt. Le malade est sans fièvre : il n'y a aucun phénomène morbide du côté du système nerveux, du cœur ou de la respiration. Les urines, foncées en couleur, plus denses, acides, sont plus abondantes qu'à l'état normal; il en rend ordinairement deux litres par 24 heures; cette urine contient 22 grammes 50 de sucre pour 100, ou 45 grammes pour celle rendue en 24 heures, ce qui est encore un chiffre assez élevé.

Le malade est traité par les exutoires de l'épigastre l'opium et le régime lacté; il est resté quinze jours à l'hôpital. L'estomac est beaucoup mieux, mais non guéri; le foie est toujours hypertrophié, et les urines contiennent toujours la même quantité de sucre. C'est dans cet état qu'il sort le 26 mars.

Obs. II. — *Congestion chronique du foie développé à la suite d'un emphysème pulmonaire. — Diabète symptomatique.* — M. le comte de..., âgé de 57 ans, d'un tempérament sanguin et assez replet, habite la Normandie. Au mois d'octobre 1855, dans un voyage à Paris, il fut pris d'une bronchite aiguë qui renouvela des accès d'asthme auxquels il était sujet depuis longtemps. Appelé auprès de lui, je constatai la bronchite, l'emphysème pulmonaire et, de plus, la tuméfaction du foie dont il ne s'était pas aperçu, et qui dépassait les côtes de quatre travers de doigt. M. le comte de ... m'apprit en même temps que depuis quelques mois il buvait beaucoup plus qu'à l'ordinaire : cette déclaration me fit examiner les urines où je trouvai une quantité notable de sucre, 16 grammes sur 1000, ou 27 grammes par 24 heures, car il en urinait un litre et demi. Il resta quinze jours à Paris, et quitta cette ville, très-amélioré de sa bronchite, mais présentant toujours une tuméfaction du foie et un diabète symptomatique. Il y a un mois, M. le comte de ... revint à Paris et vint me voir. Le foie était à l'état normal, et cependant les urines contenaient toujours un peu de sucre (45 grammes pour 1,000); il n'y avait pas de soif anormale.

Obs. 3. — Vavasseur (Louis), âgé de dix-neuf ans, garçon boucher d'abord, puis ouvrier raffineur depuis deux ans, entré à l'hôpital le 4 janvier 1856; il est atteint d'une diarrhée de médiocre intensité, d'une blennorrhagie chronique légère et d'une orchite subaiguë. Il a deux ou trois selles par jour; il accuse une faiblesse générale assez notable; on trouve dans ses urines une quantité assez grande de sucre, 12 grammes pour 1,000, ou 18 grammes par vingt-quatre heures. Il n'a aucun des signes généraux du diabète; on le traite par le diascordium avec le sous-nitrate de bismuth, des lavements de ratanhia et une demi-diète; la même quantité de sucre persiste dans les urines à très-peu de chose près. Il reste à l'hôpital jusqu'au 22 du même mois, et à cette époque il sort guéri. Ce n'est qu'à l'époque de sa sortie que nous avons pu connaître la cause probable de cette glycosurie passagère : depuis deux ans qu'il est raffineur, ce jeune homme a pris l'habitude de manger tous les jours beaucoup de sucre (une livre à peu près). Sans en consommer autant, il avait conservé cette même habitude à l'hôpital.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE CLINIQUE.

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(Suite. — Voir les nos 105, 106 et 107.)

RÉGION DE LA FACE.

Parmi les blessures de la face par armes à feu, il en est qui n'ont d'autres conséquences qu'une cicatrice plus ou moins

difforme. Celles dans lesquelles le maxillaire inférieur, ou seulement un de ses muscles élévateurs, le temporal, le masséter, etc., ont été atteints, doivent être remarquées à cause des phénomènes de contracture ou de fausse ankylose qu'elles déterminent. On a pu voir, dans plusieurs des faits que nous avons déjà rapportés, la lésion du muscle temporal traversé par une balle être suivie de contracture de la mâchoire inférieure. Quelquefois à celle-ci succède une roideur permanente dans les articulations temporo-maxillaires, qui rend la mastication presque impossible. Pour remédier à cet accident consécutif, M. Larrey se sert d'un dilatateur qui consiste en deux plaques en ivoire, pouvant s'écarter l'une de l'autre à volonté, à l'aide d'une vis, et assez larges pour que la pression porte également sur toutes les dents antérieures. L'instrument est appliqué plusieurs fois par jour, en augmentant peu à peu l'écartement.

N° 17 — M. le capitaine X... reçut, en juin 1855, dans la joue droite, une balle qui traversa obliquement le masséter, et enleva quelques éclats de la surface de la mâchoire. Lorsqu'il entra au Val-de-Grâce (mai 1856), pour se faire extraire une des esquilles, il pouvait à peine desserrer les dents de façon à introduire la pointe d'une cuillère. — D'après le conseil de M. Larrey, cet officier se servit du dilatateur, et, au bout de trois semaines, parvint à rendre à la mâchoire son écartement normal.

Les cas de fracture de l'os maxillaire inférieur sont nombreux. Nous n'en citerons que trois qui montrent avec quelle puissance la nature répare les désordres considérables qui accompagnent quelquefois ces lésions.

N° 18 — *Fracture de la mâchoire inférieure par coup de feu. — Nécrose d'une portion considérable de cet os.* — Un soldat du 10e de ligne reçut, en mai 1855, une balle qui, entrée au milieu de la joue gauche, fractura la mâchoire inférieure et sortit au niveau de l'angle de cet os, sans ouvrir de communication avec l'intérieur de la bouche. — Esquilles nombreuses, — accidents inflammatoires consécutifs, — abcès et trajets fistuleux multiples, — constriction de la mâchoire. — Lors de l'entrée de ce militaire au Val-de-Grâce, un an après sa blessure, il y avait encore un gonflement et une induration considérable dans la région; cinq trajets fistuleux conduisant sur l'os nécrosé, et une suppuration abondante et fétide. — L'angle de la mâchoire nécrosé était en partie à nu dans une de ces fistules; — pendant quelque temps on chercha à ébranler le séquestre. Lorsqu'il fut mobile, M. Larrey fit une incision le long du bord inférieur de la mâchoire, disséqua les parties molles, et put ainsi arracher plusieurs séquestres dont un volumineux, comprenant toute l'épaisseur de l'angle du maxillaire, la moitié de la branche ascendante et un tiers de la portion horizontale. — A la suite de cette opération, détersion prompte et cicatrisation rapide.

N° 19. — *Mutilation de la mâchoire inférieure par un biscaïen. — Opérations successives d'autoplastie.* — LEQUEGEN, 2e voltigeurs de la garde, blessé le 10 mai 1855, par un biscaïen qui, arrivant dans une direction transversale, brisa comminutivement le corps de la mâchoire inférieure : — hémorrhagie immédiate abondante, nombreuses esquilles primitives, — mortification des chairs, — esquilles secondaires, — cependant marche rapide vers la cicatrisation. — Lors de l'entrée du malade au Val-de-Grâce, six mois après la blessure, on constatait la destruction complète du menton, de la lèvre inférieure et de la portion correspondante du maxillaire, — le tout était remplacé par un tissu de cicatrice épais, formant des brides rayonnantes vers la cavité buccale rétrécie. — Les deux branches restantes de l'os se rapprochaient par leur extrémité antérieure, de façon que les deux dents molaires qui restaient à gauche, et la molaire à droite, ne correspondaient plus à l'arcade supérieure; — langue saine, mastication impossible, — articulation des sons à peine intelligible, — écoulement continuel de la salive, difformité très-grande par suite de l'absence de la saillie du menton. — En décembre 1855, première opération d'autoplastie par M. Larrey, qui fait à chaque commissure une incision à peu près horizontale de 4 à 5 centimètres, et dissèque la portion médianée de façon à la relever et à former une lèvre inférieure. — Résultat satisfaisant, — mais peu à peu les adhérences se rétablissent en arrière, la rétraction attire cette nouvelle lèvre en dedans de la bouche, et en rétrécit considérablement l'orifice. En mai 1856, une seconde opération est jugée nécessaire pour renverser au dehors la lèvre obtenue dans la première tentative, et la rendre libre en détruisant les adhérences, et pour boucher une large fistule buccale qui existe en avant du masséter droit, au niveau du bord alvéolaire. — M. Larrey fait à chaque commissure une incision oblique en bas et en dehors, longue de 2 centimètres à gauche et de 5 ou 6 à droite, où elle aboutit à la fistule, puis dissèque la lèvre jusque dans la région sus hyoïdienne, avive les bords de la fistule, et faisant remonter la lèvre, réunit par des points de suture simple; pour empêcher de nouvelles adhérences entre la face postérieure de la lèvre et le tissu nodulaire qui réunit les deux branches du maxillaire, on interpose une lame d'éponge. — La réunion réussit fort bien, excepté au niveau de la fistule qui se reproduisit; à part cet accident, l'opération eut un résultat très-heureux. Il y a maintenant une lèvre ayant assez de hauteur pour atteindre la supérieure et fermer la bouche, empêcher la salive de s'écouler continuellement, et rendre l'articulation des sons presque normale : la forme même de la région est en partie rétablie, seulement le menton formé est un peu plus petit et plus en arrière qu'à l'état physiologique.

N° 20. — *Mutilation de la mâchoire inférieure par un éclat de bombe. — Opérations d'autoplastie.* — M. X..., sous-lieutenant au 74e de ligne, blessé en juin 1855 par un éclat de bombe qui emporta le menton. — Il en résulta une vaste perte de substance aux dépens des téguments et du corps de l'os. Cependant les esquilles et les parties mortifiées furent éliminées peu à peu, et la cicatrisation ne tarda pas à se faire; elle n'était pas encore complète. — Lorsque cet officier arriva au Val-de-Grâce, six mois après sa blessure, on se contenta d'aider le rapprochement des parties par des pansements appropriés. — En août 1856, les deux parties de la mâchoire étaient rapprochées de la ligne médiane, mais sans être soudées entre elles. — Elles étaient donc mobiles et seulement réunies par un tissu de cicatrice épais, qui remplace le menton; la lèvre supérieure manquait complétement jusqu'au-dessus de la commissure gauche qui était détruite et remplacée par une large échancrure laissant écouler la salive. La première dent molaire gauche se présentait en avant et gênait beaucoup les mouvements de la langue. M. Larrey, jugeant que tout ce qu'on pouvait attendre du travail réparateur naturel était obtenu, se décide à pratiquer une première opération d'autoplastie. — Il enlève d'abord la dent, détache par la face interne les adhérences des parties molles du menton avec le tissu inodulaire qui réunit les deux bouts osseux et pousse la dissection jusque dans la région sus-hyoïdienne. Les parties sont ensuite relevées et maintenues par des bandelettes, en même temps qu'une lame d'éponge est interposée en dedans pour empêcher de nouvelles adhérences. — On obtint ainsi une nouvelle lèvre d'une hauteur presque suffisante, mais qui, par par suite de la rétraction, s'abaissa peu à peu en se renversant en dedans.

En octobre 1856, seconde opération en tout semblable à la première. Cette fois le résultat définitif fut de donner une lèvre qui arrive au contact de la supérieure, ne laisse plus écouler la salive, rend la prononciation presque normale, rétablit à peu près la forme des parties, et change tellement l'aspect de la blessure, qu'il serait difficile de se faire actuellement une idée de ce qu'elle était autrefois.

RÉGION DU COU.

N° 21. — En novembre dernier, L..., sous-officier d'artillerie, reçut à bout portant dans la région antérieure et moyenne du cou un coup de pistolet tiré par un soldat pour satisfaire à un motif de vengeance. La balle entra sur la ligne médiane au milieu de la partie supérieure du cartilage thyroïde, et suivant une direction oblique de droite a gauche et un peu de bas en haut, sortit en arrière dans la région de la nuque, à deux centimètres en dehors et a gauche de l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre cervicale. — Accidents immédiats, perte de connaissance, commotion générale, hémorrhagie par la plaie d'entrée et par la bouche, abolition complète de la voix. — Accidents consécutifs pendant les quatre jours suivants : crachats sanguinolents, orthopnée, dysphagie, gonflement et empâtement inflammatoire profond de la région du cou, sans emphysème, gêne toujours croissante de la respiration, suffocation, mort le cinquième jour.

A l'autopsie on trouva que la balle avait traversé : 1° le larynx en détruisant le bord supérieur gauche du cartilage thyroïde et la corde vocale correspondante; 2° la portion inférieure et latérale gauche du pharynx, en laissant en dehors le faisceau des vaisseaux et des nerfs intacts; 3° enfin, qu'elle avait brisé l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre cervicale. — On trouva en outre une infiltration sanguine dans le tissu cellulaire de la région, et une tuméfaction inflammatoire considérable des organes contus; phénomène qui a déterminé la mort en interceptant les voies respiratoires.

N° 21. — *Coup de feu à travers l'arc postérieur des vertèbres de la région inférieure de la nuque. — Accidents primitifs et consécutifs du côté de la moëlle.* — GUICHARD, 1er régiment d'artillerie. — Constitution pléthorique. — Blessé le 9 juin 1855 par une balle qui, dirigée obliquement de haut en bas, de droite à gauche, et un peu d'avant en arrière, est entrée au côté droit de la nuque à trois centimètres de l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale, et est sortie à trois centimètres au côté gauche de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre, après avoir traversé et fracturé l'arc postérieur des vertèbres comprises dans ce trajet. — Immédiatement, chute en avant, perte de connaissance; hémorrhagie peu abondante par la bouche et le nez; — insensibilité complète dans les membres inférieurs, incomplète dans les supérieurs, et paralysie du mouvement incomplète et au même degré dans les quatre membres; — gêne de la respiration et de la déglutition; — aucun symptôme du côté de l'intelligence et des sens. — Pendant les premiers jours tous ces symptômes allèrent en augmentant d'intensité, et au douzième jour après la blessure, la paralysie du sentiment et du mouvement était complète dans les quatre membres; de plus, elle s'accompagnait de contractures douloureuses, principalement dans les doigts et les orteils qui étaient complétement fléchis; — la gêne de la respiration devint extrême et la dysphagie telle, qu'on dut avoir recours à la sonde œsophagienne pour faire passer des aliments. — La pourriture d'hôpital envahit la plaie de sortie et fut suivie de l'élimination de cinq esquilles.

Les phénomènes de contracture, de dyspnée et de dysphagie se dissipèrent dans le troisième mois. — La paralysie du sentiment et du mouvement commença à s'améliorer par les membres inférieurs au bout de six mois, et depuis a toujours été en diminuant.

Actuellement, cicatrice de sortie, large, s'étendant jusque dans la fosse sus épineuse gauche, formée d'un tissu mince, luisant, rosé, adhérent aux parties sousjacentes, et d'une sensibilité extrême à la moindre pression,—déformation du rachis, produite par la saillie des apophyses épineuses des 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales, qui sont soulevées à leur base et constituent une sorte de masse compacte comme si elles étaient soudées entre elles.—La pression à leur niveau est extrêmement sensible et détermine des douleurs dans le milieu de la poitrine et dans les épaules; — douleurs spontanées continuelles, constrictives, à la base du cou, comparées par le blessé à l'action d'une pince qui agirait d'une façon permanente. Cependant il n'y a pas de travail inflammatoire apparent, la sensibilité et le mouvement ont reparu à peu près complétement dans les membres inférieurs; cependant la marche ne peut être prolongée sans amener des tremblements et de l'incertitude dans les mouvements; — les membres supérieurs, surtout les doigts, manquent de force, — plus de gêne dans la respiration et la déglutition.

(La suite au prochain numéro.)

VARIÉTÉS.

MORT DE M. LE DOCTEUR ARMAND PAULIN.

Il n'est guère de médecins à Paris qui n'aient connu l'excellent confrère Paulin, qu'on rencontrait partout où la dignité médicale devait être représentée, partout où il y avait quelque bien à faire. C'est lui que nous venons de perdre subitement, au moment où il se livrait encore pleinement à ses inspirations généreuses. Un concours choisi de littérateurs, de savants, de médecins et d'artistes était réuni mercredi dernier à l'église Saint Germain des Prés, pour rendre un dernier hommage à la mémoire de cet homme excellent. Ceux qui ont pu soustraire quelques heures à leurs obligations ont accompagné les restes de Paulin jusqu'à Auteuil; là, un écrivain de talent, dont le moindre titre et aujourd'hui le plus inconnu assurément est d'avoir été un interne très distingué des hôpitaux, M. Sainte-Beuve, l'un des plus anciens amis de Paulin, a prononcé les paroles suivantes avec un accent qui ne trahissait pas moins la vérité que la douleur :

« Messieurs, vous avez désiré que nous ne quittions pas, sans lui adresser un dernier adieu, les restes du médecin habile, de l'ami excellent, du cœur dévoué que nous perdons. C'est pour obéir à ce vœu de l'amitié que je me hasarde à élever la voix dans un lieu et dans une circonstance où le silence ému est encore la plus éloquente des paroles.

« Ce qu'était Armand Paulin qui nous est si soudainement enlevé, nous le savons tous! Né en 1792, enfant d'une génération qui a produit des hommes supérieurs et distingués en tout genre, élève de l'Ecole normale dans la première ferveur de la création, il eut aussi, à sa manière, le souffle et le feu sacré; il marqua de bonne heure, entre ses jeunes camarades, par des qualités qui étaient bien à lui. Destiné d'abord à l'enseignement des sciences, chargé de professer la physique au lycée de Metz, il reçut dans cette cité patriotique et guerrière le coup direct des événements de 1814 et de l'invasion. Son cœur saigna, et il commença par faire ce qu'il fit ensuite toute sa vie : il se dévoua. Son zèle à servir nos braves soldats atteints du typhus faillit lui devenir funeste; saisi lui-même par le fléau, il fut près de payer de sa vie son humanité, et Metz, qui avait été témoin de ce dévouement du jeune professeur, s'en est ressouvenu toujours : cette noble cité était devenue pour Armand Paulin une seconde patrie; ses amis de Metz sont restés fidèles jusqu'à la fin à cet enfant adoptif, à ce cœur généreux dont ils avaient vu le premier élan.

« Trop impatient pour dissimuler ses sentiments nationaux et frappé dans sa position universitaire, il se tourna vers une profession indépendante, et vers celle en même temps qui permettait le mieux d'appliquer les inspirations humaines qui faisaient le fond de sa nature. Il se fit médecin. C'est à d'autres qu'il appartiendrait de dire les qualités essentielles qu'il porta dans cette profession délicate et sacrée. Elle était telle pour lui, messieurs, vous le savez. Il n'écrivit pas, il s'adonna tout entier à guérir. On s'accordait à reconnaître dans Armand Paulin (et les maîtres de l'art, qui furent presque tous ses amis, ne me démentiront pas) un diagnostic prompt, fin et sûr, un tact médical qui est le premier talent du praticien.

« Pendant des années, on l'a vu mener de front toutes les activités généreuses, secourir tous les malades, tous les vaincus, tous les souffrants, applaudir à tous les succès de ses amis et les propager par ses sympathies ardentes : chaque succès d'un ami était véritablement une de ses fêtes. Durant ses années heureuses où sa franche nature se déployait avec expansion, et avant les mécomptes, il fut admirablement secondé par une femme distinguée, son égale par le cœur, qui réunissait à son modeste foyer dans des conversations vives bien des hommes alors jeunes, et dont plusieurs étaient déjà ou sont devenus célèbres. Elle lui donna successivement deux filles, mortes trop tôt pour le bonheur de tous deux. Son dernier bonheur, à lui, s'éteignit avec l'épouse à jamais regrettée dont les restes sont ensevelis ici.

« Depuis qu'il l'eut perdue, il continua de faire le bien comme auparavant, avec le même zèle, avec plus d'empressement encore s'il se pouvait. Vous l'avez vu souvent, soit au sortir de la chambre d'un malade que ses soins avaient mis hors de péril, soit dans les heures d'entretien de l'amitié, inquiet cependant, agité toujours et, le devoir accompli, ayant comme hâte de se dérober. Il y avait une partie de lui-même qui était ailleurs. Il semblait que quelqu'un au dehors l'attendait. Le *quelqu'un* qui l'attendait, c'était celle même, cette compagne de toute sa vie, qui le reçoit aujourd'hui dans cette tombe.

« Digne et excellent ami! il avait ce qui aurait pu consoler, l'estime de tous, la chaleureuse amitié de quelques-uns; rattaché en qualité de médecin à cette Ecole normale dont le seul nom lui était cher, il y retrouvait les souvenirs qu'il affectionnait; honoré d'une distinction tardive, mais si méritée, qu'il avait gagnée aussi sur ses champs de bataille à lui, il y avait été sensible de la part d'un gouvernement qui réalisait l'un des vœux de son cœur national et qui réparait la douleur de 1814. Mais il y avait en lui un vide que rien désormais ne pouvait combler. Homme excellent, qui a beaucoup aimé, beaucoup souffert, qui a de tout temps servi ses semblables jusqu'à en vouloir mourir, le repos enfin lui est venu. Cher Paulin, repose en paix! le souvenir de tes vertus pratiques, de ta prodigue bonté, de ta délicatesse de sentiments, vivra à jamais chez tous ceux qui t'ont connu, et ne mourra qu'avec eux. »

LA PRESSE ESPAGNOLE. — On lit dans le journal *la Presse* :

« La presse espagnole est en ce moment l'objet de mesures rigou-

reuses et en même temps bien méticuleuses. On pourra en juger par le fait suivant, que nous trouvons dans une correspondance particulière de Madrid.

« Le mot espagnol *donzella* signifie rigoureusement *demoiselle*; mais, par extension, il est aussi fréquemment employé pour désigner une jeune servante, une caméristc, de même qu'à Paris nous nous servons, dans un sens analogue, du mot de *bonne*, par le plus faux des néologismes.

« Le journal *la Peninsula* publiait dernièrement, dans ses annonces, l'avis suivant : « Une femme veuve désire se placer comme *femme de* « *chambre*. » Le rédacteur avait traduit ce dernier mot par *donzella*.

« Le censeur royal, bondissant à cette apparente contradiction et se renfermant dans le sens le plus étroit du mot, déféra le journal aux tribunaux pour attentat aux mœurs.

« La *Peninsula* a été condamnée à 300 réaux d'amende, aux frais et dépens. »

A ces détails, qui prouvent jusqu'à quel point le censeur royal porte les scrupules de la pudeur, nous devons ajouter la publication de la circulaire suivante, que nous recevons de notre confrère *el Semanario medico* :

« Par suite d'une fausse interprétation de notre part de la nouvelle loi sur la presse, nous avons reçu de M. le gouverneur civil de Madrid un arrêté en vertu duquel nous devons suspendre la publication d'*el Semanario medico*. Nous allons prendre les mesures nécessaires pour dédommager nos abonnés du préjudice que pourrait leur porter cette suspension. *Signé :* Jose Simon, *directeur*.

La presse périodique de Paris. — Le journal *la Presse* publie également la statistique suivante :

« Au 9 août 1857, il paraissait à Paris 510 journaux ou écrits périodiques. Dans ce nombre, 40 seulement, soumis au cautionnement, traitent des matières politiques ou d'économie sociale; les 470 autres se décomposent ainsi : journaux littéraires, 95; journaux de modes, 47; journaux de bourse et d'industrie, 45; journaux scientifiques, 45; recueils de lois et de jurisprudence, 39; journaux de médecine, 25; recueils administratifs, 17; journaux d'agriculture, 14; recueils bibliographiques, 14.

« La série des journaux politiques, par ordre alphabétique, est ouverte par l'*Ami de la religion* et fermée par l'*Univers religieux*. Dans l'ordre chronologique, les deux journaux les plus anciens sont: la *Gazette de France*, fondée au mois de mai 1631, par Théophraste Renaudot, et le *Journal des Savants*, qui date de 1665.

« Il n'y a guère, ajoute la *Presse*, de spécialité qui n'ait son journal; on a le journal des avoués, des chapeliers, des coiffeurs, des commissaires de police, de l'éclairage au gaz, des fiancés, de la gendarmerie, des huissiers, des loteries; l'*Archer français*, journal des tireurs d'arc; le *Bulletin du Bouquiniste*, le *Moniteur de la Cordonnerie*, etc., etc.»

Notre éminent confrère oublie dans cette liste le nom le plus piquant et le mieux justifié, c'est celui de la *Gazette des Culottières*.

— Un habile fabricant d'appareils de médecine et de chirurgie, M. Poullien, vient d'obtenir un prix de la Société d'encouragement pour son *lit mécanique pour les malades*. Ce lit a été employé avec succès par plusieurs malades, et entre autres par M. Locke membre du jury de l'Exposition universelle, qui en a rendu un bon témoignage, après en avoir fait usage lui-même pendant plusieurs semaines.

— On lit dans le *Droit :*

« Jean-Baptiste Gautier, âgé de trente-trois ans, imprimeur sur étoffes, domicilié au port Saint-Ouen, chemin de halage, s'était rendu chez sa mère, qui demeure à Puteaux. Comme il éprouvait depuis environ six mois de fréquents maux de tête, il s'en plaignit au nommé B..., l'un de ses amis. Celui-ci lui donna 30 grammes de sel de Glauber pour le purger, en lui recommandant de faire fondre ce sel dans un bon verre d'eau et de le prendre en une seule fois.

« Avant de faire usage de ce purgatif, Gautier, sur l'avis de sa femme, crut devoir consulter le docteur Berthéal, médecin à Saint-Ouen. Ce médecin lui dit que le médicament était bon, mais qu'au lieu de le prendre en un verre, il fallait en faire trois et les boire en trois fois.

« Le malade suivit cette ordonnance; mais, après avoir pris le premier verre, il fut en proie à des douleurs d'entrailles qui s'accrurent au point que sa femme se hâta de prévenir un autre médecin, le docteur Bruyères. Après avoir constaté la gravité du mal, le docteur Bruyères fit, à son tour, appeler M. Andrieu, médecin à Saint-Denis, afin de se consulter avec lui. Ce qui restait du sel de Glauber fut examiné, et l'on reconnut qu'il s'y trouvait mêlé un violent poison minéral. Malgré la promptitude et l'énergie des moyens employés pour sauver le malade, il ne tarda pas à succomber au milieu des plus vives souffrances.

« Une enquête judiciaire a été commencée. »

Empoisonnement par une robe. — On lit dans la *Presse médicale belge :* « Dernièrement une dame avait acheté, dans un des grands magasins de Paris, de la gaze d'une couleur vert-pomme magnifique, pour en faire une robe de bal. Cinq des ouvrières employées à la confection de cette robe furent atteintes, pendant leur travail, d'accidents plus ou moins graves. L'autorité ayant été prévenue de cet événement, M. Payen fut chargé d'examiner l'étoffe en question.

« Ce chimiste reconnut : 1° que la gaze était colorée avec du vert de Scheveinfurth (arsénite de cuivre); 2° que la matière colorante était peu adhérente à l'étoffe et s'en détachait avec une très-grande facilité; 3° que l'étoffe, colorée de cette manière, exposait à des accidents et les ouvriers qui la préparent, et les commis qui la mettent en vente, et les ouvrières qui la travaillent.

« Des mesures ont été prises pour que ces étoffes dangereuses, fabriquées dans les villes manufacturières, ne soient pas livrées au commerce. »

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Des Chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, par le docteur E. A. Duchesne, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, etc.

Paris, 1857, chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55. 1 vol. format Charpentier. Prix : 3 fr. 50 c.

De l'Exfoliation physiologique et pathologique *de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse*, par A. Raciborski, ancien chef de clinique, etc. Prix : 3 francs *Au bureau du journal.*

AVIS. — Nos lecteurs sont priés de remarquer que le bureau d'abonnement est réuni au bureau de rédaction, et est transféré quai de l'Horloge, 21.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série, Tome 5. — N° 111. 5e ANNÉE. Mardi, 15 septembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 14 septembre 1857.

Le Cercle des sciences.

Il y a quelques mois, les rédacteurs des journaux scientifiques fondèrent un banquet mensuel, dans le but de réunir en un vigoureux faisceau les membres épars de la presse scientifique, et de créer entre eux des relations suivies. On sait l'enthousiasme avec lequel cette idée fut accueillie. Cependant, dès les premières réunions, une entrevue mensuelle nous parut insuffisante pour donner à la presse l'influence qu'elle est appelée à prendre sur la direction des affaires scientifiques; nous proposâmes donc de transformer les banquets mensuels en une réunion de tous les jours; cette idée fut accueillie avec non moins de faveur que la première et acceptée à l'unanimité; elle a reçu aujourd'hui son exécution : le CERCLE DES SCIENCES vient d'être fondé.

Cette réunion ne sera pas exclusivement composée d'hommes de la presse; la presse, telle que nous la comprenons, doit porter le flambeau et non pas le sceptre, elle doit éclairer, non dominer. Les fondateurs du CERCLE DES SCIENCES ont donc voulu que tous les hommes de science, que les médecins en particulier, qui ont publié quelques travaux, fussent admis à en faire partie (1). Dans quelques jours, nous publierons la liste des membres-fondateurs, sur laquelle figurent déjà les noms les plus honorables et les plus considérables.

Pour les gens du monde, un cercle est une réunion d'hommes que des relations agréables et des distractions paisibles attirent vers un centre commun ; pour des hommes de science, le lien serait peut-être assez fort, mais le but ne serait pas suffisant. Le cercle nouveau, tout en acceptant les distractions qu'on rencontre dans les réunions

(1) Les confrères et les savants qui désireraient faire partie du *Cercle des sciences* sont priés d'en adresser la demande par écrit, à M. le Dr O. RÉVEIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. (*Quai de l'Horloge*, n° 21), qui a bien voulu se charger provisoirement des fonctions de secrétaire général.

Par un sentiment de réserve que chacun appréciera, la rédaction du *Moniteur des Hôpitaux* a décidé qu'elle n'accepterait aucune place dans la direction du Cercle.

DÉLASSEMENTS

Les vacances. — Nos Nemrods. — Réhabilitation des naïades carbonatées, souffrées, etc. — Se méfier des contrefaçons. — Le bon Capuron. — Un cœur inconnu.

Nous voilà en pleines vacances : l'Ecole de médecine a fermé ses portes, les banquettes de l'Institut sont désertes, et il n'y a plus personne à l'Académie de médecine; nos immortels courent la poste ou les champs, c'est un vrai sauve qui peut. N'allez cependant pas croire que l'amour de la villégiature soit le seul mobile qui les attire hors de Paris; s'il en est un qui mette à profit ce temps pour se reposer des fatigues de la clientèle, on en compte vingt autres qui en font une simple affaire de spéculation.

Il est bien entendu que je ne parle pas ici de ceuxqui ont la prétention d'être de fameux chasseurs. Si ces terribles Nemrods étaient réduits à ne vivre que du produit de leur chasse, nous ne les verrions pas, à la fin de la saison, revenir aussi ingambes, avec le teint aussi florissant et la main aussi sûre à tenir le bistouri. Voici un fait sur lequel repose cette opinion.

Je reçus, il y a quelques mois de cela, la visite d'un homme de la campagne littéralement éclopé sous le poids des rhumatismes. Après la consultation, le pauvre diable me dit naïvement : — J'aurions ben pu aller consulter M. X.., que je connaissons particulièrement, mais il m'aurait tiré trop aux jambes.

— Je suis persuadé, au contraire, qu'il vous eût traité en ami.

— Oh! que nenni, ajouta-t-il narquoisement.

— Expliquez-moi donc pourquoi?

— Pourquoué! pourquoué! Parce que c'est moé qui lui fournissons, pendant le temps de la chasse, le gibier qu'il envoie chaque semaine à ses amis et connaissances, et qu'il dit toujours que je le plumions jusqu'au vif, que c'est trop cher, et qu'il se rattrapera sur moé si jamais je devenons malade.

Notre confrère X... n'en passe pas moins pour le plus habile chasseur du département de Seine-et-Oise.

Ab uno disce omnes.

Je reviens au point de départ de ma digression.

On sait que par habitude ou par nécessité, à partir du 15 mai, la plupart des gens qui forment la riche clientèle se rendent dans leurs propriétés et n'en reviennent que vers la mi-décembre. Or, durant ce laps de temps, nos matadors étaient obligés de chômer ou de se contenter par visite des modestes trois francs de la bourgeoisie boutiquière ou bureaucratique. Il fallait donc pourvoir à ce déficit périodi-

de cette nature, poursuivra un but plus sérieux : il espère faciliter la voie aux jeunes travailleurs pour qui les académies sont si souvent insuffisantes et quelquefois inaccessibles; il donnera son appui au mérite modeste qui n'a pas encore appris les moyens de parvenir; il espère même stimuler un peu l'engourdissement des commissions officielles et leur faire sentir qu'un académicien doit être le pontife et non le fossoyeur de la science, etc., etc.

Dans ce but, le cercle consacrera tous les huit jours, plus souvent si le besoin s'en fait sentir, une séance à l'exposition et à la discussion de faits scientifiques, à l'examen de découvertes et de travaux que les savants ou inventeurs viendront soumettre à l'appréciation des membres de la réunion. Les travailleurs entendront cet appel, car il ne faut pas perdre de vue que s'ils s'adressent aux académies, où ils font si longtemps antichambre, c'est surtout parce que la presse scientifique doit parler d'eux, en rendant compte des séances. Il ne faut donc pas douter de leur empressement à se rendre au milieu d'une assemblée constituée par les représentants mêmes de la presse, qui discuteront eux-mêmes les découvertes ou idées dont on les fera juges.

Le cercle avait à se prémunir contre deux écueils également funestes aux sociétés savantes :

1° L'esprit de coterie et l'individualisme qui veulent faire tourner au profit d'un seul ou de quelques-uns les efforts et les travaux de tous. La société s'est mise en garde contre ce danger en proscrivant l'esprit de coterie, en ne permettant à aucun de ses membres d'arborer un drapeau personnel. Chacun trouvera aide et protection dans ses luttes scientifiques, *mais personne ne pourra prétendre à une part d'influence plus grande que celle qui doit revenir à chacun.*

2° La question financière nous semblait non moins redoutable; il fallait trouver une combinaison qui nous permît de faire beaucoup avec peu de fonds. Un concours de circonstances nous a fait obtenir ce résultat : la cotisation annuelle a pu être fixée à la modique somme de *trente francs*, plus une entrée de cinq francs pour chaque membre; le nombre des souscripteurs étant au moins de cent. Ce chiffre de cent sera non-seulement dépassé, mais encore tout indique jusqu'ici qu'il pourra être au moins doublé.

Avec ce modeste budget les membres du cercle jouiront des distractions qu'on rencontre dans de semblables réunions; ils trouveront dans le salon de lecture, outre les journaux politiques, toutes les feuilles scientifiques importantes qui se publient en France, et les principales qui paraissent à l'étranger.

A peine le cercle est-il né d'hier, et déjà les noms les plus estimés du monde médical, des membres de l'Académie, de jeunes professeurs, des agrégés sont venus se joindre aux membres de la presse scientifique. Que Dieu préserve notre société naissante des petites rivalités, des petites ambitions personnelles qui s'insinuent comme des vers rongeurs, et minent sourdement les plus fortes associations, et le CERCLE DES SCIENCES aura dans l'avenir une place honorable parmi les institutions scientifiques! Il répondra ainsi à l'un des principaux besoins de notre temps.

Dr JOULIN.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Etudes cliniques sur le diabète et l'albuminurie,

Par A. BECQUEREL, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.*

(Suite. — Voir les nos 107, 108 et 110.)

TROISIÈME ESPÈCE. — MALADIES DUES A UNE GÊNE QUELCONQUE DE LA CIRCULATION.

On a pensé que la présence du sucre dans beaucoup de cas pouvait tenir à une diminution de l'acte respiratoire, et par conséquent à la dyspnée qui en était la conséquence. Cette opinion était fort rationnelle; car on comprenait très-bien que le sucre du foie, passant dans le sang sans être augmenté de quantité, pouvait cependant ne pas être consommé entièrement dans son passage à travers les poumons, et devait alors passer dans les urines. Cette opinion paraissait si vraisemblable qu'elle fut en quelque sorte admise *à priori*, et que

---

quement semestriel. Comment y arriver? Ce serait chose qui vous paraîtrait difficile à vous, bons et journaliers praticiens qui travaillez sans arrière-pensée de gain, à vous qui courez donner vos soins à qui les demande. Eh bien ! rien n'est pourtant plus simple que le moyen mis en œuvre par nos confrères de haute volée dont un a bien voulu me confier la recette. Je vous la donne telle qu'elle m'a été formulée au milieu du colloque suivant :

— Ah! bonjour, cher critique ; je suis heureux de vous rencontrer pour vous pouvoir toucher la main avant mon départ.

— Où allez-vous donc ainsi ?

— Parbleu ! aux eaux, mon ami, aux eaux, dont la saison, grâce à nos hâtives chaleurs, s'ouvre cette année plus tôt qu'à l'ordinaire.

— A voir votre magnifique santé, me permettrez-vous de vous demander ce que vous allez y faire?

— Mais ni plus ni moins que ma clientèle. Comme le bon genre veut aujourd'hui qu'on aille aux eaux, un médecin perdrait dans l'estime de ses riches clientes, s'il ne conseillait à leurs maris de les conduire soit à Bade, soit à Bagnères, à Vichy, à Contrexeville, enfin n'importe où, pourvu qu'on s'y amuse. Moi, j'envoie la mienne de préférence à W... dont les vertus, selon le prospectus, sont si efficaces pour tous les maux. De cette façon, je l'ai toute sous la main, sans compter les étrangers qui par imitation s'adressent à moi ; si bien qu'après un séjour de trois à quatre mois dans le plus délicieux paysage, je reviens à Paris avec une quinzaine de mille francs de profit net, et avec quelques bons clients de plus.

Maintenant pends-toi, mon ami Joulin, toi qui t'es avisé de te moquer si finement de nos naïades, ou bien confesse humblement que leur crinoline cache des attraits qui nous sont inconnus à nous autres modestes praticiens.

L'étourdissante naïveté des Auvergnats est, comme on le sait, devenue proverbiale.

L'autre jour, un des enfants les plus mal léchés de Saint-Flour se présente, dans toute la noirceur et le déshabillé d'un sac de charbon à demi-vide, chez notre bon confrère A... en lui disant :

— Ché bien vous qui ettess mochieu lé médéchin ?

— Qu'y a-t-il pour votre service?

— Ché pas pour moi, ché pour ma pauvre Franchoise, qu'il est malade de ses nerfs qu'il a apporta du pays.

— Si c'est nerveux et purement nerveux, il n'y a aucun danger. Les personnes de ce tempérament, il est vrai, souffrent beaucoup ; mais par contre, elles vivent très long-temps.

l'on décida que toute gêne de la respiration, toute dyspnée, toute asphyxie imminente devait laisser passer du sucre dans les urines. On s'empressa de rechercher les faits et de constater la présence du sucre dans le produit de la sécrétion urinaire; on publia même des faits qui semblaient positifs. Je crains qu'on ne se soit trompé d'une manière à peu près complète. Il est probable que les expérimentateurs qui ont cru découvrir ce fait ont pris des réductions de l'oxyde de cuivre du liquide de Bareswill, produites sous l'influence de l'excès d'acide urique ou bien des matières organiques des urines, pour des réductions opérées par le sucre. Cela est d'autant plus probable que précisément toutes les fois qu'il y a de la dyspnée, ou même seulement une gêne notable de la circulation, les urines se concentrent, leur coloration devient plus foncée, leur acidité plus notable, et l'acide urique s'y trouve relativement en plus forte proportion. Toutes ces analyses, qui n'ont pas été faites en débarrassant préalablement l'urine de son acide urique et de ses matières organiques au moyen de l'acétate de plomb, n'ont donc absolument aucune valeur et sont toutes à recommencer.

Quant à moi, il faut que j'aie été bien malheureux : pendant l'espace de trois ans et demi on a examiné l'urine de tous les malades atteints d'une dyspnée notable due à une cause quelconque, telle que maladie du cœur, emphysème, catarrhe chronique, pleurésie ancienne, tubercules, etc., etc.; on en a pris plus d'un millier, et jamais on n'y a trouvé du sucre. Ces faits, recueillis en aussi grand nombre, me permettent par conséquent de nier tous les résultats annoncés comme si positifs; je ne veux pas pour cela dire qu'il n'y a jamais de sucre dans les urines des dyspnéiques; mais je puis soutenir qu'il n'y en a pas dans l'immense majorité des cas.

QUATRIÈME ESPÈCE. — ÉTAT PUERPÉRAL.

C'est à M. Blot que l'on doit ce fait remarquable de trouver du sucre dans les urines de toutes les femmes en couches, sans aucune exception. Le sucre commence à paraître au moment où la sécrétion laiteuse s'établit; ce n'est qu'à cette époque qu'il paraît pour la première fois chez beaucoup de femmes; quelquefois aussi il existe avant, mais en quantité beaucoup moindre. La quantité de sucre qui existe dans l'urine en général est en rapport avec l'abondance de la sécrétion lactée; toute cause morbide ou autre supprimant la sécrétion lactée fait aussi disparaître le sucre de l'urine; ce principe reparaît si la sécrétion lactée vient à se rétablir. Les urines, en un mot, renferment du sucre tant que la sécrétion lactée persiste, et elle contient une quantité de ce principe immédiat d'autant plus considérable que la santé de la nourrice est plus belle et plus solide.

Quand la lactation cesse, le sucre disparaît des urines plus vite chez les femmes qui ne nourrissent pas, plus lentement chez celles qui, après avoir nourri, commencent à sevrer. Le temps de la disparition de ce principe est du reste très-variable. D'après M. Blot, cette glycosurie physiologique est évidemment en rapport avec la sécrétion lactée.

La quantité de sucre est en général beaucoup moindre que dans le diabète; il se trouve depuis 1 à 2 grammes jusqu'à 12 grammes pour 1,000 d'urine : c'est dans les urines du matin qu'on a trouvé ce chiffre; il eût été à désirer que M. Blot tînt compte de la quantité d'urine sécrétée en vingt-quatre heures. Ce renseignement eût rendu son travail plus complet.

Chez les femmes enceintes on trouve du sucre dans la moitié des cas à peu près; M. Blot est porté à croire que ce fait s'observe surtout quand les phénomènes sympathiques de la grossesse du côté des mamelles sont très-prononcés, tandis qu'il manque lorsque les mamelles paraissent indifférentes à ce qui se passe du côté de l'utérus.

J'ai cherché le sucre dans les urines de neuf femmes récemment accouchées et nourrissant leurs enfants; j'ai reconnu que les faits annoncés par M. Blot étaient parfaitement exacts.

CINQUIÈME ESPÈCE. — DIABÈTE SYMPTOMATIQUE D'ÉTATS MORBIDES DIVERS DANS LESQUELS ON NE SAURAIT ÉTABLIR AUCUNE RELATION ENTRE LA PRÉSENCE DU SUCRE ET LA CAUSE PRÉSUMÉE.

Dans le cours de mes recherches sur la présence du sucre, j'ai trouvé incidemment ce principe pendant quelques jours dans les urines des malades suivants :

1° Femme : trente-cinq ans; cancer non ulcéré du col de l'utérus; santé générale bien conservée. Diabète symptomatique momentané.

2° Homme : cinquante-quatre ans; anémie profonde par diminution des globules et par diminution de l'albumine du sérum. Cancer probable de l'estomac; diarrhée chronique. Diabète symptomatique momentané.

L'étude des diabètes symptomatiques a-t-elle quelque intérêt pour le médecin? C'est ce qu'on ne peut mettre en doute;

— Ze m'en chuis dézà apperchu.

— Alors, mon brave, on doit vous avoir dit que pour la tuer ou la guérir il faudra qu'on l'assomme.

— Ché cha; vous fera votre pochible pour qué Franchoise il choufrira le moins longtemps que cha che poudra.

Ne jugez jamais un homme sur la première impression que vous recevez de sa rencontre, les apparences sont le plus souvent trompeuses. Tel qui surprend tout d'abord vos sympathies, à le voir avenant avec tout le monde, prodiguant ci et là maintes poignées de main et jetant à tort et à travers les promesses de son appui, n'est bien des fois qu'un de ces individus cachant leur profond égoïsme sous un ensemble de vertus qu'ils n'ont pas, et si bien désignés de nos jours sous le nom de faux bons hommes. Tel autre, au contraire, dont les formes agrestes, les allures un peu excentriques, l'approche pleine de réserve et même de froideur, font le vide autour de lui, ne possède rien moins que toutes les qualités de l'esprit et du cœur.

Qui ne se souvient de ce bon Capuron se mêlant à la foule des étudiants qui suivaient les cliniques, et attirant sur lui tous les regards par sa mise des plus campagnardes. Ceux qui ne le connaissaient pas demandaient à leurs voisins : Quelle est cette espèce d'original? et ceux-ci de répondre invariablement : Ça! c'est le père Capuron, un vieil avare qui a au moins un million de fortune, qui s'habille comme vous voyez, qui a toujours son couvert mis dans son tiroir, déjeune pour six sous et dîne pour vingt-quatre.

C'était vrai; mais, quand il fut mort, l'énigme de cette existence si modeste fut expliquée : le vieil avare ne se donnait des privations que pour avoir le bonheur de faire plus de bien.

Aujourd'hui, tandis que le nom de tant de gens, qui ont fait force bruit, s'est éteint dans l'oubli de la tombe, le nom de Capuron reste impérissable et béni.

Voici un second exemple qui vient confirmer les assertions que j'ai émises en commençant; je mettrai dans mon récit toute la circonspection possible, pour qu'aucun regard indiscret ne pénètre dans l'ombre dont s'entoure celui qui en est le sujet.

L'autre jour, qu'une de nos illustrations passait auprès d'un groupe de confrères, l'un d'eux nous dit : — Quel dommage qu'un si grand talent se confonde avec un amour aussi excessif pour le lucre : l'argent, l'argent, l'argent, voilà son rêve, sa seule aspiration, tout son bonheur.

— Il est au moins deux fois millionnaire, reprit un autre, ce qui ne l'empêche pas de demander des honoraires fabuleux à ceux qui réclament ses soins.

— Qui sait? hasardai-je, si ce n'est pas dans un but louable qu'il se montre aussi exigeant.

elle peut contribuer à éclairer l'étiologie, les causes organiques et l'évolution du diabète essentiel. Voici de quelle manière cette étude produit ce résultat.

D'abord, la présence du sucre dans les urines peut ne pas rester le seul symptôme d'une autre maladie quelconque. Ce sucre peut augmenter de quantité, entraîner la production d'un flux urinaire et finir par conduire ainsi insensiblement à un véritable diabète et par constituer à lui seul toute la maladie. Il y a donc un grand intérêt à rechercher la présence du sucre dans les urines de tous les cas dans lesquels on peut supposer qu'il se trouve. C'est un conseil que je donnerai pour ce principe immédiat aussi bien que pour l'albumine. En l'étudiant ainsi, on peut, lorsqu'on a trouvé le sucre, étudier ce symptôme et le suivre, et être à même de le combattre dans les cas où il viendrait à prédominer et à conduire à un diabète essentiel : plusieurs des observations de M. Leudet auraient été dans ce cas.

Cette étude a conduit à apprécier l'influence des maladies du cerveau et de la moelle sur l'apparition du sucre dans les urines, l'influence de certaines maladies du foie et en particulier de certains états aigus de cet organe, enfin l'influence de l'état puerpéral.

C'est cette étude qui a permis également de nier l'influence prétendue de la dyspnée et de l'asphyxie sur la combustion incomplète du sucre et le passage de ce principe immédiat dans les urines.

DIABÈTE IDIOPATHIQUE.

Quelle que soit la cause de l'existence du sucre dans les urines, le seul fait de cette présence, quand ce principe immédiat s'y trouve en quantité assez considérable, détermine nécessairement la production concomitante des trois phénomènes suivants : flux urinaire, appétit exagéré, soif augmentée, et finalement une maladie spéciale à laquelle on a donné le nom de diabète.

La circonstance étiologique disparaît alors, et on se trouve en présence d'une maladie toute spéciale, caractérisée par des phénomènes morbides particuliers, ayant une évolution à part, et devant être combattue par des moyens appropriés · cette maladie, c'est le diabète essentiel ou idiopathique, que nous allons maintenant étudier.

Lésions anatomiques.

Existe-t-il dans le diabète essentiel ou idiopathique des lésions capables d'expliquer la nature de la maladie? L'examen des faits assez nombreux que possède la science permet de répondre à cette question. Examinons successivement les principaux organes dans lesquels on peut trouver ces lésions.

Reins. — On y a constaté toutes les altérations et on n'en a trouvé aucune, je m'explique : dans le plus grand nombre des cas, on n'a trouvé aucune altération de cet organe. Les reins étaient parfaitement sains; il est vrai que la plupart du temps ils n'ont pas été examinés microscopiquement; mais il est à présumer qu'il n'y avait aucune altération, car les altérations microscopiques correspondent toujours à des modifications extérieures de la substance des reins appréciables à l'œil nu, et ces modifications extérieures n'ont pas été signalées par les auteurs. Dans un certain nombre de cas, on a trouvé les reins plus volumineux et hypertrophiés; cette hypertrophie s'explique facilement par le travail exagéré de ces organes. On a trouvé les reins ramollis (Morgagny, Monrow, Hertzog, Cawley, Hecker), les reins transformés en substance grise homogène (Lieutaud), les reins convertis en hydatides (Beer); on a ensuite signalé des calculs (Baillou), des congestions sanguines (Reil, Rutherford, Duncan, Bailli), une hypertrophie des nerfs des reins (Muller, Duncan), une dilatation des bassinets (Stosch), une atrophie des reins (Muller, Frank, Ségalas); enfin on a quelquefois signalé une dilatation des uretères, de la vessie, et un épaississement des parois de cette dernière.

Toutes ces lésions sont accidentelles et ne sauraient être invoquées pour expliquer le diabète. Il est probable qu'elles sont le résultat du travail anormal des reins, travail anormal qui peut-être a pu favoriser le développement de ces lésions. Du reste, ce ne sont que des cas particuliers et qu'on ne saurait en aucune manière généraliser.

Foie. — A-t-on rencontré des altérations du foie? Je n'ai trouvé de consigné dans les auteurs que le fait de Junker, dans lequel ce médecin a trouvé plusieurs branches de la veine-porte oblitérées. La plupart des observateurs se taisent à ce sujet, on examinera cet organe avec soin et on pourra peut-être y signaler quelques lésions.

Pancréas. — Les lésions du pancréas n'auraient pour nous aucune signification; si on les trouvait, ce ne serait tout au plus que de simples coïncidences et pas autre chose. M. Bouchardat a signalé, dans un de ses annuaires, deux cas de diabète correspondant à des lésions graves du pancréas trouvées après la mort. Ces faits venaient merveilleusement à l'appui de sa théorie : aussi y a-t-il fortement insisté.

Estomac. — Intestins grêles et gros intestins. — Les lésions qu'on y a rencontrées sont la plupart du temps des lésions terminales et spécialement des ramollissements chroniques

---

— Dans un but louable! exclama-t-on de tous côtés; ah! voilà qui est charmant de moquerie.

— Je ne me moque point, messieurs; je raisonne seulement avant de formuler mon opinion. En effet, il me semble que si cet homme était aussi âpre au gain que vous paraissez le croire, il accepterait chaque aubaine qui s'offrirait à lui; en maintenant au contraire ses soins à un prix fabuleux, suivant votre expression, il force certains clients à s'adresser à d'autres jeunes confrères, à mieux les rémunérer et à proclamer leur mérite. Si toutes nos célébrités suivaient cet exemple, vous auriez plus de travail, et partant plus de réputation et de profit.

Cette petite argumentation eut un tel succès qu'au sortir de l'Académie nous nous séparâmes tous d'accord sur ce point.

A peine étais je seul, qu'un vieux paysan m'accoste, chapeau bas, pour m'adresser cette question :

— Pardon, monsieur, pourriez-vous me dire si M. X... est ou non sorti?

— Il n'y a pas dix minutes qu'il vient de quitter l'Académie.

Devant l'expression de profond désappointement qui se peignit à ces mots sur la physionomie de mon interlocuteur, je ne pus m'empêcher d'ajouter :

— Vous teniez donc bien à le voir?

Ah dame! monsieur, on y tiendrait à moins; c'est ça qui est un bien brave homme! Si tous les riches lui ressemblaient, il n'y aurait pas tant de malheureux,

— Comment cela?

— Eh! monsieur! c'est fort simple; c'est lui qui, au retour de l'été ou de l'hiver, fait distribuer des vêtements de saison à tous les gens du village, grands ou petits, qui en ont besoin; c'est lui qui fournit toute l'année aux ménages infirmes par l'âge du bois, du pain, des légumes et même de la viande; c'est encore lui qui a ouvert un asile pour les enfants et vingt-cinq lits pour nos malades. Mais voilà que je me laisse aller à gloser avec vous sans y songer. Je vous en prie, monsieur, ne lui dites pas que c'est le vieux père Jacques qui vous a dit cela, car il ne se gênerait point pour me tirer les oreilles et me traiter de gros bavard. Il n'aime pas qu'on parle de ces choses-là.

Et sur cette recommandation, trois ou quatre fois réitérée et qu'il mima encore au loin, le bon villageois me laissa le cœur rempli d'un sentiment de vénération pour l'homme qui, selon une sainte maxime veut que sa main gauche ignore le bien que fait sa main droite.

Dr A. L. Roux.

tels qu'on en a observé dans le cours de la période ultime d'un grand nombre de maladies chroniques.

Poumons. — Les poumons sont très-souvent tuberculeux chez les individus qui succombent au diabète; mais on sait que les tubercules sont une des complications les plus fréquentes de cette maladie, complication qui survient dans son cours, et qui la précède très-rarement. Je dirai la même chose des pneumonies aiguës et chroniques qu'on a pu signaler dans ces organes, ainsi que des congestions sanguines ou séreuses qui peuvent s'y trouver comme phénomène final.

Cœur. — On n'y a signalé aucune altération.

Cerveau. — Depuis les belles expériences de M. Cl. Bernard, l'attention a été éveillée sur l'existence des lésions cérébrales pouvant expliquer le diabète. Nous avons nous-mêmes présenté déjà quelques faits destinés à démontrer l'influence d'un certain nombre de lésions cérébrales sur l'apparition du sucre dans les urines. Les faits de M. Leudet, ainsi que je l'ai dit plus haut, sont rapportés trop brièvement pour que l'on puisse décider s'il s'agissait d'un diabète essentiel ou simplement d'un diabète symptomatique.

Il est probable que le diabète doit avoir son siége cérébral dans le plancher du quatrième ventricule, et si on n'y trouve pas de lésions appréciables, il existe au moins un trouble fonctionnel dans cette section si limitée des centres nerveux; mais s'il est probable qu'il en est ainsi, cela est loin d'être démontré; il n'y a encore aucun fait d'anatomie pathologique bien démontré qui soit publié à cet égard. Tout est donc à faire, et si nous en parlons ainsi, c'est surtout pour engager la médecine à s'occuper de cette question et à étudier l'état du cerveau et de la moelle épinière chez les diabétiques qui viennent à succomber.

On peut conclure de cet exposé qu'il n'y a pas lieu jusqu'à présent de tracer l'anatomie pathologique du diabète, et qu'on ne connaît rien de positif à cet égard.

Etiologie.

Les expériences physiologiques de M. Cl. Bernard ont certainement engagé le médecin à suivre la voie qui doit mener à découvrir les véritables causes du diabète et les influences externes ou internes capables de favoriser son développement. En attendant cette réalisation, les expériences ont conduit à bien peu de résultats cliniques, et rien n'est plus incertain et plus obscur que l'étiologie positive de cette maladie. Examinons cependant ce que la science possède à ce sujet.

Causes prédisposantes.

Age. — C'est évidemment dans l'âge adulte, et spécialement de 25 à 50 ans, que le diabète essentiel se développe, mais il n'est pas exclusif à cet âge, car on en a observé quelques cas de 12 à 15 et de 50 à 75. On peut donc en somme observer le diabète à peu près à tous les âges.

Sexe. — Il est généralement établi que les hommes sont plus sujets au diabète que les femmes; cela est positif, et tous les résumés statistiques qui ont été faits à cet égard le prouvent.

Hérédité. — On a souvent dit que le diabète était héréditaire; il est probable qu'il existe quelques faits de ce genre dans la science, mais ces faits ne sont pas connus.

Les professions ne semblent exercer non plus aucune influence. Quant aux habitudes, on peut en signaler une dont l'influence sur la production du diabète est incontestable : cette habitude est l'usage exclusif ou au moins habituel des aliments féculents et sucrés pour la nourriture. Cette habitude peut certainement être considérée comme une des origines de la maladie chez un certain nombre de sujets.

L'usage abusif de boissons acides peut encore être considéré comme exerçant la même influence. Je n'ai pas observé de faits de ce genre, mais M. Mialhe affirme en avoir observé plusieurs, et on peut rationnellement admettre une semblable influence pathogénique.

Causes occasionnelles.

Nous sommes aussi peu avancés sur l'action des causes occasionnelles, et la science à cet égard ne possède rien de certain, rien de positif : on sait seulement qu'un certain nombre d'individus ont vu se déclarer le diabète après une suppression plus ou moins prolongée de la transpiration. Je donnais encore des soins à un malade qui a vu le diabète se produire pendant la saison chaude, à la suite de plusieurs séances successives de dessin pour prendre un paysage dans un lieu bas et humide et abrité du soleil. Il y a sept ans que cette maladie s'est ainsi développée et le malade est mort tout récemment.

On voit quelquefois le diabète se développer dans le cours d'un certain nombre de maladies chroniques qu'il vient ainsi compliquer, et des affections de tout genre peuvent se trouver dans ces cas. C'est peut-être, cependant, dans le cours de l'affection tuberculeuse des poumons qu'on a vu le diabète se produire le plus souvent : il faut éviter un écueil dans la détermination de cette cause; il s'agit de savoir, en effet, si c'est l'affection tuberculeuse qui précède le diabète, ou bien, au contraire, si cette dernière maladie qui s'est compliquée de tubercules ; or, c'est ce dernier cas qui est certainement le plus commun.

Symptomatologie.

Début. — Le mode de début du diabète essentiel ne présente pas de nombreuses variétés. Dans la grande majorité des cas c'est un début lent, insensible, progressif, et les malades ne s'aperçoivent de leur affection que lorsqu'elle est déjà assez avancée et qu'elle est tout à fait développée. On observe quelquefois, mais beaucoup plus rarement, un début rapide et en quelque sorte aigu. C'est en particulier ce qui arrive lorsque le diabète succède à une cause évidente et appréciable telle qu'une suppression brusque de transpiration, ou bien encore dans quelques cas spontanés, comme j'en ai observé un exemple que je rapporterai plus bas.

Symptômes de la maladie développée.

Tube digestif. — *Langue.* — La langue est souvent collante et même sèche, surtout quand il y a longtemps que les malades n'ont bu; à moins de complication, elle ne présente jamais d'enduit spécial. La sécheresse de la bouche et de la langue s'observe surtout pendant le sommeil et elle procure quelquefois une sensation telle aux malades qu'elle les éveille.

Appétit. — On a peut-être un peu exagéré l'augmentation de l'appétit chez les individus diabétiques; on n'en doit pas moins établir que dans la grande majorité des cas l'appétit augmente et devient plus vif et plus impérieux.

Il n'en est pas cependant toujours ainsi. Je soigne en ce moment un diabétique dont l'appétit n'est nullement augmenté. Dans quelques cas, à la fin de la maladie, lorsque l'on approche d'une terminaison fatale, l'appétit diminue d'une manière sensible, et quelquefois même se perd complétement. Il est, du reste, un fait d'observation, c'est que lorsque l'appétit n'est pas augmenté ou bien lorsqu'il est diminué, et que le flux urinaire persiste, les malades en général s'affaiblissent assez rapidement.

Un certain nombre de malades peuvent manger beaucoup sans avoir un appétit vif et impérieux; ils mangent simplement ainsi par suite du diabète dont ils sont affectés. Il faut également tenir compte de ces cas qui ne sont pas des plus rares.

Les malades atteints du diabète désirent-ils plus vivement

manger des substances féculentes que de se nourrir d'autres aliments? C'est une opinion qui a été émise par quelques médecins. Cela est peut-être vrai pour quelques cas, mais très-certainement il n'en est pas ainsi chez le plus grand nombre. Voici peut-être une circonstance qui a pu induire en erreur : un certain nombre d'individus soumis à un régime exclusivement azoté, à l'exclusion de tout féculent, finissent par être tellement fatigués des substances azotées qu'on leur donne sans cesse, qu'ils finissent par prendre la viande en dégoût et par désirer très-vivement, on peut même dire ardemment, des aliments végétaux ou féculents. N'est-ce pas là ce qui a pu faire croire quelquefois à ce désir plus vif, à peu près exclusif, des substances féculentes.

Soif. — La soif est un sentiment plus vif, plus impérieux chez les diabétiques que celui de la faim ; il se montre avant ce dernier et accompagne le diabète pendant toute sa durée pour ne cesser qu'avec la maladie. La soif varie d'intensité depuis une simple augmentation jusqu'à une soif incessante et presque inextinguible. Souvent la soif se développe même pendant le sommeil ; elle est alors une conséquence de la sécheresse de la bouche : elle éveille les malades, qui sont obligés de la satisfaire. Quelquefois ce besoin impérieux se renouvelle à plusieurs reprises pendant la nuit et procure aux malades des insomnies fatigantes.

On peut établir d'une manière générale que la soif est le plus habituellement en rapport avec la quantité de sucre sécrétée par les reins, et par conséquent avec l'abondance du flux urinaire. La soif est d'autant plus intense qu'il y a une plus grande quantité d'aliments ingérés dans l'estomac; cela se conçoit parfaitement, mais on ne saurait en faire une règle absolue. Ainsi, il y a des individus diabétiques qui ont un appétit modéré ou légèrement augmenté et une soif extrêmement vive ; tel est ce qui arrive souvent à la fin de la maladie.

M. Bouchardat a essayé de démontrer que la soif était directement proportionnelle à la quantité d'eau qu'il fallait introduire dans l'estomac pour transformer en sucre, sous l'influence de la diastase morbide de l'estomac, les féculents pris par le malade. Ainsi, pour lui, lorsqu'on ingère un kilogramme d'aliments féculents dans l'estomac, il faut introduire une quantité d'eau équivalente à sept fois le poids de ces aliments, c'est-à-dire sept litres d'eau, pour que ces féculents soient transformés en sucre sous l'influence stomacale ; or, il y a soif tant que cette quantité n'a pas été ingérée.

Cette idée est fort ingénieuse, j'ignore si elle a été vérifiée d'une manière fort rigoureuse par des expériences positives et multiples.

Estomac. — Les fonctions de l'estomac ne présentent pas souvent de troubles bien appréciables. Ce qu'il y a à noter, c'est que dans la grande majorité des cas, quelque considérable que soit la quantité d'aliments ingérés, la digestion s'opère avec une facilité remarquable; il n'y a ni gêne ni pesanteur ; les malades ne s'aperçoivent pas, en un mot, qu'ils digèrent. Il est vrai qu'on observe chez les diabétiques des symptômes d'embarras gastrique ou de gastralgie, mais ces accidents ne sont en général que passagers. Lorsque ces mêmes accidents se montrent d'une manière permanente, il est probable que le diabète a déjà fortement débilité les individus qui en sont atteints et que la terminaison fatale n'est pas très-éloignée. A cette dernière époque, on observe quelquefois des vomissements qui peuvent même se montrer avec ténacité : il est rare qu'on rencontre ces vomissements au début de la maladie ou même pendant la plus grande partie de sa durée.

Intestins. — Dans la grande majorité des cas les intestins fonctionnent parfaitement et même avec une grande énergie. Les selles, assez copieuses, sont faciles et tout à fait normales. La constipation s'observe plutôt que tout autre trouble intestinal ; la diarrhée n'est pas fréquente, surtout au début de la maladie ; il n'est pas très-rare au contraire de l'observer à la fin. C'est toujours une complication fâcheuse, ce qui permet de présager que la terminaison fatale n'est pas très-éloignée.

Foie. — Rate. — Le foie et la rate, dans la plupart des cas publiés jusqu'à présent, n'ont manifesté leur état morbide, si toutefois il en existait un, par aucun phénomène extérieur appréciable.

Sécrétions. — Sécrétion urinaire. — Je me suis tellement étendu sur les modifications de l'urine, en traitant de la présence du sucre dans ce liquide, que je crois inutile d'y revenir ici. Je résumerai cependant en quelques mots ce qui a trait au diabète essentiel.

La quantité des urines est beaucoup augmentée, de deux ou trois litres à quinze et même vingt. La quantité moyenne est de sept à huit litres. Les urines sucrées sont plus claires, moins colorées que les urines normales ; elles sont plus denses: leur densité varie de 1,030 à 1,050, moyenne 1,040. La proportion du sucre dans les urines doit être envisagée sous deux points de vue. Dans le premier cas, on rapporte cette quantité à 1,000 grammes de liquide ; sous ce rapport, on trouve que la quantité de sucre varie de 20 à 60 et même 80 grammes. Dans le second cas, on rapporte la quantité de sucre contenue dans la totalité des urines rendues dans l'espace de vingt-quatre heures ; on trouve alors des quantités de sucre variant de 50 à 500 grammes par jour.

La somme des principes chimiques de l'urine sécrétée en vingt-quatre heures reste la même que dans l'état normal ; seulement cette même somme de principes est étendue dans une plus grande quantité d'eau, ce qui a pu contribuer à faire croire qu'elle était véritablement diminuée : or cette diminution était tout simplement apparente.

Les propriétés physiques et chimiques des urines diabétiques ont été décrites : aussi est-il inutile d'y revenir.

Relativement aux modifications que peuvent subir les autres sécrétions, on peut dire ici que la loi de balancement des diverses sécrétions ne saurait trouver une meilleure confirmation que dans la maladie qui nous occupe. En effet, en même temps que la sécrétion urinaire est augmentée, les autres sécrétions sont diminuées ; c'est ce dont il est facile de s'assurer.

Pour la salive, cela est évident ; la bouche est toujours sèche. La perspiration cutanée est également diminuée, et ici on a quelquefois pris pour la cause du diabète ce qui n'en était que le résultat, que la conséquence. La graisse diminue en général assez rapidement chez les diabetiques ; ils fondent, comme ils le disent eux-mêmes, avec une grande rapidité.

(*La suite au prochain numéro.*)

Thérapeutique générale des teignes.

PAR M. BAZIN.

Recueillie et rédigée par M. Pouquet, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103 et 105.)

Nous arrivons aujourd'hui à la description de la teigne faveuse, dans laquelle, nous conformant à l'ordre déjà suivi deux fois (affections cutanées, parasitaires et teignes en général), nous étudierons successivement la nosographie, l'étiologie, la seméiotique et la thérapeutique.

Nosographie. — Elle comprend non-seulement les symptômes, la marche, la durée et la terminaison, mais aussi et d'abord la définition de la teigne faveuse ; car une bonne définition est un résumé aussi court et aussi substantiel que possible des caractères de l'affection qu'on étudie, et quand on l'a bien comprise, on peut sans peine entrer dans les détails, ou, ce qui n'est autre chose, d'écrire les symptômes, la marche.

Qu'est-ce donc que le favus ? C'est une teigne caractérisée

par des incrustations jaunâtres, plus ou moins épaisses, sèches, raboteuses, d'une odeur *sui generis*, tantôt disposées d'une manière irrégulière, tantôt au contraire artistement déprimées en forme de coupes d'une régularité remarquable. Si je n'ai pas fait entrer dans ma définition d'autres caractères mportants, tels que la contagion, l'alopécie, c'est que ces caractères, étant communs à toutes les teignes, se trouvent indiqués dans la définition de la teigne en général. (*Voir* plus haut.)

La marche du favus comprend trois périodes.

Première période.—Le prurit est habituellement le premier symptôme par lequel le parasite manifeste sa présence ; je ne reviendrai pas ici sur ses caractères. Bientôt on observe sur le cuir chevelu, ou pour mieux dire sur les parties imprégnées de champignon, une rougeur érythémateuse, ordinairement peu vive, tantôt bien circonscrite et de forme circulaire, tantôt et le plus souvent diffuse et étendue sur de larges surfaces. En même temps, ou peu de temps après, les papilles cutanées, douées d'une vitalité anormale, sécrètent une plus grande quantité d'épiderme, et la peau, sur les points malades, se recouvre quelquefois de débris squameux. Puis, survient, mais seulement dans quelques circonstances, une éruption pustuleuse discrète qui précède l'apparition des godets faviques. Enfin les poils sont presque toujours altérés dans leurs qualités physiques; ils perdent leur brillant, deviennent ternes, leur couleur aussi est changée, et contraste avec celle des cheveux restés sains. Enfin, si on les arrache, on voit qu'ils n'offrent plus le même degré de résistance. Les altérations primitives des poils sont évidemment dues au cryptogame que l'œil ne peut encore apercevoir, mais dont le microscope permet de distinguer les éléments sur le bouton et sur la racine. Disons aussi, pour ne pas être exclusif, que le champignon favique forme un obstacle à l'excrétion de la matière sébacée chargée de lubréfier le poil ; et que c'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer l'aspect terne et sec de ce dernier. Plus tard, nous reviendrons sur les phénomènes remarquables que nous révèle l'examen microscopique à cette première période de la maladie.

Deuxième période. — Le champignon favique apparaît extérieurement sous forme de concrétions jaunâtres, et subit les phases de son développement plus ou moins régulier. Presque toujours les démangeaisons persistent ; les cheveux paraissent plus altérés qu'à la période précédente, ils sont gris souris, rougeâtres ou décolorés, ternes... et enfin ils peuvent tomber (alopécie primitive). Mais la papille pileuse n'est pas encore détruite et sécrète les éléments nécessaires à leur reproduction. Quelquefois aussi, mais rarement, on observe à cette époque de la maladie des éruptions symptomatiques.

Troisième période. — Elle commence à l'oblitération des conduits pilifères d'où résulte une calvitie définitive, et comprend tout le temps nécessaire à l'évolution des cicatrices. Le parasite meurt faute de nourriture, et ordinairement les croûtes ne tardent pas à disparaître. Quelquefois cependant elles persistent, et semblables à ces lichens qu'on observe sur les troncs d'arbre, à des fragments de plâtre desséché, elles couvent de leurs débris, pendant un certain temps, les surfaces dépouillées de cheveux.

Voilà les principaux caractères qui appartiennent à chacune des trois périodes que nous avons établies dans la marche de la teigne faveuse, et qui, si souvent, se trouvent réunies sur une même tête. Nous allons revenir sur ces phénomènes dans la description des variétés.

Nous avons admis (classification des teignes) des variétés de siége et des variétés de formes. Ces dernières, les plus importantes, et vraiment les seules importantes dans la teigne faveuse (nous verrons qu'il n'en est pas de même de la teigne tonsurante), sont au nombre de trois: le favus urcéolaire, le favus scutiforme et le favus squarreux.

TEIGNE FAVEUSE URCÉOLAIRE.

Le favus urcéolaire ou en godets, appelé aussi favus disséminé, favus isolé, *tinea favosa, porrigo favosa*, répond également à la *tinea lupinosa* de Guy de Chauliac, et à la *tinea ficosa* d'Ambroise Paré. Il peut se montrer sur tous les points de la surface du corps, excepté là où il n'y a pas de poils. Telle n'est pas toutefois l'opinion de M. Lebert (*Physiologie pathologique*), qui, ayant observé un godet favique sur le gland, en a conclu qu'il n'y a pas de rapport nécessaire, indispensable, entre la forme urcéolaire et la présence d'un poil. Mais je suppose que M. Lebert, trop confiant dans les assertions des anatomistes qui n'admettent pas de poils dans cette région, n'aura pas mis tous ses soins à découvrir ce poil dont il nie l'existence ; car, nous-même, qui avons été assez heureux pour observer, comme M. Lebert, un godet sur le gland, avons pu très-aisément constater, à l'aide d'une loupe, un poil rudimentaire au centre de la dépression favique. C'est qu'en réalité il y a bien peu de régions complétement dépourvues de poils.

Aussi, le favus urcéolaire peut-il se rencontrer à peu près partout ; il n'en est pas de même de deux autres variétés de la teigne faveuse (*porrigo scutulata et squarrosa*) qui siégent toujours au cuir chevelu. Tout à l'heure, nous verrons pourquoi on ne les trouve pas sur les autres parties du corps. La teigne urcéolaire débute quelquefois par un seul point, et plus souvent par plusieurs points à la fois.

Quels sont les symptômes par lesquels elle s'annonce? Des démangeaisons ordinairement modérées signalent le début de l'affection parasitaire, et obligent le malade à venir vous consulter ; alors, sur les surfaces qui seront plus tard couvertes de croûtes, vous voyez une rougeur diffuse ou exactement limitée et accompagnée d'une légère tuméfaction. C'est principalement sur le tronc qu'on observe cette rougeur érythémateuse, nettement circonscrite et affectant une forme régulièrement arrondie. Ce sont de véritables anneaux érythémateux, semblables, à beaucoup d'égards, aux cercles herpétiques qui caractérisent la teigne tonsurante, et avec lesquels cependant il ne faut pas les confondre. Leurs dimensions sont loin d'être les mêmes, et ce seul caractère suffit pour les distinguer. Les cercles herpétiques, qui se rattachent à la présence du tricophyton, ont un diamètre fort variable ; les uns sont de la dimension d'une pièce de cinquante centimes (ce sont les plus petits), les autres peuvent comprendre dans leur concavité la plus grande partie du visage ou du cou, quelquefois même les deux régions, et alors, le plus souvent, le cercle est incomplet. Les anneaux érythémateux, qui annoncent la germination de l'achorion, ont un diamètre moindre que les plus petits des cercles herpétiques, ils sont aussi d'une uniformité remarquable, autre caractère distinctif non moins important que le premier.

Pourquoi attachons-nous tant d'importance à cette distinction ? C'est que le favus et la teigne tonsurante, l'achorion et le tricophyton ne s'excluent point. Aussi, dans certains cas, les deux teignes se rencontrent-elles en même temps sur une même tête. Supposez donc que chez un malade affecté de teigne tonsurante et porteur d'herpès circiné on aperçoive en un point quelconque de la surface du corps, quelquefois même au centre de l'herpès, un ou plusieurs cercles érythémateux d'un très-petit diamètre, vous annoncerez qu'en ce point l'achorion est en train de germer et qu'un godet favique ne tardera pas à paraître ; tandis que d'autres moins attentifs ou moins instruits rattacheront ces derniers cercles, comme ceux d'un plus grand diamètre, à la présence du tricophyton. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre, dont j'ai parlé dans mes leçons de 1855 et dont j'ai fait prendre le dessin par M. Bion. On a dit et écrit que l'érythème précurseur de la teigne n'existait pas au cuir chevelu ; c'est une grossière erreur, et l'on ne comprend pas qu'elle ait été

commise par d'habiles observateurs. Il est vrai qu'à la tête, où la surface de la peau est recouverte par une épaisse chevelure, les caractères de l'affection érythémateuse sont moins tranchés, plus obscurs qu'en toute région du corps; mais n'en est-il pas de même de l'érysipèle? et cependant personne, que je sache, n'a jamais eu l'idée de nier l'existence de l'érysipèle au cuir chevelu! D'ailleurs, quand les surfaces sont dépouillées de cheveux, l'érythème et l'érysipèle se manifestent par des symptômes tout aussi nombreux et aussi accusés qu'à la face; et quand nous ferons l'histoire de la teigne tonsurante, je vous citerai l'observation bien remarquable d'une jeune fille qui, affectée de teigne-pelade, prit sur les genoux de l'épileur la teigne tonsurante et eut la tête couverte de nombreux cercles herpétiques. Dans la teigne urcéolaire, comme dans les autres variétés du favus, l'altération primitive des poils est ordinairement bien évidente; et nous avons dit tout à l'heure que ces diverses altérations pouvaient être rapportées à deux causes : à l'interception de la sécrétion pileuse et à la transformation champignoneuse de la souche, cette dernière cause étant la plus importante. Enfin, une éruption pustuleuse peut survenir avant que le champignon soit encore visible à l'œil; les pustules occupent ordinairement les surfaces érythémateuses et le plus souvent elles indiquent les points précis où les godets paraîtront. Quelquefois même les pustules ne sont pas tout à fait disparues quand le cryptogame se montre; aussi, l'élément pustuleux et l'élément parasitaire sont-ils constamment confondus par les observateurs peu attentifs. On considère les croûtes faveuses comme du pus desséché, et l'erreur est surtout facile à commettre dans le cas où un cercle purulent circonscrit un bouton favique; mais les pustules n'ont jamais que des rapports de contiguïté ou de succession avec les favi, et sans entrer, pour le moment, dans plus de détails, il y a des éléments anatomiques bien différents dans les deux cas, ainsi que l'avait déjà établi M. Lebert dans sa *Physiologie pathologique.* Vous comprendrez mieux ces différences quand vous connaîtrez les caractères et la marche du favus.

Le champignon paraît au dehors, et alors commence la deuxième période de la maladie. Si l'on examine à l'œil nu le cryptogame naissant, on le distingue sous la forme d'un point jaunâtre, à peine perceptible, et cependant offrant déjà une dépression centrale traversée par un poil. Avec le secours de la loupe, on peut surprendre vingt-quatre heures plus tôt son développement; on voit tantôt un petit soulèvement épidermique à l'endroit où le poil sort de la peau, tantôt un petit point jaune sous-épidermique et latéral, ou bien deux ou trois concrétions de même couleur, isolées, séparées à la base du poil, et qui, le lendemain, n'en forment déjà plus qu'une seule, creusée d'un enfoncement conique et traversée par le poil.

Ainsi se forme le godet qui, à partir de ce moment, ne cesse de s'accroître; son diamètre vertical augmente d'un quart de ligne à une demi-ligne en vingt-quatre heures, et, à mesure qu'il s'élève, la dépression centrale devient plus accusée; la croûte faveuse peut acquérir ainsi jusqu'à un centimètre et demi de hauteur. Cette forme urcéolaire si remarquable, qu'affecte le champignon de la teigne faveuse, avait depuis longtemps frappé l'attention des observateurs. Aussi comparent-ils les godets faviques, les uns aux alvéoles des gâteaux d'abeilles (de là le nom de favus); d'autres aux dépressions qu'offrent les semences du lupin (d'où la *tinea lupinosa* de Guy de Chauliac)... Enfin, M. Duvergie est frappé de leur analogie avec un lampion, une écuelle. J'accepte volontiers ces dernières comparaisons de notre savant collègue, mais je ne puis en aucune façon partager sa manière de voir sur le sens du mot *scutulata*, employé par les auteurs modernes qui ont traité de la teigne. Tout le monde sait que *scutulata* est un adjectif formé de *scutum* (bouclier, écu), et on en conclut légitimement que *porrigo scutulata* signifie teigne en forme de bouclier, teigne en écu, teigne nummulaire. Comment donc M. Devergie a-t-il pu commettre une pareille erreur de traduction? Ce n'est pas sans inconvénients sérieux pour la science qu'on change ainsi le sens des mots et qu'on décrit sous le nom de *porrigo scutulata* ce que tout le monde appelle *porrigo favosa.* Aussi lit-on dans l'ouvrage de notre honorable collègue que le *porrigo scutulata* est de toutes les variétés de teigne faveuse la plus fréquente sur le corps, tandis que, nous le verrons tout à l'heure, on ne la trouve jamais qu'au cuir chevelu. Et après cela, M. Devergie nous reproche de bouleverser la science!!! Mais revenons à notre description.

Le godet favique, avons-nous dit, est traversé par un poil; ce dernier occupe assez exactement le centre, la partie la plus déprimée. On voit également en ce point, dans la plupart des cas, une petite tache brunâtre, comme écailleuse, formée par le canal épidermique, qui demeure toujours en place dans cette variété de teigne faveuse. Tantôt la face de la dépression interne favique est parfaitement lisse, comme celle de la cupule d'un gland; d'autres fois, elle est rigoureuse, inégale, et offre une série de reliefs circulaires, concentriques, dont le nombre est en rapport avec l'âge du godet, et qui rappellent par leur disposition les saillies circulaires qu'offrent à l'extérieur les nids d'hirondelles. Ces différentes couches, de plus en plus larges, ont une couleur jaune d'autant plus foncée qu'elles sont plus récentes; les plus anciennes, qui occupent le centre, sont presque blanches. La dernière de ces couches, celle qui forme le rebord de la cupule, soulève quelquefois fortement l'épiderme et dépasse de quelques millimètres le niveau de la peau voisine. Le godet peut acquérir ainsi, sans se déformer, une largeur de plus de deux centimètres. — Jusqu'alors, il demeure enchâssé entre deux lamelles d'épiderme, dont l'une, superficielle, est facile à apercevoir; elle est plus ou moins soulevée par le cryptogame et finit par céder à la pression; l'autre ne se voit qu'après la chute des croûtes faveuses; elle est extrêmement mince et recouvre une surface rouge, déprimée, nettement circonscrite. Cette membrane épithéliale est tellement fine et transparente qu'elle permet de voir les petits vaisseaux sous-jacents; on croirait au premier abord que le dernier est à nu; et en effet, il peut en être ainsi dans le cas où les croûtes sont enlevées sans aucune précaution; alors les surfaces qu'elles recouvraient paraissent granuleuses, de là sans doute le nom de *tinea ficosa* donné par certains auteurs à la teigne faveuse. Si l'on détache avec soin la croûte, on voit très-bien la convexité de sa face profonde ou adhérente qui forme comme un mamelon dans l'intérieur du follicule pileux.

(*La suite au prochain numéro.*)

AVIS. — Plusieurs personnes n'ayant pu assister ou n'ayant assisté qu'incomplétement à la démonstration qu'a faite M. le professeur Jacubowitsch de ses remarquables préparations sur l'anatomie du cerveau, le savant anatomiste a bien voulu, à notre sollicitation, faire une seconde séance à une heure plus favorable pour la majorité des médecins. Cette séance aura lieu demain mercredi, 16 septembre, de trois à six heures, quai de l'Horloge, n° 21.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 112. 5e ANNÉE. Jeudi, 17 septembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 16 septembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

[Nature et contagion de la fièvre jaune.]

Nous n'avons pas à regretter d'avoir tardé jusqu'à la séance d'hier pour parler de la courte discussion qui a eu lieu sur la nature et le mode de transmission de la fièvre jaune. M. Rufz a singulièrement abrégé notre tâche en exposant hier, dans un des plus discrets et des plus remarquables discours que nous ayons entendus depuis longtemps, tout ce que l'on sait de positif sur ces graves questions et les meilleures présomptions à faire provisoirement sur ce qui est encore douteux.

Du tableau très-méthodiquement tracé, très-clairement exposé par M. Rufz, des ressemblances et des dissemblances entre la fièvre jaune et les fièvres intermittentes, il résulte que si la première de ces affections est produite par des émanations miasmatiques, ce qui paraît très-probable, ces émanations ne sortent point des marécages comme celles qui engendrent les fièvres intermittentes. — C'est là un fait acquis pour quiconque pense qu'on peut arriver en médecine à des démonstrations positives. — La description faite par M. Trousseau du rocher de Gibraltar a fourni à cette vérité un argument de plus; mais ceux qu'avait donnés M. Rufz pouvaient se passer de secours.

Un second point, déjà mis hors de doute par Chervin, mais que M. Rufz a confirmé utilement de son autorité éclairée, c'est que jamais personne n'a contracté la fièvre jaune *par contact;* c'est qu'aucun des innombrables navires qui arrivent à Southampton et ailleurs, ayant eu pendant leur traversée un, dix, vingt passagers atteints ou morts de la fièvre jaune, n'ont importé cette maladie dans les ports où ils ont abordé. Avec une circonspection que nous nous permettrons de qualifier d'exagérée, M. Rufz n'a vu dans ce fait qu'une circonstance rassurante pour l'Europe, au point de vue de la contagion; nous n'hésiterons pas, nous, à y voir ce qui s'y trouve réellement, ce que M. Trousseau y a vu avec raison et ce qu'à tort il n'a point accepté, c'est que la fièvre jaune n'est point transportée par les hommes ou par les choses venant d'une localité infectée dans une localité qui ne l'est pas. C'était là le véritable point pratique de la question et de la contagion; c'était fort heureusement aussi le point positif. Ce point n'a pu suffire à l'éloquence aventureuse de M. Trousseau : il lui fallait un peu plus de brouillard et de poésie. D'une voix qui aurait suffi et au delà pour remplir le vaste théâtre de la Scala, le professeur-artiste nous a parlé des amours de la grenouille, des agaceries érotiques des salamandres, des excitations amoureuses d'un certain bombyx, de la germination des noyaux de cerise, des pommes de terre et des haricots. Bien entendu que sur toutes ces questions l'infaillible orateur a parlé en homme qui, en qualité de médecin, ne doute de rien et n'ignore rien..... en histoire naturelle et en agronomie, mais qui ignore seulement et « *complétement* » si la fièvre jaune est ou n'est pas contagieuse. M. Trousseau, comme pour justifier à l'avance cette véritable débauche de langage, avait commencé par dire qu'il n'était nullement préparé à la question de la contagion, et qu'il serait heureux d'aborder plus tard cette question d'une manière spéciale, si l'Académie le désirait. Nous croyons que M. Trousseau a été trop modeste : à notre avis, il est toujours préparé à parler sur tout, sauf à en parler à sa manière. Cette manière n'est pas, assurément, celle de Bezout ni de M. Biot; mais pour un certain public, assez nombreux pour que M. Trousseau y trouve son compte, elle est suffisante pour le dispenser de se préparer sur n'importe quel sujet de discussion : avec ce public-là, il est toujours sûr du succès; avec l'autre public, il n'est guère moins sûr d'une chute.

Pour notre compte, nous avons d'autant moins goûté les longues et croustillantes digressions de M. Trousseau, qu'elles nous ont privé d'entendre l'éloquence athénienne de M. Piorry, et franchement, c'est un plaisir dont on ne se laisse point sevrer sans regret ni humeur.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Etudes cliniques sur le diabète et l'albuminurie,

Par A. BECQUEREL, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.*

(Suite. — Voir les nos 107, 108, 110 et 111.)

Circulation. — Le cœur ne présente aucun trouble particulier. Dans le plus grand nombre des cas, il n'y a pas de fièvre. Le diabète est une maladie essentiellement apyrétique ; il y a

cependant des cas où surgit une fièvre plus ou moins intense; le pouls s'accélère et la peau devient chaude. Ces cas sont les suivants :

1° Lorsqu'il survient une complication phlegmasique, ce qui n'est pas très-rare;

2° Lorsque le diabète suit une marche très-aiguë;

3° Lorsque la maladie est arrivée à sa dernière période et qu'elle approche d'une terminaison fatale; il existe alors de la fièvre sans aucune lésion locale.

Respiration. — La respiration ne présente aucun phénomène morbide, à moins toutefois qu'il ne soit survenu quelque complication du côté de ces organes.

Système nerveux. — La plupart du temps le système nerveux ne présente aucun symptôme particulier; mais quelquefois aussi on voit apparaître quelque phénomène morbide plus ou moins grave. Les deux symptômes qu'on a le plus souvent observés sont les suivants : 1° Une amaurose à divers degrés ; 2° un affaiblissement des membres inférieurs pouvant aller jusqu'à la paraplégie. Avant de se prononcer sur la valeur de ces accidents, il est très-important de savoir s'ils ont précédé ou si au contraire ils ont suivi le diabète: or, dans ce deuxième cas, leur valeur serait tout autre; et c'est cependant ce qu'il est souvent impossible de savoir.

Appareil génito-urinaire. — L'appareil génito-urinaire présente souvent un trouble morbide, un symptôme qui est souvent porté à un haut degré et dont il est très-important de tenir compte. Ce symptôme est l'absence d'érection, l'impuissance : elle se montre à deux époques différentes : 1° Au commencement, dès le début; c'est souvent même le premier phénomène qui attire l'attention du malade et l'oblige de s'occuper de sa santé ; 2° à une époque ultérieure et assez avancée de la maladie, lorsque la quantité de sucre est assez considérable. Ces deux cas se rencontrent à peu près avec la même fréquence. Les troubles que pourrait présenter la menstruation ont été peu étudiés.

Marche.— Durée.

La marche du diabète essentiel présente des différences assez grandes ; c'est ainsi qu'on peut observer les cas suivants :

1° La marche est continue et progressive. Dès que le sucre commence à paraître dans les urines, il n'en disparaît plus : ce principe immédiat persiste soit dans les mêmes proportions, soit en augmentant jusqu'à l'époque de la terminaison fatale.

2° La marche, tout en étant continue, présente des variations très-grandes dans la quantité de sucre contenue dans les urines, tantôt plus considérable, tantôt moins abondante. On voit quelquefois ce principe diminuer dans une très-forte proportion pour reparaître ensuite.

3° La marche présente de véritables intermittences. Il y a des instants où le sucre disparaît complétement pour revenir ensuite, et ainsi à plusieurs reprises. En général, quand il a paru une fois du sucre en grande quantité dans les urines, il y a toujours lieu de craindre sa réapparition à une époque ultérieure, sa récidive, en un mot. Quelquefois ces périodes d'intermittences sont très-longues. Pendant leur durée, tantôt on voit la santé être parfaite, tandis que dans d'autres cas le flux diabétique disparaît comme sucre, mais persiste comme polyurie simple ou sans sucre dans les urines. J'ai encore actuellement dans mes salles un malade qui se trouvait dans ce cas.

La durée du diabète essentiel est excessivement variable. D'abord il est souvent assez difficile de déterminer cette durée, attendu que le malade et le médecin ne connaissent pas toujours le début exact de la maladie ; quand la maladie commence et qu'il y a du sucre dans les urines, il arrive souvent qu'on n'est pas prévenu de l'existence du sucre dans les urines, et qu'aucun phénomène morbide ne le traduit au dehors.

On connaît un diabète aigu, subaigu et chronique.

Le diabète aigu est très-rare ; j'ai publié il y a quelques années (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*), l'histoire d'un jeune homme qui succomba en peu de jours à un diabète que j'appellerai suraigu. La maladie ne dura pas trois semaines. Le diabète suraigu peut être ainsi appelé quand sa durée ne dépasse pas deux à trois mois. Cette forme est encore assez rare. La forme chronique est la plus commune; et, sous ce rapport, rien de plus variable que la durée du diabète : cette durée peut varier de trois mois à la vie entière, à trente ou quarante ans. On peut estimer la durée moyenne des cas chroniques à deux années.

Complications.

Les complications du diabète essentiel sont nombreuses et multiples ; il est intéressant de les étudier avec soin. Nous suivrons dans cet exposé l'ordre anatomique.

Tube digestif. — Les complications du côté du tube digestif ne sont pas rares dans le diabète. Du côté de l'estomac, on a observé les complications suivantes : 1° l'embarras gastrique ; 2° les diverses variétés de gastralgie ; 3° les vomissements. Ces trois complications sont tantôt accidentelles, tantôt permanentes. Lorsqu'elles dépassent une certaine durée, elles sont en général d'assez mauvais augure; car elles annoncent la probabilité d'une terminaison fâcheuse prochaine.

Ces trois complications peuvent être de simples troubles fonctionnels ; quelquefois à l'autopsie on a trouvé spécialement un ramollissement chronique de la membrane muqueuse de l'estomac. Ce ramollissement est une complication phlegmasique finale. Elle s'observe dans quelques cas.

Les vomissements sont en général l'indice d'une complication fâcheuse ; ils correspondent en général au ramollissement dont nous parlions ; la plupart du temps, lorsque les vomissements ont commencé à une époque avancée de la maladie, ils ne s'arrêtent plus jusqu'à la fin.

Du côté des intestins on a signalé les complications suivantes : 1° le dégagement abondant de gaz, la tympanite intestinale; 2° la diarrhée. La diarrhée est une des complications finales les plus communes et les plus constantes du diabète essentiel. C'est par la diarrhée qu'un grand nombre de diabétiques succombent. Cette diarrhée peut être due soit à un simple trouble fonctionnel, soit à une entéro-colite subaiguë ou chronique. Cette entéro-colite n'est pas spéciale au diabète. Elle vient le compliquer, comme elle compliquerait toute autre maladie chronique. Dans d'autres cas, enfin, l'entéro-colite est l'expression morbide de l'affection tuberculeuse portée sur les intestins.

Quelle que soit la cause de cette diarrhée, dès qu'elle dépasse quelques jours et qu'elle est un peu considérable, elle est presque toujours un signe assez fâcheux.

Appareil respiratoire. — Parmi les complications qu'on observe du côté de cet appareil, les unes sont liées au diabète en tant que maladie chronique, les autres en tant que maladie spéciale.

Parmi les premières nous comprendrons la bronchite, la pneumonie, la pleurésie et l'apoplexie pulmonaire. Ces quatre complications sont souvent la cause d'une mort prématurée. Elles surviennent non parce qu'il existe un diabète, mais parce ce que l'organisme épuisé par une maladie chronique est prédisposé par ce seul fait à contracter toute espèce de phlegmasie, et parce que toute phlegmasie compliquant une maladie chronique a beaucoup plus de gravité que lorsqu'elle est simple.

Parmi les complications propres au diabète essentiel, on trouve l'affection tuberculeuse. Les tubercules pulmonaires sont en effet une des complications les plus fréquentes, les plus communes du diabète essentiel. Cette complication survient à des époques très-variables du diabète. D'abord, nous avons vu que la tuberculisation pulmonaire pouvait précéder

le développement du diabète. Cela se voit quelquefois; mais ce n'est certainement pas le cas le plus commun.

Dans d'autres cas assez rares encore, les tubercules pulmonaires se développent en même temps que le diabète essentiel : les deux maladies croissent, se développent et finissent ensemble.

Le cas le plus fréquent, c'est de voir les tubercules pulmonaires ne survenir qu'à une époque déjà assez avancée du diabète. Lorsqu'il en est ainsi, ces produits accidentels hâtent alors la marche de la maladie et en précipitent la terminaison fatale. Les tubercules pulmonaires se compliquent souvent de tubercules intestinaux et de péritonite tuberculeuse.

Appareil circulatoire.— Fièvre.— La fièvre, ainsi que je l'ai dit plus haut, est un symptôme constant du diabète dans deux circonstances :

1° Dans le diabète aigu; elle est alors un élément essentiel de la maladie;

2° Dans le diabète chronique; elle est l'indice de la dernière période qui précède immédiatement la terminaison fatale.

En dehors de ces cas, l'existence de la fièvre indique presque toujours une complication organique aiguë ou chronique, sous l'influence de laquelle elle s'est développée.

Altérations du sang. — La composition du sang peut rester normale jusqu'à la fin de la vie; mais quelquefois on observe une modification plus ou moins profonde des divers éléments de ce liquide. Les trois modifications suivantes ont été spécialement observées :

1° *Diminution des globules.* — Cette diminution, qui peut avoir lieu à des degrés très-divers, constitue l'anémie. L'anémie est, en effet, une complication assez fréquente du diabète essentiel : elle se traduit alors par ses signes habituels, et spécialement par un bruit de souffle au premier temps du cœur et par les souffles vasculaires.

2° *Diminution de l'albumine du sérum.* — Cette diminution se montre quelquefois dans la dernière période du diabète. Elle est caractérisée par le développement d'une hydropisie et coïncide alors presque toujours avec une albuminurie. On peut dire avec une presque certitude que quand un diabétique devient hydropique, c'est que la proportion de l'albumine du sérum du sang est diminuée.

3° *Diminution de la fibrine.* — Elle est beaucoup plus rare que celle des deux autres éléments précédents. Cependant on l'observe quelquefois à la fin du diabète. La diminution de la fibrine se traduit par des hémorrhagies qui se montrent sur diverses voies, par un état scorbutique en un mot.

Système nerveux. — Les complications du côté de cet appareil peuvent se rattacher à deux espèces : 1° des phénomènes de paralysie; 2° des phénomènes d'excitation cérébrale.

Paralysies. — Il est bien entendu que nous ne parlerons pas ici des phénomènes de paralysie qui précèdent le diabète, mais de ceux qui se développent à une certaine époque de la présence du sucre dans les urines. Ces phénomènes sont les suivants : 1° Paralysie complète, mais plus souvent incomplète de la vue; c'est dans ce cas-là surtout qu'il faut bien examiner si la diminution de la vue ne précède pas le diabète. — 2° Un affaiblissement des membres inférieurs, allant quelquefois jusqu'à une véritable paraplégie, laquelle n'est pas liée à un ramollissement aigu ou chronique de la moelle. — 3° Un certain nombre de paralysies isolées et circonscrites; ces paralysies, assez rares, il est vrai, s'observent cependant dans quelques cas : on n'a pas encore pu les rattacher à une lésion cérébrale bien déterminée.

Phénomènes d'excitation. — Ces phénomènes sont en particulier le délire et les convulsions : ces phénomènes constituent en général des symptômes ultimes; ils indiquent la terminaison fatale de la maladie, et précèdent presque immédiatement la mort dans un certain nombre de cas. Le délire est plus commun que les convulsions; il précède presque toujours la mort.

Sécrétions. — L'albuminurie vient se joindre au diabète dans un certain nombre de cas. Thénard et Dupuytren avaient regardé l'albuminurie comme une circonstance heureuse et qui annonçait une transformation favorable de la maladie. Il est possible que les choses se soient ainsi passées dans les cas soumis à leur observation; mais la plupart du temps il n'en est pas ainsi. L'albuminurie se montre dans deux conditions différentes : ou bien elle constitue un phénomène passager et purement accidentel, et alors elle n'aggrave pas beaucoup le diabète essentiel; ou bien elle est l'expression symptomatique d'une maladie de Bright qui vient compliquer le diabète : cette complication est toujours excessivement grave, et elle aboutit rapidement à une terminaison fatale.

Gangrène spontanée. — Dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 29 novembre, M. Marchal de Calvi a essayé d'établir que le diabète était la véritable cause de la gangrène spontanée ou sénile, qu'on avait cru jusqu'alors devoir rattacher à l'ossification des artères ou à l'artérite.

M. Mesnet, dans l'*Union médicale* du 30 avril, a rapporté deux faits qui sont tout à fait analogues à ceux de M. Marchal. Que prouvent ces faits? Ils montrent simplement qu'il faut étudier de nouveau la cause des gangrènes spontanées : ils laissent, en effet, bien des questions à résoudre. D'abord, trouvera-t-on du sucre dans les urines de tous les individus atteints de gangrène spontanée? Dans ces mêmes cas, ne peut-il exister en même temps un diabète et une artérite, ou une ossification artérielle? Le diabète peut-il être dans quelques cas la cause d'une gangrène spontanée, tandis que dans d'autres cas ce sera l'artérite ou l'ossification artérielle qu'il faudra invoquer? On comprend d'après cela que la question de la pathogénie de la gangrène spontanée est toute à revoir. Nous n'en avons pas moins à constater ce grand fait, savoir : qu'une des complications possibles du diabète est la gangrène spontanée.

(*La fin au prochain numéro.*)

Thérapeutique générale des teignes,

PAR M. BAZIN,

Recueillie et rédigée par M. POUQUET, interne du service.

(Suite.— Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105 et 111.)

A une certaine époque de son existence, le champignon rompt ses enveloppes ou plutôt déchire la membrane épidermique superficielle qui est incapable de résister plus longtemps à la pression qu'elle supporte. La rupture de l'épiderme peut se faire en différents lieux; le plus souvent elle s'opère à quelques millimètres du point où la croûte est traversée par le poil, quelquefois aussi au niveau de la circonférence de la cupule.

A partir de ce moment, le parasite se développe en liberté à la surface de la peau et n'offre plus dans son accroissement de forme régulière.

Cependant le poil s'altère chaque jour davantage, les cheveux paraissent de plus en plus décolorés, atrophiés; leur diamètre varie dans les divers points de la tige. Ils sont flétris, d'une couleur terne, gris souris ou cendrée; la plus légère traction suffit pour les faire tomber avec leur racine et leur bulbe, quand ils ne tombent pas d'eux-mêmes. Quelquefois

aussi ils se cassent au niveau des croûtes et leur racine demeure dans le follicule.

Le champignon est encore vivace, les croûtes tombent et se reproduisent et occupent des surfaces de plus en plus étendues. En quelques points on peut trouver encore les godets caractéristiques; mais presque partout ils sont déformés, méconnaissables et remplacés par de larges croûtes plus ou moins saillantes et inégales qui exhalent une odeur fade, repoussante, qui a quelque analogie avec l'odeur de souris, d'urine de chat, de moisissures, de matières animales en macération... On peut aussi la comparer, avec Alibert, à l'odeur des marécages. Cette odeur ne peut être confondue avec aucune autre, et par exemple, celle que répandent les gourmes ou l'impétigo du cuir chevelu est tout à fait différente; aussi, dans les cas où le diagnostic différentiel entre la teigne faveuse et la pseudo-teigne offre quelques difficultés, il ne faut pas négliger les signes que peut vous fournir le sens de l'odorat, sans toutefois leur accorder une trop grande importance, l'odeur ne pouvant jamais constituer un signe pathognomonique.

Il n'est pas très-rare de voir plusieurs poils traverser le même godet; comment se comporte à leur égard la matière favique?

Tantôt ces poils partent d'un même follicule, tantôt et plus souvent ils naissent de follicules différents; dans ce dernier cas un seul de ces poils traverse le godet dans une direction perpendiculaire et en occupe ordinairement le centre; les autres le traversent plus ou moins obliquement. Ces derniers peuvent à la rigueur n'être pas malades, et quelquefois l'examen microscopique ne fait découvrir de spores ni dans leur épaisseur, ni sur leur racine, ni dans le follicule d'où ils naissent. Ce sont des poils qui se sont rencontrés par hasard sur la petite surface envahie par le cryptogame au milieu duquel on les trouve. Quant au poil central, nous savons quels rapports il affecte avec le parasite. — Tels sont les phénomènes que l'on observe dans la deuxième période de la teigne faveuse urcéolaire, quand les godets sont isolés et éloignés les uns des autres; mais pour peu qu'ils soient rapprochés, ils ne tardent pas à se rencontrer dans leur développement excentrique; la couche superficielle de l'épiderme est rompue plus tôt et quelquefois en différents points, et le champignon se développe d'une manière tout à fait irrégulière. De la réunion des godets faviques résulte une surface plus ou moins étendue, de plus en plus anfractueuse, que l'on pourrait prendre pour une plaque de teigne scutiforme ou de teigne squarreuse. Cependant on trouve encore, malgré la déformation des godets, quelques vestiges bien évidents de la disposition urcéolaire primitive. C'est une sous-variété de *porrigo favosa*, à laquelle j'ai donné le nom de favus urcéolaire cohérent. Nous verrons mieux tout à l'heure, quand nous aurons décrit le *porrigo scutulata* et le *porrigo squarrosa*, en quoi elle diffère de ces deux variétés de la teigne faveuse.

Assez souvent le malade lui-même, ne résistant pas aux démangeaisons qu'il éprouve, se gratte et déchire avec les ongles l'enveloppe épidermique des godets qui, dès lors, n'offriront plus de forme régulière dans leur développement. Il peut arriver aussi que le grattage donne lieu à un suintement de quelques gouttelettes sanguines qui se dessèchent sur la croûte fumeuse et lui donnent un aspect brunâtre. Quelquefois, enfin, il augmente l'irritation du cuir chevelu occasionnée déjà par la présence du parasite, véritable corps étranger; alors se montrent en différents points des pustules; des croûtes impétigineuses leur succèdent qui, se mêlant aux croûtes sèches du favus, peuvent masquer le caractère de ces dernières et rendre ainsi le diagnostic sinon impossible, au moins très-difficile. D'ailleurs, ces éruptions d'impétigo, qui viennent compliquer le favus, dépendent de plusieurs causes, parmi lesquelles l'action de gratter est loin d'occuper le premier rang. Assez souvent le parasite peut, par sa seule présence au sein du tissu cutané, éveiller des prédispositions morbides et provoquer la manifestation d'éruptions dartreuses ou scrofuleuses. Souvent aussi des topiques de différentes sortes ont été appliqués dans un but curatif, et des éruptions inflammatoires plus ou moins confluentes ont accompagné ces applications intempestives. Quelquefois, enfin, ce sont des animaux parasites, des poux, qui pullulent sous les croûtes faveuses et occasionnent le développement de l'impétigo parasitaire. Je vous ai déjà signalé les rapports des pustules et des croûtes faviques; je n'y reviendrai pas.

Chez quelques sujets, l'inflammation produite par le parasite végétal ne demeure pas limitée à la couche superficielle de la peau; elle s'étend plus profondément et atteint le tissu cellulaire sous-cutané; alors de véritables abcès se forment en différents points du cuir chevelu, abcès ordinairement circonscrits, de nombre et de volume variables et qui dans certaines circonstances, d'ailleurs très-rares, détruisent toutes les parties molles péricraniennes et arrivent jusqu'à la surface osseuse dénudée; nous en avons tout récemment observé un exemple chez un jeune garçon de quinze à seize ans, couché en bas, au n° 59. Mais je le répète, ces complications de la teigne faveuse sont très-rares. Bien plus souvent, on rencontre des angiolencites et des adénites sympathiques qui occupent les régions sous-maxillaire et parotidienne.

Arrivé à une certaine période de son existence, après un temps qui varie de quelques mois à plusieurs années, le favus urcéolaire, longtemps localisé au cuir chevelu, s'étend aux autres régions du corps, à la face, au tronc, aux membres, souvent précédé dans son développement par des cercles herpétiques d'un très-petit diamètre. C'est ordinairement par voie d'inoculation qu'a lieu la propagation de la maladie, et j'ai dit ailleurs quel rôle jouait le grattage dans ce transport de la matière parasitaire du cuir chevelu à tel ou tel point de l'économie. Le teigneux qui gratte avec l'ongle une partie couverte de favus peut, en grattant ensuite une partie saine de la peau, insérer sous l'épiderme quelques parcelles de matière faveuse. Aussi est-il assez rare de rencontrer des malades qui portent depuis longtemps de la teigne faveuse, chez lesquels on ne trouve pas d'altération des ongles, car le champignon inséré sous l'ongle occupe un terrain qui lui convient à merveille. Il est entre deux lames épidermiques dont la superficielle est très-dure et très-épaisse; il se trouve donc dans des conditions favorables à la germination. Toutefois le favus alvéolaire peut se montrer de prime abord sur toutes les régions, notamment aux bras, aux jambes, aux parties sexuelles; et déjà Mahon avait signalé ce fait que le favus de l'ongle est quelquefois primitif. Enfin, la maladie arrive à la troisième période après un temps si variable qu'on ne saurait aucunement le préciser; les cheveux tombent pour ne plus reparaître, les follicules s'oblitèrent; en même temps les croûtes faveuses se détachent, laissant à découvert des surfaces rouges, déprimées, qui peu à peu se transforment en de véritables cicatrices. — Que s'est-il donc passé, et pourquoi un changement si profond dans l'aspect de la maladie? car déjà les poils étaient tombés plusieurs fois, et plusieurs fois aussi l'irruption favique avait été balayée à la suface de la peau. — L'explication de ces phénomènes est très-simple; tout dépend de la papille pileuse, car sans elle, pas de poil, et sans poil le champignon ne peut vivre longtemps. La première condition pour qu'un poil se reproduise, c'est que la papille pileuse contiuue à sécréter les éléments nécessaires à sa formation; cette vérité tombe sous le sens. Or qu'arrive-t-il dans la teigne faveuse, comme, d'ailleurs, dans toutes les teignes? C'est que le parasite, dans sa marche envahissante, a bientôt atteint la partie la plus profonde du follicule où il rencontre la papille pileuse; il se borne d'abord à dénaturer, à transformer en sa propre substance les produits sécrétés, et de là résultent ces altérations si remarquables des poils sur lesquelles je viens d'attirer votre attention. Jusqu'alors, il n'y a point perte irrémédiable de la chevelure. Mais, au bout d'un certain temps, l'organe sécré-

teur lui-même s'altère, ne souffrant pas impunément la présence de la matière parasitaire. La papille devient donc le siége d'une irritation obscure, elle s'atrophie, et cette altération, faisant des progrès naissants, un jour vient où elle ne peut plus sécréter les éléments formateurs du poil, alors ce dernier tombe, et, ne pouvant plus se reproduire, il y a calvitie définitive. Alors aussi, le follicule pileux n'a plus de raison d'être, et ses parois se rapprochent et ne tardent pas à arriver au contact.

Quelquefois, il me semble vous avoir déjà signalé ce fait sur lequel j'ai le premier appelé l'attention des observateurs, la papille pileuse n'est pas détruite, mais par suite d'une altération spéciale, elle sécrète des cellules épidermiques et non plus des cellules pigmentaires. Dans ce cas, il n'y a pas oblitération du follicule qui doit livrer passage aux cellules épidermiques, comme il livrait passage au poil. D'autres fois enfin, après la disparition du parasite et l'oblitération incomplète du follicule, la papille peut sécréter encore les éléments du poil, et l'on voit, ainsi que l'a fait remarquer M. Cazenave, des débris de cheveux qui rampent et qui semblent emprisonnés sous l'épiderme.

Le jour où la sécrétion pileuse est suspendue sur le bulbe papillaire, le champignon ne trouve plus les éléments nécessaires à sa subsistance, et il ne tarde pas à mourir. Il disparaît donc à la surface de la peau, laissant à découvert les cicatrices qui se forment et sur lesquelles on ne le trouve jamais, quoi qu'en dise M. Devergie. M. Cazenave ne peut comprendre cette disparition du parasite à la troisième période de la maladie, et il l'invoque comme un puissant argument contre la nature végétale de la teigne. Quant à nous, rien, dans ce fait, ne peut nous étonner; qu'il nous suffise donc, pour répondre aux objections de M. Cazenave, de répéter ce que nous venons de dire, que le champignon meurt alors faute de nourriture.

Les surfaces dépouillées de cheveux ont un singulier aspect. Ce sont des places blanches où les bulbes pileux et tout le pigment ont été absorbés par le champignon favique; la peau est lisse, tendue, luisante et extrêmement amincie.

A son début, la teigne faveuse urcéolaire est une affection locale, qui n'a aucune influence fâcheuse sur la santé générale des sujets qui en sont atteints; mais à une époque avancée, quand la maladie dure depuis nombre d'années et qu'elle s'est étendue à la plus grande partie du corps, elle devient beaucoup plus sérieuse. Les fonctions digestives se troublent, le malade devient anémique, tombe dans le marasme, et la mort vient mettre un terme à une si triste existence. Mais ces faits sont maintenant du domaine de l'histoire, et de pareils accidents ne sont plus à craindre depuis que nous avons mis en usage et fait connaître une méthode de traitement toujours efficace.

TEIGNE FAVEUSE SCUTIFORME.

Cette variété, connue aussi sous les noms de favus en écu, favus nummulaire, favus en groupes, en animaux, en cercles, *Porrigo scutulata*..., obscure avant Willan, est maintenant admise par tous les auteurs. Cependant elle est, en France, généralement confondue avec la teigne squarreuse. Ouvrez, en effet, les ouvrages de MM. Gibert, Cazenave, Rayer, et vous verrez que *Favus squarrosa, Porriqo scutulata*, favus en groupes, sont des termes synonymes. Les Anglais, sous le nom de *ringworm*, l'ont confondue aussi, non plus avec le *Porrigo squarrosa*, mais avec la teigne tonsurante. Je vous rappelle enfin que M. Devergie, par suite d'une erreur de traduction, a donné à l'article *Porrigo scutulata* la description du favus urcéolaire cohérent.

A la première période de la maladie on observe, dans cette variété comme dans la précédente, du prurit, des éruptions fugaces, ordinairement érythémateuses, quelquefois aussi, mais plus rarement, pustuleuses, une hypersécrétion épidermique, enfin l'altération primitive des poils. Nous ne reviendrons pas sur chacun de ces phénomènes; nous signalerons seulement les particularités qu'ils offrent dans le favus scutiforme.

L'altération des poils est moins prononcée, moins profonde. L'érythème précurseur affecte une forme plus régulièrement circulaire; les plaques arrondies sont plus larges, plus saillantes, plus rouges et par conséquent plus apparentes, sensibles à la pression du doigt. L'hypersécrétion d'épiderme est beaucoup plus abondante et d'une durée plus longue; nous l'avons vue, sur un malade de notre service persister, six semaines avant l'apparition extérieure du favus. Les poils sont entourés à leur base d'écailles épidermiques, blanchâtres, qui leur forment une gaine adhérente, d'un aspect gommé, donnant à l'affection que nous étudions une grande analogie avec la teigne tonsurante arrivée à la deuxième période; et c'est sans doute ce qui explique l'erreur des Anglais, qui n'ont pas su distinguer les deux maladies. Cependant il y a des caractères différentiels assez nombreux et assez tranchés que vous connaîtrez plus tard. On pourrait également confondre le *porrigo scutulata* au début avec le pityriasis du cuir chevelu; mais la forme circulaire, l'adhérence des squames, la couleur plus foncée, l'aspect gommé des gaînes permettront presque toujours de reconnaître l'affection parasitaire. Enfin, dans les cas difficiles, il faudrait recourir à l'examen microscopique; car, chose remarquable, il semble que cette production d'épiderme se transforme insensiblement dans les éléments du parasite végétal. Les cellules épidermiques deviennent de plus en plus allongées et ne sont bientôt que des tubes de mycelium auxquels se joignent plus tard des sporules, longtemps avant que l'œil puisse distinguer la couleur jaune de la matière faveuse. Cependant les éléments cryptogamiques se rassemblent, et l'on aperçoit au milieu des squames plusieurs petits points jaunes qui soulèvent un peu l'épiderme, et qui peuvent paraître un instant isolés, mais ne tardent pas à se réunir. Ces points jaunes, formés par le champignon, sont autant de petits godets dont il est alors presque toujours impossible de distinguer nettement la disposition, et qui, très-voisins les uns des autres, se pressent et se déforment mutuellement, avant que le parasite soit visible à la surface de la peau. A ce moment la maladie arrive à sa deuxième période.

Les petites croûtes jaunes partielles se réunissent bientôt pour n'en former qu'une seule qui, traversée par les cheveux, recouvre complétement la surface affectée. Les plaques faveuses ont donc, dans cette variété, une forme circulaire; elles sont plus ou moins inégales, bouclées, légèrement saillantes dans leur totalité; elles paraissent quelquefois un peu relevées sur les bords et plus ou moins squameuses. D'ailleurs, ces croûtes jaunes qui exhalent, comme dans la variété précédente, une odeur fade, marécageuse, sont assez souvent aussi imprégnées de sang desséché. Il est rare de n'avoir à observer qu'une seule plaque dans le *Porrigo scutulata*; ordinairement on en voit plusieurs paraître simultanément ou successivement dans la même région; elles se réunissent et ne forment plus qu'une large surface qui occupe la plus grande partie et quelquefois même la totalité du cuir chevelu, et sur laquelle on retrouve presque toujours à la circonférence des arcs de cercle qui rappellent l'évolution primitive par plaques circulaires. Le plus souvent il reste sur le front et sur la partie inférieure de la région occipitale une couronne de cheveux respectés par le parasite. — L'altération des poils est bien évidente, quoique moins prononcée qu'à la période correspondante du favus urcéolaire; l'alopécie arrive moins vite et quelquefois après plusieurs années seulement. Il semble que dans cette variété de la teigne faveuse le parasite perde en profondeur ce qu'il gagne en surface.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 septembre 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Circulaire d'envoi du rapport sur le service des établissements thermaux en 1854, par M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. GINTRAC adresse à l'Académie une lettre de remercîments à l'occasion de l'honneur que la savante Compagnie a bien voulu lui faire en le nommant Associé national.

Ventilation. — M. GUÉRARD fait hommage à l'Académie d'un mémoire de M. Grassi sur un *nouvel appareil de ventilation des navires.* On a fait l'expérience de cet appareil à Toulon, sur un navire qui transportait à Cayenne cinq cents forçats, dont chacun ne se trouvait avoir que 1 mètre 70 centimètres cubes d'air à respirer. Le navire arriva cependant à destination sans avoir eu à délivrer un seul billet d'infirmerie. A son retour, ce navire avait cent quatre-ving-seize passagers à bord, et il n'y eut encore aucun malade.

Optique. — M. GUÉRARD dépose de plus sur le bureau une note de M. Soleil *sur l'échelle numérique des verres de lunette.* L'ancienne échelle était arbitraire et basée sur le foyer; celle que propose M. Soleil est plus rationnelle et fondée sur le grossissement.

Fièvre jaune. — M. LONDE a la parole sur le procès-verbal.

En présence des assertions si formelles de M. Trousseau, je n'ai pas pu, dit l'honorable orateur, donner, on le comprend, de réponse immédiate. J'avais besoin de faire de nombreuses recherches et de m'étayer de l'opinion de celui qui a sacrifié à l'étude de la fièvre jaune sa fortune et sa vie, et qui avait fait plus de cinq cents autopsies et multiplié ses observations avant que les membres de la commission de 1828 eussent commencé les leurs. On comprend que je veux parler de Chervin.

Si nous interrogeons les documents qui existent sur les épidémies de fièvre jaune à Gibraltar et que nous remontions jusqu'à 1804 seulement, nous voyons que James Fellowes signalait comme une cause d'infection dans cette ville les funestes influences des égouts, lesquels étaient cependant bien moins nombreux alors qu'aujourd'hui.

De son côté, Félix Pascalis admet de nombreuses causes de pestilence dans les épidémies de fièvre jaune.

Bancroft attribue à des causes locales qu'il indique l'épidémie des fièvres jaunes qui ravagea Gibraltar en 1804. Et comme lui, Nooth, Burd, ainsi que plusieurs officiers de santé, reconnaissent à cette épidémie une origine locale.

En 1814, le médecin en chef de la garnison, chargé de faire un rapport au général commandant à Gibraltar, voit dans le fait d'une atmosphère chargée des exhalaisons nuisibles qui s'échappent de matières végétales en putréfaction, dans l'absence de ventilation et dans l'encombrement de maisons misérables et de huttes mal bâties, l'origine de la fièvre jaune, sans qu'il soit besoin de la rechercher dans la contagion venue du dehors.

M. Woodward, inspecteur des travaux publics à Gibraltar, signale les égouts comme cause de la fièvre jaune, dont l'extension serait due aux pluies automnales venant mettre en plus grande activité une masse de matières putrides.

Enfin, William Fraser admet aussi, pour point de départ de cette épidémie, de nombreuses causes d'insalubrité.

Voilà, j'espère, assez d'autorités prouvant que Gibraltar n'est point tout à fait, comme l'a affirmé M. Trousseau, exempt de causes d'infection.

M. RUFZ. Je n'ai demandé la parole que pour ajouter quelques mots à ceux que vous venez d'entendre, et je ne me permets d'entretenir la savante Compagnie que parce qu'il m'a été donné d'observer dans des conditions toutes spéciales.

Toutes les fois que la question de la fièvre jaune a été discutée à l'Académie, on a toujours controversé ces deux points litigieux : du rapport de la fièvre jaune avec la fièvre paludéenne et du mode de transmission de la première.

Mais, avant d'aborder cette question, il est nécessaire de faire observer que les conditions de transmission sont aujourd'hui bien changées. Autrefois, on faisait par les navires à voile une longue traversée des Antilles, de la Vera-Cruz, de tous les lieux où règne la fièvre jaune, pour arriver en Europe; et chaque navire ne portait qu'une trentaine de passagers. Tandis que maintenant, les bateaux à vapeur transatlantiques jettent sur les rivages européens, en douze ou quinze jours, de trois à quatre cents voyageurs. Ce qui mérite une sérieuse considération.

Quant à la question du rapport qui existe entre la fièvre jaune et la fièvre paludéenne, on sait que je présentai à ce sujet deux mémoires, et que M. Chervin, qui en était le rapporteur, exprima son opinion dans les termes les plus formels et sous ce titre non équivoque *De l'identité de la fièvre jaune avec la fièvre d'origine paludéenne.* Avant lui, Pringle avait déjà formulé cette opinion à propos des épidémies qui ravagèrent les armées anglaises dans les Pays-Bas. Mais, de mon côté, si j'ai observé de nombreuses analogies entre ces deux ordres d'affection, j'ai noté des dissemblances multiples. M. Chervin, lui, a omis ces dissemblances. Laissant donc de côté toute abstraction, ne nous préoccupant ni de contagion ni d'infection et n'en appelant qu'aux faits, nous voyons que dans les contrées où règne la fièvre jaune, et en temps d'épidémie, on observe un grand nombre de fièvres graves présentant avec la fièvre jaune de nombreuses ressemblances et des dissemblances variées.

Elles ressemblent à la fièvre jaune par l'existence d'un vomissement noir et par l'ictère qu'on observe toujours après la mort. Comme dans la fièvre jaune, il y a un faciès presque caractéristique et le coup de barre. A l'autopsie, il m'a semblé reconnaître l'altération du foie propre à la fièvre jaune, tandis que celle de la rate n'existait point. Je dis qu'il m'a semblé, parce que j'ai fait peu d'autopsies. Dans quelques cas, au début de l'épidémie, la fievre jaune affecte une marche intermittente qu'on lui voit suivre encore à son déclin. C'est dans ces cas que des médecins ont eu à se louer de l'emploi du sulfate de quinine. M. Dutroulau, à cet égard, a adopté une opinion mixte; il admet que dans ces cas la fièvre paludéenne, endémique en ces contrées, complique la fièvre jaune. Mais on peut lui opposer l'opinion des autres médecins, et faire observer d'ailleurs que les fièvres paludéennes graves ne se développent que chez les habitants, et que la fièvre jaune attaque les non acclimatés.

Les dissemblances entre les deux affections ne sont pas moins marquées : ainsi le domaine de la fièvre jaune n'est point celui de la fièvre paludéenne, il est beaucoup plus restreint, puisque la première affection ne règne que du 32e degré de latitude boréale au 6e de latitude australe. Il est vrai que depuis un certain nombre d'années il s'est un peu étendu, car on a vu cette fièvre se montrer à Montevideo, au Sénégal, à Sierra-Leone, et en Europe, à Rochefort, à Brest et à Marseille. Les fièvres paludéennes se développent au contraire dans les latitudes les plus diverses, au centre de l'Asie comme au cœur de l'Europe. La fièvre jaune ne s'observe que sur les bords de la mer, et ne se voit point dans l'intérieur des terres. Elle est bornée en attitude et ne se manifeste pas au-dessus de 500 mètres; ainsi au Mexique, à dix-huit lieues de Vera-Cruz, Xalapa est sa limite extrême. Elle est aussi bornée eu égard aux individus et suivant certaines circonstances : aux Antilles, elle attaque les Européens seulement. La fièvre paludéenne grave et prolongée laisse son cachet à celui qu'elle a affecté, et la fièvre jaune ne le fait point. Cette dernière affection, chose essentielle, ne récidive jamais, tandis qu'il en est tout autrement de la fièvre paludéenne. Il y a donc entre ces deux affections des dissemblances fort tranchées.

On ne peut guère dire, dans l'état actuel de la science, que la fièvre jaune ne tire point son origine du miasme palustre; il faudrait pouvoir étudier celui-ci dans le laboratoire du chimiste. Une patiente observation seule pourra donner à ce sujet des résultats décisifs.

Abordant la question de la contagion, je ne vois aucun cas qu'on puisse attribuer au contact ou à l'inoculation. A cet égard, les expériences de Chervin ont été sans succès. Si l'on invoquait l'analogie, je dis que le choléra ne ressemble point à la fièvre jaune, car il attaque tout le monde, sans acception de personne; en cela semblable à la fièvre paludéenne et différent de la fièvre jaune.

Mais il est aux colonies un fait bien remarquable, c'est que presque tous les enfants nés depuis la dernière épidémie de fièvre jaune et qui avaient eu des fièvres de mauvais caractère, se trouvaient, en temps d'é-

pidémie, à l'abri de l'affection régnante ; ce qui conduit à établir un rapprochement entre celle-ci et la fièvre typhoïde qu'il faut avoir eue une fois pour en être définitivement débarrassé.

Il existe, d'ailleurs, des périodes d'immunité : ainsi de l'épidémie de 1838, à la Martinique, à celle de 1844, il y eut six ans d'immunité; puis l'affection reparut en 1852. Or, pendant ces périodes, il y a des cas de fièvres jaunes sporadiques. Ceux qu'ont observés les médecins militaires étaient tous très-graves, la plupart mortels ; ceux que j'ai vus étaient généralement moins graves. De plus, aux approches des épidémies, on voit se manifester des cas de fièvre qu'on prendrait pour des cas de fièvre jaune en temps d'épidémie. Ce sont les cas douteux que présentent les enfants et ces cas légers des adultes, qui prémunissent les colons dans les épidémies ; ils ne sont pas attaqués par la maladie qui sévit alors si cruellement sur les non acclimatés, parce qu'ils ont eu autrefois une fièvre jaune légère, laquelle était passée inaperçue.

Relativement à la question de la contagion, il reste toujours à démontrer qu'un navire ait jamais apporté la fièvre jaune. Il faudrait à cet égard une enquête solennelle, et la seule qui ait été faite l'a été par MM. Louis, Chervin et Trousseau. Seulement, leur travail est resté à l'état d'énigme pour nous; ils ne nous en ont pas transmis les éléments. Cependant le fait de la transmissibilité de cette fièvre pourra bientôt s'éclaircir par suite de l'établissement de bateaux transatlantiques qui, dans des temps très-courts, transporteront de nombreux passagers. Je sais bien qu'on a donné comme un des caractères de la fièvre jaune de ne jamais s'étendre loin du littoral, et qu'on ne l'a vue en Europe qu'à Cadix, à Gibraltar, à Rochefort, à Brest; mais aucun raisonnement ne prouve que cette fièvre ne nous atteindra jamais. Il est certain, dans tous les cas, que cette affection ne se transmet pas dans toutes les épidémies; en 1820 on comptait à la Martinique deux cents épidémies de fièvre jaune ; j'en ai moi-même observé deux, et comme chaque navire qui arrive présente une patente nette, on ne peut dire que ce soit l'un d'eux qui ait apporté la fièvre jaune. D'un autre côté, en 1853, un fait malheureux ayant ému les autorités de Southampton, celles ci prescrivirent quelques jours de quarantaine; or, plus tard les relations ont été rétablies avec des navires qui, dans la traversée, avaient jeté à la mer de trente à quarante passagers atteints de fièvre jaune, et ces navires n'ont cependant pas transmis cette fièvre.

M. Thomas, membre correspondant, demande à présenter quelques observations ; cependant la parole est maintenue à M. Trousseau.

M. Trousseau. Il m'est déjà assez difficile de répondre aux deux premiers orateurs; ma tâche eût été extrêmement pénible s'il m'eût fallu répondre à un troisième. Je dois donc entretenir l'Académie sur deux points et répondre à deux orateurs : à M. Londe et à M. Rufz. Cette dernière partie de ma tâche sera pleine de périls, car j'aurai à opposer à la grande expérience de M. Rufz ma bien faible expérience.

M. Londe est venu vous apporter l'opinion de certains médecins qui ont pratiqué à Gibraltar et qui prétendent que cette ville est placée dans des conditions d'insalubrité ; à cela je répondrai par ce que j'ai vu. Personne ne conteste que dans une ville, quelle qu'elle soit, si bien située et si parfaitement bâtie qu'on la suppose, il n'existe toujours quelque condition d'insalubrité ; mais il s'agit ici de conditions palustres, ce qui est toute autre chose. Est-ce que Paris n'a pas Montfaucon, Bondy qui l'avoisinent et lui déversent leurs miasmes empoisonnés? Est-ce que Lyon n'est pas entouré de mille causes d'insalubrité? Or, je vous le demande, a-t-on jamais prétendu que ces villes fussent placées dans des conditions palustres ? Il est donc absolument nécessaire de distinguer ces deux espèces de conditions. Mais Gibraltar est-elle donc placée dans les conditions insalubres que l'on a dites ? Ici, j'en demande pardon à l'Académie, mais je suis obligé de revenir sur des détails topographiques. Gibraltar est assis à l'ouest sur un roc présentant un versant de 50 degrés; elle possède trois rues, dont deux peu praticables, et les égouts partent de la rue Supérieure ; ces égouts tombent presque perpendiculairement dans la mer, de sorte que leur contenu n'y peut séjourner. Si d'autre part on songe à l'inclinaison énorme de 50 degrés que présente la ville, on verra facilement que les eaux de pluie, comme celles de lessive, comme les eaux ménagères, doivent rapidement tomber dans la mer et ne peuvent pas plus séjourner dans les rues qu'elles ne le feraient sur une gouttière. Il est donc difficile d'imaginer une ville mieux située.

Maintenant, on a répété encore, à propos de l'épidémie de 1828, que les pluies automnales avaient remué les boues de la ville ; or, ces pluies tombèrent en décembre, et le début de l'épidémie remonte au mois d'août, c'est-à-dire avant les pluies automnales. Depuis 1804 chacun répète cette opinion de Fraser; eh bien ! dès le mois d'août, le général commandant la place ordonnait de jeter d'énormes quantités de chlorure de chaux dans les égouts, qui furent à ce point purifiés qu'aucune odeur ne s'en exhalait plus. Et ces égouts, ainsi purifiés chaque jour, devinrent inhabitables pour les rats, qui furent tous tués et précipités dans la mer. On lava donc ainsi pendant longtemps ces égouts et cependant l'épidémie continuait lentement, pas à pas, sa marche envahissante, pour atteindre, en octobre, son maximum d'intensité. Il y a plus encore : non-seulement ces égouts furent lavés avec le plus grand soin, mais de ce que les habitants de Gibraltar avaient pour la plupart déserté la ville infectée, ils n'étaient plus qu'à peine salis, la garnison seule étant restée à son poste. Et cependant la fièvre jaune sévissait toujours terriblement. En conséquence, je ne crains pas de le dire, ce n'est point dans ces égouts que résidait la cause de la fièvre jaune. Et, d'ailleurs, ces égouts n'existaient-ils donc point de 1804 à 1828, et n'en fut-on pas moins quatorze ans sans avoir d'épidémie alors même qu'on ne lavait point ces égouts? On a encore été chercher la cause de cette terrible maladie dans je ne sais quel petit cimetière situé aux portes de la ville; mais ce cimetière existait avant comme il a existé après l'épidémie. Laissez-moi vous raconter un autre résultat de nos recherches. Nous trouvâmes un jour, dans nos pérégrinations autour de la ville, une petite ferme, située à six cents pieds au-dessus de la mer, où Chervin découvrit un amas de fumier qui présentait bien tout au plus un volume de deux mètres cubes, et provenant des déjections d'un cheval ou d'un âne. Eh bien ! c'est dans ce tout petit amas de fumier, à demi rôti par un soleil torride, que notre savant collègue se hasarda à placer la cause de la fièvre jaune.

En résumé, et à supposer l'identité de nature des deux affections, il n'y avait dans la ville aucun cas de fièvre palustre, ce serait donc chose puérile que d'admettre comme cause de la fièvre jaune les conditions dont je viens de parler.

Pour répondre à M. Rufz, ma tâche devient énormément difficile, car il a vu maintes fois, et dans des conditions variées, ce que je n'ai vu qu'une seule fois et en un seul point. M. Rufz vous a signalé les ressemblances et les dissemblances qui existent entre la fièvre palustre et la fièvre jaune; il vous a dit comment une certaine fièvre jaune attaquait les enfants nés après une épidémie, et comment le sulfate de quinine guérissait les fièvres survenant chez les acclimatés. Quant à nous, nous n'avons point vu dans la fièvre jaune, que nous avons observée en Europe, les modifications signalées par M. Rufz. Cette affection a suivi une marche aussi continue que peut l'être une maladie à type continu, et si l'on a parfois noté des intermittences, elles n'ont jamais été semblables à celles de la fièvre paludéenne. Il n'est pas un médecin, même parmi ceux qui soutiennent l'identité de nature des deux affections, qui ait prétendu le contraire ; la seule analogie qu'ils aient pu trouver a été une analogie de causes. L'examen cadavérique, qui a fourni à M. Louis les éléments de son excellent travail, a toujours permis de constater une lésion de coloration du foie, aussi pathognomonique pour cette fièvre que l'est celle des plaques de Peyer pour la fièvre typhoïde. A cette lésion constante se joignaient des altérations qu'on peut trouver dans diverses maladies : des désordres intestinaux, des hémorrhagies interstitielles ; mais jamais nous n'avons rencontré de lésion de la rate.

Il m'a été donné d'observer une épidémie de fièvre palustre des plus graves, et pas une seule fois n'a manqué cette altération de la rate, qui était souvent ramollie au plus haut degré, présentait alors des désordres épouvantables, et, parfois rompue, avait causé la mort par hémorrhagie foudroyante dans la cavité du péritoine. Or, jamais cette lésion capitale de la rate, spéciale à la fièvre intermittente, n'a été rencontrée par nous dans la fièvre jaune.

Maintenant, de ce que, dans une épidémie de fièvre jaune, M. Rufz a vu des individus présenter des phénomènes intermittents, il conclut à une certaine ressemblance entre deux affections de nature si diverse. Mais qui donc n'a pas vu, en pleine épidémie de fièvre intermittente et dans les lieux où cette fièvre est endémique, les maladies aiguës présenter des phénomènes d'intermittence? C'est là le cas de nos médecins d'Afrique qui voient, en Algérie, les pleurésies, les pneumonies

revêtir un type tierce, double tierce, et présenter des exacerbations qui sont loin d'être propres à ces affections. On voit alors dans une maladie aiguë se manifester des accès fébriles diurnes à intermittence très-nette, de dix heures à quatre heures. Et cependant c'est en vain qu'on donne alors le sulfate de quinine. Si donc M. Rufz a observé des accidents intermittents au début et au déclin d'une épidémie de fièvre jaune, c'est qu'il observait dans une contrée où règne endémiquement la fièvre palustre; mais pour nous, qui nous trouvions en un lieu où n'existe point la fièvre intermittente, nous n'avons jamais noté de phénomènes d'intermittence.

Quant à la transmissibilité, M. Rufz n'y croit pas; bien qu'il n'ait pas très-catégoriquement formulé son opinion, la contexture de sa phrase la trahit assez. Mais à cet égard il est malheureux qu'on veuille toujours comparer une contagion à une autre : celle de la gale à celle de la vérole, et cette dernière à celle de la dyssenterie. Il y a là des rapprochements impossibles.

Plus tard, si l'Académie le veut bien, j'aborderai cette grande question de la contagion; mais, en attendant, permettez-moi d'emprunter des exemples à un ordre de faits très-naturels. Spallanzani, faisant ses mémorables expériences sur la génération, vit bientôt que, pour féconder le frai de la grenouille, il devait concentrer préalablement le sperme du mâle. Mais ce qui lui réussissait pour la grenouille était infructueux pour la salamandre; c'est en vain qu'il condensait et condensait encore le sperme de cet animal; toujours l'insuccès venait tromper ses efforts. Le bon abbé fit alors ce que nous, médecins, devrions toujours faire : il observa, et penché sur le bord d'un bassin, il suivit de l'œil les manéges des salamandres en amour; il vit les agaceries par lesquelles la femelle cherchait à attirer le mâle, qui n'approchait jamais de sa compagne, mais se maintenait toujours au-dessus d'elle, à une assez grande distance. Tout à coup Spallanzani vit l'eau troublée par l'émission d'une grande quantité de liquide spermatique arrivant ainsi à la femelle mêlée au flot d'eau qui l'entraînait. Instruit par ce fait, il étendit d'eau le sperme de la salamandre et obtint des fécondations artificielles. Eh bien, il en est ainsi parfois des principes morbifiques : ils ont besoin d'être dilués, suivant les temps, les conditions et les individus. La vérole n'offre-t-elle point de ces énigmes? Pourquoi dans tel cas y a-t-il contagion, et pourquoi n'y en a-t-il point dans tel autre? Nous ne le savons pas. Nous voyons parfois, en avril, sous notre ciel inclément, de pauvres fleurs d'amandier entr'ouvrir audacieusement leur corolle; pour les unes, ce sera inutilement que le pollen aura été déposé sur leur stigmate, la fécondation n'aura point lieu; tandis que pour d'autres de nombreuses gelées auront pu survenir sans avoir entravé la fécondation.

La germination nous offre de semblables problèmes. Sur mille noyaux de cerise confiés à la terre, deux cents seulement donneront naissance à une plumule; ne croyez pas ceux qui restent perdus pour cela; l'année suivante, dans la même semaine peut-être, quatre cents autres germeront encore, qui auront cependant été, comme les premiers, placés dans des conditions identiques d'humidité et de chaleur.

Réaumur avait pris un certain nombre de larves du *bombyx pavonia major*, converties en chrysalides, et les avait placées dans la poussière de son écritoire; les conditions étaient les mêmes pour toutes, et cependant huit ou dix papillons éclorent seulement. Quant aux autres chrysalides, elles n'étaient point mortes, car elles se redressaient sous le coup d'une excitation. Or, l'année suivante, la même semaine, quinze ou vingt papillons apparurent; puis l'année suivante encore, les quinze ou vingt derniers virent le jour. Eh bien (et c'est là que j'en voulais venir par cette longue digression), supposez une semence morbide, je dis qu'il vous est impossible à vous, médecins, de savoir pourquoi elle germera plutôt certain jour qu'un certain autre.

Nous avons vu des faits de contagion de fièvre jaune se manifester à Liverpool, à Londres, au Havre, et d'autres points n'être pas infectés dans lesquels un jour peut-être, les semences de contagion lèveront et produiront la fièvre jaune. M. Rufz vous a dit que cette fièvre n'aimait point les latitudes australe s, ce qui est vrai. Eh bien, il y a quelques années, on a vu la fièvre jaune s'étendre dans ces latitudes; tel est le cas de Fernambouc et de Bahia.

Pour terminer, je dirai donc qu'il n'y a aucune espèce d'identité entre la fièvre jaune et la fièvre paludéenne. Et j'ajoute que, parce que la première n'a pas été reconnue transmissible dans nos pays, il ne s'ensuit pas qu'elle ne le soit point dans d'autres.

M. LONDE. Vous me devez des remercîments, messieurs, car c'est moi qui ai provoqué l'admirable improvisation que vous venez d'entendre; je vous proteste que M. Trousseau n'était pas prévenu de l'intention où j'étais d'intervenir aujourd'hui.

Maintenant, messieurs, comme de longue date je connais l'habileté de mon éloquent antagoniste, j'ai pris d'avance mes précautions et je ne me présente pas aux coups de M. Trousseau tout à fait désarmé.

Je réponds d'abord à M. Trousseau au sujet du mot *palustre*. Messieurs, au point de vue de l'hygiène, on doit comprendre sous le nom de marais, non pas seulement ce que désigne le langage vulgaire, mais, dans un sens plus général, toute portion de sol où croupissent les eaux, et qui donne lieu, sous l'influence de la chaleur, au dégagement des miasmes qui engendrent les fièvres; ainsi les mares, les fossés, les canaux, les égouts, peuvent à titre égal, et malgré les conditions les plus diverses, devenir des foyers d'émanations miasmatiques.

J'arrive maintenant aux témoignages propres à faire connaître si la ville de Gibraltar recélait ou non des causes d'infection lors de l'épidémie de 1828.

Dans son rapport du 29 août 1828, à M. le lieutenant général, M. le docteur Hennen, assisté des docteurs Wilson et Woods, dit avoir été surpris, à chaque pas qu'il a fait dans la ville de Gibraltar, non point de ce que la fièvre y a éclaté, mais de ce qu'elle ne s'est point étendue au delà; et il ajoute, dans une circulaire du mois de septembre, que plusieurs des égouts des maisons particulières se trouvent engorgés et répandent des vapeurs très-préjudiciables à la santé des habitants. Aussi recommande-t-il de placer un couvercle sur leurs ouvertures.

Le docteur Broadfoot, médecin de la quarantaine, et par position grand contagioniste, demande qu'on trouve un moyen de balayer puissamment les égouts à l'aide de courants d'eau entraînant le contenu à la mer.

M. Woodward considère également ces égouts comme des réceptacles de matières putrides, d'où s'échappent des effluves nuisibles qui, en raison même de l'inclinaison des égouts, se répandent dans la ville. Il conseille, en conséquence, d'établir au-dessus de la ville des réservoirs pour l'eau de pluie, à l'aide desquels on pourrait nettoyer les égouts.

C'est encore de ceux-ci que s'échapperaient, suivant le major Pelkington, les causes de corruption de l'atmosphère. Car, en été, les matières y stagnent à moitié desséchées, et le vent d'ouest n'arrive à la ville qu'après avoir circulé sur ces matières.

M. Pearson s'étend sur l'odeur extrêmement désagréable qui provient de ces égouts, et MM. Smith et Amiel sont du même avis.

Je pourrais, dit M. Londe en terminant, multiplier les citations de ce genre, en continuant de copier tout ce qui a été publié sur l'épidémie de Gibraltar en 1828. Mais en voilà assez, ce me semble, pour établir que l'opinion de M. Trousseau trouve de nombreux contradicteurs parmi les hommes qui habitaient Gibraltar depuis longtemps à l'époque de son voyage.

M. THOMAS. Parti d'Europe contagioniste fervent, j'arrivai dans ces dispositions à la Nouvelle-Orléans: mais je ne tardai pas à faire amende honorable, comme mon maître Lefort et comme tant d'autres, qui prenaient autrefois contre la contagion des précautions minutieuses. Je dois dire aussi que je n'ai jamais vu la fièvre jaune présenter des phénomènes intermittents.

Appareil de fracture. — M. GAILLARD, de Poitiers, membre correspondant, présente un nouvel appareil de fracture de jambe qui satisfait à ces deux indications: de pouvoir être appliqué dans les plus pauvres chaumières et de permettre de surveiller attentivement les fractures compliquées ou comminutives.

Il se compose: 1° d'une planchette percée de trous et sur laquelle repose la jambe; 2° de deux planchettes latérales, qui se fixent de champ sur la première au moyen de chevilles; 3° de coussins en balle d'avoine, destinés à isoler les membres des parois de cette espèce de gouttière.

Des cravates relient la jambe à cet appareil simple et si peu coûteux.

La séance est levée à cinq heures.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 113. 5e ANNÉE. Samedi, 19 septembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 18 septembre 1857.

Séance de l'Académie des sciences
DU 7 SEPTEMBRE 1857.

[**Fluor dans l'économie et dans les eaux minérales. Anesthésie. — Glucogénie.**]

Les sciences médicales ont repris à l'Académie, dans la séance du 7, leur revanche du silence qu'elles avaient gardé dans les séances précédentes. Nous avons donc aujourd'hui abondance de sujets à réflexions, aussi devrons-nous glisser sur la plupart d'entre eux. Nous ne pourrons entre autres que mentionner l'histoire pathologique du « *flamant* (ne pas confondre avec le modèle des personnages de Teniers, — il s'agit du *phœnicopterus ruber*) qui vit *en nombre* et en société *organisée* » sur les bords du lac de Tunis, histoire tracée avec un cachet tout particulier par un associé de l'Académie, M. le docteur Guyon. Nous ne ferons que mentionner aussi l'appétit de ce vorace hyménoptère dont les mœurs ont été dévoilées par M. le maréchal Vaillant, et qui pousse l'effronterie jusqu'à prendre pour des magasins de comestibles les gibernes des zouaves, et pour des fromages les projectiles qu'elles renferment.

Il nous faut insister un peu plus sur la communication d'un chimiste distingué, M. Nicklès, relative à la présence du fluor dans l'économie animale, dans les eaux potables et dans certaines eaux minérales. Deux faits surtout doivent nous occuper dans cette communication.

Le premier, c'est que là où des hommes comme Berzélius, Gay-Lussac, etc., avaient trouvé 3 grammes de fluorure de calcium p. 100, M. Nicklès n'en a trouvé que 5 *centigrammes*, c'est-à-dire soixante fois moins. La cause d'erreur, il est vrai, résidait dans l'impureté des réactifs, employés par les grands chimistes que nous venons de nommer; seulement, lorsque des hommes de cette valeur oublient de se mettre à l'abri d'une semblable cause d'erreur, on peut bien craindre à bon droit que beaucoup d'analyses ne soient entachées du même vice. C'est là, nous le croyons, un grave motif de circonspection, relativement aux conséquences à tirer pour la pathologie et surtout pour la thérapeutique des résultats fournis par la chimie, résultats dont un si grand nombre ne sont que provisoires.

Le second point que soulèvent les intéressantes recherches de M. Nicklès est précisément relatif aux applications thérapeutiques qui en pourraient découler : faut-il attribuer au fluor une partie des propriétés curatives des eaux minérales dans lesquelles l'habile chimiste a constaté en proportion notable la présence de ce principe élémentaire? C'est une question absolument insoluble pour le moment, mais que les recherches persévérantes de M. Nicklès pourront peut-être éclairer quand elles seront suffisamment multipliées, et en attendant que la longue expérience se soit prononcée définitivement à cet égard. Nous publierons, lorsque le moment sera venu, l'exposé sommaire et néanmoins complet de l'ensemble des recherches de M. Nicklès.

— L'amylène a trouvé deux nouveaux adversaires dans MM. Bonnet et Foucher, dont les expériences fournissent en effet quelques arguments de plus contre un agent que bien des considérations faisaient déjà repousser.

— La syphilisation a cru devoir une fois de plus faire entendre sa voix par l'organe de M. Sperino. Les *comptes rendus* ont sans doute voulu donner la mesure de l'intérêt qu'ils témoignent à cette honnête invention, en lui accordant *une demi-ligne* de mention; avec une demi-ligne de moins, les *comptes rendus* auraient été complétement justes.

— MM. Cloez et Vulpian ont lu le résumé de quelques recherches sur l'analyse chimique des capsules surrénales; ces recherches pourront devenir intéressantes; mais au point où elles en sont, elles ne nous ont point paru assez avancées pour qu'on en dût faire l'objet d'une lecture à l'Académie.

— La glucogénie continue à préoccuper les expérimentateurs. Nous tâcherons d'apprécier prochainement les nouveaux travaux auxquels elle a donné lieu; nous nous bornerons pour aujourd'hui à dire quelques mots de l'un de ces travaux, qui s'éloigne par sa facture et par sa nature de ceux qui se sont produits jusqu'à ce jour. Ce travail est de M. Coze. Nous n'en pouvons juger que par les conclusions; mais nous craignons bien que ces conclusions soient plus que suffisantes pour inspirer des doutes sur la rigueur des procédés matériels et logiques dont M. Coze s'est aidé pour effectuer son mémoire.

Par exemple, M. Coze pense avoir trouvé que sous l'influence *du chlorhydrate de morphine* (la dose, le temps d'administration, les conditions physiologiques, etc., sont à deviner) la quantité de sucre *augmente de plus du double* dans le foie et dans le sang artériel, et s'élève de 0,59 à 1,39 dans le premier, de 0,05 à 0,11 dans le second. — D'où il conclut que « *la combustion pulmonaire n'est donc ni augmentée ni diminuée.* » Voilà un genre d'induction que bien des gens trouveront hors de leur portée; cela ne prouverait assurément pas grand'chose contre M. Coze, si parmi les

gens en question ne se trouvait pas Barême ; mais Barême est un terrible argumentateur.

Supposons que M. Coze ait bien cherché, bien trouvé, bien pesé le sucre du foie et celui du sang artériel ; supposons que l'augmentation constatée du sucre ne puisse reconnaître d'autre cause que l'administration du chlorhydrate de morphine ; supposons que la disparition du sucre du sang et des organes ne puisse être due qu'à la combustion pulmonaire ; ce qui fait déjà pas mal de suppositions, quoique ce n'en soit probablement pas assez.

De toutes ces suppositions, il résulterait donc pour M. Coze que la combustion pulmonaire serait égale chez deux individus dont l'un aurait 12 grammes de sang dans le foie et 1 gramme dans le sang artériel, et dont l'autre aurait 144 grammes de sang dans le foie et 12 grammes dans le sang artériel, c'est-à-dire deux quantités qui sont entre elles dans le même rapport géométrique que les deux premières.

Mais Barême ne pense pas comme M. Coze : il croit (Barême), que pour réduire 12 grammes à 1 gramme, il suffit d'en retrancher 11 ; tandis que pour réduire 144 grammes à 12 grammes, il en faut retrancher 132. Dans le premier cas, suivant Barême, la combustion pulmonaire n'aurait donc consommé que 11 grammes, tandis qu'elle en aurait consommé 132 dans le second ; ces deux combustions ne sauraient donc être, selon Barême, considérées comme égales. Voilà ce que pense Barême. Quant à moi, je pense que M. Coze a confondu une proportion géométrique avec une proportion arithmétique, ce qui est beaucoup moins facile que de se tromper dans des analyses aussi rigoureuses que celles qu'il annonce ; ce qui me fait craindre que ces analyses ne laissent beaucoup à désirer.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Etudes cliniques sur le diabète et l'albuminurie,

Par A. BECQUEREL, *professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.*

(Suite et fin. — Voir les nos 107, 108, 110, 111 et 112.)

Terminaisons.

Le diabète idiopathique est une maladie qui peut se prolonger la vie entière. Il est rare toutefois que les choses se passent ainsi, et la plupart du temps le diabète conduit à la mort les malades qui en sont atteints ; d'autres cas enfin, ce ne sont malheureusement pas les plus nombreux, arrivent à une guérison définitive et solide ; la maladie peut récidiver, mais dans quelques cas aussi la guérison est définitive et sans rechute.

La mort peut avoir lieu de plusieurs manières. Les modes suivants sont les plus fréquents :

1° Par épuisement. Le malade meurt dans un état d'amaigrissement et de marasme profond, sans que l'autopsie fasse reconnaître aucune lésion organique.

2° Par le développement d'un état fébrile d'abord simple, et qui à la fin se complique de délire presque toujours et plus rarement de convulsions.

3° Sous l'influence de vomissements ou de diarrhée qui s'établissent d'une manière définitive et font rapidement succomber les malades.

4° Sous l'influence de complications diverses. Les plus fréquentes sont les suivantes : *a.* les tubercules pulmonaires et intestinaux ; *b.* une phlegmasie aiguë de l'appareil respiratoire ; *c.* une entéro-colite ; *d.* l'albuminurie.

Diagnostic.

Le diagnostic du diabète proprement dit ne présente de difficultés que pour le diabète symptomatique. Le seul phénomène morbide est la présence du sucre dans les urines ; mais aucun trouble fonctionnel ne l'annonce au dehors ; il est donc évident que si l'on n'examine pas les urines dans tous les cas soumis à l'observation, la connaissance du diabète symptomatique échappe complétement à la sagacité du médecin ; d'où l'on peut tirer la conclusion qu'il faut examiner au moins une fois les urines de tout individu malade.

Quant au diabète idiopathique, il y a impossibilité de se tromper si on examine les urines, car le sucre y est en telle proportion qu'on ne saurait un instant le mettre en doute. On a cependant confondu le diabète idiopathique avec les deux états morbides suivants : la polydypsie et la polyurie.

La polydypsie est une maladie caractérisée par l'aberration du sentiment de la soif, qui est singulièrement exagérée. Si les urines sont extrêmement abondantes, elles ne le sont certainement que pour évacuer la quantité anormale d'eau introduite dans l'organisme. Les urines sont constituées de la manière suivante : quantité très-considérable, mais exactement en rapport avec celle des boissons ingérées ; urines très-claires, limpides, verdâtres, peu acides et d'une densité très-faible. C'est tout simplement la même proportion des principes solides, mais étendus dans trois, quatre, cinq et six fois plus d'eau. Dans cette urine, d'une faible densité, il n'y a aucune trace de sucre.

La polyurie est un flux urinaire idiopathique. La soif qu'accusent les malades n'est pas un phénomène primitif, comme dans le cas précédent, mais un phénomène consécutif et destiné à réparer la perte que l'organisme a éprouvée par suite de l'existence du flux urinaire.

Dans la polyurie les urines ont tout à fait leur composition normale, même couleur, même densité, même acidité, etc. Seulement, leur quantité est beaucoup plus considérable : il n'y a aucune trace de sucre. L'existence d'une polyurie doit toujours donner à réfléchir au médecin ; car le diabète est souvent remplacé pendant un certain temps par une polyurie simple, et après une durée plus ou moins longue de la disparition du sucre, on est tout étonné de le voir revenir dans les urines, et cela sans cause appréciable, évidente.

Pronostic.

Le pronostic du diabète idiopathique est toujours grave ; il doit toujours faire redouter une terminaison fatale au bout d'un temps plus ou moins long. Les cas de guérison complète sont, en effet, tout exceptionnels. En somme, comme maladie, c'est une maladie grave. Elle l'est d'autant plus que le flux urinaire est plus abondant, que la quantité de sucre est plus considérable, que la maladie est plus ancienne, enfin qu'il s'est déjà montré une complication.

Traitement.

Si l'on consulte les traités de médecine modernes, il est facile de s'assurer que presque tous les agents de la matière médicale ont été successivement employés contre le diabète. Je n'ai donc pas la prétention de faire passer sous les yeux du lecteur une énumération fastidieuse des traitements dont l'inutilité a été successivement reconnue. Nous dirons seulement quelques mots de trois modes de traitement qui ont été tour à tour vantés et qui sont les seuls agents thérapeutiques qui aient un peu survécu. Ces trois moyens sont : 1° les purga-

tifs ; 2° l'opium ; 3° la méthode de Thénard et de Dupuytren.

1° *Purgatifs.* — On ne saurait méconnaître que l'emploi répété des purgatifs ne diminue et l'abondance du flux urinaire et la quantité d'eau; ils constituent donc un bon moyen adjuvant et auquel presque tous les médecins qui traitent des diabètes ont souvent recours. Mais il y a loin de là à une méthode exclusive. Tous les purgatifs peuvent être mis en usage : on doit consulter à cet égard l'idiosyncrasie des sujets. J'ai la conviction qu'il faut souvent, très-souvent même, employer les purgatifs, et spécialement les purgatifs salins et alcalins (magnésie) chez les diabétiques, qu'ils présentent ou non de la constipation.

L'emploi des purgatifs présente cependant quelques inconvénients; ils peuvent favoriser l'établissement définitif d'une diarrhée qui affaiblit les malades et qu'il est souvent difficile d'arrêter.

2° *Opium.* — L'opium a été souvent employé et l'est encore aujourd'hui par un certain nombre de médecins : on peut en faire usage à doses modérées ou à fortes doses. Je l'ai souvent expérimenté de la manière suivante : on commence par 0gr05 d'extrait thébaïque en vingt-quatre heures, on arrive à 0gr15, à 0gr20 et même à 0gr25. Je n'ai jamais vu sous cette seule influence le sucre disparaître ou même diminuer d'une manière notable. Je suis donc porté à douter des prétendus cas de guérison qu'on a cru obtenir à l'aide de ce médicament. Voici, je pense, ce qui a peut-être fait illusion dans quelques cas d'amélioration obtenue sous l'influence de l'opium : on voit l'appétit et la plupart des sécrétions diminuer. Il y a en même temps de la constipation. Or, la sécrétion urinaire diminue en même temps, et il peut y avoir moins de sucre sécrété en vingt-quatre heures et un flux urinaire moindre. Mais dès qu'on vient à cesser l'emploi de l'opium, on voit le flux urinaire revenir au même degré et le sucre reparaître en même quantité. D'un autre côté, il arrive souvent que l'administration de l'opium augmente la soif et que cette augmentation de soif maintient au même degré l'abondance du flux urinaire.

En résumé, je crois qu'on doit réserver l'opium pour le seul cas de diarrhée compliquant le diabète.

3° *Traitement de Thénard et Dupuytren.* — Ce traitement a servi certainement de point de départ à l'une des méthodes actuellement en usage. Il consiste dans l'usage à peu près exclusif des aliments azotés et spécialement de la viande de porc.

Méthodes modernes.

Traitement de M. Bouchardat. — La formule du traitement de M. Bouchardat a précédé évidemment la théorie qu'il a proposée du diabète. On peut le résumer en un certain nombre de propositions qui en font bien connaître les détails. Ce sont les suivantes.

1° On doit supprimer chez les diabétiques tous les aliments contenant du sucre ou de la fécule, c'est-à-dire les aliments féculents et sucrés. Ainsi les farineux tels que les graminées, les légumineuses, toutes les substances contenant de la fécule; le sucre, les fruits sucrés, etc. Une étude de la composition des aliments peut permettre à tout médecin de formuler lui-même les prescriptions alimentaires qu'il faut exécuter.

2° Il faut substituer chez les diabétiques le pain de gluten et les diverses préparations de gluten granulé au pain ordinaire et aux fécules de diverses natures qu'on emploie pour les potages.

3° On doit nourrir les diabétiques avec toute espèce d'aliments d'origine animale ou bien avec des aliments d'origine végétale ne contenant ni fécule ni sucre. Il est encore facile d'établir quels sont les aliments de cette nature dont on peut faire usage.

4° Il faut conseiller aux diabétiques l'usage des vins généreux, du café, du thé, pourvu bien entendu qu'il n'y ait pas de sucre ni de fécule dans ces liquides.

5° On peut employer comme moyens adjuvants auxiliaires, et cela suivant les indications spéciales, les médicaments suivant : *a.* Les différentes préparations de quinquina et spécialement le vin de quinquina ; *b.* l'opium dans certains cas spéciaux ; *c.* les purgatifs ; *d.* enfin et surtout les alcalis. Les alcalis que M. Bouchardat conseille sont surtout les eaux bi-carbonatées, le tartrate neutre de soude par lequel il fait remplacer le chlorure de sodium dans toutes les préparations culinaires dans lesquelles entre ce dernier condiment ; il l'emploie aussi à titre de médicament ; enfin l'acétate et le carbonate d'ammoniaque qui remplissent la double indication d'agent alcalin et de médicament stimulant.

6° L'habitation à la campagne et surtout l'exercice au grand air.

Quels ont été les résultats du traitement de M. Bouchardat ? Voici ce qu'une expérience déjà ancienne sur ce sujet et des observations nombreuses de traitement fait à l'aide de cette médication m'ont démontré :

1° D'abord dans un certain nombre de cas, guérisons positives, réelles et qui ont semblé irrévocables,

2° Dans d'autres cas, guérisons momentanées, d'une durée plus ou moins longue, et suivies d'une rechute plus ou moins complète. On obtient souvent ainsi une série de guérisons et de rechutes aboutissant finalement soit à une guérison définitive, soit à un diabète permanent et par la suite mortel.

3° Dans beaucoup de cas, le sucre disparaît tant qu'on suit rigoureusement le traitement ; dans beaucoup d'autres également, on n'a pas une disparition complète, mais une diminution notable de ce sucre, diminution qui persiste tant qu'on suit le traitement, et qui reparaît quand on vient à l'interrompre ou à le suivre moins rigoureusement.

4° Dans un petit nombre de cas, influence absolument nulle du traitement, soit sur la disparition complète, soit sur la simple diminution du sucre.

Tels sont les résultats des observations que j'ai pu recueillir. Voici maintenant quelques objections qu'on peut adresser à ce traitement et qu'on emprunte aux faits physiologiques et aux faits pathologiques. Ainsi M. Bernard a démontré que le sucre du foie pouvait se former aux dépens des matières albuminoïdes seules, et sans que l'animal qui le fournit ait pris depuis longtemps un atome de fécule. La même chose peut donc avoir lieu chez l'homme.

C'est en effet ce qu'a démontré l'observation si curieuse recueillie par M. Andral, et qu'il a lue à l'Académie des sciences. Une femme enfermée pendant un mois, surveillée rigoureusement et n'ayant fait usage d'aucun aliment féculents ni sucré, fabriquait toujours autant de sucre que quand elle faisait usage d'une nourriture mélangée de matières albuminoïdes et végétales.

Je possède trois observations analogues dans lesquelles des individus soumis au traitement rigoureux de M. Bouchardat continuaient toujours de sécréter chaque jour dans les urines une grande quantité de sucre. Il y en avait de 150 à 200 grammes dans les urines de vingt-quatre heures, au lieu de 300 à 400, chiffre auquel on remontait presque immédiatement dès qu'on redonnait des féculents aux malades.

Une observation attentive me permet de conclure que si assez souvent le traitement de M. Bouchardat échoue, il est cependant encore un des meilleurs que nous possédions. Quelquefois il guérit complétement; d'autres fois il permet aux malades de vivre très-longtemps, même de longues années. Ce n'est peut-être, en somme, que dans la minorité des cas qu'il ne réussit pas, et encore agit-il au moins en diminuant notamment la quantité du sucre.

Traitement de M. Mialhe. — Le traitement de M. Mialhe peut être formulé de la manière suivante, il repose sur l'emploi exclusif des alcalis. Voici de quelle manière on en fait usage :

1° Les malades doivent faire usage très-longtemps, soit de l'eau de Vichy, soit de carbonate de soude en dissolution, en pilules ou en dragées.

2° La magnésie calcinée ou la magnésie carbonatée doivent être employées fréquemment, et elles agissent doublement et comme alcalis et comme purgatifs légers.

3° L'alimentation peut être parfaitement indifférente sous le rapport des aliments albuminoïdes et féculents; on doit observer avec soin de rejeter tous les acides et tous les médicaments acides.

4° Conseiller les frictions stimulantes de la peau, l'exercice, les bons stimulants, etc.

Les résultats du traitement de M. Mialhe n'ont pas toujours été semblables. Je crois cependant qu'on peut admettre d'une manière générale que les alcalis favorisent, soit la disparition absolue, soit la diminution absolue du sucre dans les urines. Je ne puis nier que cette médication ait produit des guérisons complètes et absolues. Ce que je veux dire ici, c'est que je n'en ai observé aucune. Loin de là, j'ai soumis pendant un mois à l'hôpital de Lariboisière un diabétique à une médication alcaline active et rigoureuse, il rendait avant comme après son traitement de 300 à 400 grammes de sucre en vingt-quatre heures par les urines.

L'objection qu'on aurait pu, du reste, adresser théoriquement à la médication de M. Mialhe est bien simple. Les alcalis du sang ne sont modifiés ni dans leur quantité, ni dans leur qualité chez les diabétiques. Par conséquent, on ne peut tirer de là le conseil de donner des alcalis, et en particulier du bicarbonate de soude, comme traitement ; on peut tout au plus admettre que l'alcalinisation exagérée du sang peut favoriser la combustion du sucre dans le sang, et favoriser ainsi la diminution de la quantité qui passe dans les urines. Cela se trouve, en effet, en rapport avec ce que l'expérience clinique démontre.

Tels sont les deux méthodes de traitement qui partagent actuellement les médecins. A mon avis, il est très-simple de prendre un parti, et très-avantageux de le faire pour les malades, c'est de les employer simultanément. C'est la pratique que je suis habituellement. Voici de quelle manière je formulerai le traitement que je conseille.

1° Alimentation exclusivement azotée et albuminoïde.

2° Exclusion absolue de tout aliment contenant du sucre ou de la fécule.

3° Usage de végétaux verts ou de végétaux ne contenant ni sucre ni fécule.

4° Exclusion des acides.

5° Usage des vins généreux, du thé, du café, sans sucre ni fécule.

6° Eau de Vichy habituelle aux repas.

7° Purgatifs salins, et surtout magnésie, assez souvent (toutes les semaines).

8° Frictions stimulantes sur la peau.

9° Bains alcalins.

10° Enfin, et surtout chaque été, pendant six semaines au moins, un traitement hydrothérapique bien complet et bien entendu, traitement qui m'a toujours paru suivi d'une amélioration plus notable que quand on n'en faisait pas usage (1).

(1) Nous publierons à la fin de l'année la série de leçons que M. Becquerel compte faire au mois de novembre sur l'albuminurie.

(*Note du Rédacteur.*)

CHIRURGIE.

De l'uréthrotomie,

Par le docteur Civiale.

(Suite. — Voir le n° 109.)

§ III. — *Uréthrotomie de dedans en dehors sans conducteur.*

On aurait pu penser que le nombre et l'importance des faits dont la science est en possession suffiraient pour former les assises d'une doctrine à laquelle chacun se rallierait d'une manière plus ou moins complète. Déjà elle avait l'assentiment à peu près unanime des hommes les plus éminents de la profession, dont je viens de reproduire les opinions. Mais une nouvelle école, qui s'est formée dans ces derniers temps, en a appelé de leur jugement. S'appuyant sur quelques observations récentes, elle cherche à exalter l'importance et à généraliser l'emploi de cette opération, qu'elle n'hésite pas à proclamer comme un moyen certain à l'égard duquel nous aurions à déplorer et l'aveuglement de ceux qui le repoussent et la conduite de ceux qui, sans exprimer leur sentiment à ce sujet, ont fait et font toujours, d'après le vœu exprimé par Chopart, les plus grands efforts pour ne pas être réduits à la nécessité d'y recourir.

C'est en Angleterre et en France spécialement que ces opinions exagérées sont exprimées avec une confiance qui a certainement ses dangers.

Au dire du traducteur de l'ouvrage de M. Brodie (1), auquel il a ajouté des notes intéressantes, Lallemand et M. Serre auraient pratiqué plusieurs fois l'uréthrotomie avec succès et sans que les malades aient éprouvé d'accidents graves. La différence principale dans le procédé consiste en ce qu'au lieu du bistouri, dont on se sert généralement, M. Serre a préféré des ciseaux qui, suivant lui, permettent de diviser plus sûrement les tissus sur la ligne médiane et d'éviter soit la blessure des corps caverneux, soit la section de l'urèthre en travers. A la vérité, on n'attache pas beaucoup d'importance à ce dernier accident, et le traducteur ajoute même qu'il a vu un chirurgien, ne pouvant plus trouver le canal sur le point oblitéré, couper exprès transversalement, sans que la guérison en ait été entravée.

Il serait trop long de reproduire *in extenso* les opinions émises à ce sujet. Je me bornerai à présenter quelques observations : 1° sur un travail de M. Sédillot, dans lequel elles sont résumées. L'auteur s'est fait remarquer d'ailleurs par ses vues exclusives et par la manière dont il traite et ses devanciers et tous ceux qui ne partagent pas ses convictions. En outre, la position élevée de ce chirurgien dans l'enseignement et dans la pratique me porte à le choisir de préférence à des praticiens de moins de valeur, pour examiner si les opinions qu'il défend et les préceptes qu'il formule avec une confiance peu ordinaire sont conformes aux véritables intérêts de la chirurgie ; 2° sur les travaux plus originaux de M. le professeur Syme, d'Edinburg. Ajoutons que cet examen me fournira l'occasion de développer des propositions qui ne paraissent pas encore bien comprises, et de signaler quelques erreurs de pratique sur lesquelles on glisse trop légèrement.

Desault ayant dit qu'il n'y a pas de rétrécissements infranchissables, et qu'on réussit plus sûrement à les traverser en suivant la voie normale qu'après avoir pratiqué une boutonnière au périnée, et M. Sédillot s'est trouvé mal à l'aise en face d'une déclaration aussi explicite et partant de si haut.

Pour se tirer d'embarras, il n'a rien trouvé de mieux que de s'en prendre, si ce n'est à la science, du moins à la pratique de Desault et de son école. Il affirme que les continuateurs des opinions de Desault sont dans une fausse voie; que, contrairement à leurs assertions, on rencontre tous les jours des rétrécissements

(1) *Traité des maladies des organes urinaires.*

infranchissables qui réclament l'application d'une méthode qu'il veut régénérer, malgré l'anathème dont ils l'ont frappée.

On ne saurait, ajoute l'auteur, adopter une doctrine et des opinions qui contrastent avec la théorie et la pratique du jour.

Renchérissant sur les aménités que l'on nous avait adressées de Montpellier, M. le professeur de la Faculté de Strasbourg proclame l'extrême *importance d'une opération trop légèrement condamnée par une école et des hommes qui n'en ont* NI ÉTUDIÉ NI COMPRIS L'INDICATION *et l'importance*...; il affirme qu'elle répond à des besoins *parfaitement tracés*, et *qu'elle doit être comprise parmi les meilleures ressources de la chirurgie*..., ajoutant que lorsque l'opération est bien faite et qu'on a les tissus sous les yeux, on parvient à écarter tous les obstacles.

Deux points principaux ont attiré spécialement l'attention de l'auteur : 1° la difficulté de faire passer une sonde dans un urèthre rétréci, en suivant la voie normale; 2° la facilité de franchir l'obstacle lorsqu'on a fait préalablement une ouverture au périnée. C'est exactement le contraire de ce qu'avait établi Desault.

Il paraît, à en juger par son travail, que M. le professeur Sédillot réussit difficilement à traverser les rétrécissements uréthraux par les procédés ordinaires; il n'a pas la main du cathétérisme; on le voit successivement recourir à tous les moyens qu'on a proposés et à toutes les combinaisons que la théorie a suggérées pour remplacer l'algalie ou en favoriser l'introduction. Ce sont d'abord les injections forcées, la cautérisation, l'introduction simultanée de plusieurs bougies les unes à côté des autres, les bougies tordues, coudées, crochues, etc.; puis, armé d'une sonde rigide, il a recours à la force, à la violence, aux antiphlogistiques, à la chloroformation, à toutes les ressources qu'il trouve dans son esprit et à tous les procédés que lui envoient ses amis de Paris et qui sont, dit-il, fort utiles dans certains cas; ou bien encore il a recours au cathétérisme d'arrière en avant, en introduisant la sonde par l'hypogastre, à la suite de la ponction vésicale (1); mais il trouve partout des obstacles infranchissables. Bien persuadé que nul ne saurait mieux faire, M. le professeur part de là pour nier les faits cliniques qu'on lui oppose, pour mettre en suspicion la pratique de ceux qui ont réussi là où il échoue toujours, et pour proclamer qu'il faut recourir à la boutonnière, opération dont il se constitue le promoteur.

Avant de donner à penser que les chirurgiens dont la pratique contraste avec la sienne propre se sont trompés ou ont trompé les autres, M. le professeur Sédillot n'aurait sans doute pas été mal inspiré s'il s'était préalablement assuré qu'il possède les titres nécessaires pour justifier d'aussi rigoureux jugements sur les chirurgiens qu'il blâme et qu'il accuse tout à la fois. Peut-être se serait-il aperçu que ses études concernant les coarcations uréthrales sont incomplètes, et que sa pratique a bien pu se ressentir de cette imperfection. Ainsi, les rétrécissements organiques *n'occupent pas ordinairement, comme il le dit, les portions membraneuse et prostatique de l'urèthre*; *la dilatation de ce canal derrière la coarctation n'est pas un fait presque constant, et l'urèthre au devant de la prostate n'est pas réduit à l'état de cordon dur, arrondi, saillant, reconnaissable au doigt.*

En pensant trouver l'obstacle là où il n'est pas, et en se voyant privé des ressources sur lesquelles il comptait, tout chirurgien qui pratique le cathétérisme est exposé à se fourvoyer. On sait, d'un autre côté, qu'en poussant la sonde avec vigueur, on arrive moins sûrement dans la cavité vésicale. Faut-il s'étonner, après tout, que, malgré leur variété, les manœuvres que je viens d'indiquer aient eu si rarement pour résultat de faire parvenir la sonde dans la vessie?

Ayant en vue, non de faire le procès à la pratique du chirurgien, mais seulement de combattre une doctrine erronée qu'on cherche à établir afin de propager une pratique exceptionnelle, je me borne à faire observer qu'en ne tenant pas compte de ce que l'expérience a appris, et en négligeant des précautions qui préparent et qui assurent le succès, on ne saurait être admis à présenter comme insurmontables des difficultés qui ne sont en réalité que la conséquence d'une manière défectueuse de procéder. Je ferai remarquer en outre qu'on paraît avoir confondu dans cette circonstance deux états très-différents : les rétrécissements organiques et l'occlusion accidentelle de l'urèthre. Tous les chirurgiens savent, en effet, que l'urèthre peut être accidentellement oblitéré au point que le passage de l'urine et de tout instrument devienne impossible.

C'est ce qu'on observe spécialement à la suite des coups, des chutes et de toute violence traumatique exercée sur le trajet du canal. Les auteurs citent de nombreux faits de ce genre; les musées renferment en outre des pièces fort remarquables qui les constatent dans d'autres circonstances; l'urèthre rétréci peut aussi s'oblitérer accidentellement à la suite de manœuvres hasardées de cathétérisme : mais ce qui distingue ces cas d'oblitération persistante, c'est que l'urine s'échappe par des voies anormales.

En disant avec Desault, Liston, M. Syme et tant d'autres, que les rétrécissements infranchissables sont excessivement rares, je n'ai pas entendu parler de ces catégories de cas où tantôt la nécessité d'un soulagement immédiat fait une loi de choisir un procédé expéditif, et tantôt les complications de l'état morbide obligent d'adopter une pratique exceptionnelle inspirée par les circonstances.

Ce que nous avons dit tous, et ce qui découle naturellement de nos observations et de notre pratique, c'est que toutes les fois que l'urine est expulsée par le canal, on réussit ordinairement, tôt ou tard, au moyen des précautions déjà indiquées, à faire parvenir une sonde ou une bougie dans la vessie.

En s'élevant contre cette proposition, la nouvelle école ne paraît pas avoir compris tout ce qu'on peut obtenir, quand la question d'urgence est écartée, d'une sonde bien conduite employée avec persévérance. Un chirurgien qui est sûr de sa main, qui a confiance dans son instrument, et qui possède d'ailleurs les qualités que tout véritable praticien doit réunir, peut acquérir, à la longue, un degré d'habileté que les hommes irréfléchis ne peuvent admettre aisément, et qui n'est en réalité que la conséquence naturelle d'un exercice judicieux et répété.

Depuis trente années j'ai vu un grand nombre de malades chez lesquels on jugeait à la première visite le passage d'une sonde ou d'une bougie absolument impossible, et que j'ai réussi à soustraire aux chances du cathétérisme forcé, de la ponction vésicale ou de l'uréthrotomie soit d'avant en arrière, soit de dehors en dedans. Ce résultat a été obtenu, le plus souvent en portant tous les jours et jusque dans l'orifice antérieur de la coarctation des petites bougies molles qu'on retire afin d'en placer d'autres plus fortes, et dont on varie, suivant le besoin, la forme et les dispositions, et quelquefois en plaçant à demeure une bougie ou une sonde qui est confiée au malade, ou que l'on fixe à l'urèthre; enfin par toute autre pratique, suivant le cas qui se présente chez plusieurs malades, j'avais franchi l'obstacle; je sentais le bec de la sonde dans la partie membraneuse de l'urèthre, mais elle ne pénétrait pas dans la vessie; je l'ai fixée en cet endroit, et les malades ont uriné chaque fois qu'ils en ont éprouvé le besoin, et, au bout d'un jour ou deux, la sonde est arrivée dans la vessie sans difficultés.

Toutes ces petites manœuvres exécutées avec douceur et légèreté ne provoquent ni douleur ni réaction; elles rendent la miction plus facile, et au bout de quelques jours l'obstacle se trouve écarté sans la moindre violence. Je me suis toujours bien trouvé de cette marche lente et prudente, peu propre, il est vrai, à faire briller la dextérité d'un chirurgien, mais elle sauve le malade.

---

(2) Mémoire présenté à l'Académie des sciences et inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, 1854.

La nouvelle école n'a pas tenu compte aussi des obstacles que la sensibilité et la contractilité exagérées de l'urèthre opposent aux opérations que nécessitent les rétrécissements organiques de ce conduit. Tout le monde sait cependant qu'au moyen d'un traitement préalable dont j'ai posé les bases et qu'elle présente comme un rêve, on fait sûrement cesser la fâcheuse influence de cet état morbide, et qu'ensuite, tel rétrécissement qui paraissait infranchissable est traversé, souvent même avec facilité. Je n'insiste pas sur ce fait de pratique générale, parce que tous les chirurgiens exercés ont eu occasion de l'observer. Faut-il rappeler d'ailleurs que ce fait sert de base fondamentale à tous les procédés de lithotritie, d'uréthrotomie et de cautérisation ? Dans presque tous les cas où les praticiens l'ont perdu de vue, et où ils se sont hasardés à exécuter les manœuvres qu'exigent ces opérations dans un urèthre dont ils n'avaient point préalablement étudié, modifié ou émoussé la sensibilité, ils ont fait horriblement souffrir les malades et ont provoqué des accidents ; et pour le cathétérisme en particulier, ils ont ordinairement rencontré des obstacles infranchissables que le traitement préalable a permis de surmonter ensuite. Encore une fois, ces notions élémentaires sont familières aux praticiens, et l'on regrette que les adeptes de la nouvelle école n'en aient pas fait usage.

2° Quant aux procédés par lesquels on vient nous assurer que toutes les difficultés peuvent être surmontées, les chirurgiens habitués à pratiquer ces sortes d'opérations, ceux principalement qui ont été le plus souvent arrêtés dans les manœuvres les plus judicieusement combinées et le plus habilement exécutées, auront sans doute de la peine à comprendre qu'on puisse écarter les obstacles en procédant comme on le dit. Quoi qu'il en soit, je reproduirai textuellement ce qu'on a écrit sur ce point important : « *Lorsque l'opération est convenablement faite et qu'on a les tissus malades sous les yeux, on parvient à traverser les coarctations précédemment infranchissables, et l'on s'explique le résultat par la possibilité d'explorer toute la surface du rétrécissement avec un stylet dont l'extrémité suit les déviations et les anfractuosités ; on interroge les moindres saillies, on reconnaît les brides, les valvules, les nodosités, et l'on trouve le pertuis qui conduit à la vessie.*

« Si l'on juge à propos de *presser avec une certaine force sur l'instrument*, pour surmonter la résistance que l'on rencontre, *on sait immédiatement* SI L'ON EST RESTÉ DANS LE CANAL, OU SI L'ON A FAIT FAUSSE ROUTE. IL SUFFIT D'ÉLARGIR, LÉGÈREMENT, AVEC LA POINTE D'UN BISTOURI, *la voie frayée, et d'y introduire un second stylet. Entre les deux tiges métalliques, on glisse une sonde ou une bougie d'un faible diamètre,* ET L'ON VOIT L'INSTRUMENT SUIVRE SANS OBSTACLE *le trajet du canal, si l'on ne s'en est pas éloigné.* (1) »

Si la coarctation n'a pu être franchie, cette circonstance n'arrête pas M. Sédillot. Avec la sécurité qui lui est habituelle, il ouvre l'urèthre sur l'extrémité de la sonde, en avant de l'obstacle, fixe les lèvres de la plaie, et tâche de découvrir l'orifice du rétrécissement, pour achever l'opération comme dans le premier cas. S'il ne réussit pas, il force l'obstacle ou le divise, ou bien encore il va ouvrir l'urèthre, en avant de la prostate, qu'il est facile, dit-il, de découvrir quand on est anatomiste (2).

En reproduisant avec cette imperturbable confiance, qui ne paraîtra certainement pas suffisamment motivée, des préceptes déjà tracés, et en faisant connaître les additions qu'il y a faites, M. le professeur de Strasbourg s'appuie sur des circonstances et des dispositions anatomiques dont on n'aurait pas tenu compte et qui assurent, selon lui, la réussite de l'opération. Il suppose que la dilatation de la partie membraneuse de l'urèthre, derrière la coarctation, et dont *le volume égalerait celui du petit doigt*, et que la transformation du canal, en avant de la prostate, en un *cordon dur, saillant, appréciable au doigt*, doivent servir de guide au praticien. Ces procédés sont plus irréguliers, plus aventureux, que ceux dont Tolet, Colot, Palfyn, Col-de-Vilars, Daran, etc., nous ont transmis les détails. Les indiquer, c'est les apprécier. M. Sédillot lui-même reconnaît du moins implicitement qu'ils sont défectueux, et il s'excuse en disant que le défaut de toute description régulière et vraiment expérimentale le laissait sans règles et sans lumières sur le procédé le plus favorable à suivre. On ne saurait adopter cette explication, et si notre savant confrère avait pris la peine de consulter les auteurs que j'ai cités, il y aurait trouvé les indications, les instruments, les procédés et toutes les règles qu'il s'est donné la peine d'inventer et qu'il expose avec tant de complaisance. Il aurait vu, dans Colot spécialement, comment il faut s'y prendre pour écarter les difficultés bien autrement grandes que celles dont on fait si grand bruit aujourd'hui.

Lorsque la sonde ou le conducteur pénètrent dans le commencement de l'urèthre et jusqu'à l'obstacle, elles servent, dit Colot, de guide au chirurgien, et il ne faut alors à celui-ci qu'un peu d'adresse pour faire une opération avantageuse.

Or Colot faisait ses opérations de 1683 à 1699 (1). Peut-être aussi aurait-on remarqué quelques-unes des vérités un peu naïves qui ont échappé à l'éditeur de Colot, p. 84 : « Nous devons toutes nos opérations aux anciens, nous n'en avons changé que les dehors. Qu'est-ce donc qui nous reste pour servir de fondement à notre vanité ? »

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 septembre 1857. — Présidence de M. DESPRETZ.

Epizooties. — M. GUYON adresse la mention d'une épizootie qui aurait sévi en 1845, 1846 et 1847, sur *le flamant* habitant le lac de Tunis.

Insectes perforants. — M. le maréchal VAILLANT montre à l'Académie plusieurs paquets de cartouches dont les balles ont été perforées de part en part par un insecte indéterminé, et qui est une espèce de mouche hyménoptère.

Chimie animale.—M. J. NICKLÈS adresse un nouveau mémoire qu'il résume ainsi :

« 1° Il y a du fluor dans le sang en très-petites quantités.

« 2° Il y en a dans l'urine.

(1) *Gazette médicale*, p. 111.

(2) Il n'est pas rare de trouver des rétrécissements d'abord infranchissables et qu'on traverse après avoir divisé les tissus qui recouvrent l'urèthre et les parois de ce canal lui-même, en avant de la coarctation. Quelques praticiens voient là spécialement l'effet d'une grande perturbation sur la contractibilité exagérée du canal.

Je viens de dire l'explication que donne M. Sédillot.

Tolet, auquel ce fait n'avait point échappé, s'exprime ainsi, page 204 : « Quand on n'aurait pu introduire la sonde cannelée dans la vessie, avant l'opération, elle entre facilement après l'incision, parce que le peu de sang qui sort fait dissiper les esprits qui causaient inflammation et tension aux parties. »

(1) M. Aristide Verneuil reproche (*Archives générales de médecine*, 7 septembre 1857, p. 333), aux chirurgiens du dix-septième siècle de ne point se citer les uns les autres, ce qu'il attribue à l'ignorance ou à la mauvaise volonté. Il est probable qu'alors comme plus tard, le besoin de paraître neuf ou original a fait oublier ce qui était connu. Je ferai remarquer cependant : 1° qu'on trouve dans les ouvrages du temps, celui de Daran surtout, un grand nombre d'indications et même une analyse assez exacte de ce qui se faisait alors ; 2° que la plupart des auteurs dont j'ai indiqué les travaux parlent de l'uréthrotomie comme d'une chose connue et usitée ; 3° que d'autres enfin ont avoué, à l'exemple de Tolet, qu'ils agissaient d'après ce qu'ils avaient vu pratiquer par de grands personnages.

De nos jours, on est moins scrupuleux; les prétentions aux découvertes se formulent avec une assurance qui étonne. A aucune autre époque assurément, on ne poussa plus loin l'habitude de faire table rase des observations, des travaux, des opinions de ceux qui gênent. Sans sortir de la spécialité qui nous occupe, on peut aisément réunir les preuves les plus évidentes ; j'aurai occasion d'en citer quelques-unes des plus saillantes. Si les auteurs auxquels je fais allusion se trouvent en face de faits notoires qu'ils n'osent pas mettre sous le boisseau, ils épuisent les ressources de l'interprétation pour les dénaturer. Les anciens n'allaient pas si loin,

« 3° Il y a du fluor dans les os, mais beaucoup moins qu'on ne l'a dit : d'après Berzelius, 100 grammes de matière calcaire des os contiennent 3 grammes de fluorure de calcium ; avec les nouveaux moyens d'investigation que je fais connaître, on constate qu'il y a à peine 5 centigrammes de ce fluorure dans 1 kilogramme de substance osseuse.

« 4° Les sources où l'organisme animal puise le fluor dont il peut avoir besoin sont :

« 1° Les eaux potables.

« 2° Les substances végétales.

« Les unes et les autres le contiennent en proportions tellement restreintes, que, pour en obtenir des traces, il faut opérer sur un kilogramme au moins de cendres et sur le produit de l'évaporation de quelques mille litres d'eau.

« 3° Accidentellement aussi, l'organisme peut emprunter du fluor aux eaux minérales, qui contiennent toutes des florures en très-forte proportion, si on les compare aux eaux potables.

« 4° Cette circonstance paraît expliquer l'efficacité de certaines eaux minérales faiblement minéralisées, telles que les eaux de Plombières, de Mont-Dore, de Soulzbad, etc.

« 5° L'eau de la Seine prise à Paris, l'eau du Rhin prise à Strasbourg, sont de celles qui renferment le moins de fluor.

« 6° L'une des eaux fluviales de France la plus riche en fluorures est celle de la Somme prise à Amiens.

« 7° Les diverses eaux minérales ne sont pas également riches en fluorures ; les plus riches de celles que j'ai examinées sont : l'eau de Contrexéville, d'Antogast et de Châtenois (Bas-Rhin).

« Un litre de ces eaux suffit pour donner des marques non équivoques de la présence du fluor.

« 8° Au contraire, l'eau de mer (Atlantique) n'en contient pas en proportions sensibles dans 300 litres. Ce fait établit une différence bien tranchée entre cette eau et les eaux minérales qui ont de l'analogie avec l'eau de la mer.

« 9° La loi de la diffusion du fluor dans l'écorce terrestre peut se former ainsi : « Il y a du fluorure de calcium dans toutes les eaux « qui renferment du bicarbonate de chaux. Il peut y avoir du fluor « dans les roches et les minéraux qui se sont formés par voie de sédi« ment. »

« Quant à la manière de mettre ces faits en évidence, il résulte de ce qui est dit dans le Mémoire que :

« 10° Le procédé classique pèche par deux points essentiels et qu'il conduit à faire admettre du fluor là où il n'y en a point. Cela tient :

« *A.* A l'action que l'acide sulfurique peut lui-même exercer sur la lame du verre (1) ;

« *B.* A de petites quantités d'acide fluorhydrique que cet acide peut contenir.

« 11° J'élimine ces causes d'erreur :

« *A.* En remplaçant la classique lame de verre par une lame de cristal de roche ;

« *B.* En employant un acide exempt d'acide fluorhydrique (2).

« 12° L'acide employé de préférence pour décomposer les fluorures est le sulfurique que l'on purifie en l'étendant d'eau et en l'exposant, pendant quelque temps, à une température de 150-180 degrés.

« 13° Le dissolvant que j'emploie est l'acide chlorhydrique que, avec quelques soins, on peut trouver exempt de fluor dans le commerce.

« Mon Mémoire fait connaître les circonstances dans lesquelles pareil acide chlorhydrique se produit dans la grande fabrication.

« 14° Tous les dosages de fluors opérés avec le concours de l'acide sulfurique doivent être refaits.

« 15° Bien des substances sont réputées fluorifères, sans cependant contenir du fluor ; le fluor qu'on a trouvé dans leur produit de décomposition a été introduit par les réactifs et notamment par l'acide sulfurique employé. »

---

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, tome XLIV, page 679.

(2) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, tome XLV, page 250.

Anesthésie. — MM. Foucher et H. Bonnet adressent la note suivante : « Lorsque les chirurgiens furent, il y a dix ans, en possession d'une substance qui leur permettait de pratiquer les opérations les plus graves sans que la sensibilité fût mise en jeu, on dut croire que l'éther sulfurique conserverait longtemps le privilége qui lui avait été départi. Cependant la propriété anesthésique du chloroforme ne tarda pas à être constatée, et ce corps, d'origine récente au moment, devint bientôt le seul agent employé pour produire l'insensibilité. Mais des accidents inséparables d'une action aussi énergique ayant été constatés, on a, dans le but de les éviter, proposé l'emploi de l'*amylène*.

« Avec cette substance nouvelle on obtenait, disait-on, tous les résultats que le chloroforme peut produire, moins les dangers.

« L'expérimentation faite sur une grande échelle n'a pas complétement réalisé ces promesses, et nos expériences concordent sous ce rapport avec celles qui ont permis à M. Jobert de rejeter l'emploi de ce nouvel agent.

« Cependant, poussés dans cette voie d'expérimentation, nous avons non-seulement recherché les effets de l'amylène et du chloroforme, mais nous avons constaté ceux que l'on peut produire avec diverses substances volatiles. Ce sont les résultats auxquels nous ont conduits un grand nombre d'expériences sur des lapins et des chiens que nous venons faire connaître à l'Académie.

« Dans une douzaine d'expériences faites sur des lapins avec l'amylène, nous avons vu que, sous l'influence de cet agent, les animaux arrivent à l'insensibilité complète dans un espace de temps qui varie de trois à six minutes. La période d'insensibilité est précédée d'une période dans laquelle l'animal pousse des cris perçants, rejette la tête en arrière ; en même temps la respiration s'accélère ; les globes oculaires sont injectés et animés de mouvements convulsifs dont l'effet se produit principalement du côté externe ; la pupille est fortement contractée, et l'animal est dans un état de malaise et d'excitations intenses, et, comme phénomène constant de cette première période et des périodes suivantes, il faut noter un râle trachéal très-prononcé.

« La deuxième période, celle d'insensibilité, dure peu si l'on cesse l'amylénation ; mais si l'action de l'amylène est continuée, on voit survenir une période, celle du collapsus complet, dans laquelle l'animal, étendu sans mouvement, obéit comme un corps inerte à toutes les impulsions, ressemble à une masse mollasse dans laquelle la vie ne se traduit plus que par quelques inspirations faibles et lentes. Cet état a pu être prolongé pendant vingt minutes sans que la mort soit survenue. Le sang extrait des artères a toujours, même à cette période extrême, conservé sa couleur rutilante.

« Les animaux chez lesquels l'amylénation a été continuée une demi-heure sont restés dans un état de collapsus et d'hébétude qui s'est prolongé chez quelques-uns pendant sept à huit heures, et qui nous paraissait tellement grave, que nous avions considéré ces animaux comme ne devant plus revenir à leur état physiologique, et cependant aucun de ces animaux n'est mort. L'action anesthésique et le défaut de motilité ont persisté plus longtemps dans le train postérieur que dans le train antérieur.

« Nous nous sommes servis dans ces expériences d'un appareil qui laissait d'abord arriver une grande quantité d'air, et l'action de l'amylène tardait à se faire sentir ; ce n'est qu'après avoir obturé la plupart des orifices permettant l'entrée de l'air, que nous avons pu obtenir un effet prompt.

« Nous avons soumis comparativement et avec le même appareil quelques animaux à l'action du chloroforme ; l'effet n'a pas été plus prompt, mais l'insensibilité a été obtenue sans ce cortége effrayant des symptômes que nous venons de relater ; et en plaçant l'un à côté de l'autre deux animaux, l'un chloroformé, l'autre amylénisé, on est frappé de voir chez le premier l'insensibilité se produire très-simplement, tandis que chez le second elle s'accompagne de symptômes indiquant un état morbide qui fait pressentir, sans que l'on saisisse la raison de cette différence, que l'animal est soumis à un danger imminent.

« Nous avons voulu essayer quel effet l'amylène peut produire sur l'économie quand il est injecté sous la peau. — Une forte douleur au moment de l'absorption ; l'animal pousse des cris perçants. — Aucune anesthésie soit locale, soit générale.

« Nous avons examiné successivement sur plusieurs lapins et sur des chiens l'action des divers corps volatils éthérés, tels que l'aldéhyde,

l'acétone, l'éther acétique, l'éther méthylique, même l'esprit-de-bois.

« L'aldéhyde n'a produit qu'une légère ivresse au bout de quinze à vingt minutes; mais l'animal conserve toute sa sensibilité. Les autres substances ont agi de même, et encore les résultats n'ont-ils pas été aussi marqués qu'avec l'aldéhyde.

« Les animaux sont restés soumis à l'action des diverses substances pendant plus d'une demi-heure, et n'ont éprouvé du reste aucun accident.

« *Conclusions.* — 1° L'éther sulfurique, le chloroforme et l'amylène sont, parmi les substances volatiles éthérées que nous avons expérimentées, les seules qui jouissent des propriétés anesthésiques.

« 2° L'amylène n'est un anesthésique énergique qu'à la condition que les vapeurs sont mélangées d'une très-petite quantité d'air; mais alors il a sur plusieurs fonctions de l'économie, et sur la respiration en particulier, une action qui doit faire craindre des accidents graves, et les animaux qui y ont été soumis conservent pendant longtemps un état de collapsus ou de malaise.

« 3° Le chloroforme n'offre pas les inconvénients de l'amylène en en conservant les avantages.

« 4° Avec aucune de ces substances appliquées localement on n'obtient une anesthésie soit générale, soit locale. »

— M. Ozanam adresse un mémoire que les *Comptes rendus* résument ainsi :

« Dans un premier Mémoire, présenté à l'Académie en décembre 1856, j'ai posé cette loi générale : « Tous les corps carbonés volatils ou « gazeux sont doués au pouvoir anesthésique; plus un corps est car- « boné, plus il possède ce pouvoir, et j'ai confirmé cette loi par l'étude du *gaz oxyde de carbone.* Poursuivant le cours de mes recherches, je viens démontrer aujourd'hui que les substances éthérées n'agissent comme anesthésiques qu'après s'être décomposées en gaz carbonés, et précisément parce qu'elles peuvent se décomposer ainsi. Si l'on considère en effet : 1° que l'éther est un corps éminemment carboné; 2° que chez l'animal éthérisé l'acide carbonique est exhalé en quantité double de l'état normal (recherches de MM. Ville et Blandin) ; 3° que l'aspiration du gaz non carboné n'entraîne pas cette augmentation d'acide carbonique, on est en droit de conclure légitimement que, dans le cas d'éthérisation, il y a production d'une nouvelle quantité d'acide carbonique aux dépens du seul corps nouveau qui ait été absorbé.

« En d'autres termes, quand on respire de l'éther il se décompose dans le torrent circulatoire, et cette décomposition, qui n'est autre qu'une combustion, donne lieu à la formation abondante de gaz *acide carbonique.*

« Or nous connaissons maintenant les propriétés anesthétiques des gaz carbonés : l'arrêt de l'hématose, la paralysie du système nerveux, tous les phénomènes de l'insensibilité, jusqu'à la mort apparente, puis réelle. C'est donc évidemment sous cette nouvelle forme, et par suite de sa décomposition, que l'éther porte son action stupéfiante sur le système nerveux que l'éther anesthésie.

« Ce qui se produit pour l'*éther* doit sans doute avoir lieu pour le *chloroforme,* l'*amylène* et les autres corps anesthésiques : chacun d'eux, suivant ses affinités chimiques, doit se décomposer, soit en *acide carbonique,* soit en *oxyde de carbone.* »

Syphilisation. — M. Spérino lit un mémoire relatif à la syphilisation, et que les comptes rendus se contentent de mentionner.

Chimie animale.—MM. Cloez et Vulpian présentent le résultat de premières recherches, desquelles ils croient pouvoir conclure que les capsules surrénales des herbivores renferment de l'acide hippurique et probablement de l'acide choléique.

Glycogénie. — M. Sanson adresse un mémoire que nous avons publié il y a quelques jours.

— M. Coze adresse un mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

ÉTAT PHYSIOLOGIQUE.

« 1° Le genre de mort fait varier la quantité de sucre dans le foie. Plus la mort est lente, plus la quantité de sucre diminue.

« 2° La proportion du sucre du sang artériel est à celle du foie comme 1 : 11.

ÉTAT PATHOLOGIQUE; INFLUENCE DES MÉDICAMENTS.

« I. *Chlorhydrate de morphine.* — Sous l'influence de ce médicament :

« 1° La quantité de sucre du foie augmente de plus du double : elle s'élève de 0,59 à 1,39;

« 2° La quantité de sucre dans le sang artériel augmente aussi du double : elle s'élève de 0,05 à 0,11;

« 3° La proportion entre le sucre du sang artériel et le sucre du foie reste la même qu'à l'état normal; elle est de 1 : 12 : la combustion pulmonaire n'est donc ni augmentée ni diminuée;

« 4° L'augmentation du sucre sous l'influence de la morphine est un argument contre l'emploi de l'opium dans le traitement du diabète : elle explique les insuccès de ce traitement constatés par beaucoup de médecins;

« 5° On n'observe pas de sucre dans l'urine.

« II. *Tartre stibié.* — Sous l'influence de ce médicament :

« 1° La quantité de sucre du foie reste stationnaire : elle est à peu près la même qu'à l'état normal;

« 2° La quantité de sucre est doublée dans le sang artériel : elle est 0,10 au lieu de 0,05;

« 3° La proportion entre le sucre du sang artériel et celui du foie a diminué de moitié : elle est comme 1 : 6 au lieu de 1 : 11;

« 4° On peut conclure des deux nombres précédents que la combustion du sucre dans le poumon est entravée; le tartre stibié peut donc avoir la propriété de diminuer ce phénomène de combustion : le fait est en rapport avec l'action de ce médicament dans la pneumonie, et peut servir à l'expliquer;

« 5° On ne rencontre pas de sucre dans l'urine.

« En résumé :

« La morphine et le tartre stibié ont une action complétement opposée sur la production et la combustion du glycose : de ces deux médicaments, le premier augmente la quantité de sucre dans le foie et le sang artériel; le second laisse stationnaire la quantité de sucre dans le foie et l'augmente dans le sang artériel.

« Le tartre stibié diminue ou entrave la destruction du glycose dans le poumon, la morphine ne change pas la proportion de sucre brûlé.

« Les expériences que je viens de rapporter sont le commencement d'un Mémoire destiné à examiner au même point de vue les médicaments les plus importants. Mon but, en les soumettant au jugement de l'Académie, est d'indiquer la voie laborieuse dans laquelle doit s'engager l'étude des substances médicamenteuses et la nécessité d'interroger sans cesse et avec attention ce réactif puissant que l'on nomme *l'économie animale.* »

Physiologie de la moelle. — M. Chauveau adresse le mémoire déjà lu à l'Académie de médecine et que nous publierons prochainement.

VARIÉTÉS.

Le docteur Rapou père est mort le 2 septembre, dans un âge avancé. M. Rapou, après avoir été chirurgien-major de l'Antiquaille, puis directeur d'un établissement de bains de vapeur, devint un des disciples les plus fervents d'Hahnemann et l'un des médecins homœopathes les plus consultés de Lyon. M. Rapou, ancien membre de la Société de médecine, au sein de laquelle il n'a pas reparu depuis longues années, est l'auteur d'un *Traité de la méthode fumigatoire* et de plusieurs brochures de polémique homœopathique.

(*Gazette médicale de Lyon.*)

Mort de sir Charles Clarke. — La médecine anglaise avait à peine rendu les derniers devoirs à la mémoire de Marschall-Hall, que la chirurgie était frappée à son tour dans la personne de sir Charles Clarke, qui a succombé le 7 de ce mois, à Brighton, à une cruelle maladie qui durait depuis près de deux ans. Nous consacrerons une courte notice historique aux deux célébrités que l'Angleterre vient de perdre.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 114. 5e ANNÉE. Mardi, 22 septembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 21 septembre 1857.

Le congrès ophthalmologique de Bruxelles.

En attendant que nous puissions publier un compte rendu complet et une appréciation sommaire des travaux de ce congrès, nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les belles paroles de M. le ministre de l'intérieur de Belgique, que nous trouvons dans la *Presse médicale belge.* Tous ceux qui liront ce discours, tous nos abonnés du moins, qui ont si souvent montré leurs sympathies pour l'esprit de progrès et les sentiments d'indépendance, applaudiront, comme le congrès y a applaudi, avec chaleur au ministre courageux d'une nation petite, mais sage, « *hospitalière et libre,* » qui ne craint pas de saisir la modeste occasion d'un congrès scientifique spécial pour proclamer hautement « *les droits de la pensée humaine* et l'*empire légitime de l'intelligence.* » Que M. Dedecker nous permette de lui témoigner publiquement nos respectueux hommages, en notre nom et au nom de tous les hommes qui savent comprendre la science dans son but le plus élevé : celui d'améliorer la condition des hommes en perfectionnant leur esprit, en leur montrant la lumière et la vérité.

Le discours prononcé par M. Fallot, président, offre plus d'un passage remarquable et mérite d'être reproduit textuellement, et c'est ce que nous ferons; mais un ministre qui respecte les droits de l'intelligence comme M. Dedecker mérite d'être honoré d'abord, et nous devons consacrer à son discours la place dont nous pouvons disposer aujourd'hui.

« MESSIEURS,

« Permettez-moi de vous remercier, en quelques mots, du témoignage d'estime que vous venez de me donner avec

---

LES FLÈCHES MÉDICALES.

La réclame. — Le Petit Journal pour rire. — Un hydropathe dans l'exercice de ses petits exercices — Un dentiste qui fait du bruit. — L'Orgue de Barbarie considéré dans ses rapports avec la médecine. — Glorieux champ de bataille. — Extraction des dents avec accompagnement de pistolet. — La pâte de Médine. — Un honorable certificat. — La biographie d'un médecin-banquiste (lisez : *dentiste*).

Quacks, quacks you are masters
of te world.
SIMPSON.

On a représenté Argus avec cent yeux, la Renommée avec cent bouches, le mouton phénomène avec cinq pattes; ajoutez à ces organes multiples les cent têtes de Sarparadja, les six bras de Dia et la défroque de Protée, construisez avec tout cela un monstre fantastique et hideux, vous pourrez le baptiser : *La Réclame.*

Quelle est la nuance qui sépare la réclame du charlatanisme? Sur ce point les honnêtes gens ne sont pas d'accord : les uns prétendent que la réclame et le charlatanisme sont deux frères siamois qu'on ne peut séparer; les autres assurent que le charlatanisme qui barbotte en bourgeron dans le ruisseau s'appelle la réclame dès qu'il passe un habit noir et des bottes propres; d'autres enfin affirment que le charlatanisme est la racine carrée de la réclame; moi, je crois qu'on pourrait écrire sur ce chapitre autant de volumes qu'on en a publié à propos de la bulle *Unigenitus* avant que d'être d'accord. Je ne me sens pas suffisamment Hercule pour vider cette question d'Augias (ne pas lire Ausias, comme me l'avait fait dire un compositeur non siphylisé); et, en fidèle chroniqueur, je me contenterai de citer des faits, laissant au lecteur le soin de les classer dans la catégorie qui lui conviendra.

Et d'abord, je fais vous ragonder une bedide réclame indidulée :

LES BONS ET MAUVAIS TRAITEMENTS DU DOCTEUR W.....M

OU SOUVENIRS HYDROTHÉRAPIQUES DU CHATEAU D'ISSY (là!)

(REMARQUE. — *Ce* (là!) *est une doude bedide calembourg de l'audeur.*)

Cette réclame, qui est illustrée comme la complainte du *Juif errant*, a été publiée par un journal qui s'appelle (on n'a jamais su pourquoi) le *Petit Journal pour rire.* Dans une suite de seize dessins (n° 77), l'établissement et le propriétaire s'efforcent de séduire les bourgeois malades. Les deux premiers croquis nous montrent un monsieur éreinté qui vient frapper à la porte du château d'Issy (*là!*) (quelle charmande bedide calembourg!) et implorer une hospitalité qui n'a rien de commun avec celle des montagnards écossais. Le dessin suivant vous représente le docteur W....m lui-même folâtrant gracieusement avec l'énorme tuyau d'un clyso-pompe phénomène dont il menace son client. Sa pose est noble, son œil vif, sa figure finement astucieuse; on dirait Méphistophélès faisant l'exhibition d'un serpent boa. Dans le fond, on aperçoit un fauteuil; le siége en est garni d'un petit paratonnerre dont la destination égyptienne est encore une pointe de l'auteur.

Le tableau suivant nous représente Méphistophélès cherchant à empaumer, toujours avec une physionomie pleine d'astuce, un Faust

tant de bienveillance, en m'appelant à la dignité de président d'honneur du Congrès d'ophthalmologie, que votre commission directrice a su organiser avec un dévouement si éclairé et que son vénérable président vient d'inaugurer avec les accents d'une éloquence profondément sentie. (*Applaudissements.*)

« J'avoue humblement que je ne possède aucun titre personnel à cette haute distinction. Je l'accepte, je crois devoir l'accepter au nom du gouvernement, afin de vous prouver tout l'intérêt que lui inspirent les travaux d'un congrès où brille l'élite des représentants de cette science spéciale, objet de la plus vive sollicitude des Etats, objet des bénédictions reconnaissantes des familles. (*Applaudissements.*)

« Messieurs, ce n'est pas dans la Belgique, terre classique des congrès, qu'il est nécessaire d'insister encore sur l'utilité de ces savantes réunions, qui, au milieu des préoccupations matérielles de notre époque, tendent à assurer les droits de la pensée humaine et viennent consacrer périodiquement l'empire légitime de l'intelligence. (*Applaudissements.*)

« Soyez donc les bienvenus, savants distingués, professeurs éminents, qui, par votre parole et par vos écrits, contribuez, dans toutes les parties du monde, à imprimer à notre civilisation cette direction à la fois généreuse et élevée qui fera dans l'histoire l'éternel honneur de notre siècle! (*Vifs applaudissements.*)

« Soyez les bienvenus, vous qui êtes ici les délégués de tant de gouvernements amis, attentifs à épier les moindres progrès de la science et impatients de les réaliser dans l'intérêt des peuples dont la Providence leur confia les destinées! (*Applaudissements.*)

« Soyez tous les bienvenus, *au nom de la nation hospitalière et libre* dont j'ai l'honneur d'être l'organe devant vous, au nom de cette Belgique qui, après avoir été si longtemps le théâtre des guerres qui ont ensanglanté l'Europe, est fière d'être choisie par vous comme une arène ouverte à ces luttes pacifiques qui ont pour but le développement de la science et le bien-être de l'humanité! (*Triple salve d'applaudissements.*)

Une assez longue interruption suit ce discours, qui a produit sur l'auditoire une vive sensation.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Thérapeutique générale des teignes,

PAR M. BAZIN,

Recueillie et rédigée par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105 et 111.)

Quant à la troisième période, elle ne se distingue en rien de la période correspondante de la variété précédemment étudiée; seulement la marche est plus lente.

Arrivée à une époque avancée de son existence, la teigne scutulée peut s'étendre aussi aux autres régions du corps; mais elle y revêt toujours la forme du *porrigo favosa*. Je ne sais pas quelle est sur ce point l'opinion des dermatologistes; aucun ne s'est expliqué catégoriquement à cet égard, et je ne puis comprendre la contradiction qui se trouve dans l'ouvrage de M. Casenave. Ce savant dermatologiste dit, en effet, que le *porrigo scutulata* qui siége sur les membres peut être confondu avec l'impétigo, et quelques lignes plus loin on lit que le *porrigo scutulata* ne se montre jamais sur les membres. — Pourquoi donc la teigne scutifonne, quand elle se propage au tronc, aux membres, à la face, affecte-t-elle une disposition urcéolaire? — C'est ici le lieu d'expliquer les différences de forme que nous avons signalées entre le *porrigo favosa* et le *porrigo scutulata*. Tout dépend du mode d'enfermement de la matière parasitaire, car dans les deux variétés le champignon est le même; c'est toujours l'achorion de Schœnlein. Quand une ou plusieurs spores tombent sur un poil, elles se développent uniformément autour de ce poil. Après un certain temps elles se sont multipliées au point de former un corps

---

récalcitrant qui paraît avoir préféré le vin à l'eau, si on en juge par sa pose d'un aplomb douteux.

Passons à un autre: Faust s'est laissé empaumer; il reçoit d'un air piteux une averse lancée par des seringues, des pommes d'arrosoirs, des robinets, etc., etc., qui le pressent de toutes parts. Méphistophélès triomphe, il rit d'un air satanique et *cascadé*; on ne lui voit que la tête, mais quelle tête! il ressemble à une pseudo grenouille perchée sur le seau d'un porteur d'eau. Son regard perçant fascine le malheureux Faust, qui chancelle abruti sous le poids des effluves magnétiques et hydrothérapiques.

Dans les autres tableaux on voit défiler les plaisirs et agréments du château d'Issy (là!). (Cette bedite calembourg me semble de blus en blus cholie.) Parmi lesquels plaisirs on mentionne la rencontre d'une dame dans le simple appareil d'un drap mouillé qui lui dessine des formes empruntées aux bas-reliefs du Parthénon. Enfin, la complainte dessinée se termine par l'expression d'un désir bien naturel de contracter une bonne maladie qui permette de revoir des choses si charmantes.

Que dides fous de cette bedide réglame? — Si le Dr W...m en a fait les frais, je le plains; car, franchement, si peu qu'il ait payé, il n'en a pas reçu pour son argent; si c'est un ami qui lui a fait cette gracieuseté, je le plains doublement; car le pavé qui vous écrase le nez, même quand il tue la mouche, doit paraître encore plus dur quand il nous vient de la main d'un ami.

Ceci prouve que la réclame ressemble à ces mauvais fusils de pacotille; ils tuent le gibier de temps à autre, mais souvent ils ratent et quelquefois éclatent dans les mains de l'imprudent qui ne sait pas s'en servir.

Nous allons passer maintenant à un autre genre de publication que nous ne voulons pas, bien entendu, placer sur la même ligne que la précédente; il s'agit d'une brochure distribuée gratuitement, dont tout le monde a vu l'auteur dans un équipage à deux chevaux; probablement qu'il est d'avis que les sciences et les beaux-arts doivent se donner la main et se prêter un mutuel appui, car il a constamment sur sa voiture un *orgue de Barbarie* qui lui sert à rassembler sa clientèle. Nous n'aurions jamais parlé de cette production burlesque, où la science et le français sont garrottés sur le même chevalet, si l'auteur ne tenait pas à la médecine par un titre légal; s'il n'avait pas fait de son parchemin une peau neuve à sa grosse caisse. Cet auteur, qui se livre à l'extraction des dents hors de service, commence par déplorer, et nous sommes en cela complétement de son avis, que son art soit trop souvent exercé par des ignorants d'une réputation peu honorable. Puis il s'écrie: « L'étude des maladies des dents et leur extraction est moins chez moi « une spéculation qu'un goût, qu'une passion pour la satisfaction de « laquelle je ne crains pas de consacrer tous mes instants. » — Noble dévouement! — « Je ne suis content que lorsque je me trouve entouré « à mon cabinet d'un grand nombre de personnes et que je fais les « opérations relatives à mon art; c'est mon *champ de bataille à moi.* » —J'admire ce champ de bataille où les seuls projectiles qu'il soit exposé à recevoir sont les gros sous de ses clients; or, à moins que ses clients n'aient pris l'habitude de le payer en les lui jetant à la tête, je ne vois pas quels sont les dangers qui lui permettent d'intituler le théâtre de son industrie *un champ de bataille.* — « *C'est là que j'interroge la nature « sur le mystère de ses productions morbides.* » — Probablement que la

opaque, visible à l'œil nu, et dès les premiers jours qu'on peut l'apercevoir, le champignon offre une disposition manifestement cupuliforme; puis le godet favique prend chaque jour de l'accroissement et conserve la forme primitive jusqu'à la dernière période de la maladie. Quand les spores cryptogamiques se fixent et se développent sur des poils isolés, les choses se passent absolument de la même manière, et, au lieu d'un seul godet, il y en a plusieurs; dans ce cas cependant, les godets peuvent être assez rapprochés les uns des autres pour que, dans leur développement excentrique, ils finissent par se rencontrer et se déformer mutuellement. C'est cette variété de la teigne faveuse que nous avons appelée favus urcéolaire cohérent. Supposons maintenant que les poils affectés soient encore plus voisins, les spores auront la même tendance à se multiplier et à se disposer d'une manière régulière autour de chaque poil; les godets pourront donc se former encore; mais à cause de leur rapprochement extrême, leur déformation par suite de pressions réciproques aura lieu de très-bonne heure, et quand le champignon deviendra visible à l'extérieur, il ne paraîtra plus rien de la disposition urcéolaire.

Ainsi, pour résumer, on peut admettre que l'*achorion Schœnleinii*, champignon de la teigne faveuse, se développe toujours uniformément sur les poils qu'il a envahis. La disposition en cupule paraît être toujours sa forme primitive sur les parties velues, forme qui persiste quand les poils sont indépendants et qui, au contraire, s'altère graduellement et devient méconnaissable, lors de la manifestation extérieure du cryptogame, si les poils affectés sont très-rapprochés les uns des autres. Dans le premier cas, la teigne faveuse est urcéolaire, c'est le *porrigo favosa* des auteurs; dans le second cas, elle est scutiforme, c'est le *porrigo scutulata*. Aussi quelques observateurs distingués, entre autres M. Deffis, n'attachent-ils que peu d'importance à toutes ces distinctions. Et maintenant rien n'est plus facile que de comprendre pourquoi le favus scutiforme n'occupe que le cuir chevelu et pourquoi il se change en favus urcéolaire quand il s'étend aux autres parties du corps. C'est qu'en aucune autre région on ne trouve, généralement, le même développement du système pileux qu'au cuir chevelu. Enfin, pour vous faire mieux comprendre que les différences de formes dans la teigne faveuse tiennent uniquement au développement du système pileux et au mode d'ensemencement du champignon, je dois vous signaler ici ce fait bien remarquable de la transformation du favus scutiforme en favus urcéolaire après une première épilation.

TEIGNE FAVEUSE SQUARREUSE.

Le favus squarreux (*porrigo squarrosa*) est une variété qui n'est pas généralement admise; elle est confondue soit avec le favus scutiforme, soit avec l'*impetigo granulata*, avec lequel elle offre en effet une grande analogie.

Comme le *porrigo scutulata*, le *porrigo squarrosa* ne se rencontre qu'au cuir chevelu, et débute par des groupes sur lesquels on ne distingue rien de la forme urcéolaire, qui cependant peut être ici également la forme primitive. Toutefois, les deux variétés (*scutulata* et *squarrosa*) offrent dans leurs caractères des différences bien tranchées: l'évolution extérieure du champignon ne se fait pas d'une manière aussi régulière dans le favus squarreux; elle a lieu sur des surfaces allongées, inégales, et non plus circulaires; la matière favique semble se développer plus particulièrement sur la tige des poils, auxquels elle forme des gaînes dans une certaine étendue, gaînes qui se réunissent et adhèrent assez fortement les unes aux autres. De là ces saillies anfractueuses et quelquefois considérables qui hérissent le cuir chevelu dans cette variété de teigne, sortes de monticules que j'ai depuis longtemps comparés à ces cartes de géographie en relief qui représentent le sol de l'Ardèche. Le canal épidermique ne reste pas en place, comme dans les variétés précédentes. Il glisse sur la racine, refoulé par le champignon qui l'emporte avec lui sur la tige, où quelquefois il est facile de le distinguer au milieu de croûtes épaisses et pulvérulentes. Quant aux autres symptômes du *porrigo squarrosa*, ils ne diffèrent en rien de ceux des *porrigo favosa* et *scutulata*.

La description que nous avons donnée de la teigne faveuse et de chacune de ses trois variétés s'applique spécialement aux cas dans lesquels l'affection occupe le cuir chevelu; c'est là, en effet, le siége de prédilection de la teigne. Mais vous vous rappelez que nous avons admis (classification des tei-

---

nature sait trop ce qu'elle doit aux hommes de génie pour refuser à celui là l'explication de ses mystères. — « ...... Eh bien! *taisons-nous*, « *mais parlons* de l'avantage.....» — Parler et se taire en même temps, voilà une faculté qu'il n'est pas donné à tout le monde de posséder; elle serait suffisante pour faire à elle toute seule la réputation de l'auteur, si cependant il n'était pas ventriloque.

Puis viennent des extraits de journaux où il est dit qu'il se distingue par *une élocution facile, une politesse exquise* et une adresse peu commune; que son épouse est *la femme la plus habile de* SON SIÈCLE! — Qu'on paie cinq francs la ligne dans un journal pour se faire dire de ces choses-là, cela s'est vu, cela se voit encore tous les jours, mais qu'on les répète soi-même comme un hommage rendu à un mérite réel, voilà qui est aussi rare que curieux.

Je copie encore: « La dextérité de M X..., *médecin-dentiste*, tient du « prodige; nous l'avons remarqué à *la barrière de l'Etoile* (!!!), enfermé « *dans un sac*, les yeux bandés, *tirer un coup de pistolet d'une main*, de « l'autre ôter une dent. »

Voyez-vous à *la barrière* de l'Etoile un homme qui a l'honneur d'être médecin s'enfermer dans un sac! et arracher les dents en tirant des coups de pistolet!! Je comprends maintenant que, recevant ses pratiques à coups de pistolet, il puisse intituler sa boutique *un champ de bataille*. Malgré une preuve aussi évidente de dextérité, j'aurais quelque peine à me faire arracher une dent par ce procédé. Un homme enfermé dans un sac, les yeux bandés (double précaution dont l'une au moins est inutile), n'est pas absolument tenu d'y voir très-clair, et je craindrais que, se trompant de côté, il ne me fourre son pistolet dans la bouche et n'en lâche le chien pendant que sa clef de Garengeot resterait braquée sur l'atmosphère.

L'art du dentiste n'était pas assez vaste pour le génie de mon héros, il a tourné le superflu de ses vastes capacités vers la culture des cheveux. Il possède sur la physiologie de ces appendices épidermiques des idées aussi neuves qu'originales; ainsi il dit que « *la partie inférieure des che-* « *veux pousse avant la supérieure, leur longueur provient de la quantité,* « *de la qualité et de l'humidité qui leur sert d'aliment, et leur couleur subit* « *les mêmes changements;* CE QUI PROUVE *qu'à différentes époques de la vie* « *la couleur des cheveux change.* » — Et voilà pourquoi votre fille est muette. — « *La bonté des cheveux* vient de l'humidité qui les nourrit. Cette « humidité d'humeur est formée par une matière *excrémentitielle*. Elle est « produite par les *vapeurs du sang exhalées par la force de la chaleur du* « *corps à la* surface, et *ainsi condensée en passant par les pores.* » — (Ceci doit être lu d'une seule haleine et très-vite.) — « *Les causes*, en général, « de la chute des cheveux, *celle* même qui est l'origine de toutes les au- « tres, *ce sont*, sans contredit, les refroidissements plus ou moins graves « du cuir chevelu, etc., etc. »

Une science aussi complète de la physiologie et de la pathologie des cheveux devait conduire à une découverte thérapeutique non moins remarquable; c'est en effet ce qui a eu lieu, et l'auteur a créé une pommade nommée pâte de Médine, qui a tenu beaucoup plus qu'on n'était en droit d'en exiger; car elle pouvait à la rigueur se contenter de faire croître les cheveux, les empêcher de tomber et de blanchir, leur fournir enfin une « *nourriture bienfaisante, moelleuse*, NUTRITIVE, vraiment AMI « DE LA BELLE CHEVELURE!!! » (*sic*). — Il paraît que tout cela ne lui « a pas paru suffisant, car de plus, — « elle porte son action bienfai-

gnes), avec les variétés de forme, des variétés de siége dont nous devons dire maintenant quelques mots, bien qu'elles n'aient pas à beaucoup près ici la même importance. Rappelons qu'aux diverses régions que nous allons passer en revue, ce n'est jamais que le *porrigo favosa,* la variété urcéolaire, qu'on observe.

Les godets faviques peuvent se montrer sur tous les points de la face; sur les joues, les sourcils, le nez, dans les conduits auriculaires..... J'ai cité, dans mes leçons de 1855, l'observation, à plusieurs égards très-remarquable, d'une femme entrée dans mon service pour une vieille affection syphilitique, et chez laquelle nous vîmes se développer au bout du nez un très-beau godet favique. Le parasite lui-même avait été probablement communiqué par une malade affectée de teigne faveuse, qui était auprès d'elle dans les salles. Actuellement, nous avons en bas, au nº 56, un jeune homme qui porte depuis onze ou douze ans une teigne faveuse du cuir chevelu; la maladie s'est tout récemment étendue à la face. La région sourcilière gauche est occupée par trois godets des mieux caractérisés. Presque jamais la teigne faveuse, à la face, ne s'accompagne de ces éruptions pustuleuses, si fréquemment observées au cuir chevelu; mais on voit très-souvent, autour des godets et dans une étendue variable, une furfuration jaunâtre très prononcée qui offre avec les croûtes d'eczéma une certaine analogie. C'est du favus épidermique que l'on prend presque toujours pour de la dartre. Sur le tronc et sur les membres, l'éruption cryptogamique se montre ordinairement au centre d'anneaux érythémateux remarquables par leur uniformité et leur très-petit diamètre, et se distinguant en cela des cercles herpétiques de la teigne tonsurante. L'affection siége au dos, aux épaules, aux coudes, aux ongles. Elle a une prédilection marquée pour le côté externe des membres (sans doute parce que le système pileux y est plus développé); quelquefois les godets se réunissent, et on a une ou plusieurs plaques de favus urcéolaire cohérent. Nous en avons observé à la face antérieure des jambes, sous la forme de larges incrustations brunes, irrégulières, couvertes de moisissures qui étaient, dans ce cas, le parasite du parasite.

Les altérations des ongles produites par le cryptogame de la teigne faveuse avaient échappé à l'attention des observateurs. Il n'en est même pas fait mention dans les ouvrages de M. Gibert et de M. Cazenave. Ce n'est pas cependant qu'elles soient rares, car, depuis quelques mois, nous en avons observé un assez grand nombre d'exemples. Mahon, le premier, parla de cette singulière affection, qu'il avait contractée lui-même en soignant les teigneux; il la rapprocha du favus, mais n'en connut point la véritable nature. Un auteur allemand, dont le nom m'échappe, avait aussi, je crois, signalé le favus de l'ongle. Presque toujours il est consécutif à la teigne faveuse; les malades se grattent, quelques parcelles de champignon s'introduisent sous l'ongle, et trouvant là, dans les cellules molles épidermiques, un terrain qui leur convient, elles se développent et produisent l'affection que nous étudions en ce moment. Parmi les phénomènes qui annoncent la germination du parasite, on doit citer surtout un épaississement plus ou moins considérable de la lame cornée unguéale; en même temps, on aperçoit par transparence une matière sale, brunâtre. Mais bientôt l'ongle jaunit et se flétrit dans une partie de son étendue, les stries longitudinales deviennent plus apparentes, s'écartent et quelquefois même les lamelles se brisent. Assez souvent des renflements, des nodosités, des tubérosités se forment; et dans ces divers points on observe un amincissement de plus en plus marqué de la lame cornée, comme si elle était usée incessamment par l'action du champignon sous-jacent. Enfin, après un temps ordinairement assez long, l'ongle est perforé.

Aux parties sexuelles, le favus n'offre aucune particularité qui mérite d'être signalée; ce n'est jamais que la forme urcéolaire qu'on y observe. Je vous ai déjà dit que M. Lebert avait signalé le premier l'existence de godets faviques sur le gland; dans mon premier travail sur les teignes, j'avais émis quelques doutes sur la réalité d'un pareil phénomène, ne sachant pas qu'il y eût des poils sur cette partie du corps. Mais j'ai été moi-même assez heureux pour voir un cas du même genre: le godet, comme tous les godets faviques, était manifestement traversé par un poil.

Je ne reviendrai pas sur les symptômes communs aux diverses variétés de la teigne faveuse. Je vous rappellerai seulement qu'au début le favus est toujours une affection locale; ce n'est que dans le cas où il se généralise que la santé du

---

« sante sur *le derme* et l'épiderme, raffermit les chairs, rafraîchit le « teint et adoucit la peau, lui conserve sa finesse et son moelleux, la « *préserve des rides* et *efface* celles qui sont *occasionnées* par des causes « accidentelles; » — Un coup de sabre peut-il compter pour une cause « accidentelle? — « empêche la formation des taches jaunâtres appelées « vulgairement masques; calme le feu du rasoir; en portant son action « vivifiante dans les *bulbes des poils*, elle *les empêche de blanchir prématurément*; prévient les gerçures au nez et aux lèvres, les boutons, « les dartres farineuses, les démangeaisons, feux, éphélides. — En « frictions, elle *répare* les forces, donne *de la souplesse et de la vigueur* « *aux membres fatigués*, et leur conserve l'élasticité *primitive;* elle a le « précieux avantage de faciliter *la croissance chez les jeunes enfants, si* « *on a le soin de leur frictionner* TOUTES LES ARTICULATIONS *matin et soir.*»

Et maintenant, voulez-vous savoir où il va chercher ses compères, j'allais dire ses complices; voulez-vous savoir sur quelle autorité médicale il s'appuie pour prouver à la foule que son orgue de Barbarie appelle, au public devant lequel il récite son *boniment*; voulez-vous savoir comment il lui prouve qu'il n'est pas un menteur, que la PATE DE MÉDINE inventée par lui MÉDECIN, et débitée par LUI sur la place publique, n'est pas de la même farine que celle des charlatans sans feu ni lieu et sans diplôme de la Faculté de Paris? La voilà, son autorité; je copie dans la brochure:

« *La Lancette française*, *GAZETTE DES HOPITAUX civils et militaires*, *du mardi 21 octobre 1851*, *recommande en ces termes notre* « PATE RÉGÉNÉRATRICE:

« Nous ne saurions trop recommander aux personnes qui perdent « leurs cheveux l'usage de la PATE DE MÉDINE, composée par M. X..., « MÉDECIN DENTISTE, non-seulement pour les faire croître, mais encore « pour arrêter complétement les ravages de l'*alopétie* et de la *calvitie.*

« Cette précieuse *Pâte* donne aux follicules et aux *bulles* alimentaires « malades leurs forces et leur vigueur primitives.

« *La renommée répandue dans toute la capitale*, les heureux effets de « cette découverte reconnus par l'usage, les attestations des médecins « et des chimistes les plus recommandables, dont M. X.. est porteur, « mettent cette découverte à l'abri du plus léger doute. »

L'auteur a également inventé l'eau de *Fleur de Marie*, nom heureux, qui donne une idée de ses *vertus*; la poudre *balsamique-prophilactique-odontalgique et dentifrice*; la poudre brésilienne végétale, dont je demande la permission de ne pas énumérer les propriétés; et enfin le miel *prophilactique* qui préserve de toutes les affections morbides, telles que le SCORBUT, la GANGRÈNE, etc., etc.; apres celle là je pense qu'il faut tirer l'échelle.

La vie d'un homme aussi célèbre devait tenter les historiens, aussi annonce-t-il que sa biographie, avec portrait, vient de paraître: l'histoire de sa mâchoire doit jouer un grand rôle dans cet ouvrage, qui le pose décidément au rang des célébrités osanores contemporaines: sa clientèle va monter d'un cran. Il est certain qu'un homme qui se respecte ne peut pas faire extraire ses chicots par le premier venu; il ne peut confier cette importante mission qu'à un homme illustre des pieds à la tête, et connu depuis le maillot jusqu'aux cheveux gris inclusivement. Quant à moi, je l'avoue, le cas échéant, je ne ferais aucun état d'un dentiste qui ne pourrait pas me prouver avec des parchemins en règle qu'un des ses aïeux jouait du davier à la première croisade.

GRIFFUS (d'Ephèse).

sujet peut-être plus ou moins gravement altérée. — Les complications sont celles dont nous avons parlé en étudiant les teignes en général. Tantôt c'est une autre teigne, la tonsurante par exemple, qui se montre en même temps que le favus; tantôt et plus souvent c'est une affection produite par des animaux parasites (poux). Enfin, dans le plus grand nombre des cas, c'est une affection constitutionnelle (dartreuse, scrofuleuse...) qui constipe l'éruption cryptogamique.

Le favus a ordinairement une durée très-longue; presque toujours, neuf fois sur dix au moins, il se prolonge indéfiniment jusqu'à la complète destruction de la chevelure; dans un vingtième des cas environ, l'affection se généralisant, on voyait se manifester les symptômes de la cachexie parasitaire, signes avant-coureurs d'une terminaison funeste. Quant à la guérison spontanée, on ne peut pas en nier la possibilité, mais c'est une terminaison très-rare, exceptionnelle, de la teigne faveuse.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Sur un cas remarquable de tumeur encéphaloïde de l'épididyme et du cordon,

Par M. Demarquay, suppléant M. Monod à la *Maison municipale de santé.*

Le fait suivant, ainsi que les considérations dont il a été l'objet de la part de M. Demarquay, nous a paru assez important pour être mis sous les yeux des chirurgiens.

Nous allons d'abord exposer le fait lui-même avec quelques détails, nous ferons ressortir ensuite ce qu'il offre d'intéressant, d'inusité et peut-être de complétement nouveau dans la science.

Obs. *Tumeur encéphaloïde de l'épididyme et du cordon du côté gauche, incision du canal inguinal et ligature du canal déférent à l'entrée du bassin, modification du procédé ancien pour arrêter l'hémorrhagie des vaisseaux spermatiques, atrophie du testicule droit, et conservation des fonctions de celui correspondant au côté malade.* — Le 30 août dernier, un homme âgé de quarante-trois ans, tonnelier, entra dans le service pour se faire traiter d'une tumeur de la région scrotale gauche. Cet homme, dont la constitution ne paraît pas altérée, dit que cependant il a maigri dans ces derniers temps. Il a encore son père qui est actuellement âgé de soixante-douze ans, il a perdu, il y a cinq mois, sa mère, vers l'âge de soixante-dix ans, mais il ne peut donner aucun renseignement précis sur les symptômes de la maladie dont elle est morte. Il dit n'avoir jamais eu aucun écoulement par l'urètre, et il ne semble pas avoir eu aucun accident syphilitique.

Du côté droit du scrotum on ne rencontre, à la place du testicule de ce côté, qu'un petit corps mou, homogène, dont la pression ne fait éprouver au malade aucune sensation particulière; au-dessus on trouve le cordon testiculaire et on peut isoler le canal déférent qui offre ses caractères ordinaires. Cet homme prétend que ce testicule s'est atrophié depuis trois ans qu'il porte un bandage pour maintenir une hernie qui s'est manifestée à cette époque, au moment où il faisait un effort pour soulever une grille de fer.

Du côté gauche, on trouve une tumeur pyriforme, du volume du poing, elle est lourde, dure, bosselée, ne présente en aucun point de la fluctuation, et n'est pas douloureuse à la pression, excepté à la partie inférieure et un peu en arrière. La peau du scrotum est distendue, sa transparence permet de voir plusieurs veines dilatées et plusieurs petites masses noires de la grosseur d'un noyau de cerise, qui font saillie à la surface de la tumeur. Le testicule est englobé et ne peut être retrouvé par la palpation. Le cordon testiculaire est engorgé dans toute l'étendue du canal inguinal jusqu'à son orifice supérieur où la tumeur semble se terminer nettement par une bosselure grosse comme le pouce.

On ne constate aucun engorgement ganglionnaire ni dans l'aine ni dans la fosse iliaque, et par le toucher rectal on s'assure que la prostate ne présente aucune bosselure ni augmentation de volume.

Le malade dit qu'il s'est aperçu de sa tumeur pour la première fois il y a deux ans; son volume était alors à peu près le tiers de ce qu'elle est aujourd'hui; comme elle ne le gênait pas, il ne s'en est pas inquiété. Cette tumeur a débuté spontanément, le malade doit n'avoir jamais reçu aucun coup, n'avoir éprouvé aucun froissement violent dans la région scrotale. La tumeur a toujours été parfaitement indolore, il se plaint seulement de souffrir dans la région des reins, c'est cette douleur qui l'a obligé d'abord à cesser de travailler régulièrement, et ensuite à se mettre au lit le 12 juillet de cette année. Depuis le développement de sa tumeur, cet homme a eu aussi souvent qu'auparavant des érections et des rapports sexuels avec éjaculation aussi copieuse que de coutume, bien que le testicule droit fût complétement atrophié. Le dernier rapprochement sexuel a eu lieu il y a quatre mois, et il y a environ quinze jours avant son entrée, il a eu une érection suivie d'éjaculation abondante.

Après avoir préparé le malade à l'opération par un bain et un léger purgatif, le 3 septembre M. Demarquay pratiqua l'opération de la manière suivante :

Le scrotum préalablement rasé et le malade étant sous l'influence du chloroforme, deux incisions semi elliptiques se regardant par leur concavité et étendues de la racine des bourses jusqu'à la limite inférieure du mal circonscrivirent la peau de la partie antérieure, qui fut enlevée en même temps que la tumeur; celles-ci ne tenant plus que par le cordon des vaisseaux spermatiques, on incisa la paroi antérieure du canal inguinal mise à nu, et on arriva jusqu'à son orifice supérieur; alors, à l'aide d'aiguilles de Deschamps, M. Demarquay passa plusieurs fils à travers le cordon, au delà de la limite du mal; serrant ensuite chacun d'eux séparément, il se mit à l'abri de toute hémorrhagie et opéra la section des vaisseaux spermatiques.

En explorant la plaie avec soin, M. Demarquay découvrit sur le canal déférent, au moment où il s'enfonce dans le petit bassin, un noyau dur; alors ayant refoulé avec précaution le péritoine et attiré le cordon, il passa en arrrière et dans son intérieur deux fils qu'il lia séparément et dont il fixa les chefs à l'extérieur au moyen d'un morceau de diachylon. La plaie fut réunie par plusieurs points de suture; on y appliqua un linge enduit de glycérine, de la charpie, des compresses longuettes, et le tout fut fixé à l'aide d'une bande roulée, disposée en spica de l'aine.

Aucun accident n'est survenu depuis l'opération; les fils de la suture ont été retirés le 7 septembre. Aujourd'hui la plaie est rosée et fournit une médiocre quantité de pus de bonne nature.

Examen de la tumeur. — Une incision pratiquée sur la tumeur, suivant son grand diamètre, fait écouler de la cavité vaginale la valeur d'une cuillerée à bouche de sérosité citrine.

A la surface de cette coupe se voient des lobules d'une matière opaque d'un blanc rougeâtre; çà et là on voit de petits épanchements de sang, les uns situés à l'intérieur, d'autres à la superficie correspondant aux saillies noirâtres que l'on voyait à travers la peau. A la partie inférieure de la production morbide on rencontre le testicule que l'on peut aisément reconnaître à l'œil nu et qui forme une masse presque aussi grande qu'à l'état normal.

Sur le cordon on trouve plusieurs bosselures qui offrent à la coupe tous les caractères du tissu encéphaloïde.

M. Ch. Robin, qui a eu l'obligeance d'examiner cette pièce, a trouvé que le testicule dont la structure n'était pas altérée était séparé de la masse morbide par une cloison fibreuse, portion de *l'albuginée* normalement interposée entre lui et l'épididyme; il a pu étirer facilement du testicule des filaments conservant leurs flexuosités.

Au microscope, la tumeur a été trouvée constituée par des tubes déformés, plus larges que ne le sont les tubes de l'épididyme normal; ils sont demi-transparents, grisâtres, constitués par une gaîne épithéliale, sans paroi extérieure propre comme celle que possèdent les tubes épididymaires normaux. Les gaines sont composées de noyaux soit sphériques, soit ovoïdes, rapprochés les uns des autres; une matière amorphe finement granuleuse leur est interposée. D'autres gaines sont constituées par des cellules bien limitées et juxta posées, formées par segmentation de la substance amorphe située entre les noyaux, de telle sorte que chacun de ceux ci ou bien deux ou trois d'entre eux deviennent noyaux de cellules ainsi formées.

Les cellules sont polyédriques, pavimenteuses; autour du noyau la cellule est finement granuleuse. Entre ces cellules polyédriques on en trouve qui sont sphériques, claires, transparentes, vésiculiformes. Enfin les tubes présentent des saillies latérales en forme de culs-de-sac, allongées et bilobées.

Il y a dans cette observation plusieurs points intéressants à étudier et sur lesquels nous nous sommes proposés d'appeler l'attention. Relativement à l'époque reculée de son début, l'affection a fait peu de progrès; ordinairement les encéphaloïdes du testicule ont une marche plus rapide, les gangoins lombaires et iliaques sont envahis plus tôt par la maladie; ici, au contraire,

l'examen le plus approfondi n'a fait reconnaître dans l'abdomen aucune tumeur capable d'être une contre-indication à l'opération.

L'attention des observateurs ne paraît pas s'être fixée jusqu'à présent sur la manière dont s'accomplissent les fonctions génitales des malades atteints de sarcocèle cancéreux. En parlant de l'étiologie, le professeur Roux (1) dit seulement que les irritations des testicules causées par l'abus ou la privation des plaisirs vénériens peuvent être pour beaucoup dans la production de la maladie; on n'en trouve pas plus long dans les autres auteurs classiques. Comme un des organes était atrophié, les résultats de l'observation devaient être très-concluants relativement à la fonction du testicule appartenant au côté malade, aussi ce point a-t-il été scruté avec soin. Nous nous sommes assurés par de nombreuses questions que le testicule avait continué ses fonctions, puisque quinze jours environ avant son entrée, ce malade a eu la nuit une érection suivie d'éjaculation. L'observation clinique est venue ici appuyer les résultats fournis par l'anatomie pathologique. Le fait que nous venons de rapporter confirme cette proposition émise par M. Ch. Robin, dans un travail fort remarquable publié dans les *Archives* de mai 1856, savoir: Les tumeurs, dites habituellement sarcocèles encephaloïdes du testicule, sont des tumeurs de l'épididyme et non du testicule. En effet, le testicule a conservé ses fonctions, et si l'on pressait la tumeur entre les doigts, ce malade n'éprouvait aucune sensation pénible, excepté lorsque la pression avait lieu en bas et en arrière; et c'est précisément en ce point que le testicule parfaitement sain a été trouvé lors de l'examen qui a été fait sur la tumeur après son ablation.

Le diagnostic n'a rien offert de particulier, la tumeur se présentait avec des caractères bien tranchés, il n'était pas douteux que l'on eût sous les yeux un sarcocèle. Il n'en était pas de même de l'indication thérapeutique: devait-on abandonner ce malade ou tenter quelque chose en sa faveur, la médecine opératoire pouvait-elle encore venir à son secours?

L'étendue de la maladie, qui remontait jusqu'à l'orifice supérieur du canal inguinal, pouvait faire un instant hésiter à entreprendre l'opération. Boyer dit que toutes les fois que le cordon spermatique est squirrheux jusqu'à l'anneau inguinal, on doit s'abstenir d'une opération qui n'emporterait qu'une partie du mal. Il blâme le chirurgien qui fendrait l'anneau inguinal et suivrait le cordon dans l'abdomen pour en faire la ligature au-dessus de la partie malade. Il cite une de Le Dran, dans laquelle ce chirurgien fendit l'anneau et les muscles du bas ventre le long du cordon et fit la ligature de celui-ci à la hauteur de la crête de l'os des iles où finissait l'engorgement; le malade mourut de péritonite le sixième jour, malgré trois saignées qui lui furent pratiquées dans les premières vingt-quatre heures.

Le professeur Roux (art. cité) dit que l'on doit encore opérer si l'engorgement du cordon spermatique est borné à l'ouverture inférieure du canal inguinal, mais l'engorgement s'étend-il au delà du canal inguinal ou seulement jusque dans l'intérieur, il n'est plus permis d'entreprendre l'opération. M. Velpeau a plusieurs fois poursuivi le sarcocèle jusque dans la fosse iliaque, après avoir ouvert la paroi antérieure du canal inguinal, le succès a été aussi complet que dans les cas les plus simples, et cette manœuvre ne lui a réellement pas paru trop difficile. Si donc deux autorités importantes conseillaient de s'abstenir dans le cas présent, on trouverait dans la pratique du savant professeur de la Charité un encouragement à entreprendre l'opération. Que s'agissait-il, en effet, de faire pour enlever toute l'étendue du mal? Débrider le canal inguinal, c'est-à-dire exécuter un des temps de l'opération de la hernie étranglée en cet endroit; or, on sait que cette opération n'est réellement grave qu'en raison des circonstances souvent fâcheuses dans lesquelles on pourrait trouver le cordon malade au delà du canal inguinal, et le débridement ne pas suffire pour enlever le mal dans toute son étendue; c'est, en effet, ce qui est arrivé. Cette difficulté avait été prévue d'avance par M. Demarquay, il devait, ainsi qu'il l'a fait, refouler le péritoine, comme pour la ligature de l'artère iliaque externe.

(1) Art. *Sarcocèle* du Dictionnaire en 30 volumes.

L'ablation de la tumeur étant décidée, on devait se préoccuper de la section du cordon et de la ligature de ses vaisseaux. L'on ne pouvait pas songer à couper le cordon après l'avoir saisi entre le pouce et l'indicateur de la main gauche, puisqu'il était envahi dans toute sa longueur du canal inguinal, et si on coupait le cordon par portion, en liant les artères à mesure qu'elles seraient ouvertes, on était si près de la cavité abdominale, qu'il était à craindre que l'une d'elles en se rétractant n'échappât à la ligature et ne donnât lieu à une hémorrhagie interne; il restait à couper le cordon après l'avoir lié en masse. Cette manière de faire est, en effet, adoptée par un grand nombre de chirurgiens, mais elle peut exposer à des accidents de péritonite et d'étranglement, comme J. L. Petit en rapporte une observation (1); enfin le fil venant à opérer la section d'une partie du cordon avant l'oblitération suffisante des artères, la ligature n'est plus assez serrée et il se produit une hémorrhagie consécutive. Pour éviter tous ces inconvénients, M. Demarquay passa à travers le cordon plusieurs fils au moyen de l'aiguille de Deschamps et lia séparément chacun des faisceaux du cordon. Ce procédé est une modification heureuse de celui de Paré et d'Heister. Ces chirurgiens conseillent, en effet, de passer un fil double au travers du cordon et d'en lier ensuite séparément les deux moitiés, mais de cette façon chaque fil étreint encore une trop grande quantité de tissu, et quand une partie a été coupée par la ligature, n'étant plus assez serrée, on peut redouter une hémorrhagie.

Conclusions. — 1° Dans le sarcocèle le testicule peut être sain, l'épididyme et le cordon étant envahis par la maladie.

2° Ce testicule sain conserve encore longtemps ses fonctions.

3° Le chirurgien doit encore intervenir quand le cordon est malade dans toute la longueur du canal inguinal, si l'on ne découvre dans l'abdomen aucune tumeur, et si la constitution ne paraît pas affectée.

4° Le meilleur moyen de s'opposer à une hémorrhagie consécutive, lorsque le cordon doit être coupé très-près de la cavité abdominale, est de passer au travers de lui plusieurs fils et de les lier séparément avant de terminer l'opération.

Dr Parmentier.

Note sur un cas d'anorchidie congénitale double,

Par M. Chassaignac,

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Bride, Alfred, sellier, dix-sept ans, rue Martin, n° 12, à la Chapelle, et antérieurement rue Meslay, n° 51, entra une première fois, le 13 septembre 1856, à l'hôpital Lariboisière. Il y est revenu un an après, le 18 août 1857.

Voici ce que nous avons observé chez ce jeune homme à ces deux reprises:

A son premier séjour, ce garçon, quoique âgé de dix-sept ans, avait plutôt les apparences d'un enfant que d'un adolescent: depuis une année, il est devenu sensiblement plus grand et plus fort. Voici ce que l'examen local des organes génitaux permet de constater.

La verge est d'une exiguïté remarquable, le scrotum vide et complètement affaissé sur lui-même. Point de testicules dans les bourses et absence complète de traces de ces organes sur tous les points du trajet sur la longueur duquel on le trouve habituellement, quand il a été arrêté dans sa migration vers les bourses.

Dans chacune des moitiés du scrotum, on sent un cordon bien distinct qui n'est autre chose que le canal déférent; il en a la dureté et la la sensibilité au contact. En effet, quand on presse ce cordon, la douleur qu'éprouve le jeune sujet n'est pas localisée dans le lieu même

(1) J. L. Petit, t. II, p. 257.

de la pression ; mais elle se propage de la manière la plus distincte suivant le trajet ascendant du canal déférent.

Pour s'assurer plus exactement de l'absence du testicule sur un point quelconque de son trajet accoutumé, on exerce des pressions soutenues sur les parties latérales antérieures de la région lombaire, ainsi que dans les fosses iliaques, on ne trouve rien qui puisse faire croire à la présence du testicule dans aucun de ces points.

Il y a absence presque complète de poils à la région pubienne.

On reconnaît au toucher que la symphyse pubienne, sans être pourvue d'un tissu graisseux abondant, comme au mont de Vénus chez la femme, est cependant plus bombée que d'ordinaire.

En passant sur le raphé médian du scrotum, on arrive très-vite à sentir la symphyse pubienne, et on reconnaît que les deux branches de l'arcade se réunissent à angle très ouvert, comme chez les sujets du sexe féminin, de plus ces branches sont garnies de tissu adipeux comme chez la femme.

Les résultats obtenus par un examen attentif chez ce jeune sujet nous ont conduit à affirmer qu'il n'existait pas chez lui de testicule, attendu que du moment qu'on trouve d'une manière très-nette le canal déférent, il faut bien ou que l'anorchidie existe, ou que la trace de l'organe testiculaire se rencontre sur l'un des points du trajet déférentiel. Quand le canal déférent se trouve dans le scrotum, ou bien le testicule est à son extrémité inférieure, ou bien le canal vient former dans la bourse une anse repliée sur elle-même, mais à l'un des bouts de laquelle on retrouve le testicule.

M. Godard a bien voulu, sur notre demande, examiner ce cas d'anorchidie avec l'attention consciencieuse et sagace qu'il apporte à ce genre de recherche. Sans nous permettre de formuler à ce sujet une opinion absolue dont lui seul pourrait motiver le sens, il nous a semblé que nous pouvions, jusqu'à ce qu'il publie quelque chose à ce sujet, nous autoriser de ses paroles pour le regarder comme étant acquis à l'opinion qu'il s'agit réellement ici d'un cas d'anorchidie double congénitale.

Eu égard à la recherche du canal déférent dans les cas difficiles et alors que des raisons plus ou moins rigides tendent à en simuler les attributs, nous ferons remarquer que le caractère le plus certain de la présence du canal déférent au milieu des cordons vasculaires qui pourraient en imposer au premier abord, se déduit d'un moyen diagnostique qui ne nous a jamais fait défaut jusqu'ici. Ce moyen consiste en une traction très-forte du testicule en bas. Toutes les fois qu'il reste encore quelques doutes, augmentez encore un peu la traction de l'organe comme pour simuler un commencement d'arrachement, et alors vous sentez cette ligne ronde, dure, rectiligne, absolue, qui distingue le canal déférent de tout ce qui l'entoure.

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(Suite. — Voir les nos 105, 106, 107 et 110.)

RÉGION DU THORAX.

Nous ne ferons que rappeler ici pour mémoire, puisqu'elle a été insérée tout entière par M. Larrey, dans les bulletins de la Société de chirurgie (1856), une observation extrêmement intéressante de *plaie pénétrante, par coup de feu, dans la région latérale droite de la poitrine, au niveau de la neuvième côte, avec fracture de celle-ci, hernie immédiate du poumon. — Elimination de la portion énervée et cicatrisation de la plaie, avec persistance d'une hernie pulmonaire.* (M. X..., lieutenant au 91e de ligne.) Observation suivie de la description d'une sorte de corsage élastique, muni d'une pelote destinée à comprimer la hernie.

Voici deux autres exemples de plaie pénétrante par coup de feu.

No 22. — *Plaie pénétrante par une balle dans la région postérieure et inférieure droite de la poitrine, avec fracture de la onzième côte. — Adhérence du poumon à la cicatrice sans formation de hernie et séjour probable du projectile dans la cavité thoracique.* — BONNET, 2e grenadiers de la garde, blessé le 8 septembre 1855, à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, du côté droit, par une balle qui a pénétré en fracturant la onzième côte, à quinze centimètres en dehors des apophyses épineuses. Immédiatement perte de connaissance et hémorrhagie abondante par la plaie. Le crachement de sang n'a commencé que le lendemain et a duré pendant huit jours. — Pas de hernie du poumon. — Elimination de trois esquilles secondaires. — Cicatrisation complète sans autre accident au bout de trois mois. — Actuellement cicatrice ronde de la largeur d'une pièce de 2 fr., déprimée, située au niveau du dixième espace intercostal et de la onzième côte, qui a subi une perte de substance dans toute son épaisseur, de telle sorte que son bout flottant est libre, mobile et peut être déprimé à volonté : il est soulevé lorsque les muscles se contractent, et repoussé dehors ainsi que toute la cicatrice pendant la toux et les grandes expirations. — La cicatrice est alors fortement tendue, mais ne fait pas hernie. Au toucher on reconnaît que son tissu est mince et se laisse facilement déprimer. — L'auscultation fait entendre à son niveau le bruit respiratoire très net et surtout très-superficiel, probablement par suite de l'adhérence du poumon. — Comme il n'y a qu'une ouverture et que la balle n'est pas sortie (d'après le dire du blessé, il faut supposer qu'elle est restée enfermée dans la cavité thoracique. Cependant il n'y a de douleurs dans aucun point ; et un examen minutieux à l'aide de l'auscultation et de la percussion ne fait rien découvrir à cet égard.

No 23 —*Plaie pénétrante dans la partie supérieure de la poitrine par un coup de feu, avec fracture de la clavicule, nécrose, etc.* — DENIMAL, 17e bataillon de chasseurs à pied, blessé le 8 septembre 1855, par une balle qui est entrée dans la région thoracique antérieure et supérieure du côté gauche, au-dessous du milieu de la clavicule, en la fracturant, a traversé la partie supérieure de la cavité pectorale en passant au-dessous des vaisseaux sous-claviculaires, et est sortie directement en arrière au-dessus de l'omoplate. — Lésion du sommet du poumon, caractérisée par une hémoptysie qni a persisté pendant six semaines. — Accidents inflammatoires dans le voisinage, abcès, trajets fistuleux, etc., et élimination d'esquilles primitives, secondaires et tertiaires. — Actuellement (août 1856), plusieurs ouvertures fistuleuses existent encore dans les régions sus et sous-claviculaire. — Le stylet fait reconnaître la présence de plusieurs esquilles encore adhérentes en voie d'élimination. — La clavicule qui a été fracturée présente dans sa partie moyenne une hypertrophie considérable. Son épaisseur est au moins trois fois plus grande qu'à l'état normal, et elle forme une sorte de plaque osseuse étendue sur la région. — Engourdissement et atrophie consécutive dans le membre supérieur correspondant.

RÉGION ABDOMINALE.

No 24. — *Fracture comminutive du radius et plaie des parois abdominales par une balle.* — M. ***, sous lieutenant au 10e de ligne, blessé le 8 septembre 1855, par une balle qui a atteint la face interne du tiers moyen de l'avant-bras (qui en ce moment était porté en avant et en haut), a fracturé le radius, et est sortie directement par la face antérieure du membre : de là, le projectile est entré dans l'épaisseur des parois abdominales au côté droit de la région épigastrique, et sans pénétrer, s'est arrêté dans la fosse iliaque gauche un peu au-dessus du niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, d'où elle a été extraite par une contre-ouverture. Cette plaie ne fut suivie d'aucun symptôme de pénétration et se cicatrisa assez promptement.

Celle de l'avant-bras, au contraire, eut des conséquences plus graves, — elle fut envahie à deux reprises différentes par la pourriture d'hôpital, qui non-seulement retarda la cicatrisation, mais encore empêcha la consolidation de la fracture, autant par l'impossibilité de la maintenir réduite, que par le grand nombre d'esquilles secondaires et tertiaires dont elle détermina l'élimination. — Il fut même un instant question d'amputer le membre, cependant la cicatrisation fut obtenue au bout de cinq mois.

Cicatrice d'entrée étroite et déprimée ; celle de sortie très-allongée, comme résultant d'une large incision; — défaut de consolidation de la fracture du radius dont les deux bouts, considérablement amincis, sont écartés l'un de l'autre de 2 à 3 centimètres; — mobilité très-grande du fragment inférieur et par suite de la main qui n'a plus de soutien. — déformation et atrophie du membre : saillie de l'extrémité inférieure du cubitus et renversement très-prononcé de la main sur le bord radial.

Celle-ci se tient continuellement dans la pronation forcée et ne peut exécuter le mouvement de supination : elle retrouve cependant une partie de son action par l'usage d'une sorte de gaîne en cuir épais, lacée autour de l'avant bras.

N° 25. — *Coup de feu dans la fosse iliaque droite.— Fistule stercorale consécutive.*— GAULTIER, caporal du génie de marine, blessé le 7 mai 1854, par une balle qui est entrée à 6 centimètres au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite, a traversé le cœcum, et se dirigeant de dedans en dehors et d'avant en arrière, a perforé l'os iliaque, et est sortie au milieu de la fosse iliaque externe. — Accidents immédiats, hémorrhagie peu abondante mais continue, et issue de matières fécales par la plaie de sortie (pas par l'ouverture d'entrée, qui était bouchée par une escharre); — rétention d'urine qui cessa au bout de trois jours. — symptômes de péritonite partielle, douleurs limitées à la région, gonflement du ventre, constipation, pas de vomissements, fièvre, etc. — Pendant les trois premiers mois, pas de garde robes à proprement parler ; les matières fécales passaient par la plaie de sortie, qui était large et béante. — Chose notable, la plaie d'entrée se cicatrisa après vingt jours, et se rouvrit lorsque celle de sortie commença à se fermer, et quand celle-ci fut complétement cicatrisée, les matières stercorales prirent leur cours par la première qui depuis est restée fistuleuse. — Pendant vingt mois, le blessé a gardé le lit à cause de la faiblesse générale des douleurs qu'il ressentait dans le ventre, et de l'engourdissement qu'il éprouvait dans le membre inférieur correspondant. — En juin 1855, lorsqu'il arriva à l'hôpital de Rochefort, il présentait l'état suivant (Note de M. Mayer, chirurgien en chef) : « Le cœcum a été certainement ouvert, puisque les matières fécales s'échappent encore par les deux ouvertures antérieure et postérieure, qui sont les orifices d'un long trajet fistuleux que des sondes exploratrices peuvent parcourir en entier. Ce militaire était heureusement à jeun lorsqu'il a été blessé, le péritoine a pu contracter des adhérences salutaires qui ont mis obstacle à un épanchement dans la cavité de la membrane séreuse. Un fait remarquable est celui-ci, que le cours des matières excrémentitielles n'a jamais été complétement interrompu, et qu'ainsi les fistules n'ont livré passage qu'à une quantité insignifiante du produit ultime de la digestion. » Actuellement la plaie postérieure, qui n'est définitivement cicatrisée que depuis trois mois, après avoir donné issue à plusieurs esquilles, est bouchée par une substance dure, véritablement osseuse, à laquelle adhère la cicatrice irrégulière et froncée. — L'orifice antérieur est petit, ombiliqué, présentant une sorte de valvule sous laquelle se trouve un pertuis à bords rouges, oblique, permettant l'introduction d'une sonde de femme qui arrive dans une sorte de cloaque dont on ne peut pas bien reconnaître les limites, — il s'en échappe des gaz et des matières stercorales, ou plutôt un liquide en ayant la couleur et l'odeur La quantité rendue en vingt quatre heures est peu considérable, à peine suffisante pour imbiber un plumasseau. — Il ne sort rien pendant les efforts de défécation. — Maintenant, les digestions se font bien, à condition que les aliments ne sont pas ingérés en trop grande quantité et ne sont pas féculents — Bon état général, pas d'amaigrissement, plus de douleurs dans le ventre, etc. — De temps en temps, l'orifice extérieur de la fistule s'enflamme et laisse passer une plus grande quantité de matières.

M. Larrey essaya de fermer la fistule d'abord par l'occlusion faite à l'aide d'un plumasseau enduit de collodion. — Mais ce pansement n'a pu être supporté, outre qu'il se décollait facilement ; puis par la compression simple bien faite au moyen d'un spica. Celle-ci réussissant fort bien, M. Larrey fit faire pour cet homme un appareil en caoutchouc devant comprimer largement la région en formant une ceinture complète. Ce blessé, ayant été perdu de vue depuis qu'il a été muni de ce bandage, nous ignorons quel bénéfice il aura pu retirer de son usage.

RÉGION DE L'ÉPAULE.

N° 26. — *Plaie contuse dans la région scapulaire par un boulet. — Pourriture d'hôpital. — Cicatrice avec développement de tissu kéloïde.* — RODAN, du 20ᵉ de ligne, blessé le 8 septembre 1855 par un boulet qui l'a atteint très-obliquement dans la région scapulaire droite, de façon à n'enlever qu'un lambeau de peau sur le milieu de l'épine de l'omoplate, mais en contusionnant et en dénudant cette crête osseuse. — En même temps, il fut renversé par terre par le choc ; et lorsqu'il se releva, il avait l'humérus droit luxé. Cette luxation a-t-elle été produite par le choc même du boulet sur la partie postérieure de l'épaule ou par l'effet direct de la chute ? — Esquilles primitives, — pourriture d'hôpital qui dura pendant vingt-cinq jours et fut combattue par des applications de pâte de Vienne, — esquilles secondaires, — cicatrisation complète au bout de trois mois.

Actuellement, cicatrice un peu plus large qu'une pièce de 5 francs, reposant sur l'épine de l'omoplate sans lui adhérer, constituée par un tissu rose, inégal, fendillé, recouvert par une pellicule épidermique très-mince, formant une élevure de plusieurs millimètres, extrêmement sensible à la moindre pression.

N° 27. — *Coup de feu dans la région sus-épineuse. — Paralysie complète de tout le membre correspondant. — Simulation.* — JOBARD, 17ᵉ bataillon de chasseurs à pied, blessé le 8 septembre 1855 par une balle qui, entrée au-dessus de l'articulation acromio-claviculaire gauche, sans l'intéresser, a traversé le bord externe du trapèze, et se dirigeant de dehors en dedans et d'avant en arrière, a longé le bord supérieur de l'omoplate et est venue se loger sous la peau, au niveau de l'angle interne et supérieur de cet os. — Aucun phénomène immédiat, autre que la paralysie complète du bras gauche, qui depuis est restée telle (les renseignements de ce blessé nous semblent devoir être soupçonnés au moins d'exagération, sinon de simulation complète); — extraction de la balle et de morceaux de vêtements par une contre-ouverture. — Pourriture d'hôpital à la plaie d'entrée. — Cicatrisation complète au bout de trois mois.

Actuellement (septembre 1856), cicatrice d'entrée ronde, un peu plus large qu'une pièce de 5 francs ; — déprimée, un peu froncée, formée d'un tissu rosé, lisse, mince, douloureux ; — au-dessous on sent la division des fibres du trapèze ; — pas de roideur dans les articulations de l'épaule, du coude et du poignet ; — pas d'atrophie du bras, de l'avant-bras ; — pas d'œdème ; — pas de différence de température ; — teinte légèrement bleuâtre de la peau, par suite de la position déclive dans laquelle cet homme tient continuellement son bras, qu'il porte comme une masse inerte, et auquel il prétend ne pouvoir faire exécuter le moindre mouvement, ainsi qu'à l'avant-bras et aux doigts, et chose notable ! la sensibilité de la peau est complétement conservée dans tous les points. — Or la lésion directe de tout le plexus brachial ne peut être supposée d'après la direction du projectile ; et il nous semble que sa commotion seule ne peut être invoquée pour expliquer des phénomènes de paralysie où le mouvement seul est altéré et la sensibilité conservée. — La simulation paraît donc évidente, et cependant aucune des manœuvres employées pour s'en assurer n'ont pu en donner une preuve évidente.

RÉGION DE L'AISSELLE.

N° 28. — *Balle enkystée dans le creux de l'aisselle. — Extirpation sans accidents.* — MILLET, 96ᵉ de ligne, blessé le 8 septembre 1855 à la partie antérieure et supérieure du bras gauche, au moment où celui-ci était un peu élevé et écarté du tronc, par une balle qui est entrée dans l'épaisseur des fibres du deltoïde au niveau de l'insertion du tendon du grand pectoral, a suivi la face interne de l'humérus sans le léser, et s'est enfoncée dans les parties profondes de la région axillaire. — Aucun accident immédiat grave. — Les explorations faites à diverses reprises furent suivies de l'extraction des fragments de drap, d'épaulette, etc., mais n'amenèrent point la découverte de la balle. — Aucune complication, pas de phlegmon, d'abcès, etc ; — cicatrisation de la plaie d'entrée au bout de deux mois et demi. Depuis lors, cet homme reprit son service, bien qu'il conservât un peu de roideur dans l'épaule, lorsqu'il y a trois semaines (juin 1856) il sentit pour la première fois la balle au milieu du creux axillaire. Est elle descendue peu à peu de la partie supérieure vers le plancher de la région, ou bien était-elle là primitivement, mais masquée par l'induration du tissu cellulaire ambiant dont la résolution graduelle aura enfin permis de la sentir directement ?... On constate au milieu de la base du creux de l'aisselle, non pas tout de suite sous la peau, mais au fond du tissu cellulo-adipeux, au-dessous des vaisseaux et des nerfs, un corps dur, de consistance métallique, aplati, irrégulier, non mobile, entouré d'une gangue de tissu fibreux induré qui lui forme des adhérences avec les parties profondes. — Il ne faut donc pas songer à la faire glisser et à l'amener tout à fait sous la peau. — Après que le blessé eut exercé des tractions sur la balle pendant quinze jours, afin de la mobiliser autant que possible, M. Larrey en pratiqua l'extirpation par une incision faite sur le projectile même et par la section des tissus couche par couche. — L'élimination faite avec une forte pince à mors courbes et courts en fut assez pénible à cause des adhérences très-résistantes. — La balle enlevée est entière ; la moitié de sa circonférence est restée sphérique, l'autre moitié est aplatie, irrégulière et présente des aspérités. — Cicatrisation sans accident au bout de six semaines, en laissant un petit noyau d'induration.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1^r^ Série. Tome 5. — N° 115. 5e ANNÉE. Jeudi, 24 septembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . . 7 fr. 6 mois. . . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 23 septembre 1857.

Séance de l'Académie des sciences.

[**Théorie des pulsations du cœur.**]

A part le rapport du vénérable professeur Duméril sur les insectes qui rongent les balles de fusil, rapport non moins gai qu'instructif, cette séance ne nous a offert d'intéressant que le mémoire d'un expérimentateur plein de zèle, M. Chauveau, dont nos lecteurs ont déjà pu apprécier l'esprit ingénieux et la consciencieuse manière de procéder. Tout en restant fidèle à ces bons antécédents, l'auteur, dans son nouveau mémoire, que nos lecteurs trouveront textuellement plus loin, nous semble avoir à la fois trop sacrifié à l'induction fondée sur des faits insuffisamment positifs, et pas assez à l'induction partant de principes irrécusables.

Après avoir examiné les conditions de situation du cœur chez divers animaux et déterminé le point précis où, d'après ses sensations, le choc du cœur a lieu à son *maximum*, M. Chauveau conclut que « l'examen des conditions dans lesquelles se produit le choc du cœur *démontre* que ce choc ne peut être causé par le recul de la partie inférieure du cœur. »

Pour une induction physiologique tirée d'une énumération, d'ailleurs incomplète, de conditions anatomiques on ne peut plus difficiles à préciser, le mot *démontrer* est beaucoup trop fort; il l'est beaucoup trop surtout quand cette induction est contraire à un principe de physique sous lequel il semble évident que les mouvements du cœur se trouvent placés. M. Chauveau, à la vérité, cite une autorité d'après laquelle les mouvements du cœur n'auraient rien à faire avec ce principe; mais une pareille autorité, loin de donner du poids à l'opinion de M. Chauveau, l'affaiblit singulièrement en prouvant que cet habile expérimentateur ne met pas toujours assez de sévérité dans le choix de ses auxiliaires.

La critique que fait M. Chauveau d'une des expériences (1) à l'aide desquelles M. Hiffelsheim cherche à établir la théorie du recul, est parfaitement fondée, non toutefois par les raisons que donne M. Chauveau, mais parce qu'il est absolument impossible de rien conclure d'une expérience où les conditions physiologiques sont à ce point modifiées, on pourrait volontiers dire détruites; nous le répétons, cette critique est fondée; il faut ajouter seulement que l'expérience critiquée n'est pas la seule sur laquelle M. Hiffelsheim établisse son opinion : celle qu'il exécute avec la poche en caoutchouc mérite d'être prise en sérieuse considération, surtout quand elle ne fait, ainsi que nous l'avons déjà dit, que confirmer un principe de physique irrécusable, ou plutôt qu'en montrer un des effets, car le principe n'a pas besoin de confirmation.

Quant aux expériences d'après lesquelles M. Chauveau substitue sa théorie à celle de M. Hiffelsheim, il ne nous est pas possible de les apprécier, puisque son travail n'en renferme que l'interprétation générale; mais nous ne dirons rien de bien nouveau en rappelant que l'excellente méthode à laquelle M. Chauveau a eu recours pour s'éclairer n'est pas nouvelle, et qu'elle était parfaitement connue avant que M. Flourens l'eût appliquée à l'étude de la physiologie des artères : les expérimentateurs, maintenant presque innombrables, qui ont étudié les bruits et les battements du cœur ont tous procédé comme MM. Flourens et Chauveau ont procédé après eux, et s'ils ne sont pas parvenus à se mettre entièrement d'accord, ce n'est point faute d'avoir *vu* et *touché;* c'est parce que ce qu'ils avaient à voir et à toucher était plus difficile à apprécier que la plaie par instrument piquant constatée par saint Thomas. Il ne faut pas que des hommes de la valeur de M. Chauveau s'habituent à faire, même à des secrétaires perpétuels très-dignes d'ailleurs de toute notre considération, des éloges qu'ils ne méritent pas et auxquels ils n'ont aucune prétention.

(1) Celle où l'on empêche l'afflux du sang dans le cœur en comprimant les veines caves.

Séance de l'Académie de médecine.

Un rapport de M. Is. Bourdon, sur la *barégine*, que personne n'a pu entendre, un autre rapport de M. Guérard sur les eaux de Forges-les-Bains (Seine-et-Oise), et une lecture de M. Deschamps sur l'application de la méthode naturelle à l'ethnologie, telles sont les communications qui ont rempli cette séance, remarquable entre toutes par la rareté des académiciens et des auditeurs bénévoles. — Nos lecteurs trouveront, dans les conclusions qui terminent le rapport de M. Guérard, l'expression succincte de l'excellent esprit qui distingue cet honorable académicien, et qu'il a su mettre dans son travail, lequel a reçu de l'Académie l'accueil

favorable qu'il méritait. Après l'adoption de ces conclusions, M. Deschamps a lu *in deserto* un mémoire sur une des plus grandes et des plus belles questions d'histoire naturelle et de philosophie scientifique. Il nous serait impossible de dire si l'orateur est parvenu à se placer à la hauteur de son sujet; il nous faudrait, pour être fixé à cet égard, pouvoir lire attentivement son travail; c'est ce que nous ferons si l'occasion nous en est donnée.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(Suite.—Voir les nos 105, 106, 107, 110 et 114.)

RÉGION DU BRAS.

Dans les coups de feu que nous avons vus au bras, la lésion des muscles seulement, et quelquefois même celle de l'humérus, ne nous a pas paru avoir des conséquences fort graves. Ainsi :

1° Un biscaïen a traversé l'épaisseur du bras droit au tiers inférieur, du bord interne au bord externe du biceps; — aucune lésion importante; — pas d'accident primitif ou consécutif; — pas de déformation ni de rétraction; — cicatrices régulières ne présentant rien de particulier.

2° Un éclat d'obus a entamé largement les parties molles de la face postérieure du bras gauche, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, sans fracturer l'humérus, mais en enlevant une portion du muscle triceps. — Aucun accident; — cicatrice large adhérente qui rend difficiles et douloureux les mouvements de flexion de l'articulation du coude, laquelle n'est point ankylosée.

3° Une balle a traversé le bras droit à son quart supérieur d'avant en arrière, du bord interne du biceps au bord externe du triceps, sans léser les vaisseaux et les nerfs, et sans fracturer l'humérus. — Complication de pourriture d'hôpital, fusées purulentes en avant; nécessité d'une contre-ouverture.— Cicatrice assez régulière, mais rétraction du biceps.

4° Un éclat d'obus a fracturé l'humérus gauche à son tiers supérieur en perforant les parties molles au niveau du bord postérieur de l'aisselle, mais sans léser les vaisseaux et les nerfs. Esquilles primitives et secondaires; — suppuration pendant cinq mois. Col un peu saillant, mais sans déformation ni atrophie du membre; pas même d'ankylose de l'épaule et du coude.

5° Une balle est entrée à la face postérieure du bras au tiers inférieur, et est sortie un peu en haut et en dehors, en fracturant comminutivement l'humérus. — Esquilles primitives et secondaires.— Consolidation assez régulière, mais avec une hypérostose du col s'étendant jusqu'à la partie supérieure de l'os. — Mouvements du coude bornés, mais conservation des mouvements de pronation et de supination. — Pas de déformation ni d'atrophie du membre.

N° 28. — *Coup de feu à la partie moyenne du bras.— Lésion du nerf cubital.— Paralysie consécutive.* — CHAREYRE, 3e bataillon de chasseurs à pied, blessé le 7 juin 1855 au bras gauche par une balle qui, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, est entrée à la face interne du membre à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur en dedans du biceps, a traversé les parties molles pour sortir en arrière au milieu du triceps, sans atteindre l'humérus, non plus que le nerf médian et l'artère humérale, qui se trouvent cependant directement au-dessous du point d'entrée du projectile, mais en divisant le nerf cubital. — Paralysie immédiate et complète des parties animées par ce nerf. — Pourriture d'hôpital dans les plaies, qui se cicatrisèrent au bout de deux mois.— Actuellement, cicatrice d'entrée un peu allongée transversalement, non adhérente, — paralysie toujours complète du nerf cubital, — insensibilité et immobilité du petit doigt et de l'annulaire, qui sont rétractés et fléchis de façon à ce que les ongles touchent presque la paume de la main (cependant l'annulaire peut encore faire un léger mouvement de flexion, parce que le fléchisseur sublime n'est pas paralysé),— ankylose des doigts dans cette position de flexion forcée. — Lorsqu'on cherche à les étendre, on voit les tendons fléchisseurs rétractés faire saillie comme des cordes. — Atrophie notable de l'éminence hypothénar, ce qui donne une apparence singulière à la paume de la main, qui paraît creusée en cet endroit, — atrophie du cubital antérieur. — Enfin, circonstance digne d'être notée, la pression sur le nerf cubital derrière l'épitrochlée, par conséquent au-dessous de la blessure, détermine dans les deux doigts paralysés des phénomènes de fourmillement aussi énergiques que si le cordon nerveux était dans toute son intégrité.

N° 29. — *Coup de feu à travers la partie supérieure du bras. — Lésion du nerf médian. — Paralysie consécutive.* — DEBRIE, 4e bataillon de chasseurs à pied, blessé, le 8 septembre 1855, à la partie supérieure du bras droit par une balle qui est entrée dans la région antérieure et un peu interne du membre au niveau de l'interstice des tendons du grand pectoral et du deltoïde, a traversé les parties molles d'avant en arrière, entre le faisceau des vaisseaux et nerfs et l'humérus, qui n'a pas été atteint, et est sortie en arrière au milieu du bord inférieur de la paroi postérieure de l'aisselle; phénomène immédiat, engourdissement subit dans l'avant-bras et les doigts; depuis, la paralysie est restée complète. Pourriture d'hôpital qui a retardé la cicatrisation des plaies. Actuellement (juillet 1856) cicatrice d'entrée large, déprimée, adhérente au tendon du biceps, celle de sortie petite mais douloureuse, à cause de son adhérence aux tendons du grand dorsal et du grand rond, dont elle suit les mouvements. Atrophie à un degré très-marqué des muscles de la région antérieure de l'avant-bras. Atrophie de l'éminence thénar qui n'existe pour ainsi dire plus, insensibilité complète à la face palmaire du pouce, de l'index et du médius. Au contraire, l'annulaire et le petit doigt n'ont rien perdu de leurs mouvements et du sentiment. Les doigts paralysés restent à demi fléchis, mais sans roideur; quelques mouvements de flexion au poignet qui, ainsi que le coude, a conservé la liberté de ses mouvements.

RÉGION DU COUDE.

N° 30. — *Fracture de l'articulation du coude avec plaie, par un éclat de bombe. — Pourriture d'hôpital. — Ankylose de l'avant-bras dans une position vicieuse.* — BRARD, 1er régiment d'artillerie, blessé, le 3 septembre 1855, par un éclat de bombe qui a fait une large plaie à la partie externe et supérieure de l'avant-bras gauche et brisé l'extrémité supérieure du radius et l'olécrâne. Hémorrhagie immédiate peu abondante; esquilles primitives, pas de symptômes généraux graves. Le membre est placé dans une gouttière; six semaines après, pourriture d'hôpital suivie de l'élimination de nombreuses esquilles. Au bout de six mois consolidation de l'articulation du coude; récidive de la pourriture d'hôpital. Deux mois après, lorsque la plaie commençait à se cicatriser, elle est reprise pour la troisième fois de cette complication au moment de l'arrivée du blessé au Val-de-Grâce (27 avril 1856); celle-ci occupe une surface de la largeur de la paume de la main, au-dessous de l'épicondyle et de la base de l'olécrâne, recouvrant la plaie de détritus noirâtres et de fausses membranes pultacées comme dans la forme pulpeuse. M. Larrey pratique sept cautérisations au fer rouge à deux jours d'intervalle. La pourriture disparaît, et il reste une plaie lente à bourgeonner et qui met trois mois à se cicatriser.

Quant à la fracture de l'articulation du coude, elle a eu pour conséquence la déformation de la région par suite de la disparition de la tête du radius et d'une portion de l'olécrane, et l'ankylose complète de l'avant-bras dans une position vicieuse, parce qu'il forme avec le bras un angle un peu plus ouvert que l'angle droit, et que la main se trouve dans la pronation. L'articulation scapulo-humérale exécute à peine quelques mouvements d'avant en arrière, le poignet et les doigts sont ankylosés, le membre est atrophié, etc. En résumé, le résultat est loin d'être satisfaisant, puisque le membre conservé est désormais incapable de rendre le moindre service.

N° 31. — *Fracture comminutive de l'articulation du coude par un coup de feu. — Nécrose des surfaces articulaires. — Ankylose osseuse dans une*

position vicieuse. — Beck, 6e de ligne, blessé, le 7 juin 1855, par une balle qui est entrée un peu en dehors du milieu du pli du coude gauche, au côté externe du tendon du biceps (l'avant-bras était alors aux trois quarts allongé), a traversé l'articulation d'avant en arrière, et est sortie en fracturant la base de l'olécrane. — Hémorrhagie immédiate assez abondante arrêtée par un bandage compressif.—Pas de symptômes généraux graves; mais accidents inflammatoires assez vifs. — Au bout de trois mois, le membre fut placé dans une gouttière et y est resté pendant cinq mois. — Elimination d'esquilles secondaires nombreuses, parmi lesquelles une était constituée par le condyle tout entier recouvert de son cartilage articulaire.—Lors de l'entrée du blessé au Val-de-Grâce (mai 1856), suppuration abondante par les deux plaies restées fistuleuses, et par lesquelles on peut reconnaître la carie des surfaces articulaires qui sont gonflées, douloureuses et complétement déformées. — Ankylose osseuse de l'avant-bras ayant été laissé dans une mauvaise position, formant avec le bras un angle de plus de cent degrés, et la main étant dans la pronation forcée. — Fausse ankylose de l'articulation de l'épaule, du poignet et des doigts.—Atrophie du membre.—Le résultat est donc absolument semblable à celui que nous avons mentionné dans le cas précédent.

RÉGION DE L'AVANT-BRAS.

L'avant-bras est fréquemment frappé par les projectiles qui tantôt brisent le radius seul ou le cubitus seul, tantôt ces deux os à la fois. — Toutes ces lésions offrent peu de différences dans la marche des accidents et dans leurs suites.—Cependant nous signalerons trois cas dans lesquels le cubitus seul a été atteint, et où la fracture ne s'est pas consolidée.

1° M. X..., sous-lieutenant, 3e bataillon de chasseurs à pied. —Coup de feu (en juin 1855) à l'avant bras droit; ayant fracturé le cubitus à son tiers inférieur.—Extraction de plusieurs esquilles consécutives. — Cicatrice régulière. — Mais les deux bouts du cubitus, quoique assez rapprochés pour être en contact, ne se sont pas consolidés et jouent l'un sur l'autre.

2° M. X..., sous-lieutenant, 39e de ligne, a été atteint (en juin 1855) d'un coup de feu qui a fracturé le cubitus gauche à son tiers inférieur.—Elimination de deux esquilles.— Cicatrice solide et régulière. — Mais les deux fragments, qui non-seulement sont au contact, mais même chevauchent un peu l'un sur l'autre, ne se sont pas consolidés et sont mobiles.

3° Faivre, 1er régiment d'artillerie, blessé, le 17 septembre 1855, à l'avant-bras gauche par un éclat d'obus qui a légèrement entamé les parties molles et fracturé le cubitus dans son tiers moyen.—La consolidation ne s'est pas faite régulièrement ni complétement, et il subsiste un cal anguleux avec un peu de mobilité des fragments : les mouvements de pronation s'exécutent librement, mais ceux de supination sont bornés.

N° 32. — *Coup de feu à la partie interne et inférieure de l'avant-bras, avec fracture du cubitus. — Cicatrice adhérente et rétraction du poignet et des doigts.* — Lesaulnier, 17e régiment d'artillerie, blessé, le 16 août 1855, par un éclat de bombe qui a atteint l'avant-bras gauche à sa partie interne et inférieure, a fracturé le cubitus et dilacéré les parties molles de la face antéro-interne, en mettant à nu les tendons de l'avant-bras.— Hémorrhagie immédiate peu abondante.—Phlegmon consécutif de l'avant-bras. — Elimination d'un tendon (probablement celui du cubital antérieur) et extraction d'esquilles provenant de la fracture du cubitus. — Développement de bourgeons charnus que recouvrent les parties dénudées. — Au bout de six semaines il ne restait plus qu'une plaie fistuleuse conduisant au foyer de la fracture qui fournit encore plusieurs esquilles et fut définitivement consolidée après quatre mois. — Actuellement cicatrice large, mince, irrégulière, occupant la face antéro-interne de l'avant-bras à sa partie inférieure et d'une partie du carpe adhérente au cubitus et aux tissus fibreux du poignet dont l'articulation est intacte. — Rétraction considérable des doigts (excepté le pouce), qui sont recourbés à angle droit en forme de crochets, et du poignet qui est légèrement fléchi sur l'avant-bras. — Au moindre essai pour les allonger, on voit aussitôt la cicatrice se tendre et résister fortement, ainsi que tous les tissus fibreux sous-jacents au niveau du ligament annulaire du carpe.—La main est dans la pronation et ne peut être ramenée en supination, comme si l'articulation radiocubitale inférieure était ankylosée dans cette position. — M. Larrey voulait essayer non pas de rompre, mais d'allonger un peu ces adhérences de la cicatrice aux gaînes des tendons, par le moyen de l'appareil mécanique à extension, appliqué pendant l'anesthésie; mais le blessé s'y refusa obstinément.

N° 33.— *Fracture comminutive du radius par un coup de feu. — Ankylose consécutive du radius avec le cubitus. — Perte des mouvements de pronation et de supination.* — Chercœur, 3e bataillon de chasseurs à pied, blessé, le 16 juin 1855, à l'avant-bras gauche au moment où il était dans une position moyenne entre la supination et la pronation, par une balle qui, dirigée de dehors en dedans et un peu d'arrière en avant, est entrée à la face externe du membre au niveau du tiers moyen avec le tiers supérieur, a fracturé comminutivement le radius, traversé l'espace interosseux au-dessous de cet os, et est sortie à la face antéro-interne sur le trajet du muscle cubital antérieur.— Hémorrhagie immédiate qui s'arrêta seule, bien qu'il semble impossible que l'artère cubitale ait pu échapper au projectile. — Phlegmon consécutif et fusées purulentes qui nécessitent plusieurs contre-ouvertures.— Elimination d'esquilles secondaires. — Cicatrisation complète au bout de cinq mois.—Cicatrisation d'entrée large, froncée, déprimée, adhérente à l'espace interosseux qu'on sent facilement au fond. — Celle de sortie moins enfoncée, irrégulière, adhérente à l'aponévrose du muscle cubital antérieur. — Pas d'ankylose à l'articulation du coude. — Consolidation de la fracture du radius par un cal volumineux qui remplit l'espace interosseux et s'est soudé au cubitus, auquel cependant on ne peut découvrir aucune trace de solution de continuité; cette ankylose s'est produite dans une position moyenne entre la pronation et la supination. — La perte de ces mouvements entraîne pour la main la perte d'une grande partie de son action, parce que le pouce se présente toujours en avant et la paume de la main en dedans.

RÉGION DE LA MAIN.

Nous avons été témoin du cas suivant :

N° 34. — M..., maréchal des logis, 1er régiment d'artillerie, était occupé à charger un pistolet, lorsque soudain, par un mouvement intempestif, l'arme fit feu, de façon que la balle traversa le milieu de la paume de la main droite, et après avoir brisé comminutivement le second et le troisième métacarpien dans leur partie moyenne, sortie à la face dorsale dans le point diamétralement opposé. Hémorrhagie immédiate abondante qu'on parvint à arrêter par le tamponnement. L'attrition des parties molles de la paume de la main était telle qu'elle paraissait rendre inévitable la perte d'une partie suivie de la totalité de la main, et faire craindre la nécessité d'une amputation. Mais M. Larrey, fidèle aux principes de la chirurgie conservatrice lorsqu'elle est possible, nettoya la plaie, enleva plusieurs petites esquilles, et excisa quelques lambeaux trop fortement contus. — Irrigation froide pendant dix jours, puis pansements simples dirigés de façon à tenir les doigts écartés et à permettre le rétablissement des deux et trois espaces interdigitaux détruits. — Aucun accident grave; — pas de phlegmon, de fusées purulentes, etc. — Cicatrisation complète au bout de deux mois. — La déformation de la main est peu considérable, les deux extrémités inférieures des deux métacarpiens fracturés s'étant un peu incurvés en dehors; l'index et le médius sont seulement un peu déviés; les espaces interdigitaux sont rétablis. — Il reste de la roideur dans les doigts, mais tout donne lieu d'espérer qu'elle disparaîtra avec le temps.

(La suite à un prochain numéro.)

De l'uréthrotomie,

Par le docteur Civiale.

(Suite. — Voir les nos 109 et 113.)

§ 2. — *Uréthrotomie de dehors en dedans, sur un conducteur.*

En 1844, M. Syme proposa de diviser sur un conducteur cannelé, préalablement introduit dans la vessie, les rétrécissements de l'urèthre et les tissus qui les recouvrent, en procédant de dehors en dedans, et il désigna sous le nom de *section périnéale externe* cette méthode contre les rétrécissements les plus difficiles à guérir, ajoutant que lorsque le cas est moins grave, elle procure une guérison plus sûre, plus permanente et plus expéditive que la simple dilatation, opinion que Palfyn exprimait il y a un siècle.

Afin de fixer plus sûrement l'opinion des praticiens sur le caractère de son opération, le célèbre chirurgien d'Edimbourg fait remarquer qu'il n'*admet pas qu'il y ait des rétrécissements véritablement infranchissables, et que par conséquent il considère comme tout à fait* INUTILE *la section périnéale sans conducteur, dont il s'attache même à faire ressortir l'incertitude, les difficultés et les dangers* (1). Ainsi les cas auxquels M. Syme applique cette méthode ne sont pas ceux dans lesquels la plupart des chirurgiens avaient l'habitude d'opérer l'uréthrotomie de dehors en dedans.

Dans l'opinion générale de ceux-ci, la section périnéale est contre-indiquée toutes les fois qu'on peut introduire dans l'urèthre et jusqu'à la vessie une sonde ou une algalie quelconque. Pour M. Syme, au contraire, la perméabilité de l'urèthre est une condition indispensable pour l'accomplissement de la section périnéale. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels, surtout pour faire cesser la rétention d'urine, et lorsqu'il y a urgence d'agir, qu'il se décide, à l'exemple des anciens chirurgiens, à pratiquer l'opération sans conducteur.

Le point de départ est précis, les conditions de l'urèthre sont nettement formulées. Vient la description du procédé opératoire qui ne l'est pas moins. Je la reproduirai textuellement telle que l'auteur l'a tracée lui-même dans une lettre qu'il a adressée à l'Académie impériale de médecine, novembre 1852.

« Dans mon opération, dit M. Syme, on introduit dans le rétrécissement un conducteur cannelé, d'une dimension telle qu'il puisse passer sans qu'on ait besoin d'employer la force et sans produire aucun écoulement de sang douloureux, et *j'affirme qu'il n'y a point de rétrécissement qui n'admette un instrument de cette espèce.* Les cuisses du malade étant alors relevées, une incision d'environ 4 centimètres de longueur est faite exactement sur la ligne médiane du périnée, à travers les téguments et le fascia.

« L'opérateur, tenant le conducteur de la main gauche, guide le bistouri sur l'index de la main droite, de manière à en insinuer la pointe dans la cannelure, au bulbe même; puis *le porte en avant à travers toute la partie contractée du canal.* Dans quelque partie de l'urèthre que soit situé le rétrécissement, l'opération se fait de même. Mais comme on n'en rencontre jamais au delà de la partie bulbeuse, il n'est jamais nécessaire, comme on l'a dit, de diviser toute l'épaisseur de la partie molle du périnée, ni même autre chose que les téguments, le fascia et le corps spongieux. De plus, l'incision étant faite sur la ligne médiane, les artères principales du corps spongieux restent à l'abri de toute atteinte, et une hémorrhagie ne peut avoir lieu.

« Un cathéter d'argent, de grosseur moyenne, est maintenu dans la vessie pendant deux jours, et le seul traitement consécutif consiste à introduire parfois dans le canal, après dix ou douze jours, ou même après autant de semaines, une bougie de volume ordinaire. »

On présente cette opération comme une invention moderne, en s'appuyant spécialement : 1° sur les différences que l'on a cru remarquer entre le procédé de M. Syme et la manière d'agir des anciens; 2° sur le but spécial que l'opérateur se propose d'atteindre. A ces deux points de vue, on s'est évidemment mépris.

1° Les citations que j'ai faites précédemment ne laissent pas la moindre place au doute sur le premier point. On est même frappé de la ressemblance qui existe entre ce que faisait Tolet, il y a près de deux siècles, et ce que M. Syme propose aujourd'hui comme une méthode nouvelle. Après les préliminaires de l'opération, Tolet dit (2) : « Pour être plus assuré du chemin qu'on doit tenir en faisant l'incision, on introduit la sonde cannelée dans l'urèthre et JUSQUE DANS LA VESSIE SANS RIEN FORCER.

« Un serviteur tient la sonde ou le chirugien la tient, et il observe toutes les circonstances comme à la taille, faisant l'incision moins basse que pour la lithotomie et moins longue sur la cannelure... Il est bon que la cannelure se continue comme une gouttière, sans qu'il y ait aucune chose qui l'arrête au bec. »

M. Syme introduit dans le rétrécissement un conducteur cannelé sans qu'on ait besoin d'employer la force, et sans produire un écoulement de sang douloureux.

Ce conducteur est confié à un aide. Une incision d'environ 4 centimètres est faite sur la ligne médiane du périnée.

Comme Tolet, il passe la sonde sans rien forcer, et c'est sur la rainure du conducteur qu'il divise les tissus.

Comme Tolet, il divise le périnée en avant et dans une étendue moyenne ; mais au lieu de couper d'arrière en avant comme Tolet, et après lui Petit, Ledran, il coupe d'avant en arrière, ce qui n'est pas nouveau, comme le prouvent les faits que j'ai cités.

Du reste Tolet distingue, comme M. Syme, et avec le même soin, l'uréthrotomie pratiquée sur le conducteur, et celle qu'on fait sans guide, et à laquelle il n'a recours que dans les cas où il faut absolument opérer pour prolonger la vie.

Nous venons de voir que les contemporains et surtout les successeurs de Tolet, en pratiquant la boutonnière dans les divers cas qui se sont présentés, nous ont laissé bien peu de chose à faire relativement à la distinction des cas et aux modifications que les circonstances spéciales de la maladie apportent à la manœuvre. Rien d'essentiel n'a été changé, en effet, à ce qui était d'usage au dix-septième siècle. Les expressions et la manière d'exposer les faits ont seules changé, d'après les progrès du temps.

Dans l'opération que pratiqua Colot, le 28 juin 1687, par suite du gonflement et de l'induration du périnée, ce chirurgien fit l'*incision beaucoup plus longue*, mais en deux temps : dans le premier, il divisa les tissus superficiels sans atteindre l'urèthre, et il compléta l'opération en divisant le canal dès que les tissus furent dégorgés. N'est-ce pas là ce que fait le chirurgien d'Edimbourg et ce que j'ai fait moi-même? En résumé, les quelques changements qu'on a fait de nos jours aux procédés des anciens ne portent que sur la forme et sur des points secondaires et ne détruisent pas, quant au fond, l'identité de l'opération de Tolet et autres, et de celle de M. Syme (1) et autres chirurgiens du jour.

2° Sous le second rapport, celui du but à atteindre, les prétentions à l'invention ne sont pas mieux fondées que sous le premier. Les anciens, en divisant l'urèthre par le périnée, *avaient, dit-on, uniquement en vue de faire cesser la rétention d'urine et non de guérir les rétrécissements uréthraux*; tandis que le procédé nouveau est exclusivement destiné à combattre ces derniers. MM. Syme, Thompson et Sédillot ont spécialement insisté sur ce point, et de cette différence dans l'objet de l'opération, l'on a hardiment conclu à une invention réelle.

Si l'on veut bien prendre la peine de lire avec attention les auteurs dont on traduit ainsi la pensée, on verra qu'on s'est complétement mépris sur le but, la nature et la portée de ce que M. Syme appelle l'opération ancienne. « La cannelure du trois-quarts me servit, dit Petit, à conduire mon bistouri assez avant pour *couper entièrement la partie du canal qui était rétrécie ;* et il ajoute : « Tous ceux *auxquels j'ai fait la boutonnière ont recouvré la liberté du canal, lorsque l'obstacle s'est trouvé* COMPRIS DANS L'INCISION. »

(1) Syme, *Structure of urethra*. 1849, p. 38.

(2) *Traité de l'opération de la taille*, 4e édition, p. 202.

(1) C'est un usage parmi quelques chirurgiens anglais de considérer comme inventeur d'une méthode chirurgicale moins celui qui l'a créée et appliquée le premier que celui qui la fait valoir, qui la propage. On se rappelle que le nom de Franco ne figura pas dans les ouvrages anglais du temps comme l'inventeur de la taille hypogastrique, bien qu'il eût imaginé et appliqué cette opération le premier, et longtemps avant Rosset, auquel ses compatriotes en firent les honneurs. (Morand, *Taille au haut appareil*, p. 4, discours préliminaire.)

Dans la circonstance actuelle, on paraît vouloir procéder de la même manière, du moins à en juger par les réclamations qui ont été faites au nom de M. Syme ou qu'il a adressées lui-même aux journaux de la localité et qui sont reproduites dans l'ouvrage de M. Lejars (3e édition, p. 220). M. Syme est trop riche de son propre fonds pour avoir besoin de recourir aux emprunts. Les documents que je viens de reproduire en les complétant suffiront, j'aime à le penser, pour le convaincre qu'il a été devancé à l'endroit de la section périnéale sur conducteur.

Ledran « *glissa son bistouri de derrière en avant dans l'urèthre pour rejoindre la cannelure du cathéter, poussé par le méat jusqu'à l'obstacle; le cours de l'urine fut ainsi rétabli.* »

Desault blâme le procédé qui consiste à ouvrir l'urèthre derrièrement le rétrécissement, « *parce qu'il laisse intactes les parties rétrécies de l'urèthre, et qu'il faudrait recourir à la dilatation.* »

Quant aux auteurs qui ne se sont pas exprimés d'une manière aussi nette dans cette partie de la manœuvre, ont-ils agi d'une autre manière, et n'ont-ils eu réellement en vue, ainsi qu'on le prétend aujourd'hui, que de combattre la rétention d'urine et non de détruire les obstacles du canal?

D'abord, ceux qui, à l'exemple de Tolet, de Colot, de Delpech et autres qui ont fait l'incision périnéale sur un conducteur préalablement introduit dans la vessie, ainsi que le fait M. Syme, n'avaient pas à s'occuper de la rétention d'urine, puisqu'elle n'existait pas, et qu'au besoin ils pouvaient introduire une sonde pour l'écoulement de ce liquide. Dans tous les cas, la boutonnière n'avait et ne pouvait avoir pour but que de détruire les obstacles du canal, comme on le fait actuellement.

Toutes les fois qu'il existait une fistule au périnée, donnant passage à l'urine, le but principal de l'uréthrotomie ne pouvait faire l'objet d'un doute : il est évident pour tout le monde qu'on voulait seulement détruire l'obstacle.

Restent les quelques cas anciens de Col de Villars, de Palfyn, et surtout de Colot, qui a opéré dans les circonstances les plus graves, par exemple lorsque l'urèthre était obstrué depuis le méat urinaire jusqu'au périnée, et lorsque les malades étaient menacés d'une mort prochaine; mais si la rétention d'urine était alors, comme elle l'est encore aujourd'hui, la raison déterminante, apres avoir vidé la vessie, ils agissaient sur le rétrécissement qui la produisait, ils *forçaient* ce qui restait de l'obstacle, ils *dilataient*, ils *déchiraient* les callosités (1). N'est ce pas là ce qu'on fait encore de nos jours par le traitement consécutif, quoiqu'en procédant un peu différemment? En un mot, ils guérissaient leurs malades, et cette méthode, dit Palfyn, était plus sûre que la simple dilatation par les bougies. S'ils avaient laissé subsister l'obstruction uréthrale, les malades ne seraient pas guéris. Ajoutons que la plupart de ces coarctations ne sont détruites que par l'incision.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Colot, p. 236 et suiv.

PHYSIOLOGIE.

Sur la théorie des pulsations du cœur,

Par A. Chauveau.

Dans un mémoire publié avec la collaboration de M. Faivre, et présenté cette année à l'Académie des sciences pour concourir au prix de médecine et de chirurgie, j'ai examiné ce sujet avec beaucoup de soin et j'ai montré que les principales théories proposées pour expliquer le choc du cœur contre la paroi thoracique sont toutes, sans exception, entièrement dénuées de fondement.

Cette démonstration reposait sur des faits aussi précis qu'incontestables. Cependant l'auteur d'une des théories ainsi condamnées, M. Hiffelsheim, a publié depuis un nouveau mémoire, dans lequel il cherche, sans tenir aucun compte de mes objections, à prouver par l'expérimentation que la pulsation cardiaque est bien l'effet du recul qui s'effectue pendant la systole ventriculaire.

On va voir, par ce qui va suivre, si cette tentative a été heureuse.

Et d'abord, si le recul hydrodynamique du cœur, supposé par M. Hiffelsheim, existe réellement, tel qu'il le comprend, il faut admettre que l'organe se meut, au moment de la systole ventriculaire, suivant une direction à peu près parallèle à son grand axe, c'est-à-dire de sa base à sa pointe; et celle-ci, mais celle-ci toute seule, doit frapper contre la paroi thoracique suivant cette même direction, c'est-à-dire, dans l'espèce humaine, de droite à gauche et de haut en bas. Or, chez l'homme, le doigt appliqué sur la région circonscrite qui répond à l'extrémité du cône ventriculaire se sent bien repoussé comme par une sorte de chiquenaude; mais ce phénomène, dû à la rigidité qu'acquiert subitement la pointe du cœur au moment de la systole ventriculaire, ne constitue qu'un des éléments de la pulsation cardiaque : chez tous les sujets (et ceci est surtout facile à apprécier sur les individus maigres), cette pulsation se fait sentir dans un espace beaucoup plus étendu; elle soulève toute la partie de la région précordiale qui se trouve située à gauche du sternum. De plus, la pulsation s'exerce d'arrière en avant; ce qui, d'après la théorie du recul, ferait supposer les orifices artériels percés sur la face postérieure du cœur.

Les mêmes remarques sont applicables aux singes. Sur ces animaux, le cœur est placé verticalement derrière le sternum, la pointe appuyée sur le diaphragme et très-légèrement déviée à gauche de la ligne médiane. Cependant leurs battements du cœur sont perceptibles, dans un grand nombre de cas, sur toute l'étendue de la face antérieure de l'organe, à droite comme à gauche du sternum, et même sur le trajet de cette pièce solide.

Chez le chien et le chat, la pointe du cœur, c'est-à-dire la partie qui est supposée produire le choc en reculant, se trouve dirigée vers la face antérieure du diaphragme, immédiatement au-dessus de la base de l'appendice xyphoïde, et le cœur fait sentir ses pulsations à gauche du thorax, au niveau des parties moyenne et supérieure de la masse ventriculaire, et le plus souvent à droite également, où elles sont parfois aussi sensibles que du côté gauche.

Enfin, dans les solipèdes et les ruminants, on voit la pointe du cœur appuyée sur la face supérieure du sternum, et l'on sent les pulsations à gauche de la poitrine, rarement à droite, à la même hauteur que chez les carnassiers.

Ainsi donc, l'examen des conditions dans lesquelles se produit le choc du cœur, à l'état normal, démontre que le choc ne peut être causé par le recul de la partie inférieure du cœur. J'ajouterai que le recul n'existe pas, mes expériences ayant démontré qu'au moment de la systole ventriculaire, la base du cœur s'abaisse vers la pointe, mais que celle-ci n'éprouve aucun mouvement rétrograde (1).

En voilà certes assez pour montrer sur quelles bases fragiles repose la théorie de M. Hiffelsheim. Je ne me suis pas cependant dispensé d'apprécier l'expérience avec laquelle il a cru consolider cette théorie si singulièrement ébranlée.

Voici d'après quel raisonnement cette expérience a été instituée : S'il est vrai que la pulsation du cœur soit due au recul imprimé à la masse de l'organe par l'écoulement du sang dans les troncs artériels pendant la systole ventriculaire, en supprimant cet écoulement sans interrompre, du reste, les contractions cardiaques, on doit supprimer la pulsation.

Deux moyens se présentaient naturellement à M. Hiffelsheim pour empêcher la projection des ondées sanguines dans l'aorte et l'artère pulmonaire : 1° mettre obstacle à l'entrée du sang dans les cavités cardiaques, en liant les veines caves et azygos : 2° s'opposer à sa sortie des ventricules, en comprimant les deux troncs artériels. Or, ces deux procédés, employés l'un et l'autre par M. Hiffelsheim, lui auraient permis de constater que les pulsations du cœur cessent de se faire

(1) D'après M. Giraud-Teulon, cet affaiblissement de la base du cœur ne serait même pas un effet hydrodynamique.

sentir quand le sang ne peut plus s'écouler par les orifices ventriculo-artériels.

J'ai à faire observer que ce résultat, fût-il exact, ne prouverait rien en faveur de la théorie du recul, car la plupart des autres théories pourraient en réclamer également le bénéfice pour elles.

Je dirai ensuite qu'il n'est même pas vrai qu'on supprime les pulsations du cœur en empêchant la projection du sang dans les troncs artériels. Ainsi, un âne étant couché sur le côté gauche, je coupe la moelle épinière dans l'intervalle atloïdo-occipital, et je pratique la respiration artificielle. Puis je mets le cœur à nu du côté droit, par l'ablation d'un certain nombre de côtes, opération qui ne change rien aux rapports naturels des organes thoraciques. En appliquant alors la main sur le côté gauche de la poitrine, au niveau de la masse ventriculaire, je m'assure que les pulsations du cœur se sentent très-bien, quoiqu'elles soient plus faibles qu'avant l'ouverture du thorax; j'ai soin, au moment de cette exploration, de faire cesser l'insufflation pulmonaire pour que le cœur ne soit pas soulevé par le poumon gauche et éloigné ainsi de la paroi thoracique. Or, si je lie près de leur embouchure les veines caves et azygos, le cœur diminue de volume, ses cavités se vident, ses parois deviennent flasques; mais ses contractions continueront à se succéder avec régularité, et *ses pulsations sont toujours nettement perceptibles sur le côté gauche de la poitrine.* — Je fais plus. Comme cette triple ligature ne supprime point la circulation dans les veines coronaires et bronchiques, et qu'on pourrait attribuer les pulsations senties, après cette ligature, à la projection dans les troncs artériels de la petite quantité de sang apporté au cœur par ces veines, je comprime à leur origine les artères pulmonaire et aorte, soit avec les doigts, soit avec une pince. Cependant, quoique l'écoulement du sang hors des ventricules soit alors rendu tout à fait impossible, *les pulsations du cœur se sentent encore aussi bien qu'après la simple ligature des troncs veineux.*

Je dois dire que si l'on se borne à lier les troncs artériels sans toucher aux veines pour mettre obstacle à la projection du sang hors des cavités ventriculaires, on ne perçoit plus aussi nettement ces pulsations, et même elles ne tardent pas à cesser tout à fait. C'est qu'alors le cœur se distend outre mesure; et l'effort des contractions ventriculaires, paralysé par cette distension, ne peut plus produire de secousses assez énergiques pour déterminer des pulsations. La seule ligature de l'artère pulmonaire, suffisante pour atteindre le but qu'on se propose, donne de meilleurs résultats.

Après tout ce que je viens de dire, je crois qu'il est inutile d'insister davantage sur la théorie de M. Hiffelsheim.

Quel est donc, en définitive, le véritable mécanisme de la pulsation du cœur? Une voie était toute tracée pour arriver à la connaissance de ce mécanisme, celle que M. Flourens a suivie pour découvrir les causes de la pulsation des artères. Il fallait *voir* et *toucher* le cœur en action, puis analyser avec méthode les faits observés. C'est en procédant de cette manière que je suis arrivé à la conclusion suivante : « *La pulsation du cœur, chez les mammifères, est due à l'augmentation brusque que subit le diamètre transversal de l'organe au moment de la systole ventriculaire.* » L'observation d'un nombre considérable d'animaux m'a démontré en effet : 1° Qu'au moment de la diastole ventriculaire, le cœur, devenu flasque, est fortement déprimé d'un côté à l'autre; 2° que les ventricules, pendant leur systole, éprouvent un raccourcissement de leurs diamètres longitudinal et antéro-postérieur, mais que leur diamètre latéral augmente. Or, cette augmentation, s'opérant brusquement et avec une force capable de faire équilibre à un poids considérable, ne peut avoir lieu sans déterminer le choc énergique contre les parois latérales du thorax, surtout à gauche, en raison de la plus grande énergie du ventricule gauche, qui se trouve, du reste, moins recouvert par le poumon que le ventricule droit. — Tous ces faits peuvent être constatés nettement, dans une seule expérience, sur un chien de grande taille qui a la moelle coupée vers l'atlas, et dont on expose le cœur à travers les parois abdominales et le diaphragme pendant qu'on pratique la respiration artificielle, l'animal étant suspendu de manière à être posé comme en station quadrupède.

Dans l'espèce humaine, les choses se passent de la même manière, avec les différences nécessaires commandées par la conformation particulière du cœur et de la poitrine. Aussi la théorie que je propose doit-elle subir, dans sa formule, cette légère modification : « *La pulsation du cœur chez l'homme est due à l'augmentation brusque du diamètre antéro-postérieur des ventricules.* » Il y a des sujets maigres qui se prêtent admirablement à l'étude des faits propres à démontrer la valeur de cette théorie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 septembre 1857. — Présidence de M. Roche.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

États de vaccination des départements de l'Aveyron, de l'Eure et du Rhône, transmis à l'Académie par M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. (Commission de la vaccine.)

Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Fièvre jaune.—Lettre de M. le Dr Cornuel, chirurgien en retraite de la marine, relative à la contagion de la fièvre jaune.

Mémoire de M. Bouchardat sur la genèse et le développement de la fièvre jaune.

Paquet cacheté adressé à l'Académie par MM. Jeannel et Monsel. (Ce dépôt est accepté.)

M. le Président annonce à l'Académie la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le Dr Moricheau-Beaupré, membre correspondant à Calais.

RAPPORTS.

Recherches sur la barégine.—M. Bourdon donne lecture, au nom d'une commission composée de MM. Chevalier, Caventou, Gaultier de Claubry et Isidore Bourdon, rapporteur, d'un rapport sur un mémoire de M. Aulagnier ayant pour titre : *Recherches sur la glairine ou la barégine des eaux minérales.*

« Les appréciations de M. Aulagnier concernant la barégine, dit le rapporteur, nous ont paru fondées et convenablement formulées. La barégine, par flocons ou par fragments, ne se rencontre que dans les eaux sulfureuses, et nous pensons, comme M. Aulagnier, qu'elle ne provient pas uniquement de l'évaporation des eaux, bien que nous ignorions encore quelle en est l'origine.

« Votre commission juge, comme M. Aulagnier, qu'il n'y a point identité entre la barégine des eaux sulfureuses et la substance animale dont Vauquelin a signalé la présence dans les eaux de Plombières, de Néris et de Vichy. La matière verte ou viridine de ces dernières eaux ressemble encore moins à la barégine.

« A l'égard des doutes qu'énonce l'auteur sur les propriétés thérapeutiques de la barégine, nous croyons que ces doutes ont besoin d'être dissipés ou confirmés par des épreuves nouvelles.

« Et afin de donner à l'approbation de votre commission un plus sérieux cachet de vérité, nous conviendrons que le très-estimable travail du Dr Aulagnier n'a pas toujours assez d'enchaînement et qu'on y désirerait plus d'ensemble. Les innombrables citations dont il est plein ne sont pas toutes d'une exactitude assez rigoureuse. C'est ainsi que, pour ce qui concerne l'académicien Lemonnier, ce n'était pas à moitié volume que ce médecin, en 1751, réduisait par évaporation l'eau de Baréges; c'était d'abord à un trentième et ensuite à un soixantième. Enfin et quant aux études microscopiques, l'auteur s'en est tenu aux recherches de

Turpin. Or, on sait que depuis ce respectable observateur la science microscopique a fait des progrès considérables. Au total, votre commission demande que l'Académie remercie M. Aulagnier pour la communication qu'elle a reçue de son savant mémoire.

« Votre commission désire en outre que l'Académie juge convenable de renvoyer ce grand travail à son comité de publication. »

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Eaux minérales. — M. Guérard, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur l'eau de Forges-les-Bains.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, dans une lettre adressée le 9 mai dernier à l'Académie, a de nouveau appelé l'attention de ce corps savant sur l'eau de Forges-les-Bains.

« La commission des pétitions, dit M. le ministre, m'a renvoyé, en la recommandant à tout mon intérêt, une demande adressée à S. M. l'empereur par MM. Debelleyme, conseiller à la cour de cassation, et Destigny, ancien sous-préfet, dans le but d'obtenir l'autorisation et la protection du gouvernement en vue d'un établissement d'eaux minérales qu'ils auraient l'intention de fonder à Forges-les-Bains (Seine-et-Oise), pour le traitement gratuit des pauvres atteints de scrofules, etc.

« Je viens de nouveau, ajoute M. le ministre, demander instamment à l'Académie de médecine de m'adresser au plus tôt un rapport qui me mette à même de statuer sur cette affaire. »

Le rapport de M. Guérard se termine ainsi :

En résumé, et comme conclusions générales, la commission a l'honneur de proposer à l'Académie de répondre à M. le ministre :

1° L'eau des sources de Forges-les-Bains, considérée sous le rapport de sa composition chimique et de ses propriétés physiques et organoleptiques, offre les caractères d'une *eau douce* de très-bonne qualité; elle est employée comme telle dans le pays aux divers usages de l'économie domestique.

2° Les résultats avantageux, obtenus chez les vingt-cinq scrofuleux envoyés à Forges pendant les années 1852, 1853 et 1854, et dont les observations sont consignées au dossier, ne doivent pas être attribués à une action spécifique des eaux de cette localité.

3° Ces résultats sont dus à l'action combinée et longtemps continuée des bonnes conditions hygiéniques, des bains et des pratiques accessoires de ces bains, auxquels les malades ont été soumis pendant les cinq ou six mois qu'ils ont passés à Forges.

4° Ces conditions hygiéniques, à savoir : l'air pur, une propreté exquise et une bonne alimentation, les exercices gymnastiques, les bains et les pratiques accessoires (douches, frictions énergiques, massage, etc.), ont pu être réalisées facilement sur le très-petit nombre de malades qui y ont été soumis, et ont amené chez quelques-uns une guérison complète et chez tous une amélioration très-notable.

5° Mais si le nombre des malades scrofuleux soumis à ces diverses conditions venait à être augmenté dans une proportion considérable, ces mêmes conditions, et en particulier la propreté et la pureté de l'air, deviendraient d'autant plus difficiles à réaliser que le chiffre des malades serait plus élevé.

6° Enfin, si ce même chiffre montait à plusieurs centaines réunis sur un même point, il serait à craindre que ces malades ne s'infectassent réciproquement par les émanations de leurs plaies et de leurs déjections, et qu'il n'en résultât une aggravation dans leur situation et même le développement de quelque affection épidémique qui pourrait, peut-être, étendre ses ravages au delà des limites de l'établissement.

7° En conséquence l'Académie estime qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la proposition de MM. Debelleyme et Destigny, d'élever à Forges un hôpital destiné au traitement des scrofuleux.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

LECTURE.

Anthropologie. — M. le docteur Michel Deschamps lit un mémoire intitulé : *Etudes et races humaines, méthode naturelle de l'ethnologie.*

Selon l'auteur de ce mémoire, sa classification serait le premier essai de la *méthode naturelle, individuelle*, appliquée à l'anthropologie.

L'ethnologie repose sur deux ordres de preuves : les unes, puisées dans la structure comparée du corps humain, sont les caractères organiques ou l'organographie ethnologique, offrant trois subdivisions : 1° les caractères physiques ou superficiels; 2° les caractères anatomiques profonds, organiques par excellence; 3° les caractères d'anatomie pathologique, eu égard aux monstruosités; les autres preuves relèvent des fonctions des grands appareils de l'économie, elles forment les caractères physiologiques ou la physiologie ethnologique.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bérard, Bouvier et Baillarger.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 septembre 1857.

Présidence de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Entomologie. — M. Duméril lit un rapport sur les insectes perforants, à propos de la communication faite dans la dernière séance par le maréchal Vaillant.

Mécanique. — Mémoire sur un nouveau moteur électrique, par MM. Pellis et Henry.

Physiologie. — Sur la théorie des pulsations du cœur, par M. Chauveau. (Nous publions plus haut ce travail.)

— Note sur l'échelle numérique des lunettes, par M. Soleil fils. L'auteur propose de changer et de rendre plus rationnels les numéros à l'aide desquels on désigne les verres de lunettes soit concaves, soit convexes. Il joint à son mémoire un tableau comparatif propre à faire ressortir au premier coup d'œil les différences des deux systèmes et les avantages du nouveau.

Albuminurie — M. Gigon adresse sur l'*albuminurie normale des hommes et des animaux* un mémoire que les *comptes rendus* se bornent à mentionner.

Chimie organique. — De l'action de l'eau régale sur l'alcool, par M. H. Bonnet. L'auteur fait connaître plusieurs réactions entre ces deux liquides, qui avaient jusqu'à présent échappé à l'attention des chimistes.

VARIÉTÉS.

L'HOPITAL DE LA TRINITÉ. — A mesure que le marteau des démolisseurs passe sur les anciens monuments de la capitale, chaque jour emporte un souvenir historique, et chaque jour nos publicistes adressent un adieu à ces rues, à ces places, à ces monuments, témoins d'événements mémorables à divers titres. Parmi les quartiers déjà rendus méconnaissables par le percement du boulevard de Sébastopol, il s'en trouve un qui mérite d'être mentionné ici, car c'est là que fut fondé le premier hôpital que Paris ait possédé; ce quartier est formé par l'enclos de la Trinité. M. F. Camus a publié dans les *Débats*, sur cet enclos, des détails que nos lecteurs, nous n'en doutons pas, liront avec intérêt.

« On appelle, dit-il, *enclos de la Trinité* toute la portion du terrain situé entre la rue Grenétat et la rue Guérin-Boisseau, et qui était jadis couvert par les bâtiments d'un monastère dont l'entrée principale se trouve occupée aujourd'hui par les maisons de la rue Grenétat portant les n°s 38 et 40.

« Ce couvent fut fondé en 1202 par les deux frères Wilhem Escuacol et Jean de La Paslée, qui, dit Dubreuil dans ses *Antiquités de Paris* (1612), « voyant que plusieurs pauvres pèlerins, pour être arrivés tard, « ne pouvoient entrer dans la ville et estoient contraints de coucher par « terre, achetèrent deux arpents d'une pièce tenant à la fontaine de la « Rogue, hors Paris, pour être lors, la porte d'icelle ville, au lieu que « nous appelons maintenant Porte des Peintres. » Les deux frères bâtirent donc en cet endroit un hôpital pour les pèlerins ; ce fut d'abord une sorte de caravanserail qui prit à cette époque le nom d'*hôpital de la Croix de la Reine*, à cause de la proximité d'une croix qui était placée au coin des rues Saint-Denis et Grenétat. Ce lieu de refuge prit ensuite

la dénomination d'*hôpital de la Trinité*, en raison d'une chapelle qui y fut instituée sous ce vocable en 1210. Le nom de *Trinité aux asniers* lui fut plus tard donné à cause d'un des statuts qui interdisait aux frères trinitains seulement la faculté de monter à cheval et les obligeait de se servir d'ânes pour parcourir la ville. Cette appellation se trouve reproduite dans les *Moustiers de Paris*, pièce de vers fort curieuse, qui contient l'énumération de tous les édifices religieux de Paris en 1270, et dont le manuscrit, conservé à la Bibliothèque impériale sous le n° 7,218, vient d'être réimprimé dans l'ouvrage publié récemment par M. Bordier, sous le titre d'*Eglises et Monastères de Paris* (Aubry, 1857).

« Les fondateurs de l'hôpital en confièrent d'abord l'administration aux prémontrés de l'abbaye d'Hermières, à la condition qu'il y aurait au moins trois d'entre eux chargés de recevoir les pèlerins et de célébrer l'office divin. Les annales de l'ordre constatent que l'abbé Thomas, qui était alors chef de la communauté, accepta ces conditions et envoya un moine et quatre chanoines pour diriger l'hôpital. Une fois possesseurs de l'établissement, les chanoines en changèrent la destination ; laissant de côté une austérité pénible, ils parvinrent peu à peu à s'emparer des revenus du couvent, et bientôt ils étalèrent un luxe scandaleux et des habitudes de débauche. L'hospitalité fut supprimée, et les religieux louèrent la grande salle de leur établissement aux confrères de la Passion, qui y représentèrent en 1402 des mystères, avec permission du roi Charles VI, et sous le titre de *Maîtres gouverneurs et confrères de la confrérie de la Passion et Résurrection de Notre-Seigneur, fondée dans l'église de la Sainte-Trinité, à Paris*. C'est là que furent jouées ces pièces naïves qui traduisaient toutes les histoires de l'Ancien et du Nouveau Testament, la Vie des Saints, les Actes des apôtres, etc. On sait quelle était alors la complaisance des curés de Paris, qui faisaient avancer l'heure des vêpres et des offices pour faciliter à leurs paroissiens la liberté de se procurer le plaisir de ces spectacles, que l'on regardait comme édifiants. La foule accourait à ces représentations qui étaient pour ainsi dire le complément du spectacle auguste de l'Eglise, et pendant les règnes de Charles VI, de Charles VII et de Louis XI, l'hospice de la Trinité fut le lieu le plus fréquenté de la capitale.

« Dans la suite, la foi moins naïve de nos pères ne se contentant plus de ces représentations sacrées, le théâtre de la Trinité adopta un genre plus mondain ; ce fut l'époque des farces, des sottises et des moralités, et le *Jeu des pois pilés* devint le nom du spectacle des confrères de la Passion. Le succès de ces nouvelles scènes engagea les associés à s'adjoindre une autre troupe qui, sous le nom d'*Enfants sans souci*, excellait dans ce genre burlesque.

« Cette profanation des lieux saints devint si scandaleuse qu'une ordonnance du Parlement de 1545 chassa les confrères de la Passion des bâtiments de l'hôpital, et prescrivit que « les enfants des pauvres invalides compris sur les rôles de l'aumône et âgés de moins de sept ans, « seraient ségrégés de leurs pères et mères et mis en lieu à part pour y « être logés, nourris et enseignés en la religion chrétienne. »

« La maison de la Trinité devint donc une maison d'orphelins, qui, en raison de la couleur du costume de ses élèves, prit le nom d'*Enfants-Bleus*, et les confrères de la Passion se transportèrent dans l'hôtel de Flandre, rue Coquillière, puis rue Mauconseil, dans l'hôtel de Bourgogne, où se produisirent plus tard les premiers essais sérieux de notre art dramatique.

« L'établissement des Enfants-Bleus, administré par le curé de Saint-Eustache et un bourgeois du quartier, acquit une grande réputation. On y recevait cent garçons et trente-six filles, moyennant 400 livres pour les garçons et 50 livres pour les filles, qu'on leur rendait à la sortie de l'hôpital. On apprenait un art aux enfants, et les ouvriers qui les instruisaient arrivaient par là à la maîtrise et avaient en même temps le droit de choisir un orphelin qui jouissait aussi des priviléges de fils de maître. Plus tard, sous Henri II, en 1551, l'enclos étant, par privilége spécial, devenu lieu d'asile, des maisons y furent construites, et des ouvriers de diverses professions vinrent y travailler en franchise. L'hôpital de la Trinité fut alors une sorte d'école des arts et métiers, et elle produisit un grand nombre d'artisans célèbres, parmi lesquels se recrutaient les divers ateliers de la capitale, et principalement ceux de la Savonnerie, fondée en 1604 par Henri IV, et dont les magnifiques tapis font encore aujourd'hui l'admiration des connaisseurs.

« L'enclos de la Trinité fut supprimé en 1790, et sur son emplacement, en 1793, au lieu des ruelles dont les désignations pieuses de Saint-Jean, de Saint-Louis, de Saint-Pierre et de Saint-Michel, rappelaient son origine monastique, on ouvrit les rues du Commerce, des Arts, des Mécaniques, des Métiers, etc., appellations industrielles tout à fait en rapport avec les mœurs des habitants et le laconisme de la Commune de Paris. De nos jours encore, une population ouvrière habite ces diverses rues, et y fabrique les mille objets de fantaisie qui constituent ce que le commerce appelle article de Paris.

« En supprimant la porte Grenétat et la cour des Bleus, les démolisseurs vont enlever les derniers vestiges de l'enclos de la Trinité, et dans quelques jours il ne restera plus rien de ce curieux quartier, véritable berceau de l'industrie parisienne. »

— CONCOURS POUR DEUX PLACES DE PHARMACIEN EN CHEF DES HOPITAUX DE PARIS. — Le lundi 5 octobre 1857, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame, 2, pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Sont admis à concourir les élèves en pharmacie ayant exercé pendant trois années au moins, en cette qualité, soit à la pharmacie centrale, soit dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Pourront aussi être autorisés à concourir tous les autres élèves en pharmacie ou pharmaciens qui présenteraient les garanties convenables.

L'inscription des concurrents aura lieu au secrétariat de l'administration depuis le samedi 5 septembre jusqu'au samedi 19 du même mois inclusivement, à trois heures de relevée.

Le secrétaire général, Signé L. DUBOST.

— La Société de médecine de Rouen vient de renouveler son bureau, qui sera ainsi composé pour l'année 1857-58 :

Président, M. Aubé ; vice-président, M. Desbois ; secrétaire, M. L. Duménil ; secrétaire de correspondance, M. Bouteiller, fils ; trésorier, M. Duchesne.

— La commission administrative de l'Association médicale de la Seine-Inférieure ayant résolu d'entrer franchement dans la voie tracée par le dernier paragraphe de l'article 1er et par l'avant-dernier de l'article 9 de ses statuts, prie chaque médecin de lui adresser, par l'intermédiaire de M. le secrétaire général, des renseignements détaillés :

1° Sur l'exercice de la médecine en général ;
2° Sur l'exercice illégal de la médecine dans la localité qu'il occupe ;
3° Sur l'empiétement du charlatanisme, etc., etc.

— La *Presse* annonce, d'après la *Nouvelle Gazette de Prusse*, que le choléra vient d'éclater à Hambourg. Du 29 août jusqu'au 6 de ce mois, 239 personnes auraient été atteintes par cette épidémie, 136 en seraient mortes.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort d'un jeune savant qui promettait de perpétuer la juste renommée d'une famille déjà illustrée par deux hommes d'un grand mérite. M. Gustave Richard, botaniste très-distingué, agrégé à la Faculté de médecine, vient de succomber, à l'âge de trente ans, aux suites d'un abcès du foie.

— Le *Morning-Post* donne, d'après le *Panama-Star*, des détails sur l'assassinat de M. Sullivan, ministre d'Angleterre au Pérou. D'après ces deux journaux, le ministre anglais aurait reçu trois coups de feu, « *dont un, qui avait pénétré dans l'aine, arriva jusqu'aux poumons*. » Ni le *Morning-Post*, ni le *Panama Star* ne disent comment une balle (je suppose que par *coup de feu* nos confrères ont voulu parler des balles) peut arriver dans les poumons en entrant par l'aine.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'Influence du moral sur le physique, par le docteur FOISSAC, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut. — Brochure in-8°.

Paris, 1857, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Des Chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, par le docteur E. A. DUCHESNE, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, etc.

Paris, 1857, chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55. 1 vol. format Charpentier. Prix : 3 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 116. 5e ANNÉE. Samedi, 26 septembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef: M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS... 3 mois..... 7 fr. 6 mois..... 12 fr. 1 an...... 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE.

Lettre sur le traitement de l'adénite cervicale par l'électricité localisée,

Par le Dr Boulu, médecin, par quartier, de l'empereur.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des hopitaux.

Monsieur le rédacteur,

Vous n'êtes pas seulement un ami des faits exacts ; vous êtes aussi, je pense, un ami des faits complets. A ce titre, vous voudrez bien me permettre, je l'espère, de compléter deux des sept observations que j'ai publiées dans la brochure dont vous avez bien voulu rendre compte dans le numéro du 13 décembre 1856 du *Moniteur des hôpitaux,* et qui avait pour objet le traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée. Ces observations sont celles qui figurent sous les nos 2 et 7.

La première des deux malades qui en sont les sujets m'avait été adressée par M. le docteur Gaudet ; chez elle, le traitement fut continué pendant trois mois encore, mais à deux applications par semaine seulement, et, après ce laps de temps, la guérison était complète.

Quant à la seconde malade, son traitement dura plus longtemps : il fut continué pendant au moins six mois encore, tous les deux jours, ce qui fait en tout près d'un an. Après ce laps de temps, la résolution de la tumeur était complète, et M. le docteur Bouvier, qui m'avait adressé la malade, a pu s'en assurer, car elle est allée le revoir à la fin de son traitement.

Ces deux observations viennent donc à l'appui de ce que nous annoncions dans notre travail sur les adénites cervicales, c'est que pour obtenir quelques succès dans ce genre d'affections une fois passées à l'état chronique, au moyen du traitement électrique, il faut du temps, beaucoup de temps, beaucoup de patience de la part des malades et une grande persévérance dans l'emploi des moyens de la part du médecin.

Peut-être mon savant et très-honorable confrère, M. Becquerel, n'était-il pas suffisamment pénétré de cette vérité, quand il a écrit, dans son récent et excellent traité des *Applications de l'électricité à la thérapeutique,* la critique, fort bienveillante d'ailleurs, de mon traitement des adénites cervicales.

Sur les sept observations qui forment la base de mon mémoire, M. Becquerel m'accorde deux guérisons ; c'est peu, mais c'est pourtant quelque chose quand il s'agit de tumeurs de la nature de celles que j'ai eu à traiter et contre lesquelles on avait vainement mis en usage tous les moyens usités en pareils cas. Les deux malades dont nous venons de compléter l'histoire ayant été rangées par M. Becquerel au nombre des insuccès (et nous sommes loin de lui en faire un reproche, puisque ces deux faits n'étaient pas complets), notre savant confrère nous accordera sans doute aujourd'hui quatre guérisons. Cette proportion nous paraît déjà très-satisfaisante. Nous ne la croyons pas suffisante pourtant.

En effet la malade qui fait le sujet de la cinquième observation, et qui était âgée de dix-sept ans au lieu de sept que lui en accorde M. Becquerel, cette malade a parfaitement guéri.— Soit *cinq* guérisons sur *sept* malades.

Un mot maintenant sur les deux insuccès que nous avons éprouvés.

L'un des malades est celui que nous avons traité dans le service de M. le professeur Nélaton.

Nous avons déjà donné les raisons qui ont fait échouer le traitement électrique ; nous n'y reviendrons pas. A cette époque, du reste, nous n'avions pas encore eu l'idée de traverser les tumeurs ganglionnaires indurées comme nous l'avons fait plus tard avec succès, au moyen du séton électrique.

Nous croyons que nous aurions obtenu chez ce malade la fonte de la tumeur dont il était atteint, à moins que cette tumeur ne fût d'une nature cancéreuse, point sur lequel tous nos doutes n'ont pas été levés.

Quant à la malade qui fait le sujet de la cinquième observation et qui nous fut adressée par notre honorable confrère, M. Robert, il n'y a qu'à lire avec attention les détails du fait, et l'on verra dans quelles fâcheuses conditions nous avons commencé chez elle le traitement électrique, que nous avons même interrompu malgré nous.

Si le résultat constaté chez cette malade ne peut pas être mis au nombre des guérisons que nous avons obtenues, et nous nous empressons de déclarer que telle n'est pas notre prétention, au moins avons-nous la consolation d'avoir grandement adouci les douleurs et non moins relevé le moral d'une pauvre femme qui appelait la mort à grands cris, et qui parlait même d'attenter à ses jours.

Il est vrai que, pour arriver à la guérison de plusieurs de ces malades, il m'a fallu beaucoup de temps, et c'est un reproche que M. Becquerel adresse à mon traitement. Si mon confrère nous indiquait un autre traitement aussi innocent que le mien et qui pût guérir dans un temps plus court ou même plus

long, mais moins ennuyeux, je comprendrais ce reproche et je serais heureux de l'accepter. Mais tout ce qu'il dit se réduit aux termes suivants : « Ce n'est pas, dit-il, dans ces excitations électriques que réside l'action spéciale de l'électricité, « et ce serait une profonde erreur que de s'engager dans cette voie. »

On le voit, M. Becquerel se contente de blâmer; mais il ne conseille rien pour mettre à la place de ce qu'il repousse. Nous nous trompons : il conseille l'électricité au moyen des aiguilles dont il sera question plus loin.

M. Becquerel ne se contente pas de ne pas admettre mes guérisons, malgré des témoignages dont on ne peut contester ni la bonne foi ni la compétence; il donne les raisons de son incrédulité. L'autorité de M. Becquerel est assez grande et assez légitime pour qu'il ne soit pas inutile de soumettre ces raisons à un sérieux examen.

« Je ne puis, dit-il, être aussi optimiste que M. Bouvier « sous le rapport de la guérison des adénites cervicales par « l'électrisation. Je n'y crois pas, et je fonde mon opinion sur « des expériences dont j'ai été témoin et que j'ai aidé à faire, « expériences qui me permettent d'avoir une opinion à cet « égard. » (Becquerel, *Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique.*, p. 309.)

Plus loin, à la page 310, M. Becquerel ajoute :

« Maintenant cette méthode n'est pas nouvelle. En 1838, « M. Becquerel père et Breschet imaginèrent d'appliquer des « couples voltaïques sur les côtés opposés des tumeurs, afin « d'en opérer la fonte; l'application fut difficile et le résultat « nul. M. Becquerel père imagina alors d'introduire des « aiguilles à acupuncture qu'on laissa même séjourner pen- « dant huit jours. Dans deux cas de tumeurs bien évidem- « ment scrofuleuses, le résultat fut complétement nul. Le « troisième cas, dit M. Becquerel, est plus curieux : on intro- « duisit des aiguilles de platine pendant quinze jours dans « une tumeur fibreuse abdominale de la grosseur de la tête « d'un enfant. Il y eut une diminution sensible de la tumeur; « mais le *traitement ennuyait le malade,* on le cessa. »

Ces trois cas sont-ils bien concluants en faveur du traitement par les aiguilles en platine, auxquelles M. Becquerel accorde une si grande confiance? Je ne doute pas qu'après mûre réflexion, mon savant confrère ne s'empresse de reconnaître le contraire. Au reste, M. Becquerel me permettra bien de lui présenter sur ces trois cas et sur le traitement lui-même deux remarques qui ne me paraissent pas dénuées d'importance.

La première, c'est que pour faire des expériences concluantes, il ne faut pas s'adresser à des tumeurs, à des adénites scrofuleuses proprement dites; un traitement excellent dans les cas pour lesquels j'ai institué ma méthode pourrait parfaitement échouer ou plutôt échouera à peu près certainement contre des tumeurs scrofuleuses, sans être moins bon pour cela. Les cas que j'ai tenté de guérir et que j'ai aujourd'hui la prétention de guérir sont les cas d'adénites chroniques développées en dehors de l'influence scrofuleuse. Il ne faut pas croire d'ailleurs que pour n'être point scrofuleuses, ces tumeurs soient toujours plus faciles à guérir, puisque dans les cas dont j'ai rapporté les observations, tous les traitements possibles avaient été faits inutilement et par les hommes les plus expérimentés.

La seconde remarque portera sur le procédé que conseille M. Becquerel, c'est-à-dire sur l'application de l'électricité par les aiguilles.

J'ai dit dans mon mémoire pourquoi j'avais renoncé à ce procédé (que j'avais d'abord mis en usage); il ne sera pas inutile de le répéter ici : La peau, avais-je dit, est *gourmande d'électricité*; en sorte que lorsqu'on fait passer un courant à travers les tissus à l'aide de deux aiguilles enfouies dans les chairs, c'est la peau qui absorbe toute ou presque toute l'électricité, et il en pénètre à peine dans la tumeur, si c'est une tumeur qu'on électrise. C'est pour cette raison que lorsque j'avais proposé d'employer l'électro-punoture pour réveiller les contractions du cœur dans le cas de mort apparente, j'avais conseillé de revêtir les aiguilles, presque jusqu'à leur pointe, d'une enveloppe en caoutchouc ou autre corps non conducteur, afin que l'électricité arrivât jusqu'au cœur, au lieu de se perdre en route (1). Comme pour les cas usuels ces aiguilles enduites seraient d'un usage peu commode, nous leur avons préféré nos appareils nouveaux, c'est-à-dire nos plaques, pinces, rouleaux électriques, etc., pour l'électrisation cutanée dans les cas simples, et ces moyens, plus nos sétons électriques, pour les tumeurs d'une nature scrofuleuse.

Le défaut de confiance que montre M. Becquerel pour ces appareils nous prouve qu'il n'a pas encore eu des occasions suffisantes pour les expérimenter, ce qui se conçoit sans peine, quand on songe à tout ce que notre honorable confrère a déjà fait pour l'électricité thérapeutique. Nous croyons que les observations déjà publiées par nous trouveront plus de crédit, dans l'esprit des praticiens, qu'une opinion basée sur de simples présomptions théoriques; or, depuis que nous avons traité les malades dont nous avons publié les observations, beaucoup d'autres nous sont arrivés, envoyés par des médecins de Paris ou des départements, et chez eux nous avons obtenu des résultats non moins avantageux que chez les premiers. Nous nous contenterons de rapporter ici un de ces nouveaux faits, qui ébranlera, nous aimons à le croire, les convictions très-consciencieuses assurément, mais purement théoriques de M. Becquerel.

Mme X..., âgée de trente-six ans, d'un tempérament lymphatique, a été réglée à quatorze ans d'une manière normale ; à dix-neuf ans, ayant par imprudence tenu pendant plusieurs heures de la mousse mouillée sur ses cuisses, quoique au travers de ses habits, dans le moment de ses règles, la nuit suivante elle éprouve de violentes coliques de matrice, suppression; le sang se porte surtout à la tête. On finit, par des sangsues aux cuisses et différentes applications sur la tête, par calmer cet état qui, néanmoins, a duré une huitaine de jours, et l'a laissée comme au sortir d'une grande maladie. Il reste de tout cela une sorte de suppression incomplète, ou plutôt une dysménorrhée dans laquelle les menstrues ont lieu toujours à des intervalles suffisamment réglés, n'ont pas manqué une seule fois, mais sont presque nulles, très-pâles et accompagnées de violentes coliques. — Plusieurs traitements ont été suivis sans aucun résultat pour les rendre à leur état normal.

Quelque temps après et probablement sous l'influence de ces conditions anormales de menstruation, un ou deux ganglions lymphatiques de la région cervicale gauche s'hypertrophièrent, mais assez faiblement pour n'être à peu près pas visibles, aussi n'y fit-elle pas attention. Mais, il y a environ quatre ans, cette hypertrophie devint beaucoup plus forte, et s'étendit à plusieurs autres ganglions de la même région. Dans d'autres parties du col il y eut aussi des mouvements d'hypertrophie sous d'autres ganglions, mais moins sensibles et qui disparaissaient d'eux-mêmes. Quant à ceux de la région gauche, plusieurs augmentèrent beaucoup il y a trois ans, un surtout, jusqu'au volume d'un œuf de pigeon, et faisait une saillie considérable. Un certain nombre de moyens ont été employés d'abord pour combattre l'hypertrophie, prinpalement des lotions et pommades iodées; malgré ces moyens, dans les derniers six mois de l'année elles arrivèrent aux volumes ci-dessus, puis devinrent à peu près stationnaires, dures et roulant généralement assez bien sous les doigts. On s'occupa dès lors des moyens propres à en opérer la résolution. — Ces moyens, en un certain nombre, amenèrent une résolution partielle, de moitié environ, mais qui laissa

(1) L'utilité de ce conseil, monsieur le rédacteur, est devenu manifeste par les détails que vous avez donnés sur le cas de mort par l'amylène de M. le docteur Snow. On se rappelle (Voir *Moniteur des Hôpitaux* du 13 août 1857) que pour rappeler ce malade à la vie, M. Snow eut recours à l'électro-puncture du cœur qui battait encore; or, chose remarquable, les contractions de cet organe ne parurent nullement influencées par le courant électrique; c'est qu'en effet ce courant, suivant toutes les probabilités, n'arrivait pas jusqu'au cœur. Ce fait frappa M. Snow qui fait remarquer, à son tour, que dans un pareil cas on devrait enduire les aiguilles, dans une partie de leur longueur, d'un corps non conducteur. Si M. Snow avait eu connaissance de nos modestes travaux, il se serait évité de refaire une petite découverte déjà réalisée, et il aurait peut-être appliqué l'électricité avec plus d'utilité pour son malade.

plusieurs noyaux durs qu'il fut impossible de diminuer davantage ; comme ils ont été un peu entremêlés et altérés, il a été difficile de constater ceux à qui la diminution doit être rapportée ; ils ont consisté, extérieurement, en pommades iodurées de diverses sortes, collier Morand, vésicatoires volants plusieurs fois renouvelés, emplâtre de Vigo, oxyde noir de cuivre, cataplasmes électriques, application de fleurs de camomille, de sedum âcre ; de feuilles diverses, lierre, tussilage à l'état naturel, massage. Parmi ces différents remèdes, ceux à qui il serait possible d'attribuer la diminution semblent être l'emplâtre de Vigo, puis les cataplasmes de camomille ; le massage semble y avoir contribué aussi.

Intérieurement, sirop de foie de morue, d'iodure de fer, de Portal, tisanes de houblon et iode.— Il est encore bien plus difficile d'attribuer à chacun de ces remèdes internes ce qui lui peut revenir.

C'est donc dans l'état ci-dessus, d'un œuf de pigeon réduit d'environ moitié pour la plus grosse glande et un peu moins fort pour les deux ou trois suivantes, les autres n'étant que de fortes granulations, que Mme X... vint, à la fin de mai 1857, nous consulter, d'après l'avis de M. le docteur Bouchacourt, de Lyon, qui, voyant la longue série de moyens déjà employés successivement par deux médecins de Besançon, lui remit notre brochure sur le traitement des adénites cervicales par l'électricité et lui conseilla de tenter ce dernier moyen.

Bien que le diagnostic de ces tumeurs nous parût douteux tout d'abord, nous ne restâmes pas longtemps dans l'incertitude, et après quelques séances, nous fûmes convaincu que nous avions affaire à des ganglions lymphatiques indurés, et que dans ce cas l'électrisation cutanée seule n'amènerait pas la fonte des tumeurs. Aussi, après quinze jours de traitement, bien que les tumeurs eussent sensiblement diminué, nous n'hésitâmes pas à passer un premier séton électrique dans la plus grosse des tumeurs. Les premiers jours, la malade supporta très-bien l'action modérée du fluide électrique, mais au bout de cinq à six jours, il survint un gonflement considérable dans cette glande ainsi que dans les deux voisines; toutes les autres petites glandes, même assez éloignées, prirent aussi plus de développement. Cet état de choses amena quelques jours après de la suppuration qui parut de chaque côté des bords de la chaîne électrique. Dès ce moment nous cessâmes l'électrisation ; le pus s'écoula facilement, la chaîne lui servant de conducteur, puis le pus cessant, nous enlevâmes la chaîne, parce que, l'engorgement persistant, nous pensâmes que la présence du corps étranger trop longtemps prolongée mettait un obstacle à la résolution, et nous ne nous étions pas trompé, car nous fûmes obligé d'avoir recours de nouveau à l'électrisation cutanée pour faire disparaître l'engorgement. Après quelques jours de repos, la malade revint nous voir et nous constatâmes que la tumeur était diminuée de moitié. L'engorgement que nous avions provoqué étant entièrement dissipé, nous fîmes une deuxième application du séton électrique ; les choses se passèrent comme la première fois, cependant nous devons ajouter, dans l'intérêt de la vérité, que la résolution de l'engorgement se faisant attendre plus longtemps, la malade manifesta le désir de voir notre confrère M. le docteur Bonnafont, dont je lui avais parlé quelques jours auparavant.

La consultation eut lieu dès le lendemain, notre confrère nous proposa d'aider l'électrisation cutanée par la cautérisation ponctuée, ce que nous acceptâmes de suite ; et séance tenante, une première application fut faite. Au bout de quinze jours, la plus grosse glande avait tout à fait disparu sous l'influence de l'électrisation cutanée répétée chaque jour, aidée trois ou quatre fois de la cautérisation ponctuée.

Le premier succès obtenu sur la glande la plus grosse encouragea tellement la malade, qu'elle manifesta elle-même le désir de suivre le même traitement pour une deuxième glande, et le résultat fut aussi heureux que la première fois. Il reste encore une troisième glande très-petite et invisible à l'œil; mais la malade, ayant voulu retourner dans sa famille pour se reposer, est partie avec la résolution bien arrêtée de revenir dans le cas ou elle prendrait plus de développement.

On a vu, par les détails dans lesquels nous sommes entrés, combien de moyens avaient été employés sans succès par la malade pour obtenir la guérison qu'elle désirait si ardemment depuis longtemps. Admettons un instant qu'elle eût bien voulu employer dans ce cas les aiguilles de platine; qu'aurait-on obtenu ? Rien, car il est bien évident que dans ce cas les deux modes d'électrisation que nous avons pratiqués se sont prêtés un mutuel secours : le premier pour aider à la résolution de l'engorgement, et le deuxième pour produire de l'inflammation, puis de la suppuration et par suite la fonte des ganglions.

Nous devons ajouter que, malgré l'emploi des petits sétons, la malade a guéri sans la moindre cicatrice apparente, après avoir subi un traitement qui a duré trois mois.

Nous n'ajouterons qu'un mot à cette observation pour résumer et clore avec notre savant confrère.

Nous savions que, dès les premiers temps de l'emploi de l'électricité à la thérapeutique, quelques médecins avaient tenté de l'appliquer à la résolution des engorgements ganglionnaires du cou et avaient obtenu quelques succès.

Nous savions encore que, *de nos jours*, plusieurs praticiens fort distingués, entre autres MM. Becquerel père et fils, Breschet, Récamier, Duchenne (de Boulogne), etc., avaient aussi fait de leur côté quelques tentatives plus ou moins heureuses.

Mais si ces honorables confrères y ont renoncé, il faut bien penser que leurs moyens d'application étaient imparfaits, et que le succès n'a pas répondu à leur attente.

Pourquoi à notre tour sommes-nous venu, en 1853, tenter l'emploi de l'électricité sur les ganglions hypertrophiés? Parce que le malade qui fait le sujet de notre première observation, après avoir essayé en vain toutes les médications les plus énergiques, vint nous consulter, et que nous eûmes la pensée d'essayer l'électricité, et que nous fûmes assez heureux pour le guérir en peu de temps.

Le premier succès nous encouragea. Aussi, dès ce moment nous étudiâmes sérieusement cette question, qui nous parut pleine d'avenir, et si quelquefois nos efforts ont été couronnés de succès, il faut bien admettre d'une part que notre mode d'électrisation localisée est bien préférable à tous les autres procédés mis en usage par tous les confrères qui nous ont précédé dans ce genre de traitement, et d'autre part qu'il est bien plus innocent, plus sûr et beaucoup moins douloureux que l'emploi des aiguilles de platine que propose M. Becquerel.

En définitive, nous n'avons pas la prétention d'avoir dit le dernier mot dans cette question. C'est à nos confrères que nous avons soumis notre modeste travail et que nous soumettons ces réflexions. Beaucoup d'entre eux ont bien voulu nous demander quelques avis sur notre manière d'appliquer nos instruments; nous nous sommes empressés de le faire et de leur démontrer ce que l'expérience nous avait appris, et si quelques-uns d'entre eux apportaient de nouveaux perfectionnements dans l'application du fluide électrique aux adénites cervicales, nous serions les premiers à les adopter.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, etc.

Dr Boulu.

MÉDECINE CLINIQUE.

Thérapeutique générale des teignes,

PAR M. BAZIN,

Recueillie et rédigée par M. Pouquet, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111 et 112.)

Etiologie et pathogénie. — Je vous renvoie ici à l'étiologie des affections parasitaires et des teignes en général, car je ne puis rien ajouter à ce que j'ai dit alors des causes prédisposantes ; et dans l'étude des causes efficientes, je ne veux aborder que deux points : l'inoculation et la disposition spéciale qu'affecte l'achorion, végétal parasite de la teigne faveuse. Enfin, je rappellerai en quelques mots les principales hypothèses émises sur le siége et la nature de cette affection.

L'inoculation peut être involontaire et accidentelle : par exemple, dans le cas où un teigneux gratte avec l'ongle sa tête couverte de croûtes faveuses, puis une partie saine de la peau, et transporte ainsi le mal de la tête à une autre région du corps. D'autres fois elle est volontaire et artificielle, pratiquée à l'aide de la lancette par un expérimentateur, dans le but de connaître la pathogénie du favus. M. Cazenave, dans son

Traité des maladies du cuir chevelu, invoque, pour ne pas admettre la nature végétale du favus, un grand nombre de raisons plus spécieuses que solides, que j'ai en partie réfutées dans ma première brochure sur les teignes (*Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, 1853). Toutefois, deux objections de mon honorable collègue sont demeurées jusqu'alors sans réponse, et je ne puis me dispenser d'en parler aujourd'hui; il s'agit de la sanction de l'Académie de médecine, dont M. Cazenave se couvre comme d'un bouclier, et de la stérilité des tentatives d'inoculation.

Malgré mon respect pour l'Académie, il m'est impossible de reconnaître sa compétence en matière de teignes; et, sans aller plus loin, ne lui a-t-on pas, ces jours derniers, présenté comme pellagreux trois aliénés venus d'Angers tout exprès et simplement affectés de teigne tonsurante à la période pityriasique?

Relativement à l'inoculation, M. Cazenave pourrait-il dire aujourd'hui, comme en 1850, que les tentatives faites dans ce sens sont demeurées stériles? — Je ne le pense pas. Car depuis les expériences de M. Deffis, nous avons pour le favus comme on a pour le chancre toute l'histoire de l'inoculation. Lisez dans mes leçons de 1855 le résumé des trois observations recueillies par M. Deffis (*Séméiotique cutanée....* page 104). Sur trois cas, deux fois c'est du favus épidermique qui se développe sous la forme de petites croûtes minces, blanches, sitrées de jaune, à quelques égards analogues aux croûtes eczémateuses; examinées au microscope, elles offrent une structure intime ne différant en rien de celle des croûtes épaisses qui constituent les godets faviques. Une seule fois, on obtient un godet très-bien formé, traversé au centre par un poil. — Pourquoi ne produit-on pas toujours un godet? — Parce qu'il faudrait atteindre toujours avec la pointe de la lancette l'extrémité profonde du canal pilifère, et y déposer une spore. Or la chose n'est pas facile, vous le comprenez; le hasard seul peut venir en aide à l'expérimentateur. Ces inoculations ont singulièrement éclairé l'histoire du favus. Nous avons pu suivre jour par jour la marche du cryptogame, depuis le moment de la piqûre jusqu'à la chute des croûtes ou des lamelles faviques; nous avons appris la durée de l'incubation et le temps nécessaire à la formation du godet (il est de quarante jours environ).

Que deviennent maintenant toutes ces histoires dans lesquelles on nous parle de godets faviques paraissant quatre ou cinq jours après l'inoculation, et ces expériences de Gallot, que rapporte M. Cazenave, et dans lesquelles l'inoculation ne réussit qu'une fois sur huit?

Presque tous les auteurs font mention de ces expériences, auxquelles il est cependant impossible d'accorder la moindre valeur quant on a lu la brochure de Gallot. On n'y trouve vraiment qu'un certain nombre de faits plus ou moins étranges, d'anecdotes curieuses qui ne ressemblent en rien à une relation d'expériences consciencieusement faites. Je suis convaincu que Gallot n'a jamais essayé l'inoculation de la teigne faveuse. D'ailleurs, le seul cas de réussite qu'il rapporte, cas observé par un officier de santé, ne prouve absolument rien en faveur de l'inoculation; c'est simplement un fait de contagion.

J'arrive maintenant à la description du végétal parasite qui produit la teigne faveuse. Mais auparavant disons quelques mots des hypothèses le plus généralement adoptées sur la nature et le siége des teignes. Bien que j'aie réfuté toutes ces fausses hypothèses dans mon travail et que j'aie démontré la nature végétale du favus par des arguments tirés de trois grandes sources: de l'examen microscopique, de l'action des réactifs chimiques, enfin de l'anatomie pathologique; cependant je crois utile de revenir sur ces questions, car il y a encore parmi les dermatologistes des hommes d'un mérite incontestable, qui opposent toute la force de leur talent aux doctrines nouvelles, niant jusqu'à l'existence des végétaux parasites qui vivent sur la peau de l'homme, Sur la question du siége anatomique du favus, trois opinions différentes étaient en présence. Pour ceux-ci, Baudelocque et M. Rayer, il était dans le follicule pileux; pour ceux-là, Murray, Mahon, etc., dans les follicules sébacés. D'autres, comme MM. Letenneur et Cazenave, le placent en même temps dans les follicules sébacés et à l'extrémité du conduit pilifère; quelques-uns enfin, dans la peau elle-même, mettant ainsi les follicules hors de cause. — Sur la question de nature, mêmes divergences d'opinions. Les anciens rattachaient le favus à un vice spécial des humeurs; parmi les modernes, les uns l'attribuaient à l'inflammation, les autres à une lésion spéciale de sécrétion. Aussi, laissant de côté les doctrines surannées, devrons-nous démontrer que les croûtes faveuses ne sont ni du pus desséché, comme le pensait Letenneur, ni un produit altéré de sécrétion folliculaire, comme le soutient encore M. Cazenave.

Voyons donc ce que nous apprennent à cet égard l'examen microscopique, les réactifs chimiques et l'anatomie pathologique.

Si l'on examine au microscope, sous un grossissement de 2 à 300 diamètres, un fragment de croûte faveuse, délayé dans un peu d'eau ou d'acide acétique, on ne voit que des sporules, des tubes vides (*mycelium*) et de tubes chargés de sporules (*spiridies*). Les sporules ont un volume et une forme variables; les unes, plus petites, se distinguent à peine de granulations noires; les autres ont jusqu'à $0^{m}007$ à $0^{m}008$ de diamètre et paraissent avoir deux enveloppes, si on les examine à un grossissement de 800 diamètres. Leur forme n'est pas régulièrement sphérique, elles sont plus souvent ovoïdes, quelquefois triangulaires et comme étranglées vers le milieu; il n'est pas rare de les voir réunies bout à bout en chapelet. Ces tubes sont flexueux, simples ou ramifiés, vides ou chargés de spores ou de granules; accolés les uns aux autres, ils forment des tiges plus ou moins larges et quelquefois comme articulées. Si l'on examine de la même manière un peu de muscardine, quelques parcelles de cette matière blanche caséiforme qui se produit dans le muguet, enfin les moisissures qui se développent sur les matières animales en putréfaction, on trouve le même aspect, la même structure intime, sauf quelques différences d'ailleurs peu accusées. Quant aux productions sébacées, épidermiques, elles n'offrent, dans leur composition, aucune analogie avec les matières précédentes. Je n'insiste pas sur ces nombreuses différences. Aussi, et sans aller plus loin, pourrions-nous conclure que les croûtes faveuses ne sont pas du pus desséché ni un produit de sécrétion folliculaire, mais qu'elles sont en totalité constituées par un cryptogame de la tribu des torulacées, des arthrosporées, c'est l'*Achorion Schœnleinii*, le plus évident de tous les champignons des teignes.

L'alcool, l'éther, le chloroforme ne dissolvent point les croûtes faveuses, tandis qu'ils dissolvent, le chloroforme surtout, la matière sébacée. L'ammoniaque, mise en contact avec du pus liquide ou concrété, exerce la même action dissolvante et prend un aspect blanchâtre, laiteux, gélatiniforme; elle ne fait que blanchir un peu le favus. L'action de la potasse, de l'acide nitrique, de l'acide sulfurique, est également différente sur les croûtes purulentes et la matière sébacée d'une part, et d'autre part sur le favus. Si j'ajoute que les divers réactifs dont nous venons de parler se comportent à l'égard des moisissures (dont la nature végétale ne saurait être méconnue) comme à l'égard du favus, vous en conclurez avec moi que les caractères chimiques plaident aussi fortement que les caractères microscopiques en faveur de l'opinion que je soutiens.

Enfin, si les follicules annexes des poils sécrétaient la matière faveuse, comme le pense M. Cazenave, on devrait les trouver hypertrophiés. Or il est aussi difficile de constater leur existence sur la tête des teigneux que sur celle des sujets sains. La même objection s'adresse à l'opinion de Mahon qui repose d'ailleurs sur une erreur anatomique. Je vous ai dit dans la première partie de cette leçon que les caractères anatomiques des pustules étaient bien différents de ceux des favi; ce sont des différences d'état (les premières sont toujours liquides au début, les seconds sont toujours solides), des différences de couleur, de siége, des

différences dans la marche… Le temps ne nous permet pas d'entrer dans les détails, et je vous engage à lire ce que j'ai écrit dans mon premier ouvrage (*Recherches sur la nature et le traitement des teignes*, 1853). Ainsi donc, le microscope, la chimie et l'anatomie pathologique se prêtent un mutuel et solide appui pour démontrer que le favus est une production d'origine végétale.

Mais l'achorion n'existe pas seulement dans les croûtes faviques qu'il constitue en presque totalité. Nous avons dit plus haut, en parlant des altérations si remarquables des poils affectés, qu'on trouve des spores et des tubes sur la racine, sur le bulbe, sur la capsule et jusque dans l'épaisseur du cheveu ; fait important qui renverse toutes les théories mécaniques (en particulier celle de M. Letenneur adoptée par M. Cazenave), et qui cependant avait échappé à l'observation de très-habiles micrographes.

Les spores de l'achorion déposées à l'extrémité du canal pilifère envoient de ce point, dans leur développement, une double irradiation externe et interne, ou plutôt superficielle et profonde. Du côté de la surface cutanée, les éléments se multiplient, se réunissent pour constituer la croûte faveuse. Dans la profondeur des follicules, au contraire, ces éléments demeurent isolés, peu nombreux et ne sont pas visibles autrement qu'au microscope ; les altérations primitives des poils, que la théorie de M. Letenneur est impuissaute à expliquer, témoignent de leur existence avant l'apparition du cryptogame à la surface de la peau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE.

De l'uréthrotomie,

Par le docteur Civiale.

(Suite et fin. — Voir les nos 109, 113 et 115.)

En cherchant à restreindre comme on le fait le but et la portée de l'opération ancienne, l'école moderne paraît avoir oublié que chez les anciens on se servait indistinctement des mots *rétention, suppression d'urine, obstruction, carnosités, callosités, gonflement, suppuration des prostates, rétrécissements* de l'urèthre, pour désigner la même maladie. Colot n'a pas voulu qu'on fît confusion à cet égard. Il dit, p. 249, qu'il voulait faire une incision au périnée afin d'exciter une suppuration dans les prostates et les parties voisines ; *je veux dire dans l'urèthre et dans le col de la vessie.* L'expression de suppression d'urine, pour désigner l'impossibilité d'uriner, n'était plus généralement usitée que parce que c'était le fait dominant qui frappait le plus parmi les accidents des coarctions uréthrales. A cette époque, d'ailleurs, on attachait si peu d'importance au choix des termes (1), que nous venons de voir la même opération successivement désignée par les mots la *boutonnière*, la *ponction*, la *lithotomie*, l'*uréthrotomie*, etc., mais le vague des expressions ne saurait détruire la réalité des choses ; or les faits que je viens de citer excluent toute interprétation. Je ne crains pas de le répéter, par la boutonnière et la ponction du périnée, nos prédécesseurs faisaient depuis près de deux cents ans ce que le chirurgien d'Edimbourg s'est proposé de faire en 1844.

Mais si l'uréthrotomie de dehors en dedans et sur conducteur n'est pas nouvelle, la manière de la présenter et de l'apprécier par les anciens et par les modernes diffère notablement. D'abord les anciens chirurgiens français la considéraient comme une ressource pour des cas exceptionnels fort rares ; on veut aujourd'hui en faire une méthode de choix, utilement applicable à la majorité des cas. A ce point de vue, l'opinion des modernes doit être examinée. Bien que l'urèthre, quoique rétréci dans une étendue plus ou moins considérable, livre encore passage à l'urine, et puisse admettre une sonde jusqu'à la vessie, au lieu de chercher, par les procédés de la dilatation, à restituer au canal sa souplesse et sa dilatabilité ainsi qu'on le fait généralement, M. Syme et ses partisans veulent qu'on divise la coarctation, au moyen de l'instrument tranchant, agissant à ciel ouvert, des téguments vers le canal. Ils affirment que l'opération est soumise à des règles sûres, déterminées d'avance ; que l'exécution en est facile, et que si l'on y procède dans un moment opportun, le but est toujours atteint par la division toujours assurée des tissus dans l'étendue jugée nécessaire (1).

Cette méthode a été appliquée en Angleterre, suivant M. Thompson, par :

MM. Syme.......	70 fois.	Aucun mort, la plupart des malades sont guéris.
Fergusson...	4 fois.	Un mort, deux demi-succès, un douteux.
Cock........	3 fois.	Un mort, les autres plus ou moins douteux.
Coulson.....	8 fois.	Un mort, les autres plus ou moins douteux.
Erichson....	3 fois.	La plupart ont réussi plus ou moins, un ou deux cas douteux.
Hayms Walton	1 fois.	Guérison.
H. Thompson.	1 fois.	Guérison.
Mackenzie...	7 fois.	Un mort, les autres plus ou moins guéris.
Dunsmure...	3 fois.	Deux plus ou moins guéris, un insuccès.
F. Thompson.	2 fois.	Guéris.
Gruickshank..	1 fois.	Guéri.
Fiddes.......	6 fois.	Cinq guéris, un douteux.
Total.....	113 fois.	

Je me borne à reproduire ce tableau, dans lequel sont réunis les faits publiés et inédits que l'auteur est parvenu à recueillir, et dont il a donné les détails.

La proportion des demi-succès et des cas douteux est considérable. Les guérisons complètes sont rares.

On cite quatre morts ; d'après quelques renseignements que j'ai recueillis, et quelques publications faites en Angleterre, il y en aurait d'autres (2). La gravité de l'opération sous le rapport de la terminaison fatale n'est donc pas encore déterminée, et elle ne le sera peut-être pas de longtemps, par suite de l'exaltation des partisans et des adversaires de cette méthode en Angleterre, le seul pays où l'on s'en occupe sérieusement.

Ces résultats ne pouvaient manquer d'impressionner vivement les chirurgiens anglais, qui les ont expliqués et commentés de différentes manières. Ce qui frappe d'abord, c'est le contraste des succès publiés par M. Syme et des résultats qu'ont obtenus d'autres chirurgiens d'un talent reconnu. En face de soixante-

(1) C'était en Angleterre comme en France, il suffit pour s'en convaincre de lire Wiseman.

(1) Tel n'est pas tout à fait le sentiment de M. Thompson, p. 273, qui a beaucoup étudié cette opération. Il fait observer qu'il faut beaucoup de soins et d'attention pour faire l'incision *proprement, avec précision et sur la ligne médiane.* Quand la sonde est petite, il arrive souvent, selon lui, que la pointe du bistouri glisse à côté de la cannelure et se perd dans les tissus. Il ajoute que cette remarque ne sera peut-être pas bien sentie par ceux qui n'ont pas encore fait l'opération ; mais elle le sera certainement par ceux qui ont eu occasion d'opérer sur une sonde nos 1, 2, 3 et 4, surtout quand on rencontre soit une virole, soit principalement des masses de tissus indurés, au milieu desquelles on a de la peine à découvrir la tige conductrice. Aussi conseille-t-il de dilater préalablement la coarctation assez pour qu'on puisse introduire dans son ouverture une sonde assez grosse.

Il y a encore un point, et même le plus important, sur lequel M. Thompson appelle l'attention des chirurgiens : c'est de déterminer la longueur de la coarctation, et par suite l'étendue qu'il faudra donner à l'incision. Mais cette détermination est semée de difficultés. Aussi longtemps que le canal n'est pas assez dilaté pour qu'on puisse l'explorer avec un stylet boutonné d'un certain volume, on n'obtient que des données confuses. C'est à tort qu'on a glissé sur les difficultés de tout genre qui se présentent alors et qui font manquer l'opération ; si bien qu'elles sont admises aujourd'hui par M. Syme lui-même.

(2) M. Thompson, p. 265, fait allusion à trois ou quatre autres cas dans lesquels des accidents consécutifs, graves, auraient compromis la vie des malades ou rendu leur existence peu supportable. Voyez l'ouvrage de Lizars, 3e édition. 1853.

dix opérations, constamment heureuses, ou du moins sans accidents dignes d'être notés, s'en trouvent quarante-trois autres avec des morts, des cas mal déterminés, beaucoup de guérisons imparfaites et peu de succès définitifs.

M. Syme lui-même paraît avoir compris que des explications étaient devenues nécessaires. Il a communiqué, soit à la presse, soit à la Société médico-chirurgicale de Londres (16 avril 1853), quelques changements dans la manière d'opérer auxquels il attribue une influence évidemment exagérée sur le résultat final de l'opération. Afin de ne laisser de côté aucun des éléments de la question, je reproduirai, d'après M. Thompson (1), cette nouvelle version du manuel opératoire rectifié ou perfectionné, bien qu'elle ne présente rien de bien important et qu'on ne sût déjà.

Le malade est placé sur le bord d'un lit; deux aides lui soutiennent les membres pelviens; une sonde cannelée, légèrement courbée, est introduite dans la vessie et confiée à un aide. Le chirurgien, assis ou à genoux, fait sur la ligne médiane du périnée ou du pénis, suivant la position du rétrécissement, une incision d'un pouce à un pouce et demi de longueur, divisant les téguments et les tissus sous-jacents, jusqu'à l'urèthre.

L'opérateur prend de la main gauche le manche du conducteur, et de la droite un petit bistouri étroit dont la pointe est appuyée sur le doigt indicateur, qui le dépasse et avec lequel on cherche la rainure de la sonde (2). On en fait pénétrer la pointe dans cette rainure, en arrière de la coarctation du côté de la vessie; puis on dirige le tranchant en avant, de manière à diviser toute la partie rétrécie du canal. L'opération étant terminée, on retire la sonde cannelée, on place dans le canal, jusqu'à la vessie, une algalie en argent du n° 7 ou 8, qui doit rester en place de 48 à 72 heures, après lesquelles on la retire pour lui substituer des sondes en gomme élastique et poursuivre le traitement selon les indications.

L'auteur recommande spécialement dans la pratique de cette opération :

1° De ne pas diviser le fascia profond du périnée, afin de prévenir l'extravasation de l'urine;

2° De ne pas donner à l'incision extérieure autant d'étendue que le font quelques chirurgiens: 27 à 40 millimètres sont les limites qu'il indique, et il veut surtout qu'on ne la prolonge pas trop en arrière. C'est dans le but de limiter l'incision qu'il a imaginé un cathéter cannelé dont la partie qui ne traverse pas la coarctation est beaucoup plus volumineuse et devient un arrêt pour le bistouri coupant d'arrière en avant (3);

3° De diviser l'urèthre d'arrière en avant, plutôt que d'avant en arrière, ainsi que le font quelques opérateurs. L'auteur insiste fortement sur ce précepte, qui consiste, après avoir divisé les tissus qui recouvrent l'urèthre, à changer la position du bistouri (4) de telle sorte que le doigt du chirurgien dépasse bien juste la pointe de la lame, qui est poussée dans la rainure à l'aide du pouce et du doigt médium, lorsque la pulpe de l'indicateur est appliquée sur la rainure de la sonde à travers les tissus non encore divisés.

Au moyen de ces précautions, l'auteur pense obtenir toute la précision désirable et écarter les chances d'accident. Là est évidemment l'exagération. Ne sait-on pas qu'une partie des accidents, même des plus graves, sont inhérents à l'opération elle-même, plutôt qu'à la manière dont elle est pratiquée? S'exalter sur quelques minutieux détails de choix d'instruments, de procédés, et glisser sur l'ébranlement que la manœuvre produit dans l'économie, sur l'étendue et l'importance des tissus divisés, et sur la position accidentelle et anormale que la maladie leur a faite, c'est manifestement s'appesantir sur ce qui est accessoire et négliger la chose principale.

(1) Ouvrage cité, p. 253, 269.
(2) Voyez la figure.
(3) Voy. fig. 17.
(4) Voy. fig. 18.

Pour atténuer l'impression produite par les résultats fâcheux que je viens d'indiquer, M. Syme a recours à un moyen qui n'est pas nouveau, mais qui n'est pas plus admissible ici que dans toute autre circonstance; il prétend que la mort n'a pas été causée par l'opération, mais bien par des accidents que l'ont sait accompagner fréquemment toute opération pratiquée sur l'urèthre, et il part d'une prédisposition individuelle ou de toute autre circonstance éventuelle pour dire que la phlébite, la pyogénie, la résorption purulente, cause principale de la mort, dans ces cas, pouvant se manifester à la suite d'autres opérations, l'uréthrotomie n'est pas responsable de l'événement.

Cette manière d'envisager la question est d'autant plus erronée dans la circonstance présente, que la section périnéale externe n'est pas une nécessité qu'il faille subir à tout prix, que c'est uniquement une opération préconisée pour remplacer d'autres moyens qui n'exposent en aucune sorte aux mêmes dangers, et dont la supériorité, à ce titre, ne saurait être contestée. On néglige particulièrement de tenir compte des difficultés de la manœuvre, de la nature des parties intéressées, de l'étendue des lésions produites et de toutes les circonstances de l'opération qui préparent, qui amènent les accidents généraux auxquels les malades sont exposés à succomber. A l'appui de cette remarque, je me bornerai à citer un cas relaté par M. Thompson, p. 239 et 395.

Le lendemain de l'opération pratiquée à la manière ordinaire, il se manifesta, dit ce chirurgien, des accidents fébriles et nerveux d'une intensité croissante, accompagnés de vomissements, de délire et d'une grande prostration qui se termina par la mort, le onzième jour.

On trouva des collections purulentes dans le poumon et autres organes éloignés, mais la surface uréthrale, depuis le gland jusqu'à la prostate, était fortement enflammée; il y avait des dépôts purulents dans les parois du canal et même le corps spongieux; les veines de la prostate et de la vessie étaient enflammées et contenaient du pus.

Dans un autre cas tiré de la pratique de M. Coulson, et dont M. Deville a publié les détails (1), la sonde fut retirée le deuxième jour de l'opération. Il survint des frissons et divers phénomènes d'infection purulente suivie de la mort. On trouva des abcès dans la cavité thoracique, et il existait un phlébite manifeste dans le voisinage de l'incision qui avait intéressé la moitié antérieure du bulbe.

Je n'ai point pratiqué la section externe sur conducteur dans l'unique but de détruire une coarctation uréthrale simple, parce que d'autres procédés m'ont toujours paru préférables, et que les seuls cas auxquels je pense qu'il faille l'appliquer ne se sont pas présentés, en temps opportun, à mon observation. Mais cette opération a été faite sous mes yeux par un chirurgien habile. Voici comment les choses se sont passées :

Un homme de vingt-sept ans contracta une blennorrhagie qu'il traita par les injections de nitrate d'argent. L'écoulement avait cessé au bout d'un mois; mais à compter de la troisième injection, le malade remarqua dans le jet de l'urine une diminution de grosseur qui devint de plus en plus forte. Au quatrième mois, il n'y avait plus de jet, l'urine ne sortait que par gouttes. Le malade fit, à cette époque, une chute sur le périnée, laquelle fut suivie de rétention d'urine. On essaya, mais en vain, de passer une petite sonde, et bientôt cependant l'urine recommença à couler par gouttes. On essaya divers traitements qui n'eurent pas de succès. Un abcès survenu au périnée à la suite de la chute donna lieu à une fistule par laquelle s'écoulait la plus grande partie de l'urine. Je partageai l'avis qu'on devait pratiquer la section périnéale externe. Le malade étant placé comme à l'ordinaire, une sonde cannelée fut introduite dans la vessie. Après avoir divisé, sur la ligne médiane du périnée, les tissus qui recouvrent l'urèthre, on ouvrit le canal en arrière de la coarctation, sur la rainure du cathéter, et en dirigeant

(1) *Gazette des hôpitaux de Paris*, 7 juillet 1852.

le bistouri d'arrière en avant, on incisa la face inférieure de l'urèthre dans une étendue d'environ 3 centimètres: une partie du bulbe avait été divisé ; une couche de perchlorure de fer suffit pour arrêter l'écoulement sanguin, et l'opération se termina par l'introduction d'une sonde qui resta six jours dans la vessie. La suppuration était établie, la plaie avait un bon aspect ; le prépuce, qui était fortement tuméfié avant d'opérer, s'était dégorgé, mais l'urine prit son cours par la plaie. Deux jours après, on plaça une nouvelle sonde qui fut remplacée par une autre, et ainsi de suite, jusqu'au vingt-troisième jour de l'opération. Alors le malade fut pris de frisson, suivi le lendemain d'un ictère accompagné de vomissements et bientôt de délire, suivi enfin de la mort.

A l'autopsie, on découvrit du pus dans la veine périprostatique et dans les reins des traces évidentes d'inflammation. De nombreux abcès métastatiques existaient au foie, à la base du poumon droit, au sommet du poumon gauche, et dans toutes les articulations, même celles des doigts et des orteils, existait une matière purulente.

On dit qu'il faut pratiquer la section externe partout où se trouve le rétrécissement, et, s'il y en a plusieurs chez le même malade, on fait plusieurs incisions, quelquefois même dans la même séance; et cette pratique a été exécutée par M. Mackensie en 1830, à l'infirmerie d'Edimbourg. L'un des rétrécissements se trouvait à 21 millimètres du méat urinaire et l'autre au bulbe (1). Le malade succomba le huitième jour de cette double incision, qui fut très-douloureuse.

Dans le cas cité par M. Deville, on incisa à 55 milimètres du méat urinaire.

M. Syme a opéré à 21 centimètres du méat urinaire; mais en général, par ce procédé comme dans l'uréthrotomie sans conducteur, et comme le pratiquaient nos anciens maîtres, le périnée est le lieu d'élection pour cette opération, et c'est pour cette raison qu'on l'a nommée *section périnéale externe*. Cette prédilection se comprend d'autant moins qu'aucun chirurgien n'ignore que les rétrécissements voisins de cette région du canal sont utilement traités par les procédés de la dilatation, et que la principale, je dirai presque la seule difficulté qui se présente, c'est de passer les premières bougies ou les premières sondes. Or, le procédé de M. Syme n'écartant pas cette difficulté, il n'y a pas de raison de porter l'instrument tranchant sur cette partie, comme cela se fait quand il s'agit d'une coarctation infranchissable.

D'un autre côté, c'est à la partie pénienne de l'urèthre que se trouvent les coarctations réfractaires à la dilatation; et c'est contre ces catégories de cas qu'il faut recourir à l'instrument tranchant, ce que je démontrerai en exposant l'uréthrotomie de dedans en dehors. D'où il résulte que le célèbre chirurgien d'Edimbourg s'attache spécialement à diviser les coarctations que l'on peut traiter utilement par des moyens plus doux et moins compromettants, et qu'il laisse pour ainsi dire de côté celles qu'on ne peut pas guérir d'une autre manière : double contradiction chirurgicale qu'il s'attachera sans doute à faire disparaître dans quelque prochaine communication à ses confrères.

M. Syme fait aux méthodes par la dilatation un procès acharné, sans s'apercevoir que ces méthodes, dont les effets lui semblent si peu satisfaisants, n'ont été appliquées par lui ni avec la persévérance ni avec les précautions qui assurent le succès. Ses critiques s'appliquent donc non aux méthodes elles-mêmes, judicieusement employées, mais bien aux applications irrégulières qu'il en a faites ou vu faire. On doit regretter que M. Syme n'ait pas tenu compte des remarques pleines de justesse que lui a adressées à cet égard notre compatriote M. Gay, dans le *Medical Times* du 21 décembre 1850 (2).

Déprécier les procédés connus, alors même qu'ils sont d'une utilité incontestable, est toujours un mauvais moyen de faire valoir ce qu'on propose soi-même.

(1) Thompson, 397.
(2) Voy. Lizars, p. 103 et suiv., 3e édition.

Quant aux accidents qui se rattachent le plus directement à la division de l'urèthre, tels que fièvre, hémorrhagie, infiltration d'urine, abcès, fistules, etc., ils sont à peine mentionnés dans la plupart des observations de M. Syme, dont les assertions contrastent d'ailleurs avec celles des autres praticiens. D'après le chirurgien d'Edimbourg, la quantité de sang que chaque malade aurait perdue, soit pendant, soit après l'opération, devrait être évaluée d'*une cuillerée à 30 grammes*. L'auteur dit n'avoir pas vu un seul cas d'hémorrhagie, tandis que MM. Coulson, Coock, Mackensie, Dundsmure, Fiddes, Fergusson, etc., qui ont fait cette opération plusieurs fois, ont observé des hémorrhagies dont quelques-unes, effrayantes, ont failli compromettre l'existence des malades.

Les phénomènes généraux qui se manifestent souvent après l'opération, tels que frissons, tremblements, vomissements, délire, convulsions, prostration, anéantissement des forces, n'ont, suivant M. Syme, aucune gravité ; il se borne à les mentionner, seulement pour dire aux praticiens de ne pas y faire attention : il assure qu'ils cessent d'eux-mêmes et sans médicaments.

A ce point de vue aussi, les assertions du chirurgien de Dublin contrastent avec les observations des praticiens anciens et modernes, qui considèrent tous ces symptômes, à la suite des opérations, comme des événements fort sérieux et fort inquiétants. Le célèbre prédécesseur et compatriote de M. Syme, Tornhill, avait signalé, par rapport à la taille hypogastrique, la gravité de ces phénomènes, trop souvent avant-coureurs de la mort.

Ce que l'on est en droit d'affirmer, au milieu des débats suscités par les opinions et la pratique de M. Syme, c'est que la section périnéale externe, telle que cet habile opérateur et ses partisans la comprennent, est encore à l'état d'épreuve, et que l'on ne saurait être autorisé à la présenter comme une méthode rationnelle de traiter les coarctations uréthrales. On peut même se demander si elle est réellement un besoin pour la thérapeutique actuelle.

M. Syme a vu dans les débats plus ou moins passionnés que ses opinions ont excités, et dans l'opposition qu'il rencontre de la part de ses confrères, des attaques personnelles portant atteinte à sa considération. Il a même réclamé l'intervention des tribunaux et obtenu un verdict favorable (1). Mais les arrêts judiciaires sont impuissants dans les questions de science et de pratique. C'est par d'autres moyens qu'il doit combattre et convaincre ses adversaires. Le temps n'est plus où il lui aurait été possible de faire décider que, par la justice et le Parlement, il est enjoint d'ouvrir le périnée à quiconque aura un rétrécissement dans l'urèthre.

REVUE ANALYTIQUE.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine,

Par le Dr Dolbeau, *prosecteur de la Faculté de Paris, etc.*

Sous le nom de *grenouillette*, les auteurs ont réuni un certain nombre d'affections semblables par la forme, mais différentes par leur nature et leur traitement. C'est ainsi que l'on est convenu d'appeler toutes les tumeurs molles fluctuantes développées à la face inférieure de la langue ou sur le plancher de la bouche. Les tumeurs de cette région peuvent être, en effet, de bien des espèces, et pour ne parler que de celles auxquelles l'on a appliqué la dénomination de grenouillette, tantôt ce sont

(1) *The Lancet*, 6 novembre 1839. Lizars, 3e édition, p. 49.

des tumeurs dues à une oblitération des conduits de Varthon, oblitération congénitale ou bien due à des calculs salivaires; d'autres fois il y a une altération de ce même conduit, et sa déchirure a donné lieu à un kyste salivaire. Il peut encore se former des tumeurs tenant à des causes bien différentes. C'est ainsi que l'on a vu de ces kystes provenant d'un follicule mucipare oblitéré; Dupuytren, dans sa clinique, en cite un exemple remarquable. Cette espèce de grenouillette a généralement pour siége la face inférieure de la langue. Enfin il peut se développer dans cette région comme partout ailleurs un kyste séreux. On voit donc que le nom de grenouillette est un mot vague et qui ne donne l'idée d'aucune maladie spéciale. Il y a là une confusion regrettable à plus d'un titre, puisqu'elle a pu faire admettre à bien des chirurgiens un seul traitement pour ces diverses affections. C'est là, croyons-nous, la cause tout à la fois du succès et de l'insuccès des nombreuses méthodes de traitement. Aussi regrettons-nous que M. le docteur Dolbeau ait donné pour titre à son mémoire : *De la Grenouillette sanguine.* C'est là un reproche sur lequel nous ne voulons pas insister, de crainte de paraître faire une querelle de mots. Du reste, il suffit de lire avec attention ce remarquable travail pour savoir à quoi s'en tenir sur cette dénomination.

Tout ne semble donc pas avoir été dit sur la grenouillette, puisque M. Dolbeau vient de nous en faire connaître une nouvelle espèce que l'on ne trouve décrite nulle part. Cependant il est dit qu'Actuarius semblait considérer la grenouillette comme une dilatation des veines de la langue, ce qui laisserait supposer qu'une tumeur de ce genre a pu lui être connue. Dans les œuvres de ce savant médecin on ne trouve aucun détail, en sorte qu'on ne peut savoir sur quels faits il basait son opinion sur la grenouillette. Quoi qu'il en soit, on ne trouve dans les auteurs modernes aucune indication sur cette affection.

En 1853, M. Dolbeau eut l'occasion de voir dans le service de M. Nélaton une femme dont l'observation est curieuse à bien des titres. Elle était entrée à l'hôpital des cliniques pour une tumeur anévrysmale du cou. Elle présentait en même temps du côté gauche du frein de la langue, sur le plancher de la bouche, un relief transversal. C'était une tumeur molle, fluctuante, bleuâtre, tumeur qui fut prise par M. le professeur Nélaton pour une grenouillette. Une ponction fut faite avec un trocart, et il en sortit du sang rouge. Quelques jours après cette femme mourut d'une infection purulente. Ce fut là un fait qui frappa vivement le professeur et ses élèves, tant à cause du liquide sorti de la tumeur, qu'à cause de la terminaison fatale. L'autopsie fut faite, et l'on trouva la tumeur « composée d'une cavité bien distincte occupant le plancher de la bouche et l'épaisseur de la base de la langue. Vers le fond de cette cavité, on observait plusieurs orifices communiquant avec de très-petites cavités. Tous ces cavités à parois minces et séreuses renfermaient encore du sang dans différents états. » Depuis l'auteur a pu réunir quatre cas semblables, et c'est à l'aide de ces faits qu'il entreprend de faire l'histoire de la grenouillette sanguine.

Cette affection est congénitale, elle semble être plus fréquente à gauche qu'à droite. Quant aux signes qu'elle fournit, nous reproduisons ce que dit l'auteur :

« La grenouillette sanguine se présente sous forme d'une tumeur dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un gros œuf. Elle se continue quelquefois avec une tuméfaction de la région sous-maxillaire; le plus souvent elle est limitée à la cavité buccale. Cette tumeur est globuleuse, située ordinairement du côté du frein, le plus souvent à gauche, quelquefois séparée par le frein en deux parties inégales; la tumeur est recouverte de la muqueuse qui a ses caractères normaux, mais qui présente, soit au niveau de la tumeur, soit dans le voisinage, des veines variqueuses ou des points érectiles. La coloration de la tumeur est d'un bleu plus ou moins foncé, quelquefois violacé. Dans quelques cas, la masse paraît comme transparente.

« La tumeur augmente par les cris, les mouvements de la langue, tous les efforts. Elle est molle à la manière des paquets variqueux, elle s'affaisse par la compression, quelquefois elle est presque réductible. La langue est ordinairement déviée du côté opposé. Le côté correspondant est quelquefois plus saillant, la tumeur occupant une partie de l'épaisseur de la langue. »

Ce qui précède nous fait pressentir quelle peut être la nature de ces tumeurs. Ce sont des tumeurs érectiles veineuses qui subissent parfois certaines modifications. Les veines peuvent être détruites en quelques points, et le sang s'épancher dans le tissu cellulaire. D'autres fois il se forme une espèce de kyste par suite de l'oblitération d'une portion de la veine; c'est un fait qui a déjà été observé dans d'autres régions par un certain nombre d'auteurs.

Pour un chirurgien attentif et mis sur ses gardes, le diagnostic ne paraît pas devoir être d'une très-grande difficulté. La coloration de la tumeur, son augmentation sous l'influence d'un effort, sa réductibilité, la feront distinguer des autres espèces de grenouillette.

Quant au traitement, ce sont des tumeurs contre lesquelles on ne doit rien tenter tant qu'elles n'amènent pas une gêne trop grande. La terminaison funeste survenue dans le cas cité plus haut, des hémorrhagies graves, indiquent que l'on doit être très-circonspect dans les cas pareils et ne les opérer qu'à toute extrémité.

Le diagnostic de ces tumeurs est donc d'une grande importance, puisque le traitement ordinaire des grenouillettes pourrait amener des accidents redoutables. Nous ne saurions donc trop féliciter M. Dolbeau de nous avoir fait connaître ces tumeurs, car c'est rendre service tout à la fois au malade et au médecin, que de montrer un danger là où il semblait ne pas exister.

Dr ELLEAUME.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine, par le docteur DOLBEAU, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux. etc. — Brochure in-8° de 30 pages. — Prix : 1 fr.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Eléments de médecine clinique, par le docteur A. TRUMET DE FONTARCE, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Paris, 1857, 2 volumes in-8° de chacun 800 pages. — Prix : 14 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Leçons sur le chancre, professées par le docteur RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. FOURNIER, interne de l'hôpital du Midi, suivies de notes et pièces justificatives, etc. — 1 volume in-8° de 351 pages. — Prix : 5 fr. 50 c.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de Médecine, 23.

De l'Influence du moral sur le physique, par le docteur FOISSAC, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut. — Brochure in-8°.

Paris, 1857, chez J. B. Baillère, rue Hautefeuille, 19.

Des Chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, par le docteur E. A. DUCHESNE, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, etc.

Paris, 1857, chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55. 1 vol. format Charpentier. Prix : 3 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1e Série. Tome 5. — N° 117. 5e ANNÉE. Mardi, 29 septembre 1857.

LE MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 2. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 28 septembre 1857.

Sur une grave question d'hygiène publique.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEMEAUX,

Ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, ancien vice-président de la Société anatomique, etc.

Mon cher Demeaux,

Vous avez désiré que je fisse précéder de quelques lignes le travail que vous m'avez adressé ; votre modestie vous a fait penser qu'elles pourraient appeler l'attention sur la question aussi grave que délicate que vous agitez. Je crois que vous êtes trompé. Tout ce qui sort de votre plume porte surabondamment de quoi exciter l'intérêt du public scientifique, et le nouveau travail dont je commence aujourd'hui la publication est loin de faire exeption à la règle générale. Ce n'est donc pas à ce point de vue que mes propres réflexions pourront avoir quelque utilité ou ajouter le moindre intérêt aux considérations que vous avez su exposer à la fois avec tant de netteté que de sévère convenance. Si ces réflexions pouvaient être utiles, ce qui ne m'est point démontré, ce serait peut-être parce qu'elles feraient ressortir ce qui, dans votre travail, manque à mes yeux d'une démonstration suffisante. Permettez-moi de vous le dire très-brièvement avec la franchise à laquelle, autant qu'à qui que ce soit, vous donnent des droits votre talent bien reconnu et les sentiments de mutuelle affection qui nous unissent depuis longtemps.

Tout en reconnaissant avec vous l'immense bienfait qu'on réaliserait en extirpant la passion de l'onanisme, je ne crois pourtant pas avec Lallemand, que ce vice « *menace l'avenir des sociétés modernes*, » et qu'il s'élève à la hauteur d'une

DÉLASSEMENTS

Les délassements à l'Académie des sciences. — Épidémiologie du flamant. — Les glaçons phénoménaux et les mains phénoménales. — Les hyménoptères alliés des Russes. — Lamentations qui ne sont pas nouvelles. — Une maîtresse sage-femme et un médecin des hôpitaux. — Colloque édifiant.

Certaines gens affectent de crier très-haut (en public) contre ces pauvres petits délassements ; mais au fond, ils les chérissent au moins autant que l'austère clinique ; ils les lisent avec un certain amour dans le particulier ; ils s'en égaudissent sans contrainte, quand ils n'en font pas les frais, et même (pour peu qu'ils aient de l'esprit) ; quand ils en sont les héros : c'est assez dire que le stupide vieillard en rit rarement et déblatère en raison inverse. La preuve que ces innocents passe-temps répondent bien réellement à un besoin (style de programme), c'est que tout le monde cherche à en créer ; l'Académie des sciences est loin de faire exception, et l'on ne s'expliquerait pas autrement plusieurs des communications qu'elle a reçues depuis quelque temps, notamment celles de M. Guyon sur le flamant, du maréchal Vaillant et de M. Duméril sur les mangeurs de plomb et d'autres métaux. On pardonnera à notre paresse ou plutôt on la remerciera d'avoir emprunté à nos savants émules de quoi remplir nos colonnes de cette semaine.

Parlons d'abord du *flamant*.

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, il ne s'agit point ici du citoyen des Provinces-Unies, mais simplement du *Phœnicopterus ruber,* vulgairement dit *flamant.*

Donc, — c'est M. le docteur Guyon qui parle : — « *On sait en quel nombre le* flamant *habite le lac de Tunis;* » — c'est comme qui dirait : On sait en quel nombre le *mouton* paît dans la plaine, le *canard* barbotte dans la mare, — manière de s'exprimer bien plus récréative par sa nouveauté que ce vieux refrain : Les *canards* l'ont bien passée, etc. — « *où il vit en quelque sorte en société* organisée. » — Le savant observateur a omis ici ce que son histoire aurait eu sans contredit de plus récréatif, c'est la constitution du *flamant* (*phœnicopterus ruber*, bien entendu. — « *La nuit, il se repose sur les bords du lac, figurant de loin un corps d'armée aligné.* » — Ainsi, non-seulement le *flamant* figure un corps d'armée, mais encore ce qui est bien plus (comme dirait Cléante), un corps d'armée ALIGNÉ ; c'était bien le moins qu'il pût faire pour défendre la constitution. — « *Le jour, il en parcourt la surface,* » — la surface du corps d'armée *aligné*, sans doute — « *ou il en fend les régions supérieures* » — toujours du corps d'armée *aligné* — « *par bandes innombrables et en projetant ainsi sur le lac une ombre plus ou moins étendue.* » — Pourquoi *plus* ou *moins ?* Il semble que si les bandes sont innombrables, l'ombre (pourvu qu'il fasse du soleil), doit être plutôt *plus* étendue que *moins* étendue ; mais il ne faut pas oublier que c'est ici histoire de rire ou de se délasser, et que, pourvu qu'on rie, on n'est pas obligé de raisonner comme Condillac.

Or, il est certain que l'Académie a beaucoup ri en entendant cette histoire naturelle, pathologique et politique *du flamant*, laquelle a seulement eu le tort d'être un peu courte; car elle n'occupe guère qu'une page et demie des comptes rendus; mais c'est une rude page et demie, et, si nous avons un regret, c'est d'être forcé de retrancher les quatre cinquièmes du bonheur de nos lecteurs, en réduisant notre emprunt au passage qui précède et à celui qui suit; celui-ci est relatif à la grêle; car, dans cette page et demie, la météorologie a aussi sa place. — « *Les frères Scotto,* » — dit M. Guyon, — « *nous en indiquaient la grosseur* » — (des grêlons tombés, qui pesaient chacun trois cent

« *calamité publique*; » je doute qu'il fasse « *chaque jour de nouveaux progrès et de nouvelles victimes*, » et je ne sais pas, en tout cas, comment on s'y prendrait pour le démontrer. En tout et toujours, j'ai été l'ennemi des exagérations, et je ne pense pas qu'il faille exagérer un mal pour engager le malade ou le médecin à lui chercher ou à lui appliquer le remède.

Cette remarque préalable posée, deux conditions m'ont paru être la base capitale, *sine qua non*, des mesures que vous proposez; ces conditions, vous les formulez dans les deux propositions suivantes :

1° « Il est facile à un médecin, en examinant, à l'état de nudité, un jeune homme pubère, de reconnaître s'il se livre à des manœuvres secrètes sur ses organes génitaux; »

2° « La crainte de visites contiendrait le plus grand nombre des jeunes gens. »

Si ces deux propositions, mon cher Demeaux, étaient démontrées par des faits irrécusables, vous auriez réellement doté la science et la société d'une idée, d'une mesure hygiénique dont les conséquences devraient vous assurer la reconnaissance publique; mais, je l'avoue, je ne trouve point dans votre Mémoire les preuves de ces deux importantes propositions, et j'en suis réduit à espérer et à désirer vivement qu'elles seront dans le travail plus étendu que vous nous promettez.

Je ne parlerai point des obstacles qu'on aurait à vaincre pour appliquer la mesure qui sert de corollaire à vos études; ces obstacles, vous les comprenez, tout le monde les comprend comme moi. Mais j'ai la conviction que l'efficacité de votre prophylaxie une fois bien établie, on trouverait assez d'intelligence dans l'administration et même dans le public pour faire taire des scrupules contraires à la vraie morale, puisqu'ils le seraient à la santé publique. Démontrez donc, et tout ira bien.

Je vous serre affectueusement la main.

H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Note sur l'onanisme et sur les moyens d'en prévenir ou d'en réprimer les abus dans les établissements consacrés à l'instruction publique.

Abus des organes génitaux. — « Il n'y a « peut-être pas de question plus importante pour la famille et pour la société. » (Lallemand, t. Ier, p. 403, *Pertes séminales*.)

Masturbation. — « Il est urgent de songer « à l'extirpation de cette calamité publique. » (Lallemand, t. III, p. 478.)

I. — *De l'Onanisme et de ses funestes effets.*

Quand on comprend bien toute l'importance des fonctions génitales chez l'homme, quand on se rend exactement compte de leur influence, non-seulement sur les individus, mais sur les sociétés, sur la destinée des nations, on apprécie facilement les fatales conséquences que doit entraîner le désordre de ces fonctions.

Le vice de la masturbation, qui paraît avoir été presque inconnu des anciens, sévit avec intensité dans les sociétés modernes. Fruit étrange d'une civilisation avancée, ce vice est considéré, par tous les hommes qui ont étudié la question avec un soin réel, comme un véritable fléau pour l'humanité. A l'appui de cette assertion, je citerai ici quelques lignes extraites du livre du professeur Lallemand. Personne en France n'a recueilli sur cette matière de plus nombreux documents, personne n'a mieux connu, mieux analysé toute la profondeur du mal. Voici ses termes : « La masturbation est aujourd'hui la cause de spermatorrhée la « plus commune, c'est aussi la plus dangereuse pour les individus et la plus déplorable pour les populations.

« .... Les anciens ne font pas mention de ce fléau des so-

---

cinquante grammes) — « *par l'espace compris entre le pouce et l'index réunis par leurs extrémités.* » — Des grêlons qui pèsent trois cent cinquante grammes sont un spectacle que l'Académie n'a pas souvent l'occasion de se payer; mais une main dont le pouce et l'index, réunis par leurs extrémités, embrasserait de tels grêlons serait une curiosité bien autrement ébouriffante, et la joie de ses confrères tient au cœur de M. Guyon; s'il veut bien désopiler comme il faut l'organe pilorique (on n'entendra point par là le pylore), je lui conseille d'envoyer à l'Académie les frères Scotto, ou tout au moins leurs organes de préhension, car je ne pense pas que depuis Goliath ou Briarée on en ait jamais vu de semblables.

Il était temps, pour l'honneur de nos armes, que Sébastopol fût pris quand il l'a été. Il paraît que les Russes, qui, dans cette mémorable lutte, ont montré autant de courage que d'intelligence, avaient trouvé le moyen de mettre dans leurs intérêts un petit hyménoptère que le vénérable Duméril n'hésite pas à nommer *urocerus juventus*, urocère jouvenceau, de la famille des uropristes. Ce petit urocère ne s'attaquait rien moins qu'au nerf de la guerre, nous n'entendons pas à l'argent, mais à ce qui est bien plus que l'argent, aux balles des cartouches, qu'ils avaient commencé à évider de façon à en faire de petites toupies allemandes; en sorte que s'ils s'y étaient pris plus tôt, les zouaves, au lieu de balles, n'auraient guère envoyé que du vent aux défenseurs de Sébastopol, et l'on comprend qu'avec un pareil projectile le siége aurait duré longtemps. Chose étonnante, le maréchal, non plus que M. Duméril, ne s'est en aucune façon préoccupé du but qu'avaient pu avoir les *U. jouvenceaux* de favoriser les Russes en évidant les balles de nos soldats; il a cherché de tout autres causes; quant à M. Duméril, il n'a rien cherché du tout, ce qui n'est peut-être pas le moins sage.

Dans des circonstances analogues, on a vu d'autres insectes perforer des feuilles de plomb pour s'évader de quelques prisons où ils étaient enfermés; c'est un but qu'on ne saurait blâmer; mais ici, les uropristes n'étaient pas renfermés dans les cartouches; c'est donc un acte purement offensif qu'ils ont commis en s'attaquant à elles. Est ce pour y chercher leur nourriture? M. le maréchal ne s'arrête pas à cette idée, d'abord, parce que, dit-il, on n'a pas trouvé de détritus excrémentitiels dans les trous faits par les insectes, ce qui ne serait pas une raison absolument triomphante; ensuite, parce que l'opinion des *savants* (M. Vaillant a la modestie exagérée, suivant nous, de ne pas se classer parmi les savants) n'est pas favorable à cette opinion; ce n'est pas encore là une raison tout à fait décisive, puisqu'il n'est pas démontré que le *jouvenceau* en question soit sujet à la colique de plomb; mais, par respect pour les savants, nous croyons qu'on devrait la prendre en sérieuse considération, si l'on n'avait pas devers soi l'explication beaucoup plus naturelle que nous avons donnée : c'est que les *jouvenceaux* étaient les alliés des Russes. Il est vrai qu'à ce point de vue, il serait difficile de partager l'opinion de M. le maréchal qui, frappé de la perfection des galeries creusées par les *urocères*, ne craint pas de dire que *c'est un travail qui ne mérite que des éloges*, comme tout ce que font les bêtes. Comme cas particulier, je ne pense pas que cette opinion soit soutenable; comme doctrine générale, elle nous paraît aussi très-sujette à controverse. Si feu le baron Thénard vivait, il s'élèverait certainement avec force contre une pareille théorie, lui qui avait consacré un de ses derniers et de ses plus amusants mémoires à montrer que les punaises sont loin de mériter nos éloges pour les piqûres qu'elles nous font, et qui n'avait proposé rien moins que de les empoisonner par le savon pour les punir de leur audace.

Un vieux confrère me disait dernièrement : « J'ai fait suivre à mon fils l'étude de la médecine pour avoir un successeur; mais si c'était à recommencer, j'y regarderais à deux fois. Décidément la plus belle, la plus honorable des professions, celle qui exige le plus de sacrifices d'argent et de temps, n'est plus une carrière à suivre depuis que le savoir s'y trouve distancé par le charlatanisme. Hélas! l'esprit de spéculatio

« ciétés modernes; depuis un siècle, au contraire, les médecins « s'en occupent tous les jours davantage. Il est donc évident que « ce vice honteux n'a jamais été aussi répandu, aussi funeste « qu'à présent. A quoi peut tenir cette progression croissante?

« .... Sous le rapport des mœurs, les sociétés modernes ont « fait des progrès incontestables; mais le vice hypocrite dont elles « sont infectées est le plus funeste de tous par la faculté qu'ont « ses victimes de s'y livrer jusqu'à leurs derniers moments sans « avoir besoin de complices, ni même d'une virilité complète; « par la difficulté de découvrir ses manœuvres et d'y mettre « obstacle; par les modifications anormales qu'elles impriment « aux idées génésiques ainsi qu'aux organes sexuels....... Il est, « d'ailleurs, dans la nature même de cette passion solitaire et « concentrée, de pousser au mensonge, à la dissimulation, d'im- « primer au caractère quelque chose de haineux, de sauvage; elle « flétrit le moral d'un cachet indélébile de profond égoïsme. Ces « turpitudes cachées sont donc plus dangereuses que les débor- « dements scandaleux des anciens; si elles devaient s'accroître « dans la même progression, elles menaceraient l'avenir des so- « ciétés modernes....... Il est donc urgent de songer à l'extirpa- « tion de cette calamité publique. » (LALLEMAND, t. III, p. 477 et 478, *Pertes séminales*).

Toutes les propositions formulées dans ce passage sont rigoureusement conformes à l'expérience. Les craintes manifestées se réalisent, le vice de la masturbation, au lieu de décroître, fait tous les jours de nouveaux progrès, ce qui veut dire qu'il fait tous les jours de nouvelles et de plus nombreuses victimes. Le mal a pris les proportions d'une immense épidémie. Il exerce ses ravages sur toutes les classes de la société : le fils du laboureur, qui vit isolé au milieu des champs, n'en est pas plus exempt que le fils du bourgeois au sein des grandes villes; mais c'est surtout dans les pensions, dans les lycées, dans les établissements où se trouvent réunis un grand nombre de jeunes gens, que la fatale aberration acquiert son maximum d'intensité, là précisément où ses effets sont d'autant plus désastreux qu'ils affectent l'élite même de la jeunesse.

Les effets produits par la masturbation présentent une variété singulière; il est de la plus haute importance de ne jamais oublier cette circonstance dans la pratique médicale. Chez quelques sujets, les facultés intellectuelles conservent toute leur énergie, tandis que les forces physiques s'affaissent, que la santé générale dépérit chaque jour; chez d'autres, la santé du corps demeure à peu près intacte, tandis que le moral est profondément atteint, que les facultés intellectuelles sont troublées ou même anéanties. Il n'y a pas d'organe, pas d'appareil qui ne puisse être affecté d'une manière toute spéciale et quelquefois exclusive. Ce qu'il y a d'incontestable, c'est que les sujets qui se laissent entraîner aux funestes abus de la masturbation sont tous frappés sans exception. Ils le sont seulement à des degrés divers. Les uns succombent de bonne heure; les autres voient peu à peu leur santé disparaître et finissent par traîner péniblement une existence inutile, troublée de remords pour le passé, de tristesse pour le présent, de découragement pour l'avenir; d'autres perdent leur intelligence, et deviennent incapables de se livrer au moindre travail; tous altèrent plus ou moins cette intégrité virile, indispensable pour transmettre à la génération suivante une constitution vigoureuse. Ainsi donc le vice de la masturbation, qui mine si cruellement la génération actuelle, qui amoindrit, avec sa force physique, sa valeur morale et intellectuelle, menace de devenir rapidement, s'il ne l'est déjà venu, une cause extrêmement active de dégénérescence dans l'espèce humaine.

Pendant plusieurs années, je me suis voué à l'étude des diverses questions concernant l'abus des organes génitaux; j'ai réuni de nombreux documents qui m'ont servi de base pour un travail, qui sera prochainement publié, sur les maladies des vésicules séminales. Dans presque toutes mes observations, j'ai pu apprécier, au point de vue médical d'abord, mais aussi au point de vue philosophique, combien la masturbation avait une influence fatale sur l'individu, sur sa vie, son avenir, sa destinée

---

qui dévore notre siècle envahit aussi notre art, et pour peu que le pouvoir retarde d'opposer un puissant obstacle à ce débordement, la médecine tournera au mercantilisme. A entendre les plaintes qui s'élèvent de tous côtés, il est certain qu'à quelques exceptions près les médecins honnêtes vivent dans la gêne, tandis que la tourbe des faiseurs s'agite au milieu du bien-être et même de l'opulence. Cela nous paraît anormal, et cependant avec la moindre réflexion, on est obligé de convenir que rien n'est plus rationnel. Permettez-moi un seul exemple. Voilà une femme affectée d'un vice de conformation qui la rend stérile, ou bien d'un cancer de l'utérus qui chaque jour la conduit vers la tombe; elle s'adresse à vous dans l'occurrence, et, après examen, vous confessez humblement à la famille que la science est impuissante à remédier au premier ou à guérir le second. Vous avez prononcé, et l'on serait tenté de vous croire, si à côté de ces désespérantes paroles ne se dressait, comme un démenti jeté à votre pronostic, une audacieuse et mensongère annonce certifiant qu'une *maîtresse sage-femme* obtient la *prompte guérison* de ces maladies *réputées incurables*, et, chose miraculeuse! sans exiger *ni repos ni régime*. Dès lors, la confiance qu'on avait en vous est tellement ébranlée, que la maîtresse sage-femme pénètre dans la maison et vous en ferme la porte. Vous avez rempli votre devoir, la guérisseuse remplit sa poche. Demanderez-vous à quel titre une sage-femme exerce ainsi *coram populo* la médecine, elle qui a tout juste appris à assister une femme durant le travail d'une couche ordinaire? Eh! mon Dieu! au modeste titre d'élève de nos hauts et puissants seigneurs, qui reçoivent de cette façon une publicité leur paraissant aussi agréable que peu coûteuse. Maintenant quelle moralité ressort de cette tolérance devant les faits et gestes du croque-mitaine femelle des cancers? C'est que tandis que celle-ci traîne sa crinoline en équipage, un digne vieillard, ancien médecin en chef des hôpitaux de Lyon, va mourir obscurément dans une des salles où il prodigua à tant d'autres les bienfaits de son art. Cette résignation est sublime sans doute; elle est un noble exemple donné aux gens du peuple, auxquels il répugne d'entrer dans nos hôpitaux; elle servira certainement à vaincre certaines préventions contre les soins qu'on y prodigue; elle n'en restera pas moins aussi comme un des plus sanglants reproches d'ingratitue adressé à notre siècle.

Mais je coupe court à toutes les pénibles pensées qui m'assiégent, pour vous raconter un fait qui m'est arrivé ces jours-ci. Il vous donnera l'idée la plus précise de la manière dont on envisage notre profession dans un certain monde.

L'autre jour je fus mandé à la hâte auprès d'un de mes clients, gros épicier retiré du commerce. Je laissai mon déjeuner pour aller lui donner au plus vite mes soins; car mon bonhomme, court et replet, est sujet à des congestions cérébrales dont ma lancette a prévenu les suites à différentes fois. Jugez de mon étonnement, lorsque je le trouve lui-même à table, et qu'il me reçoit par un étourdissant éclat de rire et mâchant avec les morceaux de viande qui gorgeaient sa bouche les sottises que voici :

— Ah! ah! cher docteur, vous voilà bien attrapé; je suis sûr que vous m'avez cru très-malade. Dieu merci! je me porte mieux que jamais!

— C'est là une mauvaise plaisanterie, lui dis-je avec humeur, qui pourrait vous coûter cher; car une autre fois que vous aurez sérieusement besoin de moi, il m'arrivera peut-être de ne pas autant me presser, et alors vous êtes seul, monsieur, responsable de ce qui adviendra.

— Voyons, ne vous fâchez pas; j'ai tort, c'est convenu, reprit-il avec plus de convenance; mais, franchement, j'ai à vous consulter sinon pour moi, du moins pour Alfred, qui vient de m'arriver.

— Votre Alfred n'a pourtant point l'air d'être malade.

— Aussi n'est-ce pas sur sa santé que j'ai à réclamer vos conseils. En vous annonçant qu'aujourd'hui Alfred a vingt ans, c'est assez vous dire qu'il est temps qu'il songe à prendre un état. Il n'a pas la tête assez forte pour entrer dans le commerce; il ne s'agit donc pas de songer à cette partie. Sa mère aurait bien voulu en faire un homme de loi;

tout entière. Il m'a été facile d'en induire combien elle devait en avoir sur la société, du moment où elle sévit sur les masses, et quand elle infecte graduellement toutes les générations qui se succèdent. Je répéterai donc la proposition de Lallemand :

« Il est urgent de songer à l'extirpation de cette calamité publique. »

Ce n'est rien que de voir le mal, ce n'est rien que de gémir sur ses progrès incontestables; il s'agit de le combattre sans relâche, et d'employer pour cela tous les moyens en notre pouvoir. Les obstacles qu'on voit se dresser au-devant de soi ne doivent produire ni découragement ni hésitation; ils doivent, au contraire, stimuler notre énergie, notre persévérance. Il faut s'attaquer résolûment à chacune des difficultés qui se présentent, en s'imposant l'obligation de ne pas cesser la lutte avant d'avoir triomphé.

Dans nos mœurs actuelles, avec nos lois et nos institutions publiques, les fonctions relatives à la génération restent enfouies dans le pur domaine de l'individualité; elles ne sont l'objet d'aucune éducation réelle ni avant, ni pendant, ni après la puberté. Nullement préparé à se diriger lui-même, le jeune pubère se trouve sans guide, sans tuteur, pour l'éclairer et le fortifier au moment où viennent de surgir en lui des idées si nouvelles et des désirs parfois si violents. Pendant cette période de la vie, si importante pour l'homme et souvent si funeste, dans un moment où l'organisme tout entier reçoit une impulsion qui le transforme en quelque sorte, quand des besoins naguère inconnus se font sentir impérieusement, l'enfant est entièrement abandonné à lui-même; nuls regards ne l'épient, nuls soins particuliers ne s'attachent à ses pas; sa personne, avec les angoisses qui la rongent, demeure enveloppée du plus profond mystère. Son imagination, dégagée de toute surveillance, peut se jeter dans les plus grandes aberrations; ses organes peuvent être livrés à tous les désordres. il n'y a d'autre frein moral que le degré même de sa passion, d'autre frein physique que la limite de ses forces viriles. Ne soyons donc pas étonnés si, dans de telles conditions, le bon sens et la raison sont presque toujours impuissants à éviter le mal.

Pour montrer encore une fois l'importance de la question qui fait l'objet de ce mémoire, je crois utile de citer ici un autre passage du livre du professeur Lallemand :

« La masturbation est la cause la plus commune de spermatorrhée. » (LALLEMAND, T. III, p. 477.)

« Il serait évidemment plus utile encore de prévenir la spermatorrhée que de la guérir, non-seulement pour les individus, mais pour le pays. L'action cachée de cette maladie mine le corps social comme la constitution des tabescents, car elle sévit principalement sur l'homme dans toute sa force, à l'époque la plus importante de sa vie. Elle empêche, elle détruit ou relâche le lien conjugal; elle attaque par conséquent la famille, base essentielle de toute société. »

Si la spermatorrhée est considérée à juste titre comme un véritable fléau pour la société, que dire de la masturbation, dont la spermatorrhée n'est qu'un des effets les moins pernicieux? On le voit, la prophylaxie de la masturbation présente un intérêt beaucoup plus général qu'on ne le croirait au premier abord. Au point de vue individuel comme au point de vue social, elle est d'une importance extrême.

II. — *Des divers moyens employés pour combattre l'onanisme.*

On serait presque détourné de faire aucune espèce de tentative pour prévenir, pour réprimer la masturbation, si l'on s'arrêtait aux assertions de quelques auteurs et de quelques praticiens, si l'on prenait pour types absolus les faits qu'ils rapportent. On cite fréquemment des sujets livrés à ce vice depuis plusieurs années dont rien ne peut vaincre le funeste penchant, ni les conseils, ni la raison, ni la crainte soit des châtiments, soit de la mort.

De tels faits sont exacts, sans aucun doute, mais leur caractère est d'être tout à fait exceptionnels. On doit donc admettre l'efficacité des conseils, de la raison, de la crainte soit des châtiments, soit de la mort, chez la majeure partie des individus. D'ailleurs, l'habitude de l'onanisme a des degrés divers; et, en toutes choses, il faut éviter avec le plus grand soin de prendre pour types des faits extrêmes; sans cela on aboutit, en généralisant, aux plus graves erreurs.

L'habitude de la masturbation! Il est nettement démontré par l'expérience que l'habitude, après un certain laps de temps,

---

mais Alfred bégaye trop pour donner suite à cette idée. Après y avoir bien songé, savez-vous à quoi nous nous sommes arrêtés?

— Pas le moins du monde.

— Tout simplement à en faire un médecin.

— C'est-à-dire à lui faire embrasser la carrière la plus difficile, celle qui exige le plus d'aptitude, d'esprit.

— Pardon! nous n'avons d'autre projet que d'en faire un officier de santé.

— Et pourquoi pas docteur, puisque vous avez une fortune qui lui permettra d'attendre la clientèle?

— Parce que c'est du temps perdu.

— Vous appelez du temps perdu le temps donné à son instruction? mais en médecine on ne saurait jamais trop en avoir.

— C'est possible, mais ça ne rapporte pas de l'argent, et avant tout il faut, en établissant ses enfants, songer à leur avenir.

— Vous raisonnez là comme un commerçant.

— Ma foi, je raisonne d'après ce que je vois. Tenez, vous avez connu ce jeune médecin qui demeurait en face? eh bien, le pauvre garçon a été obligé de quitter Paris. Pourtant on le disait fort instruit; il avait été lauréat des hôpitaux et de l'Ecole de médecine, et tout cela n'a pas empêché qu'on ne lui vendît ses meubles.

— Vous me racontez là une histoire qui fait peu d'honneur à votre voisinage,

— Je ne dis pas non; mais cet exemple m'a fait d'autant réfléchir qu'ici, à côté, nous avons un ancien ouvrier mécanicien qui, sous le couvert du diplôme d'officier de santé, roule véritablement sur l'or pour se dire tout bonnement l'élève de Raspail.

— Si vous n'avez pas de choses plus convenables à me dire, il était inutile de me déranger.

— C'est vous, docteur, qui, avec toutes vos réflexions, m'avez fait dévier de mon but. En vous appelant chez nous, ma femme et moi nous voulions vous demander si vous ne pourriez pas nous adresser à quelque préparateur qui se chargerait de faire passer ses examens à Alfred, moyennant un prix convenu. Nous payerons convenablement, pourvu que notre garçon soit reçu le plus tôt possible. Souvenez-vous qu'il a vingt ans, et qu'à quinze ans, moi, je ne coûtais plus rien à ma famille.

Je vous fais grâce de ma réponse que vous devinez; mais que dites-vous de ce colloque? ajouta mon vieux confrère.

— Qu'il est désespérant, répondis-je.

— Oh! oui, fort désespérant, reprit-il; et dire que parmi ceux d'entre nous qui ont l'honneur d'approcher du chef du gouvernement, il n'y a pas un homme de cœur qui lui fasse connaître un état de choses qui touche de si près à la santé du peuple, dont les intérêts lui sont chers! Une réorganisation médicale n'est pas indispensable pour frapper le charlatanisme; il suffit, ce me semble, d'une simple ordonnance de police qui, pour cause de salubrité publique, défende, sous peine de répression sévère, toute annonce de traitement ou de vente de remèdes particuliers. A celui qui rendra jamais un pareil service à son pays, je prédis un piédestal, comme ayant bien mérité de la science et de l'humanité. »

Je me range de l'avis de mon vieux confrère, et vous, chers lecteurs?

contribue infiniment plus que les idées génésiques à déterminer la continuation du mal. Voilà donc l'écueil le plus dangereux. Dès qu'on sait que l'habitude peut exercer, ou plutôt qu'elle exerce à peu près constamment une influence si funeste, on comprend combien il importe d'empêcher à tout prix qu'elle n'envahisse la jeunesse, qu'elle ne la courbe sous la plus dégradante des tyrannies.

En parcourant les divers ouvrages qui ont été publiés sur la matière, on est frappé de l'insuffisance des ressources de la médecine pour combattre une plaie sociale dont on peut si facilement apprécier la gravité. Et pourtant, il a été fait dans cette voie de savantes recherches; des moyens divers ont été proposés et mis en œuvre pour remédier au mal!

On peut diviser les moyens expérimentés jusqu'à ce jour contre le vice de l'onanisme en trois ordres :

1° Emploi de machines ou appareils mécaniques destinés à contenir les jeunes gens, à empêcher les attouchements manuels;

2° Moyens hygiéniques;

3° Moyens médicaux ou thérapeutiques.

A ces trois ordres de moyens je reproche, non pas d'être inefficaces, mais d'être insuffisants pour atteindre le but. Utilement applicables dans un cercle restreint, c'est-à-dire à un petit nombre de cas individuels, ils ne sauraient être appliqués à des masses, à des millions de sujets. Ce n'est pas assurément que je souhaite de les voir proscrire; je voudrais, au contraire, les perfectionner autant que possible. Mais jusqu'à ce jour ces moyens n'ont été employés que pour combattre des masturbations invétérées, incorrigibles. Qu'ils soient maintenus pour des cas pareils. Mais ce qui vaudrait infiniment mieux, ce serait de rendre ces cas plus rares, de les rendre presque impossibles en prenant le mal à son origine.

Il est un autre moyen prophylactique qui a beaucoup de partisans dans le monde médical, et auquel Lallemand attache une très-grande importance : je veux parler de la gymnastique. Voici comment s'exprime à ce sujet le savant professeur :

« Indépendamment des avantages directs de la gymnastique « pour le développement normal du corps, pour l'acquisition de « l'adresse, etc., rien ne peut opérer une diversion plus efficace à « l'activité des organes génitaux, comme le prouve la continence « bien connue des anciens athlètes et la froideur remarquable « des hommes les plus robustes qui se livrent constamment à de « rudes travaux, à des efforts violents. Aucune surveillance, au- « cun principe de religion ou de morale ne sauraient avoir des « effets aussi sûrs qu'une fatigue journalière qui ramène chaque « soir un besoin urgent de repos, qui diminue la sécrétion du « sperme, l'influence des organes génitaux et l'empire de l'ima- « gination. »

Je ne puis partager en tout point l'opinion énoncée dans ce passage. Ce n'est pas que je conteste la valeur des exercices gymnastiques; j'en reconnais au contraire la haute utilité; mais il ressort du texte même emprunté au livre de Lallemand que, pour obtenir des résultats favorables, pour atteindre le but qu'on se propose, il faudrait que ces exercices fissent l'objet principal des occupations de la journée. Or, dans les lycées, dans les établissements d'instruction publique, les exercices gymnastiques ne sont et ne peuvent être que des accidents de récréation; leur durée ne peut guère embrasser plus d'une heure chaque jour. Il n'est donc pas permis de compter beaucoup sur l'efficacité d'un semblable moyen pour remédier au mal. Bien loin de proscrire la gymnastique, je désirerais en voir généraliser l'application. Mais je suis bien forcé de reconnaître qu'elle est insuffisante contre le vice qu'il s'agit de combattre.

Les jeunes gens placés dans les colléges, etc., sont avant tout destinés à des travaux intellectuels, et on ne peut douter qu'une *fatigue journalière* qui *amènerait chaque soir un besoin urgent de repos* ne soit de nature à réagir d'une manière fâcheuse sur le moral, en mettant obstacle à l'exercice et par suite au développement des facultés intellectuelles. Toujours excellente pour fortifier les organes, la gymnastique, appliquée tout à fait en grand, aurait inévitablement pour effet de trop fatiguer les élèves et de les éloigner du but essentiel de leurs études. Si donc elle offre contre l'onanisme des ressources d'une efficacité réelle pour des cas individuels, il est visible qu'elle ne saurait s'appliquer à la masse des jeunes gens.

III. — *D'un nouveau moyen proposé pour prévenir l'onanisme et pour en réprimer les abus.*

Une chose m'a frappé dans toutes les circonstances où il m'a été donné d'observer des faits relatifs à la question qui fait l'objet de ce travail. C'est la timidité, la candeur apparente, la pudeur extrême de l'individu qui se livre à la masturbation; il n'ose pas vous regarder en face, dans la crainte sans doute qu'on ne trouve dans son regard, dans sa physionomie, le témoignage de ses coupables manœuvres. Ce qu'il redoute par-dessus tout, c'est l'état de nudité; il lui semble que l'examen de son corps va dévoiler ses habitudes secrètes. J'ai vu des jeunes gens, adonnés au vice depuis des années, s'abstenir de tout attouchement pendant plusieurs mois à l'approche d'un conseil de révision, ne voulant pas s'exposer à être démasqués en public. Ces considérations m'ont paru avoir une importance majeure, et j'ai pensé qu'on pourrait en tirer un grand parti au profit de l'humanité. Elles sont la base du travail que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à l'appréciation non-seulement de mes confrères, mais encore des hauts fonctionnaires chargés de veiller à l'instruction publique.

Les mesures que je propose seront, j'en suis certain, accueillies avec faveur par les familles, qui trouveront dans leur application de nouvelles et sûres garanties pour la santé, la moralité et l'avenir de leurs enfants.

Je propose :

1° De faire examiner à l'état de nudité, plusieurs fois par an et à des époques indéterminées, tous les jeunes gens placés dans les établissements d'instruction publique;

2° De consigner sur un registre l'état physique de chaque individu et les observations particulières auxquelles donnera lieu chaque inspection.

Il est d'autres mesures d'une utilité réelle, mais purement accessoires, dont je dois m'abstenir de parler ici, mais que je ferai connaître ultérieurement dans un travail plus étendu. Ces inspections seraient environnées, bien entendu, de toute la discrétion, de toute la réserve désirables. Le résultat en serait toujours tenu soigneusement caché, de telle manière qu'en aucun cas il ne pût être porté atteinte à la susceptibilité soit des jeunes gens, soit des familles.

Qu'il me soit permis maintenant d'exposer en quelques lignes les avantages que me paraît devoir produire l'application de la mesure indiquée.

Pour procéder avec plus de méthode, je diviserai les jeunes gens en deux catégories :

1° Celle des sujets n'ayant pas encore atteint la puberté;

2° Celle des sujets placés entre la puberté et l'adolescence.

Si j'établis ces distinctions, c'est afin de pouvoir faire ressortir avec plus de précision les avantages particuliers qu'on peut obtenir suivant qu'on agit sur des sujets appartenant à l'une ou à l'autre de ces périodes.

IV. — *Des avantages devant résulter des inspections à nu chez les jeunes gens depuis l'enfance jusqu'à la puberté.*

En examinant un enfant au moment où il entre dans un établissement d'instruction publique, et en renouvelant l'examen plusieurs fois chaque année, on suit des yeux, pour ainsi dire, le développement de ses organes, depuis l'âge de dix à douze ans jusqu'à celui de dix-huit à vingt ans. C'est dans cette période de huit ans que survient, comme on sait, la puberté, époque si importante et souvent si orageuse pour la jeunesse.

Par les visites périodiques, on assiste en quelque sorte à la naissance de cet état nouveau; on est en mesure d'en suivre les progrès; on voit s'opérer l'évolution des organes génitaux avec ses divers caractères. On arrive ainsi à pouvoir apprécier d'une manière rigoureuse le tempérament, la force, la santé de chaque sujet, aussi bien que, dans l'ordre intellectuel, on apprécie par des épreuves analogues le degré de son intelligence et de son activité. N'est-il pas évident qu'avec de pareilles données on pourrait agir de manière à exercer sur la conduite des jeunes gens la plus utile influence? Dans cette première période de la vie, une action purement morale pourrait d'ailleurs avoir la plus grande efficacité pour préserver les jeunes gens du vice de la masturbation. Un bien petit nombre d'enfants se montre rebelle aux conseils, aux avertissements, à la crainte des châtiments et à la peur de la mort. L'expérience ne laisse aucun doute à cet égard. Il faut aussi reconnaître que dans cette période la lutte est moins rude, parce que les passions n'ont pas encore fait sentir leurs terribles aiguillons. Arrive enfin cette époque où les idées génésiques s'emparent de l'individu et tendent à le dominer; le jeune homme alors, mis précédemment en garde contre les funestes conséquences que pourrait engendrer sa situation nouvelle, sait éviter le vice, soit parce que le bon sens, la raison lui en dévoilent la noirceur, soit parce qu'il en redoute les déplorables effets.

V. — *Des avantages devant résulter des inspections à nu chez les jeunes gens qui ont atteint la puberté.*

Il est généralement facile à un médecin, en examinant à l'état de nudité un jeune pubère, de reconnaître s'il se livre à des manœuvres secrètes sur ses organes génitaux. On devine combien il serait plus facile de constater le même fait, de le déterminer avec précision, lorsque, pour se guider dans son appréciation, on pourrait tenir compte des antécédents du sujet, de l'état antérieur des organes, de la santé générale et du progrès soit des forces physiques, soit des facultés intellectuelles. Je crois pouvoir affirmer que la crainte des visites contiendrait le plus grand nombre des jeunes gens. Mais, dira-t-on, cette considération ne serait pas également efficace pour tous. Sans doute; c'est alors qu'il y aurait lieu de recourir aux conseils, aux avertissements, aux menaces et même aux châtiments Un bien petit nombre de jeunes gens échapperait à l'action de ces divers moyens; en ayant soin de faire vibrer dans l'âme la fibre qu'on aurait reconnue la plus susceptible, on parviendrait certainement à vaincre à peu près toutes les résistances.

J'ai parlé plus haut de l'habitude en fait de masturbation; je répète que c'est généralement à l'influence de l'habitude, bien plutôt qu'à l'empire des idées génésiques, que doit être attribuée la persistance de ce vice dans les individus. Il serait superflu d'entrer dans de longs détails sur ce point; tous les médecins qui se sont occupés un peu de cette question savent bien que les tristes victimes des masturbations invétérées se livrent à leurs honteuses manœuvres sans plaisir, sans jouissance aucune. Au moment de s'abandonner à l'acte, elles sont dominées par la honte, ou, si l'on veut, par le sentiment de l'affreuse faiblesse qui les empêche de se contenir; après l'acte, elles sont accablées de remords. Leur imagination flétrie est le plus souvent impuissante à provoquer l'excitation des organes sexuels. Ces organes eux-mêmes deviennent fréquemment insensibles; et pourtant les manœuvres se continuent, n'inspirant plus à leur auteur que des impressions de dégoût. Peut-on admettre, en présence de tels faits, que l'empire des idées génésiques soit le véritable mobile de l'aberration dont il s'agit? Evidemment non.

Qu'on me permette ici une comparaison qui me paraît de nature à faciliter l'intelligence du sujet.

Tout le monde sait combien certaines personnes deviennent esclaves de l'habitude du tabac. Au début, l'on fume ou l'on prise avec plaisir; mais on pourrait s'en abstenir facilement. Peu à peu l'usage du tabac devient un besoin; cependant on peut encore y renoncer sans beaucoup d'efforts; mais la privation est pénible, elle produit même sur le moral une réaction manifeste. Un peu plus tard, le tabac devient d'une absolue nécessité; la privation, qui pourrait d'ailleurs, dans ce cas, entraîner une véritable maladie, n'est plus réalisable, à moins d'être forcée. L'individu qui se livre aux aberrations de l'onanisme parcourt les mêmes phases que le fumeur et le priseur. Il éprouve d'abord du plaisir; faites-lui connaître à ce premier moment que les manœuvres qu'il pratique sont funestes à sa santé, qu'elles le dégradent, qu'elles compromettent son avenir, et il pourra y renoncer sans difficulté. Continuées encore, ces manœuvres deviendront bientôt un besoin, parce que la sécrétion du sperme est plus abondante, parce que l'organisme a contracté l'habitude de ces évacuations successives, et que les organes génitaux en état permanent de surexcitation tendent énergiquement à fonctionner. Dans cette seconde période, il est déjà difficile de s'abstenir; il se produit une lutte terrible entre la raison et la passion; non-seulement il est nécessaire de modérer les idées génésiques, il faut encore combattre les exigences de l'organisme. Dans ces conditions, cependant, on peut encore, neuf fois sur dix, arrêter les progrès du mal par les conseils, par la peur des châtiments, par la crainte de perdre la vie ou la santé. Arrive enfin cette troisième période où le sujet, accablé de honte pour le présent, rongé de remords pour le passé, continue fatalement ses odieuses pollutions. Toute considération morale a cessé de l'impressionner; ce n'est plus que par la violence, que par un obstacle mécanique, qu'on peut opposer une barrière à ses désordres.

Tel est, encore une fois, l'empire de l'habitude. Ne devons-nous pas faire tous nos efforts pour empêcher les jeunes gens de s'y abandonner? Je l'ai dit, il y a trois périodes bien distinctes dans la masturbation. — Dans la première période, le succès est certain contre le mal; dans la seconde il est probable; dans la troisième, il est extrêmement douteux, presque impossible. En prenant les jeunes gens à l'origine de la puberté, on a la certitude, sinon de les mettre à l'abri de toute défaillance, au moins de les préserver des dangers de la seconde de ces périodes et, par conséquent, des malheurs de la troisième.

Enfin, supposons des cas où la mesure proposée resterait inefficace; il y aurait lieu alors d'employer la série des moyens actuellement en usage. Ces moyens ont une valeur très-réelle dans le cercle où peut s'étendre leur application. Je n'ai voulu montrer que leur insuffisance en ce qui concerne l'intérêt des masses.

Les avantages que je viens de signaler ne sont point les seuls qu'on pourrait retirer des inspections à nu; il en est d'autres également incontestables. Dans l'état actuel des choses, le corps du jeune homme, depuis la première enfance, n'est soumis à aucun examen, à aucune investigation. Il se développe souvent des maladies, des infirmités, telles que hernies, varices, varicocèles, déviations de la colonne vertébrale, etc., et la plupart de ces affections passent inaperçues, cachées qu'elles sont le plus souvent par le sujet qui en est atteint. Plusieurs d'entre elles, observées à temps et traitées d'une manière convenable, pourraient être guéries, tandis que, voilées à tous les regards et abandonnées à leur marche naturelle, elles finissent par constituer une affection incurable, de nature quelquefois à mettre un jeune homme hors d'état de parcourir la carrière à laquelle des années de travaux et des sacrifices considérables ont eu pour objet de le préparer. Les inspections à nu seraient contre ce genre d'écueil un préservatif souverain.

VI. — *De l'application des moyens proposés au point de vue administratif.*

L'application des moyens dont j'ai cherché à démontrer l'efficacité ne présente pas de difficultés sérieuses au point de vue administratif. Elle ne nécessite, pour les établissements d'instruction publique, aucun changement dans l'état des lieux, dans la ré-

partition du temps, dans les règlements en vigueur; elle n'entraîne aucune modication, aucune augmentation dans le personnel.

Un petit nombre de médecins nommés par le gouvernement, désignés sous le titre d'inspecteurs de santé, et chargés de parcourir la France, suffiraient pour remplir la haute mission de surveillance résultant de mon système. Ils agiraient d'ailleurs avec le concours du médecin attaché à chacun des établissements visités. Il est aisé de voir que, dans le courant d'une année, chaque élève éprouverait à peine quelques instants d'interruption pour être soumis, à diverses reprises, à une inspection aussi éminemment utile, pour être dirigé enfin d'une manière toute spéciale dans cette période de la vie, où son avenir tout entier peut être si fatalement empoisonné dans son germe par le souffle des passions.

J'ai signalé au commencement de cet écrit, en invoquant l'expérience et l'autorité du célèbre Lallemand, les effrayants progrès de l'onanisme dans les sociétés modernes; on a pu voir que ce vice étend de plus en plus ses ravages dans toutes les classes de la population. J'ai proposé une mesure, la plus propre à mes yeux à extirper le mal dans sa racine; mais je ne me suis occupé de l'application de cette mesure que par rapport aux établissements d'instruction publique. Or, le mal qu'il s'agit de guérir étant universel, le remède doit être universellement applicable.

Le système d'inspection à nu réalise cette condition; il peut être en effet mis très-facilement en pratique pour la population tout entière. Dans un travail que j'ai le dessein de publier prochainement, j'espère montrer que des inspections, faites une ou deux fois chaque année, au chef-lieu de chaque canton, sur les sujets de quinze à vingt ans, pourraient avoir les plus heureux résultats. Je déclare, en attendant, que les données de l'observation ne me permettent pas de douter qu'en adoptant ce mode de surveillance on ne contribuât pour une très-large part à l'amélioration de la société au point de vue moral et au point de vue physiologique.

Sans doute une telle mesure pourrait, au début, froisser un peu nos mœurs actuelles. Mais le public, rapidement éclairé sur ses avantages, ne tarderait point à l'accueillir comme un bienfait. Il m'a semblé qu'une innovation aussi importante, qui réclame la haute intervention de l'Etat, ne pourrait jamais être présentée plus à propos qu'aujourd'hui, sous un gouvernement qui, en présence des difficultés si nombreuses dont est assiégée notre époque, prend avec tant d'énergie l'initiative de toutes les grandes mesures inspirées par le génie de la civilisation.

PHYSIOLOGIE.

Observation d'exfoliation de la muqueuse utérine.

A Monsieur le rédacteur en chef du MONITEUR DES HOPITAUX.

Alençon, le 22 août 1857.

Monsieur le rédacteur,

La lecture du mémoire de M. Raciborski sur l'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine me porte à vous adresser la relation d'un fait analogue à ceux qui font l'objet de ce mémoire, et confirmatif des idées particulières de M. Raciborski sur la théorie de ces faits.

Mme D..., femme d'un ancien avoué, est âgée de trente-sept ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux-sanguin. La menstruation, régulière et l'ayant toujours été, s'accompagne, presque à chaque époque, d'un état névropathique à expression variable. Deux grossesses antérieurement, n'ayant rien offert de particulier; jamais de fausse couche. Les dernières règles ont paru le 8 février 1856 et jours suivants. *De très-fortes raisons portent à penser qu'une grossesse a pu prendre son début vers le 20 du même mois.* En mars, les règles manquent; depuis lors, anorexie, gonflement avec dureté des seins plus marquée le matin. Les règles, avançant un peu chaque mois, eussent dû paraître le 4 avril environ.—Le 3 avril, du sang liquide commence à s'écouler; le 4, vers le milieu du jour, surviennent de vives coliques utérines avec douleurs lombaires, accompagnées de l'expulsion de caillots de sang abondants et volumineux. Les douleurs et l'expulsion des caillots cessent vers neuf heures du soir, moment où la malade rejette un corps charnu que je décrirai tout à l'heure. Le 5, l'écoulement est à peine sanguin; le 6, il est laiteux; le 7, il redevient sanguinolent. Les seins, qui s'étaient affaissés au moment de l'avortement, se gonflent de nouveau le 6 et deviennent douloureux à la pression.

Je n'assistais pas à la fausse couche. Le lendemain, j'examinai les caillots rendus la veille, sans y découvrir aucun débris embryonnaire; cet examen avait d'ailleurs été fait minutieusement par le mari de Mme D..., qui m'a remis la pièce suivante :

Cette pièce se compose de deux feuillets membraneux complétement séparés. (N'y avait-il point eu quelque traction exercée qui aurait rendu complète leur séparation? c'est ce que je ne saurais affirmer.) Les deux feuillets ont une forme générale à peu près la même, triangulaire, avec deux prolongements à la base, en forme de cornes, les cornes divergeant suivant le prolongement de la ligne qui forme la base du triangle, de 1 à 6 centimètres de longueur sur 7 1/2 de largeur entre les extrémités des appendices. Les dimensions homologues de l'autre sont de 5 centimètres sur 9. — La partie inférieure de chacun d'eux, ou le sommet, est infiltrée de sang, surtout sur l'un d'eux, où elle se continue avec un caillot long de 4 à 5 centimètres, fibrineux à la surface, noir et mou à l'intérieur, lequel caillot pendait sans doute dans le vagin. Pour le reste, coloration blanchâtre. Si l'on met ces feuillets membraneux dans l'eau, leur apparence, sur l'une de leurs faces, est absolument celle d'une toison très-épaisse (à poil non frisé) ou d'un gazon touffu.

Cet aspect est produit par une multitude de prolongements villeux, groupés en paquets comme sur une toison mouillée. Si l'on tire en sens opposé sur ces villosités, la membrane montre une cohésion assez grande et se déchire, en laissant voir une trame fibreuse très-serrée. L'autre face est lisse, non villeuse; elles n'est pas absolument unie, mais très-largement mamelonnée par des sillons peu profonds dans lesquels rampent quelques lignes bleuâtres, à dilatations variqueuses, lesquelles ne sont autre chose que des veines d'où l'on peut retirer de petits caillots sous forme de cordons noirs. Chacun de ces feuillets est d'une consistance mollasse, d'une épaisseur atteignant et dépassant même notablement en certains points cinq millimètres, en comptant jusqu'au sommet des villosités. Aucune trace d'implantation de l'œuf, aucun dédoublement ou réflexion de membrane, quelque soin que j'aie mis à cette recherche.

Cette observation, recueillie il y a plus d'un an, me parut alors, comme elle me le paraît encore maintenant, se rapporter à un avortement. Cependant l'absence complète de l'embryon, de ses enveloppes propres, ou du moins de leurs débris fixés sur les membranes que j'avais aux mains, et surtout les caractères si manifestes de la muqueuse utérine à l'état physiologique qu'offraient les membranes, me firent rapprocher dans mon esprit ce fait de ceux désignés sous le nom de dysménorrhée membraneuse, sur lesquels je n'avais que des renseignements insuffisants, et je pris note exacte du cas jusqu'à éclaircissements ultérieurs.

J'ai dit que ce fait me paraissait confirmer les idées de M. Raciborski sur la théorie de l'exfoliation pathologique de la muqueuse utérine; j'ajoute qu'il peut servir de transition entre les faits cités dans le mémoire de ce médecin et les faits plus vulgaires d'avortement, dans les premier mois de la grossesse. Qu'il s'agisse ici d'un avortement, cela ne me paraît pas douteux, pas plus que dans l'observation cinquième du mémoire de M. Raciborski, vu l'ensemble des circonstances, les phénomènes qu'ont présentés les seins, etc. Ici la poche utérine n'est plus expulsée entière, mais en fragments, comme dans un grand nombre d'avortements des premiers mois.

En admettant que le germe fécondé a dû cesser de vivre peu de jours après son arrivée dans l'utérus, il faut admettre aussi que la seule présence d'une caduque désormais inutile et

vouée à l'expulsion, et la fluxion active entretenue par cette caduque peuvent suffire, ainsi qu'on le voit dans l'observation présente et dans l'observation cinquième du mémoire, pour entretenir la fluxion sympathique des mamelles, contrairement à ce qui a lieu dans la plupart des cas où les seins se flétrissent au moment de la mort du fœtus, et même avant son expulsion.

J'ai l'honneur, etc.

Dr E. Lecorney.

CORRESPONDANCE.

A Monsieur H. de Castelnau, rédacteur du Moniteur des Hopitaux.

Monsieur le Rédacteur,

On a bien raison de dire qu'il faut que l'attention soit excitée par quelques faits pour se rendre compte de bien des choses qui vous échappent tout en vous étonnant. Si je n'avais pas lu les remarques si savantes de M. Raciborski sur l'exfoliation de la membrane muqueuse de l'utérus, je ne me serais pas rendu compte de plusieurs faits dont j'ai été témoin. Je suis persuadé que tous les médecins qui ont un certain temps de pratique et qui s'occupent tant soit peu des accouchements ont rencontré souvent des cas semblables. Pour mon compte, je pourrais bien en citer huit à dix qui, tous, se trouvent exactement dans les conditions rapportées par cet excellent écrivain. Je vais seulement en rapporter deux, dont un a été terminé hier seulement. Voici ce dernier fait :

Obs. I. — Juliette F..., âgée de vingt-huit à trente ans, femme vive et forte, se savait enceinte depuis deux mois au moins, quand à la suite d'une violente émotion elle éprouve une douleur dans les reins, et bientôt elle rend quelques gouttes de sang par les parties sexuelles. Cet écoulement va en augmentant pendant cinq jours, mais les douleurs n'augmentent pas. Elle vient me consulter, et, ne pouvant pas la toucher, je conseille le repos au lit, des boissons astringentes et la teinture de cannelle à prendre en potion. Le lendemain le sang s'arrête, mais les douleurs continuent, quoique faiblement.

Huit jours après avoir joui d'un calme assez grand, cette femme porte un fardeau, et aussitôt l'écoulement du sang revient, mais plus abondamment et avec augmentation des douleurs, qui se font plus particulièrement sentir vers le bas-ventre. Cet état dura quatre jours, et le même traitement arrêta encore l'écoulement et les douleurs, qui reviennent deux jours après, mais cette fois plus fortes et plus vives. Cependant le sang que cette femme rend est limpide.

Après dix jours d'écoulement, les douleurs deviennent très-violentes dans les reins et dans le bas-ventre, et elle rend un grand nombre de caillots dans lesquels on ne remarque aucune trace d'embryon. Enfin, après trois jours de cet état, au moment où la malade, par la nature de ses douleurs, croyait accoucher, on trouve dans le sang une espèce de kyste. Il a environ quatre centimètres de hauteur et présente la forme d'un cône tronqué. A sa base, il a environ autant de largeur que de hauteur, et peut avoir quinze millimètres à son sommet. Il était rempli d'un liquide séreux et légèrement trouble. Il est composé de membranes blanchâtres, denses; quoique minces elles sont un peu diaphanes et paraissent composées de plusieurs couches semblables. La surface externe présente des rugosités comme si elle eût été insinuée dans une autre membrane; vers le bord supérieur, à la face interne, on remarque cinq petites tumeurs transparentes, rougeâtres, de trois millimètres d'élévation et de quatre à cinq millimètres de diamètre; elles ressemblent à des hydatides. Il y en avait trois à gauche et deux à droite, séparées par une légère saillie. (Je dis gauche et droite, c'est-à-dire à l'angle qui correspondait au côté gauche de la matrice, dont ce kyste avait la forme.) Du reste, il n'y a rien de particulier à noter, si ce n'est qu'à chaque angle supérieur il y a comme un petit appendice de quelques millimètres de long et très-fins, ressemblant assez à une branche qui sortirait d'une ouverture fine. Je n'ai pu y remarquer aucun trou. Après la sortie de cette espèce de kyste, les douleurs cessèrent et le sang ne coula plus que faiblement.

Cette femme avait eu deux filles; puis un accident semblable au précédent, puis un garçon, puis enfin cette dernière couche. En ce moment elle va bien.

Obs. II. — Il y a cinq ans, je suis appelé pour la femme Jol., âgée de vingt-deux ans et mère d'une petite fille qui a deux ans. Cette femme me raconte qu'elle peut être enceinte de trois mois environ; que depuis ce moment elle a toujours souffert dans le bas-ventre, que depuis cinq jours elle rend beaucoup de sang, et qu'une sage-femme lui a dit qu'elle ferait probablement une fausse couche; elle m'envoyait chercher pour savoir si l'on ne pourrait pas empêcher cet accident, qu'elle redoute beaucoup. En la touchant, je trouve le col de l'utérus allongé et légèrement ouvert, et dans cette ouverture je sens comme une vessie qui proéminait au-dessous du col; je saisis cette tumeur avec mes deux doigts et je l'amène au dehors très-facilement. En donnant à cette espèce de poche, qui parut triangulaire et de 4 à 5 centimètres de hauteur sur un peu moins de largeur, un coup de ciseaux, les membranes s'affaissèrent sans que j'en visse sortir une goutte d'eau; il semblait qu'elle était pleine d'air; les membranes qui la composaient étaient blanches, d'un millimètre d'épaisseur dans toute leur étendue. A la partie supérieure il y avait un corps rouge, arrondi et plus long que large, couché en travers d'un angle à l'autre, mais ne présentant pas de caractères particuliers qu'on pourrait attribuer à un embryon. Il pouvait avoir deux centimètres de long. Il était formé d'une membrane mince et était visqueux dans son intérieur. Après la sortie de cette poche, la femme se rétablit promptement.

Peilletier, D. M. P.

Bar-le-Duc, le 21 août 1857.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1er Série. Tome 5. — N° 118. 5e ANNÉE. Jeudi, 1er octobre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 30 septembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

[**Traitement de la pustule maligne par l'application** *loco dolenti* **de feuilles fraîches de noyer**].

Nous qui avons assisté à l'éclosion chirurgicale de M. Nélaton, qui avons prédit et suivi pas à pas son développement, nous savons peut-être mieux que personne combien une communication de cet habile praticien est une chose à considérer, et combien il faut y réfléchir avant de la juger, alors même qu'au premier abord elle paraît le moins digne possible d'arrêter l'attention d'un esprit sérieux. M. Nélaton a bien senti que tel est le caractère de celle qu'il a faite hier à l'Académie, car il ne s'*est décidé*, a-t-il dit, à faire cette communication qu'*après avoir longtemps hésité.* Son hésitation se comprend sans peine, quand on songe qu'il ne s'agissait de rien moins que présenter à l'Académie un *spécifique* de la pustule maligne, et quel spécifique! Des feuilles fraîches de noyer appliquées sur les lésions locales de la maladie! Comprend-on aussi bien les motifs qui ont porté M. Nélaton à vaincre ses répugnances? C'est là ce que nous devons examiner.

Son premier motif, c'est que les feuilles de noyer ont déjà guéri, non pas une pustule maligne, ce qui, à la rigueur, aurait pu être l'effet du hasard, mais quatre pustules malignes de suite; ce motif aurait assurément pu suffire, à lui seul, si M. Nélaton avait employé le remède; mais il a parfaitement senti que les observations ne valent qu'en raison de la qualité des observateurs, et, en conséquence, il a cru utile d'ajouter un second motif au premier : c'est que M. Raphaël, l'auteur de trois des quatre observations de guérison de pustule maligne, est un praticien *judicieux, éclairé, consciencieux, au courant de la science*, et, de plus, ayant une grande habitude de voir des pustules malignes, lesquelles sont très-communes dans la localité qu'habite cet honorable médecin. Nous croyons que les sympathies personnelles de M. Nélaton ont un peu voilé, quand il a porté ce jugement, son regard, habituellement si perçant.

Nous connaissons aussi M. Raphaël ou, mieux encore, nous connaissons ses œuvres, que M. Nélaton n'a sans doute pas eu le loisir de lire; et il nous faut bien avouer que si l'on y rencontre souvent les émanations d'une conscience honnête, on n'y trouve guère les preuves d'un observateur éclairé. Un mot pour édifier nos lecteurs sur ce point.

Les œuvres de M. Raphaël forment deux petits volumes in-12, dont le premier est consacré à des « *Recherches physiologiques sur le mécanisme intime des actes nutritifs et sécrétoires, et sur le principe vital; en un mot,* RECHERCHES SUR LA VIE ET LA MORT. » Oui, vraiment, recherches sur la vie et la mort, et « *je les regarde*, dit l'auteur, *comme la suite de l'ouvrage de Bichat.* »

Ce serait toujours un symptôme fâcheux pour l'esprit d'un auteur que de se donner comme le continuateur de Bichat; la façon dont le livre de M. Raphaël est exécuté ne peut rien enlever à ce symptôme de sa gravité. Prenons quelques preuves dans le petit nombre de pages que l'auteuro cnsacre précisément à la pustule maligne, car cette maladie a toujours été l'objet de ses études favorites, et il y a longtemps déjà qu'il avait trouvé un *excellent* moyen de la guérir, avant de connaître les feuilles de noyer.

Il faut dire d'abord que, pour l'auteur, « *toute action thérapeutique doit avoir son motif raisonné,* » et qu'une médication fondée sur la méthode « *numérique,* » au lieu de l'être sur la méthode « *naturelle,* » n'est qu'un *aveugle empirisme*, une médication *inutile,* QUELQUE NOMBREUX, *incontestables* et même EXTRAORDINAIRES *que soient ses succès.* »

Pour se conformer à son principe, M. Raphaël a donc, avant tout, *raisonné* et *pénétré* la *nature* de chaque maladie, c'est-à-dire les modifications organiques intimes qui la constituent, et il a déduit ensuite de cette connaissance « *la modification qu'il est utile de faire naître pour rétablir l'équilibre rompu,* » ce qui, dit-il, n'exige « qu'un *effort d'intelligence* BIEN LÉGER. »

Voici à quoi ce léger effort a conduit M. Raphaël, en ce qui concerne la nature de la pustule maligne :

« C'est parce que le virus de la pustule maligne éteint les forces vitales, c'est aussi parce qu'il y a dans le tissu cellulaire une circulation très-active, soumise à l'action de ces forces, que l'on trouve dans cette maladie un engorgement œdémateux si considérable et si rapide. IL N'EST MÊME PAS POSSIBLE DE L'EXPLIQUER AUTREMENT. Ainsi les sucs, résidus du mouvement de décomposition, qui arrivent dans chaque cellule, et qui, dans l'état normal, n'y séjournent point, à cause de la circulation dont ils sont animés, *ne sont plus agités par des cellules qui sont privées de plus en plus de sensibilité et de tonicité, puisque le virus vient y éteindre ces deux propriétés; aussi, ils* LES *distendent en commençant par celles* qui sont voisines du point de départ, et comme ils arrivent toujours, la distension devient plus grande; comme en outre le virus étend son action au loin, il est *tout naturel* que l'œdème se propage. » — L'auteur a oublié d'ajouter : *et voilà précisément pourquoi votre fille est muette!*

La *nature* intime de la maladie *ainsi* ÉTABLIE, voici le

traitement RAISONNÉ, le seul utile par conséquent, que l'auteur en déduit :

« Dans la pustule maligne, la nature fait tout ce qu'elle peut pour arrêter les progrès du virus, elle développe autour du foyer d'infection une inflammation qui a pour but d'empêcher le passage de ce virus dans les parties voisines. Aidez au développement de cette inflammation par une forte cautérisation *qui en même temps mortifie les tissus et éteint le virus* PARTOUT OU *il est répandu* et PARTOUT OU PLUS TARD il aurait amené la gangrène; et dans l'IMMENSE majorité des cas le malade devra son salut à l'énergie des moyens que vous aurez employés. »

Ainsi, il est bien entendu que la cautérisation est le seul moyen *raisonné*, c'est-à-dire *utile*, selon la doctrine de M. Raphaël, et il serait assez curieux de savoir comment l'auteur *raisonne* les feuilles de noyer; mais n'anticipons pas, et restons encore dans la cautérisation, car il y en a de plusieurs espèces, qui ne sont pas toutes *raisonnées* au même degré.

La première espèce est la cautérisation avec le fer rouge, mais avec un fer d'une forme particulière : la forme cylindrique. Pourquoi cette forme? Parce que, dit M. Raphaël avec et d'après M. le docteur Gateau, « on porte une masse considérable de calorique *qui ne diminue pas plus au centre qu'à la circonférence, comme cela arrive dans les boutons,* — (lisez *Cautères*),— SPHÉRIQUES ET CONIQUES. »Voilà assurément une physique et une géométrie passablement *particulières*; elles ne sont pourtant rien en comparaison de la chimie physiologique que l'auteur professe un peu plus loin.

Cette cautérisation avec le fer rouge cylindrique n'est pas bonne, en effet, dans toutes les formes de pustule : dans la forme que l'auteur appelle humide, il faut préférer le caustique de Vienne, par la raison, — et je recommande spécialement cette raison aux physiologistes et aux chimistes de l'Académie, — par la raison que le fer rouge, même cylindrique, « *ne brûle que de la sérosité* QUI PREND FLAMME, et il ne tardera pas à s'éteindre. » Et, pour qu'on ne puisse pas attribuer cette étrange assertion à une erreur de plume ou de typographie, l'auteur y insiste et répète, douze lignes plus loin : « Avec une pareille cautérisation, *il n'y a que la sérosité qui a été brûlée.* »

Ainsi :

Un *physiologiste* qui se croit le *continuateur de Bichat;*

Un pathologiste à qui il suffit d'un *léger effort* d'intelligence pour pénétrer les modifications que les maladies apportent dans les actes intimes de l'organisation ;

Un thérapeutiste qui n'admet de médication *utile* que celle qui est fondée sur un *motif raisonné;*

Un physicien qui croit qu'une sphère métallique se refroidit plus rapidement à son centre qu'à sa circonférence ;

Un chimiste, enfin, qui *a vu* la sérosité prendre flamme !

Tel est l'observateur qui sert de garant à trois des quatre guérisons communiquées à l'Académie par M. Nélaton.

Que vaut une semblable garantie? Nos lecteurs ont sous les yeux de quoi en juger : c'est à eux de le dire. Quant à M. Nélaton, il ne pense pas, autant qu'on aurait pu le croire par ce qu'il a dit à la tribune, qu'il faille accorder à cette garantie beaucoup de crédit : « Mais, nous disait-il hier dans une conversation particulière, laissons de côté l'observateur, et ne voyons que les faits : les quatre malades, sans compter quarante autres, sont-ils guéris? Voilà toute la question.

Pardon, cher maître et ami, répondrai-je à M. Nélaton : ce ne peut être là toute la question.

Mon tempérament, plus encore que l'école à laquelle j'ai été élevé, me porte à accorder beaucoup aux faits, à reconnaître partout et toujours leur prééminence sur le *raisonnement;* je dis le raisonnement et non pas la *raison*, car sans la raison il est impossible même de constater un fait. Mais il y a des limites à tout, et les meilleurs principes ont leur sphère circonscrite d'application.

Quand on m'annonce un fait dont je ne puis me rendre compte par le *raisonnement*, moins difficile que M. Raphaël, qui dans ce cas repousse toujours le fait, je suis assez disposé à l'admettre, pourvu d'abord que l'observateur m'offre quelques garanties, et qu'il ait constaté ce fait un certain nombre de fois ; pourvu, ensuite et surtout, que ce fait ne répugne point à ma *raison.*

Ainsi, quand un observateur éclairé et de bonne foi vient m'annoncer que cinq centigrammes de tartre stibié font vomir, tandis que cinq centigrammes de chlorure de sodium passent inaperçus à travers le tube digestif, je suis fort disposé à ajouter foi à ses paroles, quoique je ne me rende pas très-bien compte, par le *raisonnement*, des phénomènes qu'il a constatés. Mais si le même observateur venait me dire qu'il lit à travers un mur, ou qu'il consolide instantanément une fracture en faisant avaler au patient un globule de phosphore dissous dans soixante millions d'océans d'eau distillée, je serre mon crédit et je montre à mon homme les cornes de l'incrédulité; j'exige, comme Arago, qu'il nous montre ses miracles en plein soleil, qu'il les répète, non pas devant moi seul, car en pareil cas je me défierais de moi-même, mais devant dix, vingt, trente témoins éclairés et désintéressés, et c'est seulement après une telle constatation que je m'inclinerais, si tant est que la raison doive s'incliner devant ce qui lui paraît impossible ou absurde.

La double vue et le globule, n'est-ce pas, au moins un peu, sinon tout à fait, l'histoire des feuilles de noyer? Et quand je contemple, sur le bureau où j'écris ces lignes, ces feuilles cueillies ce matin même dans mon jardin; quand je vois qu'en les faisant passer à la filière (à plus forte raison en écrasant simplement leurs nervures comme le fait M. Raphaël), j'en extrairais à peine assez de suc pour noyer un acarus, ma raison peut-elle admettre, sur la foi d'un *continuateur de Bichat*, d'un observateur qui a vu *la sérosité prendre flamme*, que cette feuille, sèche quasi comme du parchemin, quoique fraîche, puisse, étant appliquée sur la peau, guérir une pustule maligne arrivée à quatrième période, c'est-à-dire détruire les effets d'une intoxication des plus graves de l'économie?

Non, vraiment; ma raison se révolte, et elle croirait volontiers plutôt à la guérison de la rage par l'imposition des médailles de saint Hubert; à la guérison de l'épilepsie par le caille-lait, cueilli sur le coteau de l'Hermitage le matin avant le lever du soleil; à la guérison de la phthisie pulmonaire par une trentième dilution de pulsatille. Toutes ces médications comptent plus de succès que les feuilles de noyer; des hommes, dont quelques-uns sont aussi recommandables et plus intelligents que M. Raphaël, les ont constatés; pourquoi donc n'y crois-je pas, pourquoi donc n'y croyez-vous pas vous-même? Vous n'y croyez point, d'abord parce que ces faits sont contraires à tout ce que nous apprennent des conditions physiques et physiologiques mille fois constatées par les plus sévères, les plus intelligents observateurs ; vous n'y croyez pas, ensuite, parce que les témoins de ces faits étranges, tout honorables qu'ils soient, sont loin d'offrir assez de garanties pour que vous puissiez préférer leur témoignage à celui de votre raison. — Pourquoi donc avez-vous cru aux feuilles de noyer? Eh! mon Dieu, par un bon sentiment, sans aucun doute, car vous ne pouvez en avoir d'autres; parce que votre cœur aura violenté votre esprit; parce que votre affectueuse estime pour M. Raphaël aura voilé, ainsi que je l'ai déjà dit, ce que les faits et les théories de cet honorable praticien ont d'offusquant pour la raison.

Quant à moi, qui, sans avoir moins d'estime que vous pour M. Raphaël, ai moins de faiblesses pour ses observations et sa science, je lui applique sans rémission la même règle qu'aux médailles de saint Hubert, à l'eau de la Salette et aux globules d'Hahnemann, et je déclare très-nettement

que ses trois observations, eussent-elles été multipliées par dix, n'étaient point dignes de l'honneur que vous leur avez fait en les présentant avec une certaine solennité à la tribune académique.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Note sur la cérébrite générale ou diffuse,

Par le Dr L. GROS,

Membre associé de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Les auteurs sont en général très-brefs et très-peu explicites pour tout ce qui a trait à l'encéphalite ou la cérébrite générale. On a même été jusqu'à nier la réalité de cette affection, et lorsqu'à l'autopsie on trouvait un ramollissement portant sur toute la substance de l'encéphale, on rattachait ce fait à la putréfaction, on le considérait comme un phénomène cadavérique. D'autres auteurs nient l'existence de la cérébrite générale en dehors de la méningite. Ils admettent une méningo-encéphalite à laquelle ils reconnaissent comme caractères anatomiques les lésions habituelles de la méningite simple jointes au ramollissement de la couche cérébrale sous-jacente aux méninges. Cependant M. Rostan, dans son beau travail sur le ramollissement cérébral, M. Calmeil, dans le *Dictionnaire de médecine*, tracent la symptomatologie de cette affection, et indiquent les différences symptomatiques qui permettent dans quelques cas de soupçonner la cérébrite diffuse ou le ramollissement général aigu du cerveau. Mais les signes indiqués par ces auteurs sont pour la plupart communs à diverses affections des centres nerveux et de leurs enveloppes, et dans bien des cas, si j'en juge par ma propre expérience, l'autopsie seule vient à dévoiler la véritable nature de la lésion encéphalique. Je ne fais en cela que répéter ce qu'avancent les auteurs du *Compendium de médecine pratique* en disant :

« Quant aux ramollissements de tout l'encéphale, dans les circonstances *rares* où ils *semblent* produits avant la mort, les symptômes sont trop obscurs pour que l'on puisse en former un tableau, ou bien alors ils se confondent avec la symptomatologie de quelques-unes de ces affections appelées *ataxiques* par les anciens. » (*Compend.*, t. III, p. 289.)

Le sujet, on le voit, est digne de fixer l'attention, et c'est ce qui m'engage à relater ici deux cas de cérébrite diffuse que j'ai été à même d'observer, et dans lesquels la véritable lésion ne m'a été révélée que par l'autopsie. Si je mets ainsi tout mon amour-propre de côté, si je viens ici confesser bravement mes erreurs de diagnostic, c'est que, d'une part, je suis persuadé que ces erreurs ne surprendront que les praticiens qui ne savent pas combien sont insidieux la plupart des signes diagnostiques des affections cérébrales en général ; d'autre part, parce que je crois que la science repose et doit reposer essentiellement sur l'observation consciencieuse des faits ; qu'il est donc du devoir de tout praticien jaloux de contribuer aux progrès de la science d'apporter sa part d'expérience, quelque minime qu'elle soit, lorsqu'elle peut servir à élucider un point scientifique encore en litige.

Voici les faits tels que je les ai observés et les enseignements qui me paraissent en découler :

OBS. I.— J..., musicien ambulant, vieillard de soixante dix ans, petit, trapu, adonné à l'ivrognerie, fut trouvé ivre, gisant à la porte d'une ferme, dans la nuit du 11 au 12 avril 1852. On l'installa dans une grange pour qu'il y achevât sa nuit. Le 12, dans la journée, on fut tout étonné de l'y trouver encore, ne donnant aucun signe de connaissance. Mandé près de lui, je le vis à six heures du soir, et le trouvai couché sur le côté, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci fléchies sur le tronc, contracturées ; les bras aussi sont roides et contracturés. La face est rouge, gonflée, les dents serrées, les yeux vitreux, sans regard, comme éteints. Le malade ne répond à aucune question ; les mâchoires sont serrées ; impossible de lui faire avaler une goutte de liquide.

Sans pousser mon examen plus loin, je fis immédiatement transporter le malade à l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines, où je le vis une heure après et constatai l'état suivant :

Peau froide, couverte d'une sueur visqueuse ; face rouge, boursouflée, perte totale de connaissance ; trismus intense, roideur prononcée de la nuque et de tout le tronc, tête renversée en arrière ; les membres abdominaux sont contracturés dans une flexion exagérée, les deux bras sont agités par des mouvement convulsifs incessants qui rendent presque impossible l'exploration du pouls. Celui-ci est petit, très-fréquent, filiforme ; la respiration est difficile, stertoreuse ; — râles bronchiques abondants dans toute la poitrine. — Le malade porte une hernie inguinale droite volumineuse, sans signe d'étranglement ni d'engouement. En présence de cet état d'agonie, le traitement n'avait plus qu'une médiocre importance ; le trismus, d'ailleurs, s'opposait à toute médication interne. Des sinapismes furent promenés sur les extrémités inférieures, mais ne furent pas sentis ; on administra un lavement purgatif, et le malade mourut dans la nuit, le 13, à six heures du matin. A l'autopsie faite trente heures après la mort, je constate que les sinus intra-craniens sont gorgés d'une grande quantité de sang noir ; les méninges en quelques places sont fortement adhérentes à la substance cérébrale ; la pie-mère, surtout dans sa partie cérébelleuse, est fortement injectée. Pas trace de jus dans les méninges. Ramollissement considérable de toute la masse cérébrale, avec piqueté très-prononcé de la substance blanche. Le ramollissement est plus frappant encore dans le cervelet, qui est presque diffluent dans sa totalité ; les ventricules contiennent une assez grande quantitité de sérosité.

La moelle allongée, la moelle épinière présentent leur coloration et lenr consistance normales.

Tous les autres organes sont sains. Les bronches renferment une énorme quantité de mucosités spumeuses.

J'étais loin de m'attendre à rencontrer une cérébrite générale, et je croyais qu'une apoplexie de la base du cerveau pouvait seule rendre compte de ces symptômes existant des deux côtés du corps et d'une mort si prompte. Les circonstances du fait qui me paraissent de nature à expliquer cette apparente contradiction entre les manifestations morbides et la lésion cadavérique sont les suivantes :

1° L'absence de notions précises sur le mode d'invasion de l'affection. Cet homme a été trouvé dans un état d'ivresse, état qui, d'après des renseignements ultérieurs, prraît avoir été habituel chez lui. Nous ignorons s'il avait eu précédemment des accidents cérébraux, si la perte de connaissance a été brusque ou si elle a été précédée de quelques prodromes, etc.... Ce manque de renseignements devait nous rendre circonspect quant au diagnostic, et cela de l'aveu même des hommes versés dans l'étude des maladies cérébrales. M. Rostan, M. Rochoux, en traitant du ramollissement cérébral aigu, signalent l'analogie symptomatique qu'il peut offrir avec l'apoplexie et déclarent que dans quelques circonstances, surtout quand on n'est pas complétement édifié sur les accidents précurseurs ou sur leur absence, on doit rester dans le doute.

Il est donc probable que dans ce cas, si nous avions pu nous procurer les antécédents de notre malade, nous aurions appris que depuis quelque temps déjà, depuis quelques jours au moins, il ressentait quelques symptômes (céphalalgie, vertiges, fourmillements) qui nous auraient mis sur la voie de la lésion existante, car on a peine à concevoir la production subite du ramollissement, même dans le cas de cérébrite.

2° La marche de la maladie. Dans le cas où les signes distinctifs sont peu tranchés, c'est ordinairement à sa marche plus lente, à son début moins subit qu'on distingue le ramollissement cérébral de l'apoplexie; et ici je ne parle pas du ramollissement sénile, lent, qu'on observe en l'absence de tout symptôme inflammatoire, mais bien du ramollissement aigu, qui pour la plupart des auteurs, pour M. Andral en particulier, est le résultat de l'encéphalite.

Ici, au contraire, la marche a été remarquablement prompte, presque foudroyante, et cette marche inusitée dans le ramollissement aigu a une importance très-grande quant au diagnostic.

3° Le ramollissement a porté sur la masse encéphalique tout entière; le cervelet en particulier était transformé en une espèce de bouillie. Peut-on nier dans ce cas que le ramollissement ait existé pendant la vie, et doit-on le considérer comme un simple phénomène cadavérique? Je ne le crois pas, et je me fonde pour cela sur ce seul fait que la moelle avait conservé sa consistance normale; or chacun conviendra que la moelle ne résiste pas plus longtemps à la décomposition que le cerveau. Je ne m'arrête pas longtemps au fait du ramollissement plus prononcé du cervelet. Cet organe est normalement plus mou que le cerveau, sa position déclive le rend plus facile à ramollir par imbibition des liquides sous-arachnoïdiens, qui, comme nous l'avons noté, étaient très-abondants dans ce cas. Je crois cependant que le cervelet a participé à l'inflammation, qu'il y a eu cérébellite en même temps que cérébrite. C'est peut-être à la cérébellite qu'on doit rapporter le renversement de la tête en arrière, la roideur de la nuque, symptôme noté déjà par Lallemand comme se rencontrant dans l'inflammation du cervelet, et qu'on retrouve à un très-haut degré dans la méningite. Rien n'est moins connu, du reste, que la symptomatologie de la cérébrite, qui n'a le plus souvent été étudiée que comme complication ou comme coïncidence dans les affections du cerveau ou de ses enveloppes. Cependant, en rapprochant ce ramollissement du cervelet de ce que nous connaissons des habitudes d'ivrognerie de notre malade et de son état d'ivresse au moment du début de la maladie, on peut se demander si l'on peut y voir un rapport de cause à effet. Je ne fais que signaler ce rapprochement sans vouloir me prononcer.

4° Nous n'avons trouvé à l'autopsie aucune trace de méningite évidente; ni épaississement, ni dépôts purulents de l'arachnoïde; j'ai seulement noté de l'injection de la pie-mère cérébelleuse avec quelques adhérences de la substance cérébrale. Ces lésions sont, je crois, insuffisantes pour faire admettre l'existence d'une méningite; la première se rapporte à l'hypérémie de tout le système vasculaire intracrânien, le second à la cérébrite. Ce fait, comme celui que nous relaterons plus loin, prouve donc, contrairement à l'idée de certains auteurs, que la cérébrite diffuse peut exister en l'absence de toute méningite.

5° Manquant des lumières qu'aurait pu fournir la connaissance des commémoratifs, n'ayant pas assisté au début de la maladie, pouvions-nous, en présence des symptômes observés pendant la vie, et en voyant l'affection marcher avec une aussi grande rapidité, diagnostiquer une cérébrite générale, un ramollissement aigu de tout l'encéphale? Je ne le crois pas, et cela parce que la cérébrite générale est réputée une maladie tellement rare, qu'on peut à peine la faire entrer en ligne de compte quand il s'agit de poser un diagnostic; en second lieu, parce que, comme nous l'avons déjà dit, la symptomatologie est à peine connue.

Nous ne pouvions pas davantage admettre un ramollissement partiel du cerveau, tant à cause de la marche foudroyante des accidents que parce que les symptômes fournis par la sensibilité et les mouvements, la paralysie du sentiment et les contractures, occupaient également les deux côtés du corps. Cette dernière considération nous éloignait de l'idée d'une hémorrhagie dans un des hémisphères, lésion que paraissait indiquer la rapidité de la marche des accidents.

C'était donc à l'idée d'une apoplexie centrale, d'une hémorrhagie de la protubérance, que nous nous étions arrêté. En effet, on signale dans ces cas l'absence de prodromes, une marche rapide, foudroyante, des lésions du sentiment et du mouvement, portant également sur les deux côtés du corps; on y observe aussi des contractures, car ce symptôme, qui pour plusieurs auteurs, pour Lallemand surtout, est un signe pathognomonique du ramollissement et qui, dans ce cas, eût dû nous être d'un grand secours, est loin d'avoir une valeur diagnostique aussi absolue. M. Durand Fardel est même arrivé à cette conclusion que la contracture se montre plus souvent dans l'hémorrhagie cérébrale que dans le ramollissement aigu.

Ces considérations suffisent, je crois, pour reconnaître que l'erreur de diagnostic commise par nous était, sinon impossible, du moins difficile à éviter. Ces ressemblances dans la nature, dans la marche, dans les symptômes de l'apoplexie et du ramollissement aigu ou rouge, ont déjà donné lieu à mainte dissertation. Rappellerons-nous que pour M. Cruveilhier il n'y a d'autre différence entre l'apoplexie proprement dite et le ramollissement rouge que celle-ci: dans la première, le sang est épanché en foyer; dans le second, il est infiltré et dans une sorte de combinaison avec la substance cérébrale; il n'y a entre eux que la différence entre l'hémorrhagie forte et l'hémorrhagie faible; aussi, suivant M. Cruveilher, doit-on donner au ramollissement rouge le nom d'apoplexie capillaire. — Quant à nous, nous croyons avec M. Andral que dans le ramollissement, l'essence de la maladie ne consiste certainement pas dans la présence du sang épanché.

Toutes ces questions demandent, je crois, à être étudiées de nouveau.

Le second cas qu'il me reste à relater et dans lequel je ne suis arrivé à un diagnostic approximatif qu'après plusieurs jours d'hésitation, nous montrera la cérébrite sous un jour nouveau, et offrira une observation plus complète de cette intéressante affection.

Obs. II. — Salomé L... est une femme de belle constitution, âgée de vingt-quatre ans. Le 9 décembre 1855, à la suite de peines morales très-vives, elle est prise de douleurs violentes siégeant surtout au front et à l'occiput. Ces douleurs diminuèrent dans la matinée du 18, puis reparurent le soir avec une intensité nouvelle. La malade fut transportée à l'hôpital de Sainte-Marie aux-Mines dans la soirée du 10 décembre; on lui appliqua des sinapismes aux mollets, des compresses froides sur la tête; un lavement amena une forte évacuation.

Le 11, au matin, je constate un pouls faible, dépressible à 100; la face est pâle, froide, la soif médiocre, la langue sale mais humide, le ventre souple et indolent. L'intelligence est nette; la malade accuse une céphalalgie vive avec exacerbations qui parfois lui arrachent des cris de douleurs. (Sulfate de quinine, 1.50 dans eau acidulée, 150.00; m. s. cinq cuill. par jour; compresses froides, bouillon.)

Le 12: Les douleurs de tête ont persisté hier sans interruption jusqu'après minuit; depuis lors la malade est beaucoup plus calme. Ce matin le pouls est encore faible, la céphalalgie encore assez vive. Une selle spontanée ce matin. (Mêmes prescriptions.)

Le 13: Les douleurs de tête ont diminué depuis hier. Ce matin la malade dit avoir la tête libre, mais accuse des douleurs dans les mains, les bras, les épaules et les jambes. Les membres sont aussi le siége de fourmillements; le sens du toucher y paraît un peu obtus. Intelligence nette. (Idem. Potion avec teint. éthérée de belladone, 10 gouttes.)

Le 14: La céphalalgie n'a pas reparu; les douleurs et les fourmillements n'occupent plus que les mains et les pieds. La malade compare ces douleurs à des crampes. L'intelligence est toujours nette; le pouls petit, mou à 90. Le teint se colore un peu; la langue est pâle, humide. (Idem. Pédiluves et manuluves sinapisés.)

Le 15: La nuit a été très-agitée; la malade a été prise à plusieurs reprises de crises nerveuses violentes, avec battements tumultueux et douloureux à la partie précordiale, spasmes et roideur dans les membres et la colonne vertébrale. Pendant toute la nuit la tête était chaude, la face rouge. Ce matin la malade est un peu plus calme, se plaint encore de douleurs vives dans les membres et dans le dos. Les pupilles sont normales; la céphalalgie a un peu reparu; le pouls est à 84, mou, la langue humide. (Continuer le sulfate de quinine. Potion avec extrait d'opium, 10 centigrammes; compresses froides sur le dos; ventouses scarifiées le long du rachis; bouillon.)

Le 17: L'état est peu modifié, sauf les douleurs du dos qui ont diminué et le pouls qui est devenu fréquent (120), irrégulier, sans développement. Les douleurs précordiales persistent; il y a par moments de légères défaillances. Aucun bruit anormal au cœur. Les fourmillements dans les membres n'ont pas augmenté. Pas de paralysie ni du sentiment ni du mouvement. (Supprimer le sulf. de quinine. Potion avec extrait d'opium et digitale. Mouche de Milan sur le cœur. Ventouses scarifiées sur la nuque et les épaules.)

Le 19: Depuis hier le pouls est tombé à 80; il est régulier. Les défaillances ne se sont pas reproduites, ni les douleurs du rachis. Les mains

et les bras sont toujours le siége de douleurs vives, de contractures spasmodiques. La langue est belle, le ventre est maintenant libre par des lavements; éruption d'herpès sur le front. Intelligence parfaitement nette. (Idem. Frictions chloroformées sur les bras, qu'on enveloppe dans de la ouate.)

Le 21 : La nuit a été très-agitée. Ce matin le pouls est à 150, la respiration précipitée, anxieuse; les douleurs et les spasmes dans les mains sont atroces; les mouvements paraissent plus lents, sans que cependant il y ait paralysie. La malade, qui jouit de la plénitude de son intelligence, se plaint du trouble de la vision; elle voit plusieurs fois le même objet. Les pupilles sont dilatées, très-peu contractiles; la langue tend à se sécher. Les selles sont difficiles. (Huit sangsues aux tempes; continuer les embrocations chloroformées; lavement purgatif.)

Le soir le pouls a encore augmenté de fréquence; il est filiforme. L'intelligence se maintient parfaitement nette. (Potion avec extr. de quinquina, 4.00, et musc, 0.10. Lavement savonneux.)

Le 22: Délire cette nuit, pour la première fois depuis le début de la maladie. Ce matin la malade est très-agitée, répond mal aux questions. La face est rouge, le pouls un peu relevé à 120, la langue sèche, la soif peu vive; la vue paraît encore trouble. (Idem. Un grand bain tiède; compresses froides sur la tête; sinapismes aux mollets.)

Le 24 : Délire continuel; contractures des membres supérieurs, surtout des doigts; roideur du tronc et de la nuque. Strabisme divergent très-prononcé; pupilles largement dilatées, immobiles. Pouls misérable, filiforme à 150. (Idem.)

Cet état persiste encore pendant trois jours sans changement qui mérite d'être signalé, et la malade s'éteint, le 27 au matin, sans convulsions générales, sans délire plus intense, mais aussi sans coma bien prononcé.

A l'autopsie, faite trente heures après la mort, je constate la plénitude de tous les sinus intracrâniens qui sont gorgés de sang noir. Rien dans les méninges. Ramollissement de toute la masse encéphalique, surtout de la base du cerveau et du cervelet qui sont presque diffluents. La substance blanche présente partout un piqueté rouge intense; la substance grise offre une teinte rosée plus uniforme. Les nerfs optiques, surtout vers leur chiasma, sont réduits à l'état de bouillie. La moelle allongée et la moelle épinière sont de consistance normale et ne présentent aucune altération appréciable. Tous les autres organes, notamment la rate et le cœur, sont sains.

Les résultats de l'autopsie sont nets et tranchés : la seule lésion appréciable est un ramollissement général, manifeste, de toute la masse encéphalique, de nature évidemment inflammatoire; il y a absence totale de lésion des méninges. Le ramollissement portant uniquement sur l'encéphale, et la moelle ne présentant aucune diminution de consistance, on ne peut, pas plus que dans le cas précédent, invoquer la putréfaction comme cause de la lésion trouvée à l'autopsie. D'ailleurs supposons un moment que le ramollissemeut ne fût qu'un simple effet cadavérique, quel nom donnerions-nous à la maladie que nous venons de relater et qui n'aurait laissé aucun vestige après elle? Il nous faudrait admettre une apoplexie nerveuse; mais les symptômes fonctionnels observés ne ressemblent pas à ceux qu'on prête à l'apoplexie nerveuse, maladie du reste niée ou mise en doute par quelques observateurs.

Je crois donc qu'en face de l'autopsie et des lésions anatomiques qu'elle a dévoilées on ne peut plus avoir de doute quant à la nature de la maladie; mais il n'en fut pas de même des symptômes observés pendant la vie, et pendant plusieurs jours je méconnus entièrement la nature de l'affection que j'avais à combattre. Examinons les causes de cette erreur de diagnostic et signalons les anomalies symptomatologiques qui me paraissent en rendre compte.

Et d'abord, pendant les premiers jours le seul symptôme fut une céphalalgie occipito-frontale suivant une marche régulièrement rémittente, s'exaspérant tous les soirs pour se calmer vers le matin et disparaître complétement au bout de trois jours, pendant l'administration du sulfate de quinine. Ajoutons à cela l'absence des vomissements, de tout symptôme de congestion cérébrale, aucun prodrome en un mot.

Le troisième jour, tandis que la céphalalgie se dissipe, apparaissent quelques douleurs dans les membres, quelques fourmillements. Le lendemain ces douleurs ont diminué, ne s'étendent plus qu'aux mains et aux pieds; la malade les compare à des crampes.

Le cinquième jour, les fonctions cérébrales paraissant complétement intactes, surviennent des symptômes que je crois pouvoir comparer aux crises du tétanos : battements précordiaux, spasmes et roideur des membres et de la colonne vertébrale, accidents qui, loin de persister, sont bientôt remplacés par des défaillances incomplètes.

Le neuvième jour seulement nous observons des contractures bornées aux membres supérieurs, l'intelligence restant encore parfaitement nette.

Le onzième jour la scène change, les symptômes alarmants se groupent : à côté de ceux que nous venons de mentionner surgissent des troubles de la vision., de la dilatation des pupilles, de la lenteur dans les mouvements, enfin de l'anxiété. Le pouls, qui jusque-là avait beaucoup varié en fréquence sans jamais dépasser 120 pulsations, s'élève tout à coup à 150. Et cependant, au milieu de cet ensemble de symptômes si graves, l'intelligence persiste intacte et complète! Ce n'est que le lendemain qu'elle se trouble à son tour pour ne plus reprendre son intégrité.

A chaque trait de ce tableau on reconnaît l'ataxie. Aussi mon diagnostic fut-il celui de fièvre larvée encéphalique. Ce diagnostic m'était suggéré d'une part par la marche rémittente de la céphalalgie initiale, par l'absence de signes pouvant mettre sur la voie d'une lésion cérébrale, d'autre part par l'existence simultanée de plusieurs affections analogues, entre autres d'une fièvre larvée rachialgique et d'une fièvre larvée comateuse que je traitais à cette époque et qui, malgré des symptômes beaucoup plus graves au début, guérirent promptement par le sulfate de quinine. Le mieux momentané que le fébrifuge parut amener, la disparition momentanée de la céphalalgie, me firent persister dans mon idée première, malgré l'apparition des douleurs spasmodiques des extrémités. J'opposai à ces nouvelles manifestations d'un trouble nerveux les moyens que je crus propres à les combattre (narcotiques), mais sans effet favorable, comme on a pu le voir. Enfin, la gravité toujours croissante de la maladie, les troubles de la vision, de la sensibilité et du mouvement me firent voir que j'avais devant moi plus qu'une fièvre, plus qu'une névrose, une lésion organique des centres nerveux. J'insiste d'une manière toute spéciale sur le fait de la persistance pleine et entière de l'intelligence pendant onze jours, et cela en présence d'une lésion ayant pour ainsi dire détruit la masse cérébrale tout entière? Je signale ce fait, j'y insiste parce qu'il a contribué à m'inspirer une fausse sécurité, et parce qu'il me paraît d'une explication difficile. M. Bouillaud admet que dans l'encéphalite partielle il n'y a pas de symptômes, parce que la partie saine du cerveau fonctionne pour la partie malade. Cette explication est insuffisante pour le cas présent, la masse cérébrale tout entière étant ramollie.

Nous avons dit que le ramollissement s'étendait aux nerfs optiques jusqu'au delà de leur chiasma. Nous trouvons là l'explication des troubles actuels accusés par la malade et du strabisme divergent observé pendant les dernières heures de sa vie.

Enfin, comme dans le cas précédent, la lésion n'étant pas bornée à une moitié de l'encéphale, les symptômes aussi furent symétriques et portèrent également sur les deux côtés du corps.

Résumant les principales particularités du fait que nous venons d'analyser, nous trouvons :

1° *La marche insidieuse de l'affection.*— Cette marche a été observée déjà, surtout pour la cérébrite partielle. « Le caractère essentiel de la cérébrite est de présenter une irrégularité extrême dans ses symptômes et dans sa marche; ce qui a fait dire à Récamier que l'ataxie est un des principaux caractères de cette affection..... Cette irrégularité singulière des symptômes a fait longtemps ranger l'eucéphalite dans les fièvres ataxiques pernicieuses. » (*Compend.*, t. III, p. 299.)

2° *Apparition des symptômes spasmodiques intenses, de douleurs atroces dans les membres.* — C'est plus spécialement dans la période de suppuration de l'encéphalite qu'on a noté ces accidents. Dans le cas actuel nous n'avons constaté aucune trace de pus, et la coloration du cerveau ramolli nous porte à admettre qu'il n'en existait pas encore.

3° *La longue durée de la période d'excitation qui a durée dix-sept jours.* — M. Calmeil signale aussi des cas d'encéphalite diffuse dans lesquels la période d'excitation a duré de onze à dix-huit jours. Par contre, la mort est survenue avant que le coma ait eu le temps de s'établir. On peut rapprocher cette absence du coma de l'absence de la suppuration.

4° *Enfin l'apparition remarquablement tardive du délire et son peu d'intensité* — Ce fait que, j'ai déjà mis en relief, paraît en opposition avec l'observation de M. Rostan, qui indique au nombre des signes de la cérébrite aiguë générale : le délire général, des convulsions générales, le coma et la paralysie, survenant beaucoup plus tôt que dans la méningite. Il s'accorde mieux avec l'opinion de Lallemand, qui prétend que dans l'encéphalite il n'y a pas de troubles de l'intelligence et que leur apparition indique l'extension de l'affection aux méninges.

Que si maintenant nous comparons les deux faits que nous venons de relater, que trouvons-nous ? D'une part, deux maladies entièrement dissemblables dans leur marche, leur début probable, dans toute leur symptomatologie, et d'autre part, à l'autopsie des lésions presque identiques. Ces lésions, pensons-nous, étaient impossibles à diagnostiquer pendant la vie, ce qui prouve une fois de plus combien sont vagues et trompeurs dans certains cas les signes diagnostiques qui différencient entre elles certaines affections cérébrales. Nous dirons donc avec les auteurs du *Compendium :*

« La symptomatologie des maladies de l'encéphale est-elle assez avancée pour que, par un désordre fonctionnel, on puisse affirmer que tel ou tel accident dépend de telle lésion? N'arrive-t-il pas que des altérations fort diverses se révèlent par des perturbations semblables, que la même lésion des centres nerveux donne lieu à des phénomènes très-différents, à des troubles fonctionnels fort peu analogues? » (T. II, p. 133.)

Nous terminons donc cette note par les conclusions suivantes qui nous paraissent découler de ce qui précède.

1° La cérébrite diffuse n'est pas une affection aussi rare qu'on l'a avancé.

2° Ses symptômes sont peu connus, sa marche très-variable et souvent insidieuse. Dans certains cas, par sa marche prompte, la cérébrite diffuse peut simuler uue apoplexie centrale; dans d'autres, la rémission des principaux symptômes peut faire croire à une fièvre ataxique pernicieuse. (Récamier.)

3° Dans la cérébrite générale sans complication de méningite, l'intelligence peut rester intacte pendant un temps très-long.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 septembre 1857. — Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Seine-et-Marne en 1856.

Rapports de M. docteur LEMAIRE sur une épidémie de croup et d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Champlémy. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Lettre de M. le docteur CALVO-MARTIN, qui demande un rapport verbal sur un ouvrage de M. le docteur Diego Argumosa, ancien professeur de clinique chirurgicale à Madrid, ouvrage qui a pour titre *Resumen de cirurgia.* (Comm. MM. Roche et Lagneau.)

Remèdes secrets. — En l'absence de M. ROBINET, M. DEPAUL lit une série de rapports sur les remèdes secrets et nouveaux, dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

COMMUNICATION.

M. NÉLATON a la parole pour faire une communication sur un nouveau mode de traitement de la pustule maligne par les feuilles fraîches de noyer, qu'on pourrait considérer comme un spécifique de la pustule maligne.

J'ai hésité un instant, dit l'orateur, avant de venir faire à l'Académie cette communication, car rien n'est malheureusement plus fréquent que de voir chaque jour rejeter des remèdes nouveaux qu'hier on préconisait encore. Aussi ai-je voulu avoir quelques preuves à l'appui, et c'est après en avoir recueilli un certain nombre, que je demande la permission de venir les exposer ici.

Il y a deux mois que la *Gazette des hôpitaux*, dans son numéro du 25 juillet, publiait une observation dont voici le titre : *Pustule maligne guérie par l'application topique des feuilles fraîches de noyer.* A cette observation je n'attribuai pas d'abord une grande importance. Cependant elle provenait d'un homme au courant de la science et d'un esprit observateur. Mais voici ce fait avec les remarques qui l'accompagnent et dont je demande à l'Académie la permission de lui donner lecture :

« Il y a quelques années, un praticien du Midi, M. le docteur Pomayrol, publiait dans un journal de Montpellier les résultats remarquables qu'il disait avoir obtenus de l'emploi des feuilles et de l'écorce fraîches de noyer dans le traitement de la pustule maligne et du charbon. Plus de quarante observations de ces deux affections traitées et guéries par l'emploi de ce moyen le lui faisaient considérer comme aussi efficace dans ce cas que le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente.

« Guidé par ces indications, M. le docteur Raphaël (de Provins) a traité une pustule maligne par la même médication, dont il a transmis les détails à M. Nélaton dans la lettre suivante :

« Mon cher monsieur Nélaton, j'ai lu, il y a un mois à peine, dans le numéro du 10 avril 1853 des *Annales cliniques de Montpellier*, que M. Pomayrol, praticien de l'arrondissement de Perpignan, guérissait la pustule maligne par l'application des feuilles fraîches ou de l'écorce fraîche de noyer, et que plusieurs succès avaient eu lieu devant MM. les docteurs Passama, médecin distingué de Perpignan, et Domedein, exerçant alors à Ille.

« Vous pensez bien que ma confiance en ce moyen était à peu près nulle, malgré les observations qui sont racontées pour confirmer l'efficacité de ce traitement. Mais voilà ce qui devient plus grave et beaucoup plus sérieux :

« Vendredi dernier, à Saint-Loups, commune des environs de Provins, je fus appelé près d'un nommé Louis Ch..., homme d'une forte constitution, âgé de soixante à soixante-cinq ans, et qui, me dit-on, a un érysipèle de la face depuis plusieurs jours; mais on me raconte en même temps que sa tête est horriblement grosse et qu'il est enflé jusqu'au bas de la poitrine. J'ai immédiatement l'idée d'une pustule maligne. A mon arrivée et au premier examen, je suis confirmé dans cette idée. Le mal est d'ailleurs si avancé qu'il ne peut pas y avoir le moindre doute.

« La pustule maligne a son siége sur le côté gauche; les paupières, la joue jusqu'à la tempe en haut, jusqu'au menton en bas, sont couvertes de pustules qui sont assises sur une peau très-tuméfiée, excessivement dure et d'une couleur violacé-foncé. Le cuir chevelu, l'autre côté de la face sont considérablement distendus par l'œdème. L'œdème violacé des paupières, à droite, est si considérable qu'il est impossible de les ouvrir. Les lèvres sont si volumineuses qu'elles ne peuvent se joindre et que la parole en est gênée. Le cou, en avant et sur les côtés, et plus particulièrement à gauche; est très-fortement œdémateux, ainsi que la partie antérieure de la poitrine, le cou et le dessous de la mâchoire inférieure sont durs comme de la pierre. La glotte (ou du moins l'orifice supérieur du larynx) est elle-même œdémateuse. Ainsi, le malade veut cracher ou avaler à chaque instant, et il ne le peut; et quand il parle, on perçoit un bruit de gras qu'on entend également à chaque respiration. De temps en temps le malade a des envies de vomir ; le pouls est encore bon et régulier. Il s'exhale de la bouche une odeur très-fétide.

« Le diagnostic est donc bien établi. Pustule maligne aussi dévelop-

pée que possible dans son état local et qui a probablement commencé par l'œdème malin des paupières de l'œil gauche. Elle est arrivée à sa troisième période complète ; déjà commencent quelques symptômes de la quatrième, et l'œdème de la glotte est une complication qui peut faire mourir le malade par asphyxie avant que l'empoisonnement soit complet. Cet homme est d'ailleurs marchand de peaux de moutons, et dernièrement il a acheté des peaux de moutons morts du *sang* (maladie éminemment septique). Enfin, pour peu qu'on soit habitué à voir des pustules malignes, il ne peut y avoir aucun doute sur la réalité de celle-ci, ni même sur la période à laquelle elle est arrivée. Son étendue est en outre si considérable que je crois inutile d'appliquer le fer rouge.

« La cautérisation par le fer resterait incomplète ; pour moi, il n'y a plus rien à faire. Ce malade est voué à une mort certaine. J'allais donc conseiller une pommade quelconque, quand les feuilles de noyer de M. Pomayrol me reviennent en mémoire. Je les applique moi-même après en avoir écrasé la nervure, sans y avoir grande confiance, je l'avoue, et je conseille de les renouveler de trois heures en trois heures. Je n'ai fait aucune incision.

« Le lendemain samedi, à ma grande surprise, l'œdème des paupières à droite est tellement diminué, que le malade peut les ouvrir ; déjà l'œdème de la poitrine est moins considérable.

« Dimanche la diminution est plus marquée encore, et les parties qui étaient dures s'amollissent. La glotte est complétement débarrassée. A partir de samedi, de la peau sur laquelle les pustules sont assises suinte une grande quantité de sérosité sous les feuilles de noyer, et lundi toutes les pustules sont affaissées, elles n'existent plus. La poitrine, le cou, la tête, sont rentrés dans des proportions normales. Il ne reste plus que du gonflement sur les paupières et la joue du côté gauche, et à la commissure des lèvres à gauche, et encore toutes ces parties ne sont plus tendues, elles ne sont que boursouflées et ramollies, avec une coloration d'un noir jaunâtre, ce qui indique une foule de plaques de gangrène humide. Ainsi jusqu'à présent mercredi, non-seulement la quatrième période commencée n'a pas continué, mais les symptômes de la troisième ont disparu, et il ne reste plus qu'une peau couverte de plaques de gangrène. C'est une plaie de mauvaise nature, qui se détergera et qui guérira comme après la cautérisation avec le fer rouge quand elle a été complète.

« Il est donc évident qu'ici les feuilles de noyer ont guéri une pustule maligne.

« Le virus a-t-il été appelé au dehors et est-il sorti par ce suintement provoqué par les feuilles de noyer et dont nous avons parlé, de manière que l'absorption en a été empêchée, ou a-t-il été détruit dans sa composition intime ?

« Toujours est-il que ce fait est surprenant ; il vient confirmer le dire de M. Pomayrol, et je souhaite qu'il ne vous laisse pas incrédule comme je l'ai été après avoir lu les observations de ce praticien. C'est pour que vous ne rejetiez point ce succès sur une erreur de diagnostic que j'ai voulu vous décrire l'état de mon malade, et j'espère que pour vous comme pour moi c'est bien un cas de pustule maligne grave, arrivée au commencement de sa quatrième période, et déjà trop étendue localement pour oser espérer la guérison par la cautérisation à l'aide du fer rouge, qui a été guérie par l'application de feuilles fraîches de noyer renouvelées de trois heures en trois heures ; et comme ce traitement est un progrès immense dans la thérapeutique de la pustule maligne, et que cela intéresse une foule de contrées où cette maladie fait souvent de nombreuses victimes, malgré les moyens énergiques et je dirai barbares auxquels on a eu recours jusqu'à présent, je compte sur vous, mon cher monsieur Nélaton, pour propager l'emploi des feuilles de noyer, dont la découverte remonte, d'après les *Annales cliniques*, à M. Pomayrol. Vous pourrez en toute certitude vous baser sur mon observation, elle est sûre et certaine, elle vient confirmer d'une manière positive le dire de M. Pomayrol. »

La lettre que nous venons de reproduire est en date du 15 juillet ; dans une nouvelle lettre du 19, M. Raphaël donne à M. Nélaton de nouveaux renseignements qui confirment et complètent ce qui précède. Le malade allait toujours mieux. On avait cessé le 17 l'usage des feuilles de noyer, que l'on avait remplacées par des compresses imbibées d'eau chlorurée. Ce qui n'est pas le moins surprenant dans ce fait, c'est que cette pustule maligne si étendue et qui présentait sur les paupières et sur toute la joue un aspect si mauvais qu'il y avait lieu de s'attendre à voir les trois quarts de la joue et la totalité des paupières tomber en gangrène, c'est que ces plaques qui ressemblaient à de la gangrène humide, trois jours après l'application des feuilles de noyer, tout avait disparu, et à peine si à la date de la dernière lettre de M. Raphaël on voyait encore des traces de ce mal si violent : il ne restait que deux petites escarres larges comme une pièce de 50 centimes, l'une à la jonction du tiers interne au tiers moyen de la paupière supérieure, l'autre à la paupière inférieure à la jonction du tiers moyen au tiers externe.

Cependant, après avoir lu cette observation, on peut se faire un certain nombre d'objections que je vais grouper sous trois chefs :

1° Est-il bien certain qu'on ait eu affaire à une pustule maligne ? 2° N'y a-t-il pas deux espèces de cette affection, l'une bonne, l'autre mauvaise ? 3° Et d'ailleurs, des maladies très-graves ne guérissent-elles pas journellement sans médication active ?

Pour répondre à la première objection, je dirai que M. le docteur Raphaël a un bon esprit d'observation, et qu'il a une grande habitude de la maladie dont il est ici question, car il exerce dans une localité où la pustule maligne est très-fréquente.

Il existait d'ailleurs un certain groupe de symptômes non douteux dont la tuméfaction des paupières, la dureté extrême de la région et l'extension considérable de l'œdème, forment les caractères principaux. Si l'on joint à cela l'existence de signes généraux, graves, on pourra croire à l'exactitude du diagnostic.

En réponse à la deuxième objection, il suffit de dire que M. Bourgeois, d'Etampes, considérait l'œdème charbonneux des paupières qu'il a décrit, comme présentant un degré de gravité égal à celui de la pustule maligne. Maintenant, examinons les faits. Depuis le jour où M. Raphaël a fait sa première communication, son attention a été tenue en éveil, et d'autres faits ont été observés par lui, ainsi qu'il résulte des lettres confidentielles qu'il nous a adressées. La confirmation du fait de Saint-Loups ne s'est pas fait longtemps attendre, et dans l'espace d'un mois, quatre cas semblables ont été traités de même sorte et avec un égal succès.

Une première malade portait à l'avant-bras gauche une pustule maligne arrivée au troisième degré ; la tuméfaction était énorme, et le diagnostic, peu douteux, fut encore confirmé par de nombreux témoins très-compétents. On fit l'application de feuilles fraîches de noyer, et dès le lendemain, il y avait une notable amélioration. Le troisième jour, la pustule avait définitivement cessé de s'étendre ; le quatrième, l'escarre était complète et son élimination ultérieure ne présenta plus rien qui différât de celle d'une escarre simple.

Le deuxième cas est assez semblable au premier.

Dans le troisième, il s'agit d'un petit cultivateur qui portait une pustule maligne à la face externe de l'avant-bras. C'est là encore une observation très-nette de pustule maligne. Le traitement fut le même. Peu d'heures après cette application de feuilles de noyer, le malade, qui avait voulu rentrer chez lui à pied, éprouvait de la tendance aux lipothymies, des nausées, mais bientôt tout cessa et le malade guérit comme les autres.

Le quatrième malade avait une pustule maligne à la poitrine. Il guérit également.

Ainsi voilà, dans l'espace d'un mois, quatre malades guéris très-rapidement.

Dira-t-on, faisant allusion à la troisième objection, posée par moi tout à l'heure, qu'il n'y eut là qu'une simple coïncidence, comme il est possible d'en observer à propos de toutes les maladies graves ? Mais cette objection qu'on peut faire alors qu'il s'agit d'un cas, de deux cas, n'est plus possible en présence d'un troisième, et, à plus forte raison, ne peut-on plus guère douter quand il s'agit d'un plus grand nombre. De sorte que la guérison de la pustule maligne semble réellement due à l'application des feuilles de noyer, bien que cela ait lieu de nous surprendre.

M. Robert. La communication que vous venez d'entendre est très-importante, quoique cependant il soit difficile de comprendre comment les feuilles de noyer si lisses et si dures peuvent agir sur la pustule maligne.

Mais d'abord le premier fait de M. Raphaël laisse à désirer. Il y est question d'un œdème dur, observé aux paupières, et non d'une pustule maligne proprement dite, que caractérise toujours une phlyctène, située au centre d'un noyau induré. Dans les quatre autres cas, ce ca-

ractère est mentionné, il est vrai. Mais il y manque la relation d'un fait qui existe toujours : l'envahissement rapide des vaisseaux lymphatiques se dessinant sous la peau par de longues traînées rouges, et que j'ai observé pour la première fois à l'Hôtel-Dieu, alors que j'y étais interne. Ce signe manque également dans le premier cas.

Je serais donc disposé à croire qu'on a eu affaire à la forme bénigne de la pustule maligne, observée par Bourgeois.

Maintenant, puisque M. Raphaël exerce dans une localité où la pustule maligne est fréquente, il aurait dû rassembler des faits comparatifs, expérimenter des méthodes thérapeutiques variées et nous dire ce que deviennent les pustules malignes de la contrée abandonnées à elles-mêmes.

Quant à moi, dans les cas peu nombreux que j'ai eu à traiter, je n'ai jamais employé que le cautère actuel ; et si je viens soumettre ici ces réflexions à M. Nélaton, c'est qu'en raison de son autorité il pourrait entraîner les chirurgiens de province à faire un traitement inutile. Aussi, jusqu'à ce qu'on ait recueilli un plus grand nombre de faits de pustules malignes guéries par les feuilles de noyer, ne continuerai-je pas moins à cautériser rapidement, énergiquement et profondément.

M. Nélaton. — Je distingue surtout deux choses dans l'argumentation de M. Robert : 1° L'absence des caractères spécifiques de la pustule maligne lui fait croire à une forme bénigne de l'affection ; 2° il y a un trop petit nombre d'observations pour conclure.

Mais dans l'œdème charbonneux des paupières qu'a décrit M. Bourgeois, la pustule centrale manque toujours, ce qui n'empêche pas cette affection d'être très-grave. Souvent alors, malgré les désastres entraînés par la cautérisation actuelle, on voit la mort survenir. Dans un cas où je fus appelé en consultation, et pour une jeune fille de dix-huit ans, dont les deux paupières étaient le siége d'un œdème charbonneux, je n'hésitai pas à cautériser malgré ma répugnance à le faire chez une toute jeune fille ; cependant la mort n'en eut pas moins lieu. M. Bourgeois cite également des cas de mort ; M. Raphaël en a eu aussi à déplorer, et ce qui prouve qu'il ne s'agissait point ici de cas bénins, c'est que dans l'un d'entre eux le malade ayant refusé absolument de se laisser cautériser, bien qu'on lui fît entrevoir la mort comme étant imminente dans quatre jours, cette terminaison funeste eut réellement lieu le quatrième jour.

D'autre part, ce qui me fait ajouter confiance aux cas de M. Raphaël, c'est que lui aussi ne voulait pas croire d'abord. Mais M. Pomayrol a quarante cas de guérison, M. Raphaël en présente cinq ; voilà pourquoi j'ai cru qu'il était nécessaire d'appeler l'attention sur ce mode de traitement. D'ailleurs ou bien les chirurgiens qui le suivront guériront leurs malades, et il y aura lieu de s'en applaudir ; ou bien ils échoueront et reviendront alors au traitement ordinaire. Moi-même je ne bornerai pas mon traitement à cette simple application topique, mais je surveillerai mon malade, et si au bout de quatre, cinq ou six heures je ne voyais aucune modification dans son état, je n'hésiterais pas à cautériser.

M. Piorry. Il est une pustule maligne plus fréquente qu'on ne le croit habituellement, qui entraîne communément la mort, et qui malheureusement est passée sous silence ; je veux parler de pustules malignes qui surviennent à la région sacrée dans le cours de cette affection complexe qu'on désigne généralement sous le nom de fièvre typhoïde. Cette forme de pustule que j'étudie depuis quinze ans a été le sujet d'un grand nombre de thèses.

M. le Président. Je ferai observer à M. Piorry qu'il s'agit en ce moment non point d'une variété de pustule maligne, et encore moins des pustules d'ecthyma qui surviennent à la région sacrée chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, mais d'un mode de traitement de la pustule maligne proprement dite.

M. Piorry. Je demande pardon à M. le président de n'être point de son avis ; mais il s'agit évidemment ici, pour moi, d'une véritable pustule maligne. En effet, les matières putrides échappées de l'intestin, se trouvant en contact avec la peau, y déterminent la formation d'une vésicule, autour de laquelle se développe une escarre noire, signe évident de gangrène. Je possède par devers moi des faits nombreux, et actuellement encore on peut voir dans une salle d'hôpital deux malades présentant cette pustule que j'ai cautérisée de suite et dont j'ai ainsi arrêté le développement. J'engage donc les médecins à employer les feuilles de noyer dans des cas semblables pour arrêter la marche des accidents.

M. Renault. Je rentre dans la question soulevée par M. Nélaton. Je ne crois pas qu'on puisse admettre deux espèces de pustules malignes, l'une grave et l'autre bénigne. J'ai fait des expériences nombreuses avec le sang des animaux morts du charbon, et j'ai toujours obtenu le même résultat. Tous les cas d'inoculation du sang de rate ont donné le charbon ; il n'y a donc pas deux espèces de cette affection, différentes quant à la gravité.

Mais il faut distinguer les effets de l'inoculation chez l'homme et chez le mouton. Chez le premier, la pustule maligne qui survient est un effet local ; chez le second, il se développe un état général que la mort suit bientôt. Chez l'homme, au contraire, l'effet local existe un grand nombre d'heures avant que les phénomènes généraux apparaissent.

Dans les inoculations virulentes, la cautérisation est utile suivant l'époque où on la pratique. Ainsi, dans le cas d'inoculation du virus de la morve, elle est inutile quand on l'a pratiquée cinq minutes après l'inoculation. Faite dix ou douze minutes après l'inoculation du virus charbonneux, elle en rend seulement l'absorption moins rapide, mais la mort n'en survient pas moins plus tard. Les effets sont donc sensiblement différents suivant l'époque de la cautérisation, il y a donc danger à se trop fier aux feuilles de noyer. Aussi suis-je d'avis qu'en attendant, il vaut mieux recourir au cautère et faire un raisonnement inverse à celui de M. Nélaton : cautériser d'abord et appliquer ensuite, si l'on veut, des feuilles de noyer, quitte à débattre plus tard l'action probable de l'un et de l'autre agent. Ce serait là un moyen d'être vraiment utile aux malades.

Mais cette question soulève un autre ordre de considérations ; dans le grand nombre de cas observés, il est question d'un sujet qui transportait des peaux. Or, j'ai beaucoup touché de ces peaux d'animaux charbonneux sans éprouver d'accidents. Il n'y a de danger que quand il existe une plaie à la main, ou quand la peau est appliquée fraîche sur une muqueuse. Ainsi, j'ai frotté avec le sang de rate les points où la peau est la plus fine, l'aine, l'aisselle des moutons, leurs lèvres, et je n'ai rien obtenu. Mais il n'en a pas été de même quand j'ai fait cette même expérience sur la conjonctive, car la mort en a été le résultat.

On comprend ce que cette question a d'important dans un pays où l'industrie tire partie des peaux et de la laine des animaux morts du charbon, et où des opinions mal fondées pourraient exciter des craintes erronées sur le danger qu'entraîne le transport de ces peaux.

LECTURE.

M. Briquet donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Etude des variations que subit l'absorption des médicaments suivant la nature des maladies, suivant l'âge et suivant le sexe des malades.*

Ce mémoire se résume dans les conditions suivantes :

1° L'état apyrétique est notablement plus favorable à l'absorption des médicaments que l'état pyrétique.

2° L'état typhoïde favorise cette absorption moins que les autres états phlegmasiques ; cependant elle y est dans le tube digestif plus énergique qu'on ne l'avait supposé jusqu'à présent, puisqu'elle n'est que d'un dixième à peu près inférieure à celle qui se produit dans l'état apyrétique.

3° Dans le diabète, l'absorption des médicaments dans l'intestin paraît être très-faible.

4° On peut constater que dans certaines maladies les états de tolérance ou d'intolérance aux médicaments tiennent à une susceptibilité particulière ou à des variations dans l'absorption ; ainsi, dans l'état hystérique, la tolérance pour l'opium ne tient nullement à un défaut d'absorption, elle est le résultat d'une susceptibilité spéciale.

5° La rapidité avec laquelle les substances médicamenteuses du genre des alcaloïdes du quinquina sont éliminées, est dans un rapport direct avec la quantité des urines rendues. Cette rapidité est la mesure exacte du temps que l'économie met à se débarrasser de la plus grande partie des substances fixes ingérées à titre de médicaments.

6° L'absorption des médicaments analogues aux alcaloïdes du quinquina est plus active chez les jeunes gens que chez les adultes dans une proportion considérable ; chez les vieillards, elle est encore notablement moins active que chez l'adulte.

7° Elle est moins active chez la femme que chez l'homme, dans la proportion d'un sixième à un huitième.

8° En déduisant d'un effet médicamenteux donné la portion qui est due à la quantité absorbée du médicament, le reste donne la mesure et la susceptibilité à être influencé par le médicament.

M. le Président. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission déjà nommée.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 119. 5e ANNÉE. Samedi, 3 octobre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 2 octobre 1857.

Le choléra à Hambourg.

Plusieurs journaux ont annoncé que le choléra sévissait à Hambourg avec une grande intensité. Pour qui connaît la marche de cette singulière autant que cruelle épidémie, sa présence dans le nord de l'Allemagne devait inspirer les plus grandes craintes à l'occident, et, en effet, quelques journaux scientifiques se sont faits les interprètes de ces craintes. Avant de les répéter, nous avons voulu attendre les informations directes que nous étions en position de prendre. Il résulte de ces informations, dans lesquelles nous avons pleine confiance, que *pas un cas de choléra* n'a eu lieu à Hambourg depuis plusieurs mois.

H. de Castelnau.

D'un nouveau projet d'organisation de la médecine vétérinaire en France.

On s'occupe beaucoup en ce moment d'organisation et d'association en fait de médecine humaine. Nous espérons dire aussi notre mot là-dessus, quand nous aurons pu voir un peu clair dans cette mêlée d'idées contradictoires et plus ou moins nettes qui s'entre-choquent de toutes parts. La médecine vétérinaire a aussi ses agitateurs, et, chose assez étrange mais pour nous peu surprenante, c'est ce qu'on appelle la grande presse qui s'occupe de la médecine de ses chevaux, tandis qu'elle paraît dédaigner la médecine de ses rédacteurs. Le *Constitutionnel*, quoique peu agitateur de sa nature, a donc entretenu ses lecteurs d'un projet qui serait à l'étude depuis trois ans, et toutes les questions que ce projet aurait soulevées seraient à peu près résolues. Notre ami, M. H. Bouley, n'a point pensé que les choses fussent aussi avancées, et il n'a pas pensé non plus que le projet qui a les sympathies du *Constitutionnel* fût tout ce qu'il y a de plus désirable. Il a donc présenté sur ce projet des réflexions qui intéresseront vivement ceux de nos lecteurs qui s'occupent de médecine comparée.

Qu'y a-t-il de fondé dans le projet nouveau que l'article du *Constitutionnel* dit être maintenant à l'étude? Il semblerait, à en juger par le ton très-affirmatif de cet article, que son rédacteur a puisé ses renseignements à des sources certaines, et que le gouvernement de l'empereur s'occuperait réellement aujourd'hui des intérêts de notre profession. Cependant nous avons tout lieu de croire que l'auteur de cet article s'est beaucoup trop avancé, et que les choses sont loin d'être arrivées au point qu'il le dit. C'est tout au moins ce qui résulte, pour nous, des renseignements que nous avons cherché à obtenir sur cette question. Nous ne devons donc attacher, quant à présent, qu'une importance très-secondaire au projet d'organisation dont nous venons de donner l'exposé d'après le *Constitutionnel.*

Nous avouerons, du reste, que ce n'est pas sans une vive satisfaction que nous avons entendu contester l'existence de ce projet par les personnes auprès desquelles nous nous sommes renseigné à ce sujet, et que leur position met à même d'être toujours bien informées sur les matières de cet ordre; car loin de donner satisfaction aux intérêts qu'il se proposerait de sauvegarder, il ne ferait que rendre plus profond et plus indestructible le mal qu'il semble avoir pour but de combattre.

Quel est, en effet, le but principal que l'on attribue à cette loi, que l'on dit être en germe en conseil d'Etat? « *Fixer*, dit-« on, *les droits des praticiens diplômés, et protéger la propriété* « *agricole contre les empiriques et les charlatans.* » Cette intention est excellente sans doute; mais comment arriverait-on à la réaliser? *En instituant une seconde classe de praticiens qui se recruterait parmi les empiriques, lesquels seraient tenus de se présenter devant un jury départemental ou cantonal pour y passer un examen primaire, et obtiendraient ainsi une autorisation d'exercice.* Et notons bien que ce ne serait pas là un fait transitoire, comme l'avait demandé la commission de 1848, mais bien une institution définitive, destinée à fonctionner de conserve avec les Ecoles vétérinaires. Nous ne croyons pas nous tromper en disant qu'une institution semblable, si jamais on parvenait à l'établir, n'aurait d'autre résultat que de détruire de l'empirisme le nom et non pas la chose, à laquelle, au contraire, elle donnerait une consécration légale; en sorte que les vétérinaires formés par les Ecoles auraient à lutter contre une concurrence bien autrement redoutable que celle contre laquelle ils s'épuisent en efforts trop souvent stériles, au grand dommage des intérêts agricoles. Nous le demandons, la situation des vétérinaires, telle qu'elle existe aujourd'hui, n'est-elle pas de beaucoup préférable à celle que leur préparerait cette loi nouvelle, qui, à l'aide d'un brevet particulier de capacité, élèverait jusqu'à leur niveau, dans l'esprit des populations rurales, le praticien empirique dont l'éducation professionnelle consisterait exclusivement dans l'initiation par la routine aux pratiques opératoires les plus simples, aux médicamentations les plus communes? Le moyen, après cela, que les Ecoles vétérinaires parviennent

à se recruter, lorsque l'exercice *légal* de l'art serait rendu aussi facile, à si peu de frais et à des conditions aussi peu rigoureuses? La loi en projet se propose, dit-on, de doter les campagnes de praticiens diplômés; nous ne croyons pas nous tromper en prédisant qu'elle ira à l'encontre de son but, et que son résultat final sera l'envahissement définitif des campagnes par les praticiens de nouvelle création.

Quant à l'institution d'une nouvelle Ecole vétérinaire, nous avouons ne pas en comprendre l'utilité. Ne serait-il pas de beaucoup profitable, si l'Etat veut faire quelques sacrifices pour les Ecoles vétérinaires, aujourd'hui, il faut bien l'avouer, en si complète décadence, d'améliorer et de perfectionner celles qui existent, en donnant à chacune les moyens d'instruction qui leur manquent, par l'adjonction d'une ferme annexe, comme l'avait demandé, avec une si parfaite justesse de vues, la commission de 1848, plutôt que de disperser les ressources dont l'Etat peut disposer en instituant une nouvelle Ecole, qui n'aurait pas en elle plus de conditions de viabilité que ses aînées, et qui serait comme elles, et plus qu'elles encore, destinée à dépérir? Avec les Ecoles actuelles, nous avons en France tous les éléments d'un enseignement vétérinaire très-largement suffisant; mais il faudrait pour cela que ces Ecoles fussent organisées d'après les principes que la commission de 1848 a formulés dans son rapport. Si, au lieu de les améliorer, chose qui serait facile, bien moins coûteuse et beaucoup plus profitable que la création d'une Ecole nouvelle, on se décidait à ce dernier parti, en laissant les Ecoles anciennes dans les conditions malheureuses où elles se trouvent actuellement, il nous paraît évident que le but que l'Etat se propose d'atteindre serait complétement manqué. Que veut-on en effet? Faire un plus grand nombre de vétérinaires, dit le projet de loi supposé. Mais les Ecoles actuelles n'en produisent pas autant qu'elles le pourraient, et sont loin surtout de les produire ce qu'ils devraient être. Pourquoi cela? Parce que, d'une part, dans les conditions actuelles de la vétérinaire, la profession offre peu de ressources, et conséquemment peu d'attraits, à ceux qui pourraient l'embrasser; et, d'autre part parce que les moyens d'instruction font défaut aux Ecoles. En quoi l'institution d'une nouvelle Ecole pourra-t-elle remédier au premier de ces inconvénients? En rien. L'Ecole de l'Ouest arriverait peut-être à détourner à son profit un certain nombre des élèves qui seraient allés dans les autres, mais le chiffre total des vétérinaires diplômés n'en serait pas pour cela annuellement augmenté, et le budget de l'Etat serait grevé d'une charge nouvelle et inutile, disons mieux, nuisible; car les ressources consacrées à la nouvelle institution auraient pu avantageusement être employées à l'amélioration des anciennes. Que si l'on disait que l'Ecole nouvelle serait plus parfaitement organisée que ses aînées, alors nous demanderions pourquoi, au lieu d'entreprendre la tâche pénible et toujours chanceuse de créer une nouvelle institution à côté des anciennes, on ne prendrait pas le parti plus simple, et surtout plus équitable, de consacrer les ressources disponibles à l'amélioration de ces dernières, qui ne demanderaient pas mieux que de faire plus et mieux qu'elles ne font, et qui le feraient, sans doute, si on leur en donnait les moyens.

Le nouveau projet qu'on prête au gouvernement semble attacher une grande importance à la mesure qui consisterait *à envoyer les élèves boursiers des Ecoles faire une sorte d'internat dans les cantons pauvres, où leurs services, acceptés comme une restitution volontaire des sacrifices faits par l'Etat ou par leurs départements, n'en seraient pas moins rémunérés par des subventions communales.* C'est là une conception bien malheureuse, et qui prouve à elle seule combien le rédacteur du *Constitutionnel* a été mal renseigné, lorsqu'il a prétendu que l'administration avait consulté les *Sociétés vétérinaires* avant d'adopter le nouveau projet de loi qu'on lui prête et de le soumettre aux délibérations du conseil d'Etat. Il faut que l'on se soit fait une idée bien fausse du but et des avantages des études cliniques, pour croire qu'il serait plus profitable aux élèves boursiers d'aller faire leur apprentissage dans les campagnes, seuls, abandonnés à leurs propres forces, plutôt que de rester à étudier dans les Ecoles, sous la direction de maîtres dont les conseils et l'exemple peuvent les initier aux saines et bonnes doctrines, aux bonnes pratiques, et les faire profiter ainsi des résultats de leur propre expérience et de celle des temps antérieurs.

Et puis, est-ce bien comprendre les intérêts des habitants des cantons pauvres que de livrer leurs animaux malades, comme matière expérimentale, à ces jeunes débutants qui, chaque année, iraient se faire la main à leurs dépens? Poser cette question, c'est la résoudre.

En résumé, le nouveau projet de loi qu'on prétend être à l'étude nous paraît radicalement mauvais dans les mesures essentielles qu'il propose d'instituer. C'est ce qui nous donne l'intime conviction qu'il n'émane pas de l'administration supérieure. Le décret de 1813 et le rapport de 1848 renferment tous les éléments d'une organisation de la vétérinaire qui répondrait d'une manière aussi parfaite que possible aux besoins de l'agriculture comme à ceux de notre profession. Nous avons la ferme espérance que c'est là surtout que le gouvernement puisera ses inspirations, lorsqu'il se décidera à formuler sur ces matières le projet de loi que nous attendons avec une si vive impatience.

H. Bouley.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Thérapeutique générale des teignes,

PAR M. BAZIN,

Recueillie et rédigée par M. Pouquet, interne du service.

(Suite.— Voir les n°s 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112 et 114.)

Diagnostic. — Le diagnostic est complexe. Il faut d'abord savoir quels sont les signes à l'aide desquels on pourra reconnaître la teigne faveuse; puis nous dirons quels sont les caractères qui permettent de distinguer le favus des diverses affections qui ont avec lui quelque analogie; enfin, et en troisième lieu, nous ferons le diagnostic des variétés de cette affection parasitaire.

Entrons maintenant en matière. Mais, avant tout, la teigne faveuse est-elle ou non facile à reconnaître? — Les réponses que vous obtiendrez à cette question seront fort différentes et même opposées, selon les médecins auxquels vous l'adresserez. Les praticiens ordinaires, et parmi eux, des hommes souvent très-distingués, vous répondront que les affections de la peau (qu'ils appellent des maladies) sont habituellement d'un diagnostic très-facile, et que, pour le favus en particulier, il est impossible de commettre une erreur, n'eût-on qu'une ou deux fois dans sa vie observé cette affection. Les médecins de l'hôpital Saint-Louis, et tous ceux qui se sont spécialement occupés de dermatologie, vous diront, de leur côté, que le diagnostic du favus, ordinairement facile, offre parfois quelques difficultés.— Quant à moi, messieurs, après avoir fait des recherches sérieuses, approfondies, sur la teigne faveuse, je vous déclare que ces difficultés sont plus grandes et plus nombreuses qu'on ne se l'imagine, même ici dans un vaste hôpital spécialement consacré aux affections cutanées; et je crois avoir eu déjà l'occasion de vous parler de ces enfants affectés de dartres ou de scrofulide bénigne exsudative, que certains de mes collègues envoient journellement, comme affectés de teigne, au traitement des frères Mahon. L'erreur opposée est commise au moins aussi souvent. Et maintenant, comment nous étonner que tel professeur de clinique de la

Faculté de Paris fasse de magnifiques leçons sur le favus en montrant à ses nombreux auditeurs des jeunes enfants atteints de pseudo-teigne? Le fait nous a été rapporté par un juge très-compétent qui avait appris dans notre service à distinguer le favus d'avec l'impétigo, et qui ne pouvait revenir de la profonde ignorance en pareille matière du savant professeur.

Tous les jours vous serez témoins d'erreurs du même genre. On pose hardiment un diagnostic en ne s'attachant qu'à un seul signe, et en cela souvent on croit faire preuve d'une remarquable habileté. Les croûtes sont-elles partout très-sèches, incontestablement c'est du favus; ont-elles une couleur jaune soufrée, c'est encore du favus... quels que soient d'ailleurs les autres caractères de l'affection observée! — Comme si l'impétigo ne pouvait jamais offrir pareille couleur ni pareille sécheresse dans ses croûtes, quand l'éruption est de date ancienne et qu'une poussée nouvelle ne s'est faite en aucun point du cuir chevelu!! — Cette manière de procéder est, à coup sûr, plus simple et plus commode; mais les résultats en sont déplorables. On se trompe souvent dans les cas un peu difficiles; on recommande l'épilation quand il faudrait se borner à des applications émollientes; ou, plus souvent, on ne prescrit que ces dernières dans les cas oú il serait nécessaire d'épiler. Et c'est en agissant ainsi qu'on laisse se perpétuer pendant des mois ou des années une affection qu'on aurait fait disparaître en quelques jours, si l'on eût apporté dans l'examen du malade une plus sérieuse attention. D'ailleurs ce que nous disons là du favus pourrait également s'appliquer à toute autre branche de la science médicale. Il n'y a que les ignorants qui aient la sotte prétention de ne jamais rencontrer de difficultés.

Le diagnostic du favus n'est donc pas aussi simple qu'on veut bien le dire, au moins dans quelques cas; et pour l'établir, il faut se garder de toute précipitation, observer avec soin, en procédant toujours avec méthode, et tenir compte de l'ensemble des caractères et non pas seulement d'un seul.

Quels sont donc les signes à l'aide desqnels on peut faire un diagnostic exact? Ils peuvent être tirés de trois sources principales : 1° des caractères propres aux croûtes faveuses; 2° des altérations des cheveux et de la calvitie; 3° de l'examen microscopique.

1° *Caractères propres aux croûtes faveuses.* — Quand ces caractères sont bien dessinés, le diagnostic ne saurait être un instant douteux. Des incrustations sèches, adhérentes, plus ou moins épaisses, d'une couleur jaune paille, d'une odeur de souris ou de marécage, d'une cassure pulvérulente...... ne peuvent appartenir qu'à la teigne faveuse. Rarement, il est vrai, les signes sont aussi nombreux, les caractères aussi tranchés; plusieurs peuvent manquer à la fois, et c'est alors qu'il faut redoubler d'attention dans l'examen du malade, s'informer avec soin de la disposition primitive de l'affection, de sa marche......, c'est alors surtout qu'il faut résister à la tentation bien naturelle d'accorder à un seul signe une trop grande valeur. La couleur jaune soufré, l'enchâssement et l'adhérence des croûtes appartiennent aussi à certaines variétés d'impétigo; la sécheresse à la pseudo-teigne amiantacée, la forme déprimée à la lèpre vulgaire....... Quant à l'odeur, fût-elle très-prononcée, je ne suppose pas que vous la considériez jamais comme un signe suffisant pour poser un diagnostic; les perceptions fournies par le sens de l'odorat sont trop incertaines et fugaces.

2° *Altérations des cheveux et alopécie.* — Ces altérations ont une très-grande importance; seules elles mettent quelquefois sur la voie d'un diagnostic difficile. Les modifications de couleur manquent très-rarement; les cheveux sont ternes et comme flétris, ordinairement secs, d'un gris cendré, couleur de souris, qui tranche d'une manière bien remarquable au milieu d'une belle chevelure blonde ou brune. Plus rarement c'est une couronne de cheveux rougeâtres, couleur de feu, qui entoure les plaques du favus. En même temps, les poils imprégnées de parasite paraissent (surtout à la coupe) tortillés, bifurqués, lanugineux; ils sont cassés ou complétement déracinés, et, dans tous les cas, la plus légère traction suffit pour les avulser. C'est sur ces poils faciles à extraire qu'on peut constater l'absence complète de capsules; d'autres fois, au contraire, si l'altération est moins avancée, cette dernière est hypertrophiée, d'un volume trois ou quatre fois plus considérable qu'à l'état normal. Plus tard, la chute spontanée des cheveux arrive; en même temps l'éruption parasitaire disparaît et les surfaces malades paraissent pendant quelques jours à peu près complétement, sinon tout à fait dénudeés.

Mais quand les croûtes sont tombées ou ont été enlevées, ne reste-t-il pas encore quelques signes d'une assez grande valeur pour établir le diagnostic de la teigne faveuse?

Au-dessous des godets ou plus généralement des croûtes faviques, on trouve des surfaces rouges, plus ou moins déprimées, nettement circonscrites, sur lesquelles il semble, au premier abord, que le derme soit à nu; cependant, en examinant avec un peu d'attention, on aperçoit une mince lamelle épidermique qui séparait la croûte faveuse de la couche superficielle du derme, nous en avons déjà parlé. A mesure que la rougeur s'éteint et que les dépressions s'effacent, l'aspect cicatriciel de la peau se prononce chaque jour davantage, à moins toutefois que, les papilles pileuses n'étant pas complétement détruites, d'autres cheveux ne paraissent, et de nouvelles croûtes ne se forment.

En résumé, le diagnostic du favus peut être établi dans deux conditions bien différentes : les croûtes existent encore, ou bien elles sont tombées. Si elles existent, leur couleur, leur forme, leur odeur..... fournissent des signes ordinairement plus que suffisants. Si elles sont tombées, des surfaces rouges, déprimées, ovalaires, exactement limitées, ne permettent pas un seul instant l'incertitude. J'ajoute que les altérations des cheveux dans le premier cas, et leur absence dans le second nous fournissent également des signes précieux. Enfin, à une période plus avancée de la maladie, et à défaut des caractères précédents, on a encore, pour asseoir une opinion, des surfaces blanches et lisses où les bulbes pileux et tout le pigment ont été détruits. Ce sont de véritables cicatrices assez souvent analogues à celles qui succèdent à des brûlures superficielles ou au lupus érythémateux.

3° *Examen microscopique.* — C'est dans les cas difficiles, quand les caractères de l'affection ne sont pas nettement dessinés, qu'il faut recourir à l'examen microscopique. On prend un fragment de croûte, ou plus souvent un ou deux poils dont la couleur paraît suspecte; on les place sous le champ du microscope, et, si l'on a réellement affaire à une teigne faveuse, dans les croûtes comme sur les cheveux, on trouve les éléments caractéristiques du végétal parasite, de *l'achorion Schœnleinii*. Nous avons déjà fait connaître, dans la leçon précédente, les résultats de cet examen relativement aux croûtes faviques; aujourd'hui nous devons dire aussi quelques mots des altérations de structure si remarquables dont les poils sont le siége, altérations qui varient d'ailleurs, nous allons le voir, suivant l'époque de la maladie. La tige seule peut paraître affectée, et sur les divers points de sa longueur, on trouve des fragments de matière analogue à celle qui constitue les croûtes, c'est également du favus; de plus, le poil est terne, les deux substances corticale et médullaire sont moins distinctes que dans l'état normal, les fibres longitudinales paraissent plus grosses. Il n'est pas rare de retrouver sur les membranes, non plus seulement des spores, des tubes de mycelium, mais aussi de la matière faveuse en masse, déposée entre le prolongement radiculaire du poil et la tunique capsulaire interne. En même temps, la tige offre la même altération, mais plus prononcée encore que celle dont nous venons de parler tout à l'heure. D'autres ois, la capsule est absente, ou bien l'on en retrouve encore

quelques lambeaux. Le bulbe du poil, la souche et le prolongement radiculaire sont parsemés de spores et de filaments tubuleux ; tantôt les globules pigmentaires ou grains d'orge se voient encore à l'origine des fibres longitudinales, et tantôt ces éléments anatomiques ont complétement disparu. Des spores et des tubes existent manifestement au centre de la tige. Enfin, dans quelques cas, quand l'altération est portée à son comble, le poil est atrophié, décoloré, la capsule et le bouton manquent, les fibres longitudinales de la tige sont écartées et comme transformées en tubes ; dans leurs intervalles se voient des spores bien distinctes et, sur les bords, des filaments tubuleux qui semblent sortir de l'épaisseur du cheveu. Ces dernières altérations offrent une grande analogie avec celles qui appartiennent aux poils affectés de teigne tonsurante.

Permettez-moi de vous rappeler ici que, de ces recherches microscopiques qui me sont personnelles, il résulte : 1° Que les altérations primitives des poils, avant la manifestation extérieure du champignon favique, altérations qui mettent en défaut la théorie toute mécanique de MM. Letenneur et Cazenave, dépendent du développement du parasite dans la profondeur des follicules, à l'intérieur du bulbe ; 2° que les altérations d'une époque plus avancée (seconde période) ne sont pas le fait de la compression exercée sur la tige au-dessus du bulbe par l'incrustation faveuse, puisque, contrairement à l'opinion de Letenneur généralement adoptée, les parties constituantes du bulbe lui-même sont altérées et que, d'ailleurs, la lésion des cheveux n'est pas une simple atrophie, mais une désorganisation de leur structure intime ; 3° que les follicules pileux ne sont pas étrangers à la maladie, puisqu'on retrouve dans leur intérieur et sur les organes qu'ils renferment les mêmes produits morbides qu'à l'extérieur; 4° enfin, que si le bulbe disparaît à une époque avancée de l'évolution favique, ce n'est pas seulement, comme on l'a dit, à cause de l'atrophie de la papille, mais bien plutôt à cause de la présence du parasite qui absorbe et détruit tout, transformant en sa propre substance les globules pigmentaires aussitôt qu'ils sont sécrétés, jusqu'à ce qu'il y ait complète oblitération des canaux excréteurs de la papille.

Ces détails étaient nécessaires pour compléter ce que nous avons dit à la fin de la leçon précédente, et ils trouvaient ici, ce me semble, une place fort naturelle.

Plusieurs causes que nous allons passer rapidement en revue peuvent rendre obscur le diagnostic du favus.

Quelques parents, c'est presque toujours une affaire d'amour-propre, prennent pour leurs enfants malades, avant de nous les conduire, des soins extrêmes de propreté; la tête est nettoyée, brossée, pommadée avec une exactitude scrupuleuse, les croûtes ont été détachées avec des cataplasmes ou avec le peigne... de sorte que, le jour où ces enfants nous arrivent, il nous est impossible de découvrir sur la tête la moindre trace de l'éruption parasitaire pour laquelle on vient nous demander des conseils. Nous sommes bien évidemment, pour juger la question, dans des conditions défavorables, privés de signes nombreux et des éléments les plus importants.

A côté des soins de propreté exagérés, nous devons, par opposition, placer les traitements irrationnels. Tout à l'heure, la tête était trop nettoyée, dépouillée des croûtes caractéristiques ; et maintenant ce sont des éruptions artificielles, ordinairement impétigineuses, qui se combinent avec l'éruption parasitaire qu'elles masquent plus ou moins complétement. Dans les deux cas, nous attendons, avant de nous prononcer, et nous recommandons aux parents de s'abstenir de tous soins et de tous topiques pendant huit ou quinze jours, et après ce laps de temps, de nous conduire de nouveau leurs enfants. On pourrait toutefois pratiquer l'avulsion de quelques poils, et recourir au microscope, s'il était nécessaire de porter sans retard un jugement.

Quelquefois une erreur de diagnostic pourra résulter de la co-existence de plusieurs espèces de teignes chez un même sujet. Nous avons eu dans le service un jeune enfant affecté en même temps de teigne faveuse et de teigne tonsurante du cuir chevelu ; M. Bion en a pris le dessin ; les deux affections étaient tellement tranchées qu'on ne pouvait guère les méconnaître; mais supposons un instant qu'on n'eût pas examiné toutes les parties malades (et l'on est bien tenté d'agir ainsi quand en un point on trouve des signes non équivoques), une erreur de diagnostic aurait été inévitablement commise, et un pronostic défectueux en eût été la conséquence ; car, je vous l'ai déjà dit, le pronostic est différent dans chacune de ces deux espèces de teignes.

Si la pelade, la pelade achromateuse surtout, existe sur une même tête avec la teigne faveuse, elle passera souvent inaperçue; les plaques de teigne achromateuse seront presque infailliblement prises, par un observateur peu attentif, pour les plaques de favus arrivées à la période cicatricielle ; on n'épilera pas ces surfaces en apparence dénudées, et le malade sera, par la faute du médecin, privé d'une partie de sa chevelure qu'on aurait pu lui conserver.

Enfin une dernière cause d'obscurité dans le diagnostic du favus consiste dans la co-existence d'éruptions constitutionnelles, ce que l'on comprend d'autant mieux que la distinction entre ces éruptions et la teigne faveuse est, en dehors même de toute complication, quelquefois très-difficile. Mais nous voici arrivés à cette seconde partie du diagnostic.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(Suite.—Voir les nos 105, 106, 107, 110, 114 et 115.)

N° 35. — *Fracture de la crête iliaque par coup de feu.* — GAUNY, 17e bataillon de chasseurs à pied, blessé, le 8 septembre 1855, par une balle qui, dans une direction de haut en bas et d'avant en arrière, a atteint le milieu de la crête iliaque droite, de manière à fracturer seulement la lèvre externe, dont elle a poussé les fragments devant elle, puis continuant son trajet, est sortie en arrière à six centimètres au-dessous de l'épine iliaque postérieure. — Pas d'accident immédiat grave; — mais dans les jours suivants, douleurs vives dans la face iliaque interne correspondante, s'irradiant le long de la partie antérieure de la cuisse, pendant vingt jours ; constipation, rétention d'urine pendant dix jours. — Issue d'esquilles secondaires par les plaies d'entrée et de sortie, — cicatrisation de celle-ci au bout de deux mois et de la première après quatre mois; — mais déjà depuis longtemps le blessé n'éprouvait plus aucune gêne dans les mouvements de la cuisse et marchait librement. — Cicatrice de sortie régulière non adhérente : au-dessous on sent la perte de substance faite aux fibres du grand fessier. — Cicatrice d'entrée régulière enfoncée en forme d'ombilic, adhérente au point où l'os iliaque a subi une perte de substance qui constitue une véritable échancrure. — Les fragments de la lèvre externe fracturée ont été abaissés et se sont consolidés irrégulièrement au-dessous, en formant des aspérités sous la peau.

Cet homme d'une constitution débile, d'un tempérament lymphatique, commença à éprouver, peu de temps après la guérison de sa blessure, les premiers symptômes d'une carie vertébrale pour laquelle il est entré au Val-de-Grâce.

N° 36. — *Fracture de la crête iliaque par coup de feu.* — M. X..., sous-lieutenant au 97e de ligne, blessé, le 7 juin 1855, par une balle qui a fracturé la crête iliaque gauche au niveau de l'épine antérieure et supérieure. — Pas d'accidents primitifs. — Issue d'esquilles primitives et secondaires. — Cicatrice allongée, verticale, déprimée en forme de cupule, comme ombiliquée; — au fond il reste un petit trajet fistuleux, le pied est légèrement déjeté en dehors pendant la marche.

N° 37. — *Coup de feu dans la région fessière. — Fistule. — Séjour probable du projectile au fond de la plaie.* — MATHON, 2e grenadiers de la garde, blessé, le 8 septembre 1855, par une balle qui, dans la direction de haut en bas et d'avant en arrière, a pénétré à quatre centimètres en arrière et au-dessus du grand trochanter droit, sans faire une seconde ouverture — (le blessé ignore si le projectile est sorti de lui-même). Aucun accident primitif ou consécutif; mais la place est toujours restée fistuleuse. — Actuellement, suppuration peu abondante. — Ouverture fistuleuse petite, sans bourgeons charnus exubérants, conduisant dans un trajet sous cutané qui descend jusqu'au niveau de la tubérosité ischiatique, et dans lequel on ne découvre rien de particulier. — Pas de dénudation de l'ischion du grand trochanter, etc. — Parties profondes, nerf sciatique, articulation coxo-fémorale, etc., intacts. — Cependant la persistance de la fistule semble indiquer que le projectile n'est point sorti et reste caché dans quelque recoin de la plaie.

N° 38. — *Coup de feu dans la fosse iliaque externe. — Enclavement du projectile dans l'épaisseur de l'os iliaque.* — TAMY, 1er régiment d'artillerie, blessé, le 8 septembre 1855, par une balle qui est entrée dans la fosse iliaque externe gauche, à un pouce au-dessous de la crête iliaque, sur la même ligne perpendiculaire que le grand trochanter, et s'est enfoncée profondément dans la région, en se dirigeant de haut en bas, d'arrière en avant et de dehors en dedans. — Point d'accident immédiat notable, — pas de retentissement sur les organes viscéraux du bassin, — pas de complications secondaires; — mais persistance de la suppuration et de la fistule.

Actuellement (juin 1856); ouverture fistuleuse étroite, recouverte par des bourgeons charnus saillants; — trajet fistuleux oblique vers les parties profondes, conduisant sur la face externe de l'os dénudé et carié dans l'étendue d'un pouce carré environ. — Au centre de ce point carié, le stylet glisse dans une sorte de petite excavation creusée dans la substance osseuse, où il rencontre un corps rond, dur, lisse et non mobile. Légère tuméfaction de la région; — l'articulation coxo-fémorale, intacte, commence à s'ankyloser par suite de l'immobilité à laquelle elle est condamnée. — Pour la même raison, légère atrophie du membre; — pas de douleurs. — M. Larrey, ne doutant pas que la balle ne soit enclavée dans le tissu osseux, fait dilater le trajet fistuleux par des mèches, afin de favoriser l'élimination. — Par suite de cette dilatation, la suppuration devient plus abondante et plusieurs petites esquilles se détachent. — En juillet, — douleurs dans le périnée et dans l'intérieur du bassin. — Urine trouble, — miction douloureuse, — constipation. — La carie de l'os iliaque augmente d'étendue.

(Août). Ces symptômes décident M. Larrey à faire une tentative d'extraction avec des pinces à polypes ou des pinces à trois branches; mais la balle ne put être détachée et quelques esquilles seulement furent extraites.

(Septembre). Ce blessé part en congé de convalescence.

RÉGION DE LA CUISSE.

Nous citerons pour la cuisse: 1° deux blessures par des balles ayant traversé les parties molles sans amener aucun accident primitif ou secondaire; 2° deux exemples propres à montrer dans quelle étendue les parties molles peuvent quelquefois être dilacérées; 3° un cas de coup de feu avec lésion du nerf sciatique poplité externe, et paralysie consécutive; 4° enfin deux cas de fracture comminutive du fémur, suivie de guérison. Il est inutile d'insister sur la valeur relative de ces deux derniers faits (1).

N° 39. — *Coup de feu ayant traversé la racine des deux cuisses et la région superficielle du périnée, sans produire de lésion grave.* — DENIER, 6e de ligne, blessé, le 5 novembre 1854, par une balle qui, dans une direction de droite à gauche et un peu d'arrière en avant, est entrée au niveau du pli de la fesse droite, au côté externe de la tubérosité de l'ischion, a passé au-dessous de cet os, entre lui et la peau, et restant toujours sous-cutanée, a traversé de droite à gauche la région superficielle du périnée, puis remontant en avant, est venue s'arrêter sous la peau dans la région supérieure et antérieure de la cuisse gauche, d'où elle fut extraite par une contre-ouverture pratiquée à dix centimètres au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure. — Pas d'accident immédiat, — rétention d'urine et constipation pendant les cinq premiers jours; — engorgement du trajet formé par le projectile dans la région périnéale, et formation d'un abcès dont l'ouverture donna issue à du pus mêlé de sang et à des fragments de drap. — A cause du décollement de la peau, cette ouverture resta fistuleuse pendant sept mois. — Deux mois après la blessure, deuxième abcès sous le raphé du périnée, contenant également du pus et des morceaux de vêtement. — Ces foyers étaient superficiels et ne communiquaient point avec l'urèthre, car à aucune époque ils ne donnèrent écoulement à l'urine. — Quant à la plaie d'entrée, elle était cicatrisée au bout d'un mois. — Les conséquences de cette blessure, dont le trajet est si singulier, sont absolument nulles. — Pas de douleurs dans les cuisses, le périnée, l'urèthre, le rectum; pas la moindre gêne pour les mouvements, etc.

N° 40. — *Coup de feu à travers la partie supérieure de la cuisse sans accidents graves.* — M. ***, lieutenant au 1er grenadiers de la garde, blessé, le 8 septembre 1855, au quart supérieur de la cuisse droite, par une balle qui a pénétré à la face antérieure et interne, et est sortie à la face postérieure sans léser les vaisseaux et les nerfs. — Aucun accident primitif ou secondaire. — La seule conséquence est une névralgie crurale persistante, retentissant surtout dans le genou, et s'exaspérant par la pression sur la blessure.

N° 41. — *Vaste plaie contuse à la cuisse par un éclat de bombe.* — BRUNEAU, 1er régiment d'artillerie, blessé, le 13 juin 1855, à la cuisse gauche par un éclat de bombe qui a d'abord entamé largement les parties molles de la face postérieure du membre immédiatement au-dessous du pli de la fesse, puis refoulant une partie des chairs en dedans et contournant la partie interne de la cuisse dans ce sens, est ressortie immédiatement au-dessous de la région inguino-crurale dans laquelle il a dilacéré largement mais superficiellement les tissus, sans toucher au scrotum. — Aucun accident primitif ou secondaire, — mais cicatrisation extrêmement lente à cause de la perte de substance considérable des téguments, et complète seulement au bout de neuf mois. — La cicatrice, assez régulière, n'a pu se faire cependant sans des adhérences profondes en arrière; d'où résulte la rétraction de la jambe sur la cuisse, la claudication et de la faiblesse dans le membre, qui cependant n'est pas atrophié. — Douleurs dans les cicatrices et le long du nerf sciatique qui paraît être pris par des adhérences avec le tissu inodulaire.

N° 42. — *Vaste plaie contuse par un boulet à la face postérieure de la cuisse. — Pourriture d'hôpital. — Cicatrisation imparfaite.* — FAIVRE, équipages de marine, blessé, le 17 octobre 1854, par un boulet qui, étant en pleine course et venant de dedans en dehors, a atteint la face postérieure et interne de la cuisse gauche à sa partie moyenne, en entamant largement les tissus, et en faisant une vaste perte de substance. — Commotion générale. — Au bout de quinze mois la cicatrisation était encore peu avancée. — Complication de pourriture d'hôpital. — Depuis lors, malgré les pansements les plus variés, pas de travail de cicatrisation. — Au moment de l'entrée du blessé au Val-de-Grâce (novembre 1856), cicatrice large, ulcérée à son centre, ridée, offrant des brides et des adhérences, avec épaississement du tissu inodulaire, très-douloureuse; la douleur s'irradiant le long du jarret et de la face postérieure de la jambe. — Légère rétraction de celle-ci, mais pas au point d'empêcher la marche.

N° 43. — *Coup de feu à la partie postérieure et inférieure de la cuisse. — Paralysie consécutive du nerf poplité externe.* — GAUNASSE, 97e de ligne, blessé, le 7 juin 1855, par une balle qui, dirigée de dedans en dehors et de haut en bas, est entrée à la partie interne de la face postérieure de la cuisse gauche, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, a traversé les parties molles en arrière du fémur sans l'atteindre, et est sorti au niveau du bord postérieur de l'aponévrose fascialata. — Comme accident immédiat, paralysie de la partie antérieure de la jambe et du pied. — Aucun accident secondaire; — pas de phlegmon, etc. — Cicatrisation complète au bout de deux mois. — Cicatrices petites, régulières, n'offrant rien de particulier. — Articulation du genou libre, celle du cou-de-pied un peu ankylosée dans l'extension. — Mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse tout à fait normaux. — Atrophie incontestable sans œdème, mais avec coloration bleuâtre, des parties antéro-externes de la jambe et du pied, qui reste dans l'extension permanente avec renversement de la plante du pied en dedans, et ne peut nullement être fléchi ni porté dans l'abduction; le mouvement d'extension des orteils est également perdu. — Enfin, insensibilité complète de la peau de la région antérieure de la jambe et du pied; au contraire, la sensibilité et le mouvement sont intacts dans la région postérieure. — Légère rétraction du tendon d'Achille; — difficulté très-grande pour la marche à cause de l'exten-

(1) M. Larrey en a communiqué un autre il y a peu de temps à la Société de chirurgie. (*Soc. de chir.* Séance du 4 janvier 1857.)

sion permanente du pied dont la pointe ne peut être relevée, et qui repose sur le sol par son bord externe. — Il en résulte que le blessé marche avec un bâton en appuyant sur la pointe du pied et en tenant le genou fléchi. — Malgré l'usage d'excitants locaux et de l'électricité, cette paralysie du nerf sciatique poplité externe n'est nullement modifiée.

N° 44. — *Fracture comminutive du fémur par un coup de feu.— Guérison.* — GRELLIER, 3e régiment de zouaves, blessé, le 15 mai 1855, à la cuisse gauche par une balle qui, dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, a pénétré à la partie supérieure de la face postérieure du membre, au-dessous du pli de la fesse, un peu en dehors et au-dessous de la tubérosité de l'ischion, a fracturé le fémur comminutivement à peu près à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen, et est sortie au milieu de la face intérieure de la cuisse en traversant le droit antérieur. — Pas d'hémorrhagie immédiate ; pas d'esquilles primitives. —Appareil provisoire de Scultet enlevé au bout de quinze jours à cause de l'abondance de la suppuration et de la difficulté des pansements.— Pour ces raisons, plus d'appareil ; et pendant cinq mois le membre est resté couché dans l'extension à plat sur le lit, maintenu seulement dans sa rectitude normale par des alèzes.— Au bout de deux mois, élimination de cinq esquilles secondaires ; abcès circonvoisins, contre-ouvertures. — La dernière esquille, la plus volumineuse, est sortie au bout de huit mois. — Dans le cinquième mois après la blessure, le cal commençant à se former, on se préoccupa du raccourcissement ; après avoir essayé le double plan incliné pendant quinze jours, on s'en tint à une extension faite sur la jambe fixée au pied du lit, et à une contre-extension sur le bassin à l'aide d'une alèze attachée à la tête du lit. — Au huitième mois, toutes les plaies étaient cicatrisées et le cal assez solide pour essayer la marche. Actuellement (juin 1856), cicatrice postérieure petite, régulière, mais non déprimée. Cicatrice antérieure, large, allongée, ayant plus de trois centimètres, à bords irréguliers, blanchâtre, mince, non adhérente, mais dépressible et recouvrant un espace vide qui permet de sentir directement le fémur. — La fracture a été oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; la pointe du fragment supérieur fait saillie en avant ; le fragment inférieur est en dehors et en arrière. Il y a un chevauchement complet et la consolidation a eu lieu entre les fragments juxtaposés, avec un raccourcissement de sept centimètres.— Le cal n'est pas volumineux ; le périoste n'est pas gonflé. — La jambe et le pied sont dans leur direction normale. — Les articulations de la hanche et du genou jouissent de leurs mouvements à peu près complets. La marche a lieu avec une claudication assez marquée, mais sans difficulté et sans fatigue.

N° 45. — *Fracture compliquée du fémur par un coup de feu.* — PORTAL, 1er bataillon de chasseurs à pied, blessé, en juin 1855, par une balle qui a pénétré à la région antérieure et supérieure de la cuisse droite, a fracturé comminutivement le fémur, et est sortie à la face postérieure et externe du membre. — Série d'accidents secondaires, élimination d'esquilles, etc. — Commencement de consolidation au bout de sept mois. — Actuellement cicatrices régulières. — Consolidation complète du membre dans une bonne direction, mais avec un raccourcissement notable. — Marche facile, mais avec une claudication marquée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MALADIES DES YEUX. — M. TAVIGNOT.

De l'opération de la pupille artificielle pratiquée à l'aide de la cautérisation galvanique.

Ce fut un grand progrès pour l'art de guérir que la découverte faite par Cheselden, en 1728, de l'opération de la pupille artificielle, car il y avait dans l'idée mère de la méthode le germe de tous les perfectionnements qui ont été réalisés plus tard et surtout depuis un demi-siècle.

A dire vrai, j'ai cru moi-même jusqu'à présent que l'iridectomie ou l'excision, pratiquée avec ma pince-crochet, était le *nec plus ultra* de l'art et le dernier mot du perfectionnement instrumental.

Cependant, malgré notre satisfaction relative, nous ne pouvions nous dissimuler que, dans beaucoup de cas, l'iridectomie, même exécutée par le plus habile opérateur, laissait encore quelques chances défavorables à courir ; le vague de l'imprévu agitait toujours plus ou moins son esprit. Il était impossible qu'il n'en fût pas ainsi, pour les motifs suivants :

L'iris sur lequel on opère par déchirure n'a pas, dans tous les cas, une consistance identique, sa texture spéciale ayant été plus ou moins profondément modifiée par l'inflammation antérieure.

Lorsque l'iris est aminci et comme atrophié, le crochet trace souvent un sillon à sa surface sans pouvoir saisir et détacher un lambeau.

Quand il se trouve épaissi et comme doublé par de fausses membranes, l'iris oppose, au contraire, au crochet une résistance telle, qu'il en résulte, soit la formation d'un lambeau trop grand, soit le décollement de la grande circonférence du cercle ciliaire.

Il y a plus ; une fois que l'on a pratiqué une trouée dans le tissu irien, la vision n'est pas toujours rétablie d'emblée ; une seconde opération peut encore devenir nécessaire pour faire disparaître les fausses membranes qui obstruent plus ou moins la pupille de nouvelle formation.

Certes, je suis loin de vouloir médire de l'opération de la pupille artificielle, telle que nous l'avons pratiquée jusqu'à présent ; les beaux et bons résultats qu'elle m'a donnés m'en ôteraient le droit. Néanmoins, il m'a semblé que la *création d'une pupille nouvelle obtenue à l'aide de la cautérisation galvanique* pouvait, dans quelques cas, devenir supérieure à la méthode classique de l'excision.

Elle m'a semblé devoir lui être supérieure, surtout pour les motifs suivants :

1° La pupille nouvelle peut toujours être établie au lieu d'élection, c'est-à-dire là ou était la pupille normale ;

2° Sa formation est instantanée et sans hémorrhagie, ce qui permet de détruire, séance tenante, tout ce qui peut encore faire obstacle au passage des rayons lumineux.

3° On peut donner à la perte de substance que l'on pratique dans l'iris les dimensions jugées nécessaires, sans qu'il y ait à redouter quelque chose des caprices du hasard ou des exigences de l'état morbide.

4° La pupille artificielle est arrondie, au lieu d'avoir la forme plus ou moins irrégulière que l'on obtient avec la pince ou avec le crochet dans l'excision.

5° Etant plus simple dans ses manœuvres et d'une nature spéciale dans son mode d'action, elle expose nécessairement à moins d'accidents phlegmasiques que l'arrachement de l'iris.

6° Enfin, au moyen de la cautérisation galvanique, on peut non-seulement établir une trouée pupillaire dans le tissu propre de l'iris, mais encore à travers les fausses membranes qui tapissent si souvent sa face postérieure ou qui obstruent sa partie centrale.

Cependant, hâtons-nous de le dire, la cautérisation galvanique de l'iris ne m'a paru, jusqu'à présent, susceptible d'être utilisée que sur les sujets qui ont déjà subi l'opération de la cataracte, car alors il n'y a plus à craindre l'opacité ultérieure de l'appareil cristallinien, laquelle sera toujours, avec la tige galvano-caustique promenée en quelque sorte à sa surface, plus ou moins imminente.

Plus tard, c'est-à-dire quand nous aurons terminé des expériences qui sont encore en voie d'exécution, nous aurons, sans doute, à traiter la question de savoir s'il ne serait pas rationnel, dans tel ou tel cas donné, de pratiquer simultanément l'opération de la pupille artificielle et l'opération de la cataracte avec la même tige galvano-caustique chauffée à blanc. Bornons-nous pour aujourd'hui aux faits acquis, c'est-à-dire à la possibilité bien démontrée de pratiquer une pupille artificielle en se servant soit de la pile de Graff, soit de la pile de Bunsen, et revenons à cette même opération.

L'idée de remplacer par la cautérisation de l'iris l'excision classique me préoccupait depuis quelque temps. Le 15 dé-

cembre 1856, j'ai même déposé à l'*Académie des sciences* un paquet cacheté contenant l'exposé de l'opération nouvelle; toutefois, ce n'est que depuis six semaines que je me suis décidé à utiliser cette découverte déjà ancienne.

Il est rare que l'on trouve avec l'idée première l'idée perfectionnée et définitive; néanmoins, nos premières tentatives, soit sur les animaux, soit sur l'homme lui-même, ont été heureuses, et sont venues tout d'abord confirmer nos prévisions. Elles ont été faites, *le 19 août dernier*, au dispensaire Saint-Côme, en présence du docteur Veyne et de M. Camille Raspail et avec l'utile concours de M. Mathieu, notre ingénieux fabricant d'instruments de chirurgie. La pile de Graff fut mise en usage, et nous avons dû nous servir d'une tige galvano-caustique peu appropriée à l'usage que nous voulions en faire. Avec un peu plus d'expérience, il ne nous a pas été difficile de régulariser et de rendre plus méthodiques nos manœuvres opératoires.

D'abord, nous avons donné la préférence à la pile de Bunsen, qui est parfaitement suffisante pour obtenir le résultat auquel on vise; puis nous avons fait exécuter par l'un de nos meilleurs fabricants d'instruments de physique, M. Lagrange, une tige galvano-caustique tout à fait appropriée au cas spécial.

Rien n'est alors plus simple à exécuter que la corémorphose dans ces conditions. L'opération ne se compose en réalité que de trois temps.

1er *temps.* — Le sujet étant disposé comme il convient, l'opérateur pratique à la circonférence externe de la cornée une incision de huit à dix millimètres avec mon kératotome à trois lames exécuté par M. Charrière.

2e *temps.* — A travers cette ouverture comme étoilée, il engage l'anneau de platine de la tige galvano-caustique, et il le dirige rapidement vers le point de l'iris qui doit subir la perte de substance, en ayant soin de ramener en avant le manche de l'instrument.

3e *temps.* — Le courant établi, la cautérisation est instantanée, et il ne reste qu'à retirer de la chambre antérieure la tige métallique.

Notre méthode opératoire est donc des plus simples; il n'y a que trois points importants à signaler pour sa parfaite exécution.

A. *Il faut éviter la cautérisation des lèvres de la plaie cornéale.* — Or, la parfaite fabrication de notre tige galvano-caustique rend cet accident désormais impossible.

B. *Il faut éviter la cautérisation de la face postérieure de la cornée.* — Or, la direction imprimée à l'extrémité libre de l'instrument suffit pour prévenir cette complication.

C. *Il faut que la cautérisation de l'iris, de même que la destruction des fausses membranes organisées dans le champ pupillaire, soit enfin complète et aussi régulière que possible.* — Or, il importe pour cela que l'anneau incandescent reste un temps suffisant en contact avec les tissus normaux ou anormaux, qu'il doit désorganiser et réduire en quelque sorte en poussière.

CORRESPONDANCE.

Perchlorure de fer.

A Monsieur le rédacteur en chef du MONITEUR DES HOPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

Dans un moment où le docteur Deleau s'occupe d'une manière toute spéciale de l'action du perchlorure de fer, voulez-vous me permettre de vous citer entre autres deux faits qui pourront faire voir à mes confrères le parti avantageux qu'on en peut tirer dans certaines maladies.

OBS. I. — Fièvre typhoïde grave; — hémorrhagie nasale habituelle. — Perchlorure de fer; — suppression de l'hémorrhagie; — amélioration de la fièvre.

Cécile M..., âgée de neuf ans, d'une constitution délicate et nerveuse, était souvent depuis son enfance exposée à des épistaxis abondantes et fréquentes, ce qui la laissait toujours dans un état de grande débilité et d'anémie. C'est dans ces conditions que cette enfant contracta une fièvre typhoïde très-grave auprès de son institutrice, qui mourut de cette affection.

Vers le septième ou huitième jour après l'invasion de la maladie, quand déjà des accidents fâcheux se déclaraient, la malade fut prise d'une hémorrhagie nasale qui commença à une heure après minuit et durait encore forte vers quatre heures du matin, lorsqu'on vint me prévenir. Je trouvai l'enfant dans une faiblesse extrême, pâle, décolorée, le pouls très-faible, à peine sensible; le sang qui sortait des narines était à peine coloré; on croyait que l'enfant allait mourir. On avait appliqué des sinapismes aux jambes, des compresses froides sur le front, on avait employé les réfrigérants sous toutes les formes, comme on le faisait quand Cécile avait des épistaxis fortes. Mais ce fut en pure perte. Alors, en désespoir de cause, tout en faisant continuer seulement les compresses froides, je donnai de suite le perchlorure de fer à 35 degrés à la dose de 2 grammes dans 125 grammes d'eau de laitue édulcorée, par cuillerée à bouche toutes les sept minutes. Je plaçai sous le nez un tampon imbibé de cette même potion. Il se forma de suite dans les cavités du nez un caillot faible, il est vrai, mais suffisant, et après la cinquième cuillerée, l'écoulement du sang diminua; il était suspendu complétement au bout d'une heure environ. Je fis continuer la potion, mais à des doses plus éloignées, pendant plusieurs jours. Enfin, persuadé qu'une nouvelle hémorrhagie tuerait la malade, dont les intestins ne souffraient pas trop de ce médicament, je donnai pendant quinze jours une cuillerée à bouche de cette potion le soir et le matin. Non-seulement j'ai eu l'avantage de ne plus voir revenir l'épistaxis, mais j'ai vu aussi la fièvre se modifier avantageusement, et la malade guérir, quoique ayant couru les plus grands dangers. J'ai la conviction que sans la précaution que j'ai prise de continuer le médicament, l'enfant n'aurait pas évité l'hémorrhagie et par conséquent la mort.

OBS. II. — Phthisie pulmonaire au troisième degré; — hémorrhagies fortes et fréquentes. — Perchlorure de fer; — amélioration.

Joséphine Mil, dix-huit ans, d'une constitution débile, pâle, la figure effilée, les conjonctives ordinairement rouges avec photophobie habituelle, née d'un père mort jeune d'une affection de poitrine mal caractérisée, n'a jamais été bien réglée. Elle est arrivée au troisième degré de la phthisie pulmonaire; il y a dans le poumon gauche, surtout dans la moitié supérieure, un gargouillement très-fort avec hémoptysie fréquente et abondante. La nutrition est presque nulle.

Je m'attendais tous les jours à voir mourir cette jeune personne, que je ne pouvais traiter comme je l'aurais voulu, à cause de son état de pauvreté. Un jour cependant, je suis appelé en hâte parce qu'elle rendait du sang en bien plus grande quantité, et qu'elle désirait me voir encore avant de mourir. Je me rendis de suite auprès d'elle, et effrayé de la quantité de sang qu'elle venait de vomir et qu'elle vomissait encore, je lui prescrivis, pour l'acquit de ma conscience, une potion avec perchlorure de fer à 35 degrés, 4 grammes dans 125 grammes d'eau sucrée, à prendre par cuillerée à bouche chaque demi-quart d'heure; le pouls était filiforme, la faiblesse extrême; mais elle n'eut pas pris qnatre cuillerées de sa potion, que le sang s'arrêta presque complétement. Je fis continuer ce médicament une cuillerée toutes les deux heures, puis je n'en donnais plus que quatre cuillerées par jour. Je ne vis plus le sang reparaître; le gargouillement disparut vers le milieu du poumon où il se forma une caverne considérable; le pouls se releva, la respiration devint moins mauvaise, le gargouillement diminua également dans les autres parties du poumon, et la vie se prolongea encore plus de six mois chez cette jeune fille qui arriva même à un état assez satisfaisant pour reprendre une légère alimentation, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps; elle put même se lever, sortir dans la rue et aller se promener, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plus d'un an. Mais

malheureusement je fus obligé de suspendre souvent le perchlorure de fer, à cause de la douleur que l'estomac et les intestins en éprouvaient; la nature était épuisée, l'expectoration, qui s'était ralentie pendant quelque temps, redevint très-abondante, les forces tombèrent de nouveau, et la malade s'éteignit dans un marasme complet.

Je suis persuadé que dans cette observation, le perchlorure de fer a apporté des modifications très-avantageuses, mais malheureusement incomplètes, à cause de l'état extrême de la malade. Cependant il est certain qu'il suspendit complétement les hémoptysies qui étaient fréquentes et abondantes, car la malade ne cracha plus de sang jusqu'à sa mort; que le gargouillement diminua dans tout le poumon gauche, qui était le seul attaqué (le droit étant dans des conditions assez bonnes); qu'il disparut même vers la partie moyenne de cet organe ; que les forces revinrent assez (sans qu'on pût attribuer cet effet à la nourriture, qui était presque nulle) pour permettre à la malade de se lever, de sortir de chez elle et d'aller se promener au soleil après avoir monté une côte assez rapide et de plus de cent pas de longueur.

PELLETIER, D. M. P.

22 août 1857.

ACTES OFFICIELS.

Par arrêté, en date du 24 septembre 1857, MM. Strohl, Hirtz, Held et Kirschleger, agrégés près de la Faculté de médecine de Strasbourg, dont le temps de service expire le 1er novembre prochain, sont maintenus dans leurs fonctions jusqu'au 1er avril 1860.

VARIÉTÉS.

Nous ne pouvons pas nous occuper encore aujourd'hui du congrès ophthalmologique de Bruxelles; mais nous ne devons pas attendre plus longtemps pour remercier notre honorable confrère, *la Presse médicale belge*, de ce qu'il a bien voulu dire de nous dans son numéro de dimanche dernier. Nous ne cherchons point à dissimuler que son éloge nous est sensible, non parce qu'il flatte notre vanité, mais, au contraire, parce qu'il loue en nous une qualité que tout le monde peut se donner, car il suffit pour cela d'avoir respect de soi-même : cette qualité, c'est l'indépendance. Il y a longtemps qu'on a dit que tout le monde ne peut pas aller à Corinthe; cela est vrai au point de vue intellectuel, et alors on ne saurait blâmer ceux qui n'y vont pas, ni louer ceux qui y vont; mais sous le rapport moral, chacun peut faire le voyage, et voilà pourquoi ceux qui en affrontent les périls ont quelques droits à l'estime des honnêtes gens; c'est à ce titre que la *Presse médicale belge* nous permettra de lui adresser nos remercîments.

Un système veineux et un système artériel dans les plantes. — La dernière séance de l'Académie des sciences a été entièrement consacrée à des matières qui nous sont étrangères, sauf la communication de M. Trécul, qui a produit une certaine sensation et que nous nous bornons à analyser ici, sans chercher à juger la grave question de physiologie générale que soulève l'auteur.

M. Trécul s'est proposé de démontrer que les végétaux élevés en organisation ont un système veineux et un système artériel comparable à celui des animaux. Le système veineux serait représenté par les laticifères, et le système artériel par les vaisseaux spiraux, réticulés, rayés et ponctués.

M. Trécul a été conduit à ces résultats par l'observation des plantes à latex coloré, telles que les *Chelidonium majus* et *quercifolium* où ce suc est orangé, et par les *Argemone ochroleuca* et *grandiflora*, chez lesquelles il est jaune. L'auteur a trouvé ces sucs colorés dans les vaisseaux proprement dits, et il a remarqué qu'ils s'y décolorent peu à peu. Ils sont aussi accompagnés de matières gazeuses. Ces diverses circonstances indiquent qu'il se fait dans ces vaisseaux un certain travail physiologique qui modifie le suc coloré. Ces phénomènes ne s'observent que pendant l'activité de la végétation ; plus tard le liquide orange, si c'est et *Chelidonium majus* que l'on examine, disparaît des vaisseaux, bien que les laticifères en restent pleins. D'un autre côté, les laticifères sont placés dans les parties où règne la plus grande activité vitale, et ils contiennent des substances qui ne sont pas susceptibles d'une assimilation immédiate, puisque ce sont des hydrogènes carbonés (comme le caoutchouc), ou des produits peu oxygénés (comme les résines, les alcaloïdes, la morphine, la narcotine, la codéine, etc.), produits qui proviennent d'une séve usée par la nutrition, et qui ont besoin d'être élaborés, oxydés, pour reprendre part à la formation de l'amidon, du sucre, des substances albuminoïdes et par suite à la multiplication utriculaire. Pour arriver à un tel état, les substances qui n'ont pas été assimilées par les cellules sont recueillies par les laticifères, élaborées par eux, puis versées dans les vaisseaux où elles deviennent propres à être assimilées, et envoyées de nouveau dans les cellules environnantes. Pour cela, les végétaux prennent de l'oxygène à l'air, les produits non ou peu oxygénés sont oxydés, et il se produit de l'acide carbonique. Ce travail physiologique est incessant. Il y a formation d'acide carbonique la nuit comme le jour; mais la nuit cet acide est exhalé, tandis que le jour il est décomposé sous l'influence de la lumière avant d'être rejeté au dehors ; son carbone est fixé et son oxygène seul est exhalé. C'est cette exhalation d'oxygène qui fait que durant le jour la combustion vasculaire n'est pas accusée, tandis qu'elle l'est pendant la nuit par l'émission de l'acide carbonique.

La respiration des plantes se composerait donc de deux phénomènes principaux :

1° D'une absorption d'acide carbonique pendant le jour, avec émission d'oxygène ;

2° D'une oxydation dans les vaisseaux avec formation d'acide carbonique pendant le jour aussi bien que pendant la nuit, mais avec exhalation de cet acide pendant la nuit seulement, parce que pendant le jour il est décomposé en traversant les feuilles.

Il résulterait de ce qui précède que la respiration et la circulation, chez les animaux et chez les plantes, auraient beaucoup plus d'analogie qu'on ne le pense généralement. Les laticifères rappellent le système veineux, et les vaisseaux proprement dits le système artériel. L'analogie de fonction étant parfaite, M. Trécul propose de désigner les laticifères par la dénomination de *vaisseaux veineux*, et les vaisseaux spiraux, réticulés, rayés et ponctués, par celle de *vaisseaux artériels*.

— Si les événements privés pouvaient occuper une grande place dans le *Moniteur*, nous aurions à entretenir longuement nos lecteurs de l'ovation que notre célèbre adversaire et ami, M. Ph. Ricord, a reçue du corps médical de Marseille, dans une visite qu'il vient de rendre à la moderne Athènes, sa patrie. Mais nous devons être bref sur les événements de cette nature, et nous contenter de nous associer de grand cœur aux sentiments et à la joie qui ont présidé au banquet offert à l'illustre syphiliographe. Nous ne faisons de restrictions qu'en faveur des doctrines.

— Quoique Meaux ne soit pas précisément à côté de Marseille, M. Ricord, grâce aux chemins de fer, n'en recevait pas moins une nouvelle ovation dans la première de ces villes, quelques jours après avoir quitté la seconde. Mais à Meaux, l'occasion intéresse tout le monde, puisqu'elle a été fournie par la réunion annuelle des médecins de l'arrondissement de Meaux, arrondissement où M. Ricord, ainsi qu'il l'a lui-même raconté maintes fois, a fait ses premières armes, armes assez piteuses et qui étaient bien loin de faire augurer celles qui ornent aujourd'hui son blason.

Donc l'association médicale de l'arrondissement de Meaux tenait dimanche dernier sa séance annuelle.

FÊTE DE LA SAINT-COME, A MEAUX.

Un banquet de 40 couverts a réuni les membres de l'association auxquels s'étaient joints les confrères parisiens Ricord, Voillemier, Cabanellas, A. Latour et Calvo. M. le docteur de Saint-Amand, président de l'association, a porté un toast « aux médecins étrangers à l'association de Meaux. »

M. le docteur Houzelot, « *à l'Association générale des médecins.* »

Et M. le docteur Ricord, ancien praticien de Crouy-sur-Ourcq, « aux médecins de l'arrondissement de Meaux. »

Cette fête agréable et utile s'est terminée par des couplets composés et chantés par MM. les docteurs Despeaux et Courlier.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 120. 5e ANNÉE. Mardi, 6 octobre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois.. . . . 7 fr. 6 mois.. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Œdème malin de la paupière.

L'escarmouche académique qui a mis la *pustule maligne* à l'ordre du jour, et les divers articles publiés sur ce sujet par les organes de la presse médicale, prouvent qu'on n'est pas parfaitement d'accord sur la séméiotique de cette affection. Les médecins qui sont à même de formuler une opinion basée sur l'expérience personnelle professent deux doctrines complétement opposées. Pour les uns, à son début, la maladie est caractérisée par une vésicule dont ils décrivent avec soin la physionomie et les transformations ; pour les autres, la vésicule est une fable, jamais ils n'en ont rencontré une seule. Voilà deux opinions difficiles à accorder, sans compter une troisième encore plus radicale qui consiste à nier la maladie. Discuter les symptômes les plus apparents d'une affection qui passe pour être bien connue, c'est prouver que son étude n'est pas très-complète, et qu'on est bien près d'en refaire l'histoire. L'histoire des maladies n'est que le résumé d'un certain nombre d'observations ; celle qui fait le sujet de cet article diffère un peu de la description donnée par les auteurs ; à ce titre, elle pourra avoir son utilité.

J'ai encore un autre motif de ne point la passer sous silence : c'est que la terminaison heureuse de la maladie me semble devoir être attribuée à l'emploi d'une médication nouvelle qui, dans certains cas analogues, pourrait rendre d'importants services.

Cette médication consiste à gorger le malade de limonade purgative ou d'eau de Sedlitz de manière à provoquer de vingt à trente garde-robes dans les vingt-quatre heures, pendant deux, trois ou quatre jours de suite. Les purgatifs salins, en raison des évacuations presque exclusivement séreuses qu'ils déterminent, me semblent seuls devoir convenablement remplir le but que je m'étais proposé, c'est-à-dire *de soustraire à l'économie en un temps très-court une très-grande quantité de liquides.*

Il y a là une idée thérapeutique à expérimenter, surtout dans les cas d'empoisonnement par les matières septiques ou putrides. L'expérimentation conduite avec prudence ne saurait être dangereuse ; on connaît la tolérance de l'intestin pour les purgatifs salins ; on sait aussi que les pertes séreuses se réparent avec une très-grande rapidité.

Voici l'observation :

M. Rochard, garçon boucher, âgé de seize ans, demeurant rue Rambuteau, 124, vint me consulter le 30 juin pour un œdème de la paupière supérieure gauche qui lui causait un peu de gêne et de la démangeaison. Il me raconta que le 24 juin il avait été piqué par une mouche à cette région, il n'avait éprouvé aucun autre symptôme que du prurit, et depuis la veille au soir seulement, la paupière s'était tuméfiée. J'examinai avec soin la piqûre, elle ne faisait aucune saillie sur la paupière, elle représentait une petite tache blanchâtre et circulaire d'environ trois millimètres de diamètre, qui n'était le siége d'aucune altération de texture et différait du tissu ambiant uniquement par une légère nuance. La couleur de la peau était normale, seulement le tissu lâche de la paupière était distendu par une sérosité limpide. Pouls parfaitement normal ; symptômes généraux absolument nuls ; appétit conservé.

Je crus avoir affaire à un simple œdème indolent déterminé par une piqûre analogue à celle du cousin, et j'avoue que j'étais fort éloigné de voir là la pustule maligne des auteurs ; les symptômes locaux et généraux s'accommodaient aussi peu les uns que les autres avec la description donnée par nos maîtres, et l'affection est assez rare à Paris pour que de vieux praticiens n'aient jamais eu l'occasion d'en voir une seule. Cependant, considérant la profession du malade, je lui fis des scarifications sur la paupière pour en amener le dégonflement, et lui recommandai de revenir le soir s'il n'y avait pas d'amélioration. Le soir il revint, l'œdème était augmenté, la paupière inférieure commençait à se prendre, ainsi que la région temporale. Les scarifications, qui avaient fourni beaucoup de sérosité au moment de l'opération, étaient oblitérées. Symptômes généraux *absolument nuls.* Dans le but de faire une révulsion assez forte, et d'obtenir l'écoulement constant du liquide, je passai un petit séton qui traversait la paupière dans toute sa longueur. Vésicatoire à la région temporale ; purgation.

Le lendemain matin, 1er juillet, l'état s'était fort aggravé, induration de la joue gauche ; — infiltration du front, de la région cervicale et auriculaire postérieure du même côté ; — tuméfaction des ganglions cervicaux ; — distension énorme des paupières dont les bords libres, adossés par la face externe, formaient un obstacle complet à l'examen du globe oculaire ; — le pouls à quatre-vingts, aucun autre symptôme général que cette augmentation de quinze pulsations. Le malade plaisantait et avait conservé l'appétit. Le tissu de l'organe étranglait la mèche du séton et ne donnait pas une goutte de liquide. Quand je retirai la mèche, il sortit à peine quelques gouttelettes de sérosité. Je jugeai de nouvelles scarifications nécessaires ; cependant, je ne voulus rien faire sans prendre l'avis de M. Jobert. Je lui conduisis le malade. Après l'avoir examiné, il me conseilla en effet de débrider largement, quant à la pi

qûre, en raison du long temps écoulé depuis l'inoculation (sept jours), il n'attacha pas une grande importance à sa cautérisarion; néanmoins il m'engagea à porter le bistouri sur ce point, et à passer le nitrate d'argent dans l'incision, ce que je m'empressai de faire immédiatement. Bien que l'état général du malade en apparence fût peu inquiétant, M. Jobert n'était pas plus rassuré que moi sur l'issue possible de la maladie. Je prévins la famille et instituai un traitement accessoire : purgatifset ammoniacaux en potion ; à l'extérieur, lotions ammoniacales sur toute la région envahie.

Le 2, le mal avait encore fait des progrès ; la tête était énorme ; les paupières de l'autre œil, également infiltrées, ne s'ouvraient plus seules, l'œdème avait envahi la partie supérieure de la poitrine, et les doigts laissaient de profondes empreintes partout où on exerçait une pression, des phlyctènes s'étaient développées sur les paupières de l'œil primitivement atteint ; la nuit avait été mauvaise, le malade avait eu un peu de délire, dans le décubitus dorsal la respiration était gênée, il y avait eu des frissons, des envies de vomir ; le pouls était petit, serré, à 120.

J'insistai pour avoir une consultation. M. Velpeau, qui fut appelé par la famille, confirma le triste pronostic que j'avais porté. Il conseilla l'application d'une traînée de chlorure d'antimoine de la largeur d'environ un centimètre sur toute la paupière, siége de la piqûre, et quelques moyens accessoires que je me hâtai de mettre en pratique. M. Velpeau conservait si peu d'espoir que quelques jours après il me dit en me voyant : Eh bien ! votre jeune malade est mort ?

Le 3, au soir, l'état était désespéré ; malgré le traitement énergique qui avait été mis en œuvre, l'œdème avait poursuivi sa marche avec une régularité désespérante : en avant, il s'étendait jusqu'à la base de la poitrine ; en arrière, il atteignait le même niveau, aux bras il descendait jusqu'à l'union des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur ; la respiration était courte, précipitée ; la nuit avait été très-mauvaise, on avait dû contenir le malade en délire ; il était encore, à l'heure de ma visite, dans un état de *subdelirium* dans lequel il retombait aussitôt qu'on cessait de lui adresser la parole. La mort était proche.

J'étais dans cette situation désolante où le médecin qui veut lutter jusqu'au bout demande à l'inspiration les armes que l'expérience lui refuse. Voici ce que je fis : le malade avait une soif très-intense, je lui fis donner pour boisson ordinaire de la limonade purgative ; il en but environ deux bouteilles, et eut, pendant la nuit, une quinzaine de garde robes.

Le 4, au matin, il n'était pas plus mal, c'était déjà beaucoup. Le pouls était un peu plus résistant et la respiration semblait moins gênée. Continuation de la limonade purgative, comme boisson ordinaire ; de plus, cuillerées de rhum d'heure en heure dans une infusion de thé. Le malade eut dans la journée quinze à vingt garde-robes ; l'œdème, le soir, était manifestement diminué.

Le 5, la nuit avait été meilleure, le malade avait dormi un peu, la soif était moins vive ; il ne prit dans la nuit qu'environ une demi-bouteille ; il avait eu une dizaine d'évacuations. Je continuai la même prescription, en diminuant un peu les doses jusqu'au 7. A cette date l'œdème avait presque entièrement disparu.

L'induration de la joue gauche persista cependant plus de quinze jours encore. Elle s'effaça graduellement en se fondant sur les bords, de manière que les parties centrales semblaient conserver toute leur dureté. La portion la plus rapprochée de l'œil fut celle qui disparut la dernière.

Des escarres indépendantes de celles déterminées par le chlorure d'antimoine se produisirent à la paupière supérieure et inférieure de l'œil malade. Elles comprenaient la peau et le tissu cellulaire sous-jacent.

En ce moment la réparation est complète, l'œil est maintenu constamment ouvert par la rétraction du tissu inodulaire, mais l'organe n'en souffre pas et la difformité est insignifiante.

J'ai rapporté cette observation avec beaucoup de détails pour ne point laisser de doutes sur la nature charbonneuse de la maladie et pour prouver que c'est au traitement nouveau que j'ai employé que revient l'honneur de la guérison.

Il est bien entendu cependant que je ne crois pas qu'une seule observation suffise en si grave matière, et qu'en pareil cas j'aurais recours tout d'abord, et jusqu'à plus ample informé, au cautère actuel, sans attendre que les auteurs se soient mis d'accord, et réservant les superpurgations répétées pour les cas où le cautère aurait été insuffisant, et les utilisant seulement comme accessoire du traitement.

Dr Joulin.

Thérapeutique générale des teignes,

PAR M. BAZIN,

Recueillie et rédigée par M. Pouquet, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114 et 119.)

Diagnostic différentiel. — On peut confondre le favus avec un certain nombre d'affections constitutionnelles, que l'on a, pour cette raison, désignées sous le nom de pseudo-teignes. Elles forment un groupe naturel dans lequel on peut établir trois divisions principales : les pseudo-teignes humides, les pseudo-teignes squammeuses et les pseudo-teignes sébacées.

Les pseudo-teignes humides répondent à nos scrofulides bénignes exsudatives (1re période de la scrofule) ; elles comprennent : les achores, l'eczéma, l'eczéma impétigineux, l'impétigo, toutes distinctions qui ne peuvent avoir de l'importance que pour les partisans exagérés de la méthode de Willan.

Quels sont les caractères qui permettent d'établir un diagnostic différentiel entre ces affections et la teigne faveuse ?

Les croûtes sont moins sèches, plus foncées, souvent même brunâtres en certains points ; presque toujours, sur les parties où elles sont de date assez récente, elles offrent un aspect luisant, comme si on les eût recouvertes d'une couche de vernis. Quelquefois, dans leur ensemble, elles ont une remarquable analogie avec de la marmelade d'abricots un peu cuite. Leur disposition est moins régulière, et il est extrêmement rare que la face interne du pavillon de l'oreille ne soit pas affectée en même temps, et souvent à un degré plus prononcé que le cuir chevelu. Enfin, le suintement, quand il existe, est un signe d'une très-grande valeur. Mais lors même qu'il fait défaut, que les croûtes sont sèches... on trouve habituellement dans la disposition de ces dernières, dans leur aspect, quelque chose de particulier que l'œil saisit très-bien, et qu'il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'exprimer par des mots. On voit que ces croûtes sont le résultat de la concrétion d'un produit liquide ; quoique sèches, elles ont un faux air d'humidité.

En outre, les cheveux sont collés les uns aux autres, et ils n'offrent d'ailleurs aucune de ces altérations de forme et de couleur sur lesquelles nous avons tant insisté dans la nosographie de la teigne faveuse ; ils résistent à la traction de la pince ou des doigts, et, quand ils cèdent, les capsules n'ont pas un volume plus considérable qu'à l'état normal. Enfin, il n'y a de calvitie que dans les cas rares où la maladie dure depuis très-longtemps. Les signes fournis par l'examen des cheveux méritent de fixer l'attention d'une manière toute spéciale au point de vue du diagnostic différentiel que nous cherchons à établir en ce moment ; et si les deux affections se compliquent naturellement, ils ne le cèdent en importance à aucun autre caractère. Quand les croûtes sont tombées par suite d'un traitement ou par la marche naturelle de la maladie, la distinction n'est pas moins facile dans la plupart des cas, en dehors même de l'examen des cheveux, entre le favus et la pseudo-teigne humide. A ce moment, il est vrai, les deux affections sont caractérisées par de la rougeur seulement ; mais cette rougeur est superficielle, diffuse, occupe des surfaces plus ou moins régulières et plus ou moins étendues dans la pseudo-teigne ; dans le favus, au contraire, la rougeur est plus foncée, les surfaces sont nettement limitées, de forme ordinairement ovalaire, très-sensiblement déprimées et recouvertes d'une lamelle épidermique très-mince et transparente, qui laisse apercevoir les vaisseaux du derme injectés.

Sachez enfin, messieurs, que très-souvent on voit survenir chez les teigneux soumis à notre traitement des pustules qui occupent quelquefois la presque totalité du cuir chevelu. Ces pustules, qui n'ont qu'une durée éphémère, ont pu être prises, par des élèves peu habitués au diagnostic de la teigne, pour une éruption constitutionnelle ; et en même temps l'affection parasitaire était méconnue. Je devais vous signaler ce fait, afin que désormais vous fussiez vous-mêmes à l'abri d'erreurs aussi grossières.

Les pseudo-teignes squammeuses ou furfuracées comprennent le psoriasis et ses variétés, la lèpre vulgaire, et quelquefois aussi le pityriasis ou le pseudo-pityriasis du cuir chevelu. On ne peut guère les confondre qu'avec le favus en cercle (*porrigo scutulata*). Les croûtes sont moins épaisses et par conséquent moins saillantes ; elles ont une couleur plus blanche, un aspect plus lamelleux, une forme moins régulièrement circulaire ; elles adhèrent moins à la peau et aux cheveux, et par ce caractère se distinguent très-nettement des gaînes gommées dont nous voyons si souvent les poils entourés. Enfin, dans la plupart des cas, l'éruption constitutionnelle n'est pas bornée au cuir chevelu. Est-il nécessaire d'ajouter que dans les pseudo-teignes squammeuses les cheveux ne paraissent point altérés, et que la calvitie n'est pas autant à craindre que dans le favus scutiforme?

Quant à la pseudo-teigne sébacée, elle est plus difficile à distinguer de la teigne faveuse que les affections précédentes.

L'alopécie est un caractère commun à l'affection parasitaire et à l'affection constitutionnelle; toutefois elle est loin de suivre la même marche dans les deux cas.

Quant le sujet est atteint de pseudo-teigne sébacée, les cheveux tombent d'une manière irrégulière, et en différents points de la tête à la fois ; avant leur chute, ils n'ont subi aucune altération appréciable dans leurs caractères physiques, et plus tard, les surfaces dénudées ne revêtent point un aspect cicatriciel. Nous savons qu'il en est tout autrement dans le favus. D'ailleurs les caractères des croûtes offrent habituellement dans l'un et l'autre cas des différences extrêmement tranchées; ici elles sont très-sèches, épaisses, d'une couleur jaune paille.... là, au contraire, elles sont minces, noirâtres ou grisâtres et plus ou moins onctueuses au toucher.

Enfin n'oubliez jamais l'examen microscopique, qui est, dans les cas embarrassants, d'un si grand secours.

Nous avons établi dans la teigne faveuse trois variétés de forme: le favus urcéolaire, le favus scutiforme et le favus squarreux.

La teigne faveuse urcéolaire est de toutes les variétés celle qui est le moins souvent confondue avec une autre affection ; c'est à elle spécialement que se rapporte tout ce que nous avons dit du favus en général ; nous n'y ajouterons rien.

La teigne faveuse en groupes (*porrigo scutulata*) n'offre pas toujours un diagnostic facile. A la première période de son existence (avant l'apparition du champignon), elle simule à un degré remarquable, à cause de l'hypersécrétion épidermique dont elle s'accompagne, le pityriasis dartreux ou le pseudo-pityriasis du cuir chevelu. Nous avons actuellement dans notre service, couchée au n° 18 de la salle Sainte-Foy, une jeune fille de douze ans, que depuis longtemps nous traitons pour une scrofulide bénigne exsudative (eczéma impétigineux), qui se transforme en ce moment en pseudo-pityriasis. Eh bien, une disposition circulaire de l'éruption en certains points, quelques taches jaunes isolées, l'adhérence des squames aux cheveux nous font soupçonner aujourd'hui une teigne faveuse scutiforme compliquée d'une scrofulide. Nous restons dans le doute en attendant les résultats de l'examen microscopique, et nous ne faisons aucun traitement ; car s'il y a du champignon, les caractères qui lui appartiennent se dessineront de plus en plus. A côté du pityriasis, nous devons placer le psoriasis, la lèpre vulgaire, qui ont beaucoup d'analogie avec le favus en groupes arrivé à la deuxième période ; nous en avons déjà parlé il y a quelques instants. Enfin, ce n'est pas sans raison que les Anglais ont décrit sous le nom de *ringworm* le favus scutiforme et la teigne tonsurante : aussi, quand nous traiterons de cette dernière affection, établirons-nous avec grand soin le diagnostic différentiel entre les deux espèces de teignes.

Il semble que le favus scutiforme soit toujours facile à distinguer du favus urcéolaire. Il est cependant une sous-variété de ce dernier, que nous avons appelée favus urcéolaire cohérent, et qui offre avec le favus en groupes de nombreux points de ressemblance, si bien que des observateurs très-distingués, M. Deffis entre autres, ne voient aucune différence entre les deux. Dans l'un et l'autre cas, les godets se sont réunis et se sont déformés par suite de la pression qu'ils exercent les uns sur les autres dans leur développement ; mais la déformation des godets s'étant opérée à la même époque, il en résulte des différences très-sensibles dans l'aspect des croûtes. Vous vous rappelez, en effet, que, dans le favus scutiforme, la réunion des godets a lieu dans l'épaisseur de la peau avant l'apparition extérieure du champignon; tandis que dans le favus urcéolaire cohérent, la disposition cupuliforme s'est manifestée à la surface de la peau, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les godets, parfaitement distincts dans le principe, ont fini par se réunir. Or, on comprend que, dans ce dernier cas, il reste toujours dans la forme de l'éruption quelque chose des dépressions primitives si remarquables. Aussi les croûtes du favus cohérent sont-elles plus épaisses, plus anfractueuses, hérissées de nombreuses saillies et creusées d'enfoncements également nombreux, mais toutefois moins marqués au centre de la plaque qu'à la circonférence où la forme en godet est souvent encore évidente. En outre, les lignes qui tracent les limites de l'éruption sont plus régulières dans le *porrigo scutulata*, où elles représentent des arcs de cercle d'une certaine étendue, que dans le favus cohérent où, formées par la réunion des godets, elles revêtent une apparence festonnée.

Le favus squarreux est celui dont le diagnostic différentiel offre le plus de difficultés. Il simule, à s'y méprendre, l'*impetigo granulata*, avec lequel, surtout en Angleterre, il est journellement confondu. Cependant les monticules champignonneux sont plus saillants, plus adhérents et souvent plus volumineux que les croûtes impétigineuses ; la matière qui les compose est plus sèche, d'une cassure plus franchement granuleuse, d'une couleur moins foncée; les cheveux paraissent moins enchevêtrés; une gaîne blanchâtre, dont la couleur tranche au milieu de la matière cryptogamique, entoure leur tige dans une certaine étendue; c'est le canal épidermique du poil qui a été refoulé par la pression du parasite. Enfin l'extraction des cheveux est plus facile et occasionne peu de souffrance aux malades. Peut-être pourrait-on prendre aussi le favus squarreux pour du favus urcéolaire cohérent, et réciproquement ; mais il suffit, pour ne pas s'y laisser tromper, d'être prévenu de la possibilité de l'erreur.

J'arrive enfin, et je termine par là le diagnostic de la teigne faveuse, aux variétés de siége, sur lesquelles je passerai très-rapidement. Distinguons toutefois le siége topographique du siége anatomique.

La teigne faveuse du corps et des membres, de la face, des parties sexuelles..., revêt toujours la forme urcéolaire, et comme les poils sont indépendants, beaucoup moins nombreux et moins rapprochés qu'au cuir chevelu, les dépressions en cupule sont toujours faciles à reconnaître, et le diagnostic n'offre par conséquent aucune difficulté.

Quant au favus unguéal et au favus épidermique, s'ils sont si souvent méconnus, c'est qu'en réalité on aime mieux ne pas croire à leur existence. Comment admettre que les altérations si remarquables des ongles chez les sujets affectés de teigne faveuse sont dues à la présence et au développement d'un champignon, quand on affirme que les croûtes faviques elles-mêmes ne sont qu'accessoirement constituées, si tant est qu'elles le soient, par une production végétale ? Cependant,

M. Cazenave, observant ces altérations spéciales des ongles, ne peut s'empêcher de leur trouver une analogie frappante avec les croûtes faveuses, ce qui ne laisse pas que de l'étonner beaucoup ! Quant à nous, messieurs, nous ne pouvons partager un pareil étonnement, puisque, depuis plusieurs années, nous professons avec une conviction profonde que la matière unguéale, comme la matière favique, est en totalité formée par un cryptogame, l'achorion de Schœnlein.

Pronostic.—Le pronostic est bien différent de celui d'autrefois ; on pouvait dire encore en 1851 (il n'y a par conséquent que six ans), que la teigne faveuse était une maladie grave qui, résistant opiniâtrément à tous les traitements connus, avait une durée infinie et compromettait non-seulement la chevelure, mais quelquefois aussi l'existence, surtout quand elle s'étendait sur le corps et devenait générale. Aujourd'hui, au contraire, nous disons que la teigne faveuse est une affection légère, et même, de toutes les teignes, la plus facile à guérir; qu'on ne doit craindre ni la mort, ni une prolongation indéfinie dans un cas même où elle est généralisée.

Une seule circonstance, l'étendue de la maladie, fait varier le pronostic ; le traitement est d'autant plus facile et la guérison plus prompte que le favus est plus circonscrit. Portez donc toujours un pronostic plus sérieux quand l'affection occupe toute la tête ou au moins la plus grande partie de cette région. Mais je prévois une objection que vous allez m'adresser. J'ai dit que le pronostic était d'autant plus grave que la maladie était plus étendue, et je n'ai point fait d'exception pour le favus du tronc généralisé, qui disparaît si aisément par notre traitement. — N'y a-t-il pas, dans ces paroles, une contradiction évidente? Non assurément, et voici pourquoi. Le favus qui devient général sur le tronc et sur les membres ne se montre jamais d'emblée, mais il survient toujours chez des malades affectés depuis nombre d'années de teigne faveuse au cuir chevelu, et avant de se généraliser sur le reste du corps, il avait envahi entièrement cette dernière région ; de sorte que le pronostic du favus du corps généralisé ne peut pas être fait indépendamment du favus général de la tête ; et si l'affection disparaît sur le tronc après un traitement de quelques jours, vous savez qu'il n'en est pas de même au cuir chevelu. Ainsi, bien que le favus général du corps ne soit pas en lui-même une affection sérieuse, les circonstances dans lesquelles il paraît donnent toujours au pronostic une certaine gravité. Toutefois, ne croyez point que je n'admette qu'au cuir chevelu la teigne faveuse primitive. Le favus du tronc, comme le favus des ongles, peut être primitif; mais, dans ce cas, il est toujours circonscrit et ne se généralise point. Il n'y avait donc dans mes paroles qu'une contradiction apparente que je devais néanmoins justifier.

Vous entendrez dire généralement que le *porrigo scutulata* est la variété de teigne faveuse qui guérit le plus aisément; et l'on trouve dans l'ouvrage de M. Cazenave (*Traité des maladies du cuir chevelu*) une observation ainsi conçue : *Favus en cercle. — Traitement par les émollients, les onctions avec la pommade au sulfure de chaux, les lotions alcalines. — Guérison sans alopécie.* Puis on voit plus loin qu'à la sortie du malade les cheveux sont gris-souris. (*Observation VII.*)

Je vous prie de bien remarquer ces derniers mots : *à la sortie du malade les cheveux sont gris-souris.* — Qu'indique en effet cette couleur, sinon que les cheveux sont encore, avec les follicules qui les renferment, imprégnés de cryptogame, au moment où on déclare le malade guéri ? — Il semble vraiment que M. Cazenave, dans sa bonne foi, ait voulu nous mettre à l'abri d'un jugement téméraire sur la réalité et la solidité d'une pareille guérison. — Les Mahon, au contraire, trouvent que le *porrigo scutulata* est une affection plus grave que le *porrigo favosa*, parce qu'il résiste plus longtemps à leurs poudres et à leurs pommades. — Quant à nous, les différences entre les trois variétés de favus (sous le rapport du pronostic) nous paraissent presque insignifiantes ; tout au plus peut-on dire que le favus scutiforme, à cause de sa marche plus lente et de sa tendance moins prononcée à la généralisation, est la variété la plus légère. — Quant au traitement, il a toujours à peu près la même durée, et je n'ai point remarqué que telle forme fût plus rebelle que telle autre. — J'entends parler des variétés de forme et non des variétés de siége; car, vous savez, je vous l'ai déjà dit, que le favus du corps disparaît en quelques jours avec notre traitement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Pustule maligne.

A Monsieur H. de Castelnau, rédacteur du MONITEUR DES HOPITAUX.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi dans votre journal quelques réflexions sur la dernière communication de M. Nélaton à l'Académie.

Des cinq cas de pustule maligne cités par M. Raphaël, un seul a été exposé *in extenso* pour prouver sa certitude de diagnostic, et cette exposition paraît avoir démontré qu'il ne s'agissait pas d'une pustule maligne.

En épluchant bien l'observation, on pourrait peut-être arriver à découvrir ce que c'était. Peut-être le diagnostic du commissionnaire qui vint chercher M. Raphaël était-il le véritable et avait-on affaire à un érysipèle?

Peut-être s'agissait-il de l'œdème charbonneux? (Ce qui serait aussi honorable pour la feuille de noyer que si c'eût été une pustule maligne elle-même.) Mais M. Robert a eu soin d'ajouter que c'était probablement la forme bénigne de cette affection maligne. Peut-être enfin, et je crois la chose probable, a-t-on eu simplement affaire à l'un de ces œdèmes qui se développent, soit immédiatement, soit plusieurs heures après une piqûre de certaines mouches sur une partie du visage, piqûre souvent inaperçue et qui, soit disposition particulière à la personne atteinte ou à la mouche elle-même, soit aussi en raison du point lésé, détermine avec une violence extrême tous les accidents dont M. Raphaël a tracé le tableau, moins toutefois les plaques de gangrène humide qui me paraissent avoir disparu un peu vite.

Mais laissons ce que pouvait être l'affection décrite, pour dire ce qu'elle n'était pas.

Si par pustule maligne il faut entendre ce qu'a si bien dit M. Robert, ce que tout le monde entend depuis qu'en 1785 Enaux et Chauffier ont fixé la science sur ce point, certainement le cas de Saint-Loup n'était pas une pustule maligne.

En dirai-je autant de ces quatre autres cas qui sont venus si bien à point nommé confirmer la première merveille dans le même mois? Non certes, puisqu'on ne les raconte pas. Mais je dirai que moi aussi j'habite un pays où l'affection est assez fréquente, non pas pour m'offrir cinq cas dans un mois, mais bien dans une année; que depuis douze ans que j'y exerce, j'ai pu acquérir une certaine habitude de ces affections; que j'affirme que le diagnostic est très-difficile, très-incertain, et que le plus souvent, je suis, quand il s'en présente, très-embarrassé d'en affirmer le caractère de malignité, *même quelquefois à la fin de la deuxième période.*

Certes, il est des cas tellement tranchés et de telle allure que le doute n'est guère permis, et où le médecin intervient avec vigueur et promptitude ; mais c'est le plus petit nombre. Le plus souvent l'affection qui se présente n'a rien de décidé; elle a déjà été travaillée à coup d'ongles, d'épingles, de canif. L'aspect ordinaire est modifié par tous les accidents d'intervention maladroite; il manque des symptômes... on soupçonne bien la malignité, mais on n'en a pas la certitude; et alors, si

l'on ne temporise pas, du moins on agit mollement; on cautérise faiblement, juste assez souvent pour ne mettre à couvert que sa propre responsablilité.

Voilà ce qui se fait très-souvent et qui ne peut pas ne pas se faire, parce que je le répète, le diagnostic de la pustule maligne est *la plupart du temps difficile et incertain*, et le médecin ne peut pas s'exposer ou à dire qu'il n'y a pas pustule maligne quand il y en a une, ou à affirmer qu'il y en a quand cela n'est pas, et que le malade, effrayé par la cautérisation proposée, peut guérir sans y avoir consenti. Il est une pratique éminemment sage que m'a léguée mon père, pratique qui satisfait à toutes les exigences du malade d'abord, de la science ensuite, enfin du praticien. C'est d'inciser dans son plus grand diamètre tout bouton suspect; l'incision démontre la nature des tissus traversés.

Tantôt ce sont des chairs denses, dures, criant presque sous le bistouri; tantôt elles sont molles, infiltrées et se laissant traverser comme de la graisse; on y voit des zones de différentes colorations, noires au centre, puis bleues, puis rouge livide.

On y reconnaît l'étendue et la profondeur des dégâts dans le derme. C'est, en un mot, le renseignement le plus précis que l'on puisse avoir, et sur la nature réelle de l'affection, et sur son étendue actuelle. Ce qui, joint à l'étude des symptômes généraux, donne la notion exacte de la chose à combattre et la mesure des moyens à lui opposer.

La malignité démontrée, je complète l'opération en inscrivant la partie malade dans deux incisions parallèles à la première, et je livre la masse altérée le plus souvent au beurre d'antimoine, quelquefois au nitrate d'argent, même à l'ammoniaque, et rarement au fer rouge, le meilleur caustique à coup sûr, mais non pas l'indispensable, et qui a le tort d'effrayer le plus les malades. Quand il y a lieu, je soutiens le malade par le quinquina jusqu'à la réaction inflammatoire, et jusqu'alors je n'ai pas à enregistrer un seul malheur.

S'agit-il au contraire d'un simple furoncle, d'un anthrax, etc., le malade en est quitte pour une incision salutaire qui précipite singulièrement la guérison.

En 1848 il se présenta à moi dix-sept individus porteurs de boutons de mauvaise mine que j'incisai comme toujours. Avant l'incision, onze fois je crus pouvoir affirmer une pustule maligne; six fois seulement l'inspection des tissus divisés me donna raison. J'abandonnai les autres cas sans cautérisation et tout se passa pour le mieux. J'ai donc raison de dire que le diagnostic de la pustule maligne est difficile et incertain. J'eusse expérimenté les feuilles de noyer qu'en bonne conscience j'aurais pu affirmer cinq cas de guérison de pustule maligne bien constatée.

Que M. Raphaël fasse comme moi; qu'il assure son diagnostic par une incision qui lui démontre la nature d'affection. En elle-même l'incision peut, jusqu'à un certain point, arrêter une pustule maligne dans sa marche; mais le plus souvent j'ai pu constater le contraire. La malignité démontrée, pour tout traitement qu'il applique ses feuilles fraîches de noyer et qu'il *triomphe un certain nombre de fois*, alors il pourra affirmer la spécialité de son traitement à l'exclusion de tout autre.

Jusque-là je conserverai mes doutes et ma pratique.

Pardon, mon cher rédacteur, de la longueur de cette lettre, que j'ai failli encore allonger de réflexions générales; car à une époque je me suis beaucoup occupé de la pustule maligne et des affections charbonneuses; mais j'ai vu que ça nous mènerait trop loin.

Veuillez agréer, etc.

Dr Mougeot,
Médecin en chef de l'hôpital civil et militaire de Bar-sur-Aube.

Bar-sur-Aube, le 2 octobre 1857.

Sur l'opération césarienne.

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hopitaux.

Monsieur le rédacteur,

Pour répondre en ce qui me concerne à l'appel que vous avez fait plusieurs fois aux médecins qui auraient pu avoir l'occasion de faire l'opération césarienne, je vous dirai que j'ai fait deux fois cette opération et assisté à une troisième, faite par deux autres médecins.

Voici mes deux cas :

Obs. I. — Femme de vingt-deux ans, primipare, assez fortement constituée; elle était dans les maux depuis trois jours, sans avoir pu être délivrée, quand elle me fit appeler : la sage-femme qui l'assistait me dit que les douleurs avaient marché assez régulièrement, que l'orifice de la matrice s'était bien dilaté, que les douleurs avaient été et étaient encore fortes, que deux médecins avaient été appelés sans qu'ils eussent pu terminer l'accouchement. En touchant la femme, je trouvai l'orifice utérin mou, complétement dilaté, et la tête placée en première position au-dessus du détroit supérieur; mais en me rendant compte du diamètre du bassin, je sentis l'angle sacro-vertébral très-proéminent, et les pubis me parurent inclinés en avant et en bas de sorte qu'en introduisant mes deux doigts (index et médius), l'un sur l'angle sacro-vertébral et relevant l'autre contre la symphyse des pubis, je trouvai que le diamètre antéro-postérieur ne pouvait avoir guère plus de deux pouces, ce qui me fit juger que l'accouchement ne pouvait avoir lieu naturellement, et, par là, je m'expliquais l'impossibilité où l'on avait été jusque-là de délivrer cette femme. N'ayant à ma disposition aucun instrument pour broyer la tête de l'enfant, je me décidai à faire l'opération césarienne comme la seule capable de conserver l'enfant, qui était encore vivant, comme je m'en assurai par l'auscultation, et peut-être encore la mère.

L'opération fut simple. Après avoir vidé la vessie et tracé une ligne noire sur la peau le long de la ligne blanche, je fis un large pli que j'incisai depuis un centimètre au-dessous de l'ombilic, jusqu'à la symphyse pubienne; j'avais une ouverture de 15 centimètres environ, je fis écarter les bords de cette plaie, puis j'incisai la matrice dans une longueur de 10 centimètres environ; alors j'enlevai un enfant vivant, puis je délivrai la femme par la même voie; mais aussitôt je fus effrayé de la quantité de sang qui suivit l'extraction du placenta. Cependant je comprimai un peu la matrice, mais je ne pus empêcher qu'une grande quantité de sang ne tombât dans la cavité du péritoine et sur la masse des intestins, qui vinrent se présenter devant l'incision de l'abdomen. Je refoulai ces intestins dans la cavité abdominale, après les avoir nettoyés et lavés avec de l'eau tiède; j'enlevai également autant que possible tout le sang de la cavité péritonéale, je fis cinq points de suture que j'aidai par un bandage unissant, je mis par-dessus des compresses qne je maintins par un bandage de corps. L'écoulement des lochies se fit régulièrement.

Le premier jour après l'opération, la malade est calme, elle ne souffre pas, le sang coule convenablement, rien du côté de l'abdomen, la malade a uriné sans douleur. Le deuxième jour, je lève l'appareil, il n'y a pas de ballonnement; la plaie est belle et paraît vouloir se cicatriser vers le tiers supérieur.

Le troisième jour, la fièvre de lait a eu lieu; les seins se gonflent; on parle de faire teter l'enfant, mais je m'y oppose, pour ne pas faire faire de mouvements à la mère; les lochies vont bien, la plaie est on ne peut plus satisfaisante; il y a à peine une légère tuméfaction du ventre, la matrice revient bien sur elle-même.

Le quatrième jour, je ne puis aller voir la malade qui, fatiguée d'être dans la même position, demande à être levée, ce qu'on lui refuse; alors se trouvant un peu trop abaissée vers le pied du lit, elle veut, pendant qu'elle est seule, se relever, et pour cela elle se cramponne avec ses deux mains à la tête de sa couchette; au même moment, il lui semble que quelque chose s'arrache dans son ventre. En effet, la portion cicatrisée s'ouvre, les fils des points de suture que j'avais laissés par précaution se déchirent, et les intestins grêles viennent faire hernie

dans la plaie. Presque aussitôt des douleurs vives se déclarent, la fièvre s'allume, et le lendemain, en arrivant auprès de la malade, qui ne m'avait pas fait prévenir de son accident, je la trouve dans un grand abattement; le pouls dur, petit, concentré et très-fréquent, bat cent vingt fois par minute; la surface des intestins sortis est sèche, aride, comme boursouflée par des gaz. La rentrée des intestins, une saignée, des émollients, rien n'empêche le ventre de se ballonner énormément, et cette jeune femme de succomber deux jours après l'opération dont les commencements m'avaient donné beaucoup d'espoir; je n'ai pu faire l'autopsie.

En faisant cette opération, j'avais été effrayé du flot de sang qui avait suivi l'extraction du placenta, et je me proposais, si je rencontrais une nouvelle occasion de faire l'opération césarienne, de parer à cet accident en faisant introduire, après l'extraction du fœtus, la main dans le vagin ou dans la matrice s'il le fallait, de saisir le cordon et de provoquer la délivrance par les voies naturelles.

Obs. II. — Trois ans après, je fus appelé pour donner des soins à une jeune fille de vingt ans, rachitique, primipare, ayant le bassin conformé de manière telle que la cavité cotyloïde droite, étant fortement enfoncée en dedans, faisait rentrer le rebord de l'os des îles droit de telle façon que tous les diamètres du bassin étaient considérablement diminués, et le diamètre transverse ne me parut pas avoir plus de deux pouces. Cette jeune fille était dans les maux depuis la veille, l'orifice de la matrice était suffisamment ouvert pour pénétrer facilement dans cette cavité, les eaux étaient écoulées depuis le commencement du travail; l'enfant me parut encore vivant, et je me décidai de suite à faire aussitôt l'opération césarienne avec l'aide d'un officier de santé qui se trouvait auprès de la patiente. Je vidai la vessie, et l'opération fut faite comme dans le premier cas. Lorsque l'ouverture des téguments fut suffisante, j'incisai la matrice dans une longueur de douze centimètres environ, et par cette incision je retirai un enfant vivant. Il ne sortit que quelques gouttes de sang. Aussitôt je fis maintenir la partie de l'abdomen située au-dessus de la matrice, je glissai la main droite le plus haut possible, je saisis le cordon ombilical, que je conduisis avec la main gauche, et je procédai à la délivrance, qui ne se fit pas longtemps attendre.

Il ne sortit presque pas de sang par l'incision faite à la matrice; je rapprochai les lèvres de la plaie de l'abdomen, qui avait été constamment maintenu. Je fis quatre points de suture lâche, dans la crainte de météorisme; j'appliquai ensuite des bandelettes de sparadrap qui rapprochèrent les lèvres de la plaie plus qu'elles ne l'étaient par les points de suture, et je recouvris le tout de compresses maintenues par un bandage de corps.

Le premier jour après l'opération, la nuit a été bonne, la malade a même dormi quelques instants, la journée est bonne, le pouls ne présente rien d'extraordinaire de celui d'une couche ordinaire, le sang coule bien, la malade a uriné trois fois depuis l'opération.

Le deuxième jour, la peau est un peu chaude, le pouls plus agité; il y a de la soif, j'examine la plaie, qui n'offre rien de remarquable qu'un peu de rougeur dessous une bandelette que j'enlève aussitôt; les points de suture sont fermes, il y a un peu de ballonnement du ventre, qui est cependant souple; les lochies vont bien. J'applique sur la plaie des compresses humides et froides; la malade urine bien.

Le troisième jour, même état, fièvre de lait, les seins se gonflent un peu, la rougeur de la plaie a disparu; du reste les lochies coulent convenablement, la malade urine bien; elle a une selle naturelle; on applique des compresses résolutives sur les seins; la plaie paraît cicatrisée dans son tiers supérieur, le bas est moins avancé parce que j'avais laissé une place sans la fermer, dans l'hypothèse d'un écoulement quelconque; mais il n'y en eut point.

Les jours suivants, tout est dans le meilleur état possible; la malade demande à manger. Je permets de légers bouillons; la plaie marche rapidement vers la cicatrisation, qui paraît complète vers le quatorzième jour; cependant je laisse en place les bandelettes agglutinatives; j'avais enlevé les points de suture successivement depuis le sixième jour; je fis porter un bandage de corps pendant six semaines, mais c'était par précaution, car le quinzième jour la malade se leva et fit même quelques pas dans sa chambre, mais en cachette.

Je m'applaudis beaucoup de la précaution que j'avais prise, et je lui attribuai la simplicité des conséquences de cette opération. Je ne sais si vous serez de mon avis.

Quant à la troisième opération, que j'ai vu faire par deux médecins chez une femme multipare, très-forte et très-grosse, dont l'angle sacrovertébral était assez proéminent pour avoir été cause que cette femme ne pût mettre au monde d'enfant vivant, et pour que dans ce cas on ne pût faire ni la version, ni l'application du forceps, cette opération a été faite si contrairement aux règles de l'art et dans des conditions si mauvaises, provenant des manœuvres malheureuses qu'on avait exercées sur cette femme, que je pensais qu'elle ne pouvait pas survivre plus de quelques heures à l'opération. L'enfant qu'on retira était mort, et la mère succomba quinze heures après l'opération.

Pelletier, D. M. P.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE.

Rétention d'urine provoquée par de hautes doses de sulfate de quinine.

Dans votre numéro du 15 octobre dernier (t. LI, p. 325), vous signalez les accidents par l'administration du sulfate de quinine contre l'intermittence dans les affections des voies urinaires, accidents sur lesquels M. Ségalas appelait l'attention de ses collègues de la Société médico-chirurgicale. Suivant ce distingué confrère, l'emploi du sel fébrifuge, prescrit dans le but de triompher des accès fébriles intermittents, chez un de ses clients, aurait suffi pour développer une cystite, alors que ce malade n'avait éprouvé antérieurement aucune atteinte de cette maladie, et pour révéler les symptômes de la pierre. D'après ce fait, il concluait que ce médicament pouvait déterminer une inflammation de la muqueuse des voies urinaires. Permettez-moi de venir corroborer l'assertion de M. Ségalas, en publiant une observation nouvelle de cette influence fâcheuse du sulfate de quinine.

M. S..., propriétaire, âgé de quarante-six ans, d'une constitution fort robuste, fut affecté, au début de l'année 1856, d'une fièvre intermittente. Le médecin ordinaire du malade s'empressa de couper court aux accès en prescrivant une potion contenant 1 gramme de sulfate de quinine aiguisé avec quelques gouttes d'acide sulfurique. Le lendemain, la fièvre n'ayant pas disparu, le sel fébrifuge fut porté à 1 gramme 50 centigrammes, et la portion prise à doses fractionnées, c'est-à-dire par cuillerées à bouche d'heure en heure. Six heures environ après la dernière cuillerée de la solution médicamenteuse, de vives douleurs se firent sentir dans la région hypogastrique, accompagnées d'envies fréquentes d'uriner. La miction fut impossible, et le ténesme vésical était tellement intense qu'il faisait pousser de hauts cris au patient. Après douze heures d'attente inutile, le malade, ne pouvant résister davantage aux douleurs provoquées par sa rétention d'urine, me fit appeler. Je le trouvai dans un état d'abattement extrême, le pouls petit, serré, le bas-ventre tendu et douloureux à la pression. L'indication était urgente et je voulus pratiquer le cathétérisme, mais il me fut impossible de pénétrer dans la vessie.

Le malade m'apprit alors que, depuis une blennorrhagie qu'il avait contractée vingt années auparavant, il avait vu le jet de ses urines diminuer beaucoup de volume; mais que jusqu'ici son rétrécissement n'avait eu d'autre résultat que de rendre la durée de la miction plus longue et qu'il n'en avait jamais souffert. Cette rétention d'urine était le premier accident qu'il subissait, et il croyait devoir le rapporter à la médication quinique à laquelle on l'avait soumis.

La présence du rétrécissement ne permettant pas à ma sonde de pénétrer dans la vessie, et n'ayant pas d'instrument propre à vaincre cet obstacle, je prescrivis un bain de

siége prolongé, puis au sortir du bain des frictions sur les régions hypogastrique et périnéale avec une pommade fortement belladonée, que l'on devait répéter tous les quarts d'heure. Il fut introduit en même temps dans le rectum gros comme une noisette de cette pommade, afin de combattre le spasme du col de la vessie. Après quatre heures de persistance dans l'emploi de ces moyens, le malade put vider complétement sa vessie.

La famille, effrayée par l'acuité des souffrances éprouvées par le malade et l'impossibilité où je m'étais trouvé de pratiquer le cathétérisme, avait fait demander en consultation un chirurgien de Toulouse, M. Dieulafoy. Lorsque notre savant confrère arriva près du malade, il le trouva soulagé par l'abondante miction qui avait eu lieu, il restait à voir si, plus heureux que moi, il parviendrait à franchir le rétrécissement de l'urèthre. Malgré le petit calibre et la flexibilité des sondes dont il s'était muni, l'habile chirurgien ne put pénétrer dans la vessie. Il fallut donc s'en tenir à l'emploi des moyens propres à combattre l'orgasme vésical. Aux effets de la saignée du bras, que j'avais pratiquée dans le but d'aider à la détente, il fut convenu qu'on ajouterait une application de dix sangsues au périnée, puis dix centigrammes d'extrait thébaïque divisés en quatre pilules, qui devaient être prises d'heure en heure. On devait continuer l'usage des bains de siége, des lavements et des cataplasmes.

Au bout de huit jours, le malade se trouva assez bien pour qu'on pût aborder le traitement de son rétrécissement. Une bougie de la plus petite dimension put être introduite, et, tous les trois jours, on en substitua une d'un calibre plus considérable ; enfin, après un mois de dilatation progressive, on arriva à faire franchir au rétrécissement les instruments les plus volumineux.

Le traumatisme subi par l'urèthre n'avait pas enrayé les accès de fièvre intermittente, de sorte que, tout en continuant l'action mécanique sur le point rétréci du canal, il fallut continuer l'administration du sel fébrifuge, mais il fut donné à dose très-faible, et additionné d'opium et de camphre.

Après un mois de ce traitement complexe, le malade avait recouvré une santé parfaite, qui ne s'est pas démentie depuis.

A quelle cause rapporter l'apparition de la fièvre intermittente chez ce malade ; était-elle symptomatique de la lésion des voies urinaires ou provoquée par des effluves paludéens ? Notre localité est située sur un lieu élevé et bien aéré ; mais au centre du village existe une sorte d'étang formé par l'écoulement des eaux pluviales. Pendant les grandes chaleurs de l'été, cette pièce d'eau est presque à sec, et laisse à nu un fond de vase épaisse, constituée par les immondices que charrient les ruisseaux ; il s'en exhale des émanations d'une odeur infecte, produites par la décomposition des détritus. Or, la maison qu'habite notre malade est située dans le voisinage de ce cloaque ; il n'habite cette campagne que l'été, se lève de grand matin et se promène au sein d'une atmosphère alors qu'elle est le plus chargée de miasmes. Ainsi, existence d'effluves paludéens, promenades au moment où ceux-ci sont le plus abondants, non-accoutumance au milieu palustre, voilà bien des causes qui permettent de dire que la fièvre intermittente dont M. S... était affecté n'était pas symptomatique de l'état des voies urinaires. La phlegmasie de ces organes peut bien provoquer des accès fébriles intermittents, mais il faut pour les déterminer une cause occasionnelle, une action traumatique, et, ainsi que vous l'avez fait remarquer, c'est un cathétérisme qui le plus souvent en amène l'explosion.

L'emploi du sulfate de quinine était donc indiqué chez M. S... ; je ne ferai pas non le plus reproche au confrère appelé à traiter le malade de ne pas l'avoir interrogé sur l'état fonctionnel de ses voies urinaires ; cet oubli, nous le commettons tous, et tous les jours. Mais était-il indispensable, pour combattre une fièvre intermittente simple, de recourir à des quantités aussi élevées de sel de quinine ? c'est une question que je me borne à poser. Si l'on avait soumis le malade aux doses habituelles du médicament fébrifuge, nul doute qu'on fût parvenu à triompher des accès fébriles, sans provoquer cet état d'orgasme du canal de l'urèthre.

Ces effets fâcheux des hautes doses de sulfate de quinine sur les phlegmasies latentes des voies urinaires se sont présentés récemment encore chez deux jeunes filles de ma localité. Le médicament administré d'emblée, à la dose de 1 gramme, dans le but de couper des accès de fièvre intermittente, a déterminé chez toutes les deux une grande difficulté d'uriner pendant quarante-huit heures.

Ces faits, réunis à ceux que M. Méandre-Dassit a publiés dans ce journal (*Bull. de Thérap.*, t. XV, p. 248), témoignent donc de l'influence fâcheuse de l'alcaloïde du quinquina, et deviennent un motif pour les praticiens de ne pas employer de hautes doses du médicament avant de s'être informés de l'état des voies urinaires du patient.

Toutefois, si mon expérience me conduit à me ranger de l'avis de M. Ségalas, c'est-à-dire à conclure avec lui à une certaine réserve dans l'administration du sulfate de quinine chez les malades atteints de phlegmasies vésicales, nous nous garderons bien de combattre votre sage remarque de ne tenir aucun compte de ces effets fâcheux, dans les cas où les accès intermittents présentent le caractère pernicieux. L'existence même du malade est exposée à un danger si pressant, que toute crainte de produire une aggravation passagère de l'état des voies urinaires doit disparaître.

C'est l'abus et non l'usage des hautes doses que nous croyons devoir combattre. BRUN, D. M.

à l'Herm (Haute-Garonne).

(*Bulletin de Thérap.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 septembre 1857.

Présidence de M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Physiologie végétale. — M. TRECUL adresse, sur la circulation des plantes, un premier mémoire que nous croyons devoir reproduire textuellement :

« Avant d'exposer l'opinion que mes observations m'ont suggérée relativement à la circulation dans les végétaux, je crois indispensable de faire l'examen des forces auxquelles on attribue en général ce phénomène. Je fus surpris un instant, en considérant l'emploi que l'on a fait des forces physiques connues pour expliquer l'absorption des liquides du sol, l'ascension de la séve, et aussi sa marche descendante, qu'aucun essai analogue n'ait été tenté pour donner raison de l'absorption des gaz puisés dans l'atmosphère. Cependant cette dernière faculté des plantes, que l'on se contente de signaler, n'a pas moins d'importance que l'absorption des liquides par les racines. Mais c'est que l'on n'a pu l'expliquer par les lois ordinaires de la physique. Eh bien, je vais essayer de prouver que l'aspiration par les racines, et les mouvements des liquides dans les végétaux, ne peuvent s'accomplir sous l'influence des forces physiques auxquelles on a fait encore jouer un rôle si important, c'est-à-dire de la capillarité et de l'endosmose. Les physiologistes mêmes, qui accordent à la capillarité et surtout à l'endosmose une grande part dans l'ascension de la séve, sont obligés de reconnaître qu'elles sont impuissantes à élever les liquides à la hauteur de nos arbres, sans le secours de l'évaporation qui a lieu dans les feuilles, et qui appelle, dit-on, les liquides vers ces organes. Pour ma part, je crois d'abord que si l'évaporation fait monter les liquides, elle doit les empêcher de descendre : or ils descendent après avoir monté ; l'évaporation ne concourt donc pas à leur ascension. Je crois ensuite que la nature ne fait point usage de forces insuffisantes comme l'endosmose et la capillarité ; et, d'un autre côté, le rôle attribué à l'endosmose est incompatible avec la constitution des plantes.

« Admettons, pour un instant, avec les physiologistes, que c'est l'endosmose qui fait monter les liquides par le corps ligneux, et qui les fait descendre ensuite par l'écorce. Pour que ce phénomène s'accomplisse, il faut que la densité des sucs aille en augmentant à mesure

qu'ils s'élèvent (c'est ce que l'on a observé); il faut de plus que cette densité s'accroisse en passant, à travers les feuilles, du corps ligneux dans l'écorce, et en descendant de cellule en cellule dans l'intérieur du tissu cortical. (J'ai annoncé dans la dernière séance que ces sucs ne descendent pas par les laticifères, qui ont d'autres fonctions.) On ne pourrait d'ailleurs avoir recours exclusivement à la pesanteur, attendu qu'il y a des rameaux pendants aussi bien que des rameaux dressés.

« Les botanistes qui admettent la théorie endosmique n'ont pas remarqué qu'ils ont ainsi, à côté l'un de l'autre, deux courants de liquides de densités différentes; ils n'ont pas fait attention que la séve ascendante, étant moins dense que celle qui descend, devrait être attirée par cette dernière, puisque les membranes sont perméables; ils n'ont pas réfléchi qu'il devrait y avoir dans toute la longueur du tronc un courant horizontal centrifuge jusqu'à ce que l'équilibre de densité soit rétabli, qu'alors le double courant ascendant et descendant que nous constatons ne saurait exister. Le courant descendant au moins serait anéanti. Puisqu'il ne l'est pas, la théorie endosmique est erronée. Une autre force que l'endosmose préside donc à l'absorption des liquides puisés dans le sol, de même qu'à celle des gaz empruntés à l'atmosphère. Et puis, il y a dans les plantes d'autres mouvements que celui de la séve ascendante et descendante. Cette séve envoie sur son chemin, dans toutes les cellules, les substances nécessaires à leur nutrition. Ces cellules s'assimilent les éléments qui leur conviennent et rejettent ceux qui sont inutiles. Les éléments rejetés sont aspirés par les laticifères, ou se réunissent dans des réservoirs particuliers, comme les huiles essentielles, etc. Cependant il n'y a pas dans ces réservoirs de liquide plus dense pour lequel ces huiles essentielles aient de l'affinité. Ici encore l'endomose n'a donc aucune part au mouvement des liquides.

« La tendance à admettre des causes purement physiques pour expliquer les phénomènes physiologiques se fait remarquer de nouveau à l'occasion de la spongiole; car on a comparé cette extrémité des racines à une éponge, ainsi que son nom l'indique. Voyons donc ce qu'il peut y avoir d'exact dans cette comparaison.

« J'ai démontré dans mon Mémoire sur l'origine des racines que les jeunes tissus dont la formation détermine l'allongement des racines sont protégés dans leur développement par une sorte de petite coiffe, que j'ai appelée pour cette raison *piléorhize*. Elle enveloppe en effet comme un bonnet l'extrémité de la racine. Cet organe s'observe bien surtout sur les racines des plantes aquatiques, parce que là le développement est plus prompt que chez la plupart des autres plantes. Cette coiffe est adhérente à l'extrémité de la racine par son sommet interne, par le fond de la coiffe; c'est par là qu'elle se renouvelle pendant que sa partie externe, qui est plus âgée, se détruit. Les cellules externes, en se désagrégeant, ont seules pu donner l'idée d'une petite éponge. Quant à la propriété d'absorption qui, dans certaines plantes au moins, est beaucoup plus puissante à l'extrémité de la racine que dans les autres parties de cet organe, elle ne peut évidemment être assimilée aux phénomènes capillaires qui font monter les liquides dans l'éponge. Le mot *spongiole* donne donc une idée fausse de ce qui se passe en réalité dans les racines.

« Certains botanistes qui admettent la spongiole ont cependant reconnu qu'il existe à la surface de beaucoup de racines des cellules proéminentes auxquelles ils attribuent une part dans l'absorption. Je partage leur opinion à cet égard, et de plus je suis porté à croire que, même dans les racines ligneuses des arbres, toute la surface jouit de la propriété d'absorber les liquides du sol. Dans les arbres d'une végétation puissante, comme les *Paulownia*, j'ai eu l'occasion d'observer quelquefois, je crois me rappeler que c'est au printemps, que la partie morte de l'écorce était imprégnée d'une quantité considérable de liquides, qui vraisemblablement devaient être cédés aux parties vivantes de la racine.

« Les liquides absorbés par les racines au moyen de cette force que nous ne connaissons que par les effets qu'elle produit, la vie, sont portés dans le corps ligneux de ces organes, et de là dans celui de la tige. Ces sucs montent jusque dans les feuilles, puis ils descendent vers les racines en décrivant ainsi une sorte de cercle. Comme ils parcourent toute l'étendue du végétal, je crois qu'il serait à propos de nommer cette circulation la *grande circulation*, et d'appeler *circulation veineuse* celle qui, par les laticifères, ramène aux vaisseaux proprement dits les substances que les cellules n'ont point assimilées. Il y a en outre un mouvement intracellulaire qui a été observé dans plusieurs végétaux. Ce mouvement a reçu le nom de *rotation*, parce que les sucs semblent tourner sur eux-mêmes avec plus ou moins de régularité dans l'intérieur de chaque cellule. »

VARIÉTÉS.

M. Trécul a encore eu le privilége lundi dernier de faire à l'Académie des sciences la seule communication qui puisse nous intéresser. Ce qu'il a lu n'étant que la première partie d'un travail extrêmement intéressant sur la circulation dans les végétaux, nous attendrons la fin de ses recherches pour en dire notre opinion.

— Nous avons appris trop tard pour l'annoncer à nos lecteurs dans notre dernier numéro la triste nouvelle de la mort de M. Félix Jacquot, médecin-major de première classe, connu par plusieurs travaux scientifiques, et notamment par sa collaboration, spécialement comme feuilletoniste, à la *Gazette médicale de Paris*.

— *Empoisonnement par les crevettes.* — Nos lecteurs ont pu remarquer depuis plusieurs jours les avis publiés par plusieurs journaux quotidiens, et même la petite polémique engagée entre quelques ports de mer cherchant à défendre, chacun de son côté, l'excellence de ses crustacés. Ces faits auraient assurément le plus grand intérêt pour l'histoire naturelle et pour l'hygiène, s'ils avaient été observés avec quelque rigueur. Il serait aussi curieux qu'important de pouvoir établir que des animaux dont la chair constitue ordinairement un aliment aussi sain qu'agréable, peut acquérir tout à coup, et par une rare exception, des propriétés vénéneuses très-caractérisées. Ce fait, on se le rappelle, paraît avoir été mis hors de doute par les observations de notre excellent collaborateur M. Morvan (de Lannilis. — Voir le *Moniteur des hôpitaux* du 22 août 1857.) Mais ces observations acquerraient plus de poids encore si elles venaient à être confirmées par des observations analogues. Nous exprimerons donc le regret, et par malheur ce ne sera pas le premier de ce genre, qu'il ne se soit pas trouvé, dans les localités où ont été observés les accidents attribués aux crevettes, un médecin assez zélé et assez attentif pour nous informer de ce qu'il peut y avoir de vrai dans les faits qui ont occupé la presse politique. — Le parquet d'Abbeville est, dit-on, saisi de cette question. — Peut-être est-ce par lui que nous saurons ce que nous aurions dû apprendre des médecins.

— *Acclimatation des yaks, des chèvres d'Angora et des alpacas.* — « La Société royale d'acclimatation, dit le *Cosmos*, avait formé dès son origine, en 1854, le projet de placer dans nos différentes chaînes de montagnes des yaks, des chèvres d'Angora et des alpacas. Grâce au concours des ministres des affaires étrangères, de l'instruction publique et de la guerre, le projet a été promptement réalisé en ce qui concerne les yaks et les chèvres d'Angora. Cette dernière race en particulier est maintenant répandue dans toutes nos chaînes de montagnes, à l'exception des Pyrénées qui sont au moment d'en recevoir à leur tour. Mais pour les alpacas il s'est présenté une difficulté grave. Depuis que leur laine est devenue l'objet d'nn commerce important entre l'Amérique et l'Europe, le gouvernement du Pérou a prohibé la sortie de ces animaux. M. le ministre des affaires étrangères a bien voulu, depuis trois ans, demander à ce gouvernement, en faveur de la Société, une exception qui vient enfin d'être accordée au consul général et chargé d'affaires de l'empereur, M. Charles Huet. La Société est autorisée à acquérir un troupeau de vingt-quatre têtes et à le faire transporter en France. »

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 121. 5e ANNÉE. Jeudi, 8 octobre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 31
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 7 octobre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

[**Une galanterie de M. Piorry. — L'Académie en réclames. Fonctions de la moelle. — Lithotripsie.**]

On craignait que la pustule maligne ne se montrât encore aujourd'hui à l'Académie ; mais elle a gardé le silence partout, excepté dans le *Moniteur des hôpitaux*, où nos lecteurs vont la voir apparaître sous la forme la plus piquante. Nous ne parlons ici, bien entendu, que de la pustule maligne de tout le monde, et non de la pustule maligne de M. Piorry, c'est-à-dire des écorchures, plaies et escharres qui se forment, après un long séjour au lit, au derrière des malades atteints de fièvres ou d'affections chroniques graves. De cette espèce toute nouvelle de pustule maligne il a été question dans une lettre de M. Piorry. Le juvénile professeur a eu la galanterie d'écrire qu'il se mettait à la disposition de ses collègues pour leur donner, sur cet état organo-pathologo-nécroso-iatrique, tous les renseignements qu'ils pourraient désirer, et même davantage. L'Académie, touchée de la démarche de l'illustre réformateur, s'est empressée de répondre, par un silence unanime, qu'elle n'éprouvait absolument aucun désir, et qu'il n'eût pas à se déranger.

— Après ce petit incident, la parole a été donnée à M. Gaultier de Claubry pour la lecture d'un rapport sur un sirop iodo-tannique. D'après les observations, puisées à la fois dans la chimie et la thérapeutique, présentées par MM. Caventou, Ricord, Velpeau et Chatin, l'Académie a repoussé les conclusions favorables du rapporteur, et y a substitué des conclusions défavorables dont la rédaction a été renvoyée à la commission. Sur les observations chimiques et thérapeutiques, nous n'avons rien à dire; nous ne pouvons que nous y associer; car, autant qu'il nous a été possible d'en juger, elles nous ont paru entièrement fondées. Mais sur cet argument invoqué par M. Velpeau, à savoir qu'il fallait s'abstenir d'approuver le sirop iodo-tannique, parce qu'on pourrait voir le lendemain l'Académie affichée sur la quatrième page des journaux, nous avons à présenter une remarque que nous avons déjà formulée bien souvent.

C'est qu'en se préoccupant de l'usage qu'on pourra faire de son approbation et de son nom, l'Académie sort de son rôle.

La seule chose dont l'Académie doive se préoccuper, c'est de savoir si un médicament qu'on lui présente est utile, s'il est nouveau; s'il n'est ni nouveau ni utile, qu'elle le repousse, tout le monde l'en applaudira. Mais s'il est utile et nouveau, son devoir est de l'approuver, sans s'inquiéter du parti que l'inventeur pourra tirer de cette approbation. Que l'inventeur l'affiche ou ne l'affiche pas, le remède n'en est pas moins utile, et, s'il est utile, on ne voit pas de quel droit l'Académie pourrait le repousser.

Voilà en stricte équité et en théorie quelle devrait être la règle de conduite de l'Académie en matière de remèdes nouveaux ou secrets; en pratique, l'application de cette règle est bien plus impérieuse encore.

M. Velpeau semble ignorer, en effet, avec tous ceux qui exagèrent comme lui les susceptibilités de l'Académie, que, dans l'état actuel de la législation, ce corps savant n'a aucun moyen d'empêcher qu'on n'abuse de son nom. Chaque jour, vous pouvez lire sur la quatrième page des journaux : *Remède approuvé par l'Académie de médecine*, et *jamais* l'Académie n'a fait de rapport, favorable ou défavorable, sur ce remède. Il résulte de cette situation et des principes adoptés par M. Velpeau, que l'inventeur scrupuleux qui aurait trouvé un bon remède se verrait repoussé, parce que l'Académie craindrait de voir son nom affiché, tandis que l'industriel effronté qui affiche l'Académie sans la consulter, jouit ainsi de tous les avantages d'une approbation réelle et méritée.

Nous comprendrions qu'une aussi déplorable situation éveillât la sollicitude de M. Velpeau et de ses adhérents; qu'elle les excitât à faire des démarches actives pour obtenir un remède (et ils l'obtiendraient sans doute, car il est facile à trouver) à ce mal; mais chercher ce remède dans une opposition systématique à tout cé qui est nouveau, c'est, en fait, aggraver le mal, bien loin de le guérir, et, en droit, placer au même rang le travail stérile et le travail utile, c'est-à-dire manquer à l'équité.

Après avoir voté à l'unanimité l'échec de M. Gaultier de Claubry, l'Académie a entendu un mémoire de M. Brown-Séquardt sur les fonctions de la moelle, et la première partie d'un mémoire de M. Heurteloup sur la lithotripsie. Il ne nous est pas possible, pour le moment, de donner une appréciation de ces deux travaux.

H. de Castelnau.

Une lettre de M. Raphaël.

M. Raphaël a eu bien raison de penser que nous aurions la *conscience assez honnête* pour insérer *sans aucun retranchement* la lettre qu'il nous adresse; mais il a eu tort de croire qu'il faille pour cela beaucoup d'honnêteté; il nous suffirait de la moindre dose d'amour-propre (or, qui n'en a pas son petit grain) pour nous rendre avec empressement au désir de l'éminent physiologiste. Dans cette spirituelle lettre, il nous juge bien avec quelque cruauté; mais il s'y juge lui-meme si consciencieusement et si gaiement, qu'on aurait mauvaise grâce à ne pas entrer dans cette même balance où M. Raphaël se pose avec un si charmant naturel. Nous nous exécutons donc sans le moindre déplaisir, et si, comme il n'est guère permis d'en douter, l'agréable continuateur de Bichat est satisfait de sa lettre, nous pouvons lui donner l'assurance que tout le monde sera content.

En réponse aux réflexions de M. de Castelnau sur les feuilles de noyer.

M. de Castelnau, qui parle si souvent des autres, oublie sans doute qu'on parle aussi de lui. Je ne connais pas les écrits de M. de Castelnau : je ne saurais donc les juger. Mais cela a été fait par de bien plus habiles que moi, je vais les laisser parler.

L'un des collaborateurs distingués des *Annales cliniques de Montpellier*, dans le n° 3 de ce journal, 10 avril 1855, après avoir parlé des éloges donnés à Barthez par M. Pidoux, qui espère que le temps n'est pas éloigné où l'on reviendra à l'auteur des *Eléments de la science de l'homme*, s'écrie : « En « attendant, des journalistes, qui se croient des hommes « graves, traitent Barthez avec le plus risible dédain et ap- « pellent sa doctrine du *galimatias double*. » M. de Castelnau, dans son *Moniteur des Hôpitaux* du 6 mars 1855.

Il ne se pose pas mal non plus, M. de Castelnau, pas même l'adversaire, mais le *démolisseur* de Barthez ! ! !

Dans un autre article, n° 8, 25 juin 1855, même journal, le même auteur ne peut s'empêcher de rappeler à l'ordre M. de Castelnau, qui écrit à un membre de l'Académie avec un sans-gêne qui frise la grossièreté, pour ne pas dire plus; et cela, tout simplement parce que cet académicien n'a pas les mêmes doctrines médicales que M. de Castelnau. Et encore, si M. de Castelnau montrait dans sa discussion une logique serrée... Mais rien, absolument rien; il veut combattre la doctrine des vitalistes et il retombe sans cesse dans cette doctrine, et il fait, lui, sans le savoir, du *galimatias double*. C'est à tel point que l'auteur de l'article ne peut s'empêcher de lui dire « qu'il « prêche un converti, et que M. de Castelnau est aussi vita- « liste qu'eux tous. A l'instar de feu M. Daube, ajoute toujours « le même auteur, il est possédé d'un tel amour pour la polé- « mique, qu'après s'être posé en champion résolu pour l'orga- « nicisme, il retourne sa casaque subitement et s'empresse de « rompre une lance en faveur du vitalisme, sans souci du « galimatias *double* que vous savez; » et cela selon les personnes auxquelles il s'adresse.

Et plus bas : « Il (M. de Castelnau) a beau avoir dans l'esprit « une théorie carrément formulée, quand il se trouve en con- « tact avec un fait bien cru, bien démonstratif contre ses « idées, de telle sorte qu'il y aurait aberration flagrante du « sens commun à les suivre, il les plante là sans façon et fait « du vitalisme sans sourciller, sauf à traiter dans son journal « d'absurdité, de *galimatias double* ou simple les idées dont « cette doctrine se compose, etc. »

Et l'article se termine : « Laissons-là M. de Castelnau et ses « éternelles contradictions. »

Voilà le bilan de M. de Castelnau, ce terrible *démolisseur* de Barthez, ce vrai *logicien* aux éternelles contradictions. Comme il a dû patauger, comme il a dû faire du double galimatias dans ses discussions sur les doctrines médicales ! ! !

D'où je conclus que lui aussi n'aurait jamais dû écrire.

Je lui conseille la lecture de cet intéressant article ; il en vaut la peine.

Chacun a son tour, et c'est sans doute dans les desseins de Dieu. Je lis en effet dans le livre le plus saint qui soit sorti de la main des hommes :

« Il nous est bon de souffrir quelquefois des contradictions « et qu'on pense mal ou peu favorablement de nous, quelque « bonnes que soient nos actions et nos intentions. Souvent « cela sert à nous rendre humbles et à nous prémunir contre « la vaine gloire. »

Je regrette infiniment que les sympathies que M. Nélaton a pour moi l'aient contraint à faire une communication imprudente à l'Académie. J'en ai d'autant plus de regret qu'il aurait menti à sa conscience, puisque, d'après M. de Castelnau, « il ne pense pas, autant qu'on aurait pu le croire par ce « qu'il a dit à la tribune, qu'il faille accorder à ma garantie « beaucoup de crédit; » et je demande également pardon à MM. les membres de l'Académie de les avoir occupés une séance presque entière pour une si grosse absurdité.

Je suis en effet si bête, mais bonne bête, puisque M. de Castelnau a rencontré souvent dans mon livre les émanations d'une conscience honnête, — c'est toujours quelque chose ; je suis donc si stupide qu'il m'est impossible de porter le diagnostic d'une pustule maligne.

M. de Castelnau peut bien maintenant ne pas croire à mon diagnostic : il peut proscrire les feuilles fraîches de noyer. Belle niche, en vérité, et je m'en soucie fort peu. La vérité prévaudra contre l'erreur, et peu m'importe que ce soit moi ou un autre qui la fasse prévaloir. L'essentiel, c'est qu'elle ait le dessus et que l'humanité en profite. En attendant, j'en ferai profiter mes malades.

En lisant l'appréciation de M. de Castelnau, et quand on saura que je n'en ai pas reçu le numéro, tout le monde poussera le cri du docteur Lassalvy, l'auteur des deux articles cités plus haut : Fi, le méchant ! ! !

Je compte que M. de Castelnau aura la conscience assez honnête pour insérer, sans aucun retranchement, cette réponse dans son plus prochain numéro ; je compte aussi qu'il trouvera le moyen de me faire savoir que cette insertion a été faite. Il ne voudrait pas me refuser la défense.

L. Raphael.

Provins, le 4 octobre 1857.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

Empoisonnement par des moules,

Par le Dr E. Duchesne,
Membre du Conseil d'hygiène publique et de salubrité.

Les accidents d'empoisonnement causés par l'ingestion des moules sont assez fréquents chaque année pour qu'il soit utile d'appeler sur eux l'attention des médecins. Dans notre *Mémoire sur les empoisonnements par les huîtres, les moules et les poissons*, que nous avons publié en 1851 dans les *Annales d'hygiène*, en collaboration avec notre savant collègue M. Chevallier, nous avons cité de nombreux exemples d'empoisonnements par les moules; nous avons prouvé que les graves accidents éprouvés par certaines personnes ne dépendaient pas

des qualités particulières des moules mangées, ou de la présence de certains petits crabes, ou même de l'existence du cuivre qui serait fourni par les doublages des navires auxquels ces mollusques s'attachent, mais bien d'une idiosyncrasie particulière.

Depuis la publication de notre travail, j'ai recueilli quelques observations nouvelles; en voici deux qui viennent à l'appui de notre opinion :

Le 13 février 1856, le sieur P..., maître cordonnier de la rue du Cherche-Midi, était allé chercher des marchandises, lorsqu'il eut l'idée d'entrer chez un de ses amis; il trouva toute la famille à table et mangeant des moules. On lui en offrit, mais il refusa en disant qu'il avait déjà été malade pour en avoir mangé il y a quelques années; on le pressa vivement, et il se décida alors à en goûter quelques-unes; bientôt il sortit pour revenir chez lui. Au bout d'une heure, il sentit du malaise, des douleurs à l'estomac, des nausées, des bourdonnements d'oreille, puis une éruption ortiée considérable.

Ces accidents augmentèrent dans la soirée, et il y eut même quelques accidents convulsifs. On vint me chercher, j'administrai un vomitif et ensuite une potion éthérée qui guérirent promptement ce malade.

Le 1er octobre 1857, Mlle Clémentine B..., demeurant rue du Petit-Bac, 13, fut prise d'accidents semblables pour avoir mangé des moules en assez grande quantité. Sa sœur et un jeune enfant avaient mangé des mêmes moules sans en être incommodés.

Mlle Clémentine fut guérie par l'emploi des mêmes moyens, et elle nous a appris qu'il y a quatre ans, elle avait encore été malade pour avoir mangé seulement trois moules, prises au milieu d'un plat servi à toute sa famille.

Nous profitons de la publication de cette note pour faire remarquer combien il serait à désirer que les médecins d'Amiens publiassent dans les journaux scientifiques les observations qu'ils ont faites à l'occasion des nombreux empoisonnements qui viennent d'avoir lieu dans cette ville, empoisonnements attribués à des crevettes. Il est à croire que l'autorité municipale n'a pas procédé, comme l'annonce le *Droit* du 28 septembre, à l'anéantissement complet de toutes les crevettes saisies chez les marchands, sans en avoir préalablement fait distraire une certaine quantité pour en faire faire l'examen scientifique.

Sans vouloir établir aucune analogie, je ferai remarquer que, dans la dernière quinzaine d'août 1855, on observa, dans l'arrondissement de Rouen, quelques cas d'empoisonnement par des crevettes.

CHIRURGIE CLINIQUE.

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(Suite.—Voir les nos 105, 106, 107, 110, 114, 115 et 119.)

RÉGION POPLITÉE.

No 47. — *Coup de feu dans la région postérieure et inférieure de la cuisse. — Séjour probable du projectile dans le creux du jarret.* — M. X..., capitaine au 20e de ligne, blessé, le 8 septembre 1855, par une balle qui, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, est entrée à la partie postéro-interne et inférieure de la cuisse gauche, et s'est enfoncée profondément sans faire une seconde ouverture. (Le blessé ne sait pas si le projectile est sorti de lui-même.) — Hémorrhagie immédiate peu abondante. — L'exploration de la plaie pendant les jours suivants n'a pas fait découvrir de corps étranger. — Phlegmon et abcès consécutifs dans le creux poplité. — Nécessité d'une contre-ouverture à la partie externe et inférieure de la région. — Induration chronique du tissu cellulaire et persistance de la suppuration, qui entretient à l'état de fistule la plaie d'entrée et la contre-ouverture. Cependant les mouvements de l'articulation du genou étant peu gênés, cet officier reprit son service; seulement, de temps en temps il survient un gonflement inflammatoire qui l'oblige à garder le repos pendant quelques jours. — C'est pour un accident de ce genre qu'il est entré au Val-de-Grâce (juin 1856); malgré une exploration attentive faite par les deux fistules, M. Larrey ne parvint pas à découvrir la présence d'un corps étranger au milieu du tissu cellulaire induré de la région.

No 48. — *Coup de feu dans le jarret gauche.* — DARRACQ, 1er grenadiers de la garde, blessé, le 8 septembre 1855, au jarret gauche, par une balle qui a traversé cette région de la face externe à la face interne, au niveau des attaches des tendons fléchisseurs. Il n'y avait primitivement qu'un séton, mais le pont dût être incisé pour remédier à des accidents inflammatoires. — Cicatrisation lente et difficile. — Cicatrice très-large, en partie adhérente et comparable à celle d'une brûlure, très-douloureuse au moindre contact, déterminant de la rétraction dans les muscles du mollet, — de sorte que la marche a lieu avec claudication sur la pointe du pied.

RÉGION DU GENOU.

No 49. — *Coup de feu dans l'articulation du genou. — Guérison sans ankylose.* — BESANÇON, sergent-major, 97e de ligne, blessé, le 16 août 1855, par une balle qui est entrée à la face interne du genou droit, en avant du condyle interne, a traversé l'articulation pour sortir en dehors du bord externe de la rotule. — Gonflement immédiat, arthrite, enfin tous les phénomènes consécutifs à la pénétration. — Guérison sans déformation et sans ankylose; — il reste seulement de la douleur en avant de l'articulation.

No 50. — *Coup de feu à travers l'articulation du genou. — Ankylose, déformation et atrophie du membre.* — LAUTRU, 97e de ligne, blessé, le 14 août 1855, par une balle qui a traversé l'articulation du genou droit, de haut en bas (la jambe étant légèrement fléchie); — le projectile est entré à deux centimètres au-dessus de la rotule, et est sorti au niveau du tubercule du jambier antérieur. — Hémorrhagie peu abondante, tuméfaction immédiate de l'articulation, extraction d'une dizaine de petites esquilles et de fragments d'étoffe; — membre placé dans une gouttière. Arthrite aiguë intense, avec symptômes généraux, et plus tard, phlegmon et abcès dans le creux du jarret, fusées purulentes le long de la partie postérieure de la cuisse, dans les gaînes des muscles fléchisseurs. — Complication de pourriture d'hôpital à la plaie de sortie, — esquilles secondaires, etc. — Actuellement (août 1856), cicatrice d'entrée petite, régulière, — celle de sortie large, violacée, adhérente. — Déformation du genou, qui est considérablement tuméfié, — fongosités entourant la rotule, qui paraît intacte, — ankylose osseuse des surfaces articulaires, — cicatrices nombreuses et trajets fistuleux multiples dans le creux du jarret, dont le tissu cellulaire est induré, — atrophie de la jambe et du pied tellement considérable qu'il serait difficile de se l'imaginer, — fausse ankylose du cou-de-pied dans l'extension, — déformation de tout le membre, qui forme presque un arc à concavité antérieure par suite de l'extension exagérée du genou.

Il faut dire, pour excuser ce résultat véritablement déplorable, puisque le membre conservé est complétement incapable de rendre le moindre service, que depuis longtemps cet homme se refuse à toute espèce de soins et n'a jamais voulu rien faire pour éviter ces accidents consécutifs.

RÉGION DE LA JAMBE.

No 51. — *Coup de feu à la partie moyenne de la jambe. — Lésion de l'artère tibiale postérieure et du tendon d'Achille. — Rétraction consécutive.* — GRILIERMINETTI, 2e légion étrangère, blessé le 24 avril 1855, à la partie moyenne de la jambe gauche, par une balle qui est venue frapper sur le milieu de la face interne du tibia, a emporté un éclat du bord interne de l'os sans le fracturer transversalement, puis se dirigeant de haut en bas et de dedans en dehors, a traversé les parties molles de la région interne et postérieure, et est sortie au milieu de l'origine du tendon d'Achille; hémorrhagie immédiate très-abondante (très-probablement due à la lésion de l'artère tibiale postérieure), qu'on parvint à arrêter par un pansement compressif et de l'application de boulettes de

charpie imbibée de perchlorure de fer. — Trois semaines après, pendant la nuit, hémorrhagie secondaire considérable, arrêtée par le même moyen que la première. Mais il en résulta un phlegmon dans les parties profondes, des abcès, des fusées purulentes qui nécessitèrent plusieurs contre-ouvertures. — Elimination de deux esquilles secondaires volumineuses, cicatrisation complète au bout de quatre mois. — Cicatrice d'entrée assez régulière, mais large, mince, adhérente au tibia, dont on voit facilement la perte de substance. — Celle de sortie large, oblique, adhérente aux parties profondes et au tendon d'Achille, dont elle suit les mouvements ; d'où il résulte qu'étant sans cesse tiraillée, elle se déchire et s'ulcère fréquemment. — Rétraction du triceps qui force le blessé à marcher sur la pointe du pied, et est une cause de claudication.

N° 52. — *Coup de feu ayant traversé d'arrière en avant la partie supérieure de la jambe. — Cicatrice adhérente au mollet, comprenant le nerf poplité interne. — Rétraction consécutive du pied.* — LIBAT, 4e régiment d'infanterie de marine, blessé, le 22 janvier 1855, par une balle qui est entrée à la partie supérieure et médiane du mollet gauche, dans l'intervalle des deux jumeaux, a traversé le membre d'arrière en avant, en passant dans l'espace interosseux, et est venue s'arrêter sous la peau à la partie antérieure, à trois travers de doigts au-dessous du tubercule du jambier antérieur, — d'où elle fut extraite par une simple incision, en même temps que des morceaux d'étoffe et une assez forte esquille détachée probablement du bord interne du tibia. — Hémorrhagie immédiate assez abondante, mais sans gravité ; pansement avec le séton. — Pendant six mois, la jambe fut maintenue immobile dans l'extension, le pied fortement relevé afin de prévenir la rétraction. — Pas d'accidents inflammatoires, d'abcès, etc. ; — mais la plaie de sortie, s'étant agrandie en largeur et en profondeur par suite de la mortification des tissus, ne ferma qu'au bout de huit mois. — Cicatrice postérieure, large, brune, fortement déprimée, adhérente aux parties profondes et se continuant jusqu'à l'espace interosseux avec un tissu inodulaire très-dense. — Le nerf sciatique poplité interne, qu'on peut sentir entre les deux jumeaux, semble venir se confondre avec la cicatrice. — Cependant la sensibilité et le mouvement sont conservés dans le pied, — mais la moindre pression sur la cicatrice détermine des phénomènes de fourmillement dans les orteils et la plante du pied, identiques à ceux qu'on provoque par la pression directe sur le cordon nerveux. — Le tiraillement de la cicatrice pendant la marche produit absolument le même effet et la rend très-douloureuse, outre qu'elle est déjà difficile par suite de la rétraction du triceps et du tendon d'Achille, laquelle ne permet pas à la plante du pied de poser sur le sol.

N° 53. — *Coup de feu à travers le mollet droit. — Pourriture d'hôpital. — Rétraction consécutive de la jambe.* — BILLARD, 20e ligne, blessé, le 8 septembre 1855, par une balle qui est entrée à dix centimètres au-dessous de la tête du péroné, a traversé le mollet dans une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, et est sortie derrière le bord interne du tibia sans léser les os. — Hémorrhagie immédiate peu abondante. — Quinze jours après, envahissement des deux plaies par la pourriture d'hôpital, qui finit par détruire complétement les parties molles du mollet, en laissant une vaste plaie qui a mis six mois à se cicatriser. — Actuellement la saillie du mollet n'existe plus ; la partie inférieure des muscles jumeaux a disparu ; il ne reste plus, en cet endroit, que les muscles de la couche profonde, qui sont recouverts par une large cicatrice bleuâtre, peu solide, douloureuse à la pression. — Atrophie considérable de la jambe et même de la cuisse. — La flexion est encore possible ; mais l'extension ne peut aller au delà de l'angle droit. Cette disposition est due à la fausse ankylose dont l'articulation du genou est atteinte, et à la rétraction des muscles fléchisseurs dont les tendons font des saillies considérables dans le creux du jarret. — Ce blessé se refuse à toute tentative de redressement.

N° 54. — *Coup de feu à travers l'extrémité supérieure du tibia. — Trajet fistuleux persistant dans la substance de l'os.* — M. X..., capitaine, 19e bataillon de chasseurs à pied, blessé, le 16 août 1855, à la jambe gauche, par une balle qui est entrée suivant une direction oblique de bas en haut et de dehors en dedans, à deux centimètres en avant et au-dessous de la tête du péroné, a traversé l'extrémité du tibia et est sortie au milieu de la face interne du condyle de cet os, au-dessous des tendons de la patte d'oie, sur un plan plus élevé que l'orifice d'entrée. — Hémorrhagie immédiate continue. Aucun accident secondaire important. — Pas d'épanchement dans l'articulation, pas de fusées purulentes, etc ; — élimination de petites exquilles secondaires. — Mais depuis la blessure, le trajet du projectile est resté fistuleux. — Actuellement (juin 1856), inflammation chronique des téguments autour des points fistuleux dont les orifices, étroits et remplis par des bourgeons charnus exubérants, conduisent dans l'épaisseur même de l'extrémité supérieure du tibia. — Pendant longtemps la sonde traversait le trajet de part en part ; — aujourd'hui, le centre est oblitéré ; — dans la fistule externe on sent plusieurs esquilles prêtes à se détacher, — toute la partie supérieure du tibia offre un gonflement considérable et est douloureuse, — l'articulation du genou est libre, excepté l'extension qui ne se fait pas d'une manière tout à fait complète.

N° 55. — *Coup de feu dans l'extrémité supérieure du tibia. — Trajet fistuleux persistant dans la substance de l'os.* — CARPENTIER, 50e de ligne, blessé, le 7 juin 1855, par une balle qui, probablement à la fin de sa course, a pénétré dans la face interne de l'extrémité supérieure du tibia, à deux centimètres en dedans du tubercule antérieur de cet os, a creusé un trou dans la substance spongieuse sans la traverser de part en part, et y est restée logée. — Débridement des parties molles par une incision cruciale et extraction de la balle, et en même temps de morceaux de drap et de plusieurs petites esquilles. — Gonflement de l'articulation du genou par voisinage, mais sans symptômes inflammatoires. — Au bout de deux mois, envahissement de la plaie par la pourriture d'hôpital ; cautérisations avec le fer rouge, — élimination d'esquilles secondaires. — Depuis lors, le trajet fistuleux est resté dans un état à peu près stationnaire. — Actuellement (juillet 1856), plaie fistuleuse située à deux centimètres au-dessous du rebord articulaire, ronde, de la largeur d'une pièce de 1 fr., conduisant dans un véritable trou creusé dans l'épaisseur de la substance osseuse et ayant une profondeur de quatre centimètres ; — suppuration peu abondante, — articulation du genou intacte, ayant conservé la liberté entière de ses mouvements. — Au bout de trois mois, légère amélioration, — le trajet fistuleux est un peu moins large et moins profond.

N° 56. — *Coup de feu dans l'extrémité supérieure du tibia. — Trajet fistuleux persistant dans la substance de l'os.* — M. X..., capitaine au 10e de ligne, blessé, le 8 septembre 1855, par une balle qui a pénétré directement d'avant en arrière dans l'extrémité supérieure du tibia de la jambe droite, — a creusé un canal incomplet immédiatement au-dessous de la surface articulaire, sans perforer la paroi postérieure de l'os. — Le blessé ignore si la balle est sortie ; mais les nombreuses explorations faites à diverses époques n'ont jamais pu la faire sentir. — Aucun symptôme du côté de l'articulation du genou, — élimination de petites esquilles secondaires, — persistance du trajet fistuleux dans l'épaisseur du tissu osseux. — Lors de l'entrée de cet officier au Val-de-Grâce (mars 1856), la sonde s'enfonçait à une profondeur de cinq centimètres et n'était arrêtée que par la lame postérieure du tibia, tellement mince qu'on la sentait fléchir sous la pression, — suppuration abondante, — gonflement douloureux de toute l'extrémité supérieure de l'os. — Au bout de quatre mois, légère amélioration ; — le diamètre de la fistule est moindre, mais sa profondeur est toujours la même.

N° 57. — *Fracture comminutive de l'extrémité inférieure de la jambe par un coup de feu. — Guérison parfaite.* — M. X..., 3e régiment infanterie de marine, blessé, le 7 mai 1854, à la jambe droite, par une balle qui est venue frapper sur le bord antérieur du tibia qui fut fracturé comminutivement à six ou sept centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, puis s'est dirigée du côté du péroné, qu'elle a également fracturé. — Le projectile, en brisant le tibia, s'est divisé en trois fragments ; le plus considérable, resté dans l'ouverture de sortie, fut extrait le jour même, au niveau de la fracture du péroné : un second fut entraîné avec la suppuration par la place de sortie au dix-septième jour ; enfin le troisième fut extrait au bout de cinquante-deux jours par une contre-ouverture derrière le péroné, entre cet os et le tendon d'Achille. — Pas d'hémorrhagie immédiate. — La fracture fut réduite, le membre placé dans un appareil de Scultet et soumis à l'irrigation froide pendant un mois. Il ne survint d'autres accidents secondaires que plusieurs petits abcès dans le voisinage de la fracture, causés par la présence des esquilles. La suppuration entraîna des fragments de guêtre, pantalon, etc. — Enfin la consolidation était complète et les plaies cicatrisées au bout de quatre mois. — Actuellement le membre présente un des plus beaux résultats de conservation qu'on puisse voir. — Le col est un peu déprimé par le fait de l'enfoncement du tibia de dedans en dehors. On sent la perte de substance éprouvée par le bord antérieur de cet os. — Pas de gonflement du col ni du tibia, — pas de déformation au péroné, — pas de raccourcissement à la mensuration. Malgré la proximité de la fracture, l'articulation tibio-tarsienne est restée intacte et jouit de ses mouvements, sauf la flexion du pied qui ne se fait pas d'une manière tout à fait complète. — La marche a lieu sans la moindre claudication et sans la moindre gêne ou fatigue.

(La suite à un prochain numéro.)

PHARMACOLOGIE.

Observations et expériences sur la méthode de déplacement, comme moyen de préparer les teintures alcooliques et les vins médicinaux.

Par M. H. Buignet.

Personne ne conteste aujourd'hui les avantages que présente la méthode de déplacement, lorsqu'il s'agit d'épuiser une substance médicamenteuse des matériaux solubles qu'elle renferme, et de présenter ces matériaux sous forme d'une liqueur aussi concentrée que possible. Ces avantages ont été si nettement et si parfaitement établis par MM. Boullay père et Polydore Boullay, dans les divers mémoires qu'ils ont publiés en 1833 et 1835, qu'il serait inutile d'y revenir aujourd'hui et de chercher même à les confirmer par de nouvelles expériences.

Mais il est un point du travail de ces chimistes qui n'a été admis ni par le Codex de 1837, ni par les pharmacopées qui ont paru depuis cette époque, c'est celui qui a pour objet l'application du nouveau procédé à la préparation des teintures alcooliques et des vins médicinaux. — Comme, en pareil cas, le véhicule employé doit faire partie intégrante du médicament, et que son poids doit présenter un rapport constant avec celui des principes solubles qu'il a entraînés, il est indispensable que la méthode employée ne renferme aucune cause de variation ou d'incertitude, et qu'elle soit assez précise pour donner toujours le même produit dans les mêmes circonstances. Or, il n'a pas semblé que la méthode de déplacement fût en mesure d'offrir cette garantie de son adoption. On a pensé que le mélange des couches liquides, signalé par M. Guillermond, que l'état hygrométrique des poudres, que le degré variable de leur finesse ou de leur tassement devaient exercer une influence nécessaire sur l'action dissolvante du véhicule, et modifier plus ou moins la nature des résultats obtenus.

J'ai eu occasion, dans ces dernières années, de faire un grand nombre d'expérience sur la valeur comparée des deux méthodes appliquées simultanément à la préparation des teintures. J'ai reconnu d'abord que le procédé du déplacement, pourvu qu'on eût égard à certaines précautions qui sont, en réalité, très-simples et très-faciles à observer, donnait des produits tout aussi constants que ceux de la macération ordinaire; puis, ayant déterminé comparativement la nature et la proportion des matériaux entraînés dans les deux circonstances, j'ai pu me convaincre que, sous ce double rapport, les teintures préparées par lixiviation offraient des avantages marqués et incontestables. Je vais exposer ici le résultat de mes expériences :

Lorsqu'on prend 100 grammes de quinquina jaune pulvérisé, et qu'on les traite par 400 grammes d'alcool à 56°, en suivant très-exactement le procédé du Codex, on obtient, après quinze jours de macération, une teinture qui réunit assez exactement les principes actifs et solubles de l'écorce, mais qui ne représente guère en poids que les trois quarts de l'alcool employé. La partie qui reste engagée dans la poudre de quinquina peut être considérée comme ayant la même composition que celle qui a été recueillie à l'état de teinture; et comme celle-ci fournit à l'évaporation un résidu sec dont le poids est de 13 gr. 50, on est fondé à admettre que le résidu par l'évaporation serait de 4 gr. 50. Si donc on avait un moyen mécanique assez parfait pour extraire du quinquina tout le liquide qui a servi à l'épuiser, la quantité totale des matériaux solubles entraînés par macération s'élèverait à 18 pour 100.

Si, maintenant, on dispose dans une allonge à déplacement 100 grammes du même quinquina au même état de division, et si on le traite de même par l'alcool à 56°, jusqu'à obtenir 300 grammes de teinture, on reconnaît que ces 300 grammes de teinture laissent à l'évaporation un résidu sec dont le poids est égal à 20 gr. 58. En déplaçant par le nouvel alcool la quantité de liquide destinée à compléter 400 grammes de teinture, on trouve, en l'évaporant, qu'elle contient 1 gr. 98 d'extrait sec, ce qui porte à 22 gr. 56 pour 100 le poids des matériaux solubles entraînés dans cette circonstance.

Une pareille différence m'a paru assez importante pour motiver des essais analogues sur d'autres teintures. Voici les résultats obtenus pour quelques-unes des plus usitées, en prenant toujours 100 grammes de substance, et déterminant le poids des matériaux entraînés par 400 grammes d'alcool:

Nom des teintures.	Résidu sec par macération.	Résidu sec par lixiviation.
Quinquina gris	18,40	22,96
Gentiane	24,80	29,20
Valériane	15,20	17,44
Rhubarbe	47,60	53,60
Digitale	30,64	38,80
Colchique (bulbes)	25,60	27,60
Colchique (semences)	4,88	5,60
Noix vomique	9,20	12 »
Séné	20,08	25,36
Cantharides	13,04	15,20

Ainsi, le résultat observé à l'égard du quinquina jaune est un résultat très-général que l'on peut exprimer en disant que lorsqu'on traite une substance médicamenteuse par quatre parties d'alcool, la quantité de principes solubles qu'on peut en extraire par lixiviation est infiniment plus considérable que celle qu'on en retire par la macération ordinaire. Il est vrai que, dans ce dernier cas, la proportion de quatre parties d'alcool n'est pas toujours suffisante pour opérer l'épuisement; mais, en employant celle de cinq parties, que M. Personne a reconnue comme la plus favorable, on arrive encore au même résultat. Voici les nombres que fournit le quinquina rouge pour lequel les avantages de cette nouvelle proportion ont été particulièrement démontrés :

Par macération, en tenant compte de la quantité de liquide resté dans le marc	28 gr. 80	pour 100
Par lixiviation	32 »	» »

Il y a donc décidément quelque chose que le procédé de la lixiviation permet d'extraire des substances médicamenteuses, et qui ne se retrouve pas, au même degré du moins, dans les teintures préparées selon la formule du Codex.

Quand on observe avec attention ce qui se passe dans la teinture de quinquina préparée par déplacement, on voit que les diverses couches qui se succèdent se troublent réciproquement à mesure qu'elles viennent à se mêler dans la carafe qui leur sert de récipient; de telle sorte que, quand la teinture est complète, elle présente un abondant dépôt de matière jaune rougeâtre que l'on peut séparer par le filtre, et dont le poids s'élève aux deux centièmes environ de celui de l'écorce. Le même phénomène peut s'observer avec la même évidence dans la plupart des autres teintures obtenues par déplacement; et le dépôt qui se forme alors instantanément, et en quantité considérable, est exactement de même nature que celui qui se produit lentement, et en très-petite quantité, dans les teintures préparées par macération. M. Leroy, de Bruxelles, qui a fait une étude particulière du dépôt formé dans la teinture d'ipécacuanha, l'avait considéré comme un produit d'altération ou plutôt comme une espèce de déboublement qu'éprouverait à la longue soit l'émétine, soit l'acide ipécacuanhique. Mais la rapidité avec laquelle il se forme dans la teinture préparée par lixiviation ne permet pas d'admettre une semblable hypothèse.

On doit comprendre, ainsi que l'a fort bien dit M. Boullay en rendant compte du travail de M. Leroy, que dans l'ipécacuanha, comme dans le quinquina et la plupart des autres substances, il existe certains principes que l'eau et l'alcool sont

incapables de dissoudre par eux-mêmes, mais qu'ils dissolvent très-bien à la faveur de l'extractif, et à proportion qu'ils en sont plus chargés. Par cette raison, les premières portions de liqueurs qui passent dans le procédé de la lixiviation doivent en renfermer des quantités comparativement très-grandes; et quand ensuite elles viennent à s'affaiblir par leur mélange avec les couches subséquentes, elles n'ont plus la même puissance pour conserver et maintenir dissous ces principes particuliers qui, dès lors, abandonnent le véhicule et se précipitent sous forme pulvérulente. Il ne faut pas croire, toutefois, qu'ils se déposent ainsi en totalité du sein de la teinture. Quelque intervalle de temps qui se soit écoulé depuis que celle-ci est préparée, elle en renferme toujours une quantité plus considérable que celle qui convient à la staturation proprement dite, en sorte que ce n'est que longuement et progressivement qu'elle abandonne l'excès de ce qu'elle peut retenir, et qu'il en résulte alors une sorte d'instabilité permanente dans l'équilibre de ses principes constituants.

Quoi qu'il en soit, la quantité de matière insoluble qui se dépose étant toujours très-faible en comparaison de celle qui se trouve retenue en dissolution, il importe de savoir quelle est la nature chimique de cette substance, et quelle influence elle peut exercer sur l'action thérapeutique du médicament.

J'ai recueilli avec le plus grand soin les dépôts formées dans les teintures de quinquina, d'ipécacuanha et de digitale, et après les avoir parfaitement lavés, j'ai cherché dans chacun d'eux la présence du principe alcaloïdique auquel est due l'action spéciale de ces trois substances. Le procédé que j'ai suivi est simple : j'ai attaqué la matière par un mélange d'alcool et d'acide acétique à la température de l'ébullition ; j'ai précipité la dissolution obtenue par le sous-acétate de plomb liquide ; puis, après avoir précipité l'excès de plomb par l'alcool sulfurique, j'ai cherché dans le liquide filtré la présence de l'alcaloïde. Or, dans chacun des trois cas, il m'a été possible d'en constater les caractères : la quinquine s'est retrouvée dans le dépôt du quinquina ; l'émétine dans celui de l'ipécacuanha ; la digitaline dans celui de la digitale.

Ainsi, la substance qui se dépose dans les teintures n'est pas une substance inerte dans la véritable acception du mot : c'est une combinaison particulière dans laquelle l'alcaloïde ou principe actif des matières médicamenteuses entre toujours en proportion plus ou moins notable. Sa présence n'est donc pas indifférente à l'action médicale des teintures ; et, éomme elle abonde surtout dans celles qui sont préparées par déplacement, on comprend qu'elle doit leur donner une incontestable supériorité.

C'est un point, d'ailleurs, que l'on peut vérifier par expérience directe : que l'on prenne une même quantité de deux teintures de quinquina préparées l'une par macération, l'autre par lixiviation, et qu'après les avoir évaporées toutes deux à moitié de leur volume, on les traite par une même quantité de solution aqueuse de tannin, il s'y formera de part et d'autre un précipité abondant. Mais celui qui se sera formé dans la teinture par lixiviation aura toujours un poids plus considérale.

Voici les résultats obtenus pour 100 grammes des teintures qui suivent, et 4 grammes de tannin en dissolution :

Noms des teintures.	Lixiviation.	Macération.
Quinquina jaune	3,68	3,12
Quinquina gris	2,18	1,50
Ipécacuanha	3,30	2,95
Colchique (bulbes)	0,90	0,66
Colchiqne (semences)	0,31	0,30
Noix vomique	1,90	1,50
Quinquina jaune (3 part. alcool)	4,20	3,12
Quinquina rouge (5 part. alcool)	2,42	2,12

En rapprochant ces résultats de ceux que nous avons déjà rapporté, il est impossible de méconnaître les avantages attachés à la méthode de déplacement. Ces avantages peuvent se résumer en deux points principaux, savoir :

1° Que le produit obtenu est toujours plus abondant, puisque le procédé permet de recueillir très-exactement quatre parties de teinture pour une de substance ;

2° Qu'il renferme, malgré cette circonstance, plus de matériaux actifs et solubles sous le même poids, puisqu'il laisse un résidu plus abondant par évaporation et qu'il donne plus de précipité par la solution aqueuse du tannin.

Il s'agit maintenant de rechercher si les inconvénients qu'on a signalés comme inhérents à cette méthode sont, en effet, de nature à balancer ces précieux avantages.

Le principal reproche qu'on lui ait adressé est, ainsi que nous l'avons dit, de fournir des produits variables; non que les différences aient été positivement constatées par expérience, mais parce qu'elles ont été regardées comme une conséquence forcée de la méthode elle-même et des causes de variations qu'elle renferme.

Au premier rang de ces causes, on a placé le mélange des couches liquides. On a reconnu que le déplacement ne s'opérait pas avec une régularité absolue et que l'eau, par exemple, qui sert habituellement à déplacer l'alcool, se mêlait toujours plus ou moins à ce liquide, et troublait ainsi la netteté du résultat obtenu.

Mais il suffit de consulter le mémoire de MM. Boullay pour reconnaître que ce n'est pas là une cause de variation absolue et indispensable. Rien n'est plus facile que de faire disparaître l'incertitude qu'elle présente en supprimant le déplacement par l'eau et en lui substituant celui qu'on peut obtenir à l'aide d'un alcool semblable à celui de la teinture. Il est rare que les poudres organiques retiennent par affinité capillaire un volume de liquide plus considérable que leur volume propre. C'est donc une partie ou une partie et demie d'alcool qu'il faudrait verser sur le marc pour déplacer la teinture qu'il retient, et il est à remarquer que cet alcool ne serait pas perdu pour l'opération, puisqu'il pourrait être déplacé à son tour par l'eau et utilisé ensuite selon le besoin. En tout cas, comme il ne ferait pas partie de la teinture, l'inconvénient relatif au mélange des deux liquides se trouverait par là complétement écarté.

Mais voici un autre inconvénient qui a aussi sa gravité. On a objecté que la lixiviation exigeait un degré de tassement particulier pour chacune des poudres mises en expérience, et que la même poudre ne pouvait donner une teinture identique qu'à la condition d'être toujours également et uniformément tassée.

Je dirai, à cet égard, que j'ai préparé un très-grand nombre de teintures par déplacement en employant la même substance et le même alcool, et faisant simplement varier le degré de tassement. J'obtenais ainsi des produits qui exigeaient plus ou moins de temps pour être préparés, mais dont la densité était toujours la même, ou du moins ne variait que dans des limites très-restreintes. Il paraîtra surprenant peut-être qu'une teinture qui met plus de temps à s'effectuer qu'une autre ne soit pas plus chargée. Mais je rappellerai ici que ce résultat est parfaitement conforme à ce qui a déjà été observé par un grand nombre d'expérimentateurs sur l'inutilité de la macération préalable. MM. Boullay ont reconnu les premiers qu'on ne gagnait rien à laisser macérer la substance dans l'allonge avant de permettre l'écoulement de l'alcool. D'autres praticiens ont fait ensuite la même remarque. M. Guillermond est même allé plus loin, puisqu'il a trouvé que, dans certains cas, la macération préalable avait pour effet de diminuer la quantité de matière dissoute. Ainsi, il a vu que la teinture de ciguë était moins riche après une macération préalable qu'après un déplacement continu.

J'ai fait moi-même plusieurs expériences avec la poudre de ciguë, en prenant le plus grand soin pour me mettre à l'abri

des influences étrangères, et pour rendre les résultats aussi comparables que possible. Voici les chiffres qu'elles m'ont fourni :

100 grammes de teinture de ciguë, préparée par déplacement continu, sans macération préalable, ont laissé à l'évaporation un résidu d'extrait sec pesant $5^{gr}.24$. La densité de la teinture était égale à 0,9420.

100 grammes de teinture de ciguë, préparée par déplacement, mais avec macération préalable de 24 heures, ont laissé un résidu d'extrait sec pesant $5^{gr}.32$. La densité de la teinture était égale à 0,9422.

Ainsi, la différence entre les deux teintures a été véritablement très-faible, puisqu'elle n'a pas excédé 1/60e pour la proportion de matière dissoute. Mais, contrairement à ce qu'avait vu M. Guillermond, c'est celle où j'avais pratiqué la macération préalable qui a été la plus riche.

Quoi qu'il en soit, on peut considérer la macération préalable comme n'ayant pas d'effet appréciable pour augmenter la proportion de matière dissoute, et on comprend alors que le degré de tassement, qui n'a d'autre effet que celui de retarder le passage de l'alcool, et par suite de prolonger son contact avec la poudre, soit lui-même sans influence sensible sur la composition de la teinture obtenue.

S'il n'y a pas à se préoccuper des variations que peut introduire une pareille cause, je ne crois pas qu'on doive s'inquiéter davantage de celles qui peuvent résulter du degré de finesse des poudres. On comprend qu'il soit toujours possible de les avoir également ténues. Rien ne s'oppose à ce qu'on emploie les poudres tamisées de nos pharmacies, qui sont toujours identiques et au même état de division. La matière organique ne se gonflant pas au sein de l'alcool comme au sein de l'eau, on n'a pas à redouter les effets de cette tuméfaction, et tout ce qui peut arriver de plus fâcheux est que la teinture mette trois ou quatre jours à passer, au lieu de deux. J'ai employé toujours des poudres tamisées, et je n'en ai trouvé aucune qui ait refusé complétement passage à l'alcool.

Une condition très-importante pour avoir toujours une pénétration régulière et uniforme, est que les poudres soient parfaitement sèches au moment où on les introduit dans l'allonge à déplacement. On sait avec quelle promptitude les substances organiques absorbent l'humidité de l'air, et avec quelle facilité elles s'agglomèrent quand elles en sont une fois pénétrées. Ce sont ces agglomérations, ces grumeaux de poudre, si je puis m'exprimer ainsi, qui constituent un des plus graves inconvénients de la méthode en rendant la masse irrégulièrement pénétrante et produisant les fausses voies dont on a tant parlé. Le moyen d'y remédier est de dessécher les poudres au moment même de les introduire dans l'appareil : l'opération marche alors avec une grande netteté et l'alcool descend uniformément, pénétrant tous les points de la masse et formant toujours à l'extérieur des zones horizontales d'une extrême régularité.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 octobre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté après une courte observation de M. Moreau, qui voudrait voir disparaître du procès-verbal cette bizarre association de mots de *pustule maligne bénigne;* si la pustule est maligne, il est certain qu'elle n'est pas bénigne.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Meuse en 1856. (*Comm. des épidémies.*)

Rapport de M. le docteur Nivet sur le service médical des eaux minérales de Royat (Puy-de-Dôme). (*Comm. des eaux minérales.*)

Plusieurs recettes sur les remèdes secrets. (*Comm. des remèdes secrets et nouveaux.*)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Note sur quatre cas de tétanos observés à Vannes, par MM. Ropert et Daguillon. (Comm. MM. Bégin et Gimelle.)

Lettre de M. le professeur Piorry relative à une variété de gangrène dont la cause externe n'est autre que les liquides putrides qui s'échappent de l'intestin, et dont l'apparence, les symptômes, la marche, la terminaison sont identiques avec ceux de la pustule maligne, causée, elle aussi, par une matière putride, mais alors provenant des cadavres.

Lettre de M. le maire d'Etampes, président de la commission formée pour l'érection d'un monument à la mémoire d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, qui prie M. le président de l'Académie de désigner un de ses collègues pour la représenter à Etampes et porter la parole dans cette solennité.

M. le Président annonce à l'Académie la présence de M. Ehrmann, de Strasbourg, et de M. Haime, de Tours, membres correspondants.

LECTURE.

Physiologie de la moelle. — M. le docteur Brown-Séquard donne lecture d'un mémoire dont l'objet principal est de démontrer que les théories qu'il a proposées relativement à la transmission des impressions sensitives sont fondées sur des faits qui lui semblent ne pas pouvoir être interprétés ainsi que M. Chauveau a essayé de le faire récemment.

Il signale l'existence de très-nombreuses analogies entre les résultats obtenus par M. Chauveau sur les chevaux, et ceux qu'il a lui-même publiés depuis longtemps et qu'il avait obtenus sur de petits mammifères, animaux qu'il croit préférables aux solipèdes pour des expériences où il s'agit essentiellement du degré de la sensibilité.

Il signale en outre ce fait que les expériences de M. Chauveau concourent avec les siennes pour démontrer le peu de fondement de la théorie d'après laquelle la transmission des impressions sensitives ne s'opérait que par l'intermédiaire des cordons postérieurs.

Parmi les nombreuses expériences que M. Brown-Séquard mentionne en preuve de l'existence de l'entre-croisement des éléments conducteurs des impressions sensitives dans la moelle épinière, il insiste sur les deux suivantes :

1° Si l'on coupe longitudinalement la moelle épinière dans toute l'étendue du renflement cervico-brachial, on trouve, dit l'auteur, que la sensibilité est perdue dans les membres antérieurs, et qu'elle est conservée dans les membres postérieurs. Si alors on coupe transversalement la moitié latérale droite du renflement cervico-brachial, on trouve que la sensibilité disparaît dans le membre postérieur gauche et qu'elle s'exagère dans le membre postérieur droit. Si M. Chauveau avait raison dans son interprétation, comme il n'y a plus alors que des mouvements très-faibles dans les deux membres antérieurs et dans le membre postérieur gauche, lorsqu'on irrite le membre postérieur droit, il ne devrait plus y avoir de signe prononcé de douleur. Or, il y a encore des cris très-violents et d'autres manifestations de douleurs très-vives, lorsque ce membre postérieur est irrité.

2° Si l'on couvre les yeux d'un animal sur lequel on a coupé une moitié latérale de la moelle épinière dans la région dorsale, on trouve souvent, lorsqu'on irrite le membre postérieur du côté de la section, que l'animal porte la tête vers le point irrité en essayant de mordre. Or, comme il ne peut pas avoir vu d'où l'irritation provenait, il faut qu'il l'ait sentie. Ce fait semble péremptoire pour démontrer l'existence de la sensibilité dans ce membre, et pour faire voir aussi que ce n'est pas par suite d'une action réflexe douloureuse ayant lieu dans les autres membres, que l'animal manifeste de la douleur.

Relativement aux expériences de M. Chauveau sur les pigeons, M. Brown-Séquard fait observer que l'entre-croisement des conducteurs des impressions sensitives se fait plus haut et d'une manière moins complète chez ces animaux que chez les mammifères.

M. Brown-Séquard ajoute qu'il aura l'honneur de communiquer à l'Académie des faits pathologiques très-nombreux qui concourent à démontrer l'exactitude des théories que les faits expérimentaux l'ont conduit à admettre.

(Le travail de M. Brown-Séquard est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Ségalas et Renault.)

RAPPORTS.

Sirop iodo-tannique. — M. GAULTIER DE CLAUBRY donne leclecture d'un rapport sur un nouveau composé pharmaceutique, le *sirop iodo-tannique*, qui a pour base le produit obtenu par la réaction de l'iode sur le tannin, sous l'influence de l'eau.

Le rapporteur propose, au nom de la commission, d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments et de déposer honorablement son travail dans les archives.

M. VELPEAU ne veut rien dire sur la partie chimique du rapport, mais il trouve que M. le rapporteur conclut un peu vite, en déclarant que ce nouveau médicament est un médicament utile.

M. GAULTIER DE CLAUBRY. La phrase à laquelle M. Velpeau fait allusion est écrite tout entière de la main de M. Gibert dans une note que je dépose sur le bureau de l'Académie. M. Gibert a employé la nouvelle préparation pendant plus d'une année, soit à l'hôpital, soit dans sa pratique particulière, et M. Bouchardat, un des membres de la commission, l'a administrée avec beaucoup de succès à de nombreux malades.

M. VELPEAU ne trouve pas que la note de M. Gibert confirme pleinement la proposition émise par M. Gaultier de Claubry sur les propriétés thérapeutiques du sirop iodo-tannique, et il est d'avis de modifier les conclusions du rapport, dans la crainte de voir ce médicament figurer à la quatrième page des journaux avec l'approbation de l'Académie.

M. CAVENTOU fait observer qu'il ne s'agit pas évidemment ici d'un composé chimique défini, et c'est là une considération importante en thérapeutique.

M. GAULTIER DE CLAUBRY, répondant aux objections de M. Caventou, fait remarquer que la réaction de l'iode sur le tannin, sous l'influence de l'eau, donne lieu à un composé aussi bien défini que beaucoup de préparations de l'iode, la dissolution alcoolique d'iode, par exemple, qui contient à la fois de l'iode dissous et une quantité variable d'acide iodhydrique.

M. RICORD. On ne sait s'il s'agit, dans ce nouveau médicament, d'une préparation astringente ou d'une préparation iodée; il y aurait de nouvelles recherches à faire au point de vue chimique, et des observations à recueillir au point de vue thérapeutique.

M. CHATIN est également d'avis que ce composé n'est ni nouveau, ni utile, ni chimiquement défini.

M. ROBERT partage l'opinion de ses collègues. Il a expérimenté la solution iodo-tannique, comparativement avec la teinture d'iode et la solution de M. Guibourt; il n'en a retiré aucun effet particulier, et il a remarqué d'ailleurs qu'au bout d'un certain temps, il se formait au fond des flacons un précipité assez abondant, de sorte qu'on n'est jamais assuré de l'identité du médicament.

M. DUBOIS (d'Amiens). La conclusion de la commission me paraît engager beaucoup l'Académie, et il y a dans le rapport une phrase qui l'engage plus encore, en déclarant que le sirop iodo-tannique est un médicament utile. L'auteur, se fondant sur ce passage du rapport, pourrait demander le bénéfice du décret du 3 mai 1850, ainsi qu'on l'a déjà vu. M. Gibert a trouvé une amélioration assez marquée dans un cas de bronchite chronique; mais il a échoué dans un cas de tuberculisation pulmonaire. Je demande en conséquence l'ajournement du rapport, jusqu'à ce qu'il y ait de nouvelles observations thérapeutiques.

M. VELPEAU propose, au lieu de l'ajournement, de déclarer que le nouveau composé est mal défini au point de vue chimique, et que les observations qu'on a invoquées jusqu'ici ne sont pas assez concluantes pour que ce médicament soit admis dans la thérapeutique.

M. GIBERT. Je ne crois pas qu'on puisse déclarer ainsi qu'un médicament ne peut être admis dans la thérapeutique. Le médecin doit conserver toute liberté à cet égard.

L'ajournement est mis aux voix et rejeté.

M. le PRÉSIDENT propose alors le renvoi à la commission pour formuler de nouvelles conclusions dans le sens de l'amendement de M. Velpeau, et en tenant compte des observations de M. Gibert.

Le renvoi à la commission est mis aux voix et adopté.

LECTURE.

Lithotripsie. — M. le docteur HEURTELOUP commence la lecture d'un mémoire relatif à la lithotripsie.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

— « Des quantités considérables de marrons d'Inde, dit le *Cosmos*, sont demandées dans nos départements, à un prix égal à celui que les féculeries payaient la pomme de terre l'année dernière. Ces fruits sont destinés à une usine située à Nanterre, près de Paris, pour y être transformés en amidon. Nous avons déjà fait remarquer qu'il y a de très-grands avantages à remplacer l'amidon extrait des céréales par la fécule d'un fruit inutile, en faisant rentrer dans la consommation alimentaire le blé et les pommes de terre qui en sont détournés pour les besoins si nombreux et toujours croissants de l'industrie. Le marronnier d'Inde est acclimaté partout; il croît rapidement et dans les terrains les plus ingrats; les insectes ne l'attaquent pas comme ils attaquent l'orme et le tilleul. Maintenant qu'on extrait de ses fruits un excellent amidon, les communes trouveront donc un bénéfice certain à multiplier cet arbre, un des plus beaux de l'Europe, le long des routes, sur les places publiques, etc., etc. »

Notre confrère aurait pu ajouter que si l'heureuse révolution industrielle et économique qu'il signale vient à s'accomplir, on le devra en grande partie aux efforts d'un médecin distingué de Versailles, M. le docteur Remilly, et de M. Ad. Thibierge, qui ont publié sur *l'amidon du marron d'Inde* un excellent petit livre déjà parvenu à sa seconde édition (1).

(1) Paris, 1857, chez Masson, place de l'Ecole de médecine.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De l'Exfoliation physiologique et pathologique *de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse*; par A. RACIBORSKI, ancien chef de clinique, etc. Prix : 3 francs. *Au bureau du journal.*

Leçons sur le chancre, professées par le docteur RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. FOURNIER, interne de l'hôpital du Midi, suivies de notes et pièces justificatives, etc. — 1 volume in-8° de 351 pages. — Prix : 5 fr. 50 c.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

De l'Influence du moral sur le physique, par le docteur FOISSAC, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut. — Brochure in-8°.

Paris, 1857, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Des Chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, par le docteur E. A. DUCHESNE, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, etc.

Paris, 1857, chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55. 1 vol. format Charpentier. Prix : 3 fr. 50 c.

Eléments de médecine clinique, par le docteur A. TRUMET DE FONTARCE, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Paris, 1857, 2 volumes in-8° de chacun 800 pages. — Prix : 14 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Études d'hygiène militaire. — *Des habitudes dans l'armée; conseils aux militaires et aux jeunes gens*; par le docteur VINCENT, médecin au 7e chasseurs. 1 volume in-8°.

Paris, 1857, chez Leclerc, libraire, rue de l'Ecole de médecine, 14.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine, par le docteur DOLBEAU, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc. — Brochure in-8° de 30 pages. — Prix : 1 fr.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1er Série. Tome 5. — N° 122. 5e ANNÉE. Samedi, 10 octobre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 31
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

Nouveaux procédés pour l'amputation des staphylomes de la cornée et pour l'extirpation du ptérigium.

Par le Dr CH. J. F. CARRON DU VILLARDS.

C'est parce que je ne suis pas de ceux qui, aussitôt qu'ils donnent un coup de bistouri un peu plus à droite ou un peu plus à gauche, s'empressent d'emboucher la trompette de la publicité, que je me vois souvent enlever des procédés qui m'appartiennent.

Je lis, en effet, dans les *Annales d'oculistique*, tome XXI, page 33, dans un article consacré à l'examen des divers procédés opératoires du staphylome de la cornée, « qu'il existe « encore un autre procédé opératoire qu'il importe d'autant « plus de signaler ici qu'il ne se trouve consigné dans aucun « livre. M. Boissonneau père m'a dit l'avoir vu souvent em- « ployer dans ses voyages. Son exécution est prompte et « facile (l'on aurait pu ajouter peu douloureuse). Il consiste « dans l'implantation d'une airigne dans la protubérance, « qui, une fois assujettie, est tout simplement coupée de haut « en bas (c'est le contraire que je fais) à sa racine avec un bis- « touri sans ponction ni contre-ponction, sans tous les détails « précédemment exposés. »

Or c'est moi qui suis l'auteur de cette énormité opératoire que je mets en pratique depuis dix-sept ans environ, et que j'ai employée en France, en Hollande, en Italie et en Amérique, et m'est avis que M. Ch. Deval, à qui l'on doit la précédente citation, pourrait bien citer l'auteur de cet expédient opératoire, attendu que M. Boissonneau père ne lui avait pas

---

LE TOMBEAU D'HIPPOCRATE.

Tous nos lecteurs ont pu lire dans les journaux politiques un article extrait du journal *l'Espérance*, d'Athènes, et d'après lequel des témoignages positifs auraient permis d'établir qu'on avait découvert le tombeau d'Hippocrate près de Larisse en Thessalie.

A ce sujet, une lettre a été écrite à l'*Abeille médicale d'Athènes*, par le docteur Samartsidès, dans laquelle cet honorable médecin expose les faits qu'il a constatés et qu'il désire faire confirmer d'abord, et voir interpréter ensuite. M. René Briau, qui a traduit la lettre de M. Samartsidès, l'a fait suivre, dans la *Gazette hebdomadaire*, de remarques critiques fort judicieuses. Nos lecteurs liront sans doute avec intérêt ces divers documents.

A. M. GOUDAS, rédacteur en chef de l'*Abeille médicale d'Athènes*.

Monsieur et très-honoré confrère, presque tous les historiens de la médecine rapportent que le divin Hippocrate, père de notre art, originaire de Cos, voyagea beaucoup pour apprendre à guérir les maladies et pour étudier les moyens propres à chaque pays dans la médecine et dans l'hygiène; que vers la fin de son illustre carrière, il vint mourir à Larisse, en Thessalie. Sprengel dit : « Suivant Soranus, Hippocrate mourut à Larisse, où, jusqu'à ces derniers temps, on montrait son tombeau entre cette ville et Gyrton. » Suidas, au mot HIPPOCRATE, dit: « Et il fut enterré à Larisse. » Foës, se conformant à ce qui nous a été conservé par Soranus sur la vie d'Hippocrate, dit: « Or, il fut enterré entre Gyrton et Larisse, et on y montre jusqu'à présent son tombeau. » Le lexicographe de l'archéologie, Pauly, dit: « Hippocrate mourut et fut enterré à Larisse; et les Larisséens, deux siècles après le Christ, montraient le tombeau d'Hippocrate. »

Parmi les modernes, les célèbres Rhigas de Phères et Gazès soutiennent que le tombeau d'Hippocrate existe parmi les tombeaux des Ottomans situés en dehors de Larisse, au lieu appelé *quartier des Arnautes*. L'immortel Coray dit à peu près la même chose. De tout cela il ressort que le père de la médecine mourut à Larisse et qu'il fut enterré le long du chemin qui passe entre cette ville et l'ancienne Gyrton, et qu'en outre, jusqu'à ces derniers temps, les habitants montraient le tombeau d'Hippocrate. Or, suivant les cartes géographiques de l'ancienne Grèce, la ville appelée aujourd'hui Tyrnabe est située exactement dans l'ancienne Gyrton, ou bien à côté et un peu au nord. Voilà pour ce point. Mais, depuis que je me suis établi ici, j'ai appris ce qui suit d'un homme érudit, M. Thomas Andréadès, au sujet du tombeau d'Hippocrate.

En 1826, après une inondation, quelques paysans découvrirent, à dix minutes de la ville actuelle de Larisse, à l'est de la route qui conduit de Larisse à Tyrnabe, et près des villages de Giannouli et du Kiosque, une tombe ou sarcophage. En apprenant cette nouvelle, M. Thomas Andréadès et un autre savant larisséen, M. Jean OEconomidès, s'em-

laissé ignorer où, quand et par qui l'expédient avait été commis.

J'ai toujours eu pour principe de simplifier autant que possible, et de repousser comme inutiles une foule de petits riens que feu mon honorable ennemi, J. Lisfranc, nommait de la bijouterie chirurgicale.

Conséquent avec ce principe, je me suis demandé si l'on ne pouvait pas appliquer à la plupart des staphylomes de la cornée le procédé que le chirurgien de la Pitié mettait en pratique pour l'extirpation du col de l'utérus. Il ne s'agissait que d'essayer; je l'ai fait, et la réussite a justifié mes prévisions.

J'ai donc doté l'ophthalmologie d'un procédé sûr, prompt, sans dangers, et qui m'a valu le nom de professeur de chirurgie expéditive. C'est le docteur Hegwisch, chirurgien allemand fort distingué, établi au Mexique, qui m'a servi de parrain dans cette qualification.

Maintenant, je vais décrire le procédé, car la description qu'en donne M. Ch. Deval est loin d'être exacte.

Dans le premier temps de l'opération, j'écarte les paupières avec le dilatateur de Kelley-Snowden, qu'envers et contre tous je proclame le meilleur, quand il est convenablement fait.

Dans le second temps, je traverse le staphylome de part en part, aussi près que possible de sa base, pour qu'il n'y ait pas déraillement, non avec une airigne, comme l'a dit M. Ch. Deval, mais avec un ténaculum dont la pointe est armée d'une petite lance.

Dans le troisième temps, je tire légèrement sur le ténaculum, et présente à la base du staphylome le tranchant d'un bistouri courbe, boutonné (herniotome de Pott), et en deux ou trois mouvements de scie imprimés au tranchant, j'enlève le staphylome nettement, sans franges ni bavures, sans avoir jamais besoin de recourir aux ciseaux et aux pinces. Jamais je n'ai vu d'accidents, et M. Boissonneau père peut dire qu'il m'a vu enlever, à Amsterdam, les plus grands staphylomes dont j'ai les dessins, et qui figureront dans le premier volume de *Trente-huit ans de pratique ophthalmologique*.

Presque tous ces opérés ayant été soumis à la pose d'un œil artificiel, mon honorable ami le professeur de prothèse oculaire susmentionné peut dire si le moignon n'est pas très-convenable, très-ferme, très-propre à subir les bénéfices de son éminent talent.

La plupart des accidents consécutifs aux extirpations des staphylomes sont dus, selon moi, non à l'opération, mais à la manière de la pratiquer.

Que désire-t-on en effet? Réduire le volume de l'œil, le vider, le conduire à une espèce d'insensibilité atrophique qui préserve son congénère d'accidents sympathiques et permette de recourir à la prothèse.

Conduire l'œil à l'atrophie! Comment osé-je prononcer ce mot après la manière verte et sévère avec laquelle m'a tancé le défunt *Bulletin chirurgical de Paris* (*Sit terra sibi levis*), pour avoir publié un article sur cette doctrine dans un numéro de l'*Esculape*.

Ce procédé opératoire expéditif a été mis en pratique près de 300 fois; je me bornerai à citer les deux dernières et récentes opérations que je viens de pratiquer.

Staphylome moyen de la cornée et staphylome en chapelet (staphyloma racemosum) de l'arc précornéo-sclérotidien. — Douleurs violentes dans l'œil, produisant des inflammations suspectes de l'autre œil. — Extirpation. — Guérison. — Prothèse.

Mademoiselle X..., de Caracas (Venezuela), est une belle fille de dix-huit ans, qui, jouant à l'âge de douze ans avec une de ses sœurs, reçut dans l'œil gauche un coup de ciseaux à broder qui entama l'arc précornéo-sclérotidien, la cornée et l'iris. Il ne sortit pas de sang, mais la vue fut abolie sans retour. Trois mois après l'accident, la cornée commença à se bomber, puis à se déformer, et enfin à prendre en quelques années le volume d'un grain de raisin muscat. Pendant que les paupières furent assez amples et assez pourvues d'élasticité pour recouvrir la tumeur, mademoiselle X..., prit son mal en patience; mais lorsque le volume de la tumeur arrêta le mouvement des paupières, celle-ci devint douloureuse et fut le siége d'inflammations répétées.

Mademoiselle X... était lasse et souffrait surtout de la difformité que cette tumeur imprimait à sa figure : aussi accepta-t-elle avec empressement la proposition que je lui fis de l'en débarrasser au moyen de l'opération précédemment décrite, et qui fut exécutée en présence de MM. les docteurs G. Blanco, P. Fettamanzi et E. Ribas. Il ne s'écoula que peu de sang et il ne survint que l'inflammation nécessaire à la cicatrisation de la plaie. Trois mois après mademoiselle X... recevait de M. Boissonneau père des pièces artificielles qui ont comblé tous ses vœux.

---

pressèrent de faire des recherches. En creusant un peu ils découvrirent sur la tombe une tablette de pierre qui portait gravées très-lisiblement les lettres ΙΠΠΟΚΡΑΤ et quelques autres.

Ces messieurs n'osant pas, à cause des troubles de cette époque et de la cruelle persécution contre les chrétiens, entreprendre d'autres recherches, s'empressèrent de faire connaître cette circonstance à un Ottoman puissant de cet endroit qui protégeait les chrétiens, Nedjib-Bey. Celui-ci, persuadé que la chose en valait la peine (autant que peut l'être un Ottoman ignorant la valeur d'une pierre ou d'un tombeau des hommes morts depuis des siècles), envoya sur les lieux des serviteurs, en leur ordonnant de transporter dans sa maison la tablette de pierre portant l'inscription, et ce qu'on pourrait trouver dans le sarcophage. La tablette ayant été levée, raconte M. Thomas Andréadès, qui était présent, on trouva dans le sarcophage diverses anciennes pièces de monnaie et une chaîne d'or ayant la forme d'un serpent. Mais ces objets furent immédiatement pillés. Quant à la tablette de pierre, elle fut portée dans la maison du bey; mais celui-ci étant mort peu de temps après, la destinée de la tablette fut complétement ignorée, ainsi que la teneur de l'inscription.

Après avoir appris ces détails, je fouillai, avec la permission de l'épouse du bey, toute sa somptueuse maison, afin de trouver la précieuse tablette. Après beaucoup de recherches inutiles, je la découvris enfin, heureusement saine et sauve, et non renversée, dans la salle de bains de la maison. J'y lus exactement l'inscription suivante, que je copie simplement en lettres communes, ne pouvant ni imiter les caractères gravés, ni les modeler. Je conclus de leur forme qu'ils sont très-anciens. Ils présentent, comme vous le voyez, cinq lignes. Les lettres qui y sont tracées et que je figure ici sont faciles à lire. Pour les endroits marqués par des points, ils portaient indubitablement des caractères; mais ils ont été effacés par le frottement et par le temps, ou du moins leur lecture offre de grandes difficultés à moi, médecin, comme savez, qui ne me suis jamais occupé de cette sorte d'études.

L'inscription est ainsi conçue :

.... ΙΠΠΟΚΡΑΤ .... ΚΩ .... ΑΓΛΑΟΦ ....
.... ΣΩΜΑ ....
ΠΟΔΕΙ .... ΜΕ .... ΤΕΛΕΣΦ ....
ΑΓΑΘΠ .... ΑΡΕ .... ΕΝΕΚΑ ....
.... ΧΡΗΣΤΕ .... ΧΑΙΡΕ ....

Après avoir copié cette inscription, je me suis empressé de rechercher le sarcophage à l'endroit indiqué. Je l'ai trouvé heureusement sain et sauf et caché sous un peu de terre. J'ai pensé qu'il était de mon devoir de vous communiquer ces faits pour les publier. Je désire de toute mon âme que des hommes savants fassent le plus tôt possible les études scientifiques les plus exactes pour la manifestation de la vérité; mais je désire principalement la vérification et la démonstration incontestable de ces faits. Certes, je ne doute nullement que nous autres médecins grecs nous ne devions être les premiers à donner notre obole pour arracher au temps, qui détruit tout, ce précieux et inestimable trésor de nos ancêtres, et pour le conserver avec honneur; mais je regarde

Kérato-chroroïdite ancienne. — Staphylome moyen de la cornée, entourée, dans son arc précornéo-sclérotidien, d'un chapelet de petits staphylomes de sclérotique. — Inflammations graves et souvent récidivées et amenant des douleurs graves dans l'œil sain. — Opération. — Guérison.

M. Miguel Rodriguez, de Rio-Chico (Venezuela), âgé de vingt-six ans, a été atteint dans sa jeunesse de nombreuses ophthalmies scrofuleuses qui ont laissé dans la cornée de profondes altérations.

A vingt-trois ans, il a contracté une ophthalmie qui n'a point été enrayée dans sa marche, et qui a produit un staphylome moyen avec perte absolue de la vision.

Dès cette époque, les inflammations répétées de la conjonctive et de l'arc précornéo-sclérotidien produisirent un amincissement de la sclérotique et la formation d'un staphylome en chapelet (*staphyloma racemosum*).

Fatigué de ses interminables douleurs, M. Miguel Rodriguez vint me consulter à Caracas, où je lui exprimai que le seul moyen d'en finir avec un état si fâcheux était d'enlever le staphylome, de vider l'œil et de le conduire à l'atrophie. Cette proposition ayant été acceptée, l'opération fut pratiquée de la manière indiquée plus haut, en présence de MM. les docteurs Fettamanzi, Blanco et Moreno.

Il n'y eut pas d'accidents; mais l'affaissement se fit longtemps attendre par des causes que je relaterai et examinerai dans un autre travail.

Staphylome volumineux de la cornée, perte absolue de la vision, inflammations fréquentes, interminables, suivies de douleurs profondes dans l'œil. Excision, guérison, prothèse.

Cécile Salas, de Caracas, âgée de douze ans, ayant été atteinte d'une ophthalmie purulente des nouveau-nés, a toujours conservé une conjonctive épaisse, rugueuse, et s'enflammant sous l'influence des causes irritantes les plus simples. A huit ans, elle a eu à l'œil droit une dacryocistite purulente qui, ayant résisté à tous les traitements, fut opérée à l'âge de dix ans.

Dans la même année, elle fut assaillie plusieurs fois par une violente ophthalmie-blennorrhée dont la conséquence fut un ramollissement de la cornée, suivi de staphylome.

A chaque fois que l'œil gauche s'enflamme, l'œil droit devient larmoyant. Alarmée de cette coïncidence fatale, la famille réclame mes soins. Après avoir examiné attentivement la nature des lésions, je propose l'excision comme unique moyen de guérison et de préservation de l'autre œil. La proposition fut acceptée; l'opération, remise au lendemain, fut pratiquée sous l'influence du chloroforme, en présence des docteurs Blanco, Fettamanzi et Moreno.

La cicatrisation marcha avec rapidité, et Cécile Salas, de même que la plupart des personnes qui ont été opérées par moi, a pu, grâce à l'ingénieux système de correspondance inventé par M. Boissonneau père, jouir des bénéfices de la prothèse la plus parfaite.

J'ai dit que j'avais pratiqué plus de trois cents excisions de staphylomes dans l'espace de dix-sept ans. Ces chiffres, dont je garantis l'exactitude, seront du reste mis au jour dans un ouvrage de statistique ophthalmologique.

J'ai dit que, chez M. H. Rodriguez, la cicatrisation avait été moins prompte que dans les autres cas. Le retard fut produit par un œdème de la conjonctive et des paupières.

Mes élèves, G. Blanco, P. Fettamanzi et Moreno, ont eu occasion de mettre souvent ce procédé en pratique avec des résultats fort satisfaisants.

Opération du ptérigium par excision et torsion simultanée.

Le procédé que je vais décrire et que j'aurais pu me laisser enlever, car je le pratique depuis dix-sept ans sans l'avoir publié, s'exécute comme suit :

Le malade assis sur une chaise et la tête maintenue contre la poitrine d'un aide, je place entre les paupières l'ophthalmostat de Kelley-Snowden, et saisissant d'une main le ptérigium avec des pinces à griffes multiples s'emboîtant les unes dans les autres, aussi près que possible de son insertion à la cornée, de l'autre main armée de ciseaux courbés sur leur plat, j'incise la base du ptérigium à ras de la pince, à laquelle j'imprime ensuite un mouvement de tension jusqu'à ce que le ptérigium soit complétement décollé.

Par ce moyen, l'on évite toute lésion de la cornée et toute cicatrice consécutive, sans nécessité de recourir aux caustiques.

Depuis dix-sept ans, j'ai employé cette méthode plus de quatre cents fois, et je n'ai qu'à m'en féliciter (1).

La première pince à griffes fut exécutée à Metz par M. Thoveny, habile fabricant; à Strasbourg, par M. Elser; et enfin à Paris, par MM. Luer et Mathieu, chez lesquels on peut se la procurer.

Maracaïbo, 1er août 1857.

(1) Le chiffre de ces opérations s'explique par la très-grande fréquence de l'affection qui nous occupe dans les pays intertropicaux et équatorianx.

---

comme indubitable que, pour atteindre ce but sacré et généreux, le concours empressé de tous les médecins du monde nous est assuré.

Je suis, etc. SAMARTSIDÈS.

Larisse, 1er (12) mars 1857.

Observations du traducteur.

Assurément nous pensons, comme notre honorable confrère de Thessalie, qu'il n'y a pas un médecin au monde qui ne se réjouisse à l'idée de posséder le tombeau d'Hippocrate. Outre le sentiment généreux qui porte tout homme de cœur à conserver religieusement les reliques des bienfaiteurs de l'humanité et des créateurs des sciences, il y a ici un intérêt historique direct à acquérir un document authentique qui vienne ajouter, à celles que nous possédons déjà, une nouvelle démonstration plus précise et plus nette de la réalité de l'existence et de la personnalité d'Hippocrate; et c'est là une chose qui n'est point à dédaigner par ces temps de critique dissolvante, qui pousse l'analyse des faits historiques presque jusqu'à leur anéantissement. Nous serions donc très-heureux de pouvoir partager complétement la conviction que nous possédons incontestablement le tombeau du père de la médecine. Malheureusement les détails donnés par la lettre qu'on vient de lire sont loin de porter dans notre esprit cette certitude.

Nous laissons aux épigraphistes de profession le soin d'étudier la contexture de l'inscription, de restituer les mots disparus, d'en chercher le sens, et de décider si, dans les paroles qui la terminent, par exemple, il n'y aurait pas quelques raisons de croire que cette inscription ne peut guère être antérieure à l'époque d'Alexandre le Grand. Mais nous devons toutefois faire observer, à cet égard, que la critique sera toujours incomplète et défectueuse tant qu'on n'aura pas publié la photographie même de l'inscription, ou bien tant qu'on ne l'aura pas estampée et reproduite telle qu'elle est, soit par un moulage, soit par les procédés de M. Lottin de Laval, dont le secret a été acheté par le gouvernement français. Il est évident, en effet, que la forme des lettres et la manière dont les caractères sont gravés sur la pierre sont des éléments d'importance majeure pour la détermination de l'âge de l'inscription.

Nous ne critiquerons point non plus les témoignages plus ou moins anciens rapportés par M. le docteur Samartsidès, et qui sont relatifs à la mort et à l'inhumation d'Hippocrate près de Larisse. Tous ces témoignages, en définitive, se réduisent en un seul, celui de Soranus, qui a été répété par tous les autres. Nous laissons au savant M. Littré, ainsi qu'à notre honorable confrère M. Daremberg, qui se sont spécialement occupés, dans ces derniers temps, de l'exégèse hippocratique, le soin de déterminer jusqu'à quel point le témoignage de Soranus a de l'importance dans la question qui nous occupe. Nous nous bornerons à faire remarquer que, puisque de tout temps les habitants de Larisse ont montré le tombeau en question comme étant celui d'Hippocrate, il est fort possible que l'opinion de Soranus ait eu, en définitive, pour origine et pour unique base cette tradition des Thessaliens de Larisse. Or, comme le nom d'Hippocrate était très commun en Grèce, ce nom inscrit sur la pierre, ainsi que la tradition dont il s'agit, ne seraient point des motifs suffisants pour attribuer ce tombeau à l'illustre médecin de Cos, en l'absence surtout de documents propres à établir la haute antiquité et la certitude de cette tradition.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Thérapeutique générale des teignes,

PAR M. BAZIN,

Recueillie et redigée par M. Pouquet, interne du service.

(Suite.— Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119 et 120.)

Thérapeutique. — On convient généralement aujourd'hui que notre méthode de traitement est la seule vraiment efficace dans la curation du favus, et ce n'est pas sans peine qu'on est arrivé à nous rendre justice. On désirait apporter quelques changements dans notre méthode, et je ne saurais dire tous les essais qui ont été tentés pour y parvenir. On voulait se passer de l'épilation et n'employer que les parasaticides; puis, l'épilation étant reconnue indispensable, on a supprimé le parasiticide, on en a préconisé d'autres différents des miens; mais j'avais tant expérimenté moi-même avant de me fixer, que je ne pouvais attendre aucun résultat avantageux des efforts qu'on faisait après moi dans une voie que j'avais parcourue si longtemps. Il y a peu de temps encore qu'on avait la prétention de guérir le favus par les moyens thérapeutiques ordinaires: un médecin distingué de la capitale, chargé dans un hôpital d'enfants du traitement de quelques teigneux, avait fait part à l'administration des hôpitaux de succès presque incroyables; il guérissait, disait-il, le favus en cinq jours! Mais, peu de temps après cette communication importante, la maladie si vite guérie reparaissant, les enfants retournèrent à l'hôpital, et le médecin dont je vous parle reconnut son erreur. Il y a quelques années, peu de temps après l'inauguration de la nouvelle méthode thérapeutique, un de mes collègues les plus distingués, à l'hôpital Saint-Louis, me pria de voir dans son service une jeune femme affectée de favus qu'il voulait guérir par les seuls soins de propreté. Rien ne fut négligé, comme bien vous pensez, pour triompher de la maladie; au bout de six mois en effet, les croûtes caractéristiques ne paraissant plus, on crut à une guérison complète et la malade sortit de l'hôpital. Or à ce moment j'avertis mon savant collègue que le parasite étant seulement détruit au dehors, avant deux mois la malade reviendrait à l'hôpital avec la même affection du cuir chevelu. Ma prédiction ne tarda pas à se réaliser, et la jeune femme vint nous prier de l'admettre dans notre service; mais avant de la recevoir, j'eus soin de l'adresser au médecin qui l'avait gardée si longtemps dans ses salles, croyant pouvoir la guérir sans l'emploi de notre méthode.

Nous serons brefs dans l'exposé du traitement de la teigne faveuse, car déjà nous sommes entrés dans presque tous les détails en étudiant la thérapeutique générale des affections cutanées parasitaires et plus tard celle des teignes. Nous ne répéterons ici que ce qui s'applique spécialement au favus.

Au point de vue pratique, on peut distinguer dans le traitement de la teigne faveuse quatre cas différents:

1° *Favus universel répandu sur toute la tête et sur tout le corps.* — Que faire en pareille circonstance? Il faut d'abord nettoyer la tête, et dans ce but, couper les cheveux au niveau des croûtes, faire des onctions d'huile de cade avec une brosse ou un balai de charpie, puis on recouvre la tête de cataplasmes de fécule de pommes de terre, et on fait prendre, si l'on veut, un bain d'amidon ou un bain sulfureux dans lequel le malade a soin de se plonger la tête à plusieurs reprises; et quand les croûtes sont bien ramollies, on les détache au moyen d'un peigne. Il est bon, immédiatement après la chute des croûtes, de faire une nouvelle application d'huile de cade. Dès le lendemain, on commence l'épilation, toujours accompagnée des lotions de sublimé, et au bout de quatre ou cinq jours ordinairement, l'opération est terminée.

En même temps on s'occupe du favus du corps et du favus unguéal. Le malade prend quelques bains de sublimé, et, les croûtes détachées, on procède à l'épilation qui exige un temps considérable (ordinairement quinze à vingt jours.) A mesure qu'on épile, on fait matin et soir sur les parties dénudées (au corps et au cuir chevelu) des applications de pommade au turbith.

Quant aux ongles affectés, on en détruit peu à peu, avec la lime, les couches superficielles, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la matière jaunâtre, champignonneuse, que l'on met à nu sur la plus grande étendue possible, pour la laver ensuite avec les solutions de sublimé.

Trente jours se passent ainsi, pendant lesquels la rougeur avait été diminuant de plus en plus sur les parties malades

---

Pour notre compte, et c'est sur ce point seulement que nous désirons arrêter un instant l'attention du lecteur, nous trouvons dans les détails mêmes de la découverte du tombeau des motifs de doute et d'incertitude que nous soumettons aux réflexions de notre confrère de Larisse. Et d'abord, au lieu d'invoquer simplement l'opinion de MM. Rhigas et Gazès, ainsi que l'autorité si imposante du célèbre Coray, il aurait mieux valu nous donner les raisons que ces savants apportent à l'appui de leur manière de voir, sans quoi nous sommes autorisé à dire que c'est encore là un écho du récit de Soranus; ensuite, en considérant cette tradition constante des Larisséens, qu'ils possèdent près de leur ville le tombeau d'Hippocrate, on ne comprend guère qu'il ait fallu une circonstance fortuite pour le mettre à découvert et pour que les paysans vinssent le faire connaître à MM. Andréadès et Œconomidès, qui, en leur qualité d'érudits, auraient dû savoir que ce tombeau existait et connaître même la place précise qu'il occupait. Mais la suite du récit de M. le docteur Samartsidès est encore plus difficile à expliquer. En effet, voilà deux savants hellènes qui, malgré les Turcs, ont la hardiesse de fouiller et de creuser un peu la terre, de manière à pouvoir lire très-facilement le nom d'Hippocrate sur une pierre; mais ils n'osent pas aller plus loin et ouvrir le sarcophage, ce qui n'exigeait cependant que quelques coups de pioche de plus. Cette excessive timidité a eu pour conséquence une perte extrêmement regrettable et désormais irréparable, car les monnaies précieuses pillées par les gens de Nedjib-Bey eussent donné la solution nette et précise de presque toutes les questions relatives à ce tombeau, et auraient servi en même temps à contrôler quelques-uns des récits de Soranus. M. Andréadès, à qui notre honorable confrère de Thessalie donne le titre de savant, voit ce pillage du sarcophage et ne cherche pas à étudier, ne fût-ce qu'un instant, ces pièces de monnaie; il n'essaye pas de se les procurer ou du moins de suivre leur destinée dans la main de ces Turcs cupides et ignorants, afin qu'à un moment donné il puisse prendre leur empreinte, la publier et donner ainsi à l'Europe érudite le moyen de déterminer leur âge et de les classer! Cette conduite de M. Andréadès est véritablement inexplicable et jette les doutes les plus sérieux sur sa narration.

En outre, il existe dans la lettre de M. le docteur Samartsidès des lacunes qui laissent planer une grande incertitude sur plusieurs circonstances importantes de cette affaire, en l'absence surtout de la publication d'une copie exacte de l'inscription ou de l'exposition de la pierre elle-même. Il est vrai que ces lacunes peuvent être réparées, puisque l'on affirme que le sarcophage existe sain et sauf, et préservé par un peu de terre, dans l'endroit même où il a été trouvé. Nous engageons instamment notre confrère de Thessalie à compléter son récit et à entrer dans tous les détails archéologiques et épigraphiques nécessaires pour servir à déterminer l'âge, l'époque et l'appropriation de ce monument funéraire. Dans ces recherches, aucune circonstance n'est inutile. Un récit abrégé comme celui qu'il nous a donné est tout à fait insuffisant; et, puisqu'il a attiré l'attention des médecins sur ce fait intéressant, il faut qu'il donne satisfaction à leur juste curiosité et qu'il fasse tous ses efforts pour les mettre à même de savoir la vérité sur cette question: Le tombeau trouvé près de Larisse est-il ou n'est-il pas celui de notre grand Hippocrate?

Dr René Briau.

après l'épilation ; mais à ce moment la rougeur augmente ou reparaît, si elle s'était complétement effacée, et bientôt le parasite se montre de nouveau sous forme de godets, et ordinairement précédé de très-petites pustules. — La maladie semble aussi étendue qu'avant toute épilation (au cuir chevelu seulement, car sur le reste du corps il est rare que l'affection reparaisse); cependant les croûtes sont moins larges et séparées par des intervalles plus considérables. — Il faut donc, au bout d'un mois environ, pratiquer une deuxième épilation générale de la tête. — On attend encore un mois, six semaines; et si quelques godets se montrent de nouveau, ils sont très-rares et ne nécessitent que des épilations partielles sur des surfaces très-peu étendues. Après ces trois épilations (une générale et une partielle), la guérison est presque toujours assurée et sans danger de récidive; — cependant la prudence fait un devoir de surveiller les parties malades pendant quelques jours, car il est possible qu'un ou deux godets paraissent encore sur le cuir chevelu.

2° *Favus du cuir chevelu généralisé ou disséminé partout de telle sorte qu'un sixième à peine de la région a échappé à l'affection parasitaire.* — Comme dans le cas précédent, il faut pratiquer une première épilation générale de la tête sans respecter ces couronnes de cheveux, sains en apparence, qui occupent le front, les tempes ou la nuque. — Au bout d'un mois, six semaines, deuxième épilation, suivie, s'il est nécessaire, un mois après, d'épilations partielles.

3° *Favus circonscrit ; cinq ou six plaques au plus sur le cuir chevelu.* — Il est inutile dans ce cas d'arracher les cheveux sur toute la tête; l'épilation des parties malades est suffisante. Toutefois il ne faut pas la borner aux surfaces couvertes de croûtes, car les cheveux qui entourent ces surfaces sont malades dans un rayon très-variable, et il est nécessaire, pour guérir le sujet, de les extraire sans en laisser un seul. — Mais quelle est la limite que doit respecter la pince de l'épileur?— C'est là un point de pratique qu'il faut bien connaître, car, s'il est important de ne laisser aucun germe cryptogamique, c'est également un devoir de ne pas faire souffrir le malade plus qu'il n'est nécessaire pour sa guérison. — Or, il est impossible de fixer d'avance les limites de l'opération ; l'épileur seul sait à quel moment il doit s'arrêter; les cheveux sains tiennent mieux, et par conséquent offrent à la traction de la pince une plus grande résistance; leur avulsion est plus douloureuse en même temps que plus difficile. Ordinairement il ne faut pas se flatter d'obtenir une guérison radicale après une seule épilation partielle ; on doit donc garder le malade, et, si au bout de quelque temps les godets se montrent, on épilera de nouveau là où il sera nécessaire.

4° *Favus très-circonscrit ; deux ou trois godets seulement au cuir chevelu ; favus primitif du corps.* — Ici la durée du traitement de la teigne se réduit à quelques minutes. — Il suffit de détacher les godets et d'arracher quelques cheveux ; on peut ensuite renvoyer les malades comme parfaitement guéris. — Plusieurs observations recueillies par M. Deffis au traitement externe de l'hôpital, sont une preuve irrécusable de la possibilité de ces guérisons presque instantanées.

Enfin, pendant la convalescence de la teigne faveuse, il ne faut pas négliger les soins de propreté. — Il y a souvent une hypersécrétion d'épiderme ou de matière sébacée qui nécessite l'usage de lotions savonneuses. — C'est la crasse membraneuse, dont parle Mahon, qui succède si souvent à l'emploi des poudres et des pommades secrètes. Peut-être serait-il prudent, pour consolider la guérison, de se frotter la tête tous les quatre ou cinq jours avec la pommade de turbith.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement des scrofules chez les enfants par les eaux de Pougues.

Par le docteur DE CROZANT, *médecin inspecteur de ces eaux.*

[Rapport au ministre de l'agriculture et du commerce.]

Dans notre numéro du 19 mai 1857, nous avons tracé un rapide historique des eaux de Pougues, et nous avons fait connaître les résultats des diverses analyses dont ces eaux ont été l'objet. Il s'agit aujourd'hui d'en apprécier les effets thérapeutiques. L'extrait suivant du rapport rédigé par M. de Crozant est un premier document qui servira à éclairer cette question pratique importante. R.

« Sur 29 scrofuleux qui ont été adressés par l'hospice de Nevers, nous avons obtenu, au bout de trois ans, 18 guérisons complètes; sur ces 18 guéris, 17 ont été placés. Une jeune fille (Jeanne Moreau, n° 9,) une de nos remarquables guérisons, est restée à l'hospice à cause d'une dartre à la face.

« Sur les 11 malades qui ne figurent pas parmi les guérisons, 3 n'avaient passé qu'une saison (celle de 1849) ; elles ont obtenu, depuis, la guérison que promettait l'amélioration notable que j'ai signalée à leur départ (voir les numéros 23, 26 et 27). Trois autres n'ont pu continuer le traitement et ont dû retourner à Nevers ; 2 atteintes de phthisie, 1 de teigne. Des 5 qui restaient comme n'étant pas guéries, 1 jeune fille est morte phthisique, 2 autres ont obtenu leur guérison deux ans après, et 2 restent l'une avec une carie des os du pied qui semble en voie de guérison, l'autre avec un chapelet de glandes au cou. Ces deux jeunes filles, tout en restant malades, ont pris beaucoup de force; l'état général s'est considérablement amélioré, la constitution scrofuleuse a complétement disparu ; on voit donc que, sur les 29 malades qui nous ont été confiés, nous en avons guéri 23. C'est un résultat que je crois digne d'être noté.

« Nous voyons, d'après le relevé, que ces 23 guérisons ont été obtenues, 2 après trois ans, 9 après deux ans, et 12 après un an ; c'est-à-dire que toutes nos guérisons ont eu lieu après un ou deux ans de traitement ; les 2 seuls malades qui font exception à cette règle ont été malades pendant encore deux à trois ans.

« Ces résultats remarquables sont-ils dus à une action spécifique des eaux de Pougues sur les scrofules ? Je ne le crois pas ; quelque puissante que soit cette action, je la crois indirecte ; elle a lieu sur l'estomac et les intestins, dont elle réveille les fonctions engourdies, comme toutes celles de ces natures chétives, sur la peau dont la blancheur mate annonce l'étiolement et la souffrance; elle ravive ainsi le travail des organes les plus essentiels à la vie et permet aux véritables réparateurs de l'organisme, la nourriture, l'air, la lumière, de refaire ces constitutions délabrées. Il faut que les enfants scrofuleux soient soumis à une alimentation substantielle, à un air pur, aux bienfaits de la lumière solaire; mais il faut, pour qu'ils profitent de ces immenses avantages, qu'ils aient bon appétit, qu'ils digèrent bien, que la peau remplisse ses fonctions. Tel est le but et le résultat du traitement que j'ai fait suivre aux malades qui m'ont été confiés.

« Une fois par jour, le malade reçoit une immersion froide ou un bain froid. Tous reçoivent, avant le bain ou l'immersion, une douche froide de trois ou quatre minutes sur la partie malade. L'immersion est de deux à trois minutes, à dix ou douze degrés. Le bain, un peu moins froid, se prolonge dix minutes, un quart d'heure; on frotte les malades avec un linge

très-sec et un peu dur. Ils s'habillent et boivent, en se promenant, la quantité d'eau qui leur a été prescrite. Ils boivent ordinairement le matin trois, quatre ou cinq verres; le soir, un. Il est facile de comprendre l'action de ce traitement sur les fonctions de l'organisme. Au bout de quatre à cinq jours l'appétit se fait sentir et les forces du jeune malade semblent augmenter. Cette surexcitation est quelquefois assez énergique pour qu'il faille la modérer d'abord et veiller aux accidents qu'elle pourrait produire. Je commence ordinairement par laisser le malade user du bienfait qui résulte pour lui du changement d'air, du séjour à la campagne, d'une vie, d'une alimentation nouvelles; cette action est constante, elle dure en général dix à quinze jours. Au bout de ce temps, au moment où l'appétit diminue, je commence le traitement en allant progressivement, en faisant boire d'abord le malade et ne le soumettant que quelques jours aux bains, immersions, etc.

« Il faut aussi, avons-nous dit, veiller aux accidents qui peuvent se produire : la fièvre, le dérangement d'entrailles, etc., qui disparaissent par la suspension de la médication qui les a fait naître. J'insisterai sur la nécessité d'associer les purgatifs à ce traitement, et de combattre ainsi un embarras saburral qui se manifeste assez souvent. Toutes les fois qu'un enfant est soumis à une alimentation abondante, il est urgent de le purger souvent, surtout lorsque chez cet enfant l'appétit et les forces digestives sont artificiellement entretenus. Tous les huit jours, ces enfants ont pris une tasse de café au séné, purgatif doux, commode à faire prendre aux enfants, et produisant trois ou quatre selles dans la matinée. Le lendemain de la purgation, le traitement ordinaire est repris.

« Pendant tout le temps qu'a duré la cure des malades, je n'ai employé aucune médication spéciale, je n'ai fait aucun traitement local. Les plaies, les glandes ont été complétement abandonnées à elles-mêmes. Je n'ai employé ni caustiques, ni fondants, j'ai seulement excisé les portions de peau décollées afin d'éviter les cicatrices difformes, et fait panser avec du cérat.

« Ces malades présentent toutes les variétés de l'affection scrofuleuse : l'ophthalmie, les ulcères, les glandes, la carie des os, les tumeurs blanches, etc., quelques-unes à un degré extrême d'intensité. Je citerai comme les observations les plus remarquables : 1° celle du n° 10, Antoinette Briar, atteinte de tumeur blanche, de carie du calcanéum avec déviation complète du pied; les parties molles entourant l'articulation du pied étaient profondément malades et donnaient lieu à de fréquentes et graves hémorrhagies. L'état misérable de ce sujet a seul empêché que la jambe n'eût été amputée. Cette jeune fille a été guérie en trois ans, et, à la fin de la première année, elle marchait avec une canne ; 2° celle du n° 9, Jeanne Moreau, atteinte de tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne, et dont la jambe était couverte de vastes ulcères et de trajets fistuleux nombreux et profonds. Elle fut guérie en deux ans; 3° le n° 4, Célestine, qui présentait sous la mâchoire inférieure une tumeur grosse comme un œuf de dinde, et qui fut guérie la première année ; 4° le n° 21, Hortense Jay, atteinte d'une ophthalmie des plus opiniâtres qui avait résisté à toute espèce de traitement pendant son séjour à l'hôpital, que moi-même j'ai essayé de combattre par les moyens ordinaires, sans obtenir la plus légère amélioration, et qui disparut ensuite en un mois sous l'influence de l'eau prise en boisson et en douches ; 5° le n° 24, Annette Petitot, jeune femme de trente ans, qui portait, depuis un an, au cou, un chapelet de glandes ulcérées que dans son désespoir elle traita par tous les remèdes que lui conseillèrent les médecins et les empiriques, qui fut complétement guérie après un séjour de trois mois à Pougues. »

Tels sont les faits sur lesquels la commission administrative de l'hospice de Nevers s'est appuyée pour adresser à son Excellence le ministre de l'agriculture et du commerce la lettre à propos de laquelle le présent rapport m'a été demandé. Je puis, aujourd'hui, affirmer la stabilité des guérisons anciennes et les corroborer par les nouveaux succès que j'ai obtenus depuis, mais dont je n'ai point à parler ici.

Citons quelques-unes de ces observations :

Obs. I. — *Ophthalmie.* — *Ozène.* — Marie Brossard, de l'hospice de Nevers, âgée de seize ans, tempérament lymphatique, constitution faible, de parents inconnus, élevée dans le Morvan, où elle s'est toujours bien portée ; à l'hospice depuis six ans, malade depuis cinq. Non réglée.

L'affection scrofuleuse s'est manifestée d'abord par le gonflement des lèvres, qui, au printemps et à l'automne, prend des proportions énormes. Au mois de juillet, quand je la vois, elles ont 2 centimètres d'épaisseur. Un an après, la muqueuse du nez est devenue le siége d'une sécrétion séreuse permanente de très-mauvaise odeur et formant constamment des croûtes dans les fosses nasales. Les cartilages ni les os propres du nez ne me paraissent malades. Depuis deux ans, elle a une ophthalmie intermittente qui a résisté aux cautérisations répétées par le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre. Les vaisseaux de la conjonctive sont variqueux, surtout au pourtour de la cornée, qui, à l'œil gauche seulement, porte une légère trace d'ulcération cicatrisée. La conjonctive palpébrale est granuleuse. La forme aiguë de la conjonctive a cessé depuis une quinzaine. Outre le traitement local, elle a fait, à plusieurs reprises, un traitement général par les amers, les dépuratifs, le sirop antiscorbutique, les préparations iodiques. L'ophthalmie a été combattue par les caustiques, les vésicatoires, les purgations répétées. Trois glandes au cou.

Traitement à Pougues : Quatre verres d'eau et une immersion froide tous les matins ; le soir, une douche froide sur l'œil. Purgation une fois par semaine.

La première année, elle reste quatre mois à Pougues. Changement complet dans l'état général ; l'ophthalmie ne reparaît pas; mais les lèvres et le nez sont aussi malades. En hiver, pas de récidive de l'ophthalmie. Elle revient l'année suivante passer trois mois à Pougues. A la fin de cette saison, la guérison était complète et ne s'est pas démentie depuis. Les règles sont arrivées à la fin de la deuxième saison. Elle est placée comme domestique près de Nevers, se porte très-bien, et n'a conservé aucune trace de son ancienne affection.

Obs. II. — *Ophthalmie.* — *Adénite.* — Marie, de l'hospice de Nevers, âgée de vingt ans, de parents inconnus, d'une forte constitution, d'un tempérament lymphatique, bien réglée.

Elle habitait le Morvan ; elle y contracte une fièvre intermittente tierce rebelle pour laquelle elle a été envoyée, il y a deux ans, à l'hospice. Sa fièvre y a disparu peu à peu; mais des symptômes de cachexie scrofuleuse n'ont pas tardé à se montrer au cou d'abord, puis au nez. Enfin, il y a trois mois, il s'est déclaré une ophthalmie intense, traitée d'abord par les émollients, ensuite par les collyres astringents et caustiques, les purgatifs, en même temps qu'elle suivait un traitement interne par l'iode et les amers. Le tout sans aucun succès.

A son arrivée à Pougues, elle présente à la région cervicale gauche trois grosses glandes, la plus forte comme une noix, la fosse nasale du même côté est le siége d'une petite ulcération plate, se recouvrant constamment de croûtes épaisses. Les deux yeux sont très-malades; leurs conjonctives sont rouges et sécrètent un liquide brûlant; le pourtour des deux cornées est gonflé et comme déchiqueté. A la partie inférieure de la cornée de l'œil gauche, une ulcération nette sans altération de la

limpidité de la membrane ; la cornée de l'œil droit paraît saine; la conjonctive de ce côté est en général moins malade que l'autre.

Traitement : Cinq verres d'eau et une immersion froide le matin ; le soir, un verre d'eau, une douche sur les deux yeux.

Au bout de quinze jours, l'ophthalmie était guérie. A la fin de la saison, c'est-à-dire après trois mois de traitement, il ne lui restait plus de sa maladie que deux glandes au cou, grosses chacune comme une noisette. Pendant la saison suivante, elle revint à Pougues pour assurer sa guérison, qui s'était bien soutenue pendant l'hiver. Les glandes disparurent complétement pendant la saison. Elle nous quitta au mois de septembre tout à fait guérie. Elle est placée en service dans les environs et jouit d'une très-bonne santé.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PHARMACOLOGIE.

Observations et expériences sur la méthode de déplacement, comme moyen de préparer les teintures alcooliques et les vins médicinaux.

Par M. Buignet.

(Fin, voir le n° du 8 octobre.)

Parmi les causes qui agissent pour modifier la composition des teintures, une des plus importantes est le degré de la température au moment de leur préparation. L'influence exercée par cette cause est telle qu'elle surpasse, dans certains cas, celle qui provient de toutes les autres causes réunies. En prenant pour exemple la teinture de quinquina, voici ce qu'on observe :

A la température de 6 degrés (et l'on peut considérer cette température comme étant une des plus basses auxquelles la préparation puisse être faite), une teinture de quinquina jaune préparée par lixiviation en recueillant 150 grammes de teinture pour 50 grammes de poudre, s'est trouvée avoir une densité égale à 0,948, et le résidu laissé par l'évaporation de 100 grammes de ce liquide a été de 6gr.42.

La même teinture préparée à la température de 25 degrés, toutes les autres conditions restant absolument les mêmes, a présenté une densité de 0,950, et le résidu sec qu'elle a laissé par évaporation a été de 6,86 pour 100.

Ainsi, entre la teinture de quinquina préparée en hiver et la même teinture préparée en été, il peut exister, sous le rapport de la richesse en matériaux solubles, une différence de 642 à 686, c'est-à-dire de 1/15 environ. Sur quels principes porte cette différence? Il est facile de reconnaître qu'elle porte principalement sur la combinaison du rouge cinchonique avec les alcaloïdes ; car si l'on traite une même quantité des deux teintures par une même quantité de solution aqueuse de tannin, on obtient des précipités dont le poids est très-différent :

Dans 100 grammes de teinture préparée à 6 degrés, le poids du précipité est de 3gr 64, tandis qu'il est de 4,20 dans la même quantité de teinture préparée à 25 degrés.

Si l'on fait une différence analogue avec la gentiane, on arrive à des résultats semblables, quoique la différence soit un peu moins marquée :

100 grammes de teinture de gentiane préparée à 6 degrés laissent à l'évaporation un résidu sec de 6gr.76.

100 grammes de la même teinture préparée à 18 degrés laissent à l'évaporation un résidu sec de 6 gr 98.

On voit, par ces expériences, que si l'on doit se préoccuper des variations qui peuvent exister dans la composition des teintures, c'est surtout au degré de la température qu'il faut attacher la plus grande importance, et non pas aux circonstances particulières exclusivement inhérentes à la méthode de déplacement, et que l'on a regardées comme rendant cette méthode incertaine et défectueuse. Ma conviction est qu'en employant toujours des poudres bien sèches, et retirant toujours la même quantité de liquide pour la même quantité de poudre, les teintures obtenues par cette méthode sont tout aussi constantes dans leur composition que celles qu'on obtient par le procédé ordinaire du Codex. Il reste alors l'avantage incomparable d'avoir des teintures beaucoup plus riches, avec la même quantité de substance, et de les obtenir dans un espace de temps plus court.

Une dernière observation qui m'a frappé dans le cours de ces expériences est celle qui se rapporte à la quantité d'alcool nécessaire pour produire l'épuisement. J'ai préparé plus de deux cents teintures par lixiviation, en étudiant avec soin l'état du liquide aux diverses périodes de son passage dans le récipient, et j'ai constamment trouvé que lorsque les substances avaient été traversées par trois parties d'alcool, elles ne cédaient presque plus rien aux portions qui venaient ensuite. Dans certains cas même, il m'a suffi de deux parties d'alcool pour obtenir l'épuisement, fait qui avait été observé déjà par MM. Boullay à l'égard du quinina; tandis que M. Personne a reconnu que les quatre parties prescrites par le Codex étaient presque toujours insuffisantes dans le procédé de la macération. Il y aurait donc lieu, si l'on adoptait la lixiviation pour la préparation des teintures, de réduire la proportion d'alcool au lieu de l'augmenter, et de se borner à recueillir trois parties de produit pour une substance. Si les teintures étaient préparées d'après cette méthode et suivant cette proportion, elles constitueraient des médicaments d'une grande activité, analogues à ceux qui ont été préconisés en Angleterre dans ces derniers temps, et qu'on a désignés sous le nom de *liqueurs de Battley*, d'après le nom du chimiste qui le premier les a fait connaître. Elles auraient seulement le double avantage d'une préparation plus facile et d'une composition plus constante.

Tout ce qui vient d'être dit des deux méthodes appliquées simultanément à la préparation des teintures, doit s'entendre également et avec tout autant de raison de leur emploi comparé dans la préparation des *vins médicinaux*. Il faut remarquer seulement que la différence entre les produits obtenus est beaucoup moins tranchée que dans le cas des teintures, parce que la proportion de matière médicamenteuse est en général beaucoup moindre. Ainsi, en prenant le quinquina pour exemple, on sait que la teinture de cette substance est préparée *au quart*, tandis que le vin l'est au *seizième* seulement. Malgré cette circonstance, la différence est encore très-sensible, comme on peut en juger par les résultats suivants :

100 grammes de vin de quinquina gris, préparé par macération, ont laissé un résidu sec pesant 3gr,16.

100 grammes du même vin, préparé par lixiviation, ont laissé un résidu sec pesant 3gr.44.

La densité du premier vin était de.......... 0,999
Celle du second était de................. 1,000

Dans le vin par macération, une bonne portion du produit

était restée dans le marc et avait été perdue pour l'opération; dans le vin par lixiviation, on avait recueilli très-exactement seize parties de vin pour une d'écorce.

100 grammes de vin par macération, traités par un gramme de tannin en dissolution aqueuse, ont fourni un précipité de tannate d'alcaloïde pesant 0gr.129.

100 grammes de vin par lixiviation, traités de la même manière, ont fourni un précipité de même composition dont le poids s'est élevé à 0gr.163.

De pareils résultats qui se sont reproduits les mêmes pour une foule d'autres substances ne permettent pas de douter que, dans la préparation des vins médicinaux, la méthode de déplacement soit en effet préférable à celle de la macération ordinaire, lorsqu'il est reconnu d'ailleurs qu'en prenant les précautions que j'ai indiquées pour les teintures, elle fournit des produits tout aussi constants dans les mêmes circonstances.

En résumé :

Des faits et observations qui précèdent, je crois pouvoir conclure :

I. Que la méthode de déplacement proposée par MM. Boullay pour la préparation des teintures alcooliques fournit des produits tout aussi constants que le procédé de la macération ordinaire.

II. Que l'augmentation qu'elle détermine dans la proportion des matériaux dissous est en effet très-considérable, puisqu'elle s'élève au quart du poids de ces matériaux dans le cas ordinaire, où l'on emploie quatre parties d'alcool, et qu'elle irait même jusqu'à la moitié si l'on réduisait la proportion de ce liquide à trois parties seulement.

III. Que le dépôt qui se forme instantanément et en quantité considérable dans les teintures par déplacement, est constitué par une combinaison dans laquelle entre toujours pour une part plus ou moins notable le principe actif des substances médicamenteuses.

IV. Que la quantité qu'elles en retiennent à l'état de dissolution, à la faveur de l'extractif dont elles sont très-chargées, n'est pas sans importance pour leur action médicale, puisqu'elle leur donne la propriété de précipiter plus abondamment par la solution aqueuse du tannin.

V. Que les causes de variation qui ont été signalées comme rendant la méthode de déplacement incertaine et défectueuse, ne sont rien en comparaison de celles qui tiennent à la condition de température, et qui sont par conséquent indépendantes de la méthode elle-même. L'expérience montre que, pour la teinture de quinquina, la différence peut aller jusqu'au 1/15 du poids des matériaux dissous, suivant qu'elle est préparée en été ou en hiver.

VI. Que la proportion de trois parties d'alcool, que MM. Boullay ont trouvée plus que suffisante pour épuiser une partie de quinquina, suffit également pour épuiser une partie des autres substances, tandis qu'il en faut quatre parties et même cinq dans le procédé ordinaire de la macération.

VII. Que si l'on adoptait l'usage de préparer les teintures par déplacement et avec trois parties d'alcool seulement, les produits obtenus représenteraient, beaucoup mieux que les teintures actuelles, la partie active des substances médicamenteuses rassemblée sous un petit volume et dégagée de toute la portion d'alcool qui n'est pas nécessaire à sa conservation.

VIII. Enfin, que la méthode de déplacement est encore celle que l'on doit préférer dans la préparation des vins médicinaux, puisque, donnant des produits tout aussi constants que la macération ordinaire, elle les donne plus riches en matériaux solubles, et surtout en matériaux précipitables par le tannin.

(Jour. de pharm. et de chim).

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Ludovic Hirschfeld, professeur particulier d'anatomie, vient d'être nommé membre correspondant de la Société de médecine de Lima.

— Le docteur Warlomont, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, vient d'être nommé chevalier des ordres de François Ier de Naples, et des SS. Maurice et Lazare de Sardaigne.

— Le gouvernement de la Vénézuela, prenant en considération l'exposé des services du docteur Carron du Villards, énumérés dans les adresses qui lui avaient été envoyées par l'honorable Chambre des députés de Caracas, et par le corps municipal (ayuntamiento) de cette ville, lui a décerné la décoration de Simon Bolivar. C'est la première fois que cette haute et honorable distinction est accordée à un étranger, et le pouvoir exécutif n'a pu le faire que sur une délibération unanime du Conseil d'Etat et du Conseil des ministres réunis. — M. Carron de Villards vient aussi de recevoir la croix d'officier des SS. Maurice et Lazare.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine, par le docteur Dolbeau, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc. — Brochure in-8° de 30 pages. — Prix : 1 fr.
Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

De l'Exfoliation physiologique et pathologique *de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse*; par A. Raciborski, ancien chef de clinique, etc. Prix : 3 francs. *Au bureau du journal.*

Leçons sur le chancre, professées par le docteur Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. Fournier, interne de l'hôpital du Midi, suivies de notes et pièces justificatives, etc. — 1 volume in-8° de 351 pages. — Prix : 5 fr. 50 c.
Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

De l'Influence du moral sur le physique, par le docteur Foissac, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut. — Brochure in-8°.
Paris, 1857, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Des Chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, par le docteur E. A. Duchesne, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, etc.
Paris, 1857, chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55. 1 vol. format Charpentier. Prix : 3 fr. 50 c.

Eléments de médecine clinique, par le docteur A. Trumet de Fontarce, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.
Paris, 1857, 2 volumes in-8° de chacun 800 pages. — Prix : 14 fr.
A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Études d'hygiène militaire. — *Des habitudes dans l'armée; conseils aux militaires et aux jeunes gens*; par le docteur Vincent, médecin au 7e chasseurs. 1 volume in-8°.
Paris, 1857, chez Leclerc, libraire, rue de l'Ecole de médecine, 14.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1er Série. Tome 5. — N° 123. 5e ANNÉE. Mardi, 13 octobre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 12 octobre 1857.

Le Cercle des Sciences.

Nous donnons aujourd'hui la liste des membres fondateurs du Cercle des sciences.

Cette liste est incomplète, nous avons omis d'y joindre vingt-deux membres dont le concours sera aussi honorable qu'utile pour le Cercle, mais leur adhésion n'avait pas été donnée en des termes assez formels pour que nous ayons cru devoir publier leurs noms. Nous les prions donc de ne point considérer leur omission comme un oubli ou un refus ; il leur suffira d'assister à la séance de samedi prochain pour que leur nom soit immédiatement porté sur la liste des fondateurs. Cette liste sera fermée à cette séance, et les candidats qui se présenteront après ce délai ne pourront profiter ni des titres ni des avantages dont jouissent les membres fondateurs; ils ne pourront plus être admis que sur une présentation faite par deux membres et au scrutin.

La séance d'installation, qui aura lieu samedi prochain, 17 octobre, à trois heures très-précises au siége du CERCLE DES SCIENCES, QUAI DE L'HORLOGE, 21, a pour but : 1° la constitution du Cercle; 2° la nomination du bureau et des commissaires; 3° le règlement de l'emploi du budget. Nous prions instamment les membres du Cercle d'assister à cette première séance. A partir de cette séance, le Cercle demeurera ouvert du matin au soir à la disposition des membres. Les demandes d'admission pourront être adressées jusqu'au 17 à M. O. Reveil, secrétaire général provisoire, au siége du Cercle.

MM. les membres fondateurs recevront très-prochainement, à domicile, une lettre de convocation pour la séance d'inauguration.

Dr JOULIN.

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Le Moniteur des hôpitaux de Pékin. — Les visites de candidature. — Le professeur To-Ké. — Pas même un faux-col. — L'examen d'un candidat. — M. Loomis. — L'électricité des Etats-Unis. — L'édredon atmosphérique. — L'Américain considéré comme machine électrique. — Découverte d'une nouvelle étoile.

On lit dans le *Moniteur des hôpitaux* de Pékin, journal qui passe pour le mieux renseigné de l'empire chinois, une anecdote qui paraîtra étrange, impossible, extravagante enfin, mais que je puis *garantir* de la plus *scrupuleuse exactitude* ; d'abord, parce que les journaux chinois ont cela de particulier, qu'ils ne mentent jamais, ensuite parce que j'en ai reçu la confirmation de la part d'un témoin oculaire que les hasards de la guerre ont forcé d'abandonner les rives fleuries de Pay-Ho. Voici l'histoire toute nue.

Il est d'usage à Pékin que les candidats aux places de professeurs et d'académiciens aillent faire une petite visite de candidature à tous leurs futurs collègues et aux gens qui, de près ou de loin, peuvent leur servir de marche-pied pour arriver à ladite place.

Cela fait, par exemple, pour une place d'académicien courue par quinze candidats, un total de trois mille visites ; car il est rare qu'on trouve son homme du premier coup. Inutile de dire que ces impertinentes corvées sont prodigieusement ennuyeuses pour tout le monde et qu'elles suffiraient à elles seules pour écarter des hommes de mérite de la course aux places. Chaque candidat répète invariablement à son futur collègue : Vous êtes le grand dragon vert de la science, votre face est resplendissante comme le soleil, et les autres près de vous ne sont que des planètes Leverrier. Votez pour moi. Le futur collègue répond invariablement: Vous serez après moi le grand dragon vert de la science, votre face brille déjà comme la pleine lune ; je voterai pour vous.

Un jour, la faculté de Pékin voulut s'adjoindre un professeur de botanique. Un des candidats se rendit chez le professeur To-Ké, mandarin de l'école de médecine, pour lui faire, à cette occasion, son petit compliment. Le mandarin To-Ké a ceci de commun avez les singes, qu'il aime à se montrer, surtout devant ses amis ou confrères, dans l'état de pure nature.

Pour satisfaire cette innocente fantaisie, ou cette fantaisie d'innocent, aussitôt qu'on lui annonce un médecin, il s'empresse de quitter la livrée de la civilisation, y compris les chaussettes, et dit invariablement (en chinois, bien entendu) cette phrase au visiteur : Permettez, mon cher confrère, d'en user avec vous sans façon, je suis en train de m'habillier. — De s'habiller ! comment fait-il, grand Dieu ! lorsqu'il se déshabille ? — Puis il se promène de long en large, dans un profond silence, comme une médaille antique, laissant admirer sa face et son revers.

MM. ABEILLE, ancien chirurgien de l'hôpital militaire du Roule.
BAILLARGER. *Annales médico-psychologiques*. Médecin de l'hospice de la Salpêtrière.
BAUCHET.
BLATIN.
BLONDEAU.
BOINET.
BOULAND, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, etc.
BOULEY. *Recueil de médecine vétérinaire*. Professeur à l'école vétérin. d'Alfort, etc.
BOULU, médecin de l'empereur.
BROWN-SEQUARDT, professeur particulier de physiologie.
CAFFE. *Journal des connaissances médicales*.
COFFIN.
CALVO, médecin de la Conciergerie, trésorier provisoire du Cercle.
CASTELNAU (DE). *Moniteur des hôpitaux*.
CASTORANI.
CLERC, professeur particulier de syphiliographie.
DELASIAUVE, médecin de l'hospice de Bicêtre.
DECLAT DE NEBOUD. *L'Union*.
DELEAU, médecin de la Roquette.
DELEAU (jeune).
DELPECH, médecin de la Maternité, professeur agrégé.
DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux.
DEPAUL, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, etc.
DOUMIC.
G. DUMONT, médecin consultant des Quinze-Vingts.
DUPRÉ, professeur particulier d'anatomie.
DUVAL (père). *Journal des spécialités*.
DUVAL (fils). *Journal des spécialités*.
FOISSAC.
FOUCHER, professeur agrégé.
FURNARI.

MM. GOBLEY. *Journal de pharmacie et de chimie*.
GRATIOLET, professeur suppléant au Muséum d'histoire naturelle.
HEURTELOUP.
JACÜBOWITSCH, professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg.
JOBERT, DE LAMBALE, membre de l'Institut, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc.
JORET.
JOULIN. *Moniteur des hôpitaux* et *Estafette*.
JOURDIER. *Moniteur des comices*. — *Pays*.
KOMAROF, colonel du génie, correspondant des journaux russes.
LANDRY.
LANGLEBERT, professeur particulier de syphiliographie.
H. LARREY, chirurgien de l'Empereur, professeur au Val de Grâce, etc.
LEMAIRE.
MAGNE.
MAILLOT, inspecteur du service de santé des armées.
MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
MATTÉI, professeur particulier d'accouchements.
MESNET.
MOIGNO (l'abbé) *Cosmos*.
MOUNIER, professeur au Val-de-Grâce.
E. PELOUZE.
PINEL (neveu).
POGGIALE, professeur au Val-de-Grâce.
PUCHERAND, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.
RACIBORSKI, ancien chef de clinique de la Faculté.
RAMBAUD, professeur particulier d'anatomie.
REVEIL. *Journal de chimie médicale*, pharmacien en chef de l'hôpital des cliniques, professeur agrégé aux écoles de médecine et de pharmacie.

MM. REYNAL. *Recueil de médecine vétérinaire*. Chef du service de clinique à l'Ecole d'Alfort.
P. RICORD, médecin de l'hôpital du Midi, etc.
A. RICORD.
ROBERT, chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc.

MM. ROUX *Moniteur des hôpitaux*.
SCHNEPF, *Gazette médicale*.
SELLIER.
SÉMELAIGNE.
STAINVAL.
THOLOZAN, *Gazette médicale*.
VERNOIS, médecin de l'hôpital Necker.
VEYNE.
VIDAL.

Un mot sur la pustule maligne et sur l'expérimentation thérapeutique.

Ce serait avoir un médiocre orgueil que de se prévaloir d'une victoire, lorsqu'on n'a pour adversaires que des continuateurs d'Hippocrate, de Galilée, de Buffon, de Bichat ou de quelque autre de ces grands génies dont l'auréole éclaire encore le monde plusieurs siècles après leur passage sur la terre.

Aussi n'est-ce point pour sonner la trompette que nous voulons ajouter quelques mots à ce que nous avons dit sur la pustule maligne, mais seulement pour remercier d'abord nos confrères, et notamment la *France médicale*, de l'appui bienveillant qu'ils ont prêté à notre opinion, ensuite et surtout pour ajouter une explication sur l'expérimentation en général et dans le cas particulier dont il s'agit.

Nous ne pouvons mieux commencer cette explication qu'en citant les mots suivants d'un article publié par M. Bourgeois (d'Etampes), dans la *Gazette hebdomadaire*, article que nous aurons plus tard à reproduire, à un autre point de vue :

« Il y a en thérapeutique deux voies à suivre, celle de la raison et celle de l'expérience, expérience qui est presque toujours le fait du pur hasard. Cette dernière doit assurément être le plus souvent consultée ; mais le *bon sens* a également ses droits. Ainsi, de ce qu'un malade guérira du tétanos en buvant quelque chose équivalant à de l'eau claire, — cela s'est vu, — dira-t-on que c'est le remède qui l'a guéri d'une si terrible affection? Tous ceux qui ont eu la patience de lire les an-

---

Le candidat n'avait jamais eu l'honneur de dire dans sa vie quatre paroles au professeur To-Ké, il subit cette exhibition avec un étonnement qui le rendit complétemement muet. Le professeur prit ce silence pour de l'admiration, il se campa en face du visiteur les deux mains sur les hanches, se balança gracieusement et dit sans autre préambule :

— Quel âge me donnez-vous ?

— Cinquante ans. (Vil flatteur !)

— Vraiment ! eh bien, mon cher, vous me croirez si vous voulez, mais j'ai plus que cela.

— Pas possible ? Je venais, monsieur...

— Votre candidature, n'est-ce pas, j'ai compris ; vous êtes très-intelligent, monsieur (ici le candidat s'incline), et vous m'allez fort, mais jouissez-vous d'une bonne santé ?

— J'aime à le croire.

— Je veux m'en assurer, car je ne donnerai ma voix qu'à un homme solide comme moi même. Je ne tiens pas absolument à la perfection des formes, tout le monde n'est pas obligé d'être un Antinoüs (ici regard dans une glace qui fait face), mais il faut avant tout des poumons et de la santé.

Le professeur sonne, un domestique lui apporte un petit instrument. — O muse de l'histoire, je dépose ici la plume de feuilletoniste pour t'emprunter ton véridique burin. — Le grand To Ké prit l'instrument de la main gauche, l'appliqua sur la poitrine du candidat, et avec les doigts de la main droite, il se mit à tapoter en tournant légèrement la tête et en tirant un peu la langue. Après avoir retourné le candidat et l'instrument dans tous les sens, il dit :

— Vous êtes solide, je voterai pour vous.

Mais hélas !

Souvent bel homm' varie,
Bien fol est qui s'y fie.

Il vota pour un autre, pour un autre qui probablement lui avait dit : Vous n'avez pas trente ans.

A Paris, on mettrait un pareil mandarin aux Petites-Maisons ; mais à Pékin ! que voulez-vous, on est Chinois ou on ne l'est pas.

*** Heureusement les vacances tirent à leur fin, et nos savants se décident à revenir de leurs excursions lointaines, car les barbares allaient profiter de leur absence pour nous envahir et s'installer à leur place. Parmi les savants en rupture de ban qui ont fait l'école buissonnière à l'étranger, on a aperçu le rédacteur en chef du *Cosmos*. Ah ! cher abbé, avant que de courir les aventures, aventures scientifiques, bien entendu, vous auriez dû faire à votre *Cosmos* un beau sermon en quatre points, pour éclairer son inexpérience, vous auriez dû lui dire de bien se méfier des canards scientifiques, et de n'ouvrir la porte de sa rédaction qu'après avoir demandé *patte blanche* ou *le mot du guet*. Mais, hélas! vous aviez trop de hâte d'aller respirer *the smutty fog of London*, et en votre absence, le jeune imprudent a fait des fredaines et s'est livré à des propositions de physique d'une légèreté impardonnable, il est enfin devenu pour la science une véritable pierre d'achoppement. Je

ciens traités de médecine, ou mieux de pharmacologie, savent quel ridicule fatras de remèdes on y rencontre : l'eau distillée du cerveau d'un pauvre pendu, la corne râpée de la licorne, la râpure de crâne humain, et tant d'autres substances de cette espèce. On guérissait cependant un certain nombre de malades à l'aide de ces soi-disant agents médicaux. Eh bien! je crains fort, malgré le patronage dont elle vient d'être honorée, que la feuille de noyer ne vaille guère mieux. »

Quoique nous n'ayons pas rigoureusement la même manière de dire les choses, M. Bourgeois et nous, il est assez évident que nous sommes parfaitement d'accord au fond. Comme nous M. Bourgeois pense que ce qui répugne au *bon sens*, ou, ce qui est la même chose, à *la raison*, ne saurait être cru. Maintenant, en ce qui concerne la thérapeutique, ce qui répugne au bon sens doit-il être expérimenté? Différant ici d'opinion avec quelques-uns de nos honorés confrères, nous n'hésitons pas à répondre *non*. Ou du moins, si une telle expérimentation doit être faite, ce ne doit être que par des commissions composées d'hommes positifs, instruits, sagaces, réfractaires aux illusions, familiers avec tous les procédés de démonstration scientifique, et habiles par conséquent à distinguer l'erreur de la vérité. Que si, au contraire, vous confiez l'expérimentation à ces esprits titubants qu'un souffle fait dérailler et tomber dans l'ornière, attendez-vous à tout ce qu'une imagination sans frein peut enfanter de plus burlesque, de plus impossible, de plus niais; attendez-vous, enfin, à voir démontrée par l'expérience la guérison du choléra par un soixante-zéronième de n'importe quoi.

Là est le danger de l'expérimentation des feuilles de noyer par le premier venu. Entre les émanations supposées de cette feuille et un globule de pulsatille, je ne vois guère de différence : si la feuille de noyer guérit, la pulsatille, l'arnica et *tutti quanti* peuvent guérir aussi, et nous devons bien nous attendre que Hahnemann ne manquera pas d'appeler prochainement à son aide la feuille de noyer, de l'adopter et de lui donner une place d'honneur parmi ses petites fioles.

Si la pustule maligne s'observait plus souvent à Paris, nous engagerions l'Académie de médecine à nommer dans son sein une commission comme elle en nomma une jadis pour expérimenter le somnambulisme. — Malheureusement il faudrait des siècles à une telle commission pour arriver à un résultat, en supposant qu'elle y mît beaucoup de zèle, ce qui n'est guère à supposer.

Mais ce que l'Académie ne peut pas faire, les sociétés des départements pourront peut-être le réaliser : parmi elles, il en est une qui se trouve parfaitement placée et qui a déjà donné des preuves, non-seulement d'un grand zèle, mais encore d'un bon esprit scientifique ; cette société, c'est précisément celle dont fait partie M. Bourgeois, que nous venons de citer, et si nous sommes bien informé, elle s'est déjà occupée, dans sa dernière séance, de la question dont il s'agit ; il est à désirer qu'elle n'abandonne pas cette question sans l'épuiser. Nous ajouterons un vœu à ce désir. La *France médicale* terminait par les lignes suivantes son bienveillant article : — « Malheureusement nous entrons dans la saison peu favorable de la chute des feuilles. Il faut des feuilles fraîches de noyer, et nous les avons vues, dimanche dernier, à moitié desséchées. » — Nous savons que, pour remédier à cet inconvénient, d'ingénieux manipulateurs s'occupent à préparer de l'extrait de *feuilles fraîches* de noyer, pour les offrir pendant l'hiver prochain aux expérimentateurs. Nous faisons le vœu que la Société d'Eure-et-Loir (ou tout autre), si elle expérimente, attende le retour du printemps prochain ; c'est le seul moyen de ne pas jeter de la confusion là où il est nécessaire de porter la lumière.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Deux observations de gangrène du poumon,

Par le docteur E. Leudet, *médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, professeur de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine.*

Deux cas de gangrène du poumon dans des circonstances différentes se sont rencontrés dans notre service pendant l'année 1856. La rareté de ces faits nous engage à en donner ici l'analyse.

---

vais vous raconter ses crimes, pour que vous le morigéniez d'importance, et qu'il ne retombe plus dans un pareil péché.

Imaginez-vous, cher abbé, que sur la foi d'un certain professeur Loomis de New-York, *Cosmos* a dit : « L'électricité atmosphérique est *très-abondante dans les Etats-Unis*, elle présente souvent des phénomènes bien plus remarquables que dans la plupart des contrées de l'Europe » Ce qui veut dire en bon français : L'Amérique du nord est un simple condensateur électrique ; ou bien encore : Il est possible d'accumuler l'électricité sur certains points d'une surface sphérique de nature homogène. Et notez qu'il ne s'agit point ici de l'excès d'un des fluides positif ou négatif dont la prédominance plus ou moins fréquente pourrait amener des perturbations électriques.

Je vois votre œil briller d'indignation ; calmez-vous, cher abbé, vous allez en entendre bien d'autres.

A l'appui de ces assertions, M. Loomis, toujours par l'organe de *Cosmos*, votre pupille, fournit des preuves que je diviserai en deux séries.

La première série se compose d'observations relatives à l'action des nuées orageuses sur les fils des télégraphes, etc. Je suis d'autant mieux disposé sur ce point à croire M. Loomis sur parole, que ces phénomènes sont tellement vulgaires en France, que personne ne prend plus la peine de les noter. J'ajouterai même que jusqu'à présent aucun Français n'a abusé de ces observations pour monopoliser, au profit de sa patrie, l'électricité atmosphérique.

La seconde série de preuves est composée de faits trop réjouissants pour ne pas les exposer tout au long. Je copie :

« Durant les mois froids de l'hiver, les cheveux sont *fréquemment* « électrisés, et spécialement lorsqu'on les a peignés avec un peigne fin. « *Souvent*, dans ce cas, les cheveux fins se tiennent *droits*, et *plus* on « les peigne pour rendre la chevelure unie, plus ils refusent obstiné- « ment de se tenir en place. »

Ce phénomène, comme on le voit, ne se produit pas à l'état de fait isolé, c'est *souvent*, *fréquemment*, qu'on l'observe. Ce doit être bien agréable pour les jeunes ladies d'aller au bal ou dans le monde avec des cheveux hérissés comme la crinière d'un pompier; dans ce malheureux pays, on n'a même pas la ressource de dissimuler cette infirmité au moyen d'une perruque, les cheveux en se redressant opéreraient immédiatement son expulsion.

« Si vous présentez vos doigts à ces cheveux électrisés, ils se dirigent « vers vous comme le ferait une touffe de cheveux attachés au con- « ducteur d'une machine électrique. Pour remédier à cet inconvénient, « il n'y a qu'un moyen : c'est de les mouiller, et après cela ils se tiennent « tranquillement à leur place. »

Moi, je préférerais employer un pinceau et de la colle forte, cela serait plus sûr. Je pense, du reste, que dans le pays de M. Loomis la colle ne doit pas être d'un prix très-élevé.

« Pendant cette même saison de l'année, toutes les parties de vête- « ments qui sont en laine sont fortement chargées d'électricité libre. « Les pantalons spécialement attirent les particules légères de duvet, « de poussière, qui flottent dans l'air, et il est impossible de les enlever « avec la brosse; plus vous brossez, plus vos habits se couvrent de

Obs. I. — *Delirium tremens, — Guérison. — Trois mois plus tard, gangrène du poumon gauche; pneumorrhagie; hydropneumothorax — Mort.* — P. L., âgé de trente ans, domestique, entre, le 25 avril 1856, pour un délirium intense, et guérit en quatre jours par l'opium à haute dose. Le 24 juillet de la même année, P. est apporté de nouveau dans notre division; il était alors dans le délire; à l'examen du thorax, on constatait une diminution marquée du son dans toute la moitié inférieure et postérieure gauche à ce niveau du râle sous-crépitant à grosses bulles sans souffle. Absence de crachats, pas de fièvre. On administre une potion avec 20 centigrammes d'émétique; le lendemain, le souffle apparaissait dans le point du poumon malade, et dans la journée, l'expectoration amenait un premier crachat verdâtre, d'odeur manifestement gangréneuse; nous administrons alors 1 gramme d'essence de térébenthine. Les deux jours suivants, les accidents locaux demeurent les mêmes, expectoration toujours à odeur de sphacèle; état général typhoïde; on ne constate à la base gauche qu'un peu d'affaiblissement de la respiration, souffle et râle sous-crépitant au-dessus. Mort trois jours après. A l'ouverture du cadavre, on sent, en ouvrant la plèvre, un gaz à odeur fétide qui s'échappe avec bruit Epanchement dans la cavité pleurale gauche d'un liquide à odeur fétide comparable à celle des macérations anatomiques. Ce liquide, dont la quantité pouvait être évaluée à un demi-litre, était complétement trouble, d'aspect purulent, mêlé de fausses membranes qui, en couche mince et facile à enlever par le râclage, tapissaient les feuillets viscéral et pariétal de la plèvre. Le poumon gauche était un peu repoussé en dehors; insufflé par la bronche gauche, il se soulevait, mais laissait échapper l'air par un orifice situé près du bord libre, à la face externe de l'organe. Cette fistule pleurobronchique était entourée par des fausses membranes molles, gélatineuses, qui l'oblitéraient incomplétement. Au niveau de la perforation, le poumon offrait, dans l'étendue de 4 centimètres, une coloration d'un brun noirâtre avec diminution de consistance, lui donnant l'aspect d'une cavité apoplectique volumineuse. En ouvrant le lobe inférieur du poumon gauche, on trouva dans son intérieur un caillot sanguin noirâtre, ayant le volume d'un gros œuf de poule non décoloré, non adhérent aux parois de la cavité, celle-ci était tapissée par un détritus d'un brun verdâtre à odeur gangréneuse. La limite entre le tissu ramolli et le tissu pulmonaire sain était peu tranchée. Le parenchyme pulmonaire du reste de l'organe était peu congestionné et ne présentait aucune gangrène. Plusieurs broches dilatées et remplies de matière putrilagineuse s'ouvraient dans la cavité gangréneuse; la membrane muqueuse des bronches était ramollie et d'une couleur brunâtre. Le tronc de l'artère pulmonaire était sain, sans aucun caillot dans ses principales ramifications. Quelques petits points de pneumonie lobulaire existaient au sommet du poumon droit. Aucune altération des autres viscères.

Cette observation est donc un fait complet de gangrène pulmonaire survenue chez un homme adynamique par suite du delirium tremens. Le pneumothorax, la pneumorrhagie ont déjà été observés et décrits dans des cas semblables. N'ayant pu mettre en usage les inspirations de vapeurs de thérébentine si vantées par M. Skoda dans le sphacèle du poumon, nous avons essayé l'administration du médicament à l'intérieur, et cela sans aucun avantage, comme on vient de le voir.

Le deuxième fait de gangrène du poumon est un nouvel exemple de la variété de sphacèle consécutif à la bronchite et à la dilatation des bronches si bien décrit par M. Briquet (*Arch. gén. de méd.*). En voici un court résumé:

Obs. II. — *Dilatation des bronches à la suite de bronchite chronique; gangrène du poumon.—Mort.—Autopsie.*—D. A., âgé de vingt-deux ans, fait remonter le début à six ans, époque où il aurait été occupé à vendre dans les rues du lait qu'il annonçait à haute voix; il éprouva alors une toux et de la suffocation tellement vive, qu'il fut obligé de suspendre son travail. Le début des accidents graves ne remonterait qu'à quatre mois; les accidents principaux consistèrent alors en plusieurs hémoptysies, de l'adynamie, de la toux et une expectoration abondante qui depuis quatre semaines est devenue par moment fétide. Le malade entra dans notre service le 5 novembre 1856, il était alors atteint d'une hémoptysie de sang rutilant qui dura près de trente-six heures. L'examen du thorax, pratiqué le lendemain du jour où l'hémorrhagie avait cessé, fit reconnaître une bronchite généralisée avec gros râle, et aux sommets une induration pulmonaire légère. L'expectoration était brunâtre, fétide; l'adynamie alla graduellement en croissant. Les râles de la base de chaque côté du poumon devinrent plus nombreux et prirent le caractère caverneux, enfin le malade succomba douze jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu. A l'ouverture du cadavre nous trouvâmes les lésions suivantes dans le thorax: pas d'épanchement dans les plèvres; quelques fausses membranes molles à la base des deux poumons. Gonflement emphysémateux des deux poumons qui présentent des dilatations des vésicules blanchâtres et séparées par des intersections grisâtres. Coloration brune des deux bases avec engouement marqué. En ouvrant les bronches on les trouve uniformément dilatées aux deux bases en arrière, principalement à gauche. Ces dilatations sont uniformes et assez considérables pour admettre jusqu'à la périphérie du poumon une sonde de femme de calibre ordinaire. Auprès de la péri-

---

« duvets. » — De sorte qu'un homme qui continuerait à se brosser quand même finirait par périr étouffé dans les profondeurs d'un édredon fourni par l'atmosphère. — « La nuit, lorsque vous ôtez votre pantalon, « vous entendez des petits craquements. » — Mais êtes vous bien sûr que ces craquements ont une source électrique? *Oh! shocking, shocking!!* Vraiment, M. Loomis, vous me feriez dire des sottises... — « Et dans « l'obscurité vous apercevez une série d'étincelles. » — Aussi rares que les étoiles en plein midi. — « Si vous vous promenez sur un tapis et qu'ensuite « vous approchiez le doigt d'un objet en métal, comme un bouton de « porte, vous en tirez une étincelle. »

M. Loomis abuse de ce que Franklin est né aux États-Unis pour transformer ses compatriotes en paratonnerres. « En traversant rapi- « demment deux ou trois fois le tapis, vous pouvez obtenir une étincelle « d'un quart de pouce et plus de longueur, qui vous fera sentir une pi- « qûre cuisante. C'est ce qui rend quelquefois certaines visites assez « désagréables; si vous présentez la main à un ami, vous éprouvez l'un « et l'autre une commotion électrique. Une dame essayant de donner un « baiser à son amie en est saluée par une étincelle qui s'élance de ses « lèvres; sa petite fille, voulant prendre le bouton de la porte, reçoit un « tel choc, qu'elle s'enfuit toute effrayé..... On peut allumer quelque- « fois un bec de gaz avec son doigt, après s'être promené sur le tapis « d'un salon. »

Ouf!!! Je croyais que certains poissons comme la torpille et le gymnote, etc., était les seules créatures pourvues d'un appareil électrique; il paraît que les citoyens des États-Unis jouissent du même avantage; il paraît même que les uns peuvent émettre du fluide positif et les autres du fluide négatif, et cela en assez grande quantité pour produire des étincelles de plus d'un quart de pouce dans un appartement, c'est-à-dire dans un lieu où l'électricité atmosphérique est nulle. Pour éviter les chocs désagréables produits par les électricités contraires, les gens du pays doivent porter à leur chapeau un signe qui indique la nature de leur fluide. La fabrication des appareils électriques doit être singuliérement négligée dans un pays où il suffit de frotter le dos du premier passant venu pour en tirer des étincelles capables d'allumer un bec de gaz.

Voilà, cher abbé, les énormes bourdes que *Cosmos* s'est permis de débiter en votre absence; mais il nous avait habitué jusque-là à entendre de si bonnes choses, et maintenant que vous êtes de retour, il va nous en faire connaître de si savantes, que, toutes réflexions faites, je crois qu'il faut lui pardonner pour cette fois.

*** On vient de découvrir une étoile dans l'orbite de M. Goldsmith, le grand dénicheur de planètes (il en a bien découvert une douzaine qui n'ont rien de commun, je vous prie de le croire, avec celles de M. Leverrier déjà nommé). Cette étoile, vulgairement appelée l'étoile des braves, brille depuis quelque temps entre la première et la troisième boutonnière du revers gauche de son habit. Cette distinction est arrivée un peu tard, mais il faut dire aussi que M Goldsmith n'est pas un intrigant, c'est tout simplement un homme de mérite.

Griffus (d'Ephèse).

Approuvé l'écriture ci-dessus,

Dr JOULIN.

phérie de l'organe, les vésicules sont dilatées au point de pouvoir contenir une petite noisette, elles sont presque adossées les unes aux autres. Le tissu pulmonaire fendu à ce niveau semble aérolaire, cependant la plupart de ces cavités ne communiquent pas les unes avec les autres, elles se rendent toutes dans une bronche dilatée. L'extrémité bronchique est tapissée par une matière putrilagineuse d'un gris brunâtre et exhalant une odeur fétide. La membrane muqueuse molle recouvre les fibres musculaires hypertrophiées. Le tissu pulmonaire environnant était splénisé et mou.

CHIRURGIE CLINIQUE.

Thérapeutique générale des teignes,

PAR M. BAZIN,

Recueillie et redigee par M. Pouquet, interne du service.

(Suite.— Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120 et 121.)

TEIGNE TONSURANTE.

Historique. — Je suivrai l'ordre chronologique dans l'étude que nous allons faire, et je réclame d'avance toute votre attention, car ici les faits sont plus nombreux et plus multipliés que dans la teigne faveuse et ce n'est pas sans peine qu'on parvient à les débrouiller.

Si, au temps de Biet et d'Alibert, le favus constituait une espèce pathologique distincte dont l'histoire clinique était à peu près achevée, on n'en peut certes pas dire autant de la teigne tonsurante, car aujourd'hui même cette maladie n'existe guère que pour nous comme unité pathologique ; les dermatologistes la considèrent comme un être imaginaire, n'ayant d'existence que dans notre esprit, et ne voient pas les liens étroits qui unissent les diverses affections qu'elle comprend. Aussi combien d'erreurs sont commises tous les jours à ce sujet, erreurs souvent préjudiciables aux malades qu'on croit atteints de syphilis, de dartre, de pellagre... Trop heureux sont ceux pour lesquels on se contente de faire le diagnostic de l'affection : herpès, pityriasis, lichen circonscrit..., puisqu'ils échappent à un traitement quelquefois nuisible et dont le moindre inconvénient est d'être complétement inutile.

Une des formes de la maladie, la plus essentielle incontestablement (elle répond, nous le verrons, à la période d'état du végétal parasite), était depuis longtemps connue ; c'était une porrigine tonsurante pour Alibert, un herpès tonsurant pour M. Cazenave ; et, dans cette affection, on avait parfaitement observé les squammes pityriasiques, la rupture des poils, l'érection des follicules pileux... Mais sous le nom de teigne tonsurante que j'ai adopté et proposé ensuite, je comprends non-seulement l'herpès tonsurant des willanistes, mais aussi les diverses éruptions qui le précèdent, l'accompagnent ou le suivent, et qui se rattachent essentiellement à la présence sur les poils d'un végétal parasite, le trichophyton tonsurant.

C'est à Mahon jeune que revient l'honneur d'avoir le premier fait connaître cette affection sous le nom de *teigne tondante*, la rapprochant ainsi du favus, d'en avoir assez exactement tracé les caractères cliniques, montré la nature contagieuse... (*Recherches sur le siége et la nature des teignes*, 1829). Il fut assez heureux pour l'observer en différentes parties du corps, sous l'ongle même, où il est frappé de son analogie avec le favus de cette région ; toutefois, il fait remarquer avec juste raison que, dans la teigne tondante de l'ongle, la matière est blanche, tandis qu'elle est jaunâtre dans le favus. Mahon jeune avait donc étudié en bon observateur l'affection qu'il appelait le premier teigne tondante, et l'on ne voit pas sur quoi sont fondés les reproches qui lui sont adressés par Alibert et plus tard par M. Cazenave. Ne croyez pas cependant que le livre de Mahon ne renferme aucune erreur. Il considère la teigne tondante comme une maladie constitutionnelle, héréditaire, et assurément nous sommes loin de partager cette opinion. Il dit aussi que cette affection est rare, et j'avoue que j'ai de la peine à croire qu'elle fût, en effet, en 1829, moins commune qu'à l'époque actuelle. J'étais, en 1834, interne à l'hôpital Saint-Louis, et j'ai souvenir d'avoir vu de nombreux malades affectés de sycosis, d'herpès circiné, dans les salles de Biett et d'Alibert. Mais ces malades étaient considérés par ceux-ci comme atteints de dartre, par ceux-là comme infectés de syphilis ; d'autres enfin, non moins habiles ni moins nombreux, ne voyaient rien au delà du cercle herpétique ou du tubercule de sycosis. Dans tous les cas, les sujets dont je vous parle n'étaient point adressés à Mahon, chargé, comme aujourd'hui les héritiers de son nom, du traitement de la teigne à l'hôpital Saint-Louis. En outre, la teigne tondante affecte aussi souvent les enfants riches que les enfants pauvres, et les premiers vont avec plus de peine consulter les Mahon. Voilà sans doute pourquoi Mahon jeune disait la teigne rare en 1829. J ajoute qu'il devait être porté à regarder comme peu commune une affection qu'il avait observée le premier.

Si l'on en croit M. Cazenave, les Grecs et les Latins auraient connu l'herpès tonsurant, et l'auraient désigné, les Grecs sous le nom d'*ophiasis* (οφιασις), et les Latins sous celui d'*area*. Mais je ne partage pas cette manière de voir, et d'accord avec Bateman, je pense que les noms d'*ophiasis* et d'*area* s'appliquaient plutôt à la teigne pelade.

Quant à l'affection que Sennert appelle *tinea capillorum*, j'admettrais volontiers qu'elle n'est autre chose que l'herpès tonsurant, car dans la description que cet auteur en donne, il est question de cheveux brisés.

Le nom de *ringworm* employé par les Anglais depuis Willan, s'applique évidemment à deux affections différentes, à celle que nous étudions en ce moment, et plus souvent peut-être au *porrigo scutulata* ; c'est le ringworm furfuracé, vésiculeux, contagieux, de Willan, et pustuleux de Samuel Plumbe.

En 1835, Alibert, dans la deuxième édition de son ouvrage, ajoute la porrigine tonsurante dont il n'était point question dans l'édition précédente ; il emprunte la description de la maladie à Mahon jeune, et reproche à ce dernier d'avoir confondu la teigne tondante avec le *porrigo decalvans* de Bateman, et, chose étrange, c'est après avoir fait à Mahon cet injuste reproche, que ce trop célèbre dermatologiste, méconnaissant lui-même le *porrigo decalvans* de Bateman, en fait une variété de teigne faveuse sous le nom ridicule de *favus sine favis*.

En 1840, M. Cazenave est appelé dans un collége de Paris à l'occasion d'y observer une maladie très-obscure, dit-il, et qu'il étudie avec grand soin, maladie entrevue seulement par Biett, vaguement décrite par les Anglais sous le non de ringworm, et par Mahon jeune sous celui de teigne tondante. J'avoue que je ne puis admettre la qualification de vague appliquée par mon savant collègue à la description de Mahon. Mais M. Cazenave a le bonheur d'apercevoir quelques vésicules, et aussitôt il s'arrête, comme si toute recherche ultérieure était devenue inutile ; la maladie peut prendre place dans les cadres de Willan, elle appartient à l'ordre des vésicules, c'est un herpès (herpès tonsurant au cuir chevelu, herpès circiné sur toute autre partie du corps.) Et au fait, qu'est-il besoin d'en savoir davantage, quand on se trouve si fort à l'aise d'une étroite classification ?

C'est en 1844 que M. Gruby lut à l'Académie des sciences un travail intéressant sur un champignon découvert par lui dans le *porrigo decalvans* qui, comme le fait remarquer M. Cazenave, n'est autre chose que l'herpès tonsurant. Mais déjà deux ans auparavant, M. Cruby avait découvert et décrit sous le nom de *microsporon mentagrophytes* un cryptogame extrait de la phyto-mentagre, cryptogame dont vous savez

que je n'admets pas l'existence, d'accord en cela avec M. Ch. Robin.

A partir de cette époque, des progrès rapides se font, en clinique, par les médecins spéciaux, en étiologie par les naturalistes.

En 1848, le Suédois Malinsten donne le nom de trichophyton tonsurant au champignon trouvé par M. Gruby dans l'herpès tonsurant...

En 1850 paraît le traité de M. Cazenave sur les maladies du cuir chevelu, lesquelles sont distinguées en contagieuses et non contagieuses. A la première catégorie appartiennent l'herpès tonsurant et le favus. M. Cazenave ne pouvait se dispenser de parler des théories végétales et des découvertes annoncées par Schœnlein et par le docteur Gruby; mais il rejette ces théories comme de pures hypothèses et nie l'existence du champignon. Toutefois, si vous lisez le Traité des maladies du cuir chevelu, vous demeurerez convaincus que les doctrines nouvelles n'étaient pas sans avoir produit quelque impression sur l'esprit de notre habile collègue, car il entasse, pour les combattre, des arguments dont la valeur est loin d'égaler le nombre.

En 1852, MM. Malherbe et Letenneur font connaître bon nombre de faits nouveaux et très-bien observés, qui prouvent la liaison intime, ou pour mieux dire, l'identité de nature de l'herpès circiné et de l'herpès tonsurant. La contagion d'une partie du corps à un autre, la contagion de l'homme à l'homme, enfin la contagion de l'homme aux animaux ou réciproquement, sont désormais des faits acquis à la science. Cependant ces habiles observateurs n'admettent point la nature végétale de ces affections.

En 1853, je publie mon premier travail sur les teignes (*Recherches sur la nature et le traitement des teignes*); mais tout en reconnaissant que c'est un cryptogame qui produit la teigne tonsurante, je ne rattache à cette dernière aucune autre affection; la teigne tonsurante répondait exactement pour moi, à cette époque, à l'herpès tonsurant de M. Cazenave, ou à la teigne tondante de M. Mahon. Cependant je signale quelques faits nouveaux; j'appelle l'attention sur ces flocons blancs qui entourent les poils et auxquels nous attachons aujourd'hui tant d'importance dans le diagnostic de la teigne tonsurante; je montre que l'affection ne débute pas toujours par des vésicules, je cite quelques observations intéressantes, une entre autres, dans laquelle on voit la maladie communiquée des animaux à l'homme. Enfin, je n'admettais aucune relation intime entre l'herpès circiné et l'herpès tonsurant, erreur capitale dont je suis revenu depuis longtemps.

Peu de temps après la publication de ma première brochure, et dans la même année, M. Robin étudie le même sujet et confirme le résultat de mes recherches.

En 1854, paraît ma deuxième brochure (*Considérations sur la mentagre et la teigne de la face*), dans laquelle, pour la première fois, il est question de l'existence du tricophyton sur les cercles herpétiques. Alors aussi je signale la liaison qui existe entre l'herpès circiné, le pityriasis et le sycosis, que je considère comme trois périodes de la teigne tonsurante. Cependant je faisais encore des réserves, et je croyais, tant j'étais imbu des vieilles doctrines, que l'herpès circiné pouvait être quelquefois indépendant du parasite. J'admettais donc deux espèces différentes d'herpès circiné, et ce n'est qu'en 1855 (*Leçons de séméiotique cutanée..*) que je rattache cette affection, dans tous les cas, à la présence du tricophyton sur les poils; c'est toujours la première période de la teigne tonsurante. Enfin, je disais aussi, dans mon travail sur la mentagre, que le tricophyton pouvait se rencontrer sur toutes les parties du corps.

C'est donc bien à tort qu'on veut aujourd'hui rattacher la découverte d'un végétal parasite dans l'herpès circiné, au nom de M. de Baerensprung, dont le travail ne parut dans la *Gazette hebdomadaire* qu'en 1856, deux ans par conséquent après mes considérations sur la mentagre et les teignes de la face.

En 1854, j'écris qu'on trouve dans l'herpès circiné le même végétal parasite que dans la teigne tonsurante, c'est-à dire, le tricophyton tonsurant. En 1856, M. de Baerensprung dit vaguement qu'il y a un champignon dans l'herpès circiné, sans préciser, comme je l'avais fait moi-même, quel est ce champignon. Voilà des faits et des dates précises qui me dispensent de tous commentaires.

En 1856, M. Deffis inocule le tricophyton, comme il avait déjà inoculé le favus, et ces nouveaux essais sont couronnés d'un plein succès.

La même année 1856 est encore marquée par un mémoire de M. Chausit sur le sycosis (*Gazette hebdomadaire*), un mémoire dans lequel nous trouvons les choses les plus étonnantes. M. Chausit nous reproche de ne pas rendre justice à M. Cazenave qui a, dit-il, singulièrement éclairé la nature de la maladie, en établissant, par ses travaux, qu'elle consistait dans une inflammation du conduit pilifère. Mais d'abord, pourquoi faire tant d'honneur à M. Cazenave d'une découverte qui ne lui appartient pas? Comme s'il n'eût pas rendu de service plus signalé à la dermatologie !.. N'avait on pas dit longtemps avant lui, Alibert entre autres, que le sycosis consiste en une inflammation du follicule pileux? Et d'ailleurs, quelle importance pourrais-je attacher à une pareille découverte, qu'elle dût ou non être rapportée à M. Cazenave? En quoi éclairait-elle la nature de la maladie? Apparemment on confond ici la nature de la maladie avec le mode pathogénique, deux choses pourtant bien distinctes! Pour me reprocher de ne pas rendre justice à M. Cazenave, il faut que M. Chausit ne comprenne pas l'immense distance qui nous sépare sur cette question de nature du sycosis. Pour lui, c'est la *rasure*, action mécanique, qui produit la maladie, pour nous, le tricophyton en est l'unique cause déterminante, d'où il résulte qu'aux yeux de MM. Cazenave et Chausit, le sycosis est une affection chirurgicale, tandis que nous la considérons comme une affection parasitaire.

Mais voici un fait plus important que renferme ce mémoire; c'est une modification remarquable apportée dans la symptomatologie du sycosis. Il s'agit de disques érythémateux que M. Chausit croit avoir, le premier, signalés à l'attention des observateurs. Singulière prétention en vérité! Tout d'abord, nous avons reconnu un air de parenté non équivoque entre les disques érythémateux de M. Chausit et notre *herpès marginatum*. A quoi M. Chausit répond qu'outre les deux affections la différence est grande, puisque dans un cas, la rougeur s'étend à toute la surface des cercles, tandis que, dans l'autre, au centre du cercle, la peau n'offre jamais d'altération. Mais, n'en déplaise à M. Chausit, la distinction qu'il cherche à établir est radicalement fausse, et je n'en veux pour juge que M. Cazenave lui-même, qui décrit, au chapitre *Herpès* de son ouvrage, les disques pleins et les cercles herpétiques, faisant remarquer avec juste raison que les cercles d'un petit diamètre sont rouges dans toute leur étendue, tandis que dans les autres la rougeur est limitée à la circonférence. D'ailleurs, ne voit-on pas souvent réunis, sur la figure de malades atteints de teigne tonsurante, des disques érythémateux et de l'herpès circiné? Il serait, j'en conviens, très-commode de pouvoir ainsi, en inventant quelques nouveaux mots, attacher son nom aux découvertes des autres; mais de tels larcins ne sont pas permis. Nous avions distingué, dans la marche de la teigne tonsurante, trois périodes caractérisées par: 1° l'herpès circiné; 2° le pityriasis alba; 3° le sycosis; on a supprimé le moyen terme de la progression, on a établi le rapprochement entre le troisième et le premier (dont le nom a été changé); et l'on a cru cacher de la sorte (au moins aux yeux du public ignorant) le vol manifeste qu'on commettait à nos dépens.

Enfin, pour terminer l'historique de la teigne tonsurante, je dois faire mention de la thèse inaugurale de M. Cramoisy,

soutenue récemment devant la Faculté de Paris, c'est la première m•nographie qui ait paru sur ce sujet.

L'historique que nous venons de tracer vous montre comment, dans l'étude des sciences, on arrive à la découverte de la vérité. C'est une montagne escarpée qu'il nous faut gravir à pas lents, chaque jour nous montrant, à la faveur d'un horizon nouveau, les erreurs de la veille, jusqu'au moment où, arrivés au faîte, la lumière brille à nos yeux de tout son éclat.

Dans une première brochure, j'admets l'existence du tricophyton dans la teigne tonsurante (herpès tonsurant des auteurs); mais je laisse éloignés l'herpès circiné et la teigne tonsurante, ne voyant entre ces affections aucun lien de parenté.

Dans la deuxième, je recommandais deux espèces d'herpès circiné ; l'un de nature contagieuse, dans lequel on trouve le tricophyton, et l'autre indépendant de tout parasite.

Enfin, dans la dernière publication, j'affirme, avec la conviction la plus profonde, qu'il n'y a point d'herpès circiné sans végétal parasite.

Je me résume et je termine par la *définition* de la teigne tonsurante : — C'est une teigne (Voyez la définition du mot) caractérisée par une manifestation champignonneuse spéciale, blanche, lamelleuse ou floconneuse, qui a son siége sur l'épiderme ou sur des poils cassés, et qui peut être accompagnée d'autres éruptions symptomatiques nombreuses, vésiculeuses, pustuleuses, tuberculeuses... selon son siége et l'époque de son existence à laquelle on l'étudie.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement des scrofules chez les enfants par les eaux de Pougues.

Par le docteur DE CROZANT, *médecin inspecteur de ces eaux.*

(Rapport au ministre de l'agriculture et du commerce.)

(Suite. — Voir le n° 122.)

OBS. III. — *Ophthalmie. — Adénite.* — Marie Sabotier, de l'hospice de Nevers, âgée de dix-huit ans, de parents inconnus. Elle est forte et bien développée, quoique d'un tempérament lymphatique. Elle habite Nevers depuis un an, antérieurement, Château-Chinon. Réglée à quatorze ans, elle l'a été depuis ce temps, mais très-irrégulièrement, tous les deux ou trois mois; elle n'a point été malade jusqu'à ces derniers temps. A quinze ans, il lui est venu des glandes au cou, une assez grosse à gauche, trois petites, de la grosseur d'une noisette, à droite. Elle n'en a point souffert et n'a fait aucun traitement.

Au mois de décembre dernier, elle a eu, quoique vaccinée, une variole confluente assez grave qui lui a laissé l'ophthalmie pour laquelle elle vient à Pougues. Cette ophthalmie, qui s'est développée chez un sujet scrofuleux, a résisté à tous les traitements externes et internes que lui ont administrés les médecins éclairés de l'hospice. Voici ce que je constate à l'arrivée de la malade : l'œil gauche est un peu malade, injection modérée des vaisseaux de la conjonctive; la cornée est intacte; l'œil est un peu humide et supporte une lumière diffuse. A droite, photophobie absolue. La cornée est peu transparente dans toute son étendue; dans son fragment inferieur, deux pustules proéminentes, à base complétement opaque, de ces pustules, des vaisseaux rouges qui rejoignent à la circonférence de la cornée ceux de la conjonctive considérablement dilatés. Toute la conjonctive oculaire est d'un rouge vif; une liqueur brûlante s'écoule continuellement dans l'œil, qu'elle n'ose ouvrir, et aux angles duquel sont un liquide muco-purulent très-consistant. Pas de céphalalgie.

Traitement : Une immersion froide, deux douches sur les yeux, quatre verres d'eau par jour, un purgatif par semaine.

Au bout de huit jours, la forme aiguë de cette ophthalmie avait disparu. Je continuai le même traitement qui amena une guérison complète au bout de deux mois. Quant aux glandes, cette dernière expression de l'état scrofuleux, elles ne disparurent que l'année suivante, après une deuxième saison.

Chez cette jeune fille, que j'ai l'occasion de revoir souvent, la guérison s'est confirmée par une amélioration progressive de l'état général.

OBS. IV. — *Douleurs ostéocopes. — Adénite.* — Célestine, de l'hospice de Nevers, âgée de seize ans, parents inconnus, habite l'hospice depuis six ans; antérieurement à Ramboux (Nièvre).

D'une constitution délicate et d'un tempérament très-lymphatique, elle a toujours été un peu souffrante, sans être précisément malade. Il y a trois ans qu'elle a commencé à s'apercevoir qu'elle avait des glandes au cou. Depuis ce temps, elle souffre habituellement de l'estomac, des tiraillements, des crampes, peu d'appétit, des digestions difficiles depuis six mois ; elle est très-abattue; elle se plaint d'une grande faiblesse, surtout aux jambes, sur lesquelles elle peut à peine se tenir; de douleurs intolérables, la nuit surtout, qui ont leur siége à la hanche et le long de la cuisse et au genou droits. Ces douleurs ont beaucoup augmenté depuis quelque temps, et rendent la marche impossible; la pression de la cuisse est très-douloureuse, quand elle est exercée un peu profondément, surtout au niveau de l'articulation coxo-fémorale.

Elle porte au-dessous du maxillaire inférieur gauche une tumeur dure, non adhérente, accompagnée de quelques petites glandes cervicales engorgées. Cette tumeur a huit centimètres d'avant en arrière, et cinq de haut en bas ; de l'autre côté, et à la même hauteur, une glande de la grosseur d'une noix, ronde, plus dure, et ayant paru la première. Cette jeune fille, qui n'est pas réglée, a été traitée par les ferrugineux, le quinquina et l'iode.

Pendant un mois elle but six verres d'eau et prit un bain tiède à 27°. Quand, au bout de ce temps, l'estomac fut tout à fait remis, je commençai l'usage des douches froides sur la tumeur et sur la hanche, des purgatifs une fois par semaine. Trois mois après le commencement de cette cure, la plus grande glande, la sous-maxillaire gauche, avait presque complétement disparu. La malade ne ressentait plus ses douleurs, et se portait aussi bien sur une jambe que sur l'autre. L'hiver se passa bien. L'été suivant, guérison complète après une deuxième saison. Les glandes n'ont pas reparu. Cette fille a été placée sans que les règles soient arrivées.

OBS. V. — *Adénite.* — Thévanie, de l'hospice de Nevers, de parents inconnus, assez bonne constitution, lymphatique. Agée de douze ans, habitant le Morvan, qu'elle a quitté depuis deux ans pour entrer à l'hospice, elle se plaignait de maux d'estomac, de palpitations, de faiblesse; depuis un an il s'est formé sous le maxillaire inférieur gauche une glande grosse comme un œuf de poule. Aucun traitement spécifique. A son arrivée à Pougues, elle se plaignait beaucoup moins de sa glande que de palpitations très violentes continues. Les bruits du cœur sont très-forts, très-clairs, ne s'accompagnent d'aucun bruit anormal; un peu de souffle dans la carotide gauche. Poitrine saine; pas d'appétit; digestions longues et douloureuses, suivies de chaleur dans la région épigastrique.

Traitement : Deux verres d'eau; un bain à 26°, dont on baisse la température progressivement jusqu'à 13°. La malade y reste une demi-heure, puis une heure ; au bout d'un mois, elle pouvait recevoir les im-

mersions et douches froides et la dose d'eau était portée à cinq verres.

A la fin de la première saison, je constatai un changement total dans l'état général; avec les bonnes digestions, les forces avaient reparu, et les symptômes de chloro-anémie s'étaient dissipées; mais la tumeur n'avait point diminué. Pendant l'hiver, la malade perdit ce qu'elle avait gagné l'été précédent; et, en 1848, elle me revint aussi malade qu'avant.

Même traitement, même résultat.

En 1849, la glande a diminué de plus de moitié, pour disparaître complétement en 1850 seulement. De tous les malades que j'ai reçues en même temps qu'elle, Thévanie est certainement celle que je pensai guérir le plus rapidement, à cause du peu de gravité de sa maladie; elle est une de celle dont le traitement a été le plus long et le plus douteux. Aujourd'hui, sa guérison est radicale; elle n'a eu aucune rechute ni du côté de la glande sous-maxillaire, ni du côté de l'affection de l'estomac, cause probable des symptômes strumeux qu'il a été si difficile de détruire.

Obs. VI. — *Glandes ulcérées. — Cachexie paludéenne.* — Antoinette Guion, de l'hospice de Nevers, qu'elle habite depuis sept mois. Antérieurement, dans le Bas-Morvan.

Agée de treize ans, de parents inconnus, elle s'est toujours bien portée; non réglée. Depuis un an, elle a contracté des fièvres paludéennes peu intenses, mais revenant continuellement et résistant à tous les traitements. Ces fièvres lentes, connues dans le pays sous le nom de *traîneaux de fièvre*, et qu'on pourrait appeler fièvres hectiques paludéennes, sont les plus graves de toutes; ce sont elles qui produisent ces énormes rates, ces cachexies profondes qui se terminent promptement par l'infiltration générale.

Depuis un an, cette fille est atteinte de ce genre de fièvre, pour laquelle elle est entrée à l'hospice de Nevers, qu'on a en vain combattue et sur laquelle la scrofule n'a pas tardé à germer. A son arrivée à Pougues, elle est faible, petite pour son âge, maigre; la peau est d'un jaune sombre, les lèvres et les gencives pâles; les sclérotiques ne sont pas jaunes. Le ventre est gros, les membres très-grêles; elle a autour du cou un chapelet de glandes énormes; la plus grosse peut avoir quatre centimètres de diamètre; elles sont mal isolées les unes des autres et forment deux masses de chaque côté du cou, composées chacune d'une dizaine de glandes Deux de ces glandes ont abcédé et forment à leur sommet une ulcération large comme une pièce de un franc, et autour de laquelle la peau est décollée à une profondeur de un centimètre; les deux plaies sécrètent du pus en abondance depuis deux mois, sans que les glandes qui leur servent de base aient sensiblement diminué de volume.

L'appétit est assez bon, mais les digestions sont pénibles, accompagnées et précédées d'aigreurs pas de vomissements; la langue est rose et humide; le ventre souple à sa partie inférieure, quoique très-gros et dur à sa partie supérieure; la rate mesure dix centimètres en hauteur, six en largeur, non douloureuse au toucher. Le foie paraît être normal; garde-robes régulières.

Elle tousse et crache depuis six mois. Deux fois, cet hiver, elle a craché un peu de sang pur. En avant, la respiration se fait bien des deux côtés; la sonorité est normale. En arrière, rien au sommet des deux poumons; à leur base, on entend quelques râles bullaires, accompagnés de râles vibrants, quand la respiration est accélérée ou plus profonde. A la base du poumon droit, la résonnance semble un peu plus claire que de l'autre côté. Les battements du cœur sont exagérés, mais les bruits normaux; aux deux carotides, un bruit de souffle léger. Tous les soirs, il y a un petit mouvement fébrile, tantôt le matin, tantôt le soir, marqué par du frisson ou de la chaleur, quelquefois par les deux à la fois.

Le traitement dut être dirigé avec ménagement. Elle prit l'eau coupée avec du lait chaud; pas de bains, pas de douches. Au bout d'un mois, elle prit les eaux pures; et à la fin de la saison, nous avions gagné le retrait de la rate à ses dimensions ordinaires, la disparition de la fièvre et de la cachexie, le parfait état des voies digestives, la cicatrisation des deux ulcères Les glandes avaient diminué seulement de volume. Pendant tout l'hiver, elle continua l'usage des eaux en boisson pour assurer une amélioration aussi inespérée.

La saison suivante, elle put suivre un traitement plus énergique; elle reçut des douches froides sur les glandes, qui avaient continué à diminuer et dont la résolution fut complete à la fin de la saison. Il n'y a eu depuis aucune récidive ni de scrofules, ni de bronchite inquiétante.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

Le temps nous manque pour rendre compte de la solennité qui a eu lieu hier à Etampes, à l'occasion de l'inauguration de la statue de Geoffroy Saint-Hilaire. Ce sera pour le prochain numéro.

— M. le docteur E. Saborie, membre de la Société de chirurgie, ancien chef de clinique de la Faculté, vient d'être nommé médecin de la maison de convalescence créée à Vincennes.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Études d'hygiène militaire. — *Des habitudes dans l'armée; conseils aux militaires et aux jeunes gens;* par le docteur Vincent, médecin au 7e chasseurs. 1 volume in-8°.

Paris, 1857, chez Leclerc, libraire, rue de l'Ecole de médecine, 14.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine, par le docteur Dolbeau, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc. — Brochure in-8° de 30 pages. — Prix : 1 fr.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

De l'Exfoliation physiologique et pathologique *de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse;* par A. Raciborski, ancien chef de clinique, etc. Prix : 3 francs. *Au bureau du journal.*

Leçons sur le chancre, professées par le docteur Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. Fournier, interne de l'hôpital du Midi, suivies de notes et pièces justificatives, etc. — 1 volume in-8° de 351 pages. — Prix : 5 fr. 50 c.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

De l'Influence du moral sur le physique, par le docteur Foissac, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut. — Brochure in-8°.

Paris, 1857, chez J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

Des Chemins de fer et de leur influence sur la santé des mécaniciens et des chauffeurs, par le docteur E. A. Duchesne, membre du conseil d'hygiène et de salubrité, etc.

Paris, 1857, chez Mallet-Bachelier, quai des Augustins, 55. 1 vol. format Charpentier. Prix : 3 fr. 50 c.

Éléments de médecine clinique, par le docteur A. Trumet de Fontarce, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Paris, 1857, 2 volumes in-8° de chacun 800 pages. — Prix : 14 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 124. 5e ANNÉE. Jeudi, 15 octobre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 34. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . { 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 14 octobre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

[**La statue de Geoffroy Saint-Hilaire. — Les rapports sur les épidémies. — La statistique des causes de mort.**]

Après avoir mis en émoi, dimanche dernier, la ville et tout l'arrondissement d'Etampes, Geoffroy Saint-Hilaire a occupé hier une partie de la séance de l'Académie. L'Académie a désiré entendre le discours de son président, chargé de porter la parole en son nom dans cette belle solennité, et elle a pu s'assurer qu'elle avait été dignement représentée, si dignement même, que de tous les discours prononcés devant la statue du célèbre naturaliste, celui de M. Michel Lévy a été peut-être celui dans lequel étaient associées au plus haut degré l'élévation des pensées, la justesse des appréciations, la distinction et la pureté du langage. L'Académie avait fait un grand honneur à M. Michel Lévy en le désignant pour la représenter; il a rendu cet honneur à l'Académie, car c'en est un pour elle d'avoir été ainsi représentée. M. le secrétaire perpétuel avait aussi rédigé quelques lignes où l'on retrouve les plus heureux mouvements oratoires de l'habile écrivain. Enfin, et c'est par là peut-être que nous aurions dû commencer, l'assemblée a accueilli avec la plus légitime faveur le discours de M. le maire d'Etampes, M. Pommeret des Varennes, qui, bien qu'étranger à la science, n'en a pas moins tracé, avec le tact le plus exquis et les plus heureuses comme les plus chaleureuses inspirations, les traits caractéristiques de la vie de son illustre compatriote.

D'autres discours ont été prononcés par MM. Serres, Duméril, Milne Edwards, Moquin-Tandon, Jomard, par le sous-préfet, et même par M. Darblay, député de l'arrondissement, dont l'intromission en pareille solennité n'a été que médiocrement goûtée.

Les spectateurs, de même que tous ceux qui ont vu, il y a quelques mois, la statue de Geoffroy Saint-Hilaire exposée à l'extrémité du pont des Arts, du côté du Louvre, ont été unanimes dans les éloges décernés au statuaire, M. Elias Robert, enfant lui-même de la ville d'Etampes.

Nous croyons être juste en réparant une omission commise par tous les journaux qui ont rendu compte de cette solennité, et en rappelant que c'est en grande partie à l'active et opiniâtre sollicitude de M. le docteur Magne, que cette belle fête de l'intelligence a dû son organisation.

— De Geoffroy Saint-Hilaire à M. Trousseau, il y a sans doute plus d'une coudée de distance; ils ne se sont pas moins trouvés côté à côte hier à la tribune, l'un pour y entendre célébrer sa mémoire, l'autre pour y lire un rapport sur les épidémies.

Nous sommes heureux d'écrire que l'occasion que nous cherchions depuis longtemps s'est enfin présentée : M. Trousseau a commencé son rapport par des remarques générales fort judicieuses touchant les difficultés extrêmes d'une bonne statistique sur les épidémies et touchant le peu d'efforts que font les administrations pour vaincre les difficultés; le rapporteur a cité ce fait caractéristique d'un certain département qui avait dépensé *cinq cents francs* en *dix ans* pour rétribuer les médecins chargés d'étudier les épidémies, soit 50 francs par an. M. Trousseau aurait bien fait de s'informer de la somme que le même département dépense pour améliorer ses chevaux; cette somme aurait pu fournir un curieux pendant à la première. M. Trousseau a été moins heureux, quand des remarques générales il a passé à l'étude de chaque épidémie en particulier; mais somme toute, et sous la réserve de certaines opinions trop légèrement adoptées, son rapport n'en est pas moins un bon travail, et nous sommes d'autant plus heureux d'en féliciter l'auteur, que ce travail est plus ingrat.

— Nous n'avons pu entendre complétement le rapport de M. Guérard sur la statistique des causes de mort. — C'est d'ailleurs là un sujet qui mérite bien une appréciation spéciale, et nous la lui consacrerons.

Séance de l'Académie des sciences.

Plusieurs communications intéressantes ont été faites dont il nous est impossible de nous occuper ici, soit à cause de notre incompétence (communication de M. Trécul), soit parce que ces communications encore incomplètes demandent à être longuement méditées (communication de M. Brown-Séquardt).

Il est moins périlleux de risquer une appréciation sur quelques autres.

Nous ne voulons pas parler de celle de M. Valenciennes; elle s'est bornée à la narration d'un fait qui ne demande qu'à être enregistré.

Celle de M. Sédillot rentre un peu dans la même catégorie : c'est un nouveau succès obtenu par l'habile chirurgien dans un cas de difformité grave de la face. Lorsque l'ensemble des faits de cette espèce aura été publié par M. Sédillot, il y aura de l'intérêt à en faire l'appréciation générale et comparative ; c'est ce qui sera réservé à une plume plus compétente que la nôtre.

M. Paget s'est donné beaucoup de mal pour expliquer comme quoi le caractère rhythmique des mouvements du cœur dépendait de ce que la nutrition s'exerce elle-même d'une manière rhythmique.

On pourrait peut-être argumenter sur la propriété de l'expression appliquée à la nutrition. Mais que la nutrition soit rhythmique ou ne le soit pas, l'explication de M. Paget n'en est pas moins de celles que l'ancienne philosophie appelle *obscurum*...... M. Paget a donc beaucoup parlé pour ne rien dire.

Nous ne savons s'il en est de même de M. Sémanas, de Lyon, dont le travail ne nous est connu que par son titre ; mais ce titre ouvre carrière à bien des suppositions. Nous ne voulons pas devancer celles auxquelles nos lecteurs pourront se livrer spontanément.

Enfin, M. Laurent a annoncé à l'Académie qu'il pourrait, *au besoin*, lui envoyer un remède qu'il donne, d'après l'autorité du monastère Phaneromène, près d'Eleusis, comme antidote du virus rabique. Il nous semble qu'il aurait dû commencer par où il propose de finir.

H. DE CASTELNAU.

Observation de cancer du médiastin antérieur.

Par le docteur LEUDET, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, professeur de clinique médicale.

Un homme de trente-quatre ans fut atteint de cette maladie assez rare dont nous donnerons ici un court résumé. Cet homme rachitique avait été atteint dix-huit mois auparavant d'une affection thoracique contre laquelle on avait employé deux saignées ; depuis cette époque il avait constamment toussé ; depuis deux mois il éprouvait des épistaxis fréquentes et des taches ecchymotiques aux membres inférieurs. Nous constatâmes une matité étendue de la région précordiale, une impulsion vive de la pointe du cœur, enfin les signes d'une tumeur en arrière du sternum Le malade succomba deux jours après son entrée dans notre service. A l'ouverture du cadavre on trouva les altérations suivantes : Le médiastin antérieur et toute la face antérieure du péricarde étaient infiltrés d'une matière cancéreuse qui, au point de réflexion du péricarde sur les vaisseaux, avait au moins six centimètres d'épaisseur. A la coupe cette substance était dure, creusée de cavités contenant un liquide trouble. L'examen microscopique faisait reconnaître dans la tumeur des éléments cancéreux caractérisques. Les vaisseaux n'avaient pas diminué de calibre par suite de la compression de la tumeur.

Chez ce malade la tumeur cancéreuse du médiastin n'avait été que soupçonnée ; le malade n'ayant été examiné que deux fois, nous n'avions pu préciser la nature de ce fait intéressant. Sous le rapport du diagnostic il offre d'ailleurs plus d'une difficulté ; en effet la tumeur ne faisait aucune saillie à l'extérieur, comme dans le fait de M. Nélaton ; il ne comprimait pas, comme dans un cas que nous avons publié nous-même (*Bullet. de la Soc. anatom.*, 1847), les vaisseaux, le tronc brachiocéphalique veineux, les veines thyroïdiennes inférieures, la trachée ou les bronches ; en outre, aucun dépôt cancéreux n'existait dans l'économie ou même dans le poumon, où les signes sthétoscopiques indiqués par M. Kalshe auraient pu mettre sur la voie du diagnostic. Le seul signe était, dans ce cas, la matité au-dessus de la pointe du cœur, avec persistance au contact de cet organe contre les parois thoraciques, enfin l'absence des signes sthétoscopiques habituels aux anévrysmes de l'aorte.

Ce sujet, comme la plupart de ceux que nous présente l'histoire, appartenait à l'âge adulte. Nous avons montré, à propos du fait observé il y a dix ans, que cette variété de cancer était surtout observée chez les jeunes gens. La structure et la disposition anatomique de la tumeur sont identiques à ce que l'on observe dans le plus grand nombre de cas.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE CLINIQUE.

COMPTE RENDU

DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. H. LARREY, PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DU VAL-DE-GRACE, PENDANT LE SEMESTRE D'ÉTÉ 1856,

Par le docteur GAUJOT, aide-major des hôpitaux militaires, ancien interne des hôpitaux civils de Paris.

(Suite.—Voir les nos 105, 106, 107, 110, 114, 115, 119 et 121.)

RÉGION DU PIED.

No 58. — *Coup de feu dans les parties molles de la plante du pied. — Pourriture d'hôpital. — Renversement consécutif du pied en dedans.* — Roux, 91e de ligne, blessé, le 18 juin 1855, par un biscaïen qui, passant transversalement entre le pied et le sol, dilacéra les parties molles du bord interne de la face plantaire, et fit une plaie transversale de la largeur de trois travers de doigt au-dessous de la première rangée des os du tarse. — Au dix-huitième jour, envahissement de la pourriture d'hôpital qui dura un mois et nécessita huit cautérisations au fer rouge. Pendant la traversée pour revenir en France, récidive de la pourriture d'hôpital. — Un mois après son arrivée à Marseille, deuxième récidive ; enfin cicatrisation lente et seulement complète neuf mois après la blessure. — De toutes ces complications, il est résulté une grande perte de substance des parties molles de la partie interne de la plante du pied. — La cicatrice, occupant la face inférieure du métatarse et du tarse, est radiée, enfoncée, dure, rétractée, adhérente au niveau de l'extrémité supérieure des métatarsiens et appliquée directement sur les os. — Le tendon fléchisseur du gros orteil existe encore, mais ceux des deuxième, troisième et quatrième orteils qui sont totalement privés du mouvement de flexion, paraissent avoir été détruits. Le pied en totalité est atrophié et comme ramassé sur lui-même, de façon que ses deux bords sont plus rapprochés. En outre, sa face plantaire est renversée en dedans comme dans le premier degré du pied-bot varus, le pied n'appuyant sur le sol que par son bord externe. Est-ce là le résultat de la perte d'insertion des tendons abducteurs, ou le fait de l'inaction prolongée du membre, ou bien encore le fait de rétraction du tissu de cicatrice ? — L'articulation tibiotarsienne a perdu en partie le mouvement de flexion, et le pied se tient continuellement dans l'extension. — La marche est à peu près impossible.

§ X. — *Brûlures.*

Il se présente assez souvent, dans les hôpitaux militaires, des brûlures produites par le bouillon répandu sur les mains et les avant-bras, ou sur les pieds et l'extrémité inférieure des jambes. Rarement ces brûlures dépassent le troisième degré ; du moins il en a été ainsi dans les cas que nous avons eus sous les yeux.

On en rencontre aussi quelquefois par la déflagration de la poudre. — Dans une des observations (no 16) citées à propos des blessures par armes à feu, on peut voir que cet accident, arrivé à un canonnier, détermina une vive inflammation de la conjonctive et de la cornée, suivie de l'opacité à peu près complète de cette membrane et de la formation de brides cicatricielles adhérentes.

Les cicatrices que laissent après elles les brûlures constituent un cas de réforme, lorsqu'elles sont larges, irrégulières, adhérentes, rétractées, et qu'elles gênent les mouvements.

Un conscrit, envoyé au Val-de-Grâce pour être exempté du service militaire, présentait cette disposition. — Il avait eu dans son enfance, au jarret gauche, une brûlure étendue dont le résultat fut une large cicatrice occupant toute la région, constituée par un tissu inodulaire hypertrophié, formant des plis verticaux convergeant au centre vers une sorte de tubercule légèrement ulcéré. — Une opération d'autoplastie fut tentée il y a deux ans, par M. le professeur Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis. — Le centre de la cicatrice ayant été enlevé par deux incisions verticales elliptiques, les téguments furent rapprochés de chaque côté à l'aide de deux débridements latéraux : la mortification partielle des téguments et la reproduction consécutive du tissu inodulaire rendirent à peu près nul le bénéfice de cette opération. — Actuellement, cette cicatrice, ne comprenant que la peau et le tissu cellulaire, par conséquent sans adhérences profondes, n'empêche pas l'extension complète de la jambe, mais, pendant ce mouvement, elle est fortement tendue et forme relief; en outre elle est continuellement ulcérée au centre, par suite des tractions et des frottements.

§ XI. — *Congélations.*

Un grand nombre de soldats ont été atteints en Crimée, pendant les hivers de 1854 et 1855, de congélations plus ou moins étendues des extrémités inférieures, ainsi que nous l'apprennent deux mémoires de MM. les professeurs Lustreman et Legouest (*Recueil des mémoires de médecine et de chirurgie militaires*); le premier rapportant de beaux exemples de l'opportunité des amputations à la suite de l'hiver 1855, en opposition à l'insuccès constant de ces opérations pendant l'hiver 1854; le second retraçant avec beaucoup de soin les phénomènes de la mortification des parties à différents degrés par l'action du froid.

Nous avons vu au Val-de-Grâce quelques-uns de ces hommes qui avaient subi, pour des congélations, l'ablation des orteils, l'amputation de Lisfranc, celle de Chopart; l'amputation de la jambe, et même des deux jambes au lieu d'élection (celle-ci pratiquée par M. Lustreman et offrant deux moignons d'une rare perfection).

Nous en avons vu aussi quelques autres, guéris par le travail seul de réparation spontanée consécutive à l'élimination des parties mortifiées. — Mais les résultats de ce dernier ne sont guère satisfaisants, lorsque la congélation a été au troisième degré. — Ils sont même tellement défectueux, qu'ils nous semblent devoir être mis au premier rang des raisons en faveur des opérations régulières, préférées à l'expectation pure et simple.

En effet, les cicatrices résultant de congélations guéries par les seules ressources d'un travail de réparation ont un aspect tout particulier qui les caractérise essentiellement. Elles sont minces, lisses, rosées, tendues, légèrement froncées, présentant des petites brides irrégulières, complétement adhérentes aux tissus sous-jacents, le plus souvent au tissu osseux, enfin extrêmement sensibles à la moindre pression. Les os qui les supportent sont amincis, les parties atrophiées et déformées.

Telles étaient les congélations du pied que nous avons vues. Leur conséquence ultime fut de laisser ces organes dans l'impossibilité à peu près absolue de remplir leurs fonctions. La perte seule des orteils suffit pour amener ce résultat, parce que, les têtes des métatarsiens étant amincies et en partie éliminées par la carie, le bout du pied se trouve arrondi, déformé, outre qu'il est recouvert par une large cicatrice douloureuse.

— Un artilleur du 1er régiment, N. L... eut les orteils gelés pendant l'hiver 1854 ; les ongles du pied droit tombèrent, et le bout des orteils se recouvrit d'un tissu rosé très-sensible. Au pied gauche les deux premiers orteils se détachèrent complétement, ainsi que les deux dernières phalanges des trois autres orteils. — La tête des deux premiers métatarsiens s'amincit considérablement, le tout se recouvrit d'une cicatrice adhérente, irrégulière, comprenant ce qui restait des trois derniers orteils. Le bout du pied, ayant éprouvé une diminution notable dans son diamètre transversal, devint presque arrondi. — Le pied supporte avec peine le poids du corps, tant à cause de sa déformation qu'à cause de la douleur occasionnée par la pression sur le sol ; et, au bout d'un an et demi, cet homme ne peut marcher sans béquille.

— Un soldat du 17e régiment d'artillerie, P. Hey, amputé de la jambe gauche pour la même cause, perdit les orteils du pied droit, sauf les premières phalanges des quatre derniers. — Les caractères de la cicatrice sont identiques au précédent, — de plus y a un léger renversement en dedans, et le pied, appuyant presque uniquement sur le bord externe, rend moins de service pour la marche que la jambe de bois.

— Chez un autre artilleur, N. V..., il y eut perte complète des orteils au pied droit, avec atrophie de la tête des métatarsiens et déformation du bout du métatarse ; au pied gauche, la mortification ayant remonté plus haut, les métatarsiens furent emportés dans la presque totalité de leur longueur, et il en résulta une sorte d'amputation de Lisfranc, mais avec déformation du tarse, renversement du pied en dedans et cicatrices ayant les caractères énoncés plus haut. Bien que la guérison soit définitive depuis plusieurs mois, cet homme peut à peine se traîner avec deux béquilles.

Enfin, nous avons vu un autre fait qui doit être cité à cause de cette particularité assez étonnante, qu'un bout de phalange, laissé longtemps à nu par le retrait des parties molles gelées, ne s'est pas nécrosé.

— Un caporal du 4e de ligne, N. R... eut les orteils gelés le 18 décembre 1855; phlyctènes, — escharres aux extrémités des doigts, chute des ongles, etc., remplacés actuellement par un tissu de cicatrice rosé, tendu, adhérent au tissu osseux des phalanges, très douloureux. — L'escharre ayant été un peu plus profonde à l'extrémité du gros orteil droit, il y eut perte de substance des parties molles ; par suite du retrait de la cicatrice, le bout de la phalange se trouva à nu dans l'étendue d'un demi-centimètre, dépourvu de périoste et recouvert par des croûtes noirâtres : à la base de cette portion saillante, la cicatrice paraissait définitive, et il n'y avait pas trace de suppuration. Avec une pince de Liston, M. Larrey fit la section de ce bout de phalange qui était resté dans cet état stationnaire depuis cinq mois. L'intérieur du tissu osseux était gorgé de sang et offrait tous les caractères de la vitalité.

§ XII. — *Phlegmons. — Abcès.*

A. — *Abcès chauds.* — Enumérer tous les cas de phlegmon et d'abcès phlegmonneux que nous avons vus, phlegmons ganglionnaires ou seulement du tissu cellulaire de l'aisselle, spontanés ou symptomatiques; phlegmons de la main, du pied, de l'avant-bras, du bras, etc., à la suite de contusion, d'écorchure, etc., serait aussi long qu'inutile. Nous nous bornerons aux suivants.

Un des phlegmons du bras s'est développé sous l'influence d'une cause provocatrice qu'on a moins rarement l'occasion de signaler dans l'armée que dans la pratique civile ; c'est la vaccine.

— Un artilleur du 1er régiment fut vacciné le 15 mai. — Trois piqûres furent faites au bras gauche. — Huit jours après on y prit du vaccin à plusieurs reprises; il en résulta de l'irritation autour de la base des pustules. Cet homme n'y ayant pas pris garde, il survint de l'angioleucite et un engorgement des ganglions de l'aisselle, puis une tuméfaction inflammatoire dans tout le bras. — Lors de l'entrée du malade au Val-de-Grâce (5 juin), le phlegmon s'étendait depuis le moignon de l'épaule jusqu'au milieu de l'avant-bras. — Les piqûres de vaccine, ulcérées, agrandies, ayant environ le diamètre d'un centime, présentaient au centre une petite croûte sèche, brunâtre, semblable à l'escharre d'un cautère commençant à se détacher. Grâce au traitement antiphlogistique et émollient mis en usage et à la position élevée donnée au membre, la suppuration fut évitée et la résolution obtenue au bout de douze jours.

La rétraction du biceps et la roideur de l'articulation du coude peuvent survenir quelquefois très-rapidement à la suite de ces phlegmons du bras.

Un artilleur, ayant reçu une contusion à la partie interne et inférieure du bras gauche, eut, dans toute la hauteur de cette région, un phlegmon qui se termina par suppuration et fut ouvert en deux endroits. Les foyers demandèrent un peu de temps pour se déterger, et ne furent complétement cicatrisés que cinq semaines après le début de l'affection. Mais déjà il y avait une forte rétraction du biceps et une roideur du coude telle, qu'on dut employer l'appareil mécanique pour rendre peu à peu à cette articulation son mouvement d'extension normal : ce qui ne fut obtenu qu'après trois semaines.

Abcès des parois abdominales en avant du canal inguinal. — S., soldat du 13e de ligne, — bonne constitution. — Début de l'abcès un mois auparavavant sans cause appréciable, tumeur phlegmoneuse, de la grosseur d'un œuf, avec rougeur de la peau, fluctuation superficielle, etc., située dans la partie supérieure et externe de la région inguinale gauche, précisément au-dessus de l'ouverture abdominale du canal inguinal, ne recevant pas l'impulsion de la toux, non réductible, enfin n'ayant aucune communication avec l'intérieur du canal inguinal, dans lequel le doigt peut être introduit librement en refoulant la peau au-dessous de l'abcès. Incision avec le bistouri. — Guérison dix jours après.

La singularité du siége de cet abcès offre quelque intérêt au point de vue du diagnostic clinique.

Abcès phlegmoneux idiopathique dans la fosse iliaque droite.—G., soldat du 59e de ligne, — constitution vigoureuse, — jamais aucune douleur dans les reins, la fosse iliaque ou dans la cuisse, — aucun signe de lésion du côté de l'intestin. — Début du phlegmon dix jours après, sans cause appréciable. — Tumeur phlegmoneuse au milieu et au-dessus du côté droit, avec rougeur de la peau, etc., paraissant superficielle et développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale antérieure. — Ouverture avec le bistouri, écoulement d'une grande quantité de pus franchement phlegmoneux. Mais on constate qu'il vient de l'intérieur de la fosse iliaque, dans laquelle une sonde de femme peut être enfoncée de toute sa longueur sans rien découvrir. — Injections émollientes, — suppuration abondante conservant toujours le caractère phlegmoneux. — Quatre mois après, aucun symptôme ne s'est révélé dans les régions voisines ; on remarque seulement un peu de diminution dans l'abondance de la suppuration, mais sans travail de cicatrisation manifeste.

Abcès sanguin à la cuisse. — Un artilleur du 17e régiment, d'une bonne constitution, présentait, lors de son entrée au Val-de-Grâce, à la partie antéro-interne et inférieure de la cuisse gauche, immédiatement au-dessus de la capsule synoviale du genou, une tumeur phlegmoneuse de la grosseur du poing, manifestement fluctuante, survenue, au dire du malade, sans contusion. Cependant une incision ayant été pratiquée, il s'en écoula un liquide rougeâtre, formé de sang décomposé et mêlé de pus. — Du reste, ce foyer tout à fait superficiel se détergea rapidement et fut bientôt cicatrisé.

Les caractères du liquide renfermé dans cette collection font penser qu'il s'agissait, dans ce cas, d'un de ces abcès que M. le professeur Larrey appelle traumatiques, parce qu'ils se forment aux dépens d'une collection sanguine produite par une contusion antérieure.

B. *Abcès froids.* — Ces sortes d'abcès sont communs dans les hôpitaux militaires ; on les y rencontre presque en aussi grand nombre que les abcès phlegmoneux ; mais la plupart sont symptomatiques d'une altération des os ou du périoste, et doivent être rapportés à ces dernières affections.

Parmi les abcès froids idiopathiques, nous citerons le suivant, parce qu'il occupait une région où il n'est pas habituel de le rencontrer.

Un soldat du 13e de ligne entra au Val-de-Grâce pour un abcès froid situé dans la région de la nuque, sur la ligne médiane, à la partie supérieure, précisément dans la dépression qui à l'état normal se remarque au-dessous de la protubérance occipitale. Cette collection purulente, de la grosseur d'un œuf, sans changement de couleur à la peau, sous-cutanée, non dépressible, s'était developpée progressivement depuis trois ou quatre mois, sans cause connue. — Une incision en fait sortir un pus un peu séreux, mais sans grumeaux ; la cicatrisation eut lieu promptement et sans accident.

C. *Phlegmon diffus.* — Le phlegmon diffus s'est montré deux fois avec tous ses caractères et dans toute sa gravité, l'un à l'avant-bras, l'autre à la jambe. Le premier est arrivé à la guérison après une longue suppuration qui avait dénudé en grande partie les muscles de la région antérieure, mais en laissant le membre déformé et à peu près incapable de reprendre jamais ses fonctions. Quant au second, qui s'est terminé par la mort, il doit être rapporté avec détails à cause de son début, de la manifestation et de l'évolution rapide de ses symptômes.

Contusion de la jambe par un coup de pied de cheval. — Fracture de la partie supérieure du tibia. — Phlegmon diffus profond. — Mort rapide. — Un conducteur du 17e régiment d'artillerie, N. B., reçoit à la face antérieure et interne de la jambe droite, au niveau du tiers supérieur, un violent coup de pied de cheval. Il en résulte une contusion sans plaie, mais seulement avec écorchure de la peau, douleur, impossibilité de marcher.

Pendant les trois premiers jours, tuméfaction et ecchymose limitées. La fracture du tibia, ne s'accompagnant pas de déplacement des fragments, n'est pas reconnue.

Le quatrième jour, début des accidents inflammatoires, avec fièvre, etc.

Le cinquième jour, ceux-ci se développent avec une grande intensité. Le blessé est envoyé au Val-de-Grâce.

Le sixième jour, gonflement énorme de toute la circonférence de la jambe depuis le genou jusqu'au tarse. Coloration rouge, plus foncée par plaques, violacée, livide, de la peau qui est fortement tendue. Œdème du tissu cellulaire sous-cutané, et empâtement profond, — pas de fluctuation en aucun point ; — symptômes généraux graves ; fièvre, langue sèche, constipation, altération de la face, prostration, — affaissement des facultés intellectuelles, sans délire proprement dit. — Nombreuses scarifications faites à la peau avec un rasoir dans toute la hauteur de la jambe, fomentations émollientes, position élevée du membre sur un coussin, saignée générale, lavement purgatif.

Le septième jour, aggravation des symptômes généraux, — délire, — adynamie profonde, teinte terreuse, — pouls filiforme, fréquent. — Les symptômes locaux ont plutôt augmenté que diminué. Certaines plaques violacées de la peau deviennent plus foncées encore, et semblent sous l'imminence de la gangrène ; cependant la chaleur et la sensibilité sont partout conservées. — M. Larrey pratique de nombreuses et longues incisions à la peau, le long de la jambe ; il s'écoule du sang et de la sérosité roussâtre, mais pas de pus.

Huitième jour, même état, un peu moins de tension des téguments.

Neuvième jour, pas de suppuration par les incisions, toujours même empâtement profond, — les plaques noirâtres de la peau se couvrent de phlyctènes.

Dixième jour, mort.

L'autopsie permet de voir : 1° le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sérosité et de pus, mais sans foyer et sans mortification ; 2° l'aponévrose fortement tendue et perforée par ulcération en cinq ou six endroits, principalement autour du tendon d'Achille ; 3° au-dessous, un vaste phlegmon diffus profond, avec mortification par lambeaux du tissu cellulaire, occupant tous les espaces intermusculaires sans exception ; — fusées purulentes le long des vaisseaux et dans la gaîne des muscles et des tendons jusque sur le tarse et dans la plante du pied, le long des péroniers, du jambier postérieur, etc. ; 4° une fracture du tibia au quart supérieur, à peu près transversale, mais avec une forte esquille triangulaire formée aux dépens de la face postérieure ; 5° une forte contusion du périoste à la face interne et postérieure de l'os ; — dénudation des bords de la fracture dans une hauteur de deux centimètres ; — attrition des muscles et du ligament interosseux au niveau de la fracture ; 6° épanchement purulent dans l'articulation du genou, — les autres articulations sont saines ainsi que les viscères. Aucune trace de phlébite ni dans les veines profondes, ni dans les veines saphènes externe et interne.

Ainsi donc, la violence de la contusion du périoste et des muscles au niveau de la fracture a déterminé des accidents inflammatoires d'une intensité telle, que la suppuration s'en est suivie dans le foyer de la fracture, puis a fusé en avant et en arrière dans les gaînes profondes de tous les muscles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement des scrofules chez les enfants par les eaux de Pougues.

Par le docteur DE CROZANT, *médecin inspecteur de ces eaux.*

[Rapport au ministre de l'agriculture et du commerce.]

(Suite et fin. — Voir les nos 122 et 123.)

OBS. IX. — *Tumeur blanche. — Ulcères.* — Jeanne Moreau, de l'hospice de Nevers, habitait antérieurement Bavaux (Nièvre), seize ans; réglée depuis un an. Son mal a commencé, dit-elle, il y a trois ans, par un bouton sur le cou-de-pied; son sabot, en portant sur la plaie, l'a irritée; son pied est devenu enflé, puis la jambe. Des plaies se sont ouvertes à différents endroits, et se sont toujours agrandies. Elle est restée deux ans sans traitement, et n'est entrée à l'hospice de Nevers que quand elle ne pouvait plus se tenir debout et gagner sa vie. A Nevers, elle a pris les préparations d'iode et les amers, et le mal a toujours progressé.

L'état général est assez bon; elle a assez bon appétit, et digère bien. La poitrine est en bon état; rien au cœur. Les règles sont régulières. Elle porte à la face une pustule d'ecthyma; au-dessous de la clavicule, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. La jambe et le pied gauche sont sains.

A droite, tout le pied est gonflé, mais surtout au niveau de l'articulation; les malléoles sont complétement cachées par l'enflure; la peau n'est rouge qu'autour des deux ulcérations placées l'une sur le cou-de-pied, l'autre au-dessous de la malléole interne, et communiquant entre elles par un trajet fistuleux. Le malade souffre beaucoup de ce pied, les mouvements en sont à peu près impossibles; elle y éprouve une douleur continue qu'elle ne peut spécifier; pas d'élancements; les deux plaies sont superficielles; la jambe, dans ses deux tiers inférieurs, a doublé de volume; la peau est tendue, lisse et rouge comme dans un érysipèle phlegmoneux; la pression du doigt, qui n'est pas douloureuse, blanchit momentanément la peau, et donne la sensation d'un liquide sous-cutané. Cette sensation trompeuse a porté à lui faire une incision inutile. La malade n'accuse aucune douleur dans la jambe, qui est couverte d'ulcères de haut en bas, au nombre de douze. Ces ulcérations, dont quelques-unes ont trois et quatre centimètres de diamètre, sécrètent un pus sanieux; elles sont blafardes et entourée de peau décollée, à une profondeur telle, que si j'eusse excisé immédiatement tout ce qui devait l'être, j'aurais certainement enlevé la moitié de la jambe. Comme celles du pied, les ulcérations sont superficielles, et les parties profondes paraissent saines.

Malgré le peu d'espoir que j'avais de guérir cette malade, je la gardai et la soumis au traitement commun, lui recommandant, après qu'elle aurait reçu sa douche sur le pied et la jambe, d'injecter de l'eau dans tous les trajets fistuleux. Elle prit six verres d'eau tous les jours, deux douches froides, et tous les huit jours une purgation.

A la fin de la saison, l'amélioration était telle, qu'on pouvait espérer une guérison pour l'année suivante. Le gonflement de la jambe avait diminué de moitié, quelques ulcères étaient cicatrisés. Les mouvements du pied étaient peu douloureux; la malade marchait sans béquille.

L'année suivante, les ulcérations étaient cicatrisées. L'articulation du pied n'était pas plus grosse que l'autre. La guérison est complète. J. Moreau est restée à l'hospice comme domestique.

OBS. X. — *Carie du calcanéum. — Ulcères. — Adénite.* — Antoinette Briar, de l'hospice qu'elle habite depuis trois ans, antérieurement à Decize.

Agée de dix ans, de parents inconnus, pas des renseignements sur son enfance, ni sur le commencement de sa maladie. Depuis qu'elle est à Nevers, on l'a toujours vue à peu près aussi malade qu'elle est, mais c'est depuis un an que son pied est aussi profondément atteint qu'il l'est actuellement. Cette enfant est d'une faible constitution, malade depuis très-longtemps, a fait à l'hôpital plusieurs traitements qu'elle a été obligée de suspendre; elle est très-chétive, mange peu et digère mal; souvent de la diarrhée. Rien à la poitrine. Elle porte, sous la clavicule droite, une tumeur assez dure, grosse comme un œuf de poule; sous le maxillaire inférieur gauche, une ulcération de la largeur d'une pièce d'un franc.

L'articulation tibio-tarsienne droite est presque double de celle de la jambe gauche. La peau est tendue et rosée, le toucher est douloureux; le pied est complétement tourné en dehors; la malade marchant presque sur la malléole interne, le pied n'exécute de lui-même aucun mouvement, probablement à cause de la douleur vive qui en résulte. En prenant le pied avec la main, je le replace dans la position normale et lui fais exécuter tous les mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction, pas aussi étendus qu'ils devraient l'être, et non sans provoquer de vives douleurs. En l'absence de tout mouvement, le pied est profondément et continuellement douloureux, surtout à la partie extérieure. De ce côté, et un peu au-dessous du niveau de la malléole, se trouvent trois ouvertures fistuleuses, d'eux d'entre elles sont peu profondes. Le stylet pénètre à un ou deux centimètres dans des tissus ramollis, saignant au moindre contact, et très-abondamment. Ces hémorrhagies se reproduisent souvent sans cause extérieure, plusieurs fois elles ont menacé la vie de cette enfant, et malgré le triste état général, l'amputation devenait obligatoire. La troisième fistule, située au-dessus de ces deux premières, pénètre à trois centimètres, perpendiculairement, et arrive en traversant des tissus mous et saignants sur le calcanéum, qui est rugueux et résistant; on ne sent point de parties mobiles.

Pendant la première saison (1847), la malade n'obtint pas grand soulagement, elle venait difficilement à la fontaine, où il fallait presque toujours la porter, elle craignait les douches sur son pied malade, qui était extrêmement sensible, et je n'osais insister sur un moyen douloureux dont je ne connaissais pas encore toute la valeur, et pour un cas dont la gravité me paraissait au-dessus des soins médicaux. Cependant il y a eu de l'amélioration dans l'état général, la malade prit de la force, le pied lui-même semblait un peu mieux; les hémorrhagies n'avaient pas reparu, pendant l'hiver ce mieux se soutint.

L'année suivante (1848), le traitement fut complet et régulier; au milieu de la saison, je constatai une diminution notable dans le gonflement du pied, je redressai le pied avec des attelles, et je continuai les douches froides. A la fin de la saison de 1848, le pied était complétement redressé, les mouvements peu douloureux. L'articulation tibio-tarsienne n'était presque plus enflée; les trois fistules existaient toujours en septembre; il sortit par la partie supérieure une petite esquille ronde, grosse comme un pois; les glandes sous-claviculaires et sous-maxillaires avaient disparu. Pendant l'hiver, on continua les douches froides et l'usage de l'eau de Pougues.

En 1849, pendant cette saison, nous obtenons une guérison complète, la cicatrisation des trois fistules qui étaient restées ouvertes malgré la guérison de la tumeur blanche. Le pied malade était exactement semblable à l'autre, sauf à la place des anciennes plaies où la peau était fine et brune. Pendant l'hiver de 1849-1850, cette peau s'est déchirée trois fois, et les plaies ont suppuré pendant quelque temps, puis elles se sont fermées pour toujours, et, depuis cette époque, il n'y a eu aucune récidive. Cette jeune fille est revenue, en 1850, passer la belle saison à Pougues, pour consolider sa cure remarquable.

OBS. XIV. — *Dyspepsie. — Adénite.* — Jeanne Syrot, de l'hospice de Nevers depuis trois ans, antérieurement à Montigny. Agée de douze ans, de parents inconnus; d'un tempérament lymphatique. Ses antécédents ne sont connus que depuis qu'elle habite l'hospice, où elle est rentrée pour une affection de l'estomac. Elle ne mangeait pas, se plaignait de chaleur et de maux de l'estomac. On ne remarqua pas alors si elle avait des glandes; elle toussait beacoup sans cracher; elle fit peu de traitement. Au bout de peu de temps, on s'aperçut qu'elle avait sous une des clavicules deux tumeurs grosses chacune comme une noix, elle commença, à plusieurs reprises, un traitement iodé qu'elle fut obligée de suspendre à cause du mauvais état de l'estomac. A son arrivée à Pougues, elle souffrait de l'estomac continuellement, se plaignait surtout d'aigreurs, et, après avoir mangé, d'une sensation brûlante partant du creux épigastrique et montant jusqu'à la gorge; elle vomissait quelquefois des eaux claires très-acides, l'appétit est à peu près nul; la langue un peu saburrale; constipation habituelle; petite

toux sèche; cependant la respiration se fait bien partout, et la sonorité de la poitrine est parfaitement normale. Rien au cœur.

Traitement : Quatre verres d'eau; un gramme de rhubarbe et un gramme de magnésie calcinée une heure avant le premier repas, pendant huit jours. De l'eau de Pougues pour boisson au repas. Un bain tiède tous les jours. Au bout de deux semaines, le pyrosis et l'inappétence avaient disparu; il ne restait plus qu'un peu de gastralgie. Je remplaçai les bains par des douches froides. Je suspendis la rhubarbe et continuai le traitement jusqu'à la fin de la saison, au mois de septembre. A cette époque, les tumeurs étaient complétement fondues. L'estomac fonctionnait très-bien. L'état général très-satisfaisant. On la garda l'hiver pour se bien assurer de la solidité de la guérison, et, au printemps suivant, il n'y avait eu aucune récidive; elle fut placée comme domestique près de Nevers.

Obs. XXIV. — *Glandes ulcérées.* — Annette P..., de Moulin-Engilbert, n'est à l'hospice que depuis un mois; elle y est entrée pour venir se faire traiter à Pougues avec les malades de l'hospice. Agée de trente ans, née de parents bien portants, non mariée; elle s'est toujours assez bien portée, quoique peu forte de constitution, elle est malade depuis trois ans. Les digestions sont devenues mauvaises; l'appétit presque nul; les règles, qui jusqu'alors avaient paru régulièrement tous les mois, ont cessé complétement de couler; outre ses maux d'estomac, elle s'est plainte de palpitations, de douleur de tête; lassitude constante, etc. Depuis un an et demi, des glandes se sont montrées au cou; elles ont peu à peu augmenté en nombre et en grosseur, de manière à former, sous l'angle de la mâchoire inférieure gauche et s'étendant à la région cervicale, une masse indurée ayant dix centimètres de long sur cinq de large; la peau est décollée dans presque toute cette étendue, et plusieurs ulcérations, qui sécrètent assez abondamment depuis six mois, n'ont point diminué le volume de cette masse indurée. Elle a été traitée successivement par les ferrugineux, les préparations iodées, les amers, la fougère, et une foule de remèdes secrets. A son arrivée à Pougues, je constate une chloro-anémie prononcée : palpitations, aménorrhée, flueurs blanches, maux de tête, décoloration des muqueuses, de la dyspepsie gastralgique, du bruit de souffle dans les deux carotides. Les bruits du cœur sont normaux, ainsi que celui de la respiration. Je n'hésitai pas à promettre la guérison de cette affection scrofuleuse, dépendante d'une manière si évidente du désordre des voies digestives. Après avoir excisé le pourtour des quatre ulcérations, je soumis la malade au traitement commun : douches, immersions froides, six verres d'eau par jour. Purgation hebdomadaire. Au bout d'un mois, la chlorose était guérie, et les plaies cicatrisées. Au commencement d'août, les règles qui n'avaient pas coulé depuis trois ans reparurent, et, à la fin de la saison, l'engorgement scrofuleux du cou était presque complétement résolu. L'année suivante, quand je revis cette malade, elle était parfaitement guérie. (*Union médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 *octobre* 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Nord en 1856. (Comm. des épidémies.)

Rapport de M. le docteur Champmas, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Barèges, sur les malades qui ont fait usage des eaux minérales de cette localité pendant l'année 1856. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Mémoire sur une épidémie de petite vérole à Alby, et les heureux effets de la revaccination, par M. le docteur Lalagade. (Comm. de vaccine.)

Mémoire de M. le docteur Semanas, de Lyon, ayant pour titre : *Doctrine pathogénique fondée sur le digénisme phlegmasi-toxique et ses composés morbides.* (Comm. MM. Collineau et Piorry.)

Lettre de M. le docteur Boinet relative au sirop iodo-tannique. « Cette préparation pharmaceutique n'a pas, dit l'auteur de cette lettre, le caractère de la nouveauté qu'on voulait bien lui accorder; cette innovation remonte à 1851 et appartient à M. Debeauque, pharmacien à Anvers, et, depuis cette époque, M. Boinet l'a employée bien souvent et généralisée à tous les sirops qui contiennent du tannin. L'iode ou la teinture d'iode, administrés de cette manière, ne sont plus irritants, sont solubles et n'ont plus les mêmes inconvénients que lorsqu'ils sont administrés sous la forme de teinture dans une potion quelconque. »

Mémoire sur une nouvelle théorie de la nature de la coqueluche, par M. le docteur Trientaphilli. (Comm. MM. Blache et Beau.)

Lettre de M. J. Paschkewitsch, vétérinaire à Saint-Pétersbourg, qui fait hommage à l'Académie d'une notice imprimée sur la maladie pestilentielle des bêtes à corne. (Comm. MM. Renault et Bouvier.)

M. le Président rend compte de la cérémonie d'inauguration de la statue d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, à Etampes, le 11 octobre 1857. Une députation de l'Académie, composée de M. le président, M. le secrétaire perpétuel, et de MM. Blache et Larrey, a assisté à cette solennité. M. le président donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie.

RAPPORT SUR LES ÉPIDÉMIES.

M. Trousseau donne lecture du rapport général sur les épidémies pour l'année 1856; les propositions de la commission des épidémies relatives aux récompenses à décerner seront discutées en comité secret.

M. Villermé fait observer, à l'occasion d'un passage du rapport de M. Trousseau, que les inondations ont des effets très-différents sur la santé publique, selon l'époque à laquelle elles se manifestent. Une inondation peut causer des maladies dans une certaine contrée, et rétablir la santé dans une autre. Je citerai à ce sujet beaucoup d'observations d'inondation dans le midi de la France, qui sont consignées dans les mémoires de l'ancienne Académie royale de médecine. En 1816, année excessivement pluvieuse, plusieurs pays, entre autres le Gard, qui sont habituellement ravagés par la fièvre intermittente, furent exempts de fièvre paludéenne, et en même temps on eut une récolte extrêmement abondante dans des pays qui souffrent ordinairement de la sécheresse. C'est en couvrant d'eau les marais, et en empêchant le desséchement trop rapide du sol, que les inondations de cette époque ont profité à la santé publique.

M. Trousseau. Deux fois, dans le courant de mon rapport, j'ai parlé des inondations et j'ai témoigné mon étonnement de ce que dans une année où les inondations ont eu lieu deux fois et où il y a eu une cherté extrême des vivres, la santé publique se soit maintenue dans d'aussi bonnes conditions. Lorsque les inondations s'effectuent au mois d'octobre, au commencement de l'hiver, c'est là un état presque normal, d'où il ne résulte ordinairement aucun péril. Mais il n'en est plus de même lorsque les inondations se produisent au contraire aux mois de mai ou de juin ; elles entraînent alors à leur suite de graves épidémies palustres ou dysentériques. En 1856, les premières inondations ont eu lieu en mai et se sont continuées en juin, et aujourd'hui encore, après seize mois, le long des rives de la Loire, les murs sont imprégnés d'humidité. Cependant, dans le val de la Loire, si exposé d'habitude aux fièvres intermittentes, il y en a eu moins en 1856 que les autres années, tandis que cette année, où le fleuve n'a pas débordé depuis le mois d'avril, il y a eu immensément de fièvres intermittentes. L'année 1856, malgré les inondations et la cherté des subsistances, a été salubre par toute la France. C'est un fait que je me borne à constater sans pouvoir en donner l'explication.

RAPPORT SUR LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

M. Guérard, au nom d'une commission composée de MM. Michel Lévy, Bégin, Adelon, Beau, Roche et Guérard, donne lecture d'un rapport officiel sur la statistique des causes de décès.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce a adressé à l'Académie une série de questions, afin de réaliser pour la France le vœu

exprimé par le congrès international de statistique dans ses deux sessions de 1853 et de 1855, à savoir qu'il fût procédé dans tous les pays à l'enregistrement régulier et officiel des causes de décès.

La commission propose de répondre :

1° Dans l'état actuel de la science, en France, une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire une statistique complète, n'est pas possible.

Mais les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées.

2° Dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, il est impossible de préparer une classification qui, par sa clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France, et ne laisser aucun doute dans leur esprit sur la nature de ces maladies.

Il est plus sûr de laisser chaque médecin libre d'employer, dans la rédaction des bulletins des causes des décès, les dénominations scientifiques qui lui sont familières.

Mais alors il sera rédigé une liste de synonymie destinée à établir l'uniformité dans les bulletins, et la rédaction de cette liste sera soumise à l'approbation de l'Académie.

3° Il n'est donc pas nécessaire, d'après ce qui vient d'être dit, d'établir immédiatement une classification de toutes les maladies qui peuvent amener la mort.

Ce qui n'empêche pas de procéder, dès à présent, à l'enregistrement de toutes les causes de mort sans exception.

4° Ce service d'enregistrement des causes de décès devra être établi simultanément dans toutes les communes.

5° Il serait rendu beaucoup plus facile par la généralisation de l'institution de médecins vérificateurs des décès.

6° Une loi devra être proposée pour rendre obligatoire la délivrance par le médecin, à chaque décès, du *bulletin indicateur*.

En attendant la promulgation de cette loi, une circulaire émanée de l'Académie sera adressée, dans le même but et par les soins de l'administration, à tous les membres du corps médical.

7° Tous les bulletins seront rédigés ouvertement et dans les mêmes conditions que ceux des registres mortuaires de l'état civil.

Mais quand le médecin croira compromettant pour l'honneur et le repos de la famille du décédé de livrer à la publicité le secret de la cause de la mort, il rédigera deux bulletins, l'un *fictif*, destiné à être connu de tous, l'autre *secret*, portant un numéro d'ordre reproduisant le bulletin fictif et contenant les corrections nécessaires. Ce dernier bulletin sera envoyé directement à l'administration centrale suivant une forme déterminée à l'avance.

Dans aucun cas, le nom du défunt ne sera inscrit sur le bulletin nosologique. Enfin l'envoi des bulletins sera annuel.

8° Le bulletin devra être aussi complet que possible, c'est-à-dire qu'il contiendra tous les documents ressortissant à la statistique.

A cet effet, il sera utile de rédiger un modèle de bulletin, que les médecins n'auront plus qu'à remplir.

9° Des encouragements consistant en médailles et mentions honorables pourront être accordés aux médecins qui montreront le plus de zèle dans l'accomplissement de la nouvelle mission dont ils vont être chargés.

Après quelques explications échangées entre MM. Moreau, Adelon, Michel Lévy, Guérard et Dubois (d'Amiens), la discussion des conclusions de ce rapport est renvoyée à la prochaine séance.

PRÉSENTATION.

M. Ferdinand Martin présente à l'Académie une nouvelle main mécanique qui a, sur les mains artificielles proposées jusqu'ici, l'avantage de pouvoir exécuter des mouvement de pronation et de supination.

La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 octobre 1857.

Présidence de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Physique. — Note sur la décomposition de quelques sels, et en particulier des sels de plomb sous l'action d'un courant voltaïque, par M. Despretz.

Helminthologie. — M. Valenciennes communique le fait suivant :

« J'ai l'honneur de faire connaître à l'Académie un cas pathologique, fort rare chez le mouton : c'est l'existence d'un cœnure dans la moelle épinière. L'helminthe avait creusé son nid dans le cordon médullaire gauche, à la hauteur de la troisième vertèbre lombaire. La moelle était renflée, et un peu déviée à droite, à cet endroit. En enlevant son enveloppe fibreuse, il n'a pas été difficile, en écartant ses filets nerveux, de mettre à découvert la poche du cœnure.

« Elle est allongée, fusiforme et pointue aux deux extrémités. Elle a 3 centimètres de long et 11 millimètres dans sa plus grande largeur.

« Cette jeune agnelle avait, en outre, un cœnure cérébral ordinaire, helminthe très-commun dans les moutons. L'animal penchait la tête à gauche, le ver étant dans l'hémisphère gauche. Il me paraît d'ailleurs utile de signaler cette particularité que les moutons tournent toujours du côté où ils ont le cœnure ; ainsi, ils portent la tête et le corps à gauche si l'hémisphère gauche est le siége du parasite, et à droite s'il est développé dans le côté droit de l'encéphale.

« Je suis heureux de pouvoir ajouter ici les observations suivantes que je reçois à l'instant même de M. Delafond :

« J'ai conservé pendant quatre à cinq mois la jeune agnelle, reçue au « mois d'avril. Elle traînait la jambe postérieure gauche, qui était pres« que entièrement paralysée ; elle marchait parfaitement sur la droite. « Cette paralysie du membre gauche a persisté constamment. Elle s'é« tait cependant un peu améliorée en juillet et août. L'agnelle pouvait « même s'appuyer sur son membre et marcher avec assez de facilité. « Dans le courant d'août, la paralysie est revenue tellement prononcée, « que l'animal ne marchait plus qu'en s'appuyant sur la cuisse droite. « Dans les premiers jours de septembre, la brebis est tombée à terre ; « elle a été nourrie sur la litière pendant dix à douze jours. Elle s'est « relevée et a marché de nouveau sur le membre droit pendant quatre « à cinq jours, le gauche étant entièrement paralysé. Enfin, elle est « tombée, et les deux membres postérieurs se sont montrés paralysés, « le droit toujours incomplétement. L'agnelle est morte le 3 octobre, « paraissant alors paralysée des deux membres postérieurs. La dissec« tion attentive des nerfs formant le plexus lombo-sacré n'a offert au« cune particularité notable. »

« Je dois ce ver, très-rare, à l'obligeance de M. Delafond, qui a bien voulu me le donner, ainsi que la pièce pathologique, pour les collections helminthologiques du Muséum. Ce cas pathologique d'helminthologie se rencontre si rarement, que le savant professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort ne l'avait vu encore qu'une seule fois, il y a vingt ans ; il l'a montré alors à plusieurs des anatomistes de l'hospice de Charenton, et entre autres à M. le docteur Calmeil. Je rappelle ce fait pour que l'on ne croie pas que l'on aurait ici un troisième exemple. »

Autoplastie. — M. Sédillot *communique une nouvelle observation de rhinoplastie par le procédé à double lambeau de la cloison sous-nasale.* — « Le malade, compositeur d'imprimerie, âgé de vingt ans, avait été atteint, dix-huit mois auparavant, d'un lupus dont les cicatrices existaient encore sur différents points du visage, et il avait perdu toute la portion du nez située au-dessous des os nasaux. L'aspect hideux de cette difformité et la crainte de la contagion faisaient repousser ce malheureux de toutes les imprimeries où il eût pu travailler, et il était venu réclamer nos soins à la clinique de la Faculté de médecine, en déclarant qu'il était à bout de ressources, et que si nous ne le guérissions pas, il n'avait plus qu'à mourir.

« Nous l'opérâmes le 19 mai 1857, et nous le fîmes photographier

vers la fin du mois de juillet suivant. L'épreuve que nous mettons sous les yeux de l'Académie permettra d'apprécier les résultats obtenus, en montrant une deuxième fois les avantages du double lambeau de la cloison sous-nasale.

« La conservation du pédicule du lambeau frontal prévient l'affaissement et le glissement du nouveau nez, et l'adossement des lambeaux empruntés au front et à la lèvre supérieure donne à l'extrémité libre du nez une résistance et une saillie qui en conservent les formes.

« On ne saurait établir de légitime parallèle entre la rhinoplastie et les nez artificiels supportés par des lunettes auxquelles plusieurs personnes n'ont pas craint d'accorder la préférence. Comment méconnaître l'impossibilité, pour des ouvriers ou de jeunes militaires, de vivre parmi leurs égaux, avec un nez artificiel qui sera enlevé, caché, écrasé ou lacéré à la moindre dispute, ou même par le seul entraînement de plaisanteries odieuses et brutales. La rhinoplastie nous paraît donc une véritable nécessité, et la chirurgie doit s'efforcer de la rendre innocente et efficace par la simplicité et la précision de ses procédés. Les dangers en ont été fort exagérés, et avec la précaution de ne pas tenter la réunion immédiate de la plaie frontale, de conserver le pédicule du lambeau, de ne pas contondre les surfaces traumatiques et d'éviter la tension des téguments, on prévient facilement tous les accidents. Quant à la régularité des formes, on peut certainement obtenir des restaurations assez parfaites pour expliquer l'enthousiaste admiration des Bolonais envers Tagliacozzi, et s'il est vrai que les rhinoplasties complètes réussissent mieux par la méthode indienne, nous sommes disposé à rendre plus de justice à la méthode italienne pour les rhinoplasties partielles. Le principal, si ce n'est le seul obstacle à l'adoption de cette méthode, était l'extrême difficulté de fixer le bras et la tête, et de les maintenir juxtaposés dans des rapports invariables. Notre bandage céphalique pour les plaies du cou, joint au bandage amidonné du bras et de l'avant-bras, nous a permis d'obtenir une immobilité absolue, et la greffe des lambeaux est devenue facile et certaine. Nos observations à ce sujet ne nous semblent pas sans importance, et nous aurons l'honneur d'en faire auprès de l'Académie l'objet d'une communication spéciale. »

Physiologie. — M. Brown-Séquardt communique la première partie d'un mémoire sur les *lois de l'irritabilité musculaire, de la rigidité cadavérique et de la putréfaction.* Nous publierons une longue analyse de cet important travail, sinon tout le travail, quand M. Brown-Séquardt en aura achevé la lecture.

Physiologie végétale. — M. Trécul donne lecture de la seconde partie de son mémoire sur la circulation des plantes; l'impossibilité d'analyser ce travail rempli de détails techniques nous oblige à nous borner à une simple mention.

Mouvements du cœur. — M. James Paget adresse sur la *cause des mouvements rhythmiques du cœur* un long mémoire qui se termine par les conclusions suivantes :

« 1° Les actions rhythmiques, soit des centres nerveux, soit des parois contractiles du cœur chez les invertébrés, semblent dues à ce que leur nutrition s'opère d'une manière rhythmique.

« 2° La substance musculaire du cœur des vertébrés, en admettant qu'elle soit gouvernée dans ses actions rhythmiques par des centres nerveux spéciaux, a une nutrition rhythmique qui lui est propre, qui correspond et qui est coordonnée avec celle de ces centres. Les altérations des tissus musculaire et nerveux du cœur pendant l'action se réparent pendant le repos.

« 3° La nutrition rhythmique est un mode de nutrition en harmonie avec les lois générales de la vie organique. En effet : 1° un nombre très-considérable de phénomènes organiques sont composés ou d'actions et de repos alternatifs à temps réguliers, ou d'actions opposées se succédant l'une à l'autre, c'est-à-dire rhythmiques à courtes ou à longues périodes ; 2° tous les phénomènes organiques sont pour ainsi dire chronométrés, c'est-à-dire soumis à des lois de périodicité, et ils ne sont influencés par les circonstances extérieures que comme le sont les conditions de poids, de dimensions, de forme et de composition. »

Pathologie générale. — M. Sémanas, de Lyon, adresse un mémoire ayant pour titre : « *Doctrine pathogénique, fondée sur le digénisme phlegmasi-toxique et ses composés morbides.* »

Anesthésie. — M. Buisson adresse, disent les *comptes rendus*, des *Réflexions sur la pratique de l'anesthésie pour les opérations chirurgicales.*

Traitement de la rage. — M. Ch. Laurent adresse une lettre dont les *comptes rendus* donnent l'extrait suivant :

« La lecture du *compte rendu* de l'une des dernières séances de l'Académie au sujet de la *cetonia aurata,* comme ayant la propriété de neutraliser le virus rabique, vient donner une certaine importance à un récit de même nature que j'ai recueilli dans un récent voyage en Grèce. Le monastère Phaneromène, non loin d'Eleusis, jouit dans tout l'Orient d'une grande réputation pour un remède contre la rage. Ce remède serait composé d'un insecte, le *mylabris bimaculata,* pilé avec une plante de la famille des asclépiadées cynoctonées, le *cynanchum excelsum,* sur lequel cet insecte vivrait.

« J'ai pu me procurer sur place l'insecte en question, mais non la plante; je ne doute pas que, s'il en était besoin, le pharmacien de S. M. le roi de Grèce ne mît à la disposition de l'Académie un certain nombre de ces insectes et de cette plante. Il pourrait en outre donner des renseignements complets ou à peu près sur la préparation de ce médicament. »

VARIÉTÉS.

Rappel d'un prix proposé par la Société médicale du dixième arrondissement pour l'année 1858.

Art. 1er. — La Société médicale du dixième arrondissement propose, pour être décerné en 1858, un prix de 300 (trois cents) francs.

Art. 2. — Le choix des sujets afférents à la médecine et à la chirurgie est laissé à la disposition des compétiteurs.

Art. 3.—Les mémoires manuscrits et imprimés, et les thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris, seront admis au concours, pourvu qu'ils n'aient pas encore remporté de prix et que les ouvrages imprimés n'aient pas plus de deux années de date au 1er octobre 1857.

Art. 4. — Les travaux devront être déposés au secrétariat de la Société, à la mairie du dixième arrondissement, avant le 31 décembre 1857. Le prix sera décerné dans la séance d'avril 1858.

Art. 5. — Le rapport ou l'extrait du rapport fait par la commission d'examen pourra être publié dans le journal de médecine qui est l'organe officiel des travaux de la Société.

Le secrétaire général de la Société,
Dr Ch. Clairin.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Eléments de médecine clinique, par le docteur A. Trumet de Fontarce, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Paris, 1857, 2 volumes in-8° de chacun 800 pages. — Prix : 14 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Études d'hygiène militaire. — *Des habitudes dans l'armée; conseils aux militaires et aux jeunes gens;* par le docteur Vincent, médecin au 7e chasseurs. 1 volume in-8°.

Paris, 1857, chez Leclerc, libraire, rue de l'Ecole de médecine, 14.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine, par le docteur Dolbeau, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc. — Brochure in-8° de 30 pages. — Prix : 1 fr.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 125. 5e ANNÉE. Samedi, 17 octobre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

SOMMAIRE. — **Travaux originaux.** — *Médecine clinique.* De la fièvre jaune, à propos de l'épidémie qui a régné à Saint-Pierre-Martinique pendant les années 1855, 1856 et 1857, par M. le docteur CHAPUIS. — *Chirurgie clinique.* Leçons cliniques sur les maladies de la peau, par M. BAZIN. — *Revue analytique.* Des épanchements dans la tunique vaginale, métastatiques des inflammations de l'arrière-bouche, par M. le docteur Aristide VERNEUIL. — Actes officiels.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

DE LA FIÈVRE JAUNE,

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE QUI A RÉGNÉ A SAINT-PIERRE-MARTINIQUE PENDANT LES ANNÉES 1855, 1856, 1857.

Par M. le docteur CHAPUIS, chef du service de santé de la Guyane française.

« Parmi les conditions physiques de « l'existence des corps vivants, la plus « fondamentale est peut-être l'action thermologique du milieu ambiant. »
L. FLEURY, *Cours d'hygiène.*

Les années 1855, 1856 et 1857 sont destinées à former une page bien sombre dans les annales des épidémies de fièvre jaune de la Martinique, et si j'entreprends de donner quelques détails sur cette terrible maladie, ce n'est malheureusement pas encore pour établir sur des bases certaines la connaissance de sa nature ou de son traitement ; mais il me semble qu'un médecin placé en face de ce terrible fléau doit être nécessairement tourmenté du désir d'arriver à des résultats plus satisfaisants que ceux obtenus jusqu'ici, et si un jour on doit atteindre ce but, ce ne peut être qu'en réunissant, en comparant les observations faites à différentes époques : bien des faits dont nous ne tirons aujourd'hui aucune indication prendront une signification toute nouvelle et plus fructueuse, par les progrès que fait chaque jour l'art de guérir.

Je ne veux point faire une description complète de la maladie; ce serait répéter, en grande partie, ce que disent tous les auteurs qui en ont traité; je me contenterai de signaler les points qui présentent quelque chose de nouveau, ou sur lesquels on n'est pas d'accord.

Jetons d'abord un coup d'œil général sur cette dernière épidémie.

Dès le mois de juin 1855, je signalai dans mes rapports l'apparition de fièvres sévissant particulièrement sur les marins du commerce, présentant une parfaite analogie avec la fièvre jaune, et que j'avais désignées, pour ne pas prononcer ces deux mots terribles, sous le nom de fièvres inflammatoires. Cette dénomination, à laquelle je n'attache d'ailleurs aucune idée particulière, m'avait été dictée par l'aspect général, l'ensemble des symptômes que présentaient les malades.

Tous entraient à l'hôpital avec : chaleur intense, pouls assez plein, mais médiocrement fréquent, céphalalgie violente ordinairement frontale, yeux injectés, douleurs lombaires et musculaires, fatigue générale, brisement des forces; quelquefois épistaxis, agitation, anxiété; ordinairement constipation, quelquefois envie de vomir.

Cet ensemble de symptômes se montrant chez des hommes nouvellement arrivés ressemblait parfaitement au début de la fièvre jaune, et si les cas avaient été plus graves, on n'aurait pas hésité à prononcer ce diagnostic, surtout lorsque le tableau était complété par une teinte ictérique, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois. Heureusement, c'est à ce premier aspect que se bornait la ressemblance ; la marche de la maladie était simple, promptement décroissante, la terminaison toujours heureuse, et six ou huit jours suffisaient ordinairement pour rétablir la santé.

Ce ne fut que dans les trois derniers mois de l'année que la fièvre jaune éclata enfin épidémiquement avec toute sa force.

L'année 1856 commence donc au milieu de cette épidémie, qui, un moment affaiblie au mois de mars, reparaît avec une déplorable intensité au mois d'avril, et, depuis cette époque, ne cesse d'exercer d'affreux et croissants ravages sur les matelots des navires de commerce qui visitent le port. La garnison, composée de soldats déjà depuis plusieurs années dans la colonie, n'a été que faiblement atteinte et a eu peu de pertes à déplorer. Quelques cas plus graves se sont montrés sur les artilleurs et les gendarmes, que la nature de leurs occupations expose davantage aux influences atmosphériques, en même temps qu'elle les convie volontiers aux excès de boissons qu'une solde plus élevée leur permet de faire plus facilement.

Cette différence dans les conditions où se trouvent placés les hommes atteints par la maladie et les degrés qu'elle présente m'ont fait établir deux catégories de fièvre jaune : l'une pour les cas graves, l'autre pour les cas légers. Dans mes appréciations sur l'épidémie, dans les chiffres que je donne, je mets de côté les cas légers, et n'entends jamais parler que des cas graves et bien constatés.

Comme cette épidémie a atteint presque exclusivement les marins des navires de commerce, il m'a paru intéressant de rechercher quel avait été le mouvement de la population de la rade relativement au nombre des malades; j'ai relevé les chiffres pendant le courant de l'année, et je suis arrivé à ce résultat, que le rapport des marins malades à ceux qui ont passé sur rade est de plus d'un tiers, en ne comptant que les hommes traités à l'hôpital ; car on arriverait certainement à deux cin-

quièmes si on faisait entrer en ligne de compte les marins qui se sont fait soigner en ville.

L'aspect général de la maladie, pendant l'épidémie que nous venons de traverser, se rapproche en grande partie des descriptions que donnent tous les auteurs. Les différences consistent dans la plus ou moins grande fréquence, le plus ou moins d'intensité de tels ou tels symptômes. Ainsi les vomissements noirs, les hémorrhagies par toutes les voies ont été notés presque dans tous les cas: leur présence était la règle, leur absence l'exception; nous avons pu en conclure que ces accidents ne sont pas nécessairement mortels, puisque plusieurs des malades qui les ont présentés ont guéri; l'ictère s'est presque toujours montré, ainsi que la suppression des urines, la céphalalgie, les douleurs lombaires et épigastriques; les parotidites ont été fréquentes; en un mot, on peut dire que la gravité des cas est encore plus à signaler que leur nombre.

Tous les symptômes que les auteurs s'accordent à regarder comme les plus graves et le plus souvent mortels se sont montrés constamment et souvent réunis chez nos malades. Il y a un symptôme que je n'ai trouvé signalé nulle part et que j'ai bien souvent rencontré: c'est l'hyperesthésie de la peau; surtout lorsque le malade touche à ses derniers moments. J'ai vu des malades tellement impressionnables, qu'il suffisait d'effleurer du bout du doigt un point quelconque de la peau pour leur faire pousser des cris affreux. Ce phénomène me paraît digne de fixer l'attention; aussi je me propose d'y revenir plus tard.

Depuis la fin de novembre 1855 jusqu'à la fin de janvier 1857, c'est-à-dire pendant une période d'environ quatorze mois, j'ai traité à l'hôpital de Saint-Pierre 1,264 malades atteints de fièvre jaune, sur lesquels j'en ai perdu 308, c'est-à-dire un peu moins d'un quart, en ne tenant compte, ainsi que je l'ai dit, que des cas bien caractérisés.

Examinons donc, en nous aidant de l'expérience acquise antérieurement, si, de l'observation de ce grand nombre de malades attentivement et consciencieusement suivis pendant la vie, scrupuleusement interrogés dans tous les organes après la mort, soumis à des médications énergiques et variées, nous pourrons trouver quelque enseignement utile pour mieux connaître et surtout mieux traiter le plus terrible fléau que les Européens aient à redouter dans ces climats.

Nous allons passer en revue les causes, les symptômes et le traitement de la fièvre jaune, en ne nous arrêtant que sur les points que nous voulons mettre en relief, et laissant de côté ce que tout le monde sait, ce que tout le monde a répété.

Nous n'avons pas à réfuter la manière de voir des médecins qui regardent la fièvre jaune comme une inflammation; les idées de gastrite, de gastro-entérite, sont aujourd'hui tout à fait jugées. Tous les médecins qui ont observé la fièvre jaune sont à peu près d'accord pour admettre que cette maladie est produite par un miasme particulier, analogue sans doute au miasme paludéen qui engendre la fièvre intermittente, se développant sous l'influence de certaines conditions dont l'ensemble nous échappe. Il est donc peu probable qu'on découvre jamais la nature du miasme; d'un autre côté, on ne peut guère compter que sur le hasard pour nous mettre en possession du spécifique qui pourra la neutraliser; mais les conditions dans lesquelles se développe, je ne dirai pas le miasme de la fièvre jaune (peu importe ce mode d'origine), mais la fièvre jaune elle-même, nous pouvons les observer, les saisir, et par suite arriver, peut-être, sinon à guérir la fièvre jaune, du moins à nous en préserver.

En tête des conditions favorables au développement de la fièvre jaune, je n'hésite pas à placer *l'action des rayons solaires :* certainement je ne veux pas dire que l'excès seul de la chaleur produise la fièvre jaune, mais il me semble bien évident que c'est un agent nécessaire, peut-être même indispensable à son développement; seulement il faut que cette chaleur agisse sur la peau dans certaines conditions dermales particulières; sur une peau que la nature n'a pas préparée d'avance à résister comme celle du nègre, ou que le soleil n'a pas encore endurcie; en un mot sur la peau de l'Européen non acclimaté. Cette idée doit naturellement frapper en voyant l'immunité dont jouissent les nègres, immunité qui paraît trouver une explication dans la disposition de leur peau, en même temps, peut-être, que dans un état particulier du sang.

Le foyer miasmatique de la fièvre jaune paraît être sur le littoral.

Certainement plusieurs rades des Antilles, et surtout celle de Saint-Pierre, qui reçoit les immondices de toute la ville, offrent toutes les conditions favorables à la production d'un miasme, et les marins qui viennent y séjourner se trouvent plongés dans cette atmosphère miasmatique; mais c'est là aussi que se trouvent agglomérés le plus grand nombre d'hommes non acclimatés et soumis à l'action du soleil; aussi je vois dans presque toutes mes observations que la maladie s'est déclarée après une insolation ou une journée passée au soleil, soit à bord, soit à terre; à bord, il est vrai, on était au milieu du foyer d'infection, mais il n'en est pas moins certain que les hommes qui travaillaient au soleil étaient plus facilement atteints. On a pu observer également que les petits navires qui ont un faible équipage, où par conséquent les hommes travaillent davantage et n'ont souvent pas de tentes pour s'abriter, en un mot ont moins de bien-être qu'à bord des grands bâtiments, on a pu observer, dis-je, que ces petits bâtiments ont perdu proportionnellement plus d'hommes que les grands; à tel point, que l'on supposait que le mouillage des petits navires, à l'extrémité sud de la rade, était plus malsain que celui des grands navires au nord; il n'en était rien, et si la maladie était plus fréquente et plus grave, cela tenait aux causes que nous indiquons; et ce qui le prouve, c'est que les mousses, sans cesse au soleil dans les embarcations pour établir les communications avec la terre, que les seconds capitaines, toujours occupés à bord avec l'équipage dont ils partagent les travaux, ont été frappés dans une proportion bien plus considérable que les capitaines, par exemple, qui, le plus souvent, logent à terre, où leurs affaires les appellent, et n'ont que peu de relations avec le navire. Il est donc évident que, même en rade, au milieu du foyer, l'action du soleil joue un rôle important dans le développement de la fièvre jaune; mais sa part d'action est encore bien plus évidente lorsque l'insolation a lieu à terre. Il en est ainsi pour les marins, après une promenade dans les environs de la ville, par conséquent loin du foyer maritime, mais faite sans précaution, pendant les heures les plus chaudes du jour, et souvent interrompue par des libations copieuses auxquelles invite la chaleur et qui activent les fonctions de la peau et du système vasculaire hépatique. Mais il y a plus: comment faire intervenir l'action seule du miasme maritime sur les personnes qui habitent la ville, souvent fort loin du bord de la mer, dans des lieux élevés?

En autres exemples bien frappants, je puis citer celui de M. F..., trésorier à Saint-Pierre, arrivé de France depuis quelques mois, et qui fut pris d'une fièvre jaune qui l'enleva en quatre jours, immédiatement au retour d'une tournée dans l'intérieur de l'île, par conséquent dans les lieux les plus élevés et les plus sains, mais pendant laquelle M. F... s'était constamment exposé au soleil, souvent la tête nue, malgré les observations qu'on lui fit. Certainement, dans ce cas, il n'y avait pas eu absorption d'un miasme maritime, à moins d'admettre que l'absorption s'était faite peu à peu pendant les jours précédents, alors que M. F... habitait la ville; mais alors il faut encore, pour expliquer ce brusque développement de la maladie, convenir que l'insolation a été la cause déterminante.

Le père H..., professeur au grand séminaire, fut également enlevé par une fièvre jaune très-intense après des courses faites au soleil; et cependant il avait quatre ans de colonie et habitait un lieu élevé en dehors de la ville.

Enfin, je pourrais citer bon nombre de fièvres jaunes contractées ainsi sans autre cause apparente que l'action de la

chaleur, et en dehors des circonstances qui paraissent ordinairement la faire naître.

Il me paraît donc hors de doute, d'après ces observations, que la chaleur joue un rôle au moins très-important dans le développement de la fièvre jaune; nous verrons, plus tard, comment peut s'expliquer son action, lorsque nous aurons jeté un coup d'œil sur la symptomatologie.

Les symptômes qui se manifestent en premier lieu sont la chaleur et la rougeur de la peau, l'injection des conjonctives; la céphalalgie, le brisement des forces, qui se montrent en même temps, paraissent aussi dépendre de la même cause, c'est-à-dire d'un état congestif; car, disons-le de suite, l'état du pouls n'est pas en rapport avec cet appareil fébrile. C'est un état de congestion sanguine du système capillaire qu'on remarque, non-seulement à la peau, mais sur toutes les muqueuses; celui de la conjonctive est évident, et j'ai plusieurs fois constaté celui du pourtour de l'anus et de la muqueuse du pharynx, signalé par M. le docteur Blais, chirurgien général de la Guyane anglaise, qui le compare à la rougeur de la scarlatine.

Si maintenant nous suivons la marche de cette congestion, nous voyons lui succéder peu à peu tantôt une coloration jaune-paille de la peau, semblable à la teinte de la chloro-anémie, et bien différente de l'ictère produit par la suffusion bilieuse, ictère qui se montre aussi dans le cours de la fièvre jaune, mais qui a une signification bien différente de la coloration jaune-paille dont je parle, et qui tient, comme celle de la chlorose et de l'anémie, à la défibrination du sang. D'autres fois, à la congestion capillaire du début, on voit succéder les hémorrhagies par toutes les muqueuses, les ecchymoses sous-cutanées, les collections sanguines dans l'épaisseur des muscles, enfin tous les phénomènes qui annoncent la défibrination du sang et sa transsudation à travers les tissus. Nous verrons plus tard que cette congestion du système capillaire joue certainement un rôle important dans la fièvre jaune, et que c'est peut-être à elle qu'il faut attribuer l'hyperesthésie si remarquable de la peau.

Poursuivons maintenant l'exposé des autres faits que nous voulons signaler. Nous avons examiné les vomissements, et voici ce que nous avons trouvé : le liquide est toujours acide, ce qui tient évidemment aux acides du suc gastrique; saturé par une solution concentrée de potasse caustique, il devient plus limpide, les flocons noirs se dissolvent, sa teinte devient verdâtre avec un reflet rouge; lorsqu'on approche de l'éprouvette de verre qui le contient une baguette de verre trempée dans l'acide chlorhydrique, il s'en échappe des vapeurs blanches d'ammoniaque; il est probable que l'ammoniaque qu'on trouve ici vient de l'urée qui devait s'en aller par les urines et qui reste, puisque les urines sont supprimées.

Nous n'avons pu faire d'expériences suivies sur le sang tiré de la veine pendant la vie, parce que je ne saigne jamais dans la fièvre jaune; cependant la fibrine retirée d'une saignée faite au début de la maladie et dans un cas particulier, n'a pas présenté de diminution dans la quantité normale, et atteignait le chiffre fixé par MM. Andral et Gavarret pour la composition physiologique du sang; le malade pourtant a succombé assez rapidement en présentant, bien avant la mort, des pétéchies et des ecchymoses générales; la fibrine ne paraît donc pas diminuée en quantité, mais altérée dans sa qualité.

J'ai recherché sur le cadavre le sucre dans le sang des veines sur et sous-hépathiques, et j'ai contasté qu'il existe en plus petite quantité, mais à peu près en même proportion dans ces deux ordres de vaisseaux. Cette observation mérite d'être notée, car elle tendrait à prouver que le foie n'est que l'organe éliminateur du sucre contenu dans le sang, et qu'il ne le fabrique pas, puisque dans une maladie où bien évidemment les fonctions du foie sont perverties, le sang qui arrive à cet organe contient la même quantité de sucre que celui qui en sort.

En versant quelques gouttes d'acide chlorhydrique dans du sang normal, on obtient un liquide parfaitement semblable au vomissement noir.

Les urines recueillies soit pendant la vie, soit après la mort, ont été essayées par l'acide azotique et la chaleur; elles contiennent presque toujours de l'albumine, surtout quand la maladie est grave et qu'elle se prolonge.

Lorsque l'ictère se montrait vers la fin de la maladie, ce qui est souvent un signe favorable, les urines contenaient de la bile; cependant j'en ai trouvé dans quelques cas suivis de mort; généralement, quand la maladie était courte, ou qu'il n'y avait pas d'ictère, on ne trouvait ni bile ni albumine dans les urines.

L'acide acétique pur versé dans l'urine la rendait trouble; ce qui semble dénoter la présence de l'albuminose. Quelquefois l'acide azotique ne déterminait qu'une coloration rose; ce signe m'a paru favorable, on ne trouvait alors ni albumine ni bile. Très-souvent les urines étaient chargées de flocons blanchâtres qui n'étaient autre chose que des débris d'épithélium, que l'acide azotique précipitait en un magma grisâtre, abondant.

Les altérations anatomiques ont aussi été l'objet d'investigations sérieuses.

La coloration du cadavre n'est qu'une exagération de celle du malade pendant la vie; la pâleur ou l'ictère augmente, les ecchymoses, les pétéchies sont plus foncées et occupent surtout les parties déclives; au-dessous de l'épiderme on aperçoit le réseau veineux sous-cutané dessiné en lignes noires; l'épaisseur des muscles est souvent envahie par de vastes foyers sanguins; j'ai toujours trouvé la roideur cadavérique et jamais cette souplesse des membres qu'on a dit être particulière à la fièvre jaune; après quatorze ou seize heures, l'épiderme se soulève sur tout le corps, comme si on avait trempé le sujet dans l'eau bouillante, et dans les endroits ecchymosés on aperçoit alors très-bien l'extravasation du sang dans toute l'épaisseur du derme; l'estomac contient presque toujours la matière du vomissement noir; la surface de la muqueuse est couverte, par plaques, d'un piqueté rouge dans les points qui ont laissé transsuder le sang; la muqueuse de l'intestin offre le même aspect, surtout dans sa dernière portion; le foie est décoloré et prend cette teinte jaune qu'on a désignée sous le nom de foie de volaille. Les reins, que j'ai toujours examinés soigneusement, sont gorgés de sang, surtout dans les premiers jours de la maladie; si celle-ci a duré longtemps, il est fréquent d'y trouver de petits foyers sanguins ou purulents, ou du pus disséminé dans le tissu du rein, et qu'on fait sortir en pressant avec la lame du scalpel. L'importance que la maladie d'Addisson et les travaux de quelques physiologistes ont donné aux capsules surrénales a fait tourner mon attention vers ces organes; je les ai parfois trouvés granuleux, c'est-à-dire présentant, lorsqu'on les coupe, une multitude de petits grains jaunes disséminés dans l'épaisseur de la capsule; mais cette observation n'a pas été assez constante pour que j'aie pu y attacher quelque importance ni en tirer quelque indication; on ne trouve d'ailleurs ni hypertrophie ni congestion.

La marche de la fièvre jaune est variable; tantôt elle se termine rapidement, tantôt elle se prolonge, soit que le malade guérisse ou meure. J'ai vu souvent, chez des hommes présentant tous les symptômes de la fièvre jaune, un vomitif, une sueur, un changement de lieu suffire pour éloigner la maladie qui reparaissait plus tard; Pringle avait fait la même remarque pour le typhus.

Il est évident, d'après ce que nous venons de dire et d'après ce que l'on sait des autres symptômes de la fièvre jaune, qu'il y a une certaine analogie avec les phénomènes produits sur l'organisme par une température élevée.

L'influence de la chaleur sur les êtres vivants a été reconnue de tout temps; à un degré modéré elle est nécessaire à l'entretien régulier des phénomènes de la vie; mais il est facile de concevoir aussi que les extrêmes de température peuvent

amener des accidents, des états pathologiques : il en est de cela comme de tout agent nécessaire à l'existence ; un certain degré institue l'état normal ; l'excès en plus ou en moins amène la maladie. Voyons donc ce qui se passe dans l'organisme soumis à une haute température.

On a dit qu'il y avait élévation de la chaleur organique (John Davy) ; d'autres auteurs pensent que la température du corps ne s'élève pas dans la même proportion que celle du milieu ambiant ; il est certain que si cette élévation n'a pas lieu par la transmission du calorique de molécule à molécule, comme pour les corps inorganiques, il faut bien admettre que la chaleur stimule l'organisme et élève le rhythme de tous ses actes ; vient ensuite la dilatation de tous les fluides, rendue évidente par la turgescence de tous les organes ; le sang afflue dans les capillaires, il y a transpiration abondante, perte du sérum et des sels qu'il contient ; le sang alors devient plus noir, moins vivifiant ; nous savons, en effet, que le sang dépouillé des matières salines est toujours noir ; l'influence des sels neutres sur l'artérialisation du sang a été signalée par M. Stevens, qui a établi que c'est le sérum qui tient ces sels en dissolution et devient ainsi l'agent de l'artérialisation ; ni l'air, ni l'oxygène ne pourraient agir sur des globules qui ne seraient pas baignés par le sérum, ni changer la couleur noire du sang qui en est privé. La transsudation et l'évaporation ont lieu par la surface cutanée et par la surface pulmonaire ; cette dernière est même très-active ; c'est pourquoi on supporte plus facilement la chaleur appliquée seulement à la peau, lorsque la muqueuse pulmonaire est en rapport avec un air frais ; il est donc évident que les deux actions combinées doivent avoir un effet bien plus sensible. (L. Fleury, *Cours d'hygiène.*)

Ainsi, nous voyons que l'effet de la chaleur est une stimulation momentanée, bientôt suivie d'une dépression, par suite des pertes et du défaut d'oxygénation du sang. La diminution de la pression atmosphérique favorise encore la distension des capillaires pulmonaires et généraux déterminée par la chaleur, et peut même amener leur rupture ; d'où les ecchymoses et les hémorrhagies ; ajoutons enfin que les mouvements et l'exercice des muscles désoxygènent le sang qui les traverse beaucoup plus vite que dans l'état de repos. De ce défaut d'oxygénation du sang doivent naturellement résulter la gêne de la respiration, l'anhélation, les lassitudes, l'anxiété ; la respiration est donc d'abord précipitée pour suppléer à l'oxygénation insuffisante du sang, ou plutôt les mouvements respiratoires ne sont pas plus fréquents, mais les inspirations sont plus profondes ; la circulation s'accélère aussi dans les premiers moments ; mais bientôt survient l'abattement, la prostration des forces ; la peau, les muqueuses présentent une teinte rouge, des taches ecchymotiques, résultat de l'épanchement d'un sang devenu impropre à la circulation ; les organes en sont gorgés, ce liquide est altéré, le caillot est mou, diffluent, la fibrine a perdu sa ténacité, le sérum est trouble ; la sueur augmente aux dépens des autres sécrétions, dont les produits sont plus concentrés. M. Letellier a démontré que plus l'air ambiant s'échauffe, plus la quantité d'acide carbonique exhalé diminue ; la chaleur s'oppose donc à la dépuration du sang, et c'est sans doute pour y suppléer que les fonctions du foie prennent une nouvelle activité dans les climats chauds.

On ne peut donc contester que l'influence d'une température élevée soit nuisible, et que la mort même puisse survenir par une action spéciale de la chaleur, qui paraît s'exercer avec une grande énergie sur la peau.

Il me semble qu'en rapprochant ces données des symptômes de la fièvre jaune, on ne peut qu'être frappé des analogies qui existent, et on est nécessairement amené à penser que l'action du calorique joue un rôle important dans le développement de cette maladie.

Ainsi, nous voyons d'abord une action marquée sur la peau, sur laquelle la cause agit directement ; cette action se traduit par la chaleur, la rougeur, la turgescence de tout le système capillaire, et par cette hyperesthésie dont nous avons parlé et qui paraît n'en être que le résultat. Les mêmes phénomènes se manifestent dans les muqueuses, soit que la chaleur les atteigne directement, soit qu'elles se prennent par analogie de structure ; ce qu'il y a de certain, c'est qu'elles présentent le même état congestif du système capillaire ; quant aux reins ; qui, avec le foie, sont les organes dans lesquels on trouve les lésions les plus constantes, ils obéissent encore, dans ce cas, à la loi d'équilibre qui existe entre les fonctions de ces organes et celles de la peau. L'action sur la muqueuse est ici tellement marquée qu'elle amène la chute de l'épithélium, dont les débris, ainsi que nous l'avons dit, sont précipités par l'acide azotique dans les urines sous forme d'un magma abondant et blanchâtre.

La présence de l'albumine dans les urines prouve encore l'action de la chaleur sur le système capillaire, et le rôle que jouent les reins, dont la présence de l'albumine dans les urines indique toujours l'altération, ainsi que l'avaient remarqué les auteurs anciens et Hippocrate lui-même, qui dit : *Lorsque les urines sont écumeuses les reins sont malades.* On n'est pas d'accord pour expliquer la manière dont l'albumine passe dans les urines ; cependant presque toutes les explications reposent sur des troubles de la circulation : obstacle au cours du sang veineux dans les reins ; impulsion trop vive ou séjour trop prolongé du sang dans le réseau capillaire, etc. ; en un mot, il suffit d'une altération du sang ou du tissu des reins, qui alors livrent plus facilement passage pour permettre à l'albumine du sang de s'échapper avec les urines.

Il me paraît donc évident qu'on doit tenir grand compte de l'action de la chaleur dans le développement de la fièvre jaune, et que son mode d'action consiste principalement à déterminer une congestion sanguine du système capillaire. C'est, en effet, dans le système capillaire général, sur l'importance duquel M. Gerdy appelait déjà l'attention en 1834, et dont le rôle pathogénique a été, de la part de M. Fleury, l'objet de si intéressantes recherches (*Traité d'hydrothérapie*) ; c'est dans le sytème capillaire général que se passent les principaux phénomènes de la maladie ; c'est là que le sang, arrêté dans les mailles de ce réseau, subit des altérations qui le rendent impropre à entretenir la vie ; soit que les changements par lesquels il passe dans les radicules capillaires pour que le sang artériel devienne sang veineux aient éprouvé quelques perversions par le fait d'un trop long séjour ou d'une température plus élevée, ou de pertes subies par une évaporation cutanée plus abondante ; soit que, pendant son passage, il se sature du miasme particulier et encore inconnu qui, absorbé par la peau mieux disposée par la chaleur, va donner naissance à la fièvre jaune.

Dans ces deux hypothèses : altération des qualités du sang incompatibles avec les usages de ce liquide, ou absorption d'un miasme auquel il sert de véhicule, il est évident, pour moi, que la scène commence dans le système capillaire, où le sang afflue et stagne par suite de l'action de la chaleur sur une peau non habituée à ce genre de stimulant, et simultanément, par analogie de structure et de réciprocité de fonctions, sur toutes les muqueuses, et particulièrement sur celles des appareils digestif et urinaire.

Toutes ces idées resteraient à l'état de supposition tout au plus intéressantes en théorie, si elles ne nous amenaient à trouver quelque moyen préservatif ou à formuler un traitement qui certainement est loin d'être infaillible, mais qui m'a donné des résultats plus satisfaisants que beaucoup d'autres, quoique je n'aie pas pu l'employer avec toute l'extension et la vigueur que j'aurais voulu lui donner.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

PAR M. BAZIN,

Recueillies et redigees par M. Pouquet, interne du service.

(Suite.— Voir les nos 83, 87, 94, 95. 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121 et 122.)

Dans la description de la teigne tonsurante, nous suivrons l'ordre auquel nous avons toujours été fidèle depuis le commencement de ces leçons.

Nosographie. — Dans la marche de la teigne tonsurante comme dans celle de la teigne faveuse, nous devons distinguer trois périodes :

A la première appartiennent: le prurit avant-coureur, les éruptions primitives, fugaces, et l'altération primitive des poils.

A la deuxième, le prurit souvent continue, et le champignon paraît au dehors; on observe encore des éruptions, mais elles sont différentes des éruptions primitives, et dépendent de l'inflammation des conduits pilifères; l'altération des poils est plus avancée.

Enfin, à la troisième période, le champignon souvent disparaît à la surface de la peau ; il y a une altération plus profonde des bulbes pileux et quelquefois aussi calvitie définitive.

Devons-nous maintenant revenir sur chacun de ces symptômes et les étudier d'abord dans la teigne tonsurante en général, et puis dans les variétés de cette affection ? C'est la marche que nous avons suivie dans la description de la teigne faveuse, et sans doute vous n'avez pas oublié les différences tranchées que nous avons observées dans le favus urcéolaire, le favus scutiforme et le favus squarreux ; quant au siége, il n'apportait que des changements de peu d'importance dans l'aspect et la marche de l'affection. En est-il de même dans la teigne tonsurante? Les trois variétés que nous avons admises (*circinata, punctata, gyrata*), impriment-elles aux symptômes des modifications aussi prononcées ? Non ; et ce que nous venons de dire des variétés au sujet de la teigne faveuse peut parfaitement s'appliquer aux variétés de formes de la teigne tonsurante : que l'éruption parasitaire affecte une disposition annulaire, étoilée ou rayonnée, l'évolution des symptômes est à peu près la même. En revanche, le siége a ici une tout autre importance, et les phénomènes varient singulièrement suivant que l'affection occupe le cuir chevelu, la face, le tronc... Cela est si vrai que l'herpès tonsurant, si rarement méconnu sur telle partie du corps, l'est presque inévitablement sur telle autre. Nous pouvons donc rapprocher, à cause de l'importance qu'elles méritent, les variétés de siége dans la teigne tonsurante des variétés de forme dans la teigne faveuse, et faire pour les premières ce que, dans une précédente leçon, nous avons fait pour les secondes ; aussi étudierons-nous d'abord la teigne tonsurante d'une manière générale, examinant dans tous leurs détails les divers symptômes déjà énumérés ; puis, arrivant à la description des variétés, nous ferons connaître les modifications qu'apporte le siége de la maladie à tel ou tel phénomène.

Première période. — Le prurit est un des premiers symptômes que l'on observe, et en même temps un des plus constants. Tantôt il est simple, franc; tantôt, au contraire, il s'accompagne de battements, de picotements, d'un sentiment de brûlure... Il offre de fréquentes variations dans son intensité, variations dont il nous est ordinairement impossible de pénétrer la cause. Signalons cependant la nuit, le régime alimentaire, le travail de la digestion, dont l'influence est si connue des malades ; les démangeaisons peuvent alors devenir atroces et constituer un cruel supplice pour les sujets chez lesquels se développe le trichophyton. Ils se grattent avec fureur, et presque toujours, en se grattant ainsi, ils transportent la maladie sur une autre partie du corps. Quand le mal occupe la face, ce qui souvent arrive, on ne se gratte pas ordinairement avec les ongles, comme dans le cas où il siége au cuir chevelu, on se sert plus volontiers du dos de la main, du poignet, avec lesquels en frotte plus ou moins vivement les points où les démangeaisons se font sentir et où existe le trichophyton. Rien n'est donc plus aisé de comprendre pourquoi les malades affectés de teigne tonsurante à la face portent si souvent sur le dos des mains, à la face externe des avant-bras près du poignet, des cercles herpétiques, des disques lichénoïdes ou érythémateux : quelques spores cryptogamiques auront été déposées sur ces parties, après un contact immédiat, et s'y seront développées. Et si les affections que nous venons de citer sont observées sur le membre droit plus souvent que sur le membre gauche, c'est uniquement parce que l'on se sert moins souvent du second que du premier. Le fait que nous signalons ici a une très-grande importance au point de vue pratique, et c'est pourquoi nous avons cru devoir nous y arrêter quelques instants; tant de fois il nous est arrivé, dans des cas de diagnostics difficiles, d'être immédiatement éclairés par la présence au dos de la main de cercles herpétiques ou, plus souvent, de plaques lichénoïdes circonscrites.

En même temps que le prurit, un peu de temps après, les éruptions symptomatiques primitives se manifestent, et elles ne consistent pas seulement, comme généralement on le croit, en affections érythémateuses. Toutefois je ne veux point nier la fréquence de l'érythème qui existe souvent et peut revêtir différents aspects. Ce sont quelquefois des points rouges, légèrement saillants, dispersés sur les surfaces où germe le trichophyton, et que les willanistes pourraient ranger dans l'ordre des papules plutôt que dans celui des exanthèmes. Plus souvent ce ne sont pas des points, mais de véritables taches circulaires, dont les dimensions peuvent varier d'une pièce de vingt centimes à une pièce de deux francs. — Ces plaques discoïdes peuvent ne pas s'établir sensiblement au-dessus du niveau de la peau voisine, et toute l'altération consiste en une rougeur plus ou moins foncée et plus ou moins étendue. — D'autres fois, au contraire, l'injection du derme est accompagnée d'une légère induration des tissus, et les disques forment une saillie parfois très-prononcée. — Tantôt cette saillie s'étend à toute la surface érythématheuse, et tantôt elle n'existe qu'à la circonférence où elle forme un bourrelet également sensible à l'œil et au doigt. — Enfin le bourrelet rouge circonférenciel peut exister seul, c'est-à-dire qu'au centre du cercle on ne trouve ni injection, ni aucune autre altération de la peau. Ce sont autant de variétés d'érythème bien connues des auteurs et dont quelques-unes ont été parfaitement décrites par M. Rayer sous les noms d'*Erythema circinatum* et d'*Erythema marginatum*.

Les affections vésiculeuses ne sont pas moins communes que les affections érythémateuses dans la période de germination du trichophyton ; quelquefois elles passent inaperçues, dans le cas, par exemple, où se développant rapidement sur des surfaces déjà rouges, les vésicules n'ont qu'une durée éphémère. — Assez souvent ces éruptions vésiculeuses se disposent en petits groupes de nombre variable, qui, tantôt demeurent isolés pendant toute la durée de l'affection, et tantôt au contraire se réunissent, envahissant ainsi de larges surfaces. — La réunion des plaques éruptives a lieu, non, comme on pourrait le croire, par l'intermédiaire de groupes nouveaux, mais presque toujours par l'extension de ceux qui existent déjà ; et cette extension s'opère avec une régularité remarquable du centre à la circonférence, de sorte que la forme circulaire ne se perd jamais. — Les poussées vésiculeuses successives qui se font à la circonférence permettent à

l'affection d'acquérir des dimensions parfois considérables, lors même qu'il n'y a pour point de départ qu'un seul groupe très-circonscrit. — C'est là l'herpès tonsurant des auteurs.

Dans l'herpès circiné les vésicules affectent une autre disposition. — Elles se développent en très-grand nombre sur une bande rouge de forme annulaire, et elles sont extrêmement petites; — mais la surface rouge qu'elles occupent n'est pas toujours un simple anneau; c'est quelquefois un cercle plein, un disque à la circonférence duquel elles se réunissent pour former un bourrelet analogue à celui de l'*erythema marginatum*. — Parfois, autour d'un cercle herpétique, on voit se développer un autre cercle herpétique, et même, plus tard, un troisième autour de ce dernier; ces divers cercles concentriques peuvent offrir des nuances variées et constituer l'affection décrite dans les divers ouvrages de dermatologie, sous le nom d'*herpès iris*.—Enfin, il peut arriver que l'herpès tonsurant et l'herpès circiné se combinent; voici comment : Un groupe uzémateux existe, et bientôt on le voit enveloppé par un cercle herpétique, en dehors duquel de nouveaux groupes vésiculeux ne tardent pas à se manifester; et ceux-ci à leur tour peuvent être cernés par un deuxième cercle..... — Toutes ces variétés d'herpès circiné ont été confondues avec les éruptions érythémateuses dont nous venons de parler. — La forme circulaire appartient aux uns et aux autres, mais tandis que d'un côté on trouve des vésicules, il n'y de l'autre qu'une simple rougeur.— Toutefois cette distinction ne peut avoir un grand intérêt que pour des purs willanistes.

Des éruptions pustuleuses signalent dans certains cas le début de la maladie ; et les détails dans lesquels nous venons d'entrer sur les affections vésiculeuses peuvent leur être appliqués. Tantôt on voit, disséminés en différents points de la barbe, des boutons acuminés, purulents au sommet, et habituellement traversés par des poils ; tantôt ce sont des groupes de pustules de forme plus ou moins circulaire, telles qu'on les observe si souvent à la partie médiane de la lèvre supérieure, dans la gouttière sous-nasale ; tantôt enfin ce sont de véritables cercles à la circonférence desquels paraît une éruption pustuleuse miliaire à laquelle on peut donner le nom d'herpès circiné pustuleux.

Les affections papuleuses, sans être très-rares, sont cependant moins fréquentes que les éruptions précédentes, et on les observe, non au cuir chevelu, mais presque toujours sur le tronc ou les membres (très-souvent au dos de la main et du poignet), où elles forment des plaques de lichen circonscrit, qu'il n'est pas rare de rencontrer aussi quelquefois sur la face ou à la partie supérieure du cou, au milieu même des cercles herpétiques.

Enfin l'éruption primitive qui décèle la présence du champignon dans la peau peut appartenir à l'ordre des squammes, lesquelles paraissent quelquefois survenir d'emblée (dartres furfuracées), et souvent succèdent à des vésicules qui disparaissent rapidement pour ne plus se reproduire (eczéma squammeux, herpès squammeux).

En résumé, les affections qui précèdent le développement du trichophyton peuvent se rencontrer dans les divers ordres de la classification des willanistes. Le parasite qui germe dans le tissu cutané y joue le rôle d'un corps étranger, d'une épine, et provoque des inflammations éruptives qui varient suivant la constitution du sujet, suivant le siége du parasite et suivant aussi d'autres circonstances que nous ne pouvons pas apprécier. Cependant toutes les formes d'éruption sont loin de se montrer avec le même degré de fréquence ; presque toujours c'est l'érythème de l'herpès vésiculeux ou pustuleux qu'on observe.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE ANALYTIQUE THÉRAPEUTIQUE.

Des épanchements dans la tunique vaginale, métastatiques des inflammations de l'arrière-bouche.

Par le Dr Aristide Verneuil, chirurgien des hôpitaux, etc.

Avant d'entrer en matière, je dois dire que je n'attache qu'une importance secondaire au mot *métastatique*, dont je me sers pour intituler les observations qui vont suivre. Dans l'état de la science, il est impossible d'expliquer d'une manière satisfaisante la relation qui existe entre certaines maladies se montrant simultanément ou successivement dans des organes très-éloignés, appartenant à des appareils différents, et même à deux systèmes organiques distincts. L'idée du transport d'une matière morbide, d'une métastase dans le sens rigoureux du mot, est impossible à prouver, et j'adopte pleinement, pour ma part, les judicieuses critiques émises sur ce dogme antique par M. le docteur Tholozan, dans sa remarquable thèse de concours (1). Cependant, comme on désigne généralement sous le nom d'orchite métastatique les affections aiguës de la glande séminale et de ses annexes qui accompagnent certains gonflements de la glande parotide, j'accepte le même langage, mais uniquement pour exprimer un fait, et non pour appuyer une doctrine étiologique douteuse.

Mon seul but en ce moment est d'appeler l'attention sur un fait nouveau et intéressant, qui n'a pas encore trouvé place dans la nosologie. La première observation que j'ai recueillie remonte à une date déjà ancienne : j'ai souvenir d'avoir vu le même fait mentionné dans une observation perdue au milieu d'une thèse, et dont il m'a été impossible de retrouver l'indication ; enfin je viens de recueillir un troisième cas bien concluant. Je suis donc porté à croire que les épanchement séreux de la tunique vaginale, à la suite d'angine, ne sont pas extrêmement rares, puisque je les ai observés deux fois pour ma part.

Observation Ire. — *Amygdalite aiguë, épanchement considérable dans la tunique vaginale; guérison spontanée et rapide; arrêt dans le développement consécutif du testicule.* — Un enfant de 12 ans, d'une bonne constitution et très-sujet aux amygdalites, fut atteint de cette dernière maladie sans symptômes locaux ni généraux graves. En allant à la selle, il s'aperçut par hasard que le scrotum présentait un volume et une pesanteur insolites ; le côté droit était gonflé, tendu, tout à fait indolent au toucher. Aucune douleur spontanée n'avait éveillé l'attention du petit malade, qui n'avoua rien à ses parents, mais qui jugea à propos de prendre le lit, comme il le faisait lorsque les amygdalites acquéraient une certaine intensité. Pendant vingt-quatre heures, la tumeur s'accrut encore; mais, au bout de ce temps, l'angine, qui durait depuis trois jours, entra en résolution, et le gonflement du scrotum en fit autant. Trois ou quatre jours après, tout était rentré dans l'état normal.

Plusieurs angines survinrent encore dans les années suivantes, et chaque fois notre jeune homme examinait scrupuleusement la région inférieure; mais rien ne s'y montra depuis. A l'époque de la puberté, les parties génitales se développèrent; mais le testicule droit, tout en s'accroissant, resta mou et inférieur d'un tiers au moins en volume au testicule gauche, qui conserva toujours depuis son excédant de dimension. Vers l'âge de 24 ans, le jeune homme contracta une orchite blennorrhagique intense, qui porta précisément sur le testicule droit.

J'ai examiné récemment ce jeune homme, qui est aujourd'hui un médecin distingué et qui a été mon camarade d'études : la glande séminale du côté où l'épanchement a eu lieu il y a vingt ans environ est restée molle et peu développée ; l'épididyme a conservé depuis l'orchite un noyau d'induration.

J'ai déjà parlé de ce fait à la Société de chirurgie, mais à

(1) *Des Métastases*, concours de l'agrégation ; Paris, 1857.

propos de l'atrophie du testicule succédant à une orchite survenue dans le jeune âge. Un adolescent, présenté par M. Guersant, présentait cette dernière particularité à un degré très-prononcé.

Obs. II. — Le 20 mai 1857, est entré à l'hôpital des Enfants un garçon âgé de 10 ans, couché à la salle Saint-Côme, n° 23. Il s'était présenté la veille à la consultation avec une tuméfaction considérable, siégeant dans le côté droit du scrotum, et que M. Gibert, interne du service, reconnut aisément pour une hydrocèle à la fluctuation, la transparence, l'indolence, etc. Cette tumeur s'est développée spontanément, deux ou trois jours auparavant, et sans nulle cause appréciable. Jamais il n'avait rien constaté de ce côté; aucune violence extérieure ne peut être invoquée, il n'existe ni hernie ni varicocèle.

Le 21, à la visite, l'épanchement a notablement diminué sous l'influence seule du repos dans la position horizontale. La veille, il y avait seulement un peu de gêne, due à la distension de la tunique vaginale et au poids de la tumeur : ces symptômes ont disparu. En interrogeant le malade, je fus frappé, à sa première réponse, du timbre voilé de sa parole : ceci me mit immédiatement sur la voie et me fit soupçonner une angine. L'enfant me raconta qu'en effet, dix jours auparavant, il avait été affecté d'un mal de gorge assez intense, avec gêne de la déglutition, altération de la voix, etc. Six à sept jours après le début de cette maladie, le gonflement des bourses s'est montré, et les phénomènes ont disparu du côté de l'arrière-bouche.

L'examen de cette cavité montre encore une rougeur vive de la luette, des piliers du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx ; les amygdales participent à cette coloration, mais elles ne sont que médiocrement développées; la déglutition n'est plus douloureuse, mais la voix est encore nasonnée. Je n'ai pu savoir s'il y avait eu amygdalite simple ou angine muqueuse.

A peine s'il existe une cuillerée de liquide dans la tunique vaginale; les téguments du scrotum sont flasques, et l'on reconnaît les deux testicules indolents et avec le volume qu'ils doivent avoir à cet âge. Je prescris le repos au lit et l'application sur les bourses de cataplasmes arrosés d'eau blanche.

Le lendemain 22, tout a disparu, la rougeur de la gorge est presque effacée, la voix reprend sa pureté. *Exeat* le 23.

Les deux faits que je viens de rapporter présentent une grande similitude entre eux, et aussi avec la marche de la plupart des orchites métastatiques des oreillons. L'épanchement vient sans douleur, sans réaction locale vive; c'est pour cela que je n'ai point adopté les dénominations d'*orchite*, *vaginalite*, qui indiquent une inflammation. La disparition rapide et spontanée du fluide ne comporte guère davantage les expressions d'hydrocèle ou d'hydropisie, qui représentent toujours à l'idée une certaine permanence. Je préfère dire simplement qu'il y a épanchement séreux, ce qui ne préjuge rien. Dans le premier cas, la coïncidence existait entre une inflammation glandulaire et l'hypersécrétion de la séreuse; dans le second, j'ignore si la phlegmasie de l'amygdale existait, ou si la muqueuse de la gorge était seule affectée. Dans le premier fait, on pourrait voir des troubles simultanés dans deux glandes, l'amygdale et le testicule; car les hydropisies sont parfois symptomatiques de lésions ayant pour siége le viscère dont la séreuse s'emplit de liquide; dans le second, si l'amygdalite manquait, on pourrait trouver matière à un rapprochement avec ces hydarthroses que j'ai décrites à la suite de quelques dysentéries.

Mais, en résumé, ces comparaisons et ces interprétations théoriques ne pourraient acquérir quelque valeur qu'en s'appuyant sur des faits plus nombreux. Je préfère appeler l'attention des observateurs sur la coïncidence que je viens de mettre en lumière, et aussi sur cette atrophie consécutive du testicule, si marquée dans la première observation. Cette terminaison paraît redoutable après les orchites survenues dans le premier âge, témoin l'autre cas cité par M. Guersant.

Je terminerai en disant que j'ai vu encore une fois l'épanchement dans la tunique vaginale se produire brusquement et se résoudre aussi vite chez un enfant de 14 à 15 ans; il en accusait des fatigues corporelles assez grandes. Je ne sais ce qu'il faut en penser; mais je remarquai chez lui un varicocèle assez prononcé, et qui pouvait bien jouer un certain rôle dans la production du liquide.

Je pense qu'il y a là matière à une étude assez intéressante; je ne fais que l'ébaucher; elle reste presque tout entière à tracer. (*Arch. gén. de médecine.*)

ACTES OFFICIELS.

Décrets :

1° Sur le privilége accordé aux professeurs du collége de France de demander un suppléant après vingt années de service ou pour cause de maladie ;

2° Sur un nouveau règlement relatif à l'administration et à la nomination des professeurs et professeurs-suppléants de cet établissement.

Le collége de France, où les sciences médicales comptent au moins trois représentants, vient d'être l'objet de deux mesures importantes : l'une rendant au corps des professeurs le privilége dont les avait privés la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles; l'autre, enlevant à ce corps le droit de s'administrer lui-même et de nommer ses professeurs et professeurs-suppléants. Nous allons faire précéder ce décret des rapports de M. le ministre de l'instruction publique.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

Le règlement du collége de France, approuvé par ordonnance royale du 26 juillet 1829, autorisait les professeurs justifiant de vingt années de service actif à demander qu'il leur fût donné un suppléant. La même faculté appartenait à celui qui, par suite d'une infirmité grave ou de son âge avancé, se trouvait hors d'état de remplir ses fonctions.

Après la promulgation de la loi du 9 juin 1853 sur les pensions civiles, et le règlement d'administration publique du mois de novembre suivant, les professeurs du collége de France ont été assujettis à la retenue sur leur traitement. Il a été reconnu, en effet, que l'article 32 de la loi du 9 juin, dérogeant à la loi du 22 août 1790 et au décret du 13 septembre 1806, n'avait pas voulu exempter ces professeurs du régime général des pensions civiles. Une seule exception a été admise pour les ministres, sous-secrétaires d'Etat, membres du conseil d'Etat, préfets et sous-préfets.

Mais, dès qu'il était incontestable que la loi et le règlement d'administration publique de 1853 soumettaient les membres du collége de France à la règle absolue des retenues, on arrivait forcément à cette conséquence, qu'il fallait appliquer ces retenues pour cause de congé et d'absence, telles qu'elles sont organisées par l'article 3 de la loi et par l'article 16 du règlement précité. En d'autres termes, la faculté, pour les professeurs du collége de France, de demander un suppléant, après vingt années de service, ou à cause d'infirmités graves ou d'âge avancé, tout en restant professeurs titulaires, continuant à jouir d'une partie de leur traitement et du droit à l'acquisition successive d'une pension de retraite, devenait inconciliable avec les nouvelles dispositions réglementaires soumettant ces professeurs à la retenue partielle ou totale de leur traitement, en cas de congé et même en cas de maladie prolongée.

Il était juste, Sire, de subvenir à cette situation, qui semble peu compatible avec la nature spéciale et le but de l'institution du collége de France. Il ne relève point des autorités chargées de veiller, aux divers degrés de la hiérarchie, sur les écoles publiques, il est directement gouverné par le ministre. Son enseignement, qui n'est obligatoire pour aucune carrière, ne compte que des auditeurs bénévoles, appelés par le seul attrait des sciences et des lettres. Ses professeurs ne délivrent point de diplômes et ne sont eux-mêmes assujettis à aucune condition de grade universitaire. Leurs titres au choix de Votre Majesté sont la notoriété qui s'attache à leurs travaux, l'illustration qu'ils ont conquise par d'importantes découvertes, ou l'éclat de leurs premiers débuts et les justes espérances qu'ils inspirent. Le collége de France constitue ainsi un enseignement plus libre, plus vaste que l'enseignement réglementaire des écoles publiques et des Facultés, et il est ouvert à tous

ceux qui peuvent, par un professorat éminent, contribuer au progrès des connaissances humaines.

Telles sont les considérations qui ont motivé jadis et qui doivent faire maintenir aujourd'hui le privilége acquis aux professeurs du collége de France d'obtenir des suppléants, soit après vingt ans de service, soit en cas d'infirmités graves ou d'âge avancé, et de rester titulaires des chaires illustrées par leur labeur et leur talent. Ce privilége est un hommage rendu aux savants; il crée pour eux la plus honorable retraite; et, en le conservant, Sire, Votre Majesté donnera un nouveau gage de sa haute protection et de sa vive sollicitude pour l'une des plus belles et des plus utiles institutions du pays.

En conséquence, j'ai l'honneur de soumettre à l'approbation de Votre Majesté le projet de décret ci-joint, délibéré en conseil d'Etat, contenant, dans les limites que je viens d'indiquer, dérogation à la loi du 6 juin 1853 et au règlement d'administration publique du mois de novembre de la même année.

Je suis, avec le plus profond respect, etc.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes.
ROULAND.

DÉCRET.

Art. 1er. — Les professeurs du collége de France comptant vingt années de service effectif dans l'établissement, et ceux qui, par suite d'une infirmité grave ou de leur âge avancé, se trouvent hors d'état de remplir leurs fonctions, peuvent demander à notre ministre de l'instruction publique et des cultes qu'il leur soit nommé un suppléant.

Art. 2. — Le traitement de suppléant est prélevé sur celui du professeur qu'il est appelé à suppléer. Le chiffre en est fixé par notre ministre de l'instruction publique et des cultes.

Les retenues déterminées par l'article 3 de la loi du 9 juin 1853 continueront d'être perçues sur le traitement intégral, sans que, dans aucun cas, la portion de ce traitement attribuée au suppléant puisse constituer un émolument personnel donnant droit à pension.

Art. 3.— Le professeur titulaire à qui un suppléant est accordé continue de figurer parmi les professeurs en activité de service. Lorsqu'il est admis à faire valoir ses droits à la retraite, sa pension est liquidée d'après le traitement normal affecté à la chaire dont il est titulaire.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire,

Suivant l'article 18 du règlement approuvé par l'ordonnance royale du 26 juillet 1829, l'assemblée des professeurs du collége de France est investie d'un droit d'administration presque absolu. Elle détermine, en effet, l'ordre et la succession des leçons, l'époque de l'ouverture et de la fin des cours; elle choisit les candidats pour les chaires vacantes, déclare les cas de suppléance, nomme et révoque les suppléants, agrée les remplaçants, ainsi que les aides et préparateurs des cours; elle dispose des logements vacants; enfin elle est maîtresse à peu près souveraine, dans tout ce qui tient au devoir du professorat, de déterminer la mesure de tolérance ou d'exactitude que les circonstances réclament.

S'il ne fallait considérer que la haute position des hommes qui composent le collége de France, il n'y aurait, assurément, qu'à maintenir cet état de choses; mais, d'une part, le décret du 9 mars 1852, revenant au droit commun, a rendu au chef de l'Etat la prérogative de la nomination des professeurs du collége de France, même en dehors des présentations faites par l'assemblée, et de l'autre, il est impossible, en matière d'enseignement public, d'abdiquer le principe essentiel de l'autorité directe et de la responsabilité réelle de l'Etat.

C'est pourquoi, Sire, il m'a paru tout à la fois logique et nécessaire de préparer un projet de décret contenant un nouveau règlement du collége de France, en rapport avec la législation actuelle et conforme aux droits et aux devoirs du gouvernement de Votre Majesté.

Ainsi, la surveillance de l'administrateur, qui n'était que nominale, deviendra obligatoire et efficace; et le ministre de l'instruction publique, investi de l'honneur de la direction immédiate du collége de France, jouira de l'autorité suffisante pour remplir ses obligations, sans cesser, d'ailleurs, de recourir aux avis et à l'expérience de l'assemblée des professeurs.

Quant aux suppléants qui, au collége de France, participent d'une manière notable au large enseignement qu'on y distribue, ils seront choisis et institués par le ministre de l'instruction publique, parce qu'il est légalement inadmissible qu'ils tiennent le pouvoir d'enseigner d'une autorité autre que celle de l'Etat. Leur mission sera annuelle. Il importe, Sire, que chaque année le gouvernement ait la faculté de renouveler les nominations faites ou d'en faire d'autres. Il faut subvenir aux hommes studieux, savants, qui se pressent dans le pays et restent trop souvent ignorés et découragés, malgré le talent, le travail et la conduite, faute d'une chaire qui les révèle. La suppléance du collége de France ne sera point nécessairement une position acquise et définitive, ni un acheminement certain à l'héritage d'un titulaire. Dans ma pensée, elle doit être une institution destinée surtout à l'encouragement et à la manifestation de toutes les grandes aptitudes scientifiques et littéraires; il est donc sage de ne pas l'immobiliser au profit de suppléants une fois choisis, et de la rendre, au contraire, l'objet d'une vive émulation et de louables efforts, sous la haute direction de professeurs titulaires si riches d'expérience et de savoir.

J'ai l'honneur, Sire, de soumettre à l'approbation de Votre Majesté le projet de décret suivant, qui réorganise l'administration du collége de France.

DÉCRET (Extrait).

Nous ne rapporterons de ce décret que ce qui peut intéresser aussi bien les savants étrangers à l'établissement que les professeurs.

TITRE Ier. — *De l'administration.*

Art. Ier. — Le collége de France est placé sous l'autorité directe et immédiate du ministre de l'instruction publique.

L'administrateur, le vice-président et le secrétaire, choisis parmi les professeurs, sont nommés par le ministre.

La nomination du président et du secrétaire est annuelle.

Art. 9. — Lorsque, soit par défaut d'assiduité, soit par toute autre cause, l'enseignement d'un professeur devient l'occasion de plaintes ou de désordres, l'administrateur en réfère au ministre, qui avise.

Dans tous les cas purement disciplinaires, à moins qu'il ne s'agisse d'une décision urgente, le ministre ne statue qu'après information prise auprès de l'assemblée des professeurs.

Art. 10. — Les aides et préparateurs de chimie, de physique et d'anatomie sont nommés par le ministre, sur la présentation du professeur auquel ils doivent être attachés et l'avis de l'administrateur.

TITRE III. — *Des présentations aux chaires vacantes.*

Art. 11. — Lorsqu'il survient une vacance, et que le ministre a ordonné la convocation de l'assemblée, les professeurs sont convoqués pour procéder à la présentation de deux candidats, conformément à l'art. 3 du décret du 9 mars 1852. L'assemblée s'occupe immédiatement de la discussion des titres des personnes qui se présentent pour remplir la chaire vacante. La discussion peut être continuée à une seconde et dernière séance.

Art. 12. — Aussitôt que la discussion est terminée, il est procédé à la présentation des candidats, qui se fait par voie de scrutin. Le scrutin est réitéré jusqu'à ce que chacun des deux candidats ait obtenu successivement la majorité absolue. Cette majorité s'établit sur le nombre des titulaires présents à la délibération.

TITRE IV. — *Des suppléants, remplaçants, et professeurs honoraires.*

Art. 13. — Dans les cas prévus par l'article 1er du décret du 3 juillet 1857, la demande d'un suppléant est transmise au ministre par l'intermédiaire de l'administrateur.

Le ministre nomme les suppléants, dont l'institution n'est valable que pour une année.

Art. 21. — L'administrateur et le secrétaire de l'administration sont logés dans les bâtiments du collége. Le ministre dispose des autres logements qui peuvent devenir vacants.

Nul professeur ne peut disposer de son logement en faveur de qui que ce soit, pas même de son suppléant.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 126. 5e ANNÉE. Mardi, 20 octobre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 19 octobre 1857.

Le Cercle des Sciences.

Ainsi que nous l'avions annoncé il y a huit jours, la séance d'inauguration du *Cercle des sciences* a eu lieu samedi dernier avec le modeste appareil qui convient à des savants et à de simples amis de la science. Présidée par un de ses membres les plus aimables, M. le docteur Foissac, qui a bien voulu se laisser imposer le titre de doyen d'âge, quoiqu'il n'y eût que des droits fort contestables, l'assemblée a pris quelques résolutions que nous croyons utile de porter à la connaissance du public.

Elle a d'abord organisé son bureau pour l'année 1857-1858, lequel est ainsi composé :

Président : M. CHASSAIGNAC ;
Vice-Président : M. H. BOULEY ;
Trésorier : M. CALVO.
Membres de la Commission administrative :
MM : BAUCHET, BLONDEAU, BOINET, CLERC, COFFIN, LANGLEBERT, MATTÉI, MESNET, E. PELOUZE, SIGNOL, KOMAROFF, PUCHERAND et VEYNE.

Le bureau une fois constitué, l'assemblée a décidé que le cercle sera ouvert tous les jours, et qu'il consacrerait une séance par semaine à des communications scientifiques. Cette séance aura lieu tous les vendredis, à huit heures du soir.

Les savants étrangers qui désireront faire des présentations devront en adresser la demande, trois jours à l'avance, à M. le Président du *Cercle des sciences*, quai de l'Horloge, 21.

La première séance aura lieu vendredi prochain.

Séance de l'Académie des sciences.

Les communications faites dans cette séance et qui auraient pu nous intéresser n'ont été que mentionnées par

DÉLASSEMENTS

Le Cercle des sciences. — Conditions d'existence pour une société. — Causes de succès. — Première réunion. — Notre devise et nos espérances.

L'union fait la force, dit la Sagesse des nations ; la constitution du CERCLE DES SCIENCES n'est rien autre chose que la mise en pratique de cette belle et grande maxime.

Disons-le à l'honneur de notre époque, en aucun temps l'esprit de confraternité n'a prévalu comme aujourd'hui dans le monde scientifique ; nous en avons pour garants ces nombreuses sociétés qui, sous divers titres, se sont produites en si peu d'années au milieu de nous.

Cet élan donné par Paris, grâce à la publicité de la presse, a gagné la province, et il n'existe pas aujourd'hui de si modeste ville qui n'ait sa société médicale, scientifique ou littéraire.

Mais il ne suffit pas de venir au monde, encore faut-il y venir dans des conditions de viabilité.

La stérilité, ce me semble, est préférable à une fécondité dont le produit ne sert qu'à mettre au jour les vices afférents à une organisation anémique ou malsaine.

Hélas ! si nous nous sentions le courage de dresser ici la table des naissances et celle de la mortalité parmi ces sociétés, quel affligeant tableau n'aurions-nous pas à exposer à vos yeux !

Pour quelques-unes arrivées jusqu'à l'âge de virilité, combien en est-il qui sont déjà défuntes, combien en compte-t-on qui s'apprêtent à partager leur destin !

Après tout, elles n'ont eu à subir que les conséquences d'un défaut capital dans leurs éléments constitutifs, et mieux vaut encore qu'elles soient mortes ou qu'elles meurent, que de les voir traînant une existence pénible et sans espérance aucune d'avenir.

Laissons donc en paix les morts et respectons les mourants ; seulement, que leur exemple nous serve d'enseignement !

***

A notre avis, la première condition de viabilité pour une société, c'est d'avoir sa raison d'être.

Ce principe admis, les statuts de la société doivent tendre avant tout à le faire fructifier.

Comme il n'y a point de moisson sans semailles, chaque tenancier scientifique est tenu d'apporter sa part de travail à l'œuvre commune, qui plus, qui moins, selon ses forces, et en n'oubliant jamais que tel qui est aujourd'hui le plus faible, deviendra peut être un jour le plus fort.

Entre les hommes qui composent une société, toute personnalité doit s'effacer, car il n'y a plus parmi eux que des membres ayant les mêmes droits et les mêmes devoirs.

Cette égalité dérive nécessairement de la solidarité qui règne entre eux ; s'y soumettre, ce n'est point un sacrifice à faire pour personne,

les *comptes rendus*. De ce nombre sont les recherches de M. Lenhossek sur l'anatomie du système nerveux, la réclamation de M. Garreau, relative à l'emploi des anesthésiques, pour la destruction des insectes qui dévorent le blé; enfin le mémoire de M. Lalagade sur une épidémie de petite vérole. Il y a un mot de ce dernier auteur qui nous fait surtout désirer de parcourir ses recherches, c'est le mot d'*inviolable* appliqué à la revaccination : à vrai dire, nous n'imaginons pas très-bien ce que peut être une revaccination inviolable. La seule communication qui nous ait été donnée avec quelque étendue est celle de M. Guillemin, relative à l'influence des rayons lumineux ultra violets sur quelques phénomènes de la physiologie végétale. Les faits relatés par cet observateur intéresseront vivement ceux de nos lecteurs qui s'occupent de botanique.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

DE LA FIÈVRE JAUNE,

A PROPOS DE L'ÉPIDÉMIE QUI A RÉGNÉ A SAINT-PIERRE MARTINIQUE PENDANT LES ANNÉES 1855, 1856, 1857.

Par M. le docteur CHAPUIS, chef du service de santé de la Guyane française.

(Suite et fin. — Voir le n° 125.)

Toute idée de gastrite, de gastro-entérite ne pouvant plus aujourd'hui être admise dans la fièvre jaune, j'ai depuis longtemps renoncé au traitement antiphlogistique exclusif; l'axiome d'Hippocrate : *Naturam morborum curationes ostendunt*, reçoit ici une nouvelle sanction; car l'inutilité et les dangers du traitement antiphlogistique dans la fièvre jaune doivent prouver aux plus incrédules que cette maladie n'est nullement inflammatoire.

En pratique et en théorie, les saignées sont positivement contre-indiquées. En pratique, les résultats sont beaucoup plus défavorables avec le traitement antiphlogistique, et pour les malades qui guérissent la maladie est plus longue, la convalescence pénible, difficile, par suite de l'état de prostration générale dans lequel tombent naturellement les malades par la marche de la maladie, et qu'on favorise par les déplétions sanguines. En théorie, si on admet qu'on serve de véhicule à un miasme, quelle énorme quantité ne faudra-t-il pas tirer pour enlever une bien petite partie du miasme! et d'ailleurs ne court-on pas risque d'ôter au malade les forces dont il a besoin pour réagir contre l'agent toxique; on sait d'ailleurs que les pertes de sang, en diminuant la proportion des parties liquides de l'économie, mettent celle-ci dans les conditions les plus favorables à l'absorption, tandis que plus le corps approche de son point de saturation, plus les liquides éprouvent de difficultés pour pénétrer dans son intérieur; la saignée doit donc favoriser l'absorption. J'ai déjà signalé, du reste, depuis longtemps un phénomène qui a lieu presque toujours quand on saigne dans la fièvre jaune grave, et qui m'a toujours semblé funeste : c'est l'apparition d'un courant de sang rouge au milieu du sang noir de la saignée! Eh bien, d'après M. L. Papillaud, et M. Bérard est de cet avis, la véritable couleur du sang veineux est noire, et lorsque pendant la saignée le sang sort clair, il est rare que la saignée soit utile, et quelquefois elle est très-nuisible, tandis que la teinte noire indique qu'on peut tirer du sang.

Je repousse donc énergiquement le traitement antiphlogistique dans la fièvre jaune : plût à Dieu que je puisse, par une voie d'exclusion aussi formelle et aussi précise des autres traitements, arriver à celui qui doit offrir le plus de chances de guérison!

Partant de cette idée que la peau est le principal théâtre où se développent les phénomènes de la fièvre jaune; qu'elle reçoit la première impression de la cause productrice, soit en la recueillant, soit en lui donnant passage; enfin, que c'est à la peau que se manifestent les premiers symptômes, j'ai été amené à penser que le meilleur agent était celui qui agirait sur la peau; et comme la chaleur, la rougeur, la congestion, la sécheresse sont les symptômes les plus évidents, j'ai été conduit à employer les bains et surtout les *bains froids*, que M. le docteur Amic avait depuis longtemps préconisés à la Guade-

c'est une cotisation mentale qui, loin d'être une abnégation, est l'appoint le plus inébranlable sur lequel repose toute association.

Telle est l'assise, qu'on me pardonne le mot, sur laquelle ont été jetés les premiers fondements du CERCLE DES SCIENCES.

***

Humble et véridique par nature, je ne crains pas d'avouer que bien longtemps avant nous quelques hommes entreprenants et non sans mérite avaient essayé de constituer une association ayant certaine ressemblance avec la nôtre, mais l'insuccès qui a suivi leur tentative nous porte à croire que leur aspiration n'était pas la même.

S'il en était autrement, pourquoi auraient-ils échoué là où nous avons tout d'abord réussi?

Pourquoi leur voix se serait-elle perdue dans le désert, alors qu'au premier appel de notre rédacteur en chef tant d'hommes éminents, tant de jeunes travailleurs se sont ralliés à lui?

Pourquoi, enfin, malgré ces sourdes rumeurs de dissidence, çà et là répandues à dessein, avons-nous vu progresser le nombre des adhérents?

Ah! c'est que le drapeau déployé par le *Moniteur des hôpitaux* n'a pas été taillé dans le drap de la livrée d'une coterie; c'est qu'il n'a point emprunté ses couleurs aux panneaux de l'équipage d'une ambition personnelle; c'est qu'en un mot c'est le drapeau de tous.

L'avenir, nous osons l'espérer, démontrera aux moins clairvoyants que nous avions raison de ne pas douter des hommes de science, et que quand il s'agit de marcher en avant dans la voie du progrès, il n'y a que ceux qui simulent des blessures parmi nous qui restent en arrière.

***

En vérité, plus j'y songe, et plus il m'est prouvé que cette idée d'association, ensemencée par notre ami Joulin, portait avec elle un germe bien vivace pour prendre si vivement racine.

Dans tous les cas, personne ne peut lui contester le mérite d'avoir eu l'habileté de saisir l'occasion favorable à la réussite d'un projet si sagement conçu par lui et plus libéralement encore exposé dans ces quelques paroles adressées aux membres présents à notre première réunion, paroles que je dois rapporter ici, parce qu'elles sont le complément des propositions que j'ai déjà émises :

« Une des principales conditions d'existence pour un cercle, a-t-il dit, c'est qu'il soit assidûment fréquenté et qu'il devienne le siége d'une réunion quotidienne assez importante. Les cercles peu fréquentés ne tardent pas à être complétement désérts. Pour obtenir une réunion quotidienne, il faut que le cercle possède un grand nombre de membres. On sait, par exemple, qu'une société qui compte deux cents adhérents en fournit à peine vingt aux réunions du soir. Il est donc nécessaire que nous atteignions au moins le chiffre de deux cents pour arriver au but désiré.

« Tout nous indique, du reste, que dans quelques mois ce chiffre sera dépassé. Pour obtenir ce résultat, la société a le droit de compter sur

loupe; en sorte que son expérience et ses succès justifient à l'avance ce que le raisonnement et l'observation des faits semblent indiquer.

Je n'ai pas la prétention de croire que l'emploi du froid doit guérir tous les malades atteints de fièvre jaune; je ne l'ai pas employé d'une manière assez générale, et surtout assez exclusive, pour pouvoir donner une pareille assurance dans une maladie où le même traitement réussit ou échoue dans des cas en apparence semblables, sans qu'on puisse en trouver la raison; mais ce que je puis assurer, c'est que jamais je ne me suis mal trouvé de l'emploi du froid et que très-souvent j'en ai obtenu d'excellents résultats; s'il n'a pas toujours guéri, il a toujours soulagé, au moins momentanément, les malades, et c'est quelque chose pour qui a assisté à une de ces cruelles épidémies et constaté l'impuissance de la thérapeutique.

L'immersion dans un bain froid, suivie de l'enveloppement dans la couverture, calme toujours et instantanément l'agitation si pénible des malades; je pourrais citer des exemples de guérison qui ne sont dus qu'à l'insistance que mettaient les malades à réclamer le bain froid, dans lequel ils se plongeaient plusieurs fois par jour.

Personne ne nie les avantages des applications froides sur la tête pour calmer la céphalalgie : comment se fait-il donc alors qu'on repousse avec tant de prévention la généralisation d'un moyen dont on admet comme bon l'usage partiel?

Les immersions dans l'eau froide, les applications froides sur la tête et l'épigastre, selon les indications; la ceinture mouillée, les lavements froids et les boissons froides me paraissent constituer le meilleur traitement qu'on puisse opposer à la fièvre jaune : il satisfait à toutes les indications sans avoir les inconvénients de certaines médications; il calme la chaleur, la congestion, sans affaiblir le malade comme les saignées; il rétablit, il régularise les fonctions de la peau, entretient la liberté du ventre et des urines; la glace calme fort bien les vomissements et arrête souvent les hémorrhagies.

Je ne veux pas dire cependant que je repousse l'emploi des autres moyens thérapeutiques: plusieurs m'ont offert de précieux adjuvants et je m'empresse de les signaler: quelques-uns mêmes ont été employés pour la première fois par moi. Ainsi on peut tirer très-bon parti des purgatifs et des vomitifs; seulement ces derniers ne doivent être employés qu'au début de la maladie; lorsque les malades m'arrivaient à temps, je me suis souvent bien trouvé de l'administration de quelques grains d'émétique; les purgatifs peuvent être employés plus longtemps et à une époque plus avancée.

Aussitôt que le malade entre dans la seconde période de la maladie, c'est-à-dire dans la période d'affaissement, j'administre le quinquina à titre de tonique; la quinine me paraît bien rarement indiquée et j'ai eu peu à m'en louer.

Dans la période hémorrhagique j'ai employé avec succès l'acide gallique, soit seul, soit uni à l'opium; le perchlorure de fer à la dose de 30 à 50 centigrammes en potion ou en lavement; j'ai cru remarquer qu'en le donnant à plus haute dose il agissait plutôt comme irritant, comme caustique, que comme astringent; chez les malades qui en avaient pris un gramme en potion, la muqueuse de l'estomac était plus ramollie.

Les opiacés sont indiqués tant pour combattre le vomissement que pour procurer un peu de sommeil, dont la privation est un des plus grands tourments des malades, qui en sont fatigués bien longtemps, même pendant la convalescence.

Les révulsifs sont quelquefois utiles, mais il faut toujours craindre, surtout à une période avancée de la maladie, qu'ils n'ouvrent une nouvelle voie aux hémorrhagies. Je fais cependant une réserve pour les petits vésicatoires appliqués aux tempes pour combattre la céphalalgie; c'est un moyen bien supérieur à l'application de sangsues et dont je me suis toujours bien trouvé.

En résumé, en écrivant ce travail, je n'ai pas eu la prétention d'éclairer d'une manière complète la nature de la fièvre jaune; je mets en avant une idée que je livre à la discussion, prêt à l'abandonner le premier si elle ne peut conduire à rien. Mieux que personne peut-être j'ai été malheureusement à même de constater tout le vague, toute l'incertitude qui règnent sur l'histoire de la fièvre jaune, et c'est précisément cette triste conviction et la nécessité continuelle de lutter avec ce fléau des Antilles qui m'ont poussé à l'étudier plus sérieusement.

J'ai toujours été frappé du rôle important que joue la peau dans les maladies des pays chauds et de la nécessité d'entretenir avec soin ses fonctions pour le maintien d'une bonne santé. Mon attention a été aussi attirée sur les différences que présentent, au point de vue de l'enveloppe cutanée, le nègre et le blanc, tant sous le rapport physiologique que sous le rapport pathologique; le nègre était sujet, par exemple, à une foule de dermatoses qui n'affectent que rarement le blanc, le-

---

le zèle de ses membres, et chacun de nous fera certainement tous ses efforts pour amener ses amis à faire partie du cercle. »

« Nous avons fixé à 30 fr. la cotisation; vouloir l'élever à 50 fr., il nous serait impossible d'atteindre au chiffre de soixante membres. L'expérience nous a éclairés sur ce point. La question se résume donc ainsi : avec un abonnement plus élevé, peu de membres, point de réunions journalières, le cercle meurt; avec un faible abonnement, beaucoup de membres, réunions journalières, le cercle prospère. Il prospère, parce que les jeunes médecins, c'est-à-dire l'élément actif des sociétés, l'élément le plus assidu, car malheureusement ils ont plus de temps à lui donner, les jeunes médecins, dis-je, ne sont point écartés; et vous savez, messieurs, que dans la position actuelle du corps médical les petites bourses sont les plus nombreuses. J'ajouterai qu'on arrive à un meilleur résultat financier en ouvrant la porte au plus grand nombre. Les frais d'un cercle sont toujours les mêmes, et trois cents abonnements à 30 fr. sont plus productifs que trente abonnements à 60 fr.

« Quoique ces raisons soient plus que suffisantes pour maintenir le chiffre proposé, il en est encore une que nous ne devons pas omettre, car elle a, selon moi, une grande valeur : le Cercle des sciences deviendra une puissance avec laquelle tout le monde sera forcé de compter; cette puissance est fondée sur l'adjonction de tous les membres de la presse scientifique. Vous le savez, messieurs, les écrivains sont loin d'être riches; la plupart sont des jeunes gens qui prennent la plume pour s'ouvrir une carrière, et ce serait leur fermer le cercle que de leur imposer des sacrifices d'argent.

« Nous avons déjà parmi nous beaucoup de journalistes, nous en aurons sous peu un plus grand nombre encore. Un schisme, dont je veux taire la cause, nous divise en ce moment, mais nous avons l'espoir que dans quelques jours les dissidents reviendront se joindre à nous. Nous le désirons tous, car tous nous savons l'importance et l'influence qu'aurait sur la marche des affaires scientifiques une réunion de tous les journalistes, qui sont les régulateurs de l'opinion publique, la puissance nouvelle qu'ils acquerraient en combinant leurs efforts, en les dirigeant vers un même but : la vérité scientifique. Ils pourraient accabler de leur silence les médiocrités officielles qui tirent toute leur force des coteries; ils pourraient produire au grand jour le mérite qui s'étiole dans l'isolement, ils pourraient enfin prononcer des jugements d'autant plus redoutables qu'ils seraient sans appel. »

***

Oui, tel est le but que se sont proposé les membres fondateurs du Cercle des sciences : économie pour ceux qui en ont besoin, puissante protection pour les faibles, justice pour tous les mérites.

Avec une telle devise, les sympathies de tous les hommes de tête et de cœur nous sont d'avance acquises, et le temps n'est sans doute pas éloigné qu'ils viendront unir leurs efforts aux nôtres pour travailler ensemble au bien-être de la grande famille qui use ses forces à défricher le domaine de la science.

Dr A. L. Roux.

quel, de son côté, a à lutter contre des pyrexies bien moins communes chez le nègre. Il me semble qu'il y a dans cette étude quelques recherches fructueuses à faire dans l'intérêt des Européens qui viennent habiter ces contrées pour lesquelles Dieu a créé des races spéciales, et c'est d'après cette conviction que j'ai voulu aujourd'hui non donner un résultat positif de cette manière de voir, mais attirer l'attention des observateurs de ce côté, surtout à propos de la fièvre jaune; car il me semble qu'en suivant cet ordre d'idées on pourra peut-être arriver sinon à un traitement certain de cette maladie, au moins à des règles hygiéniques qui la rendront moins fréquente.

Dans tous les cas, je ne croirai pas avoir perdu mon temps si je suis parvenu à propager un agent que je crois réellement le meilleur tant pour guérir que pour préserver de la fièvre jaune, je veux parler de toutes les ressources de l'hydrothérapie employées avec conscience et sagacité, et suivant les préceptes qui ont été si magistralement établis par M. L. Fleury.

Obs. I. — *Fièvre jaune grave ; vomissements ; hémorrhagies ; médication froide, etc. ; guérison.* — X.., vingt-huit ans, né à Corfou, matelot du navire *le Montredon*, malade depuis la veille, arrivé dans la colonie depuis un mois et demi, entre le 10 juin.

A son entrée, forte céphalalgie, douleurs lombaires et articulaires; douleurs, contusions dans les masses musculaires; facies coloré, yeux larmoyants, injectés; peau chaude et sèche; pouls plein et dur; épigastre sensible à la pression; langue blanchâtre; soif vive, pas de selles depuis quarante-huit heures; urines libres et rouges.

Émétique; traitement froid; purgatifs.

Le 11, il y a peu de changement, les mêmes symptômes continuent; pouls à 92.

Même traitement.

Le 12, même état; la peau prend une teinte jaune paille, la langue est verte; nausées; vomissements bilieux fréquents.

Les jours suivants, il survient des symptômes cholériformes; la peau est froide, couverte de sueurs visqueuses; cependant l'ictère se prononce et s'étend toujours; le pouls est à 72; il y a de la stupeur, des vomissements fréquents tenant en suspension des grumeaux de substance blanche ressemblant à des débris d'épithélium; l'haleine est fétide, froide; urines troubles, selles liquides sérieuses; le malade s'agite, se plaint, crie

Cet état persiste jusqu'au 15. Le traitement par le froid est continué sans interruption, les lavements froids sont seulement laudanisés.

Le 15, survient une hémorrhagie par la langue; les urines sont rares et contiennent des débris de cellules épithéliales; pas d'albumine.

Le 16, hémorrhagie linguale continue, et il s'y joint celle de l'intestin; les selles, fréquentes, sont tout à fait composées de sang fétide; le pouls est à 80: la chaleur est revenue.

Même traitement; un peu de bouillon et de madère, eau vineuse, décoct. de quinq. et tannin.

Les 17 et 18, même état, selles hémorrhagiques: sept à huit dans les vingt-quatre heures; hémorrhagie de la langue abondante; cependant le malade est plus calme; il accuse une grande faiblesse, mais a beaucoup d'énergie morale; les urines reparaissent et ne contiennent ni bile ni albumine.

Alimentation légère; madère; tonique; quinq.; tannin; opium; bains chlorurés froids, etc.

Le 19, sommeil calme; l'hémorrhagie intestinale a cessé; selles diarrhéiques; diminution de l'hémorrhagie linguale; pouls à 46; peau bonne; albumine abondante dans les urines.

Le 20, suffusion ictérique forcée; langue blanche et sans exsudation; état général satisfaisant; peu de diarrhée; urines rouges huileuses, chargées de bile et d'albumine; appétit.

A partir de ce moment, le malade entre en convalescence; la diarrhée légère persiste quelque temps; cependant les forces reviennent, et le 2 juillet le malade quitte l'hôpital bien guéri.

Les bains froids et les toniques sont continués presque jusqu'à sa sortie.

Obs II. — *Fièvre jaune grave. — Emploi des bains d'affusion; calme instantané; mort le sixième jour; albumine dans les urines après la mort.* — D.., seize ans, mousse, arrivé dans la colonie depuis un mois, entre à l'hôpital le 12 juillet, malade depuis la nuit. A son entrée il accuse: céphalalgie sus orbitaire intense, douleur dans les muscles de l'œil, qui est sensible à la lumière; rachialgie, lassitude générale, douleurs articulaires, soif vive, sécheresse de la bouche, langue blanchâtre, un peu sèche; peau chaude, brûlante au front; pouls à 104, plein; facies coloré, yeux brillants, injectés; respiration courte, entrecoupée; pas de selles depuis vingt-quatre heures, urine libre. Diète. Compresses froides sur la tête. Eau pour boisson; émétique 0,0. *Séro* 30 sangsues aux mastoïdes.

13. — Somnolence, stupeur, prostration générale, pas de sommeil; les mêmes symptômes persistent: il y a de l'anxiété précordiale, l'épigastre est douloureux, nausées, plusieurs selles liquides. Vers le soir agitation et plaintes continuelles. Même prescription. Vésicatoires à la nuque et aux mollets; bains froids chlorurés; lavements froids laudanisés.

14. — Pas de sommeil, abattement, les douleurs persistent; pouls gazeux à 82; respiration entrecoupée, irrégulière; soif vive, langue sèche; selles et urines involontaires dans la nuit; ictère commençant. Continuation du même moyen. Extrait de quinquina, 4 gr.

15. — Délire bruyant, cris, vociférations, agitation très-grande; langue sèche racornie, soif vive; douleurs à l'épigastre, nausées, vomissements noirâtres; le rejet des matières est accompagné de cris et d'efforts douloureux; pouls mou, facile à déprimer (72). Bain d'affusion. Après le bain, calme instantané, l'agitation et les cris cessent; le pouls se relève à 76, la respiration est plus régulière.

16. — L'agitation et les cris ont recommencé; hémorrhagie par la langue, les urines sont supprimées; il n'y a pas eu de vomissements la nuit; l'ictère se prononce; selles liquides noirâtres. Un bain d'affusion ramène le même calme, l'intelligence même paraît plus nette; il y a émission d'urines dans le bain. On donne quelques cuillerées de bouillon, lavements avec la décoction de quinquina et l'acide gallique.

Séro. — Hémorrhagies par tous les vésicatoires; vomissements noirs abondants; agitation, délire. Le malade pousse des cris affreux aussitôt qu'on le touche; pouls petit, misérable; peau froide; respiration stertoreuse; la nuit se passe dans cet état, et la mort a lieu le 17 à huit heures du matin.

L'urine prise dans la vessie est jaune foncée, contient énormément d'albumine et nulle trace de bile; du reste il y en a à peine une demi-cuillerée; l'estomac est rempli de vomissements noirs.

Obs. III. — *Fièvre jaune grave.—Guérison par l'usage des bains froids réclamés par le malade.* — C.., dix-huit ans, guéri, novice à bord du *Gard*, quinze jours de rade, entre à l'hôpital le 13 juillet, malade depuis la veille.

A l'entrée: céphalalgie intense, facies coloré; injection des conjonctives; soif très-vive, langue sèche, blanchâtre; nausées; rachialgie, lassitude, pouls à 90, peau chaude, sèche, constipation; pas d'urines depuis hier. Emétique, eau glacée, compresses froides; après l'émétique, qui procure des vomissements bilieux, on donne une bouteille d'eau de Sedlitz; vingt sangsues aux apophyses mastoïdes. — La maladie suit son cours; lavements froids.

15. — Absence de sommeil, prostration, plaintes, douleurs générales, ictère, épigastralgie; langue sèche, peau chaude. — On commence les bains froids. Jusqu'au 17, il y a peu de changement; mais le malade demande avec instance des bains froids, dit ne pouvoir rester que dans l'eau, et ne peut plus en sortir; on lui met la ceinture mouillée dans l'intervalle des bains.

19. — Les hémorrhagies linguales et nasales sont combattues par l'acide gallique, qui est remplacé quelques jours après par une potion tonique au Madère et quinquina; les bains froids, quelquefois chlorurés, sont pris régulièrement jusqu'au 30 juillet.

Le 2 août, il survient des parotidites que l'on traite par les frictions mercurielles, les cataplasmes et l'application de caustique de Vienne.

Tous les accidents se dissipent peu à peu, et le malade sort de l'hôpital bien guéri le 26 août (quarante-cinq jours).

Obs. IV. — *Fièvre jaune grave. — Guérison.* — Lemonnier, novice du navire *l'Unité*, seize ans (Ille-et-Vilaine), quinze jours de rade.—Constitution moyenne, tempérament lymphatico sanguin, malade depuis la veille au soir, entre à l'hôpital le 4 juillet à neuf heures du matin.

Deuxième jour. — A son entrée, il présente : céphalalgie sus-orbitaire intense, douleurs lombaires, lassitudes, douleurs articulaires, marche titubante; pas de photophobie, soif vive, nausées, saveur amère et sécheresse de la bouche, langue blanchâtre, humide au centre, rouge à la pointe et à ses bords; pas de douleurs à l'épigastre, constipation, peau chaude, sèche; pouls assez plein a 100; facies coloré, yeux brillants, injectés; urines libres. — Diète, eau glacée, compresses froides sur la tête, 0,10 émétique.

Troisième jour (5 juillet). — Les mêmes douleurs persistent; peu de sommeil, agitation cette nuit, nausées, vomissements bilieux, verdâtres; trois ou quatre selles dans les vingt-quatre heures, même chaleur et sécheresse de la peau; pouls à 100.— Diète, eau glacée, compresses froides, deux lavements froids.

Quatrième jour (6 juillet). — La céphalalgie est moins intense; les douleurs lombaires persistent encore, prostration générale, respiration courte, gênée et entrecoupée de sanglots et d'inspirations profondes, agitation, peau moins chaude mais sèche, parcheminée; pouls gazeux; la face est plus pâle, la couleur rouge des pommettes s'est changée en une teinte bistre; tendance à l'ictère; urines libres, claires, donnant un léger nuage par l'acide azotique qui ne les décolore pas; langue grisâtre, rugueuse; insomnie et subdelirium la nuit; deux ou trois selles diarrhéiques. — Diète, eau gommée froide, extrait de quinquina, 4 gr.; lavement avec la décoction de ratanhia et laudanum, 10 gouttes; bain froid.

Cinquième jour (7 juillet). — Les vomissements, qui avaient cessé, ont reparu hier soir; ils présentent une teinte brune et sont formés de mélanhème; le liquide est acide; il y a eu du délire, de l'agitation, et cependant la prostration est très-grande, les réponses sont lentes, tardives, et cependant lucides quand on fixe l'attention du malade; il est inquiet de son état et se désespère; gêne et sensibilité à l'épigastre, dysphagie, ardeur de la gorge, l'enduit de la langue tend à disparaître; quatre selles liquides, bilieuses, abondantes; urines donnant par l'acide azotique un précipité albumineux; gêne de la respiration, peau médiocrement chaude, sèche, sensible au toucher; pouls à 84, dépressible; il semble que l'artère contienne un gaz plutôt qu'un liquide; l'ictère se prononce. — Bouillon, eau de Seltz et glace, potion tonique au Madère, quatre gouttes extrait de quinquina, deux lavements, bains froids.

Sixième jour (8 juillet). — Sommeil la nuit; le malade n'accuse qu'un sentiment de pesanteur dans la région sus-orbitaire; pas de rachialgie, l'intelligence est nette. Les vomissements noirs, qui avaient cessé un moment, ont reparu dans la soirée d'hier, ont continué la nuit et diminué ce matin; ceux qu'on a recueilli sont de la couleur d'une forte infusion de café et laissent déposer un sédiment brunâtre floconneux. Ce liquide est acide, saturé par une dissolution de potasse caustique, il devient plus limpide, les matières se dissolvent, sa teinte tend à se rapprocher de celle du sang; lorsqu'on approche de l'éprouvette qui le contient une baguette de verre trempée dans l'acide chlorhydrique, il s'en échappe des vapeurs blanches d'hydrochlorate d'ammoniaque : l'épigastre est moins sensible à la pression; nausées, soif ardente, une selle, ventre souple, indolore, pouls à 94, respiration entrecoupée; les urines, qui étaient supprimées depuis hier matin, ont coulé cette nuit vers deux heures; elles sont acides, troubles, rouges; essayées par les acides chlorydrique, azotique et sulfurique, avec addition de solution de sucre de canne, d'après les conseils de M Pettenkosser, elles ne donnent aucune trace de bile; l'acide azotique y forme un précipité blanchâtre caillebotté, divisible, qui se liquéfie par la chaleur et ressemble à des débris d'épithélium. — Lait, eau glacée, potion tonique au Madère et quinquina; deux lavements froids, bains froids.

Septième jour (9 juillet). — Faiblesse et abattement extrême, respiration gênée, pouls peu développé, rénittent à 82; même état des urines, pas de vomissements ni nausées. — Même prescription.

Huitième jour (10 juillet). — Un peu de sommeil, avec rêvasseries, ictère peu prononcé, langue moins sèche, quelques selles, toujours un peu d'anxiété de la respiration; pouls à 82, pas de douleurs, lassitudes. Les urines donnent un précipité albumineux abondant et quelques traces de bile; sentiment d'ardeur pendant l'émission. — Lait, eau glacée, lavements froids, bains froids.

Neuvième jour (11 juillet). — Même état, les symptômes précédents diminuent, un peu de diarrhée, urines albumineuses. — Potages, un demi-quart de vin, eau gommée, lavement astringent laudanisé.

Dixième jour (12 juillet). — L'ictère se prononce fortement, teinte safranée, sudaminas sur le cou et la poitrine, faiblesse générale, appétence, soif modérée, langue humide, deux selles blanchâtres, pouls lent régulier à 44 pas d'anxiété précordiale, faiblesse. Les urines contiennent toujours de la bile et de l'albumine. — Alimentation légère, lavement astringent laudanisé froid.

Onzième jour (14 juillet). – L'ictère se fonce de plus en plus, sommeil léger, peau bonne, pouls régulier, même état des urines, trois selles décolorées. — Un quart d'aliment et de vin, eau gommée, lavement de Bittera, vin de Seguin.

Douzième jour (14 juillet). — Plus d'albumine dans les urines, dépôt bilieux et coloration verdâtre par l'acide azotique; traitée par l'acide acétique pur, elles se troublent et deviennent louches, ce qui dénoterait la présence de l'albuminose :

Ut supra :

Les jours suivants, l'état du malade va en s'améliorant sensiblement; les caractères des urines disparaissent, et le 17 il sort de l'hôpital sur sa demande, quoique faible. L'ictère persiste encore.

CHIRURGIE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Service de M. MANEC.

Remarquable vice de nutrition du membre supérieur gauche. — Hypertrophie des téguments et du tissu cellulaire. — Bruit vasculaire passager. — Traitement par la position élevée et la compression méthodique; amélioration.

Guérin [Zénaïde] (1), âgée de vingt-deux ans, née à la Ferté-Macé, demeurant à Paris, rue Saint-Dominique, n° 48, constitution forte; tempérament sanguin. Entrée à l'hôpital de la Charité le 20 février 1854, menstruée dès l'âge de quatorze ans, elle a éprouvé de fréquents retards dans le retour de ses époques menstruelles.

Elle a été plusieurs années en proie à des accès d'hystérie fréquents et d'une grande violence.

A son entrée à l'hôpital, nous constatons les phénomènes suivants : elle soutient de la main droite son bras gauche dont le poids l'oblige à se courber. Le membre est pendant le long du corps, le coude légèrement fléchi, l'avant-bras dans la demi-pronation, le poignet et les doigts dans la demi-flexion. Ce qui frappe au premier abord, c'est son énorme développement depuis l'extrémité des doigts jusqu'à l'empreinte deltoïdienne où la tuméfaction cesse brusquement, et où l'on trouve une cicatrice profonde, déprimée, adhérente aux os, située sur toute la moitié interne de la région. Les doigts sont effilés à leur extrémité, renflés à leur base, leurs plis cutanés sont marqués par des dépressions superficielles. Le dos de la main est tuméfié et présente à sa partie moyenne une ulcération à fond blafard dont les bords sont déchiquetés, et d'où s'écoule

(1) La maladie pour laquelle elle est entrée à l'hôpital de la Charité a débuté, vers le mois d'août 1854, par des douleurs bientôt suivies de paralysie du membre supérieur gauche, avec rétraction des doigts; affection qui céda fort promptement à un traitement approprié, pour faire place à un gonflement considérable. Celui-ci commença, six mois après le début des douleurs, par une tuméfaction uniforme des doigts, du poignet, de l'avant-bras et d'une partie du bras, et resta stationnaire pendant longtemps pour prendre tout à coup, dès les premières chaleurs de l'été de 1855, un accroissement formidable.

Le médecin de la malade, en présence d'une affection si exceptionnelle, crut pouvoir attribuer l'espèce d'hypertrophie du membre à un anévrisme tenant à une lésion des parois artérielles produite dans les convulsions hystériques qui étaient particulièrement violentes dans le bras gauche, où on s'efforçait toujours de les faire avorter par une contention vigoureuse. Le diagnostic de M. Bugnon reçut une sorte de sanction de trois médecins distingués de Caen, MM. Faucon, Leprestre et Boulland, qui, dans une consultation, déclarèrent uniformément :

1° Qu'il n'existe au coude ni sur le trajet des artères aucun mouvement d'expansion appréciable à la main.

2° Qu'à l'aide de l'oreille, on perçoit un mouvement d'expansion correspondant aux battements du cœur, et qu'on fait cesser par la compression de l'artère humérale.

3° Que les signes artériels semblent indiquer l'existence d'un anévrisme spontané.

une sanie purulente, et quelquefois du sang pur en assez grande abondance. Les plis du poignet sont conservés ; au-dessus d'eux, la peau de l'avant-bras forme un énorme bourrelet qui s'avance vers la main. A l'avant-bras, la tuméfaction n'est pas moindre ; elle s'étend ainsi jusqu'à l'empreinte deltoïdienne. Le pli du coude est conservé, et l'engorgement s'y arrondit en une sorte de tumeur due à la conservation même du pli en dedans et au-dessous duquel elle vient augmenter sensiblement la saillie des muscles épitrochléens. Les veines superficielles non-seulement ne sont pas plus développées que de coutume, mais même il est difficile de les retrouver dans les ligaments épaissis.

Le système pileux du membre a subi une remarquable hypertrophie. La peau en est plus colorée que celle du bras sain, mate, écailleuse, considérablement épaissie, notamment sur la partie inférieure de l'avant-bras, où elle présente trois ou quatre gros tubercules, durs, enfoncés dans le derme, ayant l'aspect et la consistance des tubercules d'éléphantiasis. Avant l'entrée de la malade, l'un d'eux a suppuré ; ils paraissent avoir dû débuter par des boutons acnéiformes. Sous l'influence d'une pression soutenue, la peau se déprime et garde l'impression des doigts, surtout au côté interne du pli du coude, où l'engorgement bombe un peu sur les parties voisines. En comprimant en ce point pendant quelques minutes, on trouve profondément comme des grumeaux tomenteux qui glissent sous le doigt. On ne trouve pas d'autres battements que ceux de l'artère humérale ; ceux-ci ne présentent rien de particulier sous le rapport de l'intensité, mais quelquefois il est difficile ou même impossible de les retrouver. Au poignet, on sent les battements de l'artère radiale comme du côté opposé ; il est plus difficile de sentir ceux de la cubitale, qui paraissent affaiblis.

Plus haut, au niveau de l'empreinte deltoïdienne, on sent battre sous le doigt l'artère humérale qui est bien superficielle et sur laquelle la cicatrice aura une certaine constriction; ses parois sont le siége d'un frémissement léger qui ne s'accompagne d'aucun bruit, mais se propage dans la partie supérieure et non dans la partie inférieure du membre.

L'auscultation fournit des renseignements vagues, mais curieux. On n'entend de souffle ni au pli du coude ni sur le trajet de la cubitale, mais on sent un bruissement vibratoire léger entre la cicatrice du bras et au pli du coude. Ce phénomène persiste pendant quelques jours et disparaît.

Le membre est incapable de tout mouvement. Il est le siége d'une douleur continue le long de l'artère cubitale ; la région du coude est douloureuse à la pression. Quelquefois la malade éprouve en cet endroit une *sensation de soulèvement* ou de *corps pesant qui tombe*, expressions par lesquelles elle désigne elle-même ce qu'elle ressent. D'autres fois, il lui semble que quelque chose de très-chaud *y bouillonne*. Habituellement ces phénomènes précèdent, dit-elle, un surcroît de gonflement avec chaleur, douleur et fièvre, et n'ont aucun rapport avec l'éruption menstruelle.

L'état général est satisfaisant, mais le moral est très-déprimé. Du 20 au 30 février, un grand nombre de chirurgiens venaient voir le membre malade; mais aucun d'eux ne lui trouve des caractères suffisamment tranchés pour classer son affection dans le cadre nosologique. M. Chausit, s'arrêtant à l'hypertrophie des téguments, aux tubercules bien marqués du dos du poignet et à l'énorme développement de l'avant-bras et d'une partie du bras, se prononce pour un éléphantiasis. M. le baron Larrey paraît pencher vers la même opinion. M. Broca constate, comme nous, entre la cicatrice du bras et le pli du coude, un frémissement vibratoire très-sensible au doigt et à l'oreille, phénomène que nous avions déjà perçu pendant plusieurs jours et dès l'entrée de la malade, mais qui avait cessé de se faire entendre depuis quelques jours quand M. Broca vit la malade. J'ajoute que trois fois ce frémissement a paru et disparu alternativement de la même manière, et que chaque fois on peut l'entendre pendant cinq ou six jours consécutifs; huit, dix ou quinze jours s'écoulent ensuite avant qu'il ne puisse de nouveau être perçu. Telle est la marche qu'il suit habituellement. Précisons le siége de ce phénomène: ce siége est non pas au pli du coude, mais environ deux travers de doigt au-dessus de cette dernière région ; il semble même tellement limité à cet endroit, que l'investigation la plus minutieuse ne peut réussir à en trouver la moindre trace au pli du coude. Détail important, parce qu'une saignée a été pratiquée sur ce membre il y a plusieurs années, et qu'on pourrait être disposé à établir entre la maladie actuelle et cette saignée une relation de cause à effet.

Si cette relation existait, il y aurait un anévrysme artério-veineux. Mais on est peu disposé à admettre l'existence de cette dernière affection, si l'on songe que la saignée ne présente aucun phénomène insolite, que le sang s'en écoule en nappes d'un rouge brun, couleur ordinaire du sang veineux, qu'il cessa de couler au gré de l'opérateur, et bien plus, que le malade ayant, dans un accès d'hystérie consécutif à la saignée, déplacé le bandage qui recouvrait la petite plaie, aucune hémorrhagie ne se produisit, et dès le lendemain, la cicatrisation était complète. Mais ce n'est pas tout. En admettant que le frémissement vibratoire si nettement perçu fût l'indice certain d'une communication anormale entre l'artère et la veine, on devait admettre que ce phénomène est plus marqué au niveau même de la maladie que partout ailleurs. C'est donc au pli du coude qu'il aurait dû se manifester, tandis qu'il a paru à deux travers de doigt au moins au-dessus de la cicatrice de la saignée.

D'un autre côté, le frémissement vibratoire paraît être d'origine récente, puisque M. Bignon, malgré les soins les plus assidus, les investigations les plus patientes et les plus savamment dirigées, ne l'a pas perçu une seule fois, et qu'il a également échappé à toute une série de médecins distingués et la plupart connus par des travaux scientifiques, MM. Leprestre, Boullaud, de Caen, Desnos, etc., qui tous ont vu la malade avant nous. Notons bien cette circonstance et voyons si nous ne pouvons pas en tirer parti.

Dans les derniers mois de son séjour dans son pays, la malade établissait autour de son bras une compresse circulaire et linéaire, dans l'idée qu'elle empêcherait ainsi l'humeur contenue dans son bras de remonter jusqu'au cœur et de la faire mourir. Cette manœuvre, exécutée chaque jour à l'insu de M. Bignon, détermina bientôt une escarre dont l'étendue est représentée aujourd'hui par une cicatrice semi-circulaire qui embrasse la moitié antérieure du bras. Par la rétraction de ses deux extrémités, cette cicatrice a produit sur tout le pourtour du membre une dépression circulaire et profonde qui exerce sur le paquet des vaisseaux une grande contraction. Or cette contraction ne pourrait-elle pas être considérée comme jouant un grand rôle dans la production du frémissement vibratoire? N'a-t-elle pas une action analogue à celle du stéthoscope, lorsque, dans l'auscultation des vaisseaux du cou, la pression trop forte de l'instrument fait entendre des sons variés qui sont produits mécaniquement? Peut-être cette hypothèse peut-elle éclairer quelque peu le mystère de l'affection dont nous parlons. Nous aurons du reste occasion d'en parler un peu plus loin.

La plupart des chirurgiens consultés avaient conseillé l'amputation, lorsque M. V. Gerdy exprima l'opinion que la position élevée du membre pourrait peut-être avoir sur la marche de l'affection une heureuse influence. M. Manec consent à essayer cette médication à coup sûr inoffensive.

Le 12, M. Manec fait disposer un plan incliné à cinquante ou cinquante cinq degrés ; le bras est placé sur ce plan, où il est maintenu par de nombreux tours de bande.

Le 13, le membre n'est plus reconnaissable, tant son volume a diminué. Au lieu d'être distendue, la peau est flasque et plissée. La douleur est moins forte, les doigts sont un peu mobiles.

Le 14, l'amélioration continue ; on recommande à la malade de ne pas déplacer son bras, dont la nouvelle position commence à la gêner beaucoup. Les jours suivants, nouveaux progrès.

Le 3 avril, la malade se lève pendant qu'on ne la surveille pas, et, contente de soutenir son bras sans efforts, elle se promena pendant quelques minutes ; le soir, au lieu de reprendre la position qui lui a été prescrite, elle met son bras dans son lit, mais bientôt elle ressent les bouillonnements qui sont pour elle le présage presque certain d'une hémorrhagie. A onze heures, au niveau d'un des tubercules de la face dorsale de l'avant-bras, il se fait une éraillure par laquelle le sang s'écoule en nappes colorées comme le sang des capillaires. Un tampon de charpie trempé dans le perchlorure de fer suffit pour mettre fin à cet accident.

Les 6 et 7, nouvelles hémorrhagies présentant le même caractère et arrêtées par le même procédé.

Effrayée par ces phénomènes qui lui rappellent son état antérieur, la malade surmonte courageusement la fatigue que lui cause la position de son bras sur le plan incliné. Elle ne tarde pas à se féliciter de cette bonne détermination. Au bout de quelques jours les doigts se fléchissent et s'étendent facilement et sans douleur, l'articulation du poignet et même celle du coude se meuvent librement. La douleur du membre est presque nulle, la peau forme, au coude et à la partie inférieure de l'avant-bras, des bourrelets flasques et plissés, enfin la malade se sert avec ménagement de son bras pour tenir sa broderie. Elle se lève un moment.

Le 20 avril, dans la nuit, la douleur reparaît plus vite, les bouillonnements des plis du coude se font sentir, il survient quelques frissons, de la fièvre et de la céphalalgie.

Le lendemain, à la visite, ces symptômes persistent, la malade pleure, le membre est chaud, un peu plus volumineux que la veille, d'une rougeur érysipélateuse qui remonte jusqu'au sein du même côté. Le pouls est plein et fréquent, la soif est vive la langue blanche, la céphalagie violente. Diète et repos, — boissons. — Notons que cet état n'est nullement sous l'influence des règles, qui ont paru, il y a quelques jours, en quantité satisfaisante.

Le 22, au niveau de l'ulcération qui occupe le dos de la main, hémorrhagie capillaire qui coule longtemps. Il s'écoule environ un litre de sang, dont la perte épuise sensiblement la malade. La rougeur du membre diminue beaucoup, et son volume redevient tel qu'il était avant l'indisposition dont nous venons de parler. Les jours suivants, les forces et l'appétit ont reparu, et le bras a recommencé à fonctionner. L'ulcération du dos de la main se déterge et marche rapidement vers la cicatrisation qui est complète dès les premiers jours de mai.

M. Chausit revient à la Charité et constate les avantages obtenus depuis un mois. M. Manec lui ayant demandé s'il croit encore à un éléphantiasis, il répond qu'il persiste dans son premier diagnostic ; suivant lui, l'affection a cédé du terrain parce qu'on a enrayé sa marche, mais l'amélioration actuelle ne doit pas faire rejeter l'existence de l'éléphantiasis, qui est incontestable.

L'engorgement du membre ayant diminué, son exploration est devenue plus facile. L'attention de M. Manec se porte spécialement vers le pli du coude, qui fait toujours une certaine saillie sur les parties voisines. Nous avons déjà fait voir comment la présence du pli, arrêtant seulement l'engorgement en haut, l'avait rejeté vers le côté interne et antérieur de la région qui était en même temps le plus déchiré, et nous avons noté l'influence que cela avait eu sans doute sur la forme spéciale de cette espèce de tumeur formée principalement par de l'œdème et remplacée aujourd'hui en grande partie par des plis de la peau. Ce qui reste de cette saillie se laisse déprimer avec facilité, et le doigt arrive sur l'artère humérale dont les pulsations ne présentent, quant à leur intensité, rien de spécial ; maintenant, ces pulsations sont complétement insensibles, ou du moins ne les retrouve-t on pas. On ne sent sur le trajet de l'artère aucune tumeur ; on n'y entend aucun bruit. Sur l'origine de l'artère cubitale on sent au contraire des inégalités d'une consistance comme tomenteuse qui se déplacent en frottant les unes contre les autres ; l'annulation ne découvre là rien d'anormal. On trouve avec peine les pulsations de l'artère à la partie inférieure de l'avant bras. Le membre malade a été pesé, son poids n'est plus que de douze livres.

Le frémissement vibratoire que nous avions si nettement perçu a complétement disparu. Nous n'en avons pas retrouvé le plus léger indice depuis plusieurs mois. Ceci semble confirmer l'opinion que nous avons émise sur la cause de ce phénomène. En effet, si l'on réfléchit que la position élevée du membre facilite tout à la fois et la circulation artérielle dont les canaux perdent par cette position même, et la circulation veineuse qui n'a plus à lutter contre la pesanteur, on ne peut admettre que cette position ait été la cause déterminante de l'oblitération d'une communication anormale entre l'artère et la veine, à supposer que cette communication existât. De plus, depuis que l'engorgement des membres est réduit à des proportions relativement très-médiocres, et que par suite la constriction exercée sur les vaisseaux est moins serrée, le frémissement vibratoire a si complétement disparu que nous ne pouvons, aujourd'hui, le considérer comme ayant été dans la maladie un phénomène, sinon éphémère, du moins fort passager, et lié sans doute à cette constriction, puisqu'il a diminué en même temps qu'elle-même. Dans cette hypothèse, la maladie dont nous avons fait l'histoire serait une éléphanti sis, et le trouble circulatoire qui a produit le frémissement aurait eu sa cause en dehors de l'artère et de la veine. De sorte qu'on comprend facilement pourquoi le gonflement du membre aurait précédé les bruits vasculaires.

Les sensations si remarquables de *bouillonnement*, de corps *pesant qui tombe*, comme si une tumeur pédiculée existait sur le trajet des artères, sensations qui ont si souvent tourmenté la malade, ne se sont pas présentées depuis longtemps. Il en est de même des hémorrhagies et de ces sortes d'érysipèles avec symptômes généraux qui ont plusieurs fois fait craindre des accidents sérieux.

Les douleurs ne suivent plus le même trajet. Il est rare qu'elles se fassent sentir le long de l'artère cubitale. Habituellement elles suivent de préférence le nerf médian. Elles s'étendent souvent jusque dans le pouce et le médian, mais elles sont assez légères pour que la malade, qui aime beaucoup à se plaindre, n se plaigne presque jamais.

Plusieurs fois déjà on a essayé d'appliquer sur le membre malade un bandage légèrement compressif, M. Manec espérant que la compression aurait une influence bien plus marquée que la ponction, mais la fréquence des érysipèles en avait rendu impossible l'usage. Après avoir appliqué pendant quinze ou vingt jours des vessies pleines de glace pilée ou d'eau de glace sur le pli du coude, M. Manec s'aperçut que les douleurs étaient beaucoup moindres, et résolut d'essayer la compression que les érysipèles devenus de plus en plus rares n'empêchaient plus d'expérimenter.

Le 15 août, un bandage compressif, partant du bout des doigts et s'étendant jusqu'au-dessus de l'empreinte deltoïdienne, est appliqué sur le membre. Au-dessous du bandage et au niveau du coude sont étagées des rondelles d'agaric. A la place du plan incliné inamovible, on a disposé un petit appareil à suspension sur lequel la malade place son bras, en lui donnant l'inclinaison qui la fatigue le moins et qu'elle peut varier à volonté. Pendant le jour, elle se lève, travaille à la broderie et se promène comme les autres personnes de la salle. Souvent même elle fait de longues courses en dehors de l'hôpital sans soutenir son bras.

Habituellement cet exercice ne l'incommode pas ; mais elle dit que si elle marchait ou travaillait longtemps, elle verrait bientôt reparaître et les hémorrhagies et les érysipèles. En un

mot, elle prend du repos quand l'exercice commence à devenir fatigant et dangereux. Le bras est plus volumineux et plus pesant que celui du côté opposé, mais la différence est peu sensible, et d'ailleurs l'amélioration fait encore chaque jour des progrès lents, mais incontestables. Il semble que le système pileux est moins développé qu'il y a quelques mois. La coloration du membre est toujours un peu plus brune qu'en aucune autre partie du corps.

Voici tous les bénéfices que le malade a retiré d'une médication de plusieurs mois; nous aurons occasion plus tard de revenir sur cette observation, nécessairement incomplète, et nous avons l'espoir de pouvoir à cette époque enregistrer un succès définitif. DEVALTZ.

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 octobre 1857.

Présidence de M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Géographie et météorologie des Indes. — MM. HERMANN, Ad. et Rob. SCHLAGINTWEIT exposent, par l'organe de ce dernier, les résultats généraux d'une mission qui leur a été confiée par S. M. le roi de Prusse et par la Compagnie des Indes pour explorer l'Inde et la haute Asie.

Géologie. — Observations sur les gîtes stannifères de la Bretagne, par M. DUROCHER.

Mécanique. — Sur une nouvelle machine à vapeur marchant par l'éther, par M. TISSOT.

Phosphore rouge. M. NAPOLI adresse une réclamation de priorité pour avoir signalé le premier, et avant M. Schrotter, qui a reçu un prix de l'Académie, au moins une partie des propriétés du phosphore rouge.

Destruction des insectes des grains. — M. GARREAU adresse une réclamation de priorité pour avoir proposé l'emploi du sulfure de carbone pour détruire par anesthésie les insectes destructeurs des grains. L'auteur adresse, à l'appui de sa réclamation, une note imprimée que les *Comptes rendus* ne publient point et dont il nous est impossible, par conséquent, d'apprécier la valeur.

Variole. — M. LALAGADE adresse un mémoire qui a pour titre, suivant les *Comptes rendus* : « Epidémie de petite vérole à Albi; heureux effets de la revaccination, son INVIOLABILILITÉ. »

Anatomie du système nerveux. — M. FLOURENS, au nom de M. Lenhossek, présente un ouvrage orné de très belles planches sur l'anatomie des centres nerveux. Les *Comptes rendus* ne donnent pas d'autres détails sur les observations qui peuvent être propres à cet anatomiste.

Physiologie végétale. — M. GUILLEMIN adresse la note suivante, intitulée :

Développement de la matière verte des végétaux et flexion des tiges sous l'influence des rayons ultra-violets, calorifiques et lumineux du spectre solaire. — Dans la séance du 18 juillet dernier, dit-il, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie les résultats d'un travail qui m'avait conduit aux conclusions suivantes ;

1° Les rayons ultra-violets déterminent la formation de la matière verte des végétaux ;

2° Ces mêmes rayons opèrent la flexion des tiges plus rapidement que les rayons de la partie visible du spectre.

Je donnais alors comme certaine la première proposition ; je conservais seulement quelques doutes sur la seconde. D'autres recherches, faites à Versailles pendant l'été remarquablement beau qui vient de s'écouler, ont pleinement confirmé ces deux premières propositions, et m'ont conduit à des résultats nouveaux.

Mes expériences m'ont fait connaître que la plupart des rayons calorifiques, lumineux et chimiques du spectre solaire agissent plus ou moins sur les jeunes végétaux, pour déterminer la flexion des tiges ou la formation de la chlorophylle.

Afin d'évaluer le mieux possible l'action de chacune des radiations, j'ai fait usage comparativement de divers prismes de quartz, de sel gemme, de flint et de flint pesant. Le quartz est le plus transparent de tous pour les rayons réfrangibles, le sel gemme laisse mieux passer les rayons calorifiques, et les deux dernières substances, le flint pesant surtout, sont moins transparentes que les premières pour les rayons situés au delà du rouge et du violet. De même que le flint pesant, l'atmosphère absorbe abondamment les rayons de grande et de faible réfrangibilité, quand elle se présente sous une épaisseur considérable.

Les résultats auxquels je suis arrivé sont en apparence très variés, mais leur concordance parfaite est facile à apercevoir, quand on tient compte du plus ou moins de transparence de chacune de ces substances et de l'atmosphère pour les divers rayons. Dans le phénomène de la tendance des tiges vers la lumière, j'ai observé que le maximum d'action varie et se déplace à peu près dans les mêmes circonstances que les maxima de chaleur et d'action chimique. Les rayons ultra violets présentent un maximum d'action que j'appelle *premier maximum*; les rayons calorifiques en présentent un autre que je désigne sous le nom de *second maximum*. Ce dernier s'efface et se rapproche du jaune quand on se sert des prismes de flint, ou quand le soleil est peu élevé au-dessus de l'horizon; ces deux maximum sont séparés par un minimum qui est dans les rayons bleus. Enfin la flexion des tiges a indiqué, au delà du violet, un prolongement du spectre beaucoup plus considérable que celui dont la limite est donnée par les substances fluorescentes et l'iodure d'argent.

En prenant les résultats du spectre du prisme de quartz pour les rayons très-réfrangibles, du spectre du sel gemme pour les moins réfrangibles, et du spectre du flint pour les rayons de réfrangibilité moyenne, je puis résumer mon travail dans les conclusions suivantes :

1° Les jeunes plantes étiolées se courbent sous l'influence de tous les rayons du spectre solaire; les rayons calorifiques les moins réfrangibles ou les rayons de basse température paraissent seuls faire exception.

2° Le premier maximum de flexion des tiges est situé entre les raies H et I, dans les rayons ultra-violets.

3° Dans le spectre obtenu à l'aide du prisme de quartz, la limite à laquelle s'arrête la flexion des tiges dépasse celle des rayons plus réfrangibles que le violet indiquée par les substances fluorescentes et l'iodure d'argent.

4° Le second maximum de flexion des tiges, moins prononcé et moins fixe que le premier, est situé dans la région calorifique; ce maximum se rapproche d'autant plus des raies E et *b* dans le vert, que la hauteur du soleil au dessus de l'horizon est moindre ou que l'atmosphère est plus chargée de vapeurs qui en troublent la transparence.

5° Ces deux maximums sont séparés par le minimum qui est situé dans les rayons bleus, près de la raie F de Fraunhofer.

6° La flexion latérale s'étend au delà du rouge et du violet extrêmes; elle a pour centre les rayons indigo; elle se produit souvent malgré la présence des écrans qui séparent les différents rayons colorés.

7° Le développement de la matière verte est à son maximum dans le jaune; il diminue lentement en allant vers le violet, dépasse cette limite et devient nul dans les derniers rayons fluorescents.

8° Du côté du rouge, l'aptitude des divers rayons à déterminer la formation de la matière verte décroît plus rapidement; les rayons orangés et rouges la possèdent à un haut degré; elle diminue au voisinage de la raie A, dépasse cette limite et ne cesse que dans les rayons calorifiques, près du maximum de chaleur.

9° Les rayons bleus, verts, jaunes, orangés et rouges font verdir plus rapidement les feuilles étiolées que les rayons solaires directs. L'action du jaune est presque égale à celle de la lumière diffuse atmosphérique.

10° Les rayons polarisés paraissent agir, à l'intensité près, comme les rayons naturels.

11° Le principe de l'identité des radiations, qui repose déjà sur l'observation d'un grand nombre de phénomènes physiques, est ici pleinement confirmé, dans l'ordre physiologique, par l'analogie du mode d'action des rayons calorifiques et ultra-violets sur la flexion des tiges et le développement de la matière verte.

Météorologie. — M. Ch. MARTINS adresse une note sur la quantité de pluie tombée à Montpellier du 21 au 28 septembre 1857.

— Lettre sur l'éruption actuelle du Vésuve, par M. PALMIERI.

Le Rédacteur en chef, H. DE CASTELNAU.

PARIS. — Imprimerie de PILLET fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 127. 5e ANNÉE. Jeudi, 22 octobre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, [illegible]

Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . . 3 mois. . . . 7 fr. — 6 mois. . . . 12 fr. — 1 an. . . . . . 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 21 octobre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

Quand on parle à l'Académie de nomenclatures bizarres, M. Piorry se croit obligé de réclamer. A la séance d'hier, M. le président a prononcé ces deux mots, et le verdoyant professeur n'a pas manqué à la consigne qu'il s'est donnée à lui-même. Il a d'abord vigoureusement relevé M. le président d'avoir taxé sa nomenclature d'étrangeté, de *bizarreté* et de barbarie, et l'a fièrement mis au défi de prouver son accusation.

M. Michel Lévy s'est défendu d'avoir taxé son fougueux adversaire de barbarie, encore moins de *bizarreté*, et, avec une générosité pleine de grâce, M. le président a ajouté qu'il avait parlé de nomenclatures étranges au pluriel, ce qui prouve qu'il y en a plus d'une de cette espèce, et qu'il n'avait point, par conséquent, entendu désigner celle de M. Piorry en particulier. L'escarmouche s'est terminée là, et une discussion très-confuse s'est engagée sur le rapport officiel de M. Guérard, relatif à la constatation des causes de décès. Cette confusion même, et la décision qu'a prise l'Académie de voter, dans la prochaine séance, sur les conclusions, nous obligent à dire, plus tôt que nous ne l'aurions désiré, ce que nous pensons d'une statistique des causes de mort. Seulement, comme c'est là un sujet qui exige de sérieuses réflexions, la discussion d'hier l'a bien prouvé, nous sommes obligés de renvoyer au prochain numéro ce que nous avons à dire sur le fond de cette grave question. Quant à la forme, ou pour mieux dire, au procédé de discussion que l'Académie a adopté, sur la proposition de M. Moreau, il est loin d'être le meilleur et le plus conforme aux usages reçus. De tout temps et dans toutes les assemblées, il est de règle qu'on discute l'ensemble d'un projet de loi avant d'en discuter les articles, et il ne faut même être guère plus fort que M. Moreau pour comprendre qu'il n'en peut être autrement : si en effet la discussion de l'ensemble prouve que la base même du projet porte à faux, ce serait bien vainement qu'on se donnerait de la peine et qu'on userait de l'éloquence pour discuter chaque article. N'est-il pas même arrivé que, malgré cette précaution qu'ont eue les assemblées délibérantes de discuter d'abord l'ensemble des projets, cet ensemble a été repoussé lorsque déjà tous les articles en particulier avaient été adoptés ? L'histoire des parlements fourmille d'exemples de cette espèce. C'est donc avec raison que MM. Velpeau et Piorry (aucun accouplement n'est impossible) se sont opposés à la discussion de chacune des conclusions ; leur tort, celui de M. Velpeau surtout, a été de ne pas insister assez sur son opinion, qu'avec un peu de persistance il eût certainement fait triompher. Au reste, nous croyons que l'Académie ne s'est pas irrévocablement liée par sa décision d'hier ; nous avons la conviction, en tous cas, qu'il y va grandement de son intérêt de se délier, et M. Velpeau, qui prend tant à cœur la dignité de l'Académie, fera bien de renouveler dans la prochaine séance sa proposition, et de faire rouvrir de nouveau la discussion générale. Nous espérons contribuer à démontrer daus notre prochain article combien elle est indispensable ; malgré son immense importance, personne hier n'était préparé à l'Académie, si ce n'est peut-être le rapporteur et M. Michel Lévy.

Toute confuse qu'elle ait été, cette discussion n'en a pas moins rempli toute la séance. L'Académie aurait eu le temps cependant d'entendre une communication fort intéressante de M. Mercier, et nous ne savons pourquoi le bureau a eu la sévérité de refuser à M. Mercier la faveur de se faire entendre. En lisant la note que nous publions de cet honorable spécialiste, nous ne doutons pas que nos lecteurs ne trouvent trop rigoureuse la décision du bureau.

H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

PAR M. BAZIN,

Recueillies et rédigées par M. Pouquet, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122 et 125.)

Je vous ai déjà dit que les disciples de Willan eux-mêmes confondaient souvent ces diverses affections symptomatiques les unes avec les autres, et donnaient le nom d'herpès circiné à l'érythème de forme annulaire ou réciproquement ; souvent

aussi l'herpès circiné pustuleux est pris pour de l'herpès vésiculeux.

Quant à nous, nous croirions employer notre temps en pure perte, si nous vous entretenions plus longtemps d'aussi futiles distinctions, puisque pustules, vésicules, érythème, etc..., peuvent également se produire par le seul fait de la présence du parasite végétal, et qu'il n'est pas rare d'ailleurs de trouver ces affections réunies chez un même malade. La seule chose importante, c'est de ne pas oublier la disposition spéciale que ces éruptions affectent, qu'elles soient vésiculeuses ou pustuleuses, limitées à d'étroites surfaces, ou, au contraire, très-étendues.

Pourquoi le trichophyton a-t-il une prédilection aussi marquée pour la forme circulaire qui, d'ailleurs, il faut le savoir, n'appartient pas à lui seul ? Je ne saurais vous le dire ; mais le défaut d'explication ne peut rien contre le fait ; et le rapport qui existe entre les champignons et la disposition en cercle est tellement intime et tellement constant, qu'à la simple vue d'une éruption de forme circulaire et surtout annulaire, nous pensons immédiatement au parasite.

A propos du diagnostic, nous reviendrons sur la valeur de ce caractère. Disons seulement ici que la disposition dont nous parlons n'est pas toujours rigoureusement et exactement circulaire. Les auréoles inflammatoires représentent quelquefois des lignes elliptiques, des arcs de cercle, tantôt isolés et tantôt réunis par leurs extrémités, et embrassant parfois dans leur courbure la plus grande partie de la face du cou et même du thorax...

L'altération primitive des poils est aussi un des symptômes qui appartiennent à la première période de la teigne tonsurante. En quoi consiste cette altération ? Le premier phénomène qui frappe les yeux est ordinairement un changement de couleur, les cheveux, qui étaient blonds ou noirs, deviennent rougeâtres, fauves, gris cendré... et en même temps ils paraissent, comme à la même période de la teigne faveuse, plus ou moins ternes et secs. Leur consistance n'est plus la même, ils sont friables et se brisent spontanément à quelques lignes de la surface tégumentaire.

Par suite de cette altération, ils ne peuvent être qu'imparfaitement extraits avec la pince ; les plus malades se cassent toujours malgré les soins et l'habileté de l'épileur. N'oubliez jamais cette difficulté de l'épilation dans la teigne tonsurante, parce qu'elle nous donne l'explication de faits très-importants sur lesquels j'attirerai de nouveau votre attention, quand nous parlerons du pronostic et du traitement de cette affection.

Tous les cheveux, sur les parties où germe le trichophyton, ne sont pas, on le comprend, altérés au même degré ; ce sont les plus malades qui se cassent les premiers ; et, à une époque rapprochée du début de la maladie, ces poils brisés sont rares, et il faut une certaine habitude pour les apercevoir au milieu d'une épaisse chevelure et déjà entourés de débris épidermiques abondants.

Mais à mesure que la maladie avance en âge, ils deviennent plus nombreux ; la tonsure se dessine, et un moment vient où l'on ne voit plus sur les surfaces affectées qu'un ou deux bouquets de poils, flétris, décolorés, ayant encore cependant conservé leur longueur normale et avoisinant ordinairement la circonférence plutôt que le centre. Enfin, ces derniers ne tardent pas à subir le sort des autres, et la tonsure produite par la maladie simule alors à s'y méprendre une tonsure artificielle, d'autant plus qu'elle offre comme cette dernière une forme circulaire rappelant la disposition favorite des éruptions primitives.

Ainsi la brisure des poils et la tonsure qui en est la conséquence sont des symptômes que je range dans la première période de la teigne tonsurante; mais immédiatement après leur apparition, la deuxième période commence ; de sorte qu'on pourrait, à juste titre, les considérer comme des phénomènes de transition entre la première période et la deuxième.

Deuxième période. — Elle est essentiellement caractérisée par l'apparition du parasite à la surface de la peau. Les démangeaisons persistent, quelquefois aussi vives que dans la première période, presque toujours plus franches à cause de la disparition des éruptions symptomatiques, lesquelles s'accompagnent en effet, dans la plupart des cas, de chaleur, de tension... toutes sensations qui, s'unissant au prurit, en modifient le véritable caractère. Toutefois, les éruptions symptomatiques primitives n'ont pas toujours disparu quand la deuxième période commence, et les phénomènes qui appartiennent aux deux périodes se trouvent réunis sur une même surface malade. Nous avons vu l'herpès squammeux ou tonsurant s'étendre régulièrement du centre à la circonférence par l'évolution successive des vésicules ; il n'est donc pas étonnant qu'à la circonférence, sur les parties récemment envahies, on observe des altérations moins avancées qu'au centre où la maladie existe depuis longtemps. Ici ce sont des symptômes qui appartiennent à la deuxième période ; là ce sont encore ceux que nous avons rattachés à la première. On comprend aisément qu'en pareil cas les caractères primitifs des démangeaisons ne changent pas.

Le champignon, ai-je dit, paraît immédiatement après la rupture des poils et pendant la formation des tonsures. Ces deux phénomènes se suivent de si près, qu'il m'a été longtemps impossible de savoir lequel des deux précédait l'autre ; et ce n'est qu'après des observations multipliées que j'ai cru pouvoir établir l'ordre de succession que je viens de vous indiquer. Aussi quand sur une plaque de teigne tonsurante vous verrez paraître le champignon (prenez garde de le confondre avec des squames épidermiques), ne craignez pas d'affirmer qu'il y a des poils brisés sur la même surface, examinez avec soin, et, s'il est nécessaire, aidez-vous de la loupe ; cherchez avec confiance, car je vous donne l'assurance que vous n'aurez pas cherché en vain. Le parasite se montre sur les poils brisés et sur l'épiderme en même temps. Sur les poils, il prend la forme d'une gaîne amiantacée, d'un blanc mat, complète ou incomplète. Dans ce dernier cas, on voit, au centre de la petite masse blanche constituée par le champignon, un point noir qui répond à l'extrémité libre du poil cassé. Mais plus souvent la gaîne est complète, et les poils, entièrement cachés à la vue, ne se peuvent reconnaître qu'à la saillie de la matière cryptogamique. Ils simulent, quand ils sont nombreux, une surface couverte de gelée blanche.

Le champignon qui se développe sur l'épiderme dans les intervalles des poils forme, par la réunion de ses éléments, une substance floconneuse ou lamelleuse, dont la couleur blanche est un des caractères les plus saillants. En réalité, cette substance ne diffère pas de celle qui constitue les gaînes ; seulement la disposition des éléments est un peu différente, et en rapport avec le siége qu'occupe le parasite. Il est difficile de commettre quelque méprise sur la nature de ces gaînes blanches qui entourent plus ou moins complétement les poils cassés dans la teigne tonsurante ; et je ne saurais dire avec quoi on pourrait les confondre. Leur existence, bien constatée, a une très-grande valeur quand il s'agit de poser un diagnostic; c'est un signe qui suffit à lui seul, un signe vraiment pathognomonique de cette espèce de teigne. Toute la difficulté consiste à le trouver là où il existe, et le seul moyen de surmonter la dificulté est d'observer beaucoup de malades affectés de teigne tonsurante, car la première fois, les gaînes chanpignonneuses les mieux caractérisées passent inaperçues aux yeux de ceux qui les cherchent. Quant aux flocons blancs formés par le même végétal parasite (trichophyton), on pourrait plus aisément les confondre avec les squammes épidermiques au milieu desquels ils sont répandus; car une hypersécrétion d'épiderme ordinairement très-abondante accompagne le champignon qui se manifeste au dehors, et constitue un des symptômes les plus constants et les plus remarquables parmi ceux qui appartiennent à la deuxième période de la teigne tonsurante. Cependant la distinction entre l'élément parasite et l'élément cutané est tou-

jours possible; le champignon, nous l'avons déjà dit, est blanc, floconneux, sans forme bien déterminée; l'épiderme, au contraire, est jaunâtre ou grisâtre plutôt que blanc, et sa disposition est toujours manifestement écailleuse. Chez certains malades, les caractères propres aux deux éruptions sont parfaitement accusés, et l'on peut faire sur eux une bonne étude comparative.

Les surfaces couvertes de poils brisés, de champignons et de débris d'épiderme, ont des dimensions très-variables. Quelquefois il n'y a qu'une seule plaque; souvent il y en a plusieurs qui tantôt demeurent isolées, et tantôt se réunissent, formant ainsi (principalement au cuir chevelu) de larges surfaces tonsurées, sur lesquelles on retrouve encore des vestiges de la forme circulaire.

Quand les tonsures se forment, ou quand elles sont formées, il est bien rare de ne pas observer une modification dans la couleur tégumentaire; les surfaces malades deviennent habituellement plus foncées, et tranchent plus ou moins sur la peau saine qui les environne. Mais, comme ces changements de couleur varient suivant la région qu'occupe la teigne tonsurante, nous en parlerons plus tard avec plus de détails en décrivant les variétés de siége de cette affection. En même temps la surface des tonsures paraît soulevée, saillante d'un ou deux millimètres au-dessus du niveau des parties voisines. Cet aspect est dû sans doute à l'hypersécrétion épidermique et à la turgescence des follicules pileux, qui, remplis de champignon, donnent aux surfaces qu'ils occupent l'aspect d'une peau de chagrin.

Enfin les poils sont plus altérés qu'à la première période; ils sont brisés, recouverts de champignon, et il est très-difficile de les arracher en totalité la racine restant presque toujours dans le follicule qui la renferme.

Troisième période.— Le champignon qui occupe le follicule pileux, après avoir détruit la capsule et le bouton, arrive à la surface de l'organe sécréteur du poil et l'enflamme. De nouvelles éruptions symptomatiques se manifestent donc à ce moment; mais l'inflammation affectant des parties plus profondément situées, ces éruptions auront une durée plus longue et des caractères différents de ceux qui appartiennent aux éruptions primitives. En même temps, le parasite disparaît à la surface de la peau, et bientôt on ne voit plus en aucun point ni gaînes, ni lamelles argentées. Les tonsures deviennent pustuleuses et se couvrent de croûtes jaunâtres ou brunâtres, au travers desquelles on voit souvent passer quelques poils flétris et brisés. Alors la maladie a changé d'aspect à tel point qu'elle est presque toujours confondue (au cuir chevelu) avec une scrofulide bénigne exsudative, ou avec le favus et particulièrement avec le favus scutiforme. L'inflammation reste rarement limitée aux follicules pileux; elle s'étend aux aréoles voisines du derme; aussi les pustules sont-elles ordinairement accompagnées ou suivies d'indurations profondes, de nodosités, de véritables tubercules cutanés ou sous-cutanés, qui, tantôt rares et isolés, tantôt nombreux et agglomérés sur d'étroites surfaces, donnent aux parties malades un aspect inégal, mamelonné, tout particulier. Il est rare de ne pas trouver aussi quelques furoncles au milieu des pustules et des tubercules. Les indurations tuberculeuses disparaissent presque toujours par résolution, surtout sous l'influence d'un traitement convenable. Il en est autrement des pustules et des furoncles qui s'ouvrent à l'extérieur et sont assez souvent le point de départ de petites végétations fongueuses qui font saillie à la surface des téguments, entretenues d'ailleurs par les poils malades qui les entourent.

Que se passe-t-il donc dans les follicules pileux, quand ces phénomènes inflammatoires arrivent, et que deviennent les poils déjà si profondément altérés dans les périodes précédentes? Une sécrétion purulente assez abondante a lieu dans le follicule dont les parois sont enflammés dans toute leur étendue. Le pus sécrété joue, à l'égard du champignon qu'il baigne, le rôle d'un agent parasiticide. Le cryptogame est donc détruit, au moins en très-grande partie; et il est, sinon impossible, au moins très-difficile de trouver des spores sur les poils. J'insiste sur ce fait, parce qu'il est complétement ignoré de la plupart des médecins et des micrographes, et qu'il est le point de départ du plus grand nombre d'objections qu'on nous adresse. Nous considérons, en effet, le sycosis comme la troisième période de la teigne tonsurante; et nous disons que cette teigne résulte toujours de la présence sur les poils d'un végétal parasite appelé trichophyton. Voici donc que, pour vérifier nos assertions, on va prendre, pour l'examiner au microscope, précisément tel poil flétri, jaunâtre, qui passe au centre d'une pustule, parce qu'on le croit plus malade que les poils environnants. Mais on a beau chercher, on ne trouve pas le champignon annoncé, et l'on se hâte d'en conclure qu'il n'a d'existence que dans notre imagination. Or, ce champignon, qui a existé autrefois, et qui peut-être existe encore, ne se trouve plus aujourd'hui sur le poil que vous examinez. Par sa présence, il a provoqué dans le follicule une sécrétion purulente dont il a été la victime. Ce n'est donc pas ce poil qu'il faut prendre si l'on veut découvrir au microscope les éléments caractéristiques du végétal parasite, mais un autre des environs qui ne sera point encore entouré par une pustule, et qui n'offrira que les altérations rattachées par nous à la deuxième période. N'oubliez donc jamais ce fait important, capital dans l'histoire de la teigne tonsurante: *destruction plus ou moins complète du parasite par le pus;* car s'il nous donne l'explication de certaines erreurs trop répandues, il nous fait comprendre aussi comment la guérison spontanée peut quelquefois arriver dans la teigne tonsurante.

Malheureusement le pus ne se borne pas à détruire le parasite, il sépare des parois du follicule le poil, qui peu à peu se détache et ne tarde pas à tomber. A ce moment, écoutez bien ceci, deux choses peuvent arriver: ou bien les parois du conduit pilifère enflammées se rapprochent et se réunissent, et le follicule est oblitéré; toute reproduction du poil est donc impossible; il y a donc dans ce cas guérison spontanée, mais en même temps calvitie définitive; — ou bien (c'est le cas le plus fréquent) la papille pileuse sécrète encore, malgré une altération profonde dans sa structure, les éléments nécessaires à la formation du poil; mais, par suite de cette altération, le poil nouvellement formé ne peut avoir ses caractères normaux, il est rouge et jaunâtre, très-grêle, il n'a pas de capsule, et l'examen microscopique nous montre que ses éléments sont totalement confondus. Cependant ce poil vit encore, et par sa présence il contribue puissamment à entretenir l'inflammation suppurative dans le follicule d'où il naît. Alors tout espoir de guérison spontanée doit être abandonné; le poil malade est un séquestre dont il faut débarrasser le follicule. L'épilation est donc nécessaire, indispensable, n'y eût-il plus de champignon, et c'est dans ces circonstances qu'elle fait merveille. Aussi ai-je pu dire en toute vérité que les vieilles mentagres étaient plus faciles à guérir que les récentes, et que, le plus souvent, une seule épilation suffisait pour guérir radicalement les malades. C'est vraiment là le triomphe de notre méthode thérapeutique.

Ainsi, en résumé, le trichophyton produit, quand il se développe sur la peau de l'homme: d'abord des éruptions fugitives, érythémateuses, vésiculeuses ou pustuleuses; plus tard une hypersécrétion d'épiderme, et en dernier lieu une inflammation profonde des conduits pilifères. Chacun de ces trois principaux phénomènes correspond à chacune des périodes que nous avons admises dans la marche de la teigne tonsurante, et il n'est pas rare de les trouver réunis. Voilà la règle générale; signalons maintenant les exceptions.

Quelquefois l'ordre des symptômes n'est pas celui que nous venons d'indiquer, ou, pour mieux dire, une ou deux périodes peuvent manquer; de sorte que l'inflammation suppurative profonde peut être le premier phénomène observé. Mais ces

cas sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense; les symptômes qui appartiennent aux premières périodes ont parfois une marche si rapide et une durée si courte, qu'ils sont inaperçus; et le malade ne fait remonter le début de l'affection dont il est atteint qu'à l'époque où des boutons rouges et durs à la base et purulents au sommet ont paru en différents points du visage.

Quant à l'intervalle de temps qui sépare les périodes, il est extrêmement variable, et à cet égard le traitement suivi a une influence des plus marquées. Qu'un malade affecté d'herpès circiné à la face recule devant l'épilation qui lui a été proposée comme moyen curatif, et se borne aux applications parasiticides, l'herpès durera très-longtemps et pourra disparaître et reparaître plusieurs fois, occupant toujours les mêmes surfaces. Que se passe-t-il donc là, et pourquoi la maladie n'arrive-t-elle pas plus tôt à la troisième période? Le champignon qui produit l'éruption herpétique peut n'exister qu'entre les deux lames de l'épiderme et sur les poils de duvet; or, par le seul usage des lotions ou des onctions parasiticides, on peut détruire le champignon situé à la surface tégumentaire; mais on n'atteint pas celui qui occupe la racine des poils follets, et voilà pourquoi l'éruption ne disparaît pas ou se montre de nouveau après avoir disparu. Mais le même traitement a pour effet de s'opposer, jusqu'à un certain point, à l'extension du parasite sur les poils parfaits, et c'est ce qui nous explique pourquoi la maladie a tant de peine à passer à la période mentagreuse. Nous avons souvenir d'avoir donné des soins à un malade de la ville qui, par sa faute, et pour n'avoir pas voulu se laisser extraire les poils de la barbe, garda plus de dix-huit mois, à la première et à la deuxième période, une teigne tonsurante dont il était affecté. Ici, à l'hôpital, nous sommes rarement témoins de faits de ce genre, parce qu'on épile immédiatement les malades quand cette opération est indiquée.

Le traitement n'est pas la seule cause qui rende variable la durée des diverses périodes de la teigne tonsurante. Il faut également tenir compte de certaines conditions générales et locales dont les unes (surtout les générales) souvent nous échappent, quoique leur influence ne puisse être révoquée en doute, et dont les autres nous sont mieux connues. Il y a des idiosyncrasies incontestables : chez tel malade, l'herpès circiné disparaît en quelques jours, et chez tel autre, il dure plusieurs mois sans que l'on puisse trouver dans la constitution ou dans le développement du système pileux l'explication de cette différence.

Avec de pareilles variations dans les périodes, on conçoit que la durée totale de la maladie ne puisse être rigoureusement déterminée. On peut dire cependant qu'en général la teigne tonsurante est une maladie longue, qui persiste habituellement plusieurs années quand elle arrive à la troisième période; déjà je vous ai parlé de ces vieilles mentagres de quinze, vingt ans, qui se présentent quelquefois au traitement externe. Mais lors même que le développement du système pileux sur les régions envahies ne permet pas à l'affection de dépasser la période pityriasique, ou même la période herpétique, on ne peut pas toujours espérer une prompte disparition de la maladie. J'ai parlé tout à l'heure de cas dans lesquels on voit l'herpès circiné se perpétuer pendant plusieurs mois ou plusieurs années; ces cas ne sont pas extrêmement rares, et c'est surtout chez les enfants et les femmes qu'on a l'occasion de les observer. Quelquefois même l'herpès circiné résiste à nos moyens de traitement avec une opiniâtreté qui certainement doit vous surprendre. Mais remarquez les difficultés de l'épilation dans une région où il n'y a que des poils follets; la pince peut à peine les saisir, et presque toujours ils se brisent sous la traction; et cependant il faut tâcher de les extraire pour ne pas voir l'affection durer bien plus longtemps encore. Mais, s'il est difficile, pour ne pas dire impossible, de savoir à l'avance, et en dehors d'un traitement convenable, combien de temps environ durera une teigne tonsurante, n'y a-t-il pas au moins quelques circonstances (comme celles dont nous venons de parler à propos des périodes) qui font varier les chances de durée de la maladie, et qu'il est bon de connaître? Oui, assurément il y en a. Le champignon de la teigne tonsurante peut vivre sur les poils, sous l'ongle, dans l'épaisseur de l'épiderme, mais c'est principalement aux dépens des poils qu'il se nourrit. Aussi, toutes choses égales d'ailleurs, doit on craindre une durée plus longue chez les sujets où le parasite trouve une abondante nourriture. Voici deux malades qui se présentent à nous en même temps, tous les deux affectés de la teigne tonsurante de la face à la période herpétique. Ce sont, si vous voulez, et comme d'ailleurs cela arrive souvent, une femme et son mari : celui-ci porte une barbe bien fournie. Assignerons-nous à la maladie la même durée dans l'un et l'autre cas? Evidemment non, car chez la femme l'herpès circiné devra disparaître au bout d'un certain temps, et, après sa disparition, la malade pourra se considérer comme radicalement guérie. Pour l'homme, il en sera tout autrement; l'herpès sera ordinairement suivi des phénomènes de la deuxième et plus tard de la troisième période; or, arrivée à ce dernier degré, la maladie se prolonge indéfiniment, à moins qu'il n'y ait, chose très-rare après la chute des poils, une oblitération des follicules, et par conséquent calvitie permanente.

D'autres circonstances doivent également être prises en considération, mais ce n'est pas le lieu de les faire connaître; elles trouveront leur place dans l'étiologie et la thérapeutique, dans l'étiologie surtout; et, sans entrer dans d'autres détails, pour le moment, on comprend sans peine que les causes qui contribuent à produire la teigne peuvent aussi contribuer à l'entretenir; ce sont toujours les mêmes conditions qui favorisent ou contrarient dans sa période d'état, comme à son début, le développement du végétal parasite.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE CLINIQUE.

Rétention d'urine datant de neuf années. — Guérison par l'excision d'une saillie prostatique. — Suites d'une castration et d'une opération de fistule à l'anus.

Par le docteur Aug. MERCIER.

Le 3 mai 1853, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie de médecine un malade âgé alors de soixante-deux ans, et affecté d'une rétention d'urine datant de neuf années, complète depuis sept ans. Je lui avais rendu la faculté d'uriner librement par l'excision d'une saillie prostatique existant derrière le col de la vessie, et il n'y a jamais eu la moindre incontinence.

Je l'avais opéré une première fois dans l'automne de 1848, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Blandin, en présence du professeur Bouisson, de Montpellier, et le cours de l'urine s'était rétabli; mais comme un long voyage que je fis alors ne m'avait pas permis de surveiller le travail de cicatrisation, la rétention s'était reproduite graduellement et était redevenue complète au bout de sept mois. Il s'était adressé alors à un autre chirurgien, qui se flattait de le guérir à l'aide de cataplasmes dans le rectum, et avait fini par lui faire des opérations qui eurent pour unique résultat l'inflammation des deux testicules, un phlegmon gangréneux du scrotum, et la dénudation presque complète du testicule gauche; c'est dans cet état qu'il m'est revenu le 14 avril 1853.

Je l'opérai le lendemain par excision de l'obstacle. Le soir

même la miction était rétablie, et, depuis ce temps, elle a continué de se faire librement, ainsi que l'a constaté la commission d'Argenteuil, et particulièrement M. Robert, qui a eu deux fois ce malade dans son service depuis cette époque.

Mais, depuis quinze ou dix-huit mois, il se plaignait d'une oppression dont je ne trouvai la cause ni dans les poumons ni dans le cœur. Pendant l'été dernier, il se joignit à cela une diarrhée qui, grâce peut-être au mauvais régime de ce malade, ne s'arrêta pas. Enfin, dans les premiers jours de septembre, il m'appela pour une hématurie abondante.

Au bout de trois semaines à peu près, l'hématurie cessa à la suite d'une injection concentrée de nitrate d'argent; la diarrhée devint presque nulle, mais l'oppression augmenta de plus en plus, l'appétit se perdit, et la mort survint le 15 octobre.

Le col de la vessie est très-étendu d'avant en arrière; à droite et à gauche se trouvent deux tumeurs du volume d'une petite orange, et qui, évidemment, n'en formeraient qu'une sans la division opérée par moi d'avant en arrière sur la ligne médiane. C'est ainsi que le col de la vessie est devenu libre et que la miction a été rétablie après une suspension de neuf années.

Je compte déjà un certain nombre de faits de ce genre; mais celui-ci présente une particularité dont je vais dire quelques mots.

J'avais diagnostiqué une valvule prostatique (valvules habituellement épaisses comme cette autre que je mets sous les yeux de l'Académie (1), et dont j'avais précisé la saillie pendant la vie). Néanmoins nous trouvons deux fortes tumeurs. Y a-t-il eu erreur de ma part? ou bien la prostate a-t-elle continué de s'accroître depuis l'opération? En admettant même que la saillie fût plus forte que je ne pensais, je crois pouvoir certifier qu'elle était loin d'être il y a six ans ce qu'elle est aujourd'hui. Outre que les côtés de la coupe ont pris eux-mêmes une forme globuleuse et mamelonnée qui ne peut s'expliquer que par l'hypertrophie des granulations prostatiques, il est matériellement impossible qu'une tumeur de ce volume et de cette forme ait pu être saisie par mon exciseur. L'hypertrophie de la portion sus-montanale de la glande a donc fait de grands progrès malgré la division médiane; mais en raison même de cette division, les tumeurs s'inclinent à droite et à gauche, et l'orifice est resté libre jusqu'à la mort.

Cette autopsie m'a encore présenté quelques particularités intéressantes.

J'ai dit que le testicule gauche avait été dénudé: cinq ou six mois après l'opération précédente, le malade avait subi la castration à l'hôpital Beaujon; la plaie n'avait jamais guéri et était restée fistuleuse. J'ai trouvé à l'aine, sur le trajet du cordon, une petite cavité de cinq centimètres de longueur, parfaitement fermée du côté du cordon et revêtue d'une muqueuse très-fine. Je n'ai vu, pour m'expliquer cette longue persistance, qu'une petite mèche de poils, longue de trois centimètres, qui pénétrait dans ce trajet par le plus inférieur des trois points de suture restés fistuleux. Sans doute que la peau avait été renversée en dedans. Il est des chirurgiens qui ne réussissent pas par première intention en pareille circonstance: peut-être que ce fait justifierait leur pratique.

Dans le cours de 1855, le même malade avait été opéré d'une fistule à l'anus par incision. Depuis ce temps, il s'était toujours plaint de cette partie, quoique la fistule parût bien guérie. Nous voyons en effet tout le trajet existant entre les orifices interne et externe parfaitement cicatrisé; mais l'orifice rectal persiste, on peut y introduire le doigt, et on pénètre par lui *jusqu'au niveau de la vesicule séminale gauche*. Là le trajet n'est séparé de la cavité du rectum que par la muqueuse; dans toute son étendue il paraît revêtu d'une membrane accidentelle.

(1) Cette communication devait être faite à l'Académie.

Comment s'est produite cette fistule chez un homme robuste et bien portant du reste? Quand j'ai publié ce fait, p. 127 de mes *Recherches sur le traitement des maladies urinaires des vieillards*, je me demandais si elle n'était pas le résultat des manœuvres nécessitées par l'introduction des cataplasmes dans le rectum; mais l'inspection de cette pièce me suggéra une autre explication.

J'ai dit que, voyant l'insuccès des cataplasmes, on avait fait dans l'urèthre des opérations dont le malade ne put pas me rendre compte, et qui avaient amené l'inflammation des deux testicules et la gangrène du scrotum.

D'un autre côté, nous trouvons les vésicules séminales indurées, surtout la gauche, et très-adhérentes aux tissus voisins: ne se pouvait-il pas que l'inflammation de celle-ci eût déterminé dans son voisinage un abcès, que cet abcès eût fusé le long du rectum, et qu'il se fût ouvert à la fois dans cet intestin et à la marge de l'anus? Si cette supposition était fondée, ce serait là une cause de fistule à l'anus non signalée que je sache.

J'ai trouvé chez ce malade, outre les lésions précédentes, les intestins enflammés dans toute leur étendue, le rein gauche atrophié, le droit volumineux, et tous deux portant des traces d'inflammation. Les deux uretères étaient dilatés; dans quelques points, ils avaient un centimètre de diamètre (1).

La poitrine et le crâne ne purent être ouverts.

(1) Un des chirurgiens les plus distingués de province, M. Gigon, d'Angoulême a décrit dernièrement, comme découverte par lui, cette inégale dilatation des uretères (*Union méd.*, 1856). Qu'il me soit permis de transcrire ici un passage de Nuck: « Circa ureteras quos authores a renibus ad vesicam æqualiter (*sed male*) extensos delineant, hoc observavi, et perpetuæ veritatis esse jam toties notavi; illos numquam, tam in sexu masculino quam femineo, ubivis esse æquales; sed tribus quatuorve, et aliquando quinque in locis angustatos conspici, speciatim vero circa illorum exitum in vesicam. Hinc ratio cur calculi nephreticorum sæpe hæreant in itinere... » (*Adenographia curiosa*, p. 76: Lugd. Bat. 1696.) L'uretérotomie, que M. Gigon a proposée dans le même travail contre les calculs dont il vient d'être question et qui ne peuvent se dégager, n'est pas non plus une invention nouvelle, comme on en trouve la preuve dans Ravaton, qui ne l'approuvait pas. (*Pratique moderne de chir.*, t. III, p. 5; Paris, 1776.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 octobre 1857. — Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cher pendant l'année 1856 (Comm. des épidémies.)

Demande d'avis et d'analyse relative à une nouvelle source d'eaux minérales située au hameau de Mas de Mouly (Commune de Cransac, Aveyron.)

Rapport de M. Dufresse de Chassaigne, médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855.

Rapport de M. le docteur Bellety, médecin inspecteur des eaux minérales de Sail-les-Bains (Loire), sur le service de cet établissement pendant les années 1854 et 1855. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Observation de désarticulation coxo-fémorale terminée par la guérison complète, par M. Da Costa, de Rio-Janeiro (Comm. M. Jobert).

M. Allaire, médecin à Héricy (Seine-et-Marne), à l'occasion de la discussion qui vient de s'ouvrir sur la statistique nosologique réclamée par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, écrit à l'Académie pour lui soumettre la proposition suivante: « Les autopsies cadavériques seront un droit acquis aux médecins, en tant que la nécessité en sera reconnue indispensable pour préciser les causes de décès. » (Renvoyé au conseil.)

L'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins et des pharmaciens du département de la Somme adresse également à l'Académie quelques observations relativement à la statistique nosologique des causes de décès.

M. L. Vézu, pharmacien à Lyon, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté.

M. Brachet, de Lyon, adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il lui fait savoir que, n'ayant point été élu membre associé national dans la dernière élection, il donne sa démission de membre correspondant.

Réponse à la réclamation de priorité élevée par M. Leras, au sujet de l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer.

Lettre adressée à M. le Président de l'Académie impériale de médecine par M. E. Robiquet, agrégé à l'école de pharmacie.

« Monsieur le Président,

« M. Leras, inspecteur d'académie à Quimper et docteur ès sciences, a adressé à l'Académie une réclamation de priorité au sujet de la note sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate de fer.

« M. Leras m'accuse de n'avoir fait que répéter ce que lui-même avait déjà publié, dans deux notes présentées en 1849 et 1854 à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences.

« Je commence, monsieur le président, par vous remettre la copie textuelle des deux communications de M. Leras qu'il sera facile de comparer avec la mienne, et je viens maintenant vous demander la permission d'examiner ce qu'il y a de fondé dans sa réclamation.

« Le pyrophosphate de fer et de soude dont parle M. Leras n'a pas été découvert par lui, mais par M. Persoz, en 1847 (*Ann. de Phys. et de Chimie*, 3e série, tome XX, page 323). Ce sel double n'a aucune analogie avec mon pyrophosphate de sexquioxyde de fer, qui est un sel simple, pas plus que l'alun (sulfate double d'alumine et de potasse) ne ressemble au sel de Duobus (sulfate simple de potasse). Voici comment s'exprime M. Persoz dans son mémoire publié deux ans avant les notes de M. Leras :

« Le pyrophosphate ferrico-sodique, de même que le pyrophosphate « aluminico-sodique, est incolore et très-soluble ; on peut en évaporer « la solution sans la troubler jusqu'à consistance sirupeuse, mais il s'o- « père alors une séparation partielle comme dans les sels d'alumine. « Depuis un mois, nous avons abandonné à une évaporation spontanée « une solution de cette espèce, et jusqu'ici la liqueur ne s'est ni colorée « ni troublée. Traité par le sulfide hydrique, cette solution prend une « teinte cachou, sans qu'il y ait dépôt de sulfure. Le sulfure ammoni- « que y développe une couleur verte intense comparable à celle du man- « ganate. Au bout d'un certain temps, il se forme un précipité qui dis- « paraît au lavage en donnant au liquide une couleur vert-brun.

« Les pyrophosphates doubles nous semblent aussi appelés à jouer un « rôle important dans l'art de guérir. On ne peut, à coup sûr, contester « les effets thérapeutiques des préparations ferrugineuses, et avec un « peu d'attention, on reconnaît bientôt que celles-là ont joui jusqu'ici « de la plus grande faveur, dans lesquelles le fer est masqué (tartrate « double). Or, si l'on considère d'une part : que l'acide tartrique masque « bien moins l'oxyde ferrique que l'acide pyrophosphorique ; d'une autre, « que ce dernier, saturé d'hydrogène, n'en peut plus absorber durant « son trajet dans les voies respiratoires, où le premier est toujours brûlé « (Millon) ; d'une autre enfin, que les principes constituants du pyro- « phosphate ferrico-sodique se rencontrent dans l'organisme et que « l'oxyde ferrique est un agent oxydant, n'est il pas permis de penser « qu'en vertu de ces propriétés, les pyrophosphates doubles pourront « recevoir un jour, en médecine, d'utiles applications ? »

« Et puisque M. Leras n'est pas l'auteur de la découverte du pyrophosphate double de fer et de soude dont les propriétés chimiques et thérapeutiques avaient été fort bien observées par M. Persoz, que ce sel double est bien différent du mien, et qu'enfin je n'ai fait mention d'aucune expérience sur le suc gastrique, je ne comprends pas trop le sens ni la valeur de sa réclamation. J'ajouterai que M. Leras me semble reconnaître lui-même que mon sel est bien différent de celui qu'il a étudié, car il dit lui même que la solution de pyrophosphate de fer et de soude est incolore, presque neutre, et qu'additionnée de sirop simple, elle ne précipite pas le suc gastrique, tandis que mon sel donne une solution légèrement verdâtre à réaction acide et précipitant le suc gastrique. Eh bien, ces différences ont dû être observées bien rapidement, car elles sont en opposition avec ce que chacun peut vérifier. Il eût été plus exact de dire : Le pyrophosphate de fer et de soude a pour formule 2 Fe^2O^3, 3 Pho^5, 2 NaO,Pho°, il n'existe qu'à l'état de solution dans l'eau qu'il est impossible d'évaporer sans que le sel se décompose ; cette solution est incolore, a une réaction alcaline et se compose d'un équivalent de pyrophosphate de fer dissous dans au moins quatre équivalents de pyrophosphate de soude, elle ne précipite pas le suc gastrique.

« Le pyrophosphate de fer dissous dans quelques centièmes de citrate d'ammoniaque peut être obtenu, au contraire, sous forme concrète sans courir la moindre chance de décomposition ; ce sel simple donne avec l'eau une solution jaune-verdâtre, légèrement acide, ne précipitant ni le suc gastrique, ni par l'ammoniaque, ni par les carbonates alcalins ; il a pour formule 2 Fe^2O^3 Phos.

« Je ne puis partager l'espérance que M. Leras fonde sur l'emploi thérapeutique du pyrophosphate double de fer et de soude, car la grande quantité de sel de soude qu'il exige pour se dissoudre lui donne un goût salé très-désagréable. De plus il est impossible de l'unir à du sirop de sucre sans que le mélange noircisse rapidement et prenne cette saveur d'encre particulière aux sels de fer. C'est précisément à cause de ce grave inconvénient que j'avais cherché un autre dissolvant ; j'ai trouvé que le citrate d'ammoniaque remplissait parfaitement mon but. C'est là ma seule prétention, et je m'en suis expliqué assez clairement pour qu'il soit impossible de donner le change à cet égard.

« On m'a reproché aussi de n'avoir pas publié assez de détails sur mes préparations. J'ai beau lire ce que j'ai dit à ce sujet, il me semble qu'à moins de parler autrement que cela est d'usage dans une simple note lue en pleine séance, je n'avais pas besoin de m'étendre sur des procédés déjà bien connus des chimistes. Les fabricants de produits chimiques en ont jugé ainsi, car ils savent fort bien, en suivant la méthode que j'ai indiquée, préparer par kilogrammes mon pyrophosphate.

« M. Leras a encore été plus concis, car cet honorable observateur n'a pas écrit une ligne sur la préparation de son sel et n'a pas même indiqué le procédé de dissolution donné par M. Persoz et que voici textuellement transcrit :

« On introduit 32 gr. 50 de sulfate ferreux cristallisé dans une capsule « de porcelaine avec 5 grammes d'acide sulfurique, 30 grammes d'eau « ordinaire et la quantité d'eau régale nécessaire pour oxyder le fer et « et faire passer celui-ci à l'état d'oxyde ferrique ; on évapore la liqueur « à siccité afin d'expulser l'excès d'acide, on traite alors le résidu par « l'eau de manière à avoir un litre de liquide ; puis, après avoir dissous « 107 à 110 grammes de pyrophosphate de soude cristallisé dans un litre « d'eau, on mélange les deux liqueurs, et si le sulfate ferrique a été « convenablement préparé, la dernière, ajoutée à la première, préci- « pite celle-ci et redissout complétement ce précipité ; chaque litre « d'eau renferme ainsi une quantité de fer représentée par 16-25 de sul- « fate ferreux. Une jeune fille âgée de treize ans, qui en boit journelle- « ment depuis quinze jours, a trouvé, dans ce régime, avec un appétit « plus soutenu, une augmentation incontestable de force et de fraî- « cheur. »

« J'ai mis longtemps à répondre à M. Leras, parce que je ne voulais pas agir avec trop de précipitation envers un homme dont l'âge et l'honorabilité me commandaient avant tout le respect. Je désirais aussi laisser l'expérience prononcer. Or, à l'heure présente, plusieurs médecins qui avaient essayé le pyrophosphate de fer et de soude l'ont abandonné pour prendre mon sel, et je vois chaque jour, en dedans comme en dehors des hôpitaux, les malades préférer mes préparations à toutes les autres et les supporter avec la plus grande facilité. Il faudrait que je sois bien difficile pour demander quelque chose de plus ; je regarde donc ma tâche comme terminée et j'attends avec confiance le jugement de l'Académie. »

DISCUSSION SUR LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

M. Guérard donne de nouveau lecture à l'Académie des conclusions de son rapport, qui sont ainsi conçues :

1° Dans l'état actuel de la science, en France, une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire une statistique complète, n'est pas possible.

Mais les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées.

2° Dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, il est impossible de préparer une classification qui, par sa

clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France, et ne laisser aucun doute dans leur esprit sur la nature de ces maladies.

Il est plus sûr de laisser chaque médecin libre d'employer, dans la rédaction des bulletins des causes des décès, les dénominations scientifiques qui lui sont familières.

Mais alors il sera rédigé une liste de synonymie destinée à établir l'uniformité dans les bulletins, et la rédaction de cette liste sera soumise à l'approbation de l'Académie.

3° Il n'est donc pas nécessaire, d'après ce qui vient d'être dit, d'établir immédiatement une classification de toutes les maladies qui peuvent amener la mort.

Ce qui n'empêche pas de procéder, dès à présent, à l'enregistrement de toutes les causes de mort sans exception.

4° Ce service d'enregistrement des causes de décès devra être établi simultanément dans toutes les communes.

5° Il serait rendu beaucoup plus facile par la généralisation de l'institution des médecins vérificateurs des décès.

6° Une loi devra être proposée pour rendre obligatoire la délivrance par le médecin, à chaque décès, du *bulletin indicateur*.

En attendant la promulgation de cette loi, une circulaire émanée de l'Académie sera adressée, dans le même but et par les soins de l'administration, à tous les membres du corps médical.

7° Tous les bulletins seront rédigés ouvertement et dans les mêmes conditions que ceux des registres mortuaires de l'état civil.

Mais quand le médecin croira compromettant pour l'honneur et le repos de la famille du décédé de livrer à la publicité le secret de la cause de la mort, il rédigera deux bulletins, l'un *fictif*, destiné à être connu de tous, l'autre *secret*, portant un numéro d'ordre représentant le bulletin fictif et contenant les corrections nécessaires. Ce dernier bulletin sera envoyé directement à l'administration centrale suivant une forme déterminée à l'avance.

Dans aucun cas, le nom du défunt ne sera inscrit sur le bulletin nosologique. Enfin l'envoi des bulletins sera annuel.

8° Le bulletin devra être aussi complet que possible, c'est-à-dire qu'il contiendra tous les documents ressortissant à la statistique.

A cet effet, il sera utile de rédiger un modèle de bulletin, que les médecins n'auront plus qu'à remplir.

9° Des encouragements consistant en médailles et mentions honorables pourront être accordés aux médecins qui montreront le plus de zèle dans l'accomplissement de la nouvelle mission dont ils vont être chargés.

M. le Président, membre de la commission. Je demande à dire quelques mots sur l'ensemble des conclusions que je n'ai pu connaître qu'en séance publique, par suite de l'impossibilité où je me suis trouvé d'assister aux séances de la commission.

Le but de M. le ministre ne me semble pas atteint. La France est en retard sur les autres pays pour la statistiquem édicale, et M. le ministre désirerait qu'on lui apportât son concours pour faire cesser cet ordre de choses, et ce concours, je ne le trouve pas dans les conclusions de la commission.

On commence par y déclarer qu'une bonne statistique est impossible dans l'état actuel de la science. Or, avec l'aide des médecins cantonaux ou vérificateurs des décès, les principales causes de décès pourront toujours être exactement constatées, de sorte que cette bonne statistique ne me semble pas aussi impossible.

On dit encore qu'en l'absence de toute doctrine médicale dominante il est impossible de préparer une classification qui réunisse tous les suffrages. Et c'est précisément cette absence même de toute doctrine prédominante qui permettra de tomber d'accord sur la nomenclature à adopter. Ainsi, en France, tout le monde sait ce qu'on veut dire quand on prononce les mots de fièvre typhoïde, de scarlatine ou de rougeole. Il est bien entendu que je ne veux point parler ici des doctrines étranges de certaines nomenclatures. Cependant la commission propose un moyen de tout concilier, c'est de préparer une liste de synonymie destinée à établir l'uniformité de nomenclature; ce moyen ne fait que reculer la difficulté sans la résoudre.

Je trouve encore une autre difficulté de l'ordre pratique dans la proposition que fait la commission d'établir simultanément un service d'enregistrement dans toutes les communes; ce qui ne me paraît nullement possible. On devra se contenter d'avoir une liste des causes de mort par chefs lieux de canton, sous-préfectures ou départements; autrement on ne l'aurait pas.

Après avoir dit qu'une loi était nécessaire pour rendre obligatoire la délivrance du bulletin indicateur des causes de décès, la commission propose de faire une circulaire qu'on adresserait à tous les médecins de la France. Je ne crois pas ce moyen utile, car cette circulaire n'aurait pas un effet obligatoire, et l'on n'arriverait ainsi qu'à obtenir une série de documents incomplets. Seule, la promulgation d'une loi permettra d'obtenir d'excellents résultats.

Mais il est, dans le travail de la commission, une lacune grave sur laquelle j'appelle toute l'attention de l'Académie. Dans toute statistique, il y a un point de départ et un point d'arrivée. Au point de départ, qui formulera les causes de décès? La commission propose de généraliser l'institution des médecins vérificateurs des décès. Ne vaut-il pas mieux généraliser celle des médecins cantonaux? Car il faut le dire franchement à M. le ministre, rien de grand, n'est possible sans dépense du gouvernement; et puisqu'il y a un travail à accomplir, il faut une rétribution corrélative pour les médecins cantonaux qui se chargeraient de ce travail. Au point d'arrivée, je suppose les bulletins de décès parvenus à Paris, qu'y deviendront-ils? qui se chargera de leur classement? Ce n'est qu'à l'aide d'une bonne centralisation, et avec le concours de médecins spécialement désignés, qu'on saura se reconnaître, et cela sans liste de nomenclature, sans synonymie. Si l'on veut un exemple, je dirai que nous avons en France un bureau de statistique établi au ministère de l'intérieur, dont le dernier volume publié donne, pour la France, un total de 42,000 goîtreux; tandis que M. Boudin, si compétent en matière de statistique, est arrivé à un chiffre de 240,000, à l'aide des documents officiels provenant des conseils de révision. De telles dissidences font assez voir la nécessité de l'établissement à Paris d'un bureau médical de statistique composé d'hommes compétents. C'est là une proposition que j'ai l'intention de formuler.

M. Guérard. Toute question de nomenclature devrait être écartée de cette discussion, car une nouvelle nomenclature sera présentée à l'Académie. Il y a dans toute nomenclature un fait de pratique particulier à chaque médecin. Ici tout le monde comprend le mot de fièvre typhoïde; mais il est, au fond de certains villages de France, des praticiens qui depuis quarante ans ont cessé toute relation avec les grands centres d'instruction, qui n'ouvrent jamais un livre médical, ne reçoivent pas même de journal de médecine, et qui peuvent certainement ignorer ce que désigne ce mot nouveau. Eh bien, la commission a voulu leur éviter cette difficulté et cet embarras. Elle leur dit: Vous nommerez les maladies comme vous voudrez, vous contentant de remplir le bulletin qu'on vous présente. La liste de synonymie saura tout rectifier.

Nous avons dit qu'une statistique complète n'était pas possible, ce qui ne veut pas dire qu'on ne puisse obtenir une bonne statistique par l'indication des principales causes de mort. Sur ce point donc la commission est inattaquable.

Si nous avons proposé une liste de synonymie, c'est parce que nous supposons, pour l'avoir observé, que bon nombre de médecins ont conservé la nomenclature qui régnait du temps de leurs études.

Il nous a paru plus convenable de proposer des relevés partiels, pour que la commission centrale sache en tirer parti.

Quant à la circulaire, c'est le ministre lui-même qui a demandé si elle ne serait pas nécessaire en attendant la promulgation d'un loi; car cette loi peut tarder six ans encore. Et la France, d'où sont parties les premières règles de statistique, se trouverait en retard, même sur la principauté de Bade, où un décret du 9 octobre vient d'établir un service régulier d'enregistrement. La commission persiste donc à croire à l'utilité de cette circulaire.

On parle d'une immense difficulté pratique, ce qui est une raison de plus pour commencer plus tôt. La création de médecins cantonaux, qui ont fait pénétrer les lumières de la médecine dans les lieux les plus reculés, fournit une bonne occasion pour instituer un service d'enregistrement régulier. Aussi la commission propose-t-elle de répondre que la généralisation des médecins cantonaux rendra possible la solution de la question proposée.

Quant au dépouillement des résultats partiels, ce travail ne peut être accompli au ministère, car il emploiera tous les moments de ceux qui

en seront chargés, et le nombre des employés y est insuffisant. Il serait impossible d'y dépouiller des bulletins mensuels, aussi l'institution d'un bureau spécial sera-t-elle nécessaire.

M. Moreau propose que la discussion s'ouvre sur les conclusions article par article.

M. Piorry. J'étais loin de penser d'abord à prendre la parole : mais je crois nécessaire maintenant d'aborder la question à cause de certains points. Pour arriver à faire la bonne statistique que l'on désire, il faut en posséder les éléments bien connus et bien déterminés, ce qui s'applique à la médecine tout entière. M. le président a dit qu'il était très-facile de savoir la nature des maladies, et cependant il doit savoir combien il est difficile de s'entendre sur les rhumatismes, la fièvre typhoïde; on n'arrive, avec de tels mots et de telles doctrines, qu'à des résultats nécessairement vagues. Que faudra-t-il donc faire pour arriver à une bonne statistique? Or je dis que celle-ci est impossible sans la connaissance intime de la nature des maladies. Est-ce que la pneumonie, qui n'est toujours semblable à elle-même que pour la médecine de bibliothèque, n'offre pas les différences les plus extrêmes pour le médecin clinicien? De même donc qu'il faut connaître la nature intime de la maladie, il faut posséder une bonne nomenclature organo-pathologique pour exprimer cette nature, et l'on obtiendra des résultats plus sûrs alors qu'avec le mot vague de pneumonie. En résumé, si vous connaissez bien les lésions morbides, vous serez assuré d'avoir une bonne statistique, ce que vous n'obtiendrez pas avec l'emploi des mots ordinaires. Quant à ce qu'a dit M. le président, d'une certaine nomenclature bizarre et barbare, je demande s'il n'eût pas été plus convenable de ne point faire d'allusion directe à l'un des membres de cette académie, et de ne point parler ici d'étrangeté et de barbarie?

M. le Président fait observer qu'il n'a point fait d'allusion personnelle et qu'il a parlé de nomenclatures étranges au pluriel.

La discussion des conclusions, article par article, est mise aux voix et adoptée.

M. Gibert demande la suppression du premier paragraphe de la première conclusion et propose de répondre simplement au ministre « Que les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand cas, être exactement observées. »

M. Guérard fait remarquer que la question de M. le ministre présentant deux membres de phrases, il a semblé nécessaire de répondre à chacun d'eux.

M. Michel Lévy quitte alors le fauteuil de la présidence où il est remplacé par M. Ferrus. Il appuie la proposition de M. Gibert, et discute la question de savoir si la constatation des principales causes de décès est possible; ce qu'il croit.

M. Collineau fait ressortir combien au contraire cette constatation est difficile, en raison des renseignements erronés ou incomplets qu'on fournit au médecin vérificateur des décès.

A la suite d'un débat confus où le renvoi de tout le travail de la commission est sur le point d'être voté, la discussion continue, à la demande de M. Velpeau.

M. Guérard persiste à croire qu'il est nécessaire de faire savoir au ministre qu'une statistique complète n'est pas possible, mais, ce qui l'est, c'est la constatation des principales causes de décès. Il demande donc qu'on conserve les deux paragraphes de la première conclusion.

M. Piorry. Ce que je veux dire est assez court Je maintiens que la question de savoir les causes qui font mourir n'est point facile à résoudre. Ainsi une maladie commence, supposons que ce soit la fièvre typhoïde abandonnée à son cours naturel, la guérison doit la terminer; mais voici qu'une perte de sang considérable a lieu et que le malade succombe, dira-t-on que le malade est mort de la fièvre typhoïde? Ou bien encore, c'est un malade qui succombe à l'asphyxie par écume bronchique, l'expectoration étant devenue impossible, comment désignera-t-on cette cause de mort? Et cependant pourquoi une statistique, si elle n'a point pour effet immédiat d'éclairer sur la nature des maladies épidémiques et de fournir des lumières à la thérapeutique? Ce que je veux donc signaler, c'est l'excessive difficulté de déterminer exactement les causes de mort. Et je me demande s'il ne vaudrait pas mieux n'avoir point de statistique qu'en posséder une incomplète.

Une discussion s'établit alors entre MM. Robert et Michel Lévy, d'une part, qui demandent la suppression du premier paragraphe, et M. Guérard, d'autre part, qui en demande le maintien. Sur la demande de M. Dubois (d'Amiens), M. le président met aux voix le renvoi à la commission qui formulera, dans la prochaine séance, une nouvelle rédaction de la première conclusion.

Ce renvoi est adopté.

La séance est levée à cinq heures moins le quart.

VARIÉTÉS.

—

Un scrupule exagéré. — La *Gazette médicale de Lyon* publie la note suivante :

« Réclamation. L'on a pu voir annoncer, dans un journal politique de Lyon, le récent ouvrage sur la syphilis, de l'un de nos collègues et compatriotes. Celui-ci, ne voulant pas laisser supposer à ses confrères qu'il ait eu recours à la publicité de la quatrième page, s'est empressé de s'adresser, pour en obtenir la cessation, au libraire qui y avait eu recours. Par une lettre que nous avons sous les yeux, ce dernier déclare que c'est de son propre mouvement qu'il avait cru pouvoir se permettre ce moyen de publicité, et il s'engage à y renoncer désormais. »

On ne peut assurément qu'approuver le confrère dont il s'agit dans cette note de l'honorable scrupule auquel il a obéi dans cette circonstance. Nous croyons, toutefois, qu'il serait un peu trop rigoureux d'exiger de tous les auteurs et surtout de tous les libraires la même abnégation. De temps immémorial, nous voyons les ouvrages de nos historiens, de nos littérateurs, de nos professeurs, etc., annoncés par les libraires dans les grands journaux, sans que jusqu'à présent on ait accusé ces auteurs d'avoir *recours à la quatrième page;* cette locution est appliquée jusqu'à présent à des faits d'un autre ordre. En conséquence, et tout en approuvant, nous le répétons, le scrupule de l'auteur lyonnais, nous ne considérons point comme des habitués de la quatrième page les auteurs dont les libraires feront annoncer purement et simplement les œuvres.

— Les grands journaux reproduisent, d'après l'*Ost-Deutsche-Post*, la note suivante :

« Vienne, 15 octobre. — On s'occupe beaucoup des institutions médicales, et il est probable qu'on ne tardera pas à publier un règlement à ce sujet. Depuis que les grands propriétaires ont cessé d'être seigneurs, et que, par suite, ils ne sont plus obligé d'avoir des médecins soldés, le service sanitaire a été beaucoup négligé dans les campagnes. On se propose de créer des médecins communaux qui, par leur réunion au chef-lieu de cercle, formeraient des comités de santé pour tout le cercle. Ces médecins seraient nommés par les autorités de cercle; ils jouiraient d'un traitement fixe de 300 à 400 florins prélevés sur les fonds communaux. »

— La fièvre jaune sévit depuis quelque temps à Lisbonne. Les journaux scientifiques qui nous parviennent ne nous donnent pas assez de détails pour qu'il y ait quelque utilité à les reproduire. Ce que nous y trouvons de plus satisfaisant, c'est que la maladie sévit avec une intensité modérée.

Errata.

Par suite d'une erreur, les épreuves corrigées de l'article *Chirurgie clinique* du dernier numéro, par M. Devalz, ne nous étant pas parvenues, il s'est glissé dans la rédaction quelques erreurs qui en ont un peu altéré le sens.

Tout en déplorant ce contre-temps, nous nous contentons de faire les principales corrections : A la page 1005, deuxième colonne, ligne 18, au lieu de : *moitié interne*, lisez : *moitié antérieure* ; à la page 1006, première colonne, ligne 42, au lieu de : *et au pli du coude*, lisez : *et le pli du coude*.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 128. 5e ANNÉE. Samedi, 24 octobre 1857.

LE MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT et de RÉDACTION, quai de l'Horloge, 21
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 h.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS. . . 3 mois. . . . 7 fr. 6 mois. . . . 12 fr. 1 an. . . . . 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les Bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 23 octobre 1857.

Recherches sur la diffusion du fluor et sur sa présence dans le corps humain.

Dans la séance académique du 7 septembre dernier, M. Nicklès, professeur de chimie à la faculté des sciences de Nancy, a présenté l'ensemble des recherches qu'il a faites sur le fluor normal, ses origines, ainsi que les procédés propres à déceler sa présence. Après avoir fait voir que le procédé classique, celui-là même qui, mis en honneur par Berzélius, Gay-Lussac, etc., et pratiqué jusque-là par tous les chimistes, est entaché du grave défaut de faire admettre la présence du fluor *même là où il n'y en a pas,* M. Nicklès expose les causes d'erreurs inhérentes à ce procédé, et lui en substitue un autre qui met à l'abri de ces erreurs tout en permettant un contrôle facile.

Notre cadre ne nous permet pas d'exposer ce procédé qui s'adresse exclusivement aux hommes spéciaux; cependant, pour l'intelligence de ce qui va suivre, nous dirons que le principe de l'ancien procédé se basait sur la propriété que possède l'acide fluorhydrique de ronger le verre lorsqu'il est dégagé de sa combinaison par l'acide sulfurique. Or, d'après M. Nicklès, ce procédé pèche par deux points essentiels qu'il a mis en évidence de la manière la plus simple en montrant :

1° Que tous les acides, et *même la vapeur d'eau,* peuvent, jusqu'à certain point, se comporter comme l'acide fluorhydrique ;

2° Que le réactif, *acide sulfurique,* employé dans ces recherches, peut lui-même contenir de *petites quantités d'acide fluorhydrique.*

A ces graves inconvénients, l'auteur remédie :

1° Par l'emploi d'acides exempts de fluor ;

2° En substituant à la classique lame de verre une lame de cristal de roche (quarz), inattaquable à tous les acides, excepté à l'acide fluorhydrique cherché.

« Après que j'eus ainsi remédié à ces deux causes d'erreur, » dit M. Nicklès, « je ne fus pas peu étonné de ne plus trouver

---

FEUILLETON

NOTICE HISTORIQUE

Sur la vie et les travaux d'Antoine Bernard,

Ancien professeur à l'école vétérinaire de Lyon, puis directeur de celle de Toulouse,

Par H. J. A. Rodet, professeur à l'école vétérinaire de Lyon.

[Lu à la séance de distribution des prix, le 9 octobre 1857.]

Messieurs,

Chargé de prendre la parole à l'occasion de cette solennité, je profiterai de ce privilége pour m'acquitter d'un devoir bien doux, quoique bien difficile à remplir : j'essayerai de vous exposer en peu de mots la vie et les travaux d'un homme qui fut à la fois mon maître et mon ami, et dont la science déplore vivement la perte depuis quelques années; je veux parler de Bernard, ancien professeur de cette école, puis directeur de celle de Toulouse.

Si je n'obéissais qu'aux sentiments d'affection et de reconnaissance que ce nom réveille en moi; si je me laissais aller à vous dire avec détail toutes les qualités, tous les travaux utiles, tout le bien qu'il rappelle à mon souvenir, je dépasserais de beaucoup, dans l'accomplissement de ma tâche, les limites qui me sont imposées par le caractère de cette réunion.

Mais rassurez-vous, je ne perdrai pas de vue votre impatience à recevoir les couronnes qui vont vous être décernées; j'éviterai d'être long, car je dois, avant tout, ménager l'attention du public d'élite qui, s'inspirant de la sympathie dont il veut bien nous honorer, est accouru dans cette fête de famille pour y partager vos émotions, pour encourager vos efforts en applaudissant à vos triomphes.

Antoine Bernard naquit à Mâcon le 23 janvier 1796.

Orphelin de bonne heure, et n'ayant pour soutien qu'une tante dévouée, mais dont les ressources pécuniaires étaient fort restreintes, il reçut cependant une instruction première assez complète.

Le 1er mai 1813, c'est-à-dire à l'âge de dix-sept ans, il entra en qualité d'élève à l'école vétérinaire de Lyon; il prit place sur ces mêmes bancs que vous occupez aujourd'hui.

Trois ans après, il se rendait à l'école d'Alfort; il allait y compléter son instruction théorique aux savantes leçons de Dulong, de Desmarets et de Victor Yvart, alors chargés d'y professer la physique, la chimie, l'histoire naturelle et l'économie rurale.

Ce cours supérieur ou plutôt accessoire, institué à Alfort par décret du 15 janvier 1813, fut supprimé en 1825 par une ordonnance royale qui, en réorganisant l'enseignement vétérinaire, le faisait ce qu'il est aujourd'hui, c'est-à-dire complet et identique dans nos trois écoles.

En 1818, Bernard, ayant obtenu le diplôme de médecin-vétérinaire, à la suite de brillantes études, vint se fixer dans sa ville natale, où il se

du fluor là où auparavant les réactifs en accusaient en abondance; d'après Berzélius, la matière terreuse des os renferme 3 p. 100 de fluorure de calcium; je n'en trouvais pas une trace dans 400 grammes, mais avant de chercher à renoncer au fait qui paraît si bien acquis et qui a si bien pris place dans nos traités, j'ai voulu étendre mes recherches et opérer sur une plus grande échelle. » Ne pouvant faire entrer une forte proportion de substance osseuse dans son creuset de platine, il arriva néanmoins au but par une voie détournée et fut assez heureux pour constater, dans un kilogramme de substance calcaire des os, une quantité de fluorure de calcium correspondant à un tiers de milligramme, ce qui correspond, non plus à 3 p. 100, mais à un trois-cent-millième p. 100 de substance minérale.

Nous disons que l'auteur fut assez heureux de constater qu'après tout il y avait du vrai dans l'assertion de Morichini, Berzélius, Gay-Lussac, et, en effet, s'il s'était borné à opérer à l'échelle à laquelle ces savants avaient opéré, il serait arrivé à la négation pure et simple, attendu que la quantité de fluorure contenue dans 50 grammes de substance osseuse est trop faible pour être accessible aux réactifs.

A une erreur scientifique, il en aurait donc substitué une autre; il a su l'éviter en examinant à fond la question.

Mais si les os renferment du fluor, le sang doit en contenir, s'est dit l'auteur; 500 grammes de sang évaporés, incinérés et traités par le procédé Berzélius, donnent des signes non douteux de la présence du fluor; mais lorsque, éliminant les causes d'erreur, on fait usage du nouveau procédé, on ne trouve encore rien avec le produit de l'incinération de 10 litres, et pour obtenir les réactions caractéristiques des fluorures, il faut opérer sur 20 litres de ce liquide.

De là, on peut tirer cette autre conclusion :

« Il y a du fluor dans le sang. »

Mais à quelles sources l'organisme puise-t-il ces fluorures, en si petites quantités qu'ils soient? L'examen de ces questions fait l'objet d'un second chapitre dans lequel M. Nicklès établit que :

« Il y a des fluorures dans les eaux potables.

« Il y en a dans les plantes. »

Mais ici encore, il en est comme des os et du sang; les végétaux, de même que les eaux potables, en contiennent très-peu, et il doit en être ainsi, car autrement le sang en serait probablement plus riche.

Un kilogramme de cendres de chêne contient autant de fluor qu'un kilogramme de matière calcaire des os ; il en a été de même de 1,500 grammes de cendres d'une orge qui avait été recueillie, à moitié carbonisée, parmi les épaves du grand incendie qui a dévoré, en 1855, la manutention militaire de Paris.

M. Nicklès a examiné bien des eaux potables. Si, à l'origine, il lui était facile de trouver des fluorures dans les résidus d'évaporation de peu de litres de ces eaux, il n'en a plus été de même quand, après avoir reconnu l'impureté habituelle de l'acide sulfurique *même le plus pur* du laboratoire, il eut réussi à expulser de cet acide les derniers restes de fluor qu'il contenait. Il opéra sur le résidu de 200, de 600, de 1,000 litres d'eau potable, sans arriver à un résultat certain ; fatigué d'évaporer en vain des torrents d'eau du Rhin, de la Meurthe, de la Meuse ou de la Moselle, voire même de la Seine, il s'adressa aux incrustations formées par ces eaux dans les chaudières à vapeur. L'eau qui lui a paru la plus riche en fluor, c'est celle de la Somme ; l'eau de la Seine est une des plus pauvres. Les incrustations provenaient de l'une des chaudières de la manufacture des tabacs de Paris, chaudière dévorant d'énormes quantités d'eau, puisqu'elle dessert une machine à vapeur de la force de 50 chevaux.

Ajoutons que M. Nicklès a également trouvé des fluorures dans des incrustations soit naturelles, soit artificielles, formées par des eaux de puits de Paris, de Metz, de Nancy, de Strasbourg, d'Amiens, etc.

Ce fait acquiert donc, selon ce chimiste, un caractère de généralité qui ne permet pas de croire que la présence des fluorures dans les eaux soit purement accidentelle. A l'appui de cette manière de voir, l'auteur invoque une observation qu'il a communiquée à l'Académie des sciences au mois d'avril dernier (1,) et qu'il généralise aujourd'hui. Ce fait, c'est la présence des fluorures dans les eaux minérales.

M. Nicklès n'a pas examiné toutes les eaux minérales ; mais celles qu'il a examinées ont laissé reconnaître la présence du fluor, non plus en quantités infinitésimales, comme dans les eaux potables, mais en proportions sensibles. Ainsi, il est telle

(1) Présence des fluorures dans les eaux minérales de Plombières, de Vichy et de Contrexéville (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XLIV, p. 784, et *Journal de Pharmacie*, numéro de juillet 1857.)

fit bientôt remarquer par l'étendue de ses connaissances et par la distinction de son esprit.

L'académie des sciences et d'agriculture de Mâcon s'empressa de se l'associer comme membre titulaire, et le préfet de Saône-et-Loire ne tarda pas à le nommer vétérinaire en chef du département.

Ainsi, bien jeune encore, il prit place parmi les hommes les plus notables de sa localité ; il devint le conseiller de l'administration dans toutes les questions relatives, soit à l'hygiène des animaux domestiques, soit aux maladies générales qui, sous le nom d'*enzooties* ou d'*épizooties*, déciment trop souvent ces précieux auxiliaires de l'agriculture.

Pendant son séjour à Mâcon, Bernard écrivit sur ces matières deux mémoires qui sont restés inédits, quoique couronnés par la Société centrale d'agriculture.

Le premier fut rédigé au nom de la Société d'agriculture de Mâcon, en réponse à plusieurs questions posées par la préfecture de Saône-et-Loire. L'auteur, après y avoir établi quelques considérations générales et pleines d'intérêt sur la formation des races dans l'espèce bovine, étudie et discute avec soin les moyens les plus propres à améliorer celles de son département.

Dans le second de ses mémoires, Bernard raconte, en termes très-concis et très-clairs, l'histoire de plusieurs cas de maladies charbonneuses qu'il avait eues à combattre dans diverses communes où elles s'étaient montrées sous la forme enzootique.

La doctrine physiologique venait alors d'être proclamée, et déjà son prodigieux prestige envahissait le monde médical tout entier, même les vétérinaires.

Bernard, cependant, en face des faits qu'il vient de recueillir, reste calme et résiste à l'entraînement général : il refuse de considérer comme autant de gastro-entérites se généralisant par irradiation les affections meurtrières qu'il a sous les yeux ; il admet, au contraire, qu'elles sont primitivement générales, et que leur point de départ est une altération du sang ; au lieu de leur opposer la médication antiphlogistique, et notamment la saignée, dont on commençait à faire un si fâcheux abus, il les attaque par les excitants diffusibles, par les antiseptiques, par les caustiques à l'extérieur ; il fait alors, en un mot, ce que tout le monde ferait aujourd'hui ; il donne ainsi de bonne heure une preuve éclatante de son talent d'observation, de l'indépendance de son esprit et de la solidité de son jugement.

Malgré ces qualités si rares, et sans lesquelles pourtant il n'est pas de bon praticien, Bernard, il faut bien le dire, ne réussit point à se créer une clientèle en rapport avec son mérite. Dominé par son penchant aux études physiologiques et littéraires, il préférait la vie de cabinet à celle des champs. Il n'était pas fait pour exercer sa profession dans des conditions ordinaires ; ses goûts et ses aptitudes l'appelaient à une autre destinée ; il aspirait à la carrière de l'enseignement.

Mais alors, comme aujourd'hui, le titre de professeur dans nos écoles devait être le prix d'une victoire obtenue à la suite d'un concours.

L'administration, en effet, a toujours eu recours à ces sortes de luttes scientifiques pour composer notre personnel enseignant. Elle a voulu

eau, l'eau de Contrexéville par exemple, ou celle d'Antogast, ou encore celle de Châtenois, dont un seul litre contient autant de fluorures que 8,000 ou 10,000 litres d'eau de Seine, que 2,000 ou 3,000 litres d'eau de la Meurthe.

En raison des rapports qu'on a cru reconnaître entre certaines eaux minérales et l'eau de mer, M. Nicklès a soumis cette dernière à un examen duquel il est résulté que cette eau (c'était de l'eau de l'océan Atlantique), si elle renferme du fluor, puisque ses affluents en contiennent, 300 litres n'en contiennent pas encore en quantité appréciable.

Si donc, ainsi que l'ont proposé en 1846 MM. Figuier et Mialhe, on peut préparer avec de l'eau de mer certaines eaux minérales telles que celles de Hombourg et de Wiesbade, ce ne sera qu'en ayant égard aux matières dont nous parlons, et auxquelles on ne pouvait pas songer en 1846.

Et en effet, prenons l'eau de Hombourg ; il suffit de *deux* litres pour avoir des marques très-apparentes de la présence du fluor.

L'eau de Plombières est aussi dans ce cas ; essentiellement composée de sel marin, elle est comparativement assez riche en fluor, puisqu'il ne faut que 4 litres de cette eau pour obtenir des effets correspondants à 10,000 ou 12,000 litres d'eau de Seine.

Il y aurait de l'intérêt à comparer, sous le rapport de leur richesse en fluor, les eaux minérales de la même catégorie ; de cet examen, fait parallèlement avec les propriétés thérapeutiques de ces eaux, pourraient résulter pour la médecine des données utiles, bien que ces eaux ne renferment pas les fluorures par grammes.

Sous ce rapport, les eaux alcalines gazeuses que M. Nicklès a examinées pourraient se classer de la manière suivante : Contrexéville, Antogast, Fachingen, Selters, Bussang, Ems, Spa, Vichy, et enfin Soulzmatt, dont dix litres ne donnent encore aucune trace de fluor.

Le chimiste de Nancy a également reconnu la présence des fluorures, et, cette fois, du fluorure de calcium, dans les incrustations formées par ces eaux.

Voici la liste des eaux minérales examinées par lui jusqu'à ce jour: aucune d'elles n'a exigé plus de six litres pour donner lieu à la réaction cherchée.

Eaux minérales de :

Antogast, Châtenois (Bas-Rhin),
Bussang, Contrexéville,
Ems, Saidschutz,
Fachingen, Selters,
Hombourg, Spa,
Niederbronn, Vichy, source de Mesdames,
Petershal, Vichy, enclos des Célestins,
Plombières, Weilbach.
Pullnaw,

Le dernier chapitre de la lecture faite par M. Nicklès est consacré aux « *Rapports qui existent entre les fluorures et les phosphates naturels.* » Ce chapitre, plus spécialement du domaine de la chimie et de la géologie, est pour nous d'un intérêt moins immédiat. L'auteur rappelle l'espèce d'affinité constatée il y a quelques années par MM. Daubeny, Middleton, Wilson, etc., entre les phosphates et les fluorures, si bien que tout phosphate naturel renfermerait une proportion plus ou moins grande de ces derniers.

M. Nicklès ne s'inscrit pas en faux contre cette opinion ; il a même reconnu la présence des fluorures dans les *coprolithes* ; ces excréments d'animaux antédiluviens dont on vient de découvrir des amas considérables dans la Meuse et qui renferment de 47 à 50 p. cent de phosphate calcaire; mais il pense que s'il y a un rapport entre les fluorures et les phosphates naturels, c'est à cause de leur intime relation avec un troisième élément, le carbonate de chaux, qui se trouve dans toutes les eaux fluviales à l'état de bi-carbonate, c'est-à-dire dissous à la faveur de l'acide carbonique qui est, comme M. Dumas l'a fait voir, un dissolvant du phosphate de chaux, et qui, ainsi que l'a constaté M. Nicklès, dissout également le fluorure de calcium.

D'après cela, une eau naturelle qui renferme du bi-carbonate de chaux doit donc contenir du phosphate de chaux et du fluorure de calcium. Nous avons vu qu'il en est ainsi pour ce dernier; hâtons-nous d'ajouter que dans toutes les eaux qu'il a examinées, M. Nicklès a reconnu lui-même la présence de très-petites quantités d'acide phosphorique.

La conclusion générale qui se dégage de ce grand travail, c'est que le carbonate et le phosphate de chaux, ainsi que le fluorure de calcium, s'accompagnent constamment dans la nature, moins en vertu d'une affinité spéciale qu'en vertu d'un phénomène de dissolution. D.

---

par ce moyen, récompenser le vrai mérite en évitant jusqu'au soupçon d'une faveur ; elle a su ainsi, en excitant l'émulation parmi les sujets les plus capables, relever au plus haut point la dignité du professorat.

Dans un premier concours ouvert dans cette école le 1er mars 1824 pour la nomination d'un professeur de physique, de chimie, de matière médicale et de jurisprudence vétérinaire, Bernard eut à lutter avec des compétiteurs d'un grand mérite. Il déploya avec beaucoup d'art les richesses d'une érudition solide, et cependant il n'obtint que le second rang; la palme échut à Moiroud, son ami, son ancien condisciple.

Bernard n'est point encore professeur, mais il a maintenant la mesure de ses forces. Il se retire plein de courage et d'espérance. Il travaillera avec une ardeur nouvelle ; il attendra une nouvelle occasion.

A l'époque dont il s'agit, il existait dans nos écoles des répétiteurs chargés de répéter les leçons des professeurs et de les assister dans leurs divers services. Ces répétiteurs, pris parmi les élèves les plus instruits, n'avaient point terminé leurs études. Ils ne devaient sans doute exercer qu'une faible autorité sur leurs condisciples; ils ne pouvaient remplir que d'une manière bien imparfaite la mission qui leur était confiée.

Une ordonnance royale dont j'ai déjà parlé, et qui parut en 1825, supprima ces *élèves répétiteurs*. Elle les remplaça par des chefs de service munis de leur diplôme et choisis par la voie du concours, comme les professeurs eux mêmes.

Ce fut une excellente institution que celle de ces nouveaux fonctionnaires, capables non-seulement de seconder les professeurs, mais de les remplacer au besoin. Préparés peu à peu au professorat par l'exercice même de leurs fonctions, ils ont formé pour ainsi dire la pépinière d'où sont sortis et d'où sortiront probablement tous les nouveaux professeurs. C'est à peine, en effet, si de temps en temps quelques praticiens ont osé venir leur disputer la victoire sur le champ des concours, et nous ajouterons que leurs courageuses tentatives n'ont jamais été couronnées de succès.

Le premier concours qui ait eu lieu dans notre école pour une place de chef de service s'ouvrit le 4 septembre 1826.

Bernard y parut seul. Sa réputation l'avait devancé ; elle avait éloigné de l'arène toute concurrence, toute rivalité.

Le résultat ne pouvait donc être douteux : Bernard fut adjoint, en qualité de chef de service, à la chaire de clinique, de pathologie et de chirurgie alors occupée par le professeur Rainard.

Pour un esprit observateur, désireux d'agrandir autant que possible, dans le champ si fécond de la pratique, le cercle de ses connaissances médicales, c'est une bonne fortune d'être attaché au service de la clinique dans un établissement comme le nôtre.

Que de faits vont se dérouler chaque jour sous ses yeux ! que d'occasions pour lui d'observer les affections les plus diverses, de les suivre dans leurs différentes phases, de les comparer entre elles, d'étudier leurs lésions et leur nature non-seulement dans les sujets vivants, mais jusqu'au sein du cadavre !

Et si les faits spontanés ne suffisent pas pour éclairer un point de doctrine physiologique ou pathologique, pour vérifier l'action d'un mé-

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

De la guérison prompte et radicale des diverses espèces d'hydrocèles de la vaginale par la filliation lente.

Les efforts faits par les chirurgiens contemporains pour améliorer et rendre plus sûre et plus prompte la guérison radicale des diverses espèces d'hydrocèle de la tunique vaginale et du cordon spermatique, sont la meilleure preuve que les procédés le plus généralement employés laissent encore beaucoup à désirer.

Malgré ses nombreux succès et l'ancienneté de son usage, l'injection de vin chaud aromatique a trouvé de nombreux détracteurs, soit à cause de ses insuccès, soit à cause des accidents qui la suivent, surtout dans les pays chauds, accidents sur lesquels je reviendrai dans le cours de ce travail.

L'injection iodée ou plutôt ioduro-iodée, comme l'a fait très-judicieusement observer le docteur Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (1), l'injection ioduro-iodée n'a pas tenu toutes les promesses de ses propagateurs.

C'est justement afin de parer à l'incertitude des injections, quelle que soit la nature de leur composition, que les chirurgiens contemporains se sont mis en cherche de procédés chirurgicaux plus sûrs.

On n'a pas tenu assez compte à l'illustre chirurgien en chef des armées impériales du procédé qu'il avait proposé pour guérir l'hydrocèle, en introduisant et laissant à demeure, dans la cavité dont on avait évacué l'eau, une sonde de gomme élastique, car la méthode de M. Guillon n'est qu'une bien légère modification de celle proposée par le baron Larrey.

Il faut aussi reconnaître que les procédés de MM. Baudens, Davat, d'Aix, et celui qui fait le sujet de ce mémoire, dérivent du procédé Larrey.

(1) Pétrequin, *Anatomie médico-chirurgicale*, p. 373. Paris, 1844.

Je n'ai pas l'intention de faire ici le parallèle des diverses méthodes dont j'ai parlé plus haut, encore moins d'établir la supériorité du moyen que je propose. Je n'aspire, pour le moment, qu'à prendre date pour mon procédé, laissant au temps et à l'expérience des chirurgiens le soin de lui assigner le rang qu'il mérite parmi les diverses méthodes préconisées pour la guérison prompte et radicale des diverses espèces d'hydrocèles. Je me borne à affirmer que, mis cinquante fois en pratique, il a fourni quarante-huit guérisons radicales sans causer aucun accident, et encore faut-il imputer à l'indocilité et à l'impatience des malades la non-réussite des deux cas dans lesquels ce moyen a échoué.

Ma méthode est non seulement applicable aux hydrocèles simples de la tunique vaginale, mais encore à celles qui sont bilobées ou enkystées, avec ou sans dégénérescence de la peau, ce que l'on rencontre très-souvent dans les pays chauds de l'Afrique, de l'Asie, et sur les terres tropicales et équatoriales.

Elle offre les mêmes avantages pour les hydrocèles simples ou multiples du cordon spermatique : elle permet d'opérer en même temps les hydrocèles doubles et surtout les hydrocèles congéniales chez les jeunes enfants, lors même que la cavité abdominale communique encore avec la vaginale.

Avant de décrire cette méthode, je dois dire que si les accidents graves sont rares en Europe à la suite des injections, ils sont par contre très-communs dans les pays chauds, et surtout dans les Antilles. Ce qui fait que cette manière d'opérer y est fort redoutée, au point qu'un grand nombre de personnes atteintes d'hydrocèles vont se faire opérer aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

Les accidents dont j'ai parlé plus haut sont : le *tétanos*, l'*hématocèle aiguë*, la *suppuration*, l'*orchite aiguë*, passant facilement à l'état d'induration, l'*atrophie du testicule*, la *gangrène* et la *récidive*, quand on emploie des injections trop faibles.

Je n'ai jamais observé de cas de tétanos consécutifs à l'opération de l'hydrocèle par injection, mais des médecins étrangers (1), fixés dans l'île de Cuba, m'ont assuré que cet accident s'était montré fort souvent.

Parmi les médecins créoles et la population créole, la peur du tétanos est si grande, que médecins et malades, le redou-

(1) Dans un prochain mémoire j'aborderai la question du tétanos aux Antilles.

---

dicament, la puissance d'une substance vénéneuse, l'efficacité d'un procédé chirurgical, qui aura plus que lui la facilité de recourir à l'expérimentation?

Notre chef de service profitait largement de ces précieux avantages, lorsqu'on apprit que Vatel, professeur à l'école d'Alfort, venait d'abandonner le professorat, et que Moiroud était appelé à le remplacer. Bernard, à son tour, était désigné pour succéder à Moiroud, sans passer par une nouvelle épreuve, mais seulement avec le titre de professeur adjoint.

Le voilà donc chargé d'enseigner la physique, la chimie, la matière médicale et la jurisprudence vétérinaires, sciences sur lesquelles avait porté son premier concours.

Ces diverses mutations ayant eu lieu au commencement de 1829, peu de temps avant mon entrée dans cette école en qualité d'élève, j'assistai à l'installation du nouveau professeur, et je m'applaudis chaque jour d'avoir pu suivre ses savantes leçons.

Formé à l'école de Dulong, dont il était un des plus chauds partisans, il avait hérité de la plupart des qualités qui distinguèrent ce grand maître.

L'esprit le plus judicieux, secondé par un savoir très-étendu, présidait constamment au choix de ses matières. Sa méthode d'exposition était parfaite. Son langage, toujours clair et concis, souvent relevé par les expressions les plus heureuses, plaisait surtout par son élégance et sa pureté.

Bernard cherchait quelquefois le mot propre, mais il le trouvait toujours. Il s'animait, devenait entraînant dans les sujets de discussion ou dans ceux qui se prêtaient à des vues générales. Mais il perdait de sa verve et se montrait même parfois monotone dans les descriptions de détails. C'était son côté faible, comme il le disait lui-même.

Dans son cours de jurisprudence commerciale vétérinaire, Bernard s'élevait avec beaucoup de force contre les anciens usages alors suivis par la plupart des tribunaux en cas de contestations relatives aux ventes d'animaux domestiques.

Ces usages, établis dans un temps où la médecine vétérinaire était aux mains des écuyers, des maréchaux et des bergers, dans un temps où l'on ne possédait que des notions grossières sur la nature des maladies qui attaquent les animaux, ces usages, poudreux et vermoulus, étaient dignes de leur origine.

Au lieu de constituer une même règle pour toute la France, ils variaient, sans motif plausible, suivant les provinces où ils s'étaient introduits. Loin de sauvegarder autant que possible les intérêts des parties, ils favorisaient souvent la fraude ; ils étaient une source de nombreux abus.

Les vétérinaires appelaient depuis longtemps et de tous leurs vœux une législation plus équitable, uniforme, en harmonie avec les progrès de la science, avec l'état de notre civilisation, et parmi les interprètes qu'ils eurent dans cette cause mémorable, Bernard fut sans contredit le plus actif et le plus éloquent. Il publia sur cet objet un mémoire et plusieurs lettres qui firent sensation, et qui resteront comme un modèle de discussion, de logique et de style.

(La suite à un prochain numéro.)

tant à l'envi, se bornent à chercher à soulager le malade par le traitement palliatif, en évacuant de temps en temps le liquide au moyen d'une ponction faite avec la lancette, opération qui s'appelle dans le pays *bombear una idrocele;* opération qui, souvent répétée, amène presque toujours dans les tissus du scrotum une dégénérescence sur laquelle M. le baron Larrey avait fixé l'attention des praticiens, et nommée oschéocèle. J'ai observé très-souvent cette espèce d'éléphantiasis du scrotum, connue dans les Antilles sous le nom de mal de la Barbade.

J'ai observé, sur place, un grand nombre d'hématocèles aiguës et chroniques, suite de l'injection, avec ou sans transformation organique de la tunique vaginale, sous forme de dégénérescence fibro-sanguine. J'avais déjà vu en Europe des accidents de cette nature, et en consultant mes notes, j'en trouve trois cas très-remarquables.

Le premier avait rapport à un M. de Saint-Cyr, mulâtre de la Martinique, âgé de cinquante ans. Il portait une tumeur scrotale du volume d'un litre et fut opéré par Lisfranc, rue de Cléry, 38, en ma présence et celle de divers autres praticiens. La tumeur incisée contenait une grande quantité de caillots sanguins dégénérés et renfermés dans divers kystes adhérents à l'albuginée et à la vaginale, qui avait presque un pouce et demi d'épaisseur et que l'on enleva en partie.

Le deuxième fait concerne un jeune avocat créole, de Cayenne, qui me fût adressé par madame Second pour un iritis grave et qui fut opéré de son hématocèle par M. Philippe Ricord, une grave affection rhumatismale ne m'ayant pas permis de le faire.

Le troisième, enfin, M. Martin, du Port-au-Prince (Haïti), atteint d'une double hématocèle consécutive comme les autres à des injections vineuses, fut opéré et guéri par moi.

Chez tous trois, au moyen d'une large incision, on ouvrit la poche sanguine et on excisa les tissus fibro-sanguins, en conservant le testicule qui était intact.

J'ai enlevé, à Cuba, deux énormes sarcocèles qui étaient survenus à la suite d'orchites chroniques consécutives à l'inflammation produite par une injection vineuse.

A San-Domingo (république Dominicaine), les accidents consécutifs, et surtout les récidives, se montrent si souvent, que l'on a tout à fait abandonné les injections pour recourir à l'ancienne méthode de l'incision et à la suppuration.

Passons maintenant au procédé que je propose de substituer aux autres, et qui se recommande par les avantages suivants:

1° Il est peu douloureux.

2° Il est d'une exécution facile.

3° Il s'adapte à toutes les variétés et complications d'hydrocèle.

4° Il est sans danger.

5° Enfin le traitement consécutif est plus facile, et si peu gênant, que l'opéré peut se lever au troisième jour.

Les instruments nécessaires sont :

1° Un trois-quarts long et mince composé d'une canule d'argent et d'une tige d'acier terminée par une lame triangulaire;

2° Une lancette étroite et forte;

3° D'un fil d'argent de coupelle, cannelé comme une sonde sans cul-de-sac;

4° Enfin d'un morceau de liége pour recevoir le trois-quart et sa canule dans le temps de la contre-ponction.

Il est nécessaire d'avoir aussi une éponge, un rasoir, du cérat, des compresses longues et une bouteille d'alcool camphré.

Procédé opératoire. — Le scrotum et la partie correspondante de l'anneau inguinal ayant été rasés, je place le malade sur un lit élevé, les fesses placées sur un coussin élevé, afin de mettre l'opérateur plus à son aise; je reconnais la situation du testicule, puis saisissant la partie inférieure de l'hydrocèle à pleine main tandis qu'un aide la refoule en même temps de haut en bas, je ponctionne la tumeur dans son point le plus déclive avec la lancette que j'enfonce lentement. Aussitôt que le liquide jaillit, je fais glisser le trois-quart sur la lame de la lancette que je retire un peu, avec la précaution de rentrer la pointe acérée dans la canule, jusqu'à ce qu'elle ait pénétré dans le cul-de-sac supérieur de la tumeur. Arrivé à ce point, j'appuie la canule contre les tissus afin de faire une légère saillie extérieure qui puisse me permettre de reconnaître, avec la pulpe du doigt indicateur, si le cordon ou quelque vaisseau pulsant n'est point au-devant d'elle.

Lorsque j'ai acquis la certitude qu'elle est entièrement libre, je présente à la partie des tissus qu'elle soulève le morceau de liége contre lequel j'enfonce à la fois trois-quart et canule avec un coup vif et sec produit par l'application de la paume de la main sur le bouton du trois-quart; la contre-ponction est instantanée et s'exécute comme celle que pratiquent les orfévres pour percer les oreilles. Ce temps de l'opération accompli, je retire la tige du trois-quart de la canule et je la remplace par le fil cannelé en argent; aussitôt qu'il l'a traversée dans tout son diamètre, avec une pince ronde d'horloger, je fais un anneau à ce fil à sa partie supérieure. La canule alors est retirée, et après sa sortie je fais un second anneau à la partie inférieure du fil.

Quand on a un aide intelligent, tout ce procédé s'exécute avec une très-grande rapidité.

Le malade est remis au lit, et j'enveloppe le scrotum de compresses trempées dans de l'eau froide aiguisée avec suffisante quantité d'alcool camphré. Pendant vingt-quatre heures il se fait un léger suintement de liquide; passé ce terme, les premiers symptômes inflammatoires commencent, et dès ce moment la sécrétion du liquide se suspend pour ne plus reparaître.

Au troisième jour l'inflammation est suffisante pour cesser les compresses alcoolisées et les remplacer par de l'eau simple; le scrotum se rougit, devient dur et douloureux comme dans une orchite blennorrhagique aiguë; mais il y a loin de là à l'espèce de phlegmon diffus qui suit l'injection, phlegmon dont il est souvent nécessaire d'enrayer la marche, soit par des applications émollientes, soit par des sangsues.

Rarement j'ai été dans la nécessité de combattre l'inflammation produite par le séton métallique, plus souvent il est bien de l'activer en plaçant dans la cannelure du fil d'argent une petite quantité d'onguent de garou, ou mieux de noix d'acajou (*cassuvium vulgare*), substance sur laquelle je reviendrai plus tard. Au douzième jour, j'enlève le fil métallique, le malade est assujetti à porter un suspensoir jusqu'au vingt-cinquième ou trentième jour, époque à laquelle il est ordinairement radicalement guéri.

Le procédé que l'on vient de lire a été appliqué publiquement à la Havane, dans la maison de santé du docteur Camilleri, le 10 janvier 1850, sur M. Benito, commis négociant en cette ville. On ne peut donc le considérer comme la représentation de celui de l'honorable docteur Davat, d'Aix, qui a paru dans la *Gazette médicale de Paris,* en date du 9 février 1850, n° 6, page 103.

Il diffère, du reste, du procédé de cet estimable confrère par la nature du corps introduit et par la manière de l'introduire : car M. Davat fait la ponction et la contre-ponction avec le trois-quart, ce qui rend son application moins facile, en ce que l'on n'est pas certain d'arriver à la partie supérieure du cul-de-sac de l'hydrocèle, et surtout moins sûre, parce que dans le temps de la contre-ponction volumineuse l'on peut rencontrer le cordon épanoui sur la partie antérieure et supérieure de la poche aqueuse, ainsi que l'a fait anatomiquement voir mon illustre maître le professeur A. Scarpa, dans son *Mémoire sur les hydrocèles*, dont on conserve précieusement les pièces justificatives au Muséum de Pavie.

Lorsque l'on fait la ponction avec le trois-quart, l'on peut

blesser le testicule, surtout dans les cas d'hydrocèles non transparentes, ce qui ne peut avoir lieu avec la lancette. Avec le trois-quart, pour faire la contre-ponction, il faut non-seulement évacuer une grande partie du liquide, mais encore il faut avoir soin de faire pénétrer très-profondément la canule, ce qui est toujours douloureux, afin de pratiquer avec plus de facilité la contre-ponction.

A la Havane, ainsi que dans toutes les Antilles, les hydrocèles sont très-fréquentes, ce qui m'a permis de mettre en pratique très-souvent cette méthode. Mon exemple a été suivi par M. Camilleri dans un grand nombre de cas et avec un succès constant, ainsi qu'il l'a fait connaître dans le *Répertoire médical de la Havane* (juillet 1850). Depuis la présentation de ce Mémoire, ce procédé a été mis en pratique cent quatre-vingt-sept fois, et n'a offert que sept récidives.

CARRON DU VILLARDS.

REVUE ANALYTIQUE.

Paraplégie et hématurie, emploi de l'électrisation localisée. – Guérison rapide de l'hématurie, amélioration notable de la paralysie;

Par M. BOREL, médecin de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.

Au mois de septembre 1855, je fis sur la tête et sur la colonne vertébrale une chute de cheval, à la suite de laquelle j'éprouvai immédiatement tous les symptômes d'une congestion cérébrale. A ces symptômes, mon confrère Prestat, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, opposa de fréquentes saignées générales, de nombreuses applications de sangsues, des révulsifs répétés; grâce à l'énergie incessante de ce traitement, je vis, dans l'espace d'un mois environ, se dissiper successivement les principaux accidents qui m'avaient si justement alarmé. Mais dans mes premières tentatives pour quitter le lit et l'appartement, je m'aperçus que les mouvements des membres inférieurs étaient devenus difficiles, pénibles; en marchant, je ressentais une tension douloureuse dans la région lombaire, plus particulièremeat le matin en me levant. Le membre pelvien gauche exécutait les mouvements nécessaires à la progression avec plus de difficulté que le membre droit. Je supposai d'abord que cet alanguissement, cette faiblesse de l'action musculaire étaient le résultat des copieuses évacuations sanguines auxquelles j'avais été soumis; mais au lieu de se dissiper avec le temps, l'exercice, et sous l'influence d'un régime convenable, cet état augmenta de jour en jour, et j'acquis dès lors la triste certitude que j'étais paraplégique.

Avant d'entrer dans de nouveaux détails sur les faits qui suivirent ce premier temps de la maladie, il me semble utile d'indiquer les conditions dans lesquelles elle est venue me surprendre. Ma santé, jusque-là, n'avait été troublée par aucune affection notable; j'avais atteint cinquante-huit ans, en n'éprouvant de temps à autre que les seuls inconvénients attachés à mon tempérament essentiellement sanguin : susceptibilité très-grande, céphalalgies, étourdissements, inconvénients contre lesquels j'avais recours assez souvent aux émissions sanguines. En aucun temps, je n'avais été sujet aux hémorrhagies, aux flux hémorrhoïdaux. La chute de cheval était donc bien évidemment la cause déterminante de l'état de paraplégie actuel.

Vers le mois de mai 1856, je fus pris d'une douleur profonde à la partie moyenne externe de la jambe gauche, et bientôt cette douleur fut suivie, dans cette région, d'une inflammation phlegmoneuse ayant son siége sous le muscle grand péronier ; la suppuration établie, il devenait nécessaire de donner issue à la matière purulente par une large incision pénétrant jusqu'au foyer. La néeessité de pratiquer promptement cette incision avait été reconnue par MM. les docteurs Peyron de Marines, Prestat et David de Pontoise; elle donna issue à une quantité considérable de pus sanguinolent, dont l'aspect nous fit un instant craindre une carie du péroné, qui fut découvert. Toutefois, après un séjour de cinq semaines au lit, la suppuration diminua, se tarit, et la plaie se cicatrisa sans élimination de séquestre. Les mouvements des jambes n'avaient rien perdu, mais n'avaient rien gagné non plus à ce repos prolongé, à ce séjour au lit.

Forcé par mes occupations de visiter mes malades en voiture, je fus, après une de ces courses, arrêté par un incident nouveau : une hématurie des plus violentes, précédée d'incontinence et de difficulté dans l'évacuation de l'urine. J'eus recours aussitôt, pour cette dernière maladie, aux conseils éclairés des praticiens les plus éminents qui se sont voués à cette spécialité; mais en dépit de la persévérance avec laquelle je les mis en pratique, cette inquiétante affection n'en persista pas moins et avec la même intensité.

Mon état paraplégique n'avait, à son tour, obtenu aucune amélioration sensible quand, sur l'indication du docteur Boinet, je m'adressai, le 22 mai dernier, à notre savant et obligeant confrère Duchenne, de Boulogne. Comme le docteur Boinet, j'avais l'espoir que des secousses électriques rendraient un peu d'action à mes jambes paralysées ; mais une amélioration d'une autre nature devait être d'abord le résultat des tentatives si sagement dirigées par M. Duchenne; après cinq séances seulement, le 8 juin, l'hématurie avait disparu; après la douzième, le 27 juin, l'incontinence avait diminué très-notablement, et aujourd'hui, 24 août, après vingt-cinq séances, cette infirmité a complétement cessé.

Ce qui me paraît surtout digne de remarque, c'est que le courant électrique a seulement été dirigé à l'extérieur sur les parois du bas-ventre et sur les muscles des cuisses et des jambes. L'état paraplégique est également moins prononcé, et si les membres sont loin d'avoir repris leur activité normale, il m'est facile de constater, dès à présent, que j'éprouve moins d'embarras, moins de gêne à les mouvoir.

Doit-on attribuer en partie cette difficulté, cette gêne, au phlegmon développé à la jambe gauche? La paralysie s'est-elle étendue aux organes urinaires? L'affection de la vessie aurait-elle, au contraire, eu de l'influence sur le système cérébral? Quoi qu'il en soit, ce que je tiens à constater ici, c'est que l'incontinence, c'est que la difficulté de la miction, qui me privaient de sommeil et portaient un trouble si grand à ma santé générale; c'est que l'hématurie, qui se renouvelait avec fréquence, avec intensité, pour le moindre exercice, et brisait mes forces, ont entièrement cessé, et que je dois en faire remonter le bienfait et en reporter la reconnaissance aux conseils éclairés, aux pratiques judicieuses, prudentes et si habilement dirigées de l'honorable docteur Duchenne, de Boulogne. C'est pour sa méthode un succès de plus à proclamer, et que, dans l'intérêt de la science, vous vous plairez comme moi sans doute à publier. (*Bulletin de thérapeutique.*)

Observation de peau bronzée avec lésion des capsules surrénales, révélée seulement par le microscope ;

Par M. CHARCOT, chargé par *intérim* d'un service à l'hôpital de la Pitié.

Un homme âgé d'une cinquantaine d'années entra dans le service avec du marasme, une algidité générale avec flaccidité de la peau, un refroidissement considérable des extrémités, la voix voilée, une diarrhée séreuse et de l'albuminurie. Deux

jours après, on constata l'existence de tubercules au sommet du poumon droit; les selles étaient sanguinolentes. On attribua l'ensemble des symptômes à une disposition tuberculeuse générale, localisée plus spécialement dans le parenchyme pulmonaire et le tube intestinal. Mais bientôt on découvrit sur la peau de grandes plaques d'une teinte plus que bronzée, aussi noires que la peau d'un mulâtre, et recouvrant une grande partie du cou, la poitrine en avant et sur les côtés, les épaules, les bras et les cuisses. Dans ces endroits, le tégument était lisse, et, de l'avis de tous les personnes présentes, n'offrait aucune autre lésion qu'un dépôt de pigment. Le malade accusait des douleurs du côté des reins. On diagnostiqua une altération des capsules de nature probablement tuberculeuse. Le malade succomba au bout de quinze jours aux progrès du marasme, de la diarrhée et de la faiblesse du pouls, sans qu'on ait pu obtenir de lui aucun renseignement un peu précis sur la date de la première apparition des plaques, ni sur les circonstances de la maladie. On s'assura que le sang ne contenait pas de pigment.

A l'*autopsie*, on trouva des tubercules dans les deux poumons, principalement à droite, où existaient de petites cavernes; des ulcérations tuberculeuses dans l'intestin grêle et le côlon; un état granuleux des reins (maladie de Bright au troisième degré). Rate normale; foie un peu atrophié, non gras. Pas de coloration noire de ces deux organes.

Les capsules surrénales avaient la forme et le volume accoutumés; elles avaient une légère teinte jaune, peu différente de la teinte normale, et on les avait considérées d'abord comme saines. Mais l'inspection microscopique, faite par M. Vulpian, démontra qu'elles renfermaient un grand nombre de granulations graisseuses, les unes libres, les autres répandues daus les éléments anatomiques de l'organe. De plus, la substance médullaire des capsules avait perdu la propriété de se colorer en rose par l'action de l'iode, comme il arrive à cette substance quand elle est saine.

(*Comptes rendus de la Société de biologie.*)

De la section sous-cutanée d'une partie de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux, pour remédier à un vice de conformation de la verge;

Par le professeur Bouisson (de Montpellier).

Parmi les cas de tératologie qui rentrent dans le domaine chirurgical, il en est pour lesquels l'art a développé une grande puissance réparatrice. La chirurgie plastique et la chirurgie orthomorphique ont montré, à cet égard, jusqu'où pouvait aller une thérapeutique inductive basée sur l'analyse étiologique. Mais il reste beaucoup à faire à l'art opératoire pour remédier convenablement à certaines anomalies des organes génitaux de l'homme. C'est à peine si l'on a recueilli quelques faits qui prouvent qu'on a pu rétablir la forme et les formes de ces fonctions dans les cas d'hypospadias un peu compliqués.

Ce singulier vice de conformation se réduit, comme on le sait, dans les cas simples, à une ouverture anormale de l'urèthre derrière la fosse naviculaire, et dans les degrés les plus avancés il se confond avec l'hermaphrodisme. A ces deux termes extrêmes, et pour des raisons opposées, l'hypospadias est en dehors de la sphère chirurgicale : il n'y rentre réellement que par son degré moyen, qui consiste dans l'absence de la paroi inférieure du canal de l'urèthre dont l'ouverture est reculée jusqu'au niveau du point de jonction des bourses et du pénis. Dans ces cas, ce dernier organe est très-déformé. L'arrêt de développement de sa partie inférieure représentée par l'urèthre est cause que, dans ce sens, la verge est moins développée que vers sa face supérieure, et offre une moindre longueur. Le gland se trouve rapproché des bourses par le point où, dans l'état naturel, correspond le frein, et cette disposition, déjà prononcée pendant la flaccidité de l'organe copulateur, devient surtout très-apparente dans l'érection. Une bride fortement tendue existe alors entre la racine des bourses et le milieu de la face inférieure du gland. La verge est recourbée tantôt par une sorte d'inflexion partielle du gland sur le corps caverneux, tantôt à la façon d'un cylindre incurvé dont les courbures concentriques ont des rayons nécessairement inégaux.

Cette disposition est fort gênante pour la copulation. La verge en érection, au lieu de se présenter par son extrémité, se présente par sa face dorsale. Les rapprochements sexuels sont impossibles ou incomplets. Ils peuvent même être douloureux, et une fonction si mal accomplie contribue aux chances de la stérilité déjà préparée par la position reculée de l'ouverture uréthrale, qui empêche la pénétration de la liqueur séminale dans le vagin.

On n'a guère signalé, comme cause de la gêne de l'érection et de la copulation, que la bride formée par l'arrêt de développement de l'urèthre : mais la permanence de la gêne fonctionnelle, après la section de cette bride, nous a démontré que la cause de la courbure de l'organe remontait plus haut, et qu'une rétraction ou un arrêt du développement fibreux du corps caverneux, surtout de sa cloison, influait d'une manière prédominante sur la forme que la verge affecte dans ce cas, et sur l'incapacité fonctionnelle qui en est la conséquence.

L'étude organogénique de l'appareil sexuel contribuerait à éclairer la disposition anormale dont nous venons de tracer une esquisse rapide : mais cet examen serait un peu étranger à notre but, qui consiste surtout à prouver l'efficacité de l'intervention chirurgicale dans des cas de cette nature.

Obs. — *Hypospadias; bride sous-pénienne superficielle et profonde; incurvation permanente de la verge; incision multiple de la bride; section sous-cutanée de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux; rétablissement de la forme et des dimensions de l'organe.*

M. X... (de Montpellier), âgé de 22 ans, était né avec un hypospadias auquel on ne remédia par aucun moyen. Le professeur Delmas, consulté au sujet de cette difformité, engagea les parents de l'enfant à attendre l'âge adulte avant de rien entreprendre.

A peine remarqué dans les premiers temps de la vie, ce vice de conformation devint, au contraire, le sujet d'une préoccupation constante et pénible dès le moment où le jeune X... atteignit l'époque de la puberté. L'orifice uréthral, réduit à une fissure longitudinale dépourvue de lèvres, correspondait à la base de la verge, dans le point de réunion de cet organe avec les bourses. Le canal de l'urèthre manquait dans toute la partie antérieure. Il n'y était du moins représenté que par une sorte de ruban rappelant à la fois les caractères de la peau et ceux de la muqueuse et recouvert d'un épiderme très-fin. Au niveau du gland, on distinguait encore une excavation en demi-gouttière, à laquelle aboutissait la bride rubanée où l'on reconnaissait un rudiment de la paroi supérieure de l'urèthre.

Ce reste de canal n'avait pas au delà de 3 centimètres d'étendue; tandis que les corps caverneux, considérés surtout dans leur partie supérieure, présentaient leur dimension normale. Il résultait de cette inégalité de développement une forme incurvée du membre viril, et cette incurvation, très-appréciable dans la flaccidité et la demi-érection, devenait très-marquée dans l'érection complète. L'organe était alors comme coudé, et la tension de la bride uréthrale indiquait la traction exercée sur le gland.

En explorant la face inférieure de la verge, on sentait que l'obstacle au redressement était profond et semblait se prolonger au-dessus de la bride uréthrale.

Cette disposition était devenue de plus en plus intolérable à celui qui la présentait. Les érections se faisaient avec douleur, le coït était im-

possible. Cette incapacité pour l'acte copulateur et l'idée de stérilité produite par la position reculée de l'ouverture uréthrale avaient plongé le jeune homme dans une mélancolie habituelle et l'avaient disposé à se soumettre à tous les essais possibles, soit pour obtenir le redressement de la verge, soit pour faire pratiquer un nouveau canal.

C'est dans cette intention que M. X... vint réclamer mes soins. Je l'engageai d'abord à se soumettre à la section de la bride uréthrale. Cette opération fut pratiquée en mars 1856. Un bistouri étroit divisa simplement la bride en travers sans pénétrer au delà de l'enveloppe fibreuse des corps caverneux. Il y eut aussitôt un allongement de près d'un centimètre et l'extrémité antérieure de la verge se redressa sensiblement. Le pansement consista à placer l'organe dans l'extension au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un bandage redresseur, de manière à ce que la cicatrice servît à l'allongement de la bride. L'ouverture de l'urèthre étant libre, l'urine ne pouvait souiller l'appareil. Après une suppuration peu abondante et passagère, la cicatrice était établie. Les érections parurent d'abord moins gênées; mais peu à peu le tissu de nouvelle formation se coarcta et l'amélioration fut très-faible. Deux mois après, je pratiquai une seconde incision transversale plus rapprochée du gland. Les mêmes précautions furent prises sous le rapport du pansement, et il ne fallut pas plus de temps que la première fois pour amener la formation du tissu intermédiaire destiné à étendre la bride. Celle-ci devint plus longue qu'à la suite de la précédente opération, et le redressement du pénis eût été complet si la bride eût été l'obstacle réel à l'érection. Mais ce dernier état fut à peine modifié, la verge restait toujours recourbée et l'ampliation des corps caverneux éprouvait à peu près la même gêne dans toute l'étendue de leur face inférieure.

En recherchant la cause de cet empêchement fonctionnel, je reconnus, par la pression des corps caverneux en état de flaccidité, qu'il existait une sorte d'épaississement et de barrière au-dessus de la bride, et que cet obstacle à l'extension était à la fois superficiel et profond. La position et la direction de l'obstacle me firent penser qu'il était dû à une rétraction ou à un arrêt de développement de la gaîne fibreuse des corps caverneux et de la cloison qui les sépare. On distinguait du moins avec évidence qu'il n'était pas borné à la face inférieure de la verge, mais qu'il se prolongeait jusque dans le centre de l'organe. Je ne conservai bientôt aucun doute sur le rôle dévolu aux tissus fibreux ainsi disposés, et je résolus de tenter leur section sous-cutanée. Le jeune homme accepta avec empressement une nouvelle tentative chirurgicale dont je lui fis comprendre les avantages, et l'opération fut pratiquée le 10 avril dernier.

Après avoir fait un pli antéro-postérieur à la peau du dessous de la verge, je piquai l'un de ses côtés avec la pointe d'une lancette, et un ténotome convexe fut engagé par cette ouverture, de manière à pouvoir attaquer par pression toute la face inférieure de l'organe préalablement relevé et tendu vers le pubis. La pression de l'instrument, aidée d'un léger mouvement transversal, divisa l'enveloppe fibreuse du corps caverneux à peu près vers le milieu de l'espace compris entre le gland et l'ouverture anormale de l'urèthre. Un petit bruit comparable à celui des tissus que l'on coupe dans la ténotomie se fit entendre, et la verge s'allongea visiblement. On sentait néanmoins encore l'obstacle profond. J'inclinai alors en haut la pointe du ténotome, de manière à la faire remonter entre les deux corps caverneux. Puis, retournant l'instrument pour attaquer verticalement la cloison, j'incisai celle-ci dans l'épaisseur même de la verge, et le redressement devint aussitôt complet.

Cette opération, peu douloureuse et d'une exécution assez rapide, ne donna lieu qu'à un écoulement sanguin médiocre. Il ne survint pas d'ecchymose de la verge. Aucune artère ni aucune veine importante n'avaient été divisées, et la seule action d'un pansement compressif exécuté au moyen de bandelettes étroites de sparadrap enroulées autour de la verge fut suffisante pour empêcher toute hémorrhagie et pour s'opposer à des érections inopportunes. La verge a repris aujourd'hui sa conformation normale. Les érections ne sont ni douloureuses ni gênées par les obstacles primitifs, et la copulation, autrefois impossible, s'exécute sans difficulté.

J'ai tenu, mon cher confrère, à connaître votre avis sur ce premier essai. Encouragé par le résultat favorable qu'il a obtenu, l'opéré réclame le complément des opérations qui peuvent assurer tous les effets de l'acte générateur. Il sollicite avec instance la formation d'un nouvel urèthre prolongé jusqu'au gland. La science est loin d'avoir dit son dernier mot sur les moyens d'arriver convenablement à cette restauration, et chaque tentative entreprise jusqu'à ce jour dans un pareil but représente pour ainsi dire un procédé particulier. J'ai aussi songé à un nouveau mode d'uréthroplastie; je vous en soumettrai les détails si l'exécution opératoire répond à mon désir et me paraît digne d'être communiquée à un juge qui a mérité le nom de maître en critique scientifique.

(*Gazette médicale.*)

VARIÉTÉS.

Ayant eu connaissance du rapport de M. de Crozant, dont nous avons récemment publié un assez long extrait, M. le préfet de la Seine prit, le 12 mai dernier, un arrêté par lequel il décidait l'envoi aux eaux de Pougues d'un certain nombre de jeunes malades scrofuleux, pris dans les hôpitaux de Paris, et auxquels serait appliqué le traitement thermal qui avait produit de si bons résultats sur les jeunes pensionnaires de l'hospice de Nevers. M. Amette, secrétaire de la Faculté de médecine et membre de la Commission de surveillance, voulut bien aller présider lui-même à l'installation d'un local pour recevoir les nouveaux enfants, local qui devait être entièrement séparé des autres parties et dépendances de l'établissement. Les effets ne paraissent pas avoir été moins avantageux sur les petits malades de Paris que sur ceux de Nevers; nous espérons pouvoir publier ultérieurement le résumé des observations les importantes dont ces enfants ont été les sujets.

— Des nouvelles apportées à New-York par le *Star of the West* et reproduites par nos grands journaux annoncent que le choléra sévit avec la plus grande intensité dans l'Amérique centrale. Ces nouvelles rangent au nombre des victimes M. San Martin, ex-président de San Salvador, et la femme même du président actuel de Guatemala.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Considérations historiques, théoriques, pratiques et critiques sur la fièvre jaune, par le docteur Carlos Valdés y Martinez, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Toulon, membre de la Société médicale d'émulation, etc. — 1 volume in-8° de 128 pages. — Prix : 1 fr. 50 c.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

Éléments de médecine clinique, par le docteur A. Trumet de Fontarce, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Paris, 1857, 2 volumes in-8° de chacun 800 pages. — Prix : 14 fr.

A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

Études d'hygiène militaire. — *Des habitudes dans l'armée; conseils aux militaires et aux jeunes gens*; par le docteur Vincent, médecin au 7e chasseurs. 1 volume in-8°.

Paris, 1857, chez Leclerc, libraire, rue de l'Ecole de médecine, 14.

Mémoire sur une variété de tumeur sanguine ou grenouillette sanguine, par le docteur Dolbeau, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux, etc. — Brochure in 8° de 30 pages. — Prix : 1 fr.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

De l'Exfoliation physiologique et pathologique *de la membrane interne de l'utérus, avec de nouvelles considérations sur les avortements au début de la grossesse*; par A. Raciborski, ancien chef de clinique, etc. Prix : 3 francs. *Au bureau du journal.*

Leçons sur le chancre, professées par le docteur Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., rédigées et publiées par A. Fournier, interne de l'hôpital du Midi, suivies de notes et pièces justificatives, etc. — 1 volume in 8° de 331 pages. — Prix : 5 fr. 50 c.

Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole de médecine, 23.

Le Rédacteur en chef, H. de Castelnau.

Paris. — Imprimerie de Pillet fils aîné, rue des Grands-Augustins, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 129. 5me ANNÉE. Mardi, 27 octobre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois........ 7 fr. 6 mois........ 12 fr. 1 an........ 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 26 octobre 1857.

De la statistique des causes de décès.

Nous devons regretter et nous regrettons vivement que des obligations impérieuses ne nous aient pas permis de donner plus d'extension aux remarques que nous avons à présenter sur les questions posées à l'Académie par M. le ministre, sur les réponses que la Commission de l'Académie y a faites et sur le rapport dont ces réponses doivent nécessairement être l'expression. Nous osons croire cependant que les trop courtes considérations qui vont suivre ne seront pas sans jeter quelque jour sur le sujet de la discussion que l'Académie va reprendre demain.

L'Académie n'a sans doute pas besoin qu'on lui rappelle toute l'importance des questions qui lui sont soumises, toute la gravité des réponses qu'elle y fera ; elle n'ignore point que si, d'après ces réponses, le gouvernement s'engage dans une voie difficile assurément et dans des dépenses stériles, il en fera peser sur qui de droit la responsabilité, comme il fera aussi peser sur qui de droit la responsabilité d'un conseil qui le détournerait de la réalisation d'un progrès utile. Enfin l'Académie doit tenir à honneur, quelqu'avis qu'elle émette, de donner à l'appui de son opinion tous les développements, toutes les preuves scientifiques capables de porter la conviction dans les esprits, comme elle le fit jadis dans son mémorable rapport sur la peste.

Si donc l'Académie est pénétrée comme nous de la gravité de la situation, elle voudra bien, nous l'espérons, discuter demain avec plus d'ordre et de maturité que dans la dernière séance ; elle prendra en considération des conseils dictés par un profond sentiment de sympathie et d'intérêt pour elle, et ne se décidera à voter une résolution que lorsqu'elle aura épuisé toutes les sources de lumière qui l'entourent.

C'est dans cet espoir que nous allons nous livrer à l'examen succinct du travail de la commission et à la discussion des questions qui en sont l'objet.

Il est peu d'hommes dont nous honorions le caractère à l'égal de celui de M. Guérard ; il en est peu dont nous estimions autant l'esprit scientifique. Il nous faut pourtant le dire tout d'abord, le rapport de ce savant académicien ne répond nullement à ce que l'administration est en droit d'attendre de l'Académie, ce que l'Académie elle-même est en droit d'attendre d'un de ses membres à qui elle a confié une grave et difficile mission ; elle aurait donc le plus grand tort, dans l'intérêt de sa propre considération, d'envoyer au ministre un pareil rapport, les conclusions en fussent-elles irréprochables. Entrons dans quelques détails.

Un mot d'abord sur le préambule.

M. le ministre n'avait point demandé à l'Académie si la statistique des causes de mort était utile ; mais M. le rapporteur, suivant en cela l'exemple des membres du Congrès de statistique, a cru devoir commencer son rapport en proclamant hautement cette utilité ; malheureusement, à l'exemple encore des membres du Congrès, il s'est contenté d'une proclamation, et n'a pas réfléchi qu'il eût beaucoup mieux valu procéder par démonstration. Il a cité les exemples de l'Angleterre, de la Belgique, de la Bavière, du canton de Genève, etc., qui depuis cinq, dix quinze et vingt ans, dressent la statistique des causes de mort ; mais il n'a pas dit quelles *causes d'insalubrité ces statistiques avaient permis de neutraliser*, ni quelle *amélioration physique et morale de l'homme elles ont favorisée*, résultats auxquels doivent cependant conduire ces statistiques, suivant M. le rapporteur.

Nous savons qu'au Congrès de 1853, un homme dont nous honorons hautement aussi la science et le caractère, M. Marc d'Espine, parla de « la longue expérience qu'il avait acquise des excellents résultats pour l'hygiène » (*Comptes rendus du Congrès*, p. 117) qu'avait produits la statistique des causes de décès à Genève; mais en fait, il ne mit point le Congrès en mesure d'apprécier un seul de ces résultats. Et cependant, si ces résultats peuvent exister quelque part, c'est assurément à Genève, car c'est là seulement, ainsi que nous le verrons un peu plus loin, qu'une statistique à peu près bonne peut être et se trouve, en effet, réalisée.

Quant à la Belgique, si la statistique dont parle M. Guérard ne se fait que depuis six ans pour la population civile, elle se fait depuis beaucoup plus longtemps pour l'armée (où, pour le dire en passant, elle est beaucoup plus facile et par conséquent plus exacte), et si M. Guérard veut savoir quelle en a été l'utilité, il n'a qu'à lire les paroles suivantes du savant et judicieux médecin

en chef de l'armée belge, ancien président, pendant quinze ou vingt ans, de l'Académie de Bruxelles :

« L'honorable M. Farr, dit M. Vléminkx, parle de la statistique à faire dans une armée et invoque la statistique qu'il a dressée pour l'armée anglaise. Eh! bien, la statistique se fait dans l'armée belge, depuis dix ans, d'une manière *aussi exacte que possible* et *avec les plus grands détails*...

» J'examine ces statistiques *avec le plus grand soin* lorsqu'elles me sont transmises, et je déclare au Congrès *qu'il m'a été jusqu'à présent impossible d'en tirer la moindre conclusion pratique*.» (*Comptes rendus du Congrès international de statistique de* 1853, p. 121.)

Loin de moi cependant la pensée de nier que la statistique des causes de décès, même telle qu'on peut la faire, puisse être utile ; mais entre une utilité *quelconque* et une utilité *immense*, il y a des degrés à chercher et à déterminer, et ce sera précisément le rapport entre le véritable degré d'utilité et les obstacles à vaincre qui décidera l'administration à agir ou à rester dans le *statu quo*.

Il fallait donc que la commission de l'Académie s'efforçât d'établir, au moins approximativement, ce degré d'utilité, au lieu de formuler de vagues hypothèses, et de citer des exemples sans autorité. Si l'Angleterre, la Belgique et la Bavière ont retiré des avantages notables de leurs statistiques, il est assurément fâcheux pour la France d'être en retard ; mais si ces pays, comme le pense M. Vléminkx, ont dépensé leur argent en pure perte, il est non moins évident que la France doit se féliciter de son peu d'empressement à entrer dans cette voie d'expérimentation. Nous allons, du reste, revenir sur ce sujet à propos de la première des questions ministérielles, que nous allons maintenant examiner succinctement.

Première question (1). — Cette question renferme à vrai dire toute l'économie de la statistique des causes de mort, et si l'Académie tient à maintenir son vote sur la clôture de la discussion générale, elle pourra suppléer à celle-ci en discutant à fond la première question. Comment la commission l'a-t-elle résolue? Absolument comme elle a résolu, dans son préambule, la question d'utilité, ou même plus sommairement encore. « Votre commission, a-t-elle dit, n'*hésite* pas à reconnaître que les principales causes de décès peuvent dans le plus grand nombre de cas être observées. »

Nous n'insisterons pas sur les imperfections de rédaction de la question ministérielle, imperfections qui se retrouvent dans la réponse de la commission ; cela a très peu d'importance ; c'est le fond qu'il faut voir, et sur le fond, la commission n'*hésite pas*... etc. C'est fort bien de ne pas hésiter, quand on a de très bonnes raisons pour être affirmatif ; mais encore faudrait-il ne pas cacher ces raisons au public et à M. le ministre, et les laisser un peu, l'un et l'autre, juges d'en apprécier à leur tour la valeur.

Ce que la commission avait d'abord à faire, c'était de spécifier quelles sont les maladies que l'on doit considérer comme les *principales* causes de mort. Pour notre compte, nous ne sommes aucunement fixés sur ce point ; nous ignorons, par exemple, si un ramollissement de la moelle, si un diabète, si une albuminurie, si si une infection purulente, si une paralysie hystérique, etc., etc., sont des causes de mort *principales* ou *accessoires* ; ce que nous n'hésitons pas à croire, c'est que toutes ces causes de mort seraient inexactement déterminées par les trois quarts des médecins de France, peut-être par un plus grand nombre. Seulement nous avons quelques motifs pour ne pas hésiter, et nous allons donner les principaux.

M. Piorry l'a rappelé avec raison, et M. Guérard n'aurait pas dû oublier cette circonstance, lorsque des concours ont lieu au bureau central, pour des places de médecins et de chirurgiens des hôpitaux de Paris, on peut affirmer qu'à quelques rares exceptions près, on trouve parmi les candidats l'élite de la médecine et de la chirurgie françaises. Comme chacun le sait, ces candidats ont des épreuves cliniques à subir, c'est-à-dire qu'ils doivent observer des malades, reconnaître leurs maladies, et prescrire un traitement. Penseriez-vous par hasard que ces habiles candidats ne se trompent jamais? Quelle serait votre erreur ! Vous prouveriez par là que vous n'avez jamais assisté à un concours ; tous ceux qui ont suivi ces luttes honorables savent que les erreurs de diagnostic forment une minorité imposante, quand elles ne forment pas la majorité ; et ce qu'il y a de particulier, c'est que ce ne sont pas seulement les candidats qui se trompent; les juges quelquefois ne sont pas plus heureux.

Mais vous pensez peut-être que c'est dans des cas très difficiles, rares, extraordinaires, que ces erreurs sont commises ; détrompez-vous encore : ces erreurs s'observent dans des cas de fièvre typhoïde, de pneumonie, de fracture du bras, de hernies et même de bubons ; les exemples de cette nature fourmillent dans l'histoire des concours.

Vous ajoutez, il est vrai, que les candidats dont il s'agit n'ont que dix minutes pour examiner leurs malades, et que de plus ils sont sous l'influence d'une émotion qui obscurcit un peu leurs sens et leur jugement. Je ne le conteste point ; seulement j'ajoute que, même dans ces conditions peu favorables, des hommes de cette valeur ont encore beaucoup moins de chances de se tromper que ces médecins, que M. Guérard connaît pourtant bien, puisqu'il en a parlé à la tribune, qui depuis 15, 20 ou 40 ans ne lisent plus ni livres, ni journaux, qui probablement n'y comprendraient pas grand' chose, quand même ils en liraient, et qui sont arrivés à passer leurs examens sans avoir jamais su distinguer un humérus d'un cubitus, encore moins le râle crépitant de la respiration bronchique : il y en a, nous en connaissons de cette force, et, même sans être aussi bas classé, on peut, on doit faire de graves erreurs de diagnostic et l'on en commettra *inévitablement*.

Et puis, croyez-vous donc que les médecins vérificateurs, chargés de la constatation des causes de mort, et qui ne voient que des cadavres, soient dans des conditions beaucoup plus favorables que les candidats des hôpitaux? Franchement, nous ne saurions l'admettre, et nous pensons qu'il est encore plus facile de reconnaître une maladie en dix minutes sur un malade vivant, que de la reconnaître en plusieurs heures sur un cadavre, surtout quand on ne peut en faire l'autopsie. Pour dire même toute notre pensée sur les médecins vérificateurs, nous devons exprimer notre étonnement qu'on ait jamais pu considérer comme sérieux les renseignements recueillis par eux ; nous disons *renseignements*, car ils ne peuvent recueillir autre chose ; il serait par trop absurde de croire que l'examen d'un cadavre puisse permettre de reconnaître la maladie qui a causé la mort : exiger un pareil diagnostic d'un médecin, c'est le réduire au rôle de devin, c'est-à-dire à un rôle ridicule. Le médecin vérificateur ne peut que recueillir des renseignements auprès de la famille ; or, de deux choses l'une : ou la famille ne lui transmettra, *plus ou moins exactement*, que ce

(1) Voir plus loin le texte des questions posées par M. le ministre.

qu'elle aura appris du médecin traitant, et dans ce cas, le médecin vérificateur ne pourra, en bonne conscience, que reproduire le diagnostic de son confrère ; ou bien la famille ajoutera aux indications de son médecin des observations de son propre crû, et dans ce cas, je demande à tout homme sensé quelle confiance mériteront ces observations !

En résumé, un diagnostic porté par un médecin vérificateur ne peut être que dérisoire s'il ne se fonde sur les renseignements fournis par le médecin traitant, et, dans le cas contraire, il vaut nécessairement moins que le diagnostic de ce dernier. Un médecin vérificateur, *pourvu qu'il soit instruit*, peut servir à constater la réalité de la mort, et en cela il a sa raison d'être et même une grande utilité ; mais là doivent se borner ses services.

Au point de vue de la statistique des causes de mort, il n'y a donc de sérieux que le diagnostic du médecin traitant ; nous avons dit ce que vaut ce diagnostic, nous n'y reviendrons pas. Je ne m'occuperai pas non plus, aujourd'hui, jusqu'à quel point on pourrait compter sur le zèle des médecins pour rédiger des bulletins de décès, si une loi ne les y oblige pas, et je ne me figure même pas très bien comment on exécuterait cette loi, une fois qu'elle serait édictée. Nous examinerons ultérieurement ces questions, s'il y a lieu.

On insiste cependant, et l'on dit, rentrant ainsi dans la question d'utilité : Mais une statistique même incomplète, même imparfaite, sera toujours de la plus grande importance ; il est au moins quelques maladies, la phthisie, par exemple, dont le diagnostic pourra être à peu près toujours exactement établi ; or, cela ne suffira-t-il pas pour conduire aux plus grandes conséquences hygiéniques et thérapeutiques ! Et puis, la preuve que la statistique est possible, c'est qu'elle se fait en Angleterre, en Belgique, à Genève, etc.

Il y a là plusieurs questions auxquelles nous répondrons séparément au risque de quelques répétitions.

La statistique se fait en Angleterre, c'est vrai ; mais comment s'y fait-elle ? L'exemple suivant permettra d'en juger. En examinant les tables de mortalité de la ville de Londres, pour six semaines prises au hasard, on trouve :

	Causes de mort spécifiées.	Causes de mort non spécifiées.	Total.
1re semaine.	992	1	993
2e —	1083	4	1087
3e —	1174	3	1177
4e —	1065	0	1065
5e —	1080	4	1084
6e —	1087	4	1091
	6481	16	6497

Ainsi, à Londres, sur 6,497 causes de mort, il n'en resterait que 16 d'inconnues !

C'est trop de perfection pour qu'il y ait assez de vérité ; il n'est pas un seul de nos médecins d'hôpitaux qui ne considère une telle perfection comme illusoire, c'est-à-dire comme la consécration d'une immense erreur, si on la prenait au sérieux.

Quant à la statistique belge, nous savons comment l'apprécie l'homme qui est le plus en position de la bien juger. Reste donc la statistique de Genève. Qu'on nous permette de nous y arrêter un instant, car elle mérite une mention spéciale.

La ville de Genève a le rare privilége de posséder un corps médical instruit, animé d'un grand zèle scientifique, d'un sentiment très élevé de dignité professionnelle, faisant partie presque tout entier d'une société médicale où est discuté, avec un amour sincère de la vérité, tout ce qui touche aux intérêts médicaux de la république, vivant, enfin, ce qui n'est pas la chose la moins importante, dans une parfaite union, à deux trois exceptions près. Il résulte de cette situation, que le bulletin du médecin traitant offre déjà, en général, toutes les garanties possibles d'exactitude ; il en résulte encore que l'étendue de la ville permettant au médecin-inspecteur d'en connaître presque toute la population, celui-ci peut se renseigner sur la nature des maladies capables d'entraîner la mort et même les connaître quelquefois avant que la mort ne soit survenue ; il en résulte, enfin, que le conseil de santé qui dépouille les divers bulletins, connaissant lui-même les médecins et souvent les malades, peut s'éclairer à son tour, s'il y a lieu, avant d'inscrire sur les registres les renseignements transmis par les deux confrères. Il peut même, au besoin, discuter ces renseignements au sein de la société médicale. Au reste, le médecin éminent chargé du dépouillement des bulletins ne méconnaît pas les avantages de sa situation :

« La supériorité du mode qui est suivi à Genève, disait M. Marc d'Espine au Congrès international de 1853, est dans le contrôle. *On n'est jamais sûr*, lorsqu'on reçoit le bulletin *d'un seul* médecin, d'être à l'abri des effets de la légèreté ou de l'ignorance. Eh bien, pour être certain d'arriver à l'exactitude, on exige une note du médecin visiteur (vérificateur des décès), qui, pour la rédiger, *interroge les parents* (1).

» Le conseil de santé reçoit en même temps la note du médecin qui a soigné la personne morte, et chaque jour je fais le dépouillement, en comparant les deux notes médicales ; et si je rencontre une divergence, *je cherche à constater la vérité en interrogeant les deux médecins.* » (*Comptes rendus* déjà cités, p. 119.)

Ainsi, M. Marc d'Espine, malgré les rares avantages de sa position, est encore obligé de consulter quelquefois les médecins. On comprend que c'est là une condition qu'un très petit nombre de localités peuvent réaliser et qui serait notamment complétement impossible dans un pays comme la France.

Et cependant, quelles améliorations une statistique aussi exceptionnelle, poursuivie depuis vingt ans, a-t-elle produites ? A-t-on chassé de Genève la phthisie, la fièvre typhoïde, l'apoplexie, la pierre ou le cancer ? Hélas ! non. Tout s'y passe comme il y a vingt ans, ou si des améliorations hygiéniques ont été réalisées, ces améliorations sont les fruits du progrès général de la civilisation, et non point ceux des lumières apportées par la statistique des causes de mort.

C'est qu'en effet, entre la *connaissance des causes de la mort* et les moyens de les conjurer, il y a encore un monde. Il faut d'abord que cette connaissance conduise à celle des *causes de la maladie*, et il faut ensuite que celle-ci conduise à celle de la prophylaxie ou de la thérapeutique, ce qui n'a pas toujours lieu, tant s'en faut. Un exemple :

On sait que les militaires succombent en nombre double des

(1) Nous avons dit ce que peut valoir un pareil interrogatoire. (*N. du R.*)

hommes du même âge appartenant à la population civile. Je suppose qu'une statistique bien faite (et suivant nous impossible aujourd'hui) démontre que l'excédant de mortalité de l'armée est dû à la fièvre typhoïde, ou à la méningite encéphalo-rachidienne (ce qui est probablement vrai en partie); quelle conséquence pratique tirerons-nous de cette connaissance? Je n'en vois aucune, tant qu'on n'aura pas déterminé la cause de la fièvre typhoïde et de la méningite cérébro-spinale, et même, lorsque cette cause sera trouvée, il n'est pas bien certain que l'hygiène et la thérapeutique s'en ressentent.

Nous le répétons toutefois, qu'on veuille bien ne pas se méprendre sur notre opinion, sur nos intentions. Nous n'avons jamais pris le rôle d'étouffoir, et nous ne voulons pas commencer aujourd'hui.

Il est très possible qu'une statistique, même très défectueuse, puisse augmenter la somme de nos connaissances, qu'elle puisse même conduire à quelques petits résultats utiles; à ces titres, un essai de ce genre aurait toutes nos sympathies, et nous serions aussi heureux que personne qu'on l'entreprît, s'il ne devait rien coûter à la France; mais si, comme nous le démontrerons, il doit coûter de cent mille francs à cinq ou six millions par an, suivant que le service sera plus ou moins sérieusement organisé, nous croyons qu'il est facile de trouver un emploi infiniment meilleur d'une pareille somme, en la consacrant même à des travaux d'hygiène, quand ce ne serait qu'au dessèchement des marais.

Nous concluons donc des développements très incomplets, mais pourtant suffisants, qui précèdent :

1° *Qu'une bonne statistique, c'est-à-dire la constatation des causes* principales *de décès, n'est pas possible,* en France ni ailleurs, *dans l'état actuel de la science;*

2° *Que la Commission de l'Académie, en tous cas, n'a absolument rien fait pour prouver la possibilité contraire qu'elle a admise.*

H. de Castelnau.

(*La suite au prochain numéro.*)

RAPPORT SUR LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS

Par M. Guérard, *médecin de l'Hôtel-Dieu, etc.*

[Lu à l'Académie de médecine, au nom d'une commission composée de MM. *Bégin, Michel Lévy, Adelon, Beau, Roche* et *Guérard*, rapporteur.]

Dans le compte rendu de l'avant-dernière séance de l'Académie (*Moniteur des hôpitaux* du 15 octobre), nous nous étions contenté de publier les conclusions du rapport de la commission nommée pour rédiger des réponses aux questions de M. le ministre. L'importance légitime que va prendre la discussion de ce rapport nous engage à le publier aujourd'hui *in extenso*, ainsi que les questions posées à l'Académie par M. le ministre. Ces questions n'étaient pas moins nécessaires, d'ailleurs, à l'intelligence de notre propre appréciation qu'à celle du rapport lui-même.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, réalisant pour la France le vœu exprimé par le Congrès international de statistique, dans ses deux sessions de 1853 et 1855, à savoir qu'il fût procédé, dans tous les pays, à l'enregistrement régulier des causes de décès, a adressé dans ce but, à l'Académie, une série de questions dont l'examen a été renvoyé à une commission spéciale.

Un service d'enregistrement de ce genre fonctionne depuis vingt ans à Genève, depuis quatorze en Bavière, depuis douze en Angleterre, depuis six en Belgique, etc.

L'utilité de ce service ne saurait être révoquée en doute.

Déjà, par la seule statistique mortuaire, et en dehors de la notion des causes déterminantes de la mort, on est arrivé à mesurer, avec assez d'exactitude, certaines influences générales, telles que les saisons, l'âge, le sexe, le degré d'aisance, etc., sur la mortalité.

Ajoutez à ces premières données la connaissance des causes de décès, et nous ne tarderons pas à fixer avec plus ou moins de rigueur, suivant le degré de perfection des tables, la part qui, dans la mortalité générale, doit être attribuée à chaque maladie en particulier, aux professions, aux influences locales, aux travaux publics, etc.

Ce jour-là, des documents précieux, accumulés d'année en année, vérifiés ou corrigés avec le temps, conduiront à découvrir et à neutraliser bien des causes d'insalubrité, à favoriser l'amélioration physique et morale de l'homme, et, enfin, à formuler, pour nos pays civilisés, les lois suivant lesquelles les populations se développent ou s'éteignent.

La lettre ministérielle comprend *huit questions.*

Nous allons les examiner successivement, et, dans nos conclusions, nous reproduirons, en les rapprochant, les réponses données pour chacune d'elles en particulier.

Première question : — Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique nosologique est-elle possible ?

En d'autres termes, peut-on espérer qu'au moins les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre de cas, être exactement observées ?

Les deux parties de cette question ne sont pas corrélatives, en ce sens qu'elles ne répondent pas réciproquement au même ordre d'idées; la première ne peut pas être résolue affirmativement sans qu'il en soit de même pour la seconde, tandis que la réponse, affirmative pour la seconde, peut ne pas l'être également pour la première.

C'est effectivement ce qui a lieu, et votre Commission, tout en déclarant qu'*elle ne croit pas à la possibilité d'une bonne statistique nosologique, c'est-à-dire d'une statistique nosologique complète dans l'état actuel de la science en France,* n'hésite pas à reconnaître que *les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées.*

Deuxième question : — En supposant cette question résolue affirmativement, l'Académie croit-elle pouvoir, dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, préparer une classification qui, par sa clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France, et ne laisser aucun doute, dans leur esprit, sur la nature de ces maladies ?

Si la constatation et l'enregistrement régulier des causes de décès dépendaient de l'existence d'une *classification* de ces causes, réunissant les conditions qui viennent d'être énumérées, il serait inutile d'entreprendre le travail projeté, car une semblable classification n'existe pas et ne saurait exister.

D'une part, la marche incessamment progressive de la science en modifie continuellement la nomenclature. De l'autre, les praticiens sortis de nos écoles depuis quarante ans représentent encore, pour la plupart, les différentes doctrines médicales qui régnaient à l'époque de leurs études, et ils ont coutume de se servir des dénominations correspondant à ces doctrines. Vouloir les astreindre aujourd'hui à l'emploi d'une nomenclature uniforme, ce serait multiplier dans des proportions considérables les difficultés d'exécution et les chances d'erreur.

Une semblable nomenclature, dont la Commission apprécie

toute l'importance, et sur laquelle un rapport doit ultérieurement être soumis à votre approbation, n'est nullement nécessaire dans le cas présent.

Une simple liste de synonymie, dont l'Académie sera appelée à approuver la rédaction, suffira pour établir l'uniformité dans les bulletins.

Troisième question. — Cette question (celle relative à la classification) également résolue, l'Académie estime-t-elle qu'il convient d'établir immédiatement une classification de toutes les maladies qui peuvent amener la mort? Ou bien croit-elle qu'il suffit, au début, de n'appliquer la statistique nosologique qu'à la constatation d'un certain nombre de causes de décès, les plus importantes et en même temps les plus faciles à reconnaître?

Les observations que nous venons de présenter sur la seconde question, nous permettent de répondre négativement à la première partie de celle-ci, et de dire qu'*il n'est pas nécessaire d'établir immédiatement une classification de toutes les maladies qui peuvent amener la mort.*

Pour ce qui est du second membre, c'est-à-dire l'application immédiate de la statistique nosologique à un certain nombre seulement de causes de décès, choisies parmi les plus importantes et les plus faciles à reconnaître, votre commission a pensé qu'il n'y a aucun avantage à poser de semblables limites aux médecins chargés de la rédaction des bulletins: puisqu'ils ne seront pas enchaînés dans les limites d'une nomenclature déterminée, ils devront exprimer en toute liberté, et dans le langage scientifique qui leur est familier, leur opinion sur la cause probable du décès soumis à leur examen.

Enfin, il est à cette restriction une objection grave, la nature même des choses; certaines maladies, très rares dans quelques localités, sont fort communes dans d'autres; là il pourra être difficile de les diagnostiquer; ici, au contraire l'habitude de les observer les fera reconnaître au premier coup d'œil. — Or, ce sont les différences de ce genre que la statistique nosologique est appelée à mettre en lumière.

Quatrième question. — « L'Académie n'est-elle pas d'avis que, dans l'état actuel de l'organisation du service médical en France, et notamment en présence de l'insuffisance notoire de ce service dans les campagnes, il y a lieu de ne faire constater d'abord les causes de décès que dans les villes, chefs-lieux d'arrondissement, sauf, plus tard, à étendre les mêmes recherches aux chefs-lieux de canton? »

La commission n'a pas jugé utile de restreindre tout d'abord la mesure proposée aux chefs-lieux d'arrondissement; elle croit, au contraire, qu'il est nécessaire de la réclamer partout, quitte à ne la voir se réaliser que là où il y a possibilité de le faire.

A l'appui de cette opinion, nous rappellerons que plusieurs des médecins établis dans les chefs-lieux d'arrondissement vont porter les secours de leur art dans les communes voisines, quelquefois même à une assez grande distance du lieu de leur domicile.

De plus, il n'est pas rare de trouver dans des communes de quatrième et de cinquième ordre un personnel médical en état de remplir convenablement la mission qui va lui être confiée.

Enfin, en généralisant la mesure, l'administration restera juge des motifs qui, dans telle ou telle localité, en entraveraient l'exécution, et elle sera mieux renseignée sur les moyens propres à y remédier.

Cinquième question. — L'Académie n'estime-t-elle pas que la statistique nosologique serait particulièrement facilitée, si l'institution des médecins *vérificateurs* des décès était généralisée, au moins dans les villes chefs-lieux d'arrondissement?

Il est hors de doute qu'une semblable mesure serait d'autant plus efficace qu'elle s'étendrait à un plus grand nombre de municipalités.

Mais il ne faut pas perdre de vue cette circonstance, que le *vérificateur* de décès est surtout appelé à en constater la réalité, et qu'il s'agit ici d'en déterminer la cause.

Souvent, il est vrai, le vérificateur suffit à la double mission: c'est pourquoi il importe de n'appeler à ces fonctions que des hommes d'une capacité éprouvée.

Toutefois, comme l'institution des médecins *vérificateurs* n'est guère applicable qu'aux villes d'une certaine étendue, la mesure serait rendue plus complète, au point de vue administratif, si l'on créait en même temps des *médecins cantonnaux*. Cette dernière création aurait, en outre, l'avantage de procurer des secours médicaux aux plus pauvres habitants des campagnes.

Grâce à cette double institution, la vérification des décès par un homme de l'art pourrait s'effectuer partout d'une manière facile et régulière.

Sixième question. — L'Académie est-elle d'avis qu'il est nécessaire d'assurer, par une loi, la délivrance par le médecin, à chaque décès, du *bulletin indicateur?*

Ou bien, ne pense-t-elle pas qu'il suffirait de son intervention, sous la forme d'une circulaire adressée à tous les médecins de l'empire, pour vaincre les résistances d'une partie du corps médical à la remise de ce bulletin?

Il est incontestable que l'obligation imposée à tout médecin ayant donné des soins à un malade de délivrer, en cas de décès, un bulletin indicateur de la cause qui l'a produit, serait beaucoup mieux exécutée, si elle avait une sanction légale; personne ne pourrait s'y soustraire même en arguant de son ignorance de la loi, que tout citoyen est censé connaître.

Mais, en attendant la promulgation de cette loi, la commission pense qu'une circulaire émanée de l'Académie, et adressée par les soins de l'administration aux différents membres du corps médical, pourrait permettre de donner suite, dès à présent, à la mesure proposée.

Septième question. — L'Académie ne pense-t-elle pas que l'objecjection, tirée de la difficulté de concilier l'indication de la cause des décès avec les prescriptions de l'article 378 du Code pénal, et, dans certains cas avec les légitimes susceptibilités des familles, est suffisamment résolue:

1° Par la non inscription du nom du défunt sur le bulletin nosologique:

2° Par la recommandation au médecin de remettre *cacheté* ce bulletin à l'officier de l'état civil, et, à celui-ci, de n'ouvrir les bulletins qu'à l'expiration de l'année. (Circulaire du 24 septembre 1853.)

Les précautions que nous venons d'indiquer ont paru à votre commission offrir des difficultés pratiques assez grandes, pour qu'elle ait jugé plus avantageux de les modifier de la manière suivante:

Les bulletins seront rédigés ouvertement et dans les mêmes conditions que ceux des registres mortuaires de l'état civil. Mais toutes les fois que le médecin croira compromettant pour l'honneur ou le repos de la famille du décédé de livrer à la publicité le secret de la cause de la mort, il rédigera un premier bulletin destiné à être connu de tous, et ne contenant sur cette cause que des considérations générales. Il enverra ensuite directement à l'administration centrale, suivant une forme fixée à l'avance, un second bulletin portant un numéro d'ordre, reproduisant le premier bulletin, et contenant les corrections nécessaires pour le compléter au point de vue scientifique.

D'ailleurs, ainsi que le propose la lettre ministérielle, dans aucun cas le nom du défunt ne sera inscrit sur le bulletin nosologique.

Pour ce qui est de l'envoi de tous les bulletins, il sera annuel, l'insuffisance du personnel de l'administration centrale à Paris ne permettant pas de réclamer un envoi *mensuel*.

Huitième question. — (L'Académie.) Estime-t-elle que le bulletin doit contenir l'indication du sexe, de l'âge et de la profession du décédé.

Le bulletin doit être aussi complet que possible : il contiendra tous les documents ressortissant à la statistique. Ainsi, pour le décédé, le sexe, l'âge et la profession : pour la famille, les indications relatives à l'hérédité directe ou latérale : pour le pays, celles qui ont trait à la condition endémique ou épidémique de la maladie, etc.

Il sera donc utile de rédiger à cet effet un *modèle de bulletin*, que les médecins n'auront plus qu'à remplir.

Telles sont, messieurs, les réponses que votre commission vous propose de faire aux questions contenues dans la lettre ministérielle qui lui a été soumise.

Mais elle croit devoir ajouter à ces réponses la demande d'*encouragements* pour les médecins qui s'acquitteront le mieux de leur nouvelle mission, encouragements consistant en médailles et *mentions honorables*, semblables à celles que l'on destine à récompenser le zèle de nos confrères médecins des épidémies, vaccinateurs ou inspecteurs des établissements thermaux.

Suivent les réponses aux questions ministérielles, réponses que nous avons publiées dans le compte rendu de l'avant-dernière séance de l'Académie. — (Voir le *Moniteur* du jeudi 15 octobre.)

TRAVAUX ORIGINAUX.

—

PHYSIOLOGIE.

Sommeil anesthésique spontané.

Au moment où l'attention est plus particulièrement portée sur les anesthésiques et leurs effets, il sera peut-être intéressant de lire ce récit d'un fait survenu au milieu des conditions habituelles de vie et de santé, et où la perturbation des fonctions cérébrales simulait, à s'y méprendre, ce sommeil artificiel que nous produisons à volonté au moyen des substances dites anesthésiques.

La femme B... de Godeuvillers (Oise), âgée de 52 ans, mère de cinq enfants bien portants et jouissant elle-même d'une excellente santé, ne se plaignait que d'un fourmillement qui, depuis deux ou trois ans, va toujours en augmentant. Le matin, à son lever principalement, elle éprouvait dans le bras droit et dans la jambe du même côté, une sensation de fourmis et un léger engourdissement qui se dissipaient peu à peu et ne s'opposaient à aucun des rudes travaux de la campagne, auxquels cette femme était habituée. Elle était sujette avec cela à des accès de migraine qui se calmaient ordinairement après quelques heures de sommeil.

Depuis plusieurs jours, elle se plaignait d'une douleur persistante qui occupait le côté droit de la tête et du cou ; et, le 24 septembre dernier, cette douleur s'était accrue à la suite d'une fatigue plus forte éprouvée dans la matinée, ce qui ne l'avait pas empêchée cependant de déjeûner avec son appétit et sa sobriété accoutumés. Vers une heure de l'après-midi, elle songea à prendre un instant de repos, comme elle en avait l'habitude, toutes les fois qu'elle était tourmentée par la migraine.

Pour échapper au bruit de la maison, elle monta au haut du tas de blé qui remplit la grange, et, ce qui prouve jusqu'à quel point elle jouissait alors de toute la liberté de ses mouvements, elle exécuta cette escalade sans échelle, mais en se cramponnant aux gerbes et à la charpente du bâtiment.

Elle ne fut trouvée, dans cette retraite, qu'à sept heures du soir ; elle paraissait dormir d'un sommeil profond. Mais, lorsqu'on essaya de l'éveiller, on ne put en venir à bout, et force fut de la descendre comme une personne ivre qui a perdu toute espèce de mouvement.

Appelé à neuf heures du soir, je trouvai cette femme dans l'état suivant : la respiration est lente et régulière, la face colorée, les membres dans un état de résolution complète. Le pouls bat 80 pulsations. Toute trace de sensibilité est abolie. Ni les pincements, ni les piqûres ne donnent lieu à la moindre expression de douleur.

Cependant, l'iris éprouve une rapide contraction lorsqu'on approche une lumière des paupières tenues entr'ouvertes. En un mot, tout rappelle, dans cet état, la période la plus avancée du sommeil chloroformique. Une large saignée pratiquée immédiatement donna lieu à un écoulement facile de sang parfaitement normal, sans que la piqûre de la lancette ait provoqué le moindre mouvement, le plus petit témoignage de sensibilité.

Les antécédents que j'ai signalés pouvaient faire croire à une hémorrhagie, ou tout au moins à une congestion cérébrale. La question d'ivresse était naturellement écartée par les habitudes de la malade et plus encore par l'ab ence de boissons alcooliques de la maison.

Toute la famille en pleurs attendait une mort prochaine, lorsque tout à coup, vers trois heures du matin, la malade pousse un profond soupir comme une personne qui s'éveille. Elle exprime, en termes parfaitement articulés, son étonnement de se trouver dans son lit lorsqu'elle se rappelle très bien s'être endormie dans la grange. Ses enfants, bien plus étonnés qu'elle, lui racontent comment on l'a descendue, comment elle a été saignée, et comment tout le monde l'a crue à la veille d'une mort imminente. Elle n'a conservé le souvenir de rien de tout cela. Sa parole et ses idées sont parfaitement nettes. Les mouvements ont conservé toute leur intégrité.

Le matin, à ma visite, je la trouve occupée des soins de son ménage, et n'accusant que le léger degré de faiblesse dû évidemment à la perte de sang que je lui ai fait subir. Bien plus, elle affirme que les fourmillements et l'engourdissement de son côté droit n'existent plus, et qu'elle n'éprouve plus cet endolorissement du côté droit de la tête et du cou qui durait depuis une huitaine de jours.

J'aime mieux livrer ce fait sans commentaires que de risquer une interprétation plus ou moins contestable. Je répète seulement que les habitudes de frugalité de la femme qui a subi, pendant 12 ou 13 heures, cet étrange sommeil, ne permettent pas de soupçonner l'action de l'alcool ni d'aucun agent stupéfiant.

Dr CH. MAHIEUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Diphthérite gangréneuse chez une nouvelle accouchée. — Transmission de la mère à l'enfant.

Par le docteur CH. MAHIEUX, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les affections gangréneuses des parties génitales chez les nouvelles accouchéss ne sont pas ignorées de tous les médecins, bien que leur histoire n'obtienne même pas une simple mention de la plupart des écrivains modernes qui se sont occupés spécialement de l'obstétrique.

Une thèse inaugurale a été soutenue à la Faculté de Paris, en 1851, par M. le docteur Chavanne (n° 130), dans le but de faire

connaître *une épidémie de diphthérite gangréneuse des parties génitales observées chez les nouvelles accouchées* (1). J'ajouterai que mon excellent confrère, M. Noël, à propos de la maladie qui a été le sujet de cette note, m'a raconté succinctement un fait de gangrène de la bouche, devenue promptement mortelle, qui s'est passé sous ses yeux, il y a quelques années, chez une nouvelle accouchée.

D'un autre côté, les opérations de fistule vésico-vaginale paraissent avoir donné lieu fréquemment, surtout dans le service de M. le professeur Jobert à l'Hôtel-Dieu, au développement de pseudo-membranes qui peuvent s'accompagner de gangrène. Onze observations très curieuses, recueillies par mon ancien collègue et ami, le docteur Louis Blin, pendant son internat à l'Hôtel-Dieu, ont été le sujet d'une excellente thèse ayant pour titre : *De la diphthérite simple et gangréneuse des organes génito-urinaires de la femme, observée comme complication de l'autoplastie vésico-vaginale.*

Il est vrai que les nouvelles accouchées ne peuvent pas être assimilées aux femmes qui se présentent pour subir les opérations autoplastiques instituées par M. Jobert : aussi doit-il y avoir une différence notable entre les phénomènes que présentent leurs affections gangréneuses et celles qui se développent dans l'état puerpéral. Cependant, il doit y avoir un rapprochement à établir entre ces deux cas, ne fût-ce que pour en faire ressortir les différences. D'ailleurs, pour le dire en passant, n'est-il pas permis de rattacher à la pourriture d'hôpital, comme le pense M. Blin lui-même, toutes ces complications des plaies auxquelles on a donné, à tort ou à raison, le nom de diphthérite des plaies (2) ?

Il règne malheureusement encore beaucoup de confusion dans l'histoire toute moderne de la diphthérite. Sans parler de la pourriture d'hôpital, et même du muguet, qu'on a voulu ranger au nombre des affections diphthéritiques, les limites ne sont pas encore nettement posées entre la gangrène et la diphthérite proprement dite.

Les auteurs contemporains qui ont continué et étendu les idées de M. Bretonneau sur ce sujet en arrivent, à peu près tous, à cette conclusion que : « On ne connaît pas encore des symptômes » différentiels suffisants entre la gangrène... et la diphthérite » pseudo-gangréneuse. » (Rillet et Barthez : *Traité des mal. des enfants*, t. II, p. 398.) La relation d'une épidémie d'angine diphthéritique et gangréneuse, publiée en 1843 (*Gaz. Méd.*, p. 687) par M. Becquerel, peut servir à faire voir combien est imperceptible la transition de l'une à l'autre.

Le fait suivant qui appartient à une catégorie de cas très rares, ou du moins très peu connus, vient encore se ranger au nombre de ceux qui sont destinés à servir de trait d'union entre la diphthérite et la gangrène. C'est pour cela qu'à l'exemple de M. Chavanne je lui donne le titre complexe de *diphthérite gangréneuse*.

Madame L..., de Bucamp (Oise), âgée de trente-trois ans, d'une santé florissante et d'un tempérament sanguin, accouche, pour la première fois, le 17 août dernier, sans beaucoup de douleur et dans l'espace de quelques heures. La fièvre de lait se fait à peine sentir. L'enfant prend très bien le sein. L'allaitement commence seulement à devenir pénible le troisième ou quatrième jour, à cause de quelques excoriations qui se sont produites aux mamelons, principalement à celui du côté droit.

Vers le troisième jour, madame L... veut se lever, mais la station est impossible : une douleur vive qu'elle ressent dans les parties la force à reprendre immédiatement le lit. Plusieurs tentatives pareilles, faites les jours suivants, ne font que réveiller une sensibilité que les moindres mouvements exagèrent. Cette douleur est attribuée à un certain degré de contusion des organes génitaux, produit tout naturellement par un accouchement un peu rapide chez une primipare. Aucun examen n'est même tenté dans le but de confirmer cette supposition.

La première semaine se passe ainsi sans aucun autre trouble dans la santé de la mère, sans nul accident du côté de l'enfant.

Le huitième jour (24 août), le médecin ordinaire de la malade s'aperçoit d'une légère tuméfaction de la lèvre supérieure chez l'enfant. En la soulevant, il la trouve superficiellement ulcérée dans le voisinage de la gencive du côté gauche, et cette ulcération est couverte d'une pseudo-membrane d'un gris jaunâtre. Il se borne à prescrire l'usage du miel rosat.

En même temps, le mamelon du sein droit de la mère est occupé, vers sa base, par une ulcération à fond grisâtre qui a pris les dimensions d'une pièce de vingt centimes. L'allaitement sera suspendu de ce côté.

Deux jours se passent ainsi : la mère souffrant de plus en plus à la vulve, et la lèvre de l'enfant se tuméfiant progressivement.

Le 26, madame L... exprime une douleur tellement aiguë, que le médecin se décide à examiner les organes génitaux. Il trouve la lèvre gauche modérément tuméfiée, de couleur à peu près normale, et, sans pénétrer plus loin, recommande quelques lotions émollientes et l'usage d'un coussin placé entre les genoux, lorsque la malade veut se coucher sur le côté.

La lèvre de l'enfant est beaucoup plus saillante ; l'ulcération pseudo-membraneuse s'est étendue. On fait ajouter au miel rosat 1/15 d'acide chlorhydrique.

Le 29, la lèvre du petit malade et la joue gauche ont acquis un tel volume, et l'ulcération grise de l'intérieur s'est tellement accrue, que le médecin annonce à la famille l'existence d'une gangrène de la bouche, affection très grave et réclamant un traitement énergique ; et il prie les parents de m'adjoindre à lui pour exécuter une cautérisation devenue très urgente.

Ce jour-là, 12 jours après l'accouchement, 4 jours après le début de la maladie de la lèvre chez l'enfant, je trouve toute l joue gauche énormément tuméfiée, rouge et présentant la consistance ligneuse caractéristique ; la lèvre supérieure saillante en avant et sphacélée dans la moitié de son épaisseur ; le sillon labio-gingival presque comblé par un détritus gris jaunâtre ; toute la gencive supérieure gauche sphacélée. La voûte palatine et la langue sont restées saines.

Malgré le peu de chances que pouvait conserver notre intervention dans un cas aussi grave chez un enfant de douze jours, je touchai à deux reprises différentes, et à cinq heures d'intervalle, toutes les parties atteintes de gangrène avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique pur.

Pour abréger cette histoire, dont le dénouement est facile à prévoir, il suffit d'ajouter que la mort est arrivée le 30, lorsque la gangrène eut envahi le palais, une partie de la langue et toute la joue du côté gauche.

De sorte qu'au milieu des conditions hygiéniques les plus heureuses chez un enfant de quelques jours, né de parents jouissant de la plus belle santé, en l'absence de toute maladie antérieure et de tout soupçon d'infection syphilitique, nous avions assisté à toute la série des accidents qui caractérisent la gangrène de la bouche.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Malheureusement, il ne m'a pas été possible de lire cette thèse dont je n'ai trouvé que le titre. Mais mon observation n'en sera peut-être que plus vraie, étant rédigée en l'absence de toute idée préconçue.

(2) Voyez le Mémoire de M. Robert sur ce sujet dans le *Bulletin de Thérapeutique*, tom. XXXIII.

REVUE ANALYTIQUE

—

ANATOMIE.

Etude du système nerveux central; par M. J. LENHOSSEK.

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie une collection de préparations anatomiques faites d'après la méthode de M. L. Clarke.

Il résulte de mes recherches :

1° Que le système nerveux central se compose de substance grise, de substance blanche et d'une substance intermédiaire dite *substance gélatineuse de Rolando.*

2° Que la substance grise est formée d'une masse hyaline générale avec des cellules nerveuses de trois espèces :

A. De cellules nerveuses avec tous leurs attributs généralement répandus.

B. De grandes cellules nerveuses avec tous leurs attributs, réunies en groupes. Elles se montrent dans les colonnes motrices, dans les colonnes sensitives et ailleurs.

C. De cellules nerveuses sphériques avec tous leurs attributs, remplies de pigment brun foncé. Celles-ci forment seulement la substance ferrugineuse et la substance noire de Sœmmering.

3° Que la substance blanche est formée de fibres primitives qui se terminent dans les divers organes du système nerveux central en forme de radiations.

4° Que la substance dite *gélatineuse* est formée par la substance grise qui traverse les faisceaux de la substance blanche en forme de filet.

5° Que la substance grise a les rapports suivants :

A. Dans la moelle épinière, elle constitue quatre colonnes, dont deux antérieures motrices et deux postérieures sensitives qui sont réunies les unes aux autres par la commissure grise.

B. Dans la moelle allongée, ces quatre colonnes changent leur position relative : les colonnes antérieures deviennent internes et les colonnes postérieures externes. Elles conservent cette juxtaposition dans toute l'étendue du sinus rhomboïdal; plus loin, les colonnes motrices se continuent seules au fond du troisième ventricule pour se terminer dans l'infundibulum. Les colonnes sensitives, au contraire, passent dans les couches optiques et dans les corps striés.

C. A l'endroit où la juxtaposition des quatre colonnes a lieu, disparaît la commissure et commence la cloison médiane de Vicq-d'Azyr, qui est formée par le prolongement de la substance grise. Cette cloison se continue dans toute la longueur du pont de Varole.

6° Que dans la moelle épinière la substance blanche d'un côté est complétement séparée de celle du côté opposé par la fente longitudinale antérieure et postérieure, et que dans la moelle allongée et dans le pont de Varole une séparation analogue a lieu par la cloison de Vicq-d'Azyr.

7° Qu'à l'endroit où la juxtaposition des quatre colonnes de la substance grise a lieu, la substance blanche se porte de plus en plus en avant, jusqu'à ce que la substance grise reste enfin à découvert dans le sinus rhomboïdal.

8° Que les fibres primitives des racines de tous les nerfs prennent naissance dans la substance grise :

A. Dans quelques cas ces fibres proviennent des prolongations des cellules nerveuses.

B. Mais le plus ordinairement elles prennent naissance par groupes, sans qu'on puisse déterminer leur origine. Ces groupes fibreux traversent dans différentes directions la substance blanche pour former à la surface les racines des nerfs. Ces fibres ne contribuent jamais au développement de la substance blanche; de même celle-ci ne donne pas de fibres pour les racines des nerfs spinaux.

9° Que les racines motrices des nerfs spinaux et des nerfs moteurs cérébraux, tels que l'hypoglosse, le moteur oculaire externe et interne, le facial, la petite portion du trijumeau, le moteur oculaire commun, prennent naissance seulement dans les colonnes motrices.

10° Que les racines sensitives des nerfs spinaux et des nerfs sensitifs cérébraux, tels que l'acoustique, la grande portion du trijumeau, l'optique et l'olfactif, proviennent seulement des colonnes sensitives.

11° Que les racines des nerfs cérébraux mixtes, tels que les deux racines supérieures des nerfs accessoires de Willis et le pneumogastrique, prennent leur origine aussi bien dans les colonnes sensitives que dans les colonnes motrices.

12° Qu'il y a quatre sortes de croisements dans la moelle épinière, la moelle allongée et le pont de Varole.

A. Dans la moelle épinière, les fibres primitives des racines motrices se croisent en avant du canal central et les fibres des racines sensitives en arrière de ce canal. Ces entre-croisements sont produits par l'origine dans le côté opposé d'une partie des fibres primitives des racines.

B. Dans la moelle allongée et dans le pont de Varole, les fibres primitives des racines des nerfs moteurs cérébraux, et seulement la portion motrice des nerfs cérébraux mixtes s'entre-croisent au milieu des colonnes motrices par la même cause que dans la moelle épinière.

C. Dans la cloison de Vicq-d'Azyr, il y a un entre-croisement de droite à gauche de quelques fibres de la substance blanche, de la moelle allongée et du pont de Varole.

D. Il y a un croisement des six parois de faisceaux de la substance blanche et de la moelle allongée en avant du canal central, connu sous le nom de *décussation pyramidale.*

13° Les fibres primitives des racines du plexus nerveux de la pie-mère, comme celles de toutes les racines des nerfs accessoires de Willis (les deux racines supérieures exceptées), proviennent de toute la périphérie de la substance grise.

Dans les plexus à la surface de la pie-mère on trouve :

A. Entre les fibres primitives nerveuses, des cellules nerveuses intercalées.

B. Des cellules nerveuses groupées, suspendues, flottantes à la surface externe des nerfs de la pie-mère. Ces dernières sont remplies de pigment.

14° Que les deux corps olivaires sont composés de deux substances, l'une externe grise avec circonvolutions, l'autre interne blanche. La substance blanche est formée par l'irradiation des fibres primitives des pédoncules de ces corps, qui prennent leur origine dans les colonnes motrices et par la commissure transversale qui traverse la cloison de Vicq-d'Azyr.

15° Que le canal central de la moelle épinière parcourt toute la longueur de celle-ci et s'ouvre dans le calamus scriptorius. Les parois sont formées intérieurement par une enveloppe de cellules épithéliales cylindriques et extérieurement par une couche des fibres longitudinales de M. L. Clarke qui se prolongent dans la couche épithéliale du sinus rhomboïdal.

Dans la région lombaire, on rencontre une masse granuleuse intercalée entre cette couche fibrillaire et les cellules épithéliales.

16° Que de chaque côté du canal central il y a une grosse veine qui se bifurque successivement dans la région de la moelle allongée d'une part, et dans celle du cône médullaire de l'autre.

ACTES OFFICIELS.

Par arrêté en date du 23 octobre 1857, M. Coze (Jean-Baptiste-Rosier), doyen et professeur de matière médicale et de pharmacie de la Faculté de Médecine de Strasbourg, est, sur sa demande, mis en congé de disponibilité.

M. Ehrmann, professeur d'anatomie et d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Strasbourg, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Coze.

M. Coze (Pierre-Léon), agrégé près la Faculté de Médecine de Strasbourg, est chargé du cours de matière médicale et pharmacie, pendant la durée du congé accordé à M. Coze (J.-B.-Rosier).

AVIS. — MM. les docteurs en médecine, autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire des cours dans l'École pratique, sont invités à se rendre le lundi 9 novembre, et à midi précis, à la Faculté, pour la distribution des heures et des amphithéâtres.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 130. 5me ANNÉE. Jeudi, 29 octobre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an........ 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 28 octobre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

[Discussion sur la statistique des causes de décès.]

Entraîné par les nécessités de la discussion, nous ne pouvons donner aujourd'hui la suite de notre premier article sur la statistique des causes de décès; ce sera donc pour le numéro de samedi ou de mardi prochain.

Au milieu d'une indifférence difficile à comprendre, en l'absence de la plus grande partie de l'élément médical, qui était le meilleur juge de la question, l'Académie a continué hier cette discussion, sans moins de confusion qu'il y a huit jours, sans être plus au courant des questions qu'elle avait à résoudre. — Le président, qui a beaucoup plus discuté que présidé, qui était et devait être l'un des orateurs les mieux préparés, croyait sans doute encore que le bureau de la statistique générale de la France était au ministère de l'Intérieur, comme il croyait que chaque canton de la France comprenait beaucoup moins de dix à douze communes, nombre que M. Velpeau s'est permis de citer approximativement. La vérité est pourtant qu'il en renferme 13, ou, si M. le président tient à être rigoureusement exact, 12 et 99 centièmes.

Il paraît que, cette fois, M. le rapporteur avait pris soin de se mettre d'accord avec son co-commissaire, M. le président, car ce qui semblait surtout préoccuper ce dernier, c'était de faire adopter les nouvelles conclusions, ce à quoi il a réussi en partie, la première ayant été votée telle quelle, et la seconde acceptée en principe, sauf à faire agréer par l'Académie une troisième rédaction; nous disons une troisième, car, sous prétexte de remanier la première réponse, toute l'économie des autres a été bouleversée, et c'est un véritable second rapport que M. Guérard nous a fait entendre. La raison que lui et M. le président ont donnée de ce bouleversement, c'est que la commission a voulu substituer l'ordre logique à l'ordre suivi par M. le ministre, ce qui indique assez clairement, qu'aux yeux de la commission, Son Excellence n'aurait pas été très logique dans son questionnaire. C'est un point

NOTICE HISTORIQUE

Sur la vie et les travaux d'Antoine Bernard,

Ancien professeur à l'école vétérinaire de Lyon, puis directeur de celle de Toulouse,

Par H. J. A. RODET, professeur à l'école vétérinaire de Lyon.

(Lu à la séance de distribution des prix, le 9 octobre 1857.)

— Suite —

C'était surtout dans l'article 1641 du Code civil que devaient se trouver les bases de la réforme législative dont nous parlons. Mais cet article, éminemment équitable, était d'une application difficile; il se contente, en effet, de définir en termes généraux, sans les désigner nominativement, les vices qui doivent entraîner la redhibition.

Qu'y avait-il donc à faire? Il fallait, développant le principe de l'article dont il s'agit, introduire dans le Code une énumération des vices devant être regardés comme redhibitoires d'après l'esprit de cet article; il restait, en outre, à déterminer d'une manière précise la durée de la garantie accordée pour chaque vice.

Or, c'était précisément ce que demandait Bernard avec la plupart des vétérinaires, et c'est ce qu'a effectué la loi du 20 mai 1838, sur les vices redhibitoires des animaux domestiques.

La partie était donc gagnée. La science, en éclairant le législateur, venait de triompher de la routine, et Bernard eut la gloire de concourir pour une large part à la réalisation de ce progrès si longtemps attendu.

Mais pendant que se préparait cette importante réforme, Bernard, à notre grand regret, quittait l'école de Lyon, où il n'était que professeur adjoint. A la suite d'un brillant concours ouvert à l'école de Toulouse le 1er mai 1832, il fut nommé professeur titulaire, chargé de la clinique, ainsi que des cours de pathologie, de chirurgie et de jurisprudence.

L'école de Toulouse venait d'être fondée. Ses commencements avaient été difficiles. Mais bientôt elle allait recevoir une impulsion nouvelle dans les mains de Moiroud, qui irait en prendre les rênes quelques mois après, et personne, mieux que son nouveau possesseur, ne pouvait concourir à son développement; personne ne devait lui donner autant d'éclat.

Ramené par la voie des concours à l'étude des maladies, c'est-à-dire à la médecine proprement dite, Bernard se trouvait désormais sur son véritable terrain. Dégagé de toute préoccupation d'avenir, et soutenu par l'idée que sa position est maintenant définitive, il déploie, dans sa nouvelle chaire, toutes les ressources de sa riche nature.

Il s'empare avec ardeur de tous les matériaux qu'il trouve, soit dans ses propres observations, soit dans les nombreux ouvrages des auteurs vétérinaires ou médecins qu'il compulse; il soumet ces matériaux à sa raison si calme, à son jugement si sain; il les interprète, les coordonne; il en compose enfin des notes manuscrites qui reproduisent exactement ses leçons, et qui deviennent pour ses élèves un guide aussi sûr que facile.

Dans ces notes, remarquables de clarté et de concision, et qui sont encore aujourd'hui le *vade mecum* de la plupart de ses disciples

que nous ne nous permettrons pas d'examiner. Nous dirons seulement, avec M. Devergie et plusieurs autres membres, que l'Académie n'ayant pas été instituée pour réformer a logique ministérielle, mais bien pour répondre aux questions que l'autorité lui adresse, nous pensons que la commission aurait bien fait de s'en tenir à son premier système, qui était de faire, par ordre numérique, une réponse à chacune des questions de M. le Ministre. Voilà pour la forme.

Quant au fond, les nouvelles réponses ou, si l'on veut, les nouvelles conclusions ne valent pas mieux, après leur refonte, leur repolissage, leur transposition et leur ordre logique, qu'elles ne valaient auparavant. La première et la plus importante, qui a été adoptée, grâce à l'indifférence générale et à l'active habileté de M. le président, se présente toujours vierge de toute preuve et ayant pour unique appui le *sentiment* de la commission, qui paraît être, *pour le moment,* le sentiment de la majorité de l'Académie. Ainsi, la commission *pense* que les principales causes de décès peuvent être exactement *observées* (lisez constatées) ; mais elle ne juge pas à propos d'informer M. le Ministre ni de quelles causes principales elle entend parler, ni sur quelles raisons elle fonde son opinion.

A vrai dire, elle n'a point de raisons pour penser ainsi : ce qui l'a inspirée, c'est un bon sentiment que beaucoup d'académiciens nous ont exprimé, et que voici :

« *Il est évidemment impossible* d'arriver à la constatation exacte même des principales causes de décès ; mais ce qui ne nous paraît pas tout à fait impossible, malgré le nombre immense d'erreurs qui seront commises, c'est d'accroître par une telle statistique, dans une mesure quelconque, la somme de nos connaissances, et peut-être même d'arriver à quelques résultats utiles ; or, si nous n'engageons pas l'administration à faire un essai, nous ne saurons jamais à quoi nous en tenir à cet égard ; c'est pourquoi nous votons pour la statistique des causes de décès. »

Voilà le vrai sentiment de la partie éclairée et impartiale de l'Académie qui a voté pour la première conclusion ; car nous n'avons pas à nous occuper ici des opinions qui pourraient avoir un but personnel et extra-scientifique.

Or, il y a plusieurs remarques à opposer à ce sentiment, très louable au fond.

D'abord, il n'est pas à supposer que M. le Ministre mette en doute les bons sentiments de l'Académie, et ce n'est point conséquemment pour les mettre à l'épreuve qu'il l'a interrogée ; on ne saurait supposer davantage que de pareils sentiments manquent à M. le Ministre, et il est probable qu'il n'aurait besoin des conseils ni des incitations de personne pour se livrer à ses propres inspirations, pour faire un essai qui aurait une chance *quelconque* d'accroître nos connaissances, si d'ailleurs cet essai pouvait être réalisé sans bourse délier, suivant l'expression de M. Michel Lévy. Mais comme précisément il faut délier la bourse, et la délier assez largement, M. le ministre a voulu savoir si les deniers de l'État qui s'en échapperaient seraient utiles à quelque chose ou seulement à quelqu'un.

Or, la première conclusion ne répond ni exactement ni sincèrement à la question de M. le ministre ; pour être dans la vérité et dans la sincérité, la commission aurait dû répondre ainsi :

« La plus élémentaire notion de l'état de la science médicale en France (*et à plus forte raison dans les autres pays*) ne permet pas de considérer comme possible la constatation *exacte* des principales causes de décès ; mais il n'est pas impossible que cette constatation, malgré les erreurs innombrables dont elle sera entachée, mette en lumière quelques vérités nouvelles, peut-être même quelques vérités utiles. Dans cet espoir, si faible qu'il soit, l'Académie fait des vœux pour que la statistique des causes de décès soit tentée en France. »

La réponse, ainsi formulée, n'eût pas été rigoureusement corrélative à la question ministérielle ; mais elle eût du moins été sincère, pourvu qu'on eût ajouté :

« Toutefois, pour éclairer complétement la religion de M. le ministre, nous devons l'informer que, dans les pays où cette statistique est exécutée depuis dix, quinze et vingt ans, elle n'a encore produit aucun résultat utile. »

Mais il est probable que, si une réponse avait été aussi franchement formulée, M. le ministre aurait raisonné à peu près comme il suit :

Puisqu'une bonne statistique n'est pas possible ; puisque ce qui est *seulement possible,* mais *peu probable,* c'est que la statistique très défectueuse qu'on dressera conduise à quelque vérité, *utile* ou *inutile ;* puisque d'ailleurs la science est en possession

devenus praticiens, Bernard se montre essentiellement éclectique. Il n'admet aucune doctrine d'une manière exclusive, mais il emprunte à chacune ce qu'elle a de bon, d'avéré, de sanctionné par l'expérience. Il repousse tout esprit de système, toute théorie qui n'aurait point pour base l'observation. Il n'a pas la prétention de tout expliquer; il sait, dans les cas les plus obscurs, se contenter du doute philosophique. Les faits, dans son opinion, sont ce qu'il y a de capital en médecine; mais les faits bien observés et bien interprétés. Il est loin d'accorder à tous la même importance, il les pèse au lieu de les compter.

Mais pourquoi, demandera-t-on peut-être, pourquoi Bernard a-t-il laissé à l'état de manuscrit ce résultat de tant de recherches, de tant de méditations?

Il répondait lui-même que le moment n'était pas venu de mettre au jour un travail de cette importance; que la science n'était pas encore faite; qu'il fallait attendre de l'observation une plus grande masse de faits, et laisser au raisonnement, à la discussion le temps de les féconder en en donnant une interprétation plus sûre, plus vraie, plus complète.

Dominé par cette manière de voir, dans laquelle il y avait sans doute autant de modestie que d'esprit philosophique, Bernard recula toujours devant l'idée d'offrir au public tout travail, tout ouvrage de longue haleine.

Sa plume, cependant, ne resta point inactive. Vous l'avez vue tout à l'heure, encore à son début, défendre les intérêts de l'équité en matière de droit commercial. Elle va maintenant s'exercer sur les sujets les plus divers, et toutes ses productions, frappées au coin du bon sens, de l'originalité et de la plus saine littérature, seront lues avec avidité.

Aussitôt après la promulgation de la loi du 20 mai 1838, sur les vices redhibitoires, Bernard, pour faciliter les applications de cette loi, je pourrais dire pour couronner son œuvre, s'empressa de publier un tout petit livre intitulé : *Guide des vendeurs et acheteurs d'animaux domestiques.*

Cet opuscule, destiné à porter l'instruction dans les masses plutôt qu'à éclairer les vétérinaires, contient, avec les articles et l'exposé des motifs de la loi nouvelle, l'indication de la marche à suivre pour intenter l'action en redhibition, et une description extrêmement succincte de chaque vice redhibitoire. Il me suffira, pour démontrer jusqu'à quel point il a rempli les vues de l'auteur, d'ajouter qu'en un très petit nombre d'années il arriva à sa troisième édition.

Quelque temps avant l'époque dont il s'agit, la Société d'Agriculture de Lyon avait proposé, comme objet de concours, une question fort importante, *le typhus des bêtes à cornes,* ce terrible fléau qui est venu à diverses reprises jeter la désolation dans les campagnes, et frapper au cœur la fortune publique en enlevant par milliers les principaux soutiens de notre agriculture.

Bernard, alors correspondant de la savante compagnie, après en avoir été membre titulaire pendant son séjour à Lyon, s'associe avec empressement à ses vues généreuses; il comprend que le sujet est digne de lui; il répond à l'appel et obtient la palme du concours.

Le Mémoire qui lui valut cet honneur est suivi de notes explica-

d'une foule de vérités médicales et autres, qui ne demandent que de l'argent pour être fécondées, telles que l'insalubrité bien connue des marais, l'insalubrité non moins connue des navires, pour cause de ventilation insuffisante; l'impossibilité de guérir certaines maladies dans les hôpitaux, faute d'appareils hydrothérapiques ou autres, etc., etc., pourquoi ne pas affecter d'abord les fonds dont le gouvernement peut disposer à la fécondation de vérités connues, sauf plus tard, quand nous n'aurons plus à satisfaire à aucune utilité présente, à nous aventurer dans la recherche de vérités inconnues et plus ou moins problématiques? Or, si M. le ministre était conduit à se faire un pareil raisonnement, il est probable que son parti serait bientôt pris, et ce parti serait probablement peu conforme aux vues de la commission de statistique.

Il serait inutile sans doute d'insister davantage, pour le moment, sur les inconvénients qu'il y aurait à suivre la voie tracée par la commission, d'autant plus que nous aurons à revenir sur plusieurs de ces inconvénients en continuant notre examen des questions ministérielles.

Nous croyons inutile aussi d'examiner une à une toutes les assertions qui se sont croisées hier pendant le parlage long et confus auquel l'Académie s'est livrée. M. le président, dans de bonnes intentions assurément, mais dans l'oubli de son rôle, a trouvé moyen de troubler tellement les orateurs par des interruptions répétées, que plusieurs membres, M. Larrey, M. Velpeau lui-même et d'autres, ont renoncé à la parole pour ne pas soutenir une lutte où la physique aurait eu trop de part. Nous dirons seulement que plusieurs des assertions émises par les membres de la commission, sans parler de celles relatives au nombre de communes par cantons, et au siége du bureau de statistique générale de la France, prouvent que la commission n'a nullement pris le soin de s'éclairer sur les faits indispensables pour traiter la question qui lui était soumise.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Diphtérite gangréneuse chez une nouvelle accouchée. — Transmission de la mère à l'enfant.

Par le docteur CH. MAHIEUX, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin. Voir le dernier No.)

Cette invasion inexplicable d'une affection qui n'est généralement que la conséquence d'une altération profonde de la santé par des causes diverses, nous avait vivement intéressés. Nous trouvions ce fait en contradiction avec tout ce qui est professé sur la pathogénie et les conditions de développement de la gangrène de la bouche chez les enfants.

Revenons à la mère : peut-être allons-nous trouver dans son histoire la solution de ce problème. Elle est sans fièvre le 28, sans malaise général, sans aucun accident, en un mot, qui témoigne de l'existence d'une lésion grave de l'organisme.

Elle se plaint seulement d'un léger mal de gorge pendant la déglutition, de quelques excoriations aux seins et de cette douleur vulvaire qui dure depuis huit jours.

L'examen de la gorge fait reconnaître sur l'amygdale gauche la présence d'une plaque diphtéritique longue de deux centimètres, et une rougeur générale assez vive. Le sein droit, présente à la base du mamelon, une escarre circulaire de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes déjà en partie limitée par un sillon éliminatoire. Le mamelon du côté gauche est, en partie, recouvert par un détritus grisâtre.

En même temps la malade nous fait voir, sur le côté du cou, une pustule à fond noir entourée d'une large base enflammée. Enfin les parties génitales offrent un gonflement notable de la grande lèvre gauche, avec rougeur peu prononcée. La grande lèvre du côté droit est tout à fait intacte. Le doigt, introduit dans le vagin, rencontre, du côté gauche et en haut, des duretés, des rugosités dont la rudesse contraste singulièrement avec le velouté de la muqueuse restée saine à droite et en bas. En pénétrant un peu plus avant, on retrouve la membrane vaginale parfaitement saine. Il existe donc, à l'entrée du vagin dans les deux tiers à peu près de son pourtour, et dans un tiers tout au plus de sa longueur, une plaque dure, saillante et bosselée.

---

tives s'appliquant non-seulement au typhus, mais aussi à toutes les autres maladies contagieuses. Il constitue, bien que réduit à un très petit nombre de pages, un traité complet de police sanitaire vétérinaire, et j'ajoute que, parmi tous les ouvrages publiés sur ce sujet, je ne connais rien d'aussi remarquable.

Que de clarté, que de concision dans la partie descriptive ! Dans l'examen des faits et des opinions, quelle hauteur de vues! Que d'érudition dans les notes complémentaires! Et dans l'appréciation des mesures administratives, que de sagesse! Partout, dans cette œuvre importante, se révèle avec évidence l'empreinte d'un esprit supérieur.

Bernard considère le typhus des bêtes à cornes comme une maladie générale, d'origine étrangère, incapable de se développer spontanément sur les animaux de notre pays. Il fait observer que cette affection ne s'est montrée en France qu'à de longs intervalles, après des périodes de vingt et quelques années, et toujours pendant les guerres qui ont opéré un grand déplacement d'hommes et d'animaux venant du nord, du nord-est, principalement de la Hongrie, de la Dalmatie ou de l'Allemagne. Telle fut, par exemple, l'épizootie qui, en 1814 et 1815, exerça de si grands ravages sur notre population bovine.

Le typhus est contagieux. Les observateurs de tous les temps l'ont vu se propager par toutes les voies de communication : l'inoculation, le contact immédiat, celui des corps chargés des émanations typhoïdes, les fumiers, les dépouilles des animaux, les fourrages, et enfin l'air lui-même, messager d'autant plus funeste qu'on ne peut l'arrêter dans sa course, semble pouvoir le porter à une certaine distance.

Bernard admet cette contagion, mais il croit qu'on en a exagéré les effets. Il s'élève fortement contre l'idée de sacrifier tous les animaux malades ou suspects.

« Irons-nous, dit-il, désespérant de l'avenir de la science, assommer comme autrefois tous les animaux indistinctement, établir dans les campagnes une vaste et inutile boucherie? Que deviendront ces monceaux de cadavres? Vont-ils perdre tout de suite leur funeste propriété? Si vous les mettez dans une seule fosse, quel immense foyer d'infection! si vous les dispersez, quelle étendue!

» Et si, ayant exécuté cette mesure digne d'un autre âge, la terre qui les recouvre, l'air qui les environne, les corps qui les ont touchés partagent la maladie; si, indépendamment de la contagion, il se forme une constitution atmosphérique générale ou locale qui la continue, quelle déception !

» Il faut donc relever dans le vieil arsenal des lois et l'histoire de la science cette mesure de l'assommement en masse, la flétrir comme inutile au moins, dangereuse peut-être, et toujours préjudiciable et onéreuse à la fortune publique. »

Bernard regarde comme impuissant et d'une application difficile l'emploi des troupes ou cordons sanitaires. « Comment, dit-il, aurait-on pu arrêter, par cette mesure, le typhus de 1714, s'il est vrai qu'il fut apporté dans les provinces méridionales de la France par des cuirs débarqués à Bayonne, et venant de la Zélande? Si la maladie est contagieuse à ce point, opposez donc à l'air un rempart de baïon-

En écartant les lèvres de la vulve, on aperçoit cette plaque malade qui diffère des parties saines par sa coloration noirâtre et sa consistance analogue à celle du cuir. Cette plaque gangréneuse, car c'en est bien une, est lisse à l'entrée du vagin et bosselée un peu plus loin, au point correspondant aux plicatures de la muqueuse vaginale; et sa surface, légèrement déprimée, se trouve au-dessous du niveau de celle des parties voisines restées saines et dont le gonflement fait un léger relief.

Il n'y a donc plus à en douter : voici bien une gangrène toute spontanée, développée concurremment sur la mère et sur son enfant; mais, chez la mère, on trouve manifestement, à la gorge, les caractères de la diphtérite qui nous avaient échappé chez l'enfant.

Les fausses membranes sont également évidentes sur les ulcérations des seins : et, chez l'enfant, elles ont été le fait primitif de l'ulcération labio-gingival, qui n'est devenue gangréneuse que consécutivement. C'est des deux côtés une diphthérite. Les caractères plus palpables de la gangrène avaient seuls attiré notre attention chez l'enfant; tandis que, chez la mère, les fausses membranes, restées isolées sur les amygdales, nous ont remis sur les traces de la véritable nature de l'affection.

La conduite à tenir était aussi simple qu'elle était urgente. Je touchai vigoureusement la plaque gangréneuse du vagin avec l'acide chlorhydrique pur, et la gorge avec un collutoire de miel rosat additionné d'un quinzième d'acide chlorhydrique.

On ajoutera à cela : décoction de quinquina pour boisson, injections chlorurées fréquentes, gargarisme avec miel rosat et sirop de mûres. Régime tonique.

La cautérisation fut renouvelée le lendemain.

Le 30, l'enfant vient de mourir et la mère commence à s'effrayer, bien qu'aucun symptôme général sérieux ne se soit déclaré. Pas de fièvre, pas de chaleur, pas de malaise, pas même d'accablement. La malade se plaint seulement de vives cuissons qu'elle a éprouvées à la suite des cautérisations, et d'une légère augmentation dans le mal de gorge.

En effet, nous trouvons les deux amygdales recouvertes de plaques grises adhérentes, manifestement diphtéritiques. Elles sont touchées avec un collutoire composé extemporanément de parties égales d'acide chlorhydrique et de miel rosat.

L'escarre du mamelon droit s'est détachée et a fait place à une ulcération profondément excavée. Les plaques de détritus qui recouvraient le mamelon gauche commencent à s'enlever par lambeaux.

La pustule noire du cou n'a donné lieu qu'à un point gangréneux de la grandeur d'une lentille. Mais, en revanche, les deux fesses, qui sont couvertes d'une myriade de pustules miliaires, présentent çà et là six de ces pustules qui reposent sur une large base enflammée, transformées en autant d'escarres noires, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes. De plus, une plaque gangréneuse de la grandeur d'un sou, et reposant sur une large base indurée, correspond à la pointe du coccyx, à la naissance de la fente inter-fessaire.

Et cependant notre malade n'a jamais eu plus de 70 pulsations, a conservé son appétit, se meut et cause avec toute la liberté d'une personne bien portante. J'insiste sur ces détails parce qu'ils sont en opposition avec tout ce qui a été écrit sur la diphtérite gangréneuse, et que, chez notre malade, les phénomènes locaux de cette affection deviennent de plus en plus évidents.

Enfin, nous examinons la vulve. Les deux grandes lèvres sont extrêmement et uniformément tuméfiées. Elles sont d'un rouge un peu livide et d'une sensibilité assez obtuse. En les entr'ouvrant modérément, on trouve, à leur face interne, les contours très nettement marqués de cette plaque gangréneuse observée il y a deux jours. Seulement la lèvre droite, qui, ce jour-là, était intacte, présente aujourd'hui une escarre très noire, dure et plus profonde que la première formée, celle du côté gauche. La gangrène a envahi tout le pourtour du vagin jusqu'à une profondeur de six à sept centimètres. Le doigt arrive aisément encore, en arrière, jusqu'aux limites du mal.

Cette fois, l'un de nous écarte fortement les deux lèvres, et l'autre touche à plusieurs reprises, pendant une ou deux minutes, toutes les parties altérées, avec de l'acide chlorhydrique pur; une injection chlorurée chasse ensuite l'excès d'acide et la sanie noirâtre qui s'est écoulée. En même temps, le pinceau est successivement appliqué sur chacun des points gangréneux des fesses.

Prescription. — Les injections chlorurées seront fréquemment répétées. — 30 grammes de vin de quinquina par jour, outre la décoction de quinquina déjà prescrite. — Consommé de bœuf et

---

nettes; à un chien, à une poule, le *qui vive* d'une sentinelle. »

L'auteur, en manière de conclusion, trace ensuite à grands traits la marche qu'il convient d'adopter pour conjurer le mal; il fait connaître les mesures administratives et les précautions à prendre pour s'opposer, autant que possible, à son cours redoutable.

Mais il ne m'est pas permis de le suivre dans son plan de défense et d'attaque. J'ai à signaler beaucoup d'autres travaux dont il a enrichi la science, et le temps s'écoule, et bientôt je toucherai aux limites que j'ai dû m'imposer.

Bernard avait une prédilection marquée pour l'étude des maladies générales, peu connues dans leur nature, et qui, se jouant des ressources de l'art et faisant un grand nombre de victimes, compromettent d'une manière grave non-seulement les intérêts des particuliers, mais encore la fortune de l'Etat.

Tel est, par exemple, le typhus des bêtes à cornes, dont nous venons de parler; telle est aussi la morve, ce véritable fléau de l'espèce chevaline.

De toutes les maladies qui se développent sur nos animaux domestiques, la morve est sans contredit celle qui a provoqué le plus de recherches, celle sur laquelle on a le plus écrit, le plus médité, et cependant, c'est à regret que je le dis, elle est encore un écueil pour la thérapeutique; elle est pour nous un sujet de dissidence.

Les premiers vétérinaires sortis des écoles la regardaient tous, de même que les hippiâtres leurs devanciers, comme susceptible de se communiquer d'un cheval à un autre; ils exagéraient même la puissance de sa contagion.

Mais bientôt il se forma un camp de *non contagionistes*, et l'on vit présenter de toutes parts des faits contradictoires, et la controverse prit des proportions de plus en plus considérables.

Or, savez-vous ce qui se passait pendant ces discussions sur un fait tout vétérinaire, pendant qu'on refusait à la morve la faculté de se transmettre d'un animal à un autre? Je vais vous le dire : elle se communiquait du cheval à l'homme.

On n'a point oublié l'impression douloureuse que produisit dans le monde médical le premier cas de ce genre observé en France, raconté en 1837 par le docteur Rayer devant l'Académie de médecine. Tous les médecins, tous les vétérinaires ont gardé le souvenir des brillantes discussions qui eurent lieu sur ce grave sujet, au sein de l'illustre compagnie, et auxquelles nos confrères prirent une si large part.

C'en était fait : la morve, cette maladie hideuse, effrayante et terrible, car elle ne pardonna peut-être jamais à ses malheureuses victimes, la morve n'était plus le triste partage, le partage exclusif des animaux; elle était venue augmenter le nombre déjà si considérable des calamités qui affligent notre espèce elle-même.

Depuis cette époque, en effet, la science a eu trop souvent l'occasion d'enregistrer des cas de morve communiquée du cheval à l'homme. Ces observations ont été recueillies surtout dans les hôpitaux de la capitale, dans ceux de Lyon, dans nos propres écoles, et il n'y a pas longtemps encore encore que l'affreuse affection dont je parle vint chercher une de ses victimes parmi vous, parmi vos camarades.

(La suite à un prochain numéro.)

un peu de viande rôtie. — Eau vineuse pour boisson. — Pansement du siége avec poudre de Kina et de charbon. — Continuer le gargarisme au miel rosat et au sirop de mûres.

La situation nous paraît très grave. A mon confrère M. Noël et à moi se joindra M. Warmé, ancien membre du jury médical de l'Oise.

Cet honorable confrère, venu le 1er septembre en consultation, trouve, comme nous l'avions constaté les jours précédents, l'état général excellent, et commence par s'étonner de notre inquiétude : c'est qu'en effet la plus grande discordance continuait toujours à régner entre les phénomènes généraux et les symptômes physiques et locaux.

La gorge n'offre plus qu'un point diphtéritique peu étendu : de fortes cautérisations avaient eu lieu la veille. Les mamelons des seins présentent de simples ulcérations rosées ayant succédé à la chute des escarres. Les pustules gangréneuses du siége n'ont pas grandi ; au contraire, l'inflammation de leur base a diminué.

Les grandes lèvres présentent des rides attestant la réduction de leur volume. Enfin, les vastes escarres intra-vaginales ne se sont pas accrues, mais commencent au contraire à se séparer des parties saines par un sillon éliminatoire parfaitement accusé. Quant à la sécrétion lactée, elle est presque entièrement supprimée.

Prescription. — On suspendra désormais les cautérisations. — On conti uera les injections chlorurées. On donnera au siége une position déclive, pour prévenir la stagnation des liquides dans le vagin. On augmentera les aliments en continuant l'usage du quinquina. — On ne s'occupera du lait que s'il vient à gêner par son abondance.

Ce premier pas de la nature vers la guérison, ce temps d'arrêt dans la marche d'une affection essentiellement envahissante, trompèrent également et les médecins et la famille. Là où il n'aurait fallu voir qu'un encouragement à continuer la conduite suivie depuis trois jours, on trouva les motifs suffisants d'une fatale sécurité. On se sépara en annonçant un prompt retour à la santé, et la persistance du bien-être apparent de la malade couvrit, jusqu'au dernier jour, le danger toujours croissant qu'on croyait avoir conjuré.

Le mal de gorge, au lieu de disparaître, alla jusqu'à s'accompagner de gonflement ; et, le 6 septembre, on remarqua l'absence totale des urines, bien qu'aucune gêne n'eût encore accompagné la miction. Le cathétérisme ne servit qu'à faire constater l'état de vacuité absolue de la vessie. Les progrès de la gangrène avaient-ils déterminé une perforation de cette cavité ? Il est permis de le supposer.

Enfin, le 7, après une journée, où le gonflement du cou avait amené une gêne croissante de la respiration, la mort arriva dans la nuit, lorsque personne n'était préparé à une aussi triste catastrophe.

Trois semaines s'étaient écoulées depuis l'accouchement, onze jours depuis la première cautérisation, et huit jours depuis la dernière.

Malheureusement, l'autopsie n'a pas été faite ; et moi-même, absent pendant les sept derniers jours, je n'ai pu recueillir que légèrement le récit de ce qui s'est passé dans cette dernière période.

Cette histoire, bien qu'incomplète, présente un cas, rare sans doute, mais pas unique assurément, d'une gangrène ou d'une diphtérite gangréneuse développée primitivement aux parties génitales, chez une nouvelle accouchée, au milieu des meilleures conditions de santé et de salubrité, et en l'absence de tout soupçon d'infection syphilitique. De plus, elle offre un exemple incontestable de contagion de cette terrible maladie à ajouter à ceux déjà si regrettables que la science possède. Mais ici la contagion s'est produite avec une apparence de transmission directe par contact. Il serait difficile autrement d'expliquer comment il est arrivé précisément que le nourrisson portait une plaque diphtéritique à la lèvre, pendant que sa mère en avait une analogue au mamelon.

Enfin, si cette observation présente quelque analogie avec l'histoire de l'épidémie de Lyon, racontée dans la thèse précitée, il est à désirer qu'elle donne occasion aux médecins des maternités et aux accoucheurs, de rechercher quel est le degré de fréquence et de curabilité d'une aussi grave maladie, et quelles sont les précautions à prendre pour en prévenir la transmission.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Envoi, par M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics, d'un exemplaire d'un volume renfermant les travaux du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Tarn, pendant l'année 1856. (Comm. de statistique.)

Rapport de M. le docteur HAIME, médecin des épidémies de l'arrondissement de Tours, sur une épidémie de rougeole et de suette, qui a régné dans la commune de Roche-Corbon, pendant les mois de mars et avril derniers. (Comm. des épidémies.)

Demande d'avis et de rapport sur une source d'eau minérale que le sieur Merlot demande l'autorisation d'exploiter à Martigny-les-Lamarche. (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. CHRESTIEN, de Montpellier, adresse un nouveau Mémoire sur l'innocuité et les avantages du seigle ergoté dans les accouchements, lorsqu'il est administré à propos. Ce travail fait suite à une communication précédente du même auteur sur le même sujet. (Comm. : MM. Depaul et Danyau.)

M. le Dr SANTERO-MIRONE demande à l'Académie un tour de faveur pour la lecture d'un Mémoire sur la phthisie syphilitique.

M. DEPAUL annonce à l'Académie qu'il a reçu, de M. le Dr Leroy des Barres, une lettre qui l'informe qu'une femme de vingt-neuf ans, déjà mère de cinq enfants bien constitués, vient d'accoucher, après un travail régulier, de deux enfants monstrueux.

La réunion a lieu sur la ligne médiane de l'ombilic aux pubis exclusivement. Ces deux jumeaux n'avaient, ainsi que c'est le cas ordinaire, qu'un seul placenta et un seul cordon; ils avaient aussi les mêmes enveloppes. Les corps de ces deux enfants sont parfaitement distincts jusqu'à l'ombilic, ce qui établit une différence entre le cas actuel et celui qu'a autrefois cité Duverney, de deux enfants réunis par fusion du bassin. Mais, si ces enfants ont deux bassins distincts, ils manquent complétement d'ouvertures anales; l'un d'eux rend par la verge du méconium mêlé de gaz, tandis que l'autre rend de l'urine par le même organe; ce qui donne à penser que, malgré l'indépendance des bassins, il y a une fusion plus ou moins complète des organes contenus dans chacun d'eux. D'ailleurs, les organes extérieurs de la génération sont normalement conformés.

M. Depaul regrette qu'un malentendu l'empêche de présenter ces enfants à l'Académie; il prie ceux de ses collègues qui désireraient les voir de venir chez lui demain à midi.

M. LE PRÉSIDENT propose à l'Académie de nommer une commission pour se livrer à cet examen et en faire l'objet d'un rapport, s'il y a lieu, et il désigne à cet effet MM. Velpeau, Cruveilhier, Moreau et Depaul, rapporteur.

DISCUSSION DU RAPPORT SUR LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

M. GUÉRARD donne, en ces termes, lecture de son nouveau rapport :

« La commission de statistique nosologique des causes de décès s'est réunie pour procéder, conformément à votre décision, à une rédaction nouvelle de la première conclusion du rapport qui vous avait été lu en son nom dans la séance du 13 de ce mois, et dont la dis-

cussion s'est ouverte mardi dernier.

» La rédaction nouvelle est celle-ci : « 1° Dans l'état actuel de la » science en France, une bonne statistique médicale, c'est-à-dire » l'enregistrement régulier des causes de décès est possible et doit » être mise à exécution. »

» Après avoir adopté cette rédaction, la commission a pensé qu'il convenait de soumettre à la discussion les autres conclusions du rapport, afin de les mettre en harmonie avec la première et de faire droit aux observations qui ont été produites devant vous dans la dernière séance.

» Un premier fait est ressorti de cette discussion : nous voulons parler de l'avantage qu'il y aurait à ne pas nous astreindre à suivre la lettre ministérielle question par question.

» Sans rien changer à l'esprit de notre rapport, nous nous sommes attachés dans la nouvelle rédaction à suivre l'enchaînement logique des idées, reliant, par un simple renvoi, la conclusion qui les résume à la question à laquelle elles se rattachent.

» C'est ainsi qu'ayant établi tout d'abord que la statistique nosolo» gique est possible et qu'elle doit être mise à exécution, » nous indiquons immédiatement les moyens propres à atteindre ce but.

» Ces moyens sont : 1° la création de médecins cantonaux ; 2° l'ex» tension de l'institution des médecins vérificateurs. » Les premiers donneront des soins pendant la maladie aux habitants des communes rurales, soins dont ces habitants sont trop souvent privés, et, en cas de décès, ils seront parfaitement placés pour en constater la réalité et en assigner les causes.

» Les imperfections inhérentes à l'institution des médecins vérificateurs de décès telle qu'elle existe aujourd'hui, disparaîtraient par l'obligation imposée à tout médecin ayant traité un malade, de délivrer, en cas de décès, un bulletin indicateur de la cause qui l'a déterminé. Mais il est un troisième rouage qui vient s'ajouter aux deux premiers et en rend l'action aussi simple que possible. C'est la formation d'un *bureau médical de statistique* siégeant auprès de l'administration centrale et appelé à dépouiller les bulletins indicateurs. Le concours des médecins qui feraient partie de ce bureau donnerait au travail dont il s'agit un degré d'exactitude qu'on ne saurait trop favoriser.

» Déjà le Congrès statistique de Paris avait exprimé le vœu que des médecins fussent appelés à concourir au dépouillement des bulletins.

» Avec ce bureau et les deux ordres de médecins fonctionnaires précités, il n'est plus besoin de liste de synonymie, ni même de loi, pour faire exécuter les prescriptions de l'administration et suivre les instructions de l'Académie.

» Tous les bulletins seront secrets et envoyés, avec un numéro d'ordre et cachetés, à la mairie de la commune ; de là, ils passeront au chef-lieu de canton, où on les rassemblera sous un même titre pour les transmettre au chef-lieu d'arrondissement, et, plus tard, en leur conservant leur marque d'origine et de date, au chef-lieu de département ; ils seront enfin expédiés à l'administration centrale, au bureau de statistique médicale, qui en opérera le dépouillement, etc.

» Voici maintenant les conclusions auxquelles s'est définitivement arrêtée la commission, et qu'elle a l'honneur de vous proposer d'adresser à M. le ministre, en réponse aux questions qui vous ont été soumises en son nom :

« 1° Dans l'état actuel de la science en France, une bonne statis» tique médicale, c'est-à-dire l'enregistrement régulier des causes de » décès est possible et doit être mise à exécution. (1re *Question.*)

» 2° Pour faciliter cet enregistrement régulier des causes de décès, » il convient : 1° de généraliser l'institution des médecins vérifica» teurs (5e *Question*) ; — 2° de créer des médecins cantonaux, chargés » tout à la fois de donner des soins aux habitants pauvres des cam» pagnes et de rédiger, en cas de décès sans soins médicaux, le bul» letin indicateur de la cause qui l'a déterminée. »

(Nous ne donnons que cette partie des conclusions, la seule qui ait été discutée dans le cours de cette séance, nous réservant d'en publier la suite en même temps que la discussion à laquelle elle pourra donner lieu.)

M. Desportes demande la parole pour parler sur l'ensemble des conclusions.

L'Académie, consultée, décide à une majorité douteuse (4 voix contre 5 ou 5 voix contre 4) que la discussion aura lieu conclusion par conclusion.

M. Guérard donne alors lecture de la première conclusion de son rapport.

M. Desportes. Il y aurait inconvénient, suivant moi, à ne point suivre dans les conclusions du travail de l'Académie l'ordre suivi par le ministre. Les réponses y perdront en exactitude et en précision. Ainsi, dans sa première question, M. le ministre demande : 1° si dans l'état actuel de la science en France, une bonne statistique nosologique est possible ; 2° si les principales causes de décès peuvent, dans le plus grand nombre de cas, être exactement observées. A cette double question, je ne trouve pas que l'Académie fasse une réponse satisfaisante par sa première conclusion.

M. Devergie pense, comme M. Desportes, qu'il y aurait intérêt à ne pas s'écarter de l'ordre suivi par le ministre.

M. le Président. Je ferai observer qu'il y a un ordre logique et un ordre littéral, et qu'il n'y a pas d'inconvénient à suivre le premier pour répondre au second.

M. Guérard. La commission n'a laissé sans réponse aucune question du ministre. Elle n'a non plus rien proposé de nouveau, sinon la création d'un bureau central de statistique.

Et à ce propos, qu'il me soit permis de faire remarquer qu'une chose est restée dans l'ombre, c'est la sympathie de la commission pour l'institution nouvelle. L'impression produite dans la presse médicale par la simple lecture des conclusions a été défavorable au projet. Or, l'idée de la commission est que la création de ce travail de statistique est difficile, mais utile ; et que la difficulté même de la tâche, loin d'être une raison suffisante pour qu'on ne l'entreprenne pas, nous fait au contraire un devoir de nous mettre à l'œuvre aussitôt.

Répondant à l'objection de M. Desportes, je dirai que l'impression défavorable produite était peut-être due à ce que la commission avait suivi pas à pas l'ordre des questions ministérielles.

M. le Président donne alors lecture de la première question ministérielle.

M. Guérard répète la première conclusion qui lui sert de réponse.

Cette conclusion est mise aux voix et considérée comme adoptée après un vote auquel peu de membres prennent part et dont tout le monde n'avait pas bien compris la portée.

M. Larrey demande la parole pour une motion d'ordre. Il avait compris qu'une discussion spéciale s'ouvrirait sur chaque conclusion et, en particulier, sur la première.

M. le Président. Personne n'ayant demandé la parole sur la première conclusion, le vote de l'Académie est maintenu.

M. Guérard donne lecture de la deuxième conclusion.

M. Moreau croit qu'il serait utile de réunir le certificat du médecin cantonal à celui du médecin vérificateur des décès.

M. Velpeau. N'entrevoyez-vous pas une difficulté et un embarras dans cette création de médecins cantonaux et vérificateurs de décès dans les campagnes et dans les villes peu importantes ? En général, même à Paris, ne sait-on point que ces derniers sont mal vus par les médecins traitants ? Or, je suppose qu'un malade succombe après avoir été traité par Pierre ; Paul sera chargé de vérifier la cause de mort ; comment la saura-t-il s'il n'a les renseignements de Pierre ?

D'un autre côté, n'a-t-on point vu les médecins vérificateurs de décès, par des paroles désobligeantes, un geste, une grimace même, manifester l'improbation la plus formelle sur le traitement suivi ? Ce sont là de graves inconvénients qui se retrouveront dans la création des médecins vérificateurs de décès.

Quant à l'institution des médecins cantonaux, on peut lui faire cette objection considérable, que ce serait créer des médecins supérieurs aux pauvres médecins des campagnes. Pourquoi cette complication ? Pourquoi chaque médecin traitant ne donnerait-il pas un bulletin indicateur des causes de la mort ? Et pourquoi attribuer cette fonction au médecin cantonal, qu'on revêt ainsi d'une sorte de supériorité, surtout en raison des honoraires qu'on y attache.

M. Guérard. Dans l'intention de la commission, tout médecin traitant *devra* donner l'indication des causes de mort. Mais dans nos campagnes (il est triste d'avoir à le reconnaître), les deux tiers, les

trois quarts des malades meurent quelquefois sans secours, faute de les pouvoir payer. Eh bien ! les médecins cantonaux, agissant alors comme fonctionnaires publics, seront tenus : 1° de donner des soins médicaux aux malades indigents, et 2° de remplir les doubles fonctions de médecins cantonaux et de vérificateurs de décès. Le médecin cantonal, fonctionnaire rétribué, éclairera l'administration sur les causes de mort du malade qu'il aura soigné.

M. DESPORTES demande que les fonctions de médecin cantonal soient exercées à tour de rôle.

M. VELPEAU propose de dire, dans la deuxième conclusion, que l'indication des causes de mort sera fournie par le médecin traitant.

M. le PRÉSIDENT fait observer que les médecins cantonaux fonctionnent depuis près de trente ans en Alsace et dans plusieurs autres parties de la France, sans qu'ils aient donné lieu aux inconvénients redoutés par M. Velpeau.

M. GUÉRARD fait également remarquer que, d'après le travail de la commission, tout médecin traitant devra donner l'indication des causes de la mort ; mais que l'institution du médecin cantonal viendra combler la lacune laissée par la mort d'un malade qui aurait succombé sans avoir eu de soins médicaux. C'est pourquoi elle a demandé l'extension des médecins cantonaux.

M. GIBERT voudrait qu'on laissât de côté l'intérêt professionnel pour l'intérêt scientifique.

M. DEVERGIE. Un article de loi sera nécessaire pour obliger le médecin traitant à indiquer les causes de décès. On ne peut l'y contraindre que par une pénalité.

M. GUÉRARD. Dans le cas où l'Académie jugerait qu'une loi fût utile, on changerait les conclusions; autrement on répondrait au ministre, qui propose l'alternative entre la promulgation d'une loi et l'envoi d'une circulaire par l'Académie, qu'en attendant cette loi, une circulaire serait envoyée.

M. le PRÉSIDENT prie l'Académie de ne point s'égarer dans des questions de jurisprudence.

M. VELPEAU. Je persiste à croire que l'Académie s'engage dans une voie fâcheuse en tendant à mettre en conflit le médecin traitant et le médecin cantonal. D'ailleurs, le médecin cantonal aurait plusieurs communes à parcourir chaque jour, et ne pourrait guère constater toutes les causes de décès.

Je propose, conséquemment, de formuler ainsi la deuxième conclusion : « Le bulletin indicateur de la cause de la mort sera donné par le médecin traitant, ou, à son défaut, par le médecin cantonal. »

M. GUÉRARD. Mais cette idée est contenue dans la troisième conclusion.

M. BARTH. Cette discussion me semble rouler sur un malentendu. Il est dans les intentions de la commission que tout médecin traitant donne l'indication des causes de la mort; mais comme, d'un autre côté, tout malade qui aurait été privé des secours de la médecine sous l'institution des médecins cantonaux, sera soigné par l'un de ces derniers; celui-ci, alors, fournira l'indication des causes de la mort.

M. ROBERT. L'institution des médecins vérificateurs me semble une complication inutile à la statistique des causes de mort; je me rattache à la proposition de M. Velpeau, et je demande la suppression du passage relatif aux médecins vérificateurs.

M. GUÉRIN propose de ne pas répondre par une question de principe, mais de dire que « le médecin traitant donnera l'indication des causes de la mort, ou, à son défaut, le médecin cantonal. »

M. BOUCHARDAT voudrait qu'on ajoutât : « ou, à son défaut, le médecin vérificateur des décès. »

M. CAZEAUX parle dans le même sens.

M. ADELON fait observer que les médecins vérificateurs de décès ont été institués pour constater la réalité de la mort, ce qui n'a aucun rapport avec la constatation des causes de cette mort.

En conséquence, l'Académie doit demander que le médecin cantonal, fonctionnaire public, soit chargé de constater la réalité de la mort, plus la cause de celle-ci.

M. GUÉRARD. L'intention de la commission est que la constatation de la cause de la mort soit faite par un médecin instruit et attentif.

Quant à l'institution des médecins vérificateurs de décès, on sait qu'elle a eu pour but à Paris de s'opposer à ce que des causes de mort violente passassent inaperçues. Au-dessus d'eux, il y a même des inspecteurs généraux.

En réponse à une objection bien des fois reproduite, la cinquième conclusion dit que tout médecin traitant *doit* donner le bulletin indicateur des causes de décès.

MM. GUÉRIN et VELPEAU voudraient une nouvelle conclusion.

M. BÉGIN propose un changement de rédaction consistant à ajouter : « .... ou à son défaut le médecin cantonal, ou le médecin vérificateur des décès. »

M. le PRÉSIDENT propose de renvoyer la rédaction de la deuxième conclusion à la commission, qui la formulera dans la prochaine séance, suivant les intentions de l'Académie.

M. LARREY. Je suis frappé de la contradiction flagrante qui existe dans le travail de l'Académie. Il est bien entendu par la première conclusion que la statistique est possible; et voici qu'à propos de la deuxième, M. le rapporteur reconnaît que la moitié, les deux tiers des malades meurent sans secours. Je le demande, alors, comment les causes de décès seront-elles reconnues? Et je dis, d'ailleurs, que les médecins cantonaux ne pourront pas arriver à la constatation de ces causes.

M. GUÉRARD. Il faut distinguer entre la possibilité scientifique et la possibilité pratique. La création des médecins cantonaux a pour but de concilier l'une et l'autre.

M. VELPEAU insiste pour l'adoption de son amendement.

M. le PRÉSIDENT propose à l'Académie d'adopter en principe la conclusion de la commission et de la lui renvoyer pour une nouvelle rédaction.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

COMITÉ SECRET.

L'Académie se réunit alors en comité secret pour entendre les rapports des deux commissions de prix.

La séance publique est levée à quatre heures et demie.

VARIÉTÉS.

Nous publierons, mardi prochain, le procès-verbal de la dernière séance du Cercle des Sciences.

Demain vendredi, séance à HUIT HEURES du soir.

Ordre du jour : Lecture du procès-verbal. — Présentation de nouveaux membres. — Communications par M. Brown-Sequardt et par M. Personne.

Règlement du Cercle des Sciences

Article 1er. — Il est établi un Cercle sous le titre de CERCLE DES SCIENCES.

Art. 2. — Ce Cercle a un double but : 1° constituer une réunion qui consacrera une soirée par semaine à des discussions scientifiques; 2° former une réunion journalière où les membres trouveront les distractions qu'on rencontre dans tous les Cercles.

Art. 3. — Ce Cercle a son siége quai de l'Horloge, 21. Il sera ouvert tous les jours depuis le matin jusqu'à minuit.

Art. 4. — Sont seuls admis à faire partie du Cercle : les rédacteurs ou collaborateurs des feuilles scientifiques, et les savants qui ont publié des travaux.

Art. 5. — Le nombre des membres fondateurs est fixé à quatre-vingt-cinq.

Art. 6. — Outre les membres fondateurs, on recevra deux cent quinze membres non fondateurs.

Art. 7. — Tout candidat, pour être admis, doit en faire la demande écrite au président ; cette demande sera présentée par deux membres du Cercle, qui signeront le bulletin de présentation comme parrains et répondants.

Art. 8. — La candidature d'un nouveau membre sera exposée pendant quinze jours dans les salons du Cercle.

Art. 9. — L'élection aura lieu, au scrutin secret, en séance publique, le deuxième vendredi après le jour de la présentation.

Art. 10. — Le candidat devra, pour être admis, réunir au moins les quatre cinquièmes des suffrages exprimés.

Art. 11. — Le résultat de l'élection sera immédiatement proclamé.

Art. 12. — Le Cercle est administré par un président, un vice-président, deux secrétaires, un trésorier et quatorze commissaires.

Art. 13. — Le bureau et les commissaires sont nommés pour une année.

Art. 14. — Le président peut convoquer le bureau et les commissaires quand il le juge convenable. Il peut encore convoquer le Cercle en assemblée générale extraordinaire pour délibérer sur les questions fondamentales ou sur l'exclusion d'un membre.

Art. 15. — L'exclusion d'un membre ne pourra être votée qu'en assemblée générale extraordinaire, après avoir été demandée par la commission administrative qui en aura délibéré auparavant; elle sera prononcée à la simple majorité des suffrages exprimés.

Art. 16. — Les délibérations prises dans les assemblées générales sont obligatoires pour tous.

Art. 17. — Les commissaires sont chargés de faire exécuter le règlement et d'exercer la surveillance des salles.

Art. 18. — Deux commissaires seront de service tous les jours.

Art. 19. — Le Cercle consacre la soirée du vendredi de chaque semaine à entendre et à discuter les communications scientifiques faites par des membres du Cercle ou par des savants étrangers, sur un point des sciences naturelles, physiques ou mathématiques.

Art, 20. — Pour être admis à faire une communication, les savants étrangers au Cercle devront en faire la demande au président au moins deux jours avant la séance.

Art. 21. — L'ordre du jour des séances sera affiché dans les salons du Cercle aussitôt qu'il sera arrêté.

Art. 22. — L'abonnement annuel est fixé à la somme de trente fr., payables par semestre et d'avance. Chaque membre fondateur payera en outre une entrée de cinq francs. L'entrée sera de dix francs pour les membres non fondateurs.

Art. 23. — Tout membre qui n'aura pas payé son abonnement deux mois après le jour où il sera dû, sera considéré comme démissionnaire et obligé, pour faire de nouveau partie du Cercle, d'attendre une vacance et de se soumettre à une nouvelle élection.

Art. 24. — Les personnes étrangères au Cercle ne pourront y être admises qu'accidentellement; elles devront être présentées, à leur arrivée, par un membre du Cercle, au commissaire de service.

Art. 25. — Toute proposition de modification au règlement devra être adressée au bureau, qui décidera s'il y a nécessité de convoquer le Cercle en assemblée extraordinaire pour donner suite à cette proposition.

Art. 26. — Toute conversation politique est interdite dans les salons du Cercle.

Art. 27. — Les jeux dits de commerce (l'écarté excepté) sont seuls autorisés dans les salons du Cercle.

BUREAU POUR L'ANNÉE 1857-1858.

Président, M. Chassaignac.
Vice-Président, M. Bouley.
Premier Secrétaire, M. Doumic.
Vice-Secrétaire, M. Duval fils.
Trésorier, M. Calvo.

Membres de la Commission administrative:

MM. Bauchet, — Blondeau, — Boinet, — Clerc, — Coffin, — Langlebert, — Mattéi, — Mesnet, — Pelouze, — Signol, — Komaroff, Pucheran et Veyne.

MM. Abeille, ancien chirurgien de l'hôpital militaire du Roule, 39, rue de la Pépinière.
Baillarger. *Annales médico-psycologiques.* Médecin de l'hospice de la Salpétrière, 48, rue Jacob.
Bauchet, 6, rue des Beaux-Arts.
Blatin, 30, rue Bonaparte.
Blondeau, 22, rue de Condé.
Boinet, 20, rue de la Banque.
Bouland, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, etc., 56, rue de la Victoire.
Bouley. *Recueil de médecine vétérinaire.* Professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, etc., à Alfort.
Boulu, médecin de l'empereur, 14, rue Saint-Florentin.
Broca. *Archives générales de médecine* et *Moniteur des Hôpitaux*, professeur agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux, etc., 1, rue des Saints-Pères.
Brown-Sequardt, professeur particulier de physiologie.
Caffe. *Journal des Connaissances médicales*, 49, rue de la Ferme-des-Mathurins.
Coffin, 17, rue Soufflot.
Calvo, médecin de la Conciergerie, trésorier du Cercle, 22, rue Saint-Sulpice.
Castelnau (de). *Moniteur des hôpitaux*, à Chaville.
Castorani, 13, rue de Sèvres.
Caudmont, 32, rue Louis-le-Grand.
Chassaignac, chirurgien à l'hôpital de Lariboissière, agrégé libre de la Faculté, etc., 24, rue de la Paix.
Clerc, professeur particulier de syphilographie, 12, faubourg Poissonnière.
Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre, 68, rue de Seine.
Declat de Neboud. *L'Union*, rue Louis-le-Grand.
Deleau, médecin de la Roquette, 35, rue Saint-Lazare.
Deleau (jeune), 6, rue de Seine.
Delpech, médecin de la Maternité, professeur agrégé, 108, rue du Bac.
Démarquay, chirurgien des hôpitaux, etc., 43, rue de la Victoire.
Depaul, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, etc., 16, rue Jacob.
Doumic, 12, rue Hauteville.
G. Dumont, médecin consultant des Quinze-Vingts, 4, rue de Choiseul.
Dupré, professeur particulier d'anatomie, 4, place Sorbonne.
Duval (père). *Journal des spécialités*, 8 (*bis*), quai de Billy.
Duval (fils). *Journal des spécialités*, 16, rue des Batailles.
Fleury, médecin de l'empereur, agrégé libre de la Faculté, à Bellevue.
Foissac, 13, place de la Madeleine.
Foucher, professeur agrégé, 3, rue du Bac.
Furnari, 2, rue d'Enfer.
Garriel, 30, rue Taitbout.
Gobley. *Journal de pharmacie et de chimie*, 60, rue du Bac.
Gratiolet, professeur suppléant au Muséum d'histoire naturelle, 15, rue Guy-Labrosse.
Heurteloup (le baron). 31, rue Louis-le-Grand.
Hiffelsheim. 36, rue Neuve-des-Petits-Champs.
Houel, conservateur du Musée Dupuytren, à l'Ecole pratique.
Jacubowitsch, professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg, 43, quai Saint-Michel.
Janouchkecitsch, docteur de l'Académie de Saint-Pétersbourg.
Jalade-Lafont, 12, rue Coquillière.
Jobert de Lamballe, membre de l'Institut, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc., 38, Chaussée-d'Antin.
Joret, 10, rue Montmartre.
Joulin. *Moniteur des hôpitaux et Estafette*, 40, rue Saint-Honoré.
Jourdier. *Moniteur des Comices. — Pays*, 35, rue Lafayette.
Komaroff, colonel du génie, correspondant des journaux russes, 15, rue de l'Odéon.
Langlebert, professeur particulier de syphiliographie, 3, rue de l'Odéon.
H. Larrey, chirurgien de l'empereur, professeur au Val-de-91, rue de Lille.
Landry, 127, faubourg Saint-Honoré.
Lemaire, 11, boulevard du Temple.
Magne, 3, rue Louis-le-Grand.
Maillot, inpecteur du service de santé des armées, 18, rue Saint-Sulpice.
Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, 25, rue de l'Université.
Martin de Brette. *Journal des Sciences militaires*, professeur de l'Ecole polytechnique, à l'Ecole polytechnique.
Matuschenkof, professeur de chirurgie à l'Université de Saint-Pétersbourg.
Mattéi, professeur praticulier d'accouchements, 3, place Sorbonne.
Mesnet, 161, rue de Charonne.
Moigno (l'abbé), *Cosmos*, 1, rue Servandoni.
Mounier, professeur au Val-de-Grâce, 101, rue de la Harpe.
E. Pelouze, hôtel des Monnaies.
Pinel (neveu), Château-Saint-James.
Poggiale, professeur au Val-de-Grâce, 19, rue d'Enfer.
Pucheran, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, 20, rue Cuvier.
Raciborski, ancien chef de clinique de la Faculté, 20, rue de Varennes.
Rambaud, professeur particulier d'anatomie, 103, rue de la Harpe.
Reveil, pharmacien en chef de l'hôpital des Cliniques, professeur agrégé aux écoles de médecine et de pharmacie, à l'hôpital des Cliniques.
Reynal, *Recueil de médecine vétérinaire.* Chef du service de clinique à l'Ecole d'Alfort, à Alfort.
P. Ricord, médecin de l'hôpital du Midi, etc., 6, rue de Tournon.
A. Ricord, 6. rue de Tournon.
Robert, chirurgien de l'hôpital Beaujon, etc., 1, rue des Saints-Pères.
Roux, *Moniteur des hôpitaux*, 14, rue de Buci.
Schnepf, *Gazette médicale*, à l'institution Sainte-Barbe.
Sellier, 10, rue d'Alger.
Sémelaigne, au Château-Saint-James.
Signol, 50, rue de Vaugirard.
Stainvalt. rue Latour-d'Auvergne 15.
Tholozan, *Gazette médicale*, 16, rue du Dragon.
Tourette, 3, rue du Cloître-Saint-Jacques.
Verneuil, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, etc., 19, quai Saint-Michel.
Vernois, *Annales d'hygiène publique*, médecin de l'hôpital Necker, médecin consultant de l'empereur, etc., 13, r. d'Isly.
Veyne, 18, quai des Orfèvres.
Vidal, 3, rue Martel.

Le rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 131. 5me ANNÉE. Samedi, 31 octobre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, le 30 octobre 1857.

Observations sur l'hypertrophie du cœur avec ou sans lésion des valvules.

Par le Dr E. Leudet, professeur de clinique médicale, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu à Rouen.

Nous avons eu en 1856, comme dans les années précédentes, de nombreuses occasions d'étudier les maladies organiques du cœur ; les observations recueillies se répartissent de la manière suivante :

Lésions de la valvule mitrale, 16 ; *morts*, 7 *cas* ; *état stationnaire*, 9 *cas*.

Lésions des valvules aortiques, 11; *morts*, 8 *cas* ; *état stationnaire*, 3 *cas*.

Sans lésions valvulaires, 10 ; *morts*, 6 *cas*; *état stationnaire*, 4 *cas*.

Les observations de maladies organiques du cœur ont donc été au nombre de 37, dont 21 terminées par la mort. L'explication de cette proportion considérable de cas mortels est facile à trouver dans les circonstances suivantes. Les hypertrophies du cœur sont plus rapidement mortelles dans la classe pauvre que dans la classe aisée ; en effet, dans cet ordre de maladies, le repos des travaux manuels, des conditions hygiéniques salutaires ne peuvent être imposées aux malades; ajoutez les émotions souvent pénibles, la misère, et vous aurez l'énumération des principales causes si dangereuses qui ramènent à de cours intervalles les malades souvent améliorés, mais plus gravement atteints à chaque rechute, dans nos salles d'hôpital. C'est en effet ce qui a eu lieu pour le plus grand nombre des malades qui revenaient plusieurs fois chaque année dans notre division.

La fréquence plus considérable des lésions de la valvule mitrale s'accorde parfaitement avec ce qui s'en connaît dans la science ; cependant nous devons faire observer que le nombre de 16 cas, cité plus haut, ne comprend pas exclusivement ceux dans lesquels la valvule mitrale était seule atteinte ; plusieurs fois les valvules aortiques étaient légèrement altérées, mais toujours à un moindre degré que la bicuspide. Le ventricule gauche était malade dans tous ces cas, mais l'hypertrophie des parois et la dilatation de la cavité étaient beaucoup moins prononcées que dans l'affection des valvules aortiques. Plusieurs fois nous avons constaté, surtout chez les sujets morts avec des accidents hydropiques marqués, une altération de la substance musculaire du cœur, qui,

---

NOTICE HISTORIQUE

Sur la vie et les travaux d'Antoine Bernard,

Ancien professeur à l'école vétérinaire de Lyon, puis directeur de celle de Toulouse,

Par H. J. A. RODET, professeur à l'école vétérinaire de Lyon.

(Lu à la séance de distribution des prix, le 9 octobre 1857.)

— Suite —

Vous devinez sans doute la position que ces faits nouveaux devaient faire aux vétérinaires, pour qui la morve n'avait pas même la faculté de se transmettre d'un animal à l'autre. Leur opinion était gravement compromise; le vent soufflait à la contagion; l'orage grondait sur la tête des anticontagionistes, comme le disait Bernard.

L'un deux, homme d'un grand talent, écrivain fort habile, imagina toute une théorie pour arriver à une concession, pour concilier, autant que possible, les deux opinions en présence. Reconnaissant, avec tous les vétérinaires de son époque, deux espèces de morves, l'une aiguë, l'autre chronique, il admit que la première était seule virulente, et par conséquent contagieuse; mais il ajoutait que la morve aiguë pouvait, par l'effet d'une crise particulière, se transformer en morve chronique; que celle-ci, à son tour, était susceptible de devenir aiguë, et que, ces métamorphoses, enfin, pouvaient s'effectuer à l'insu des observateurs.

Bernard prit la plume pour combattre cette théorie, si contraire aux idées reçues. Dans un mémoire où l'on admire l'ampleur des idées encore plus que la force et l'élégance du style, il cherche à ramener tout le monde à l'opinion des anciens. « Respectons, dit-il, respectons nos ancêtres, de qui nous tenons nos titres de noblesse; ne nous en écartons pas trop, dans la crainte de ressembler à tous les parvenus du jour. »

Sans sortir du sujet qui l'occupe, et qu'il possède si bien, il émet sur la médecine hippocratique, et particulièrement sur la doctrine des crises, les vues les plus pratiques en même temps que les plus rationnelles. Il réduit à leur juste portée les expérimentations que l'on invoque si souvent pour éclairer les questions obscures de la pathologie et de la physiologie ; il demande si l'on ne pourrait pas, dans beaucoup de circonstances, les comparer aux tourments de la torture, qui faisaient avouer à des innocents le crime dont ils étaient accusés.

Il établit ensuite, en s'inspirant des idées des homœopathes, il établit la véritable différence qui existe entre les maladies aiguës et les affections chroniques, différence non de durée, mais plus profonde, et tenant surtout aux causes qui président au développement des lésions morbides.

C'était la tendance de Bernard de s'élever ainsi des faits particuliers aux questions les plus larges. Son esprit, éminemment philosophique, se plaisait dans la région des généralités, où sont écrits les principes, les vérités fondamentales de la science.

Vous avez vu tout à l'heure l'importance qu'il attachait à l'opinion des anciens, et vous pensez peut-être qu'il avait moins de res-

moins ferme et moins résistante, présentait une altération granuleuse légère des fibres musculaires dont les stries transversales étaient beaucoup moins évidentes; en un mot, les muscles du cœur étaient plus ou moins graisseux. Cette lésion, que certains pathologistes rattachent à l'endocardite, primitive cause de la maladie, ne serait au contraire, suivant d'autres, qu'une lésion consécutive à celle des valvules. Quelle que soit la nature de cette altération musculaire, elle n'en a pas moins une valeur considérable dans l'expression symptomatique des accidents, la nature et la gravité des complications, et joue probablement un rôle important dans les phénomènes d'asystolie, si bien décrits par M. Beau. Nous n'avons besoin que de mentionner ici les cas d'hypertrophie consécutive du ventricule et de l'oreillette droits, de l'insuffisance de la valvule tricuspide. Ces altérations, sur lesquelles tous les auteurs ont insisté, ont été, comme on le verra plus loin, d'un grand secours dans l'appréciation de la valeur symptomatique des accidents.

Les lésions valvulaires mitrales ont entraîné chez nos malades une série d'altérations secondaires, d'autant plus importantes à connaître, que c'est souvent par leur souffrance que l'affection principale se trahit. Les épanchements dans les cavités des plèvres n'ont été observés que dans trois cas; une fois l'épanchement était inflammatoire, et le liquide contenait des pseudo-membranes. La lésion du poumon était beaucoup plus commune que celle de la plèvre, trois fois c'était une pneumonie réelle plus ou moins étendue, ne dépassant jamais le deuxième degré; ailleurs c'était une bronchite avec engorgement pulmonaire et friabilité du poumon. Ces lésions de parenchyme pulmonaire s'accompagnent souvent d'un engouement des tuyaux bronchiques par du mucus spumeux aéré. La lésion des artères pulmonaires a été rencontrée un assez grand nombre de fois par nous; elle consistait en une dilatation des premières, deuxièmes et même troisièmes branches de l'artère dans le poumon, un épaississement de la paroi et un dépôt granulo-graisseux au-dessous de la membrane interne et à la surface de la moyenne. Cette substance était tout simplement une matière amorphe, insoluble dans l'éther, et ne se laissant pas attaquer par les principaux réactifs; c'était donc la matière que l'on désigne en général en anatomie histologique sous le nom de granulo-graisseuse. M. Paget a insisté, il y a plusieurs années, sur ces lésions, elles nous semblent avoir été oubliées à tort, car elles jouent probablement un rôle assez important dans la production des accidents pulmonaires, souvent mortels, qui surviennent dans le cours des maladies organiques du cœur.

La diminution de résistance des branches terminales de l'artère pulmonaire donne une explication satisfaisante de ces noyaux d'apoplexie pulmonaire que l'on rencontre dans beaucoup des maladies dont nous nous occupons ici; elle existait prononcée chez un malade.

Les organes de l'abdomen ont présenté plusieurs fois des altérations importantes. Quatre fois la séreuse péritonéale était distendue par une quantité de sérosité abondante; trois fois on fut obligé d'avoir recours à la ponction et d'y revenir même dix fois chez une malade; dans ce cas comme dans celui d'une autre femme, la dernière ponction fut la cause d'une péritonite mortelle; une fois le liquide contenu dans l'abdomen était légèrement sanguinolent: nous avons constaté plusieurs fois la présence du glucose dans le liquide des ponctions.

Le foie était, cinq fois sur 7 cas mortels, notablement altéré; le premier degré de la lésion consistait en une augmentation de volume de l'organe qu'on trouvait congestionné, les veines sus-hépatiques principalement dilatées au point qu'on pouvait introduire le doigt indicateur dans leur intérieur. Les parois de ces veines étaient en outre notablement plus épaisses que dans l'état normal, et les fibres musculaires, si apparentes à leur confluent dans la veine cave inférieure, étaient encore plus développées que d'habitude. A un degré plus avancé le foie offrait la couleur et l'apparence du foie muscade des Anglais; c'était un tissu granité présentant un semis jaune sur un fond rougeâtre; la densité de l'organe était augmentée, mais son volume diminuait; une autre fois la structure de l'organe était celle de la cirrhose; enfin, dans un cas nous avons rencontré un petit noyau d'apoplexie interstitielle non réunie en caillot. La vésicule biliaire contenait, comme dans la plupart des cas relatés, une petite quantité de bile épaisse et filante.

Le tube digestif ne nous a offert que peu de lésions; seulement nous avons noté l'épaississement de la muqueuse de l'estomac dans plusieurs cas, la présence fréquente d'ecchymoses et d'arborisations sous-muqueuses au-dessous de la tunique interne; enfin, une fois sur sept, de petites érosions sur la superficie de la membrane infiltrée d'un peu de sang; en un mot, c'était la lésion

---

pect, moins de penchant pour les auteurs modernes. Ce serait une erreur: homme de progrès avant tout, et novateur lui-même, il accueillait avec empressement toute idée, toute conception nouvelle, avec la condition, néanmoins, de la soumettre au contrôle de l'observation, ce juge inflexible de toutes nos théories, de toutes nos hypothèses.

Bernard accepta sans prévention l'homœopathie elle-même, l'homœopathie, dont la maxime fondamentale: *similia similibus curantur*, avait paru si étrange!

« La nouvelle doctrine médicale, écrivait-il dans un de nos recueils, a franchi depuis longtemps les limites de son berceau. D'Allemagne, elle a pénétré en Suisse, en Italie, en Angleterre, en France. Elle a retenti dans tous les journaux de médecine, et depuis quelque temps son nom a été prononcé dans les journaux vétérinaires. Des hommes graves et de mérite s'en occupent consciencieusement. Il n'est donc plus permis de l'accueillir avec l'indifférence ou le dédain. C'est au temps et à l'expérience seuls qu'il appartient de fixer les destinées de cette nouvelle pensée, et d'assigner la part qu'elle pourra avoir dans les progrès de la science.

En attendant, et pour nous initier aux principes de la nouvelle doctrine, il en donnait un exposé analytique extrêmement remarquable par sa clarté et par sa concision, comme tout ce qui est sorti de sa plume.

Bernard ne se posait point en apôtre d'Hahnemann; si l'homœopathie veut des partisans, qu'elle en fasse, disait-il. Mais il ne voulait pas qu'on la condamnât sans l'entendre, sans l'avoir soumise au creuset de l'expérience.

Descendant lui-même dans le champ des applications, il fit sur les animaux plusieurs essais homœopathiques; il obtint quelques cures. Mais les circonstances ne lui permirent pas de continuer ce genre d'études, et l'homœopathie est à peu près tombée dans l'oubli parmi les vétérinaires, malgré les belles pages que Bernard lui a consacrées et qu'on lira toujours avec le plus grand plaisir.

Une science qui, par son positivisme, contraste avec l'homœopathie, et dont Bernard s'occupa avec beaucoup de succès, c'est la chirurgie, la chirurgie vétérinaire.

Il publia sur cette partie si importante de notre thérapeutique plusieurs mémoires où l'on remarque une même idée fondamentale, celle de réduire à leur plus grande simplicité les procédés opératoires, et de rendre le plus tôt possible à leur travail, à leur service les animaux opérés.

Nos animaux, en effet, sont des espèces de machines vivantes, d'une valeur restreinte, et dont l'entretien, au lieu d'être une source de bénéfices, devient onéreux dès qu'elles cessent de fonctionner. Il ne suffit donc pas de les guérir; il faut les guérir économiquement et vite.

Bernard apporta une modification fort heureuse dans le manuel des ténotomies en général, et particulièrement dans celui de la ténotomie plantaire.

Au lieu d'inciser largement la peau, comme cela se pratiquait

nommée érosion hémorrhagique par l'École anatomo-pathologique de Vienne. L'intestin ne nous a présenté rien d'anormal.

Malgré l'affirmation de pathologistes éminents, nous n'hésitons pas à signaler, au nombre des complications fréquentes des maladies organiques du cœur, la néphrite chronique. Trois fois sur sept autopsies de malades morts avec des lésions de la valvule mitrale, nous avons noté des altérations du rein. La glande secrétoire de l'urine était dans ces cas peu volumineuse ; la membrane fibreuse d'enveloppe adhérait d'une manière morbide à la surface de l'organe, elle-même irrégulière et donnant l'apparence du grenu de la cirrhose, ce qui nous fait parfaitement comprendre comment *Gluge* avait décrit dans ses premiers travaux cette lésion sous le nom de cirrhose du rein. La surface était parsemée d'enfoncements et de cicatrices brunâtres ou d'un jaune clair qui correspondaient à des points atrophiés des substances corticale et tubuleuse. Ailleurs existaient deux ordres d'altérations que nous rattachons à la même origine, de petits dépôts granuleux blanchâtres avec de petits kystes contenant les uns une matière claire, les autres de la matière jaune. Les petites ramifications artérielles dans le rein étaient dilatées et montraient à la coupe leur lumière ouverte principalement dans la substance tubuleuse.

Cet ensemble de lésions, celles du poumon, de l'estomac, du foie et du rein, nous semble se rattacher à une cause commune, la dilatation permanente des capillaires par le sang, d'où résulte l'altération des parenchymes. Dans le cerveau, la même lésion vasculaire joue sans aucun doute un grand rôle dans la production de ces accidents apoplectiques ou apoplectiformes dont on ne trouve souvent dans la pulpe cérébrale aucune explication et qu'on a voulu rattacher toujours et quand même aux apoplexies séreuses, beaucoup plus rares en réalité que ne le croient encore la plupart des médecins.

Nous signalons ici seulement ces détails qui méritent une plus longue étude et sur lesquels nous comptons bien revenir prochainement.

Le rhumatisme a été, dans 2 cas seulement sur 16, l'antécédent de la maladie du cœur dont la durée totale a été variable de quelques mois à 20 ans. Le premier symptôme morbide éprouvé par les malades a été, dans 11 cas sur 16, la dyspnée ou les palpitations coïncidant parfois avec une sensation de gonflement épigastrique. L'anasarque ne survint que plus tard, mais ce fut un accident fréquent, car nous l'avons rencontré 9 fois sur 16. Parmi les signes physiques, nous avons remarqué une fois de plus combien la réunion de tous les symptômes est importante pour arriver au diagnostic de chacune des variétés des maladies du cœur.

L'examen de la région, l'abaissement de la pointe du cœur, l'étendue et la force de son impulsion en tenant compte de la force et de la vitalité du sujet, permettaient souvent de soupçonner au moins d'une manière vraisemblable la capacité des cavités et l'épaisseur des parois. Nous avons aussi à signaler dans plusieurs des cas de rétrécissement mitral avec altération consécutive, insuffisance tricuspide et dilatation de l'oreillette droite, le pouls veineux, la distension des veines jugulaires, etc.... C'était avec ces adjuvants que l'auscultation intervenait utilement pour la détermination du diagnostic

Dans 3 cas seulement sur 16, il nous a été impossible de déterminer l'existence d'un bruit anormal, les battements du cœur étaient sourds et trop rapides pour qu'il fût possible de les analyser. Un bruit de souffle à la pointe et sur le bord gauche du cœur plus ou moins prolongé et couvrant quelquefois le petit silence était le signe le plus habituel d'un rétrécissement ou d'une insuffisance mitrale ; nous n'avons jamais, dans le cours de cette année, pu nous convaincre de l'existence d'un souffle au deuxième temps, coïncidant avec un rétrécissement de la valvule mitrale. L'irrégularité des battements du pouls et du cœur, le redoublement du deuxième bruit existaient chez plusieurs malades. Nous ajouterons à ces symptômes l'état du pouls qui était toujours petit, étroit et peu fort.

La marche de la maladie a été singulièrement variable suivant les cas observés, la terminaison fatale fut souvent provoquée, soit par une des complications, comme dans deux cas une péritonite succédant à une parencentèse abdominale, soit une affection pulmonaire ; enfin, chez deux malades, un délire calme et durant plusieurs jours annonça la terminaison fatale. Nous nous bornons ici à indiquer les complications cérébrales, délire, coma, vertiges ; on en connaît, en effet, l'importance, et nous ne pourrions entrer ici dans les détails que comporterait un sujet aussi intéressant.

Les altérations des valvules aortiques ou de la base de l'aorte ont été, comme nous l'avons indiqué plus haut, au nombre de 11; elles furent, par conséquent, moins fréquentes que les lésions

---

avant lui, et de disséquer avec soin les parties sous-jacentes afin de mettre à découvert le tendon perforant avant de le couper, il se contentait de faire une simple ponction à l'aide d'un bistouri ordinaire, et d'imprimer à l'instrument un léger mouvement de bascule pour effectuer la section de la corde tendineuse.

En réduisant ainsi l'opération à un seul temps, il réalisa un véritable progrès chirurgical ; il institua, en vétérinaire, la méthode sous-cutanée, dont on connaît les précieux avantages, et qui a fait tout récemment tant de bruit au sein de l'Académie impériale de médecine.

Il essaya son procédé pour la première fois dans cette école en 1827 ; il en donna la description en 1839, après l'avoir fréquemment employé avec succès à l'école de Toulouse. Aujourd'hui, il est universellement adopté.

Bernard simplifia aussi d'une manière fort avantageuse le manuel de la myotomie coccygienne ou opération de la queue à l'anglaise.

Dans l'ancien procédé, encore suivi par la plupart des praticiens, on plonge un bistouri particulier sous le muscle, que l'on coupe ensuite d'un tour de main, c'est-à-dire par un mouvement de dedans en dehors.

Mais qui peut répondre que l'instrument s'arrêtera juste à la profondeur voulue? On sait qu'il atteint trop souvent les os, les ligaments des vaisseaux et des nerfs, d'où résultent les douleurs les plus vives, des engorgements inflammatoires, des caries, des fistules, en un mot les accidents les plus graves.

Par le procédé Bernard, qui est d'une exécution beaucoup plus facile, on évite à coup sûr tous ces inconvénients. A l'aide d'une feuille de sauge double ou de tout autre instrument analogue, dont on limite la portée avec le pouce et l'index, on ponctionne pour ainsi dire le muscle. Ensuite, dans un second temps, et par quelques mouvements latéraux, on divise les fibres qui auraient pu rester intactes.

Au lieu d'enfoncer aveuglément le bistouri par-dessous le muscle, où l'on risque d'offenser les parties sous-jacentes, l'opérateur marche ainsi de dehors en dedans ; il procède du connu à l'inconnu, ce qui est beaucoup plus rationnel.

Nous devons, en outre, à Bernard une très utile innovation touchant l'opération du javart cartilagineux.

Le procédé ordinaire, par lequel on extirpe tout le quartier de la paroi correspondante au mal est fort douloureux ; il prive de son enveloppe naturelle un tissu cellulo-vasculaire très irritable ; il nécessite des pansements difficiles, une ferrure particulière ; pendant longtemps enfin il met l'animal dans l'impossibilité de reprendre son service.

Or, Bernard évitait tous ces inconvénients, dans la plupart des cas, par un moyen bien simple : il se bornait à enlever, par amincissement, la petite portion de corne sous laquelle se trouve abritée la base du fibro-cartilage ; il ne touchait pas même à la ferrure, et l'animal reprenait son travail au bout de quelques jours. Il est vrai que ce procédé n'est pas toujours applicable, ainsi que l'auteur le reconnaissait lui-même.

de la valvule mitrale: huit fois, elles se terminèrent par la mort. Nous comprenons dans cette catégorie deux faits d'hypertrophie du cœur avec dilatation de l'aorte et altération valvulaire aortique. Le ventricule gauche était constamment hypertrophié, ses cavités dilatées, 6 fois sur 8; l'ossification était peu avancée sur les valvules qui rétrécissaient uniquement l'orifice; chez 2 malades, la valvule était en même temps rétrécie et insuffisante. Chez 4 malades, la valvule mitrale était légèrement altérée, rétrécie ou insuffisante. On voit, dans cet exposé, que dans les cas que nous analysons ici, la lésion des valvules aortiques était bien l'altération principale et dominante.

Chez ces malades, les lésions du côté des autres viscères ont été relativement graves et nombreuses. Nous avons déjà parlé de la dilatation de l'aorte, elle se rencontrait deux fois en même temps que des poches anévrysmatiques de peu de volume; chez 2 autres malades la dilatation était la seule lésion aortique : il n'y n'y avait donc dans ces cas qu'un anévrysme vrai, nous reviendrons plus loin sur ces lésions à propos des anévrysmes de l'aorte. Dans trois cas, l'autopsie nous révéla l'existence d'une apoplexie infiltrée dans le poumon; en même temps le parenchyme pulmonaire présentait aux deux bases une splénisation marquée. Trois autres malades furent atteints de bronchite ; enfin, une fois il existait un œdème pulmonaire intense, et chez un dernier malade un engouement pulmonaire. Une seule fois nous avons trouvé un hydrothorax à gauche ; le foie était altéré chez 4 malades, un seul présentait une vraie cirrhose. Nous ne reviendrons pas sur les lésions de la néphrite chronique trouvées dans les cas d'hypertrophie du cœur avec maladie de la valvule mitrale ; les mêmes altérations du rein existaient chez 6 malades sur 8 chez lesquels la terminaison fatale eut lieu, ce qui justifie pleinement ce que nous disions ailleurs de la fréquence des altérations du rein dans les maladies cardiaques. L'estomac nous a présenté une fois des ecchymoses sous-muqueuses nombreuses, et une fois quelques érosions hémorrhagiques superficielles. L'ascite existait chez 5 malades, et l'anasarque chez 7.

Huit fois sur onze, le début des accidents morbides fut marqué par de la dyspnée et des palpitations qui restent par conséquent le signe initial des affections du cœur, aussi bien dans les cas de lésions des valvules aortiques que dans le cas de lésions mitrales. Une fois, l'hémoptysie fut le premier accident accusé par le malade ; enfin, un dernier éprouva d'abord des étourdissements et des vomissements.

Nous ne reviendrons pas sur les signes d'hypertrophie : l'auscultation fit entendre un bruit de souffle double au premier et au deuxième temps, dans les cas de rétrécissement avec insuffisance, comme dans les faits d'anévrysme de l'aorte ; dans les cas de rétrécissement simple, on n'entendait qu'un bruit de souffle au premier temps. Une fois les bruits étaient sourds, légèrement voilés, nous n'avons pu distinguer un souffle; dans un autre cas, l'irrégularité extrême des battements rendait l'analyse stéthoscopique également difficile.

Les accidents cérébraux ont été plus fréquents encore que dans la lésion de la valvule mitrale ; chez un homme de 32 ans, ils revêtirent la forme épileptique ; ce malade fut pris, trois jours après son admission à l'hôpital, de douleurs de tête, puis tout à coup d'un accès épileptiforme ; nous observâmes, dans etc accès, la rotation des yeux en haut, des soubresauts des membres, principalement à droite, du mâchonnement sans écume à la bouche ; puis, ces phénomènes, après une durée de quinze secondes environ, cessèrent brusquement et furent remplacés par un état comateux avec stertor. Cette attaque fut suivie de plusieurs autres, et enfin la mort survint cinq heures environ après le premier accès. L'autopsie ne démontra aucune lésion dans le cerveau, pas même une abondance anormale du liquide sous-arachnoïdien.

Chez un homme de 65 ans, le délire survint également, mais cinq jours avant la terminaison fatale ; il était calme et interrompu par des intervalles lucides; une femme de 71 ans, apportée dans le délire, succombait le jour même de son admission à l'Hôtel-Dieu. Chez six malades nous avons constaté, à l'autopsie, une hypertrophie du cœur avec absence complète de lésions valvulaires. Chez tous ces malades, l'altération pulmonaire concomitante était grave ; ainsi, nous avons constaté une fois une apoplexie pulmonaire étendue avec hémoptysie, une fois un engouement pneumonique ; enfin, chez deux malades, une bronchite intense. Une lésion curieuse a été signalée par nous dans un cas d'hypertrophie du cœur avec anasarque, ascite et œdème du poumon; c'était un polype volumineux de la membrane muqueuse de l'estomac par suite d'hypertrophie partielle de cette tunique, nouvelle preuve de l'influence que le trouble de la circulation cardia-

---

Bernard rendit à la thérapeutique un autre service important en appelant l'attention des vétérinaires sur la possibilité de guérir l'indigestion avec météorisme chez les solipèdes, à l'aide de la ponction du cœcum, opération qu'on avait condamnée avant lui comme inutile ou même dangereuse :

Elle avait été inutile, en effet, parce qu'on n'y avait eu recours qu'à la dernière extrémité, alors que l'animal n'avait plus qu'à rendre le dernier soupir ; elle s'était montrée dangereuse, lorsqu'on l'avait pratiquée plus tôt, mais avec un trocart trop volumineux.

En 1834, Bernard eut l'idée de se servir d'un instrument beaucoup plus mince, à peu près de la grosseur d'une plume à écrire, et de l'employer sans trop attendre, c'est-à-dire aussitôt que la météorisation menace de devenir funeste; il obtint ainsi un plein succès.

Depuis cette époque, plusieurs praticiens, parmi lesquels je citerai M. Rey et M. Schaack, sont arrivés au même résultat en suivant son exemple, et la ponction de l'intestin peut être considérée de nos jours, grâce à Bernard, comme un moyen souvent efficace, et qu'il serait difficile de remplacer dans beaucoup de cas de météorisation chez les solipèdes.

Mais en voilà suffisamment, je pense, pour vous permettre de juger, comme médecin et comme chirurgien, l'homme dont j'ai promis de vous faire l'histoire, et qui a laissé parmi nous tant de traces de son passage, tant de souvenirs et tant de regrets.

Je ne vous ai pas dit, cependant, tous ses titres à notre reconnaissance. Si vous ouvriez nos divers recueils de médecine vétérinaire, vous y trouveriez, en effet, un grand nombre de pages qui ont été rédigées par sa plume infatigable, et que j'ai dû passer sous silence pour ne point abuser de la bienveillante attention de mon auditoire.

Ici vous seriez arrêtés par une savante dissertation sur cette espèce de coqueluche que l'on désigne vulgairement sous le nom de *maladie des chiens*, tant elle est commune dans l'espèce canine. Là, vous remarqueriez le tableau d'une angine catarrhale guérie par des insufflations d'alun. Ailleurs, vous verriez préconiser la pommade de nitrate d'argent contre la fluxion périodique; un nouveau mode de cautérisation dans le cas de javart cartilagineux ; un appareil inamovible particulier applicable aux fractures des membres chez les grands animaux, etc., etc.

Et s'il vous arrive un jour de faire cette revue, n'oubliez pas les discours prononcés par Bernard, ses analyses, ses comptes rendus, ses réflexions critiques sur les productions publiées dans son temps.

Lisez surtout ses lettres, ses contes, j'allais dire ses satires, et dites-moi si vous avez vu autre part plus d'esprit et d'originalité, plus d'érudition littéraire, plus de logique et de raison sous des couleurs plus vives, sous une forme plus légère et plus gracieuse. Lisez ces feuilles légères, comme il les appelait, et vous devinerez combien elles durent avoir de retentissement à l'époque où elles parurent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

que apporte dans la vie et la structure des viscères de l'abdomen. Chez un autre malade nous avons trouvé une néphrite chronique, un foie muscadé, consécutif à une hypertrophie du cœur. Cette femme avait aussi présenté un délire pendant les derniers temps de sa vie.

L'examen stéthoscopique ne nous a fait reconnaître que dans un seul cas un bruit de souffle au premier temps, chez tous les autres les bruits étaient ou nomaux ou sourds, mais sans addition d'aucun bruit nouveau.

Cette revue des différentes formes de maladies organiques du cœur, soumises à notre observation pendant l'année 1856, prouve qu'au moyen des sources de diagnostic jusqu'ici connues, il est possible dans la majorité des cas de connaître la nature de la lésion première. On trouve encore dans l'étude de ces faits la notion de la multiplicité des lésions consécutives aux maladies du cœur, d'où résulte l'utilité d'enchaîner ces altérations pour remonter à la source première du mal.

La connaissance de la maladie dans sa cause première est quelquefois inutile, ou pour parler plus exactement, quand même elle est connue, elle ne peut être guérie. Cela est vrai assurément; cependant, le traitement de l'épiphénomène qui constitue souvent le danger immédiat, sera différent à titre d'épiphénomène, de ce qu'il aurait été dans le cas de maladie idiopathique. Aussi avons-nous été sobres, chez beaucoup de nos malades atteints de phlegmasies secondaires, des voies respiratoires, d'émissions sanguines, redoutant l'apparition des accidents de la diathèse séreuse. Les révulsifs et surtout les vésicatoires ont été employés de préférence dans ces cas. La digitale n'a été administrée qu'assez rarement, de préférence chez les gens pléthoriques, dont le système capillaire sanguin était congestionné et le pouls encore large et plein : nous nous en sommes abstenus au contraire chez ces sujets pâles, amaigris, anémiques, et dont les accidents semblaient nous révéler l'insuffisance de la force impulsive de l'organe central de la circulation. Les purgatifs et les diurétiques nous ont souvent rendu d'utiles services; nous citerons surtout les drastiques, le mélange des teintures de digitale et de colchique, le nitrate et l'acétate de potasse; enfin, dans quelques cas, pour soulager la dyspnée, les antipasmodiques, l'éther sulfurique, le chloroforme et même, comme on l'a vanté depuis quelque temps de nouveau en Allemagne, les préparations arsénicales. Ces moyens ont tous eu leurs avantages dans certains cas, mais dans d'autres les progrès de la maladie avaient été tels, que la thérapeutique était impuissante pour la conjurer.

REVUE ANALYTIQUE.

MÉDECINE CLINIQUE.

Peau bronzée. — Dyssenterie chronique. — Syphilis constitutionnelle. — Mort. — Altérations diverses, notamment une lésion du péritoine de nature présumée syphilitique; par Albert Puech, *chirurgien chef-interne des hôpitaux civils de Toulon.*

Dans la séance du 6 avril dernier, l'observation dont on vient de lire le titre fut communiquée à l'Académie des sciences; un extrait en fut publié et reproduit par divers journaux; mais cet extrait ayant laissé dans l'ombre plusieurs points importants, je me suis cru obligé de rapporter tout au long cette observation curieuse à plus d'un titre.

Outre un intérêt d'actualité à propos de la question pendante (*la maladie bronzée*), cette note signale encore des lésions rares, multiples et complexes tout à la fois. Cette richesse a, on le comprend, ses difficultés : on essayera de les résoudre, et on fera autant que possible la part des diverses affections qui se sont présentées chez ce malade.

Camille Poey, âgé de 54 ans, natif du Puy, entré dans les derniers jours de décembre à l'Hôtel-Dieu et placé dans le service de M. Calvy, premier médecin en chef, a eu, il y a plus de trente ans, un chancre dont on retrouve la place au milieu du pli balano-préputial; il fut incomplétement traité, car actuellement il présente des croûtes d'ecthyma et une exostose à l'angle supérieur de l'occipital.

Malgré une vie rude et laborieuse, il s'était assez bien porté, lorsque, il y a près d'un an et demi, il remarqua que sa peau brunissait et prenait une teinte sale de plus en plus prononcée. Il n'y attacha pas d'importance, et ne réclama aucun soin : toutefois, il maigrit, se sentit moins actif que par le passé, et devint aussi plus délicat pour le choix de ses aliments; en même temps des vomissements, des nausées, des alternatives de constipation et de diarrhée accusaient la souffrance des voies digestives. Tel était son état au mois d'août dernier, lorsqu'il contracta la dyssenterie; guérie après un mois, elle récidiva à la suite d'un écart de régime.

Depuis cette dernière atteinte, sa santé ne cessa d'être chancelante et ses digestions difficiles : aujourd'hui il accuse, outre des selles fétides et noirâtres, une douleur sourde à la fosse iliaque droite, douleur qui s'exaspère à la pression. Malgré une médication habilement appropriée, cette douleur s'accroît, des vomissements surviennent, et le malade succombe le 1er janvier 1857.

L'autopsie fut aussi complète que possible, et M. Blanc, interne à l'Hôtel-Dieu, en consigna au fur et à mesure les diverses particularités.

Les cheveux sont noirs, la face brune, mais la peau de la poitrine, de l'abdomen, de la partie antérieure et interne des cuisses est revêtue d'une *teinte sépia* générale. Cette teinte, plus ou moins foncée suivant les points, n'a pas de limites arrêtées; elle s'efface graduellement sur les côtés du tronc pour disparaître complétement en arrière.

La peau des bourses est noirâtre; aux membres thoraciques, la teinte est plus marquée sur le plan postérieur que sur l'antérieur. A la poitrine seulement existent des croûtes d'ecthyma, et, lorsqu'on les détache, on trouve au-dessous un petit îlot blanc qui contraste avec la peau voisine. Un morceau de cette peau, conservé dans l'alcool, n'a, après trois mois, rien perdu de sa coloration, et a pu être ainsi montré à plusieurs personnes, parmi lesquelles je citerai M. Sistach, aide-major au 12e de ligne.

Les viscères de la tête et de la poitrine n'offrent aucune lésion à signaler : pour ce qui est du squelette, on note une exostose sur la table externe de l'occipital et une périostose sur le corps des cinquième et sixième vertèbres dorsales. Dans sa partie droite, le diaphragme présente une large plaque cartilagineuse d'un blanc nacré; elle est irrégulièrement quadrilatère et a sa face pleurale parcourue par de petits mamelons d'un beau blanc.

Abdomen. — L'estomac renferme des gaz et un liquide trouble; sa muqueuse, décolorée et ramollie, présente sur plusieurs points, et notamment le long de sa grande courbure, de petites ulcérations au nombre de dix à douze; elles sont superficielles et ont un fond noir à bord piqueté de rouge.

La muqueuse de l'intestin grêle est saine.

Le gros intestin est profondément altéré; ses parois épaissies sont de section difficile, et sa tunique interne est parsemée d'ulcérations multiples de grandeur, de profondeur et d'aspect divers. Les bords, parfois taillés à pic, d'autres fois végétants, sont rougeâtres ici, grisâtres là : en certains points, les ulcérations sont bornées à la muqueuse; en d'autres, la musculaire est atteinte; sur deux, qui se signalent par deux lambeaux filamenteux, le péritoine est perforé. Ces derniers se rencontrent à la partie antérieure du cæcum.

Nonobstant ces deux perforations, l'inflammation s'est circonscrite aux alentours dans une zone assez restreinte; il y a quelques fausses membranes et un épanchement de 250 grammes d'un liquide trouble et fétide.

Le foie, de volume moyen, offre extérieurement, et surtout intérieurement, des collections nombreuses variant du volume d'une cerise à celui d'une noisette : de ces collections, les unes sont franchement purulentes au centre, les autres sont jaune-paille et ramollies dans toute leur étendue ; mais les unes et les autres, nettement délimitées, sont environnées par un tissu sain.

La vésicule, petite et fixée au colon, contient une bile safranée.

Le pancréas est blanchâtre et mollasse.

La rate, à coque grisâtre, est adhérente en dehors par des *tractus* fibreux ; près de son hile, un ganglion arrondi la rappelle par son aspect et sa structure.

Les capsules surrénales minutieusement examinées n'offrent pas la moindre lésion.

Le rein droit est sain ; le gauche porte deux petits kystes séreux sur son bord convexe.

La cavité urinaire, un peu crispée sur elle-même, est une vessie à colonnes, type.

En dehors des points envahis par l'inflammation, la séreuse intestinale et mésentérique est parcourue d'espaces en espaces par des productions pathologiques particulières. Les productions, au nombre de trente à quarante, sont constituées par de petites plaques tantôt arrondies, tantôt discoïdes, tantôt encore quadrilatères. Comme leur forme, leur volume varie : les unes ont l'étendue d'une lentille, d'autres celle d'une pièce de 20 centimes ; deux enfin égalent en surface une pièce de 50 centimes.

Siégeant de préférence sur la séreuse de l'intestin grêle, elles ont un aspect blanchâtre et peu de saillie, puisqu'un demi-millimètre au plus mesure leur hauteur ; au-dessous d'elles la séreuse est déprimée et a perdu son poli. A l'œil nu ou mieux encore à la loupe, leur surface apparaît constituée par une série de petits tubes fermes au bout ; comme ils sont d'inégale hauteur, il y a çà et là des dépressions.

Trois maladies principales ont existé chez le sujet de cette observation ; ce sont, en suivant l'ordre inverse à leur apparition : 1° la dyssenterie ; 2° la peau bronzée ; 3° la syphilis.

1° A la dyssenterie chronique se rattachent comme complications deux accidents : la perforation de l'intestin d'une part, l'hépatite de l'autre. La perforation due à l'extension du travail ulcératif s'est, comme toujours, accompagnée de péritonite, et c'est elle qu'il faut accuser de la mort. Pour l'hépatite dont la présence de nombreux abcès est à mes yeux la démonstration la plus palpable, elle est rare dans nos climats, mais elle est fréquente dans les pays chauds où elle vient ajouter à la gravité de la dyssenterie.

2° Les symptômes de la maladie bronzée existaient depuis un an et demi, et pourtant les capsules surrénales ont été trouvées saines ; ce fait vient corroborer les doutes que nous avions émis dans un précédent travail. (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences,* 15 septembre 1856. *Gazette Hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. III, octobre 1856.)

3° La lésion du péritoine, décrite en dernier lieu, n'ayant été, que je sache, nulle part signalée, il devient difficile d'en assigner la nature. L'absence de tubercules dans les poumons et surtout l'aspect présenté par ces plaques éloignaient toute idée d'éruption tuberculeuse ; mais, ce point écarté, nous n'en étions pas plus fixé. Nous fondant sur les accidents syphilitiques divers présentés par le sujet, sur l'ancienneté de cette maladie, nous avons rattaché cette lésion à cette diathèse, et, jusqu'à preuve du contraire, nous inclinerons vers cette manière de voir. Ce serait donc là une nouvelle manifestation et le premier fait qui la signalerait. L'avenir prononcera ! (*Annales de Clinique de Montpellier.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 *octobre* 1857.

Présidence de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Histoire naturelle. — Note sur le ver à soie du ricin, par M. Geoffroy-Saint-Hilaire.

Rage. — M. Duméril, à propos de la communication de M. Ch. Laurent, sur le remède contre la rage, préconisé par le monastère Phanéromène, lit un rapport qui se termine ainsi :

« Quant à notre opinion sur le prétendu spécifique ou préservatif signalé par M. Laurent, nous dirons qu'il rentre dans la catégorie des mille remèdes proposés et employés malheureusement sans succès jusqu'ici, tels que les préparations mercurielles jusqu'à ce qu'elles aient produit la salivation ; parmi les végétaux, la belladone, l'opium, la jusquiame, le datura, le mouron rouge, la coloquinte, etc. ; et parmi les insectes, les proscarabées, les méloés, les téléphores, etc., etc.

» Nous proposons à l'Académie de ne pas donner suite à la proposition faite par l'auteur de la lettre. »

NOMINATIONS.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la Commission qui devra se prononcer sur le concours pour le grand prix de Sciences mathématiques de 1857, question concernant la théorie mathématique des mouvements généraux de l'atmosphère.

Le concours étant clos depuis le 1er de ce mois, et aucun Mémoire n'ayant été présenté cette année, la Commission aura à examiner si la question qui avait été proposée pour les prix de 1847 et successivement remise pour d'autres années doit être maintenue au concours pour 1858.

MM. Liouville, Chasles, Lamé, Poinsot, Bertrand, ayant réuni la majorité des suffrages, composeront cette Commission.

MÉMOIRES LUS.

Physiologie. — M. Brown-Séquardt lit un Mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les propriétés et les usages du sang rouge et du sang noir* (quatrième Mémoire), et dont les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant :

« Dans plusieurs communications à l'Académie (*Comptes rendus*, 1851, tome XXXII, pages 855 et 897, et 1855, tome XLI, page 629), j'ai annoncé que le sang, artériel ou veineux, chargé d'oxygène, possède la faculté de rétablir les propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux, pendant un certain temps après qu'ils ont perdu ces propriétés. J'ai trouvé depuis lors nombre de faits nouveaux à ce sujet.

» I. Sir Astley Cooper a trouvé que si l'on comprime les quatre troncs artériels qui portent du sang à l'encéphale, on voit que l'animal meurt très vite, après avoir présenté des phénomènes d'asphyxie. Cet illustre chirurgien avait vu que si aussitôt après les derniers mouvements il enlevait la compression, l'animal se rétablissait promptement. Mais il n'a pas cherché ce qui arriverait si la compression n'était interrompue que quelques minutes plus tard. En faisant cette expérience, j'ai constaté que, déjà 3 minutes après le dernier mouvement respiratoire, la cessation de la compression est très rarement suivie du retour à la vie. En cessant la compression de 2 minutes plus tard, jamais je n'ai vu la vie revenir, bien que le cœur envoyât encore quelquefois alors beaucoup de sang à l'encéphale. Il ressort de là que déjà 5 minutes après la dernière action de l'encéphale, cet organe a perdu le pouvoir d'être stimulé par le sang noir.

» Mais alors, et même bien plus tard, le sang rouge a la faculté de régénérer les propriétés et l'activité spontanée du cerveau et de la moelle allongée. Si l'on pratique l'insufflation pulmonaire aussitôt après le dernier mouvement respiratoire, le tronc et les membres de l'animal se ravivent rapidement ; mais la tête, toujours privée de cir-

culation sanguine (par suite de la compression des artères carotides et vertébrales), reste absolument inerte. Après 5, 10, ou même 15 minutes d'insufflation, si l'on cesse la compression des quatre artères encéphaliques, du sang rouge circule aussitôt dans l'encéphale, et bientôt des mouvements respiratoires et des mouvements volontaires montrent que la vie *en acte* a succédé à la mort apparente dans le cerveau et dans la moelle allongée. Des chiens, dans ces conditions, sont revenus complétement à la vie, et l'un d'eux même, après 17 minutes de mort apparente.

» II. Dans d'autres expériences, en opérant sur des têtes séparées du corps, j'ai vu revenir des signes évidents de vie (mouvements respiratoires de la face et des narines, mouvements volontaires des yeux, etc.), après avoir injecté du sang chargé d'oxygène par les quatre artères encéphaliques à la fois. En cherchant quels sont les éléments du sang qui ont le pouvoir de régénérer l'activité de l'encéphale, j'ai constaté :

» 1° Que du sang défibriné est capable d'agir tout aussi bien et tout aussi vite que du sang normal;

» 2° Que le sérum seul, quelque chargé d'oxygène qu'il soit, paraît être sans aucune influence;

» 3° Que plus le liquide sanguin employé contient de globules et d'oxygène, plus son influence régénératrice est grande. Comme on sait que le sérum absorbe considérablement moins d'oxygène que les globules et comme, plus il y a de globules dans le sang, plus il est capable d'absorber de l'oxygène, il fallait chercher si c'est par les globules seuls, ou par l'oxygène et les globules à la fois, ou enfin par l'oxygène seul, que le sang agit dans ces expériences.

» Il est très certain que ce n'est pas par les globules seuls; car le sang noir, riche en globules, est incapable de régénérer l'activité de l'encéphale. Il est probable que c'est par l'oxygène seul; mais comme il faut des globules pour porter l'oxygène, il reste possible que cet élément du sang, et peut-être aussi quelques autres, jouent un rôle essentiel dans la révivification de l'encéphale. En employant des mélanges à proportions diverses de sérum et de sang chargé d'oxygène, j'ai trouvé qu'il faut en général de quatre à trois dixièmes de sang au moins, au moins, pour que la révivification du cerveau ait lieu, tandis que j'ai vu revenir les actions spéciales, si bien indiquées par M. Flourens, et qui dépendent du bulbe rachidien et du mésocéphale, lors même que je n'avais employé qu'un mélange contenant deux dixièmes et même une fois à peine plus d'un dixième de sang très oxygéné.

» III. Les physiologistes sont presque unanimes à considérer le sang veineux comme ne jouant aucun rôle dans l'économie, et Bichat a essayé de montrer que ce sang est un poison. D'un autre côté, on croit généralement que le sang artériel possède des propriétés stimulatrices et l'on voit en lui l'*excitant* de la moelle allongée (J. Mueller, par exemple), du cœur (Haller et son école) ou au moins du cœur gauche (Marshall Hall). A peine quelques physiologistes ont-ils pensé que le sang veineux, par l'acide carbonique qu'il contient, est un excitant de quelques organes ou de quelques parties d'organes, tels que la moelle allongée, les nerfs vagues dans les poumons, les bronches et les nerfs sensitifs dans la peau et les muqueuses (Marshall Hall, Volkmann, Kuerschner, Erichsen).

» J'ai trouvé et constaté par des expériences nombreuses, variées et très souvent répétées depuis dix ans, que le sang artériel, ou mieux le sang rouge, artériel ou veineux, n'est un *stimulant*, un *excitant* pour aucun organe, pour aucun tissu, tandis qu'au contraire le sang noir (sang veineux ordinaire, sang artériel dans l'asphyxie, etc.) est un stimulant pour tous les tissus contractiles et nerveux, ou au moins pour la plupart d'entre eux. Il faut qu'on se rappelle que stimuler ou exciter est l'acte par lequel les propriétés vitales de ces tissus sont mises en jeu, et non pas l'acte de nutrition par lequel l'énergie de ces propriétés s'augmente. Le premier de ces actes semble ne pouvoir être accompli que par le sang noir, tandis que le second semble ne pouvoir l'être à un degré notable que par du sang rouge. Ainsi donc le sang artériel rouge sert à la nutrition, c'est-à-dire à la production et au maintien des propriétés vitales, et le sang veineux noir met en jeu ces propriétés par une stimulation.

» Le premier donne donc la *faculté d'agir*, la *force;* le second, comme les autres stimulants, cause l'*action* et par là fait dépenser la force; le premier donne la vie *en puissance*, le second la vie *en acte*, et il diminue par là ce que le premier augmente. Et comme les propriétés vitales de certains organes ne sont stimulées que par le sang veineux noir (normal), et que la mise en jeu de ces propriétés est essentielle à la vie, il s'ensuit que le rôle du sang veineux est essentiel comme celui du sang artériel normal. Dans l'asphyxie, ainsi que je l'ai signalé ailleurs, la faculté stimulatrice du sang noir est prouvée déjà par le fait que tous les tissus contractiles du corps sont mis en action. Le cœur se contracte non-seulement avec plus de fréquence, mais encore avec plus de force, comme le montre l'hémadynamomètre; les intestins et la vessie se vident, ce qui arrive aussi quelquefois à l'utérus; le pénis s'érige, et les vésicules séminales expulsent de la liqueur spermatique, etc.

» IV. Dans les cas très curieux où l'on a réussi par l'insufflation pulmonaire, ou à l'aide d'une diminution notable de la chaleur animale, etc., à rendre le sang rouge même dans les veines, on observe l'inverse de ce qui a lieu dans l'asphyxie, et j'ai trouvé qu'il y a alors une telle augmentation des propriétés vitales, que la moindre excitation semble causer de la douleur, et qu'après la mort, il y a une bien plus longue durée de la faculté réflexe, des mouvements du cœur, de l'excitabilité des nerfs moteurs et de celle des tissus contractiles, etc. En un mot, il a alors une somme de vitalité considérable, tandis qu'après l'asphyxie, surtout si, étant incomplète, elle a été très prolongée, les propriétés vitales de tous les tissus nerveux et contractiles disparaissent très rapidement après la mort.

» V. On a pensé que l'agitation et même les mouvements convulsifs de l'asphyxie dépendaient d'une influence d'un prétendu besoin de respirer. Comme la sensation, qui est le signe de ce besoin, quelle que soit son origine, a pour centre de son influence, d'après les importantes recherches de M. Flourens, une partie de la moelle allongée, il s'ensuit que si c'est par suite d'une action spéciale dépendant de ce besoin que les mouvements convulsifs de tout le corps ont lieu, nous ne devrions pas voir de ces mouvements dans le train postérieur d'un animal qu'on asphyxie après lui avoir coupé la moelle épinière en travers à la région dorsale. Or, ainsi que je l'ai déjà signalé il y a huit ans, il y a alors des mouvements convulsifs très violents dans les membres abdominaux, mouvements qui dépendent surtout de l'influence stimulatrice du sang noir sur la moelle épinière, car si elle est détruite, on ne voit plus que des tremblements dans ces membres.

» VI. Si l'on ouvre l'abdomen d'un mammifère vivant et que l'on injecte, alternativement et à plusieurs reprises, du sang noir et du sang rouge dans l'aorte, au-dessus de l'origine des artères rénales, on voit éclater des mouvements convulsifs dans le train postérieur à chaque injection de sang noir, et on les voit cesser sous l'influence du sang rouge. Plus le sang qu'on emploie est noir, plus il produit de violentes convulsions, et plus le sang rouge est riche en oxygène, plus il fait cesser rapidement les convulsions.

» VII. Si sur une chienne ou une lapine, prêtes à mettre bas, on sépare l'utérus de toutes ses connexions avec le système nerveux central et qu'on injecte ensuite du sang noir par l'aorte, on voit toujours des contractions de l'utérus et souvent une expulsion d'un ou de plusieurs fœtus; si l'on remplace le sang noir par du sang rouge, les contractions cessent. Des expériences analogues sur l'intestin donnent des résultats semblables.

» VIII. Des muscles de la vie animale, paralysés par suite de la section de leurs nerfs moteurs, se comportent, comme l'utérus et l'intestin, sous l'influence du sang noir et du sang rouge; mais les contractions de ces muscles sont moins fortes que celles des muscles de la vie organique.

» IX. Une propriété spéciale de la stimulation exercée par le sang noir est de produire des actions intermittentes. Ainsi, les convulsions de l'asphyxie ordinaire et celles qu'on produit en injectant du sang noir dans l'encéphale ou dans la moelle épinière, de même que les mouvements de l'intestin, de l'utérus, des muscles respirateurs et même ceux des muscles locomoteurs, séparés des centres nerveux, soumis à l'influence du sang noir, sont toujours et partout des actions intermittentes, et souvent même, dans les muscles des membres, ces actions sont régulièrement périodiques.

» X. Les belles recherches de MM. Prévost et Dumas sur la trans-

fusion du sang et celles de Dieffenbach, de J. Mueller et de Bischoff, ont montré que le sang d'un animal agit souvent comme un poison pour un animal d'une autre espèce. J'ai constaté que cela dépend surtout de l'état du sang employé : s'il est noir, il tue, en donnant lieu à des phénomènes convulsifs, comme dans l'asphyxie; s'il est rouge, on peut l'injecter impunément. J'ai tué des chiens, des chats, des lapins, des cochons d'Inde, des oiseaux, en leur injectant de leur propre sang, après l'avoir chargé d'acide carbonique. Au contraire, j'ai pu, sans produire d'effets fâcheux, injecter dans les veines de ces animaux du sang artériel ou du sang veineux rougi par le battage et pris sur des tortues ou des batraciens.

Conclusion générale.

» Nous croyons qu'il ressort des faits mentionnés dans ce travail que le sang rouge augmente les propriétés vitales, mais qu'il est incapable de les mettre en jeu en les stimulant, tandis que le sang noir est un stimulant énergique des centres nerveux, et aussi, mais à un moindre degré, des nerfs et des tissus contractiles, mais qu'il n'a point, ou du moins qu'il n'a qu'à un très faible degré, le pouvoir de maintenir et encore moins de régénérer les propriétés vitales.»

M. le docteur Giraud-Teulon lit une Note sur le mécanisme de la production du relief dans la vision binoculaire.

Géologie. — Esquisse d'une carte géologique du Dauphiné, par M. Ch. Lory.

Chimie physiologique. — Sur la formation physiologique du sucre dans l'économie, par M. H. Bonnet. Avant de publier ce Mémoire, nous avons besoin de demander à l'auteur quelques explications.

Chimie métallurgique. — MM. Calvert et Johnson lisent un Mémoire sur les changements chimiques que subit la fonte durant sa conversion en fer.

Chimie industrielle. — M. Bobierre lit une Étude sur quelques faits relatifs au raffinage des sucres.

Candidature. — M. Bégin se porte candidat pour la place d'académicien libre.

Pathologie. — M. Legrand du Saule adresse une observation de larves vivantes dans les sinus frontaux d'une jeune fille de neuf ans.

La jeune fille qui fait le sujet de cette observation, avant d'être remise aux soins de l'auteur de la note, avait, après plusieurs semaines d'une céphalalgie frontale très opiniâtre, caractérisée surtout par l'existence d'un point douloureux dans la région frontale, rendu par le nez, en se mouchant, plusieurs larves d'insectes; cela eut lieu pour la première fois vers la fin de décembre 1850, et se répéta dans le mois de janvier 1851.

« Le 25 mars 1851, dit M. Legrand, l'enfant éprouva une céphalalgie intense, des éblouissements, perdit tout à coup connaissance, et resta pendant plusieurs heures en proie à des convulsions hystéro-épileptiformes. Le 24 avril suivant, elle fut placée à l'asile des aliénés de la Côte-d'Or, comme atteinte d'épilepsie et de désordre dans les facultés intellectuelles. Cinq jours après, M. le docteur Edouard Dumesnil et moi assistâmes à 45 crises nerveuses, dont la durée, pour la première, fut de 3 minutes, de 125 secondes pour la deuxième, et de 70 à 95 secondes pour les 43 autres. Le soir même, il se manifesta de l'agitation maniaque.

» Des larves sont rendues de temps à autre, et la céphalalgie persistait. Le 15 mai, nous fîmes fumer à l'enfant des *cigarettes d'arséniate de soude*, préparées par M. Rolland, pharmacien, et nous obtînmes de Lazarette (c'est le nom de l'enfant), qu'après de lentes respirations, elle rendît la fumée par le nez. Quelques jours après, des larves sans mouvement, et mortes selon toute apparence, furent constatées au milieu du mucus nasal desséché. La céphalalgie cessa, la chaleur exagérée dans un point circonscrit du front disparut, les attaques convulsives et l'agitation maniaque ne se renouvelèrent plus, et Lazarette quitta l'asile des aliénés le 8 novembre 1851, dans un état physique, moral et intellectuel des plus satisfaisants.

» Octobre 1857. Lazarette a seize ans, est en parfaite santé, et vient de se marier. »

ACTES OFFICIELS.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 26 octobre 1857, MM. Besse-Bergier, Lépissier et Serret, attachés à l'Observatoire de Paris, sont nommés astronomes-adjoints au même établissement.

VARIÉTÉS.

Anatomie et physiologie du canal inguinal. — Nous avons reçu de M. le professeur Linhart, de Wurzbourg, chirurgien de l'hôpital Julius, un Mémoire où l'auteur s'est attaché à élucider les principaux points de l'anatomie et de la physiologie du canal inguinal et sur les hernies de ce canal, qui ont été et qui sont encore aujourd'hui l'objet de controverses. L'étendue de ce travail nous oblige à n'en publier qu'une analyse, que nous ferons, du reste, très complète, et qui paraîtra prochainement.

— Dans le comité secret qui a suivi hier la séance publique, l'Académie a entendu deux rapports : l'un sur le concours pour le prix Barbier, l'autre sur le concours pour le prix Civrieux.

Pour le premier concours, deux Mémoires seulement ont été remarqués; ils ont pour auteurs MM. Boinet et Guillon. Tout en leur accordant de justes éloges, la commission et l'Académie ont décidé qu'ils ne rentraient pas dans les conditions du concours.

Quant au prix Civrieux, il a été décerné à M. le Dr Max-Simon. — Deux mentions honorables ont été accordées : la première à M. Trastour (de Nantes), la deuxième à M. Neucourt (de Verdun).

— Un de nos amis nous écrit de La Haye que, sur un rapport qui a été fait au roi de Hollande, de l'ouvrage de M. le Dr Fleury (*Traité d'hydrothérapie*), S. M. a décerné à notre ami la croix de commandeur de l'ordre de la Couronne du Chêne, passant ainsi par-dessus les grades de chevalier et d'officier.

— Questions de prix proposées par la Société des Sciences médicales du département de la Moselle :

1° Du degré d'utilité pratique de l'électricité d'induction appliquée à la thérapeutique;

2° Faire l'histoire des maladies des ouvriers, déterminées par l'une des principales industries de la Moselle (Métallurgie, peluches, mines, etc.);

3° Des maladies les plus fréquentes à Metz;

4° Des anesthésiques en général; de leurs effets physiologiques et pathologiques, et surtout de l'élément chimique qui spécialement produit l'anesthésie.

Chaque prix consistera en une médaille d'or.

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques ordinaires, au secrétariat de la Société à la Bibliothèque, à Metz, avant le 1er mai 1858.

Le Secrétaire général. V. Michaux. — *Le Président,* Warin.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Des paralysies des membres inférieurs, par le docteur Raoul Leroy d'Étiolles, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine; concours du prix de l'Académie 1853.

Etudes sur la gravelle, *ses caractères physiques, ses anomalies, ses caractères chimiques, ses causes et son traitement,* par le docteur Raoul Leroy d'Étiolles, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

Le rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris, — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 132. 5me ANNÉE. Mardi, 3 Novembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an.......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 2 novembre 1857.

De la statistique des causes de décès.

Avant de reprendre l'examen des questions ministérielles au point où nous l'avons laissé, c'est-à-dire à la seconde question, diverses circonstances nous obligent à présenter quelques remarques.

1° Quoique nous n'écrivions ni pour les Sarmates de notre temps ni pour les Gabriel ou autres archanges terrestres, plus ou moins continuateurs de Bichat, il nous est revenu que quelques-uns de nos lecteurs, c'est-à-dire des hommes intelligents, avaient considéré notre article d'il y a huit jours comme une désertion de notre ancienne opinion sur la statistique. On sait, en effet, que nous avons défendu ce procédé d'investigation à une époque où beaucoup de ceux qui ont voté pour les conclusions de la commission lui montraient une hostilité ouverte ou tacite, suivant leur position ou leurs talents. Nous espérons, dans cet article même, désabuser ceux qui auraient pu être ainsi trompés par les apparences et leur montrer qu'aujourd'hui comme il y a quinze ans, nous défendons toujours la statistique, car c'est bien la défendre que de s'opposer à ce qu'on la compromette dans des tentatives impossibles, et qui réalisées telles quelles, ne pourraient qu'être l'origine des plus graves erreurs, puisque ces erreurs se présenteraient à certains esprits avec tous les caractères d'une exactitude mathématique.

2° Ceci est peu de chose ; c'est une simple rectification.

En réfutant, sans nous nommer, l'argument que nous avions tiré des méprises commises dans les concours du bureau central des hôpitaux, M. Dechambre écrit :

On a parlé des erreurs de diagnostic commises par les concurrents au bureau central; mais ce n'est pas dans les cas de pratique vulgaire que ces erreurs ont lieu : c'est dans les cas exceptionnels que le jury choisit à dessein. Puis, on n'a jamais réclamé et on ne réclame pas, pour les tables mortuaires, une précision comparable à celle qu'ont droit d'exiger les juges d'un concours. Et enfin, on oublie que la notion exacte de la maladie n'est ici nécessaire qu'au décès du malade, quand, de douteuse qu'elle a pu être longtemps, elle n'est devenue que trop manifeste.

DÉLASSEMENTS.

Nos aspirations. — Leçon d'un confrère. — Singulière appréciation. — Le Courbet de la presse scientifique. — Changement à vue. — Catacombes de la statistique. — Les cancans. — Le feuilleton et sa lanterne. — Le choléra au village. — Questions et réponses. — Enseignement instructif.

Nous avons toujours pensé, et bien des gens avaient pensé comme nous, que, notre art dérivant de l'union de toutes les sciences, la somme de savoir d'un médecin était un apport d'assez de valeur pour être accepté par une société quelque scientifique qu'elle fût. Eh bien ! nous devons le dire en toute humilité, c'était là une pure illusion de notre part, une erreur grave, une prétention étrange. Un confrère aussi spirituel que charitable, tourmenté sans doute de la crainte que le succès obtenu de prime abord par le CERCLE DES SCIENCES, ne vînt à troubler notre raison, s'est commis le soin de réglementer nos aspirations, en nous traçant *proprio motu* le cercle dans lequel il nous est tout au plus permis de nous mouvoir et de respirer une quantité suffisante d'air pour ne pas mourir d'asphyxie. Mais le plus ravissant de la chose, c'est la façon délicate et pleine de ménagements dont il s'est servi pour faire arriver à son adresse la petite leçon qu'il nous réservait. Sous le prétexte de gourmander un de ses collègues qui s'était laissé aller à l'une de ses douces rêveries bien connues, le voilà qui s'évertue à lui démontrer, à nos propres dépens, qu'entre l'art médical et le journalisme scientifique, il existe ni plus ni moins la même différence qu'entre la nuit et le jour; bien entendu que la nuit est du côté *de la lancette* et le jour du côté *de la plume.*

Sic fata voluere...

ou, pour être plus vrai, *ainsi le veut notre généreux confrère.*

A-t-il tort ou raison ? Je me garderai fort de formuler à cet égard une opinion quelconque avant que le temps n'ait dit son mot sur une appréciation pareille à celle-ci :

» Tandis que les uns (les membres du Cercle des Sciences), dit-il, » vivent de la lancette, les autres (les membres du Cercle de la Presse » scientifique), vivent de la plume; les premiers ne parlent que mé» decine, les seconds s'occupent de toutes les sciences ; ceux-ci, dis» crets comme des praticiens, se plairont dans le calme de la solitude » et dans les joies de l'obscurité; ceux-là amoureux du bruit et de la » publicité, ne résisteront peut-être pas à leur habitude de parler » science à toutes les parties du monde.

» COMME ON LE VOIT, UNE FUSION N'EST DONC PAS POSSIBLE. »

Telle est, chers lecteurs, la conclusion que tire de son antithèse, et cela carrément, logiquement, l'habile auteur de ces deux impayables esquisses, véritables chefs-d'œuvre de réalisme jetés en quelques traits de plume par le Courbet de la presse scientifique. Nécessairement entre lui, le peintre-écrivain des tons crus, et nous qui sommes de l'école professant ce principe que les teintes plus ou moins vives, sagement combinées dans un tableau, n'en font que mieux ressortir les principales qualités, il devait y avoir d'abord divergence, profond désaccord, puis scission, et en dernier lieu sé-

Notre distingué confrère a confondu : ce n'est point nous, c'est lui qui a oublié ou plutôt qui s'est oublié, car, sur les trois propositions que nous venons de citer, il n'y a pas moins de trois erreurs.

a. Nous avons écrit et nous écrivons encore que ce n'est pas seulement dans les cas extraordinaires que les erreurs sont commises au bureau central, mais aussi dans la *fièvre typhoïde*, dans la *pneumonie*,, dans les *fractures du bras*, dans les *bubons*, etc. Or, nous aimons à croire que notre aimable contradicteur fait rentrer ces maladies dans les cas de pratique vulgaire.

b. M Dechambre croit que la statistique (1) n'exige pas la même précision que les juges du bureau central; c'est le contraire qui est vrai : un diagnostic approximatif peut suffire dans certains cas et même assez fréquemment, en clinique, et être sans inconvénients au point de vue capital, qui est celui du traitement ; en statistique, un diagnostic approximatif introduit parmi les unités de même espèce une unité d'espèce différente, c'est-à-dire une erreur.

c. Enfin, *on* n'avait pas oublié le moins du monde,—et comment aurait-il pu l'oublier!—que les vérificateurs des causes de mort ne doivent reconnaître la maladie qu'après la mort du malade; mais *on* avait ajouté que la différence d'instruction et de talent des deux catégories de diagnostiqueurs faisait plus que rétablir entre eux l'équilibre. Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de gens connaissant sous ce rapport le véritable état des choses, qui soit disposé à contester l'opinion de *on*.

3° Voici qui est plus sérieux :

Pendant que nous déposions sur le papier les impressions que nous avait laissées la dernière discussion de l'Académie, nous recevions de l'éminent médecin en chef de l'armée belge, ancien président, pendant quinze ou vingt ans, de l'Académie royale de médecine de Bruxelles, une lettre d'où nous nous contenterons d'extraire les deux passages suivants :

(1) Il est vrai que notre confrère écrit *on* au lieu de *statistique*. Mais si *on* ne désigne pas la statistique, s'il désigne une ou plusieurs personnes au lieu d'un principe, nous pouvons garantir à M. Dechambre que *on* n'entend rien à la statistique.

« Bruxelles, mercredi 29 octobre 1857.

Monsieur et honoré confrère,

» Je viens de lire dans le *Moniteur des Hôpitaux* l'article que vous avez consacré à l'examen des questions relatives à la *statistique des causes de décès* dont s'occupe en ce moment l'Académie impériale de médecine de Paris, et vous citez à ce propos les paroles que j'ai prononcées au Congrès de statistique de Bruxelles, en 1853, en réponse aux assertions de l'honorable M. Farr.

» Ce que j'ai avancé en 1853, mon cher confrère, je le répète aujourd'hui avec plus d'assurance encore.

» La statistique de notre armée a continué à se faire depuis lors ; je n'ai pas cessé d'étudier les nombreux renseignements qui m'ont été fournis, et *je suis toujours à me demander ce que je puis en retirer d'utile et de pratique.*

. . . .

. . . .

» Veut-on que ces états (qui pour le dire en passant ne seront jamais exacts et parfaitement concluants), servent à satisfaire les curieux? Soit; si l'on ne veut que cela, qu'on donne l'ordre de les dresser ; mais si on veut plus, qu'on soit bien certain qu'on se repaît d'illusions et de chimères. *Ce sera beaucoup de temps et d'argent dépensés pour rien.*

» Voilà ce que je vous affirme, mon cher confrère, sans parti pris, sans prévention, veuillez m'en croire. *Je l'affirme, parce que quinze ans d'expérience m'ont éclairé autant qu'un homme puisse l'être.*

» J'espère toujours que les honorables MM. Marc d'Espine et Farr nous feront connaître un jour ce que Genève et l'Angleterre ont recueilli de véritablement utile des travaux auxquels on s'y est livré au point de vue de la statistique des causes de décès. Ils nous doivent cela, car c'est à eux qu'il faut s'en prendre de la résolution du Congrès de 1853, à laquelle les gouvernements semblent vouloir donner suite.

. . . .

» Veuillez recevoir, etc.

» Dr VLEMINCKX. »

---

paration en deux camps.

C'est là ce qui a lieu à notre grand regret, mais nous avons dû faire le sacrifice de nos sympathies pour nos collègues, afin de maintenir intacte la devise de notre drapeau : L'INTÉRÊT GÉNÉRAL AVANT L'INTÉRÊT PARTICULIER.

Par un sentiment que chacun est à même d'apprécier, nous avions cru devoir taire la cause principale de notre dissentiment ; moins prudent et du ton d'un chef de parti, notre collègue nous a jeté le gant en plantant à quelques pas de notre tente un journal d'annonces en guise de labarum de la presse scientifique. Il espérait sans doute, ainsi que Josué le fit jadis avec des trompettes, frappant les murs de Jéricho, la faire crouler sous les ronflements de ses cornets de papier; seulement il avait oublié, contrairement à l'exemple de son fameux devancier, d'ordonner au soleil de s'arrêter pour être témoin de son triomphe; si bien que la nuit est venue couvrir l'assiégeant de son ombre profonde, et que, avec le retour de la lumière, l'infortuné s'est trouvé tout seul avec ses cornets en déroute et son guidon ne lambeaux.

Que vous dirai-je encore? A quelques jours de là, sous l'heureuse impression de sa déconvenue et dans le nouvel oubli de ses convictions de journaliste, il n'en buvait pas moins à l'avenir du CERCLE DE LA PRESSE SCIENTIFIQUE, assis entre deux de ces bons médecins qu'il avait auparavant si judicieusement proscrits, et sous l'invocation du poète qui a dit :

L'homme absurde est celui qui ne change jamais.

Une lumière, si faible qu'elle soit et de quelque part qu'elle vienne, est d'autant moins à dédaigner, que l'obscurité est plus profonde; souvent la plus petite clarté a servi de guide au voyageur égaré dans les ténèbres. C'est en pensant ainsi que, sa lanterne de secours à la main, le feuilleton, au cri d'alarme jeté l'autre jour par la presse médicale, se rendit en toute hâte rue des Saints-Pères, où l'on assurait que l'Académie de médecine s'était perdue dans les catacombes de la discussion sur la statistique des décès.

Arrivé sur le lieu du désastre, il y trouva une masse d'individus ayant perdu la tête et se disputant sur tel ou tel moyen de sauvetage au lieu d'en mettre un seul en pratique.

A côté, dans la cohue des curieux, et les curieux sont toujours nombreux en pareille circonstance, s'échappaient d'ici et de là, selon les diverses impressions produites par la catastrophe, les réflexions et interrogations suivantes : — Pauvre Académie! — En reviendra-t-elle? — Oui. — Non. — Cela lui devait arriver tôt ou tard; elle est si imprudente! — Dites, s'il vous plaît : étourdie. — Comme il vous plaira ; je ne tiens pas au mot.

Somme toute, on parlait beaucoup de droite et de gauche, mais personne ne faisait rien d'aucun côté.

Il est vrai que de temps en temps un citoyen dévoué venait offrir les services d'un coup de main, un autre l'expérience de son état de puisatier ; ces braves gens, n'étant pas académiciens, étaient repoussés assez impoliment par les bavards qui étaient là à émettre leur avis, sans bouger de place.

— Ah! c'est de cette façon qu'on rudoie les travailleurs qui ont la

Je n'abuserai pas de l'autorité, aussi grande que compétente, de M. Vléminckx. Nous avons assez de confiance dans le jugement de nos lecteurs et dans la sagesse de l'administration, pour être convaincu qu'ils n'hésiteront pas entre deux partis dont l'un a pour lui la raison et l'expérience, et l'autre de généreuses mais improbables conjectures.

4° Enfin, il semblera peut-être que le bouleversement introduit par la commission dans l'ordre de ses réponses, devrait être pour nous un motif de renoncer à suivre une à une les questions ministérielles; mais, puisque la commission a annoncé que ses modifications n'atteignent que la forme des conclusions, et que, dans le fond, elles n'en répondent pas moins à chacune des questions ministérielles, nous en devons conclure, par la même raison, qu'il sera facile d'établir une concordance entre nos remarques et les conclusions nouvelles de la commission.

Deuxième question (1). — Ainsi que nous l'avons dit en commençant, la première question renferme toute l'économie de la statistique des causes de décès : dès qu'on admet l'impossibilité d'établir un diagnostic positif des principales causes de mort, il est assez oiseux de discuter comment, d'après quelle nomenclature ou classification, c'est-à-dire, en définitive, d'après quel système médical on dénommera ces causes; pour nous donc, cette question a peu d'intérêt; mais elle en a un très réel, si l'on se place au point de vue de la commission; nous allons donc l'examiner d'autant plus volontiers, que notre examen ne servira pas médiocrement à mettre en évidence ce qui déjà était suffisamment clair.

Ce n'est pas la deuxième conclusion de la commission qui est suffisamment claire; c'est bien, tout au contraire, un abîme d'étrangeté et d'obscurité, si ce n'est de puérilité.

La commission y déclare qu'il est impossible de créer une classification qui puisse être comprise *par le plus grand nombre des médecins de France*, et qui, par sa clarté, *par le sens précis des dénominations* données aux maladies, ne laisse *aucun doute* dans leur esprit sur LA NATURE de ces maladies.

Elle conclut donc qu'il est *plus sûr* de laisser chaque médecin employer les dénominations qui lui sont familières.... sauf à établir une table de synonymie, etc.

Tâchons de nous reconnaître dans ce dédale phraséologique.

Qu'entend-on d'abord par *nature* d'une maladie? Est-ce la des cause première, immédiate troubles éprouvés par l'organisme? les modifications intimes imprimées à nos fluides ou à la trame de nos tissus? Dans ce cas, nous croyons que la commission s'est beaucoup trop flattée en créant une catégorie exceptionnelle de médecins dans laquelle, sans doute, elle s'est généreusement placée; il eût été plus modeste et plus vrai de déclarer que ce n'est pas le plus grand nombre, mais bien l'universalité des médecins de France et autres lieux, qui ne peut encore comprendre la nature des maladies. Seulement, dans ce cas, il ne fallait pas une grande vigueur de déductions pour conclure que toute statistique des causes de décès est impossible.

Que si, par *nature*, la commission a voulu désigner la lésion matérielle, visible à l'œil, qui caractérise anatomiquement la maladie dans un grand nombre de cas, alors nous trouvons la commission singulièrement sévère et inconséquente :

Sévère, parce que c'est se faire une idée par trop défavorable du corps médical, que déclarer la majorité de ce corps incapable de comprendre une classification anatomo-pathologique, car la classification dont il s'agit ne peut être autre chose;

Inconséquente, car la commission, qui refuse à la majorité cette capacité fort médiocre, lui accorde celle, bien autrement élevée, de reconnaître une lésion profonde, d'après les troubles physiologiques observés; elle est même fort disposée à lui accorder celle, tout à fait surnaturelle, de deviner ces lésions à l'aspect d'un cadavre.

Au reste, la commission ne paraît pas bien savoir ce qu'elle veut, et, dans l'incertitude de sa démarche, elle accorde volontiers d'une main ce qu'elle retire de l'autre : pour qui veut-elle rédiger une table de synonymie? Est-ce pour tous les médecins *vérificateurs de causes de décès*? mais quel besoin en ont-ils, si on les laisse désigner les maladies d'après les dénominations *qui leur sont familières?* et si on leur impose une dénomination particulière, marquée, par exemple, d'un signe dans la table de synonymie, ne seront-ils pas obligés de comprendre cette table, qui n'est autre chose que plusieurs nomenclatures ou classifications

(1) Voir le texte des questions ministérielles, dans le numéro du *Moniteur des Hôpitaux* de mardi dernier, et les premières réponses de la commission, dans le numéro du jeudi 15 octobre.

---

bêtise de leur venir en aide! murmura entre ses dents le feuilleton; eh bien, tant pis pour l'Académie, qu'elle s'en tire comme elle voudra, je remets ma lanterne dans ma poche.

— Et vous faites bien, dit, en clignant de l'œil un de ces voisins qui avait deux ou trois fois levé les épaules à entendre tous ces faiseurs de phrases. Tenez, ajouta-t-il, si vous m'en croyez, nous irons dans ce café prendre quelque chose, et, au lieu de perdre, comme nous le faisons ici, notre temps, je vous raconterai une petite histoire qui, j'en suis sûr, vous amusera beaucoup tout en vous éclairant sur la matière.

Et, sans attendre sa réponse, il l'entraîna et l'attabla avec lui.

— Maintenant que nous voilà seuls, reprit l'interlocuteur, je dois vous prévenir que je ne suis pas académicien et que, par conséquent, vous devez ajouter foi à mon histoire si incroyable qu'elle puisse vous paraître.

— C'est juste; j'écoute.

— Médecin des épidémies, je fus mandé un jour par le préfet de mon département pour une affaire qui ne souffrait aucun retard. Le choléra sévissant alors cruellement dans nos contrées, je me rendis sur-le-champ à l'invitation qui m'était faite.

— Ah! cher docteur, fit ce magistrat en me tendant la main, je vous remercie de cette exactitude si nécessaire en des temps pareils. Figurez-vous que le petit village de ***, qui est formé de cinquante feux à peine, compte presque autant de malades que d'habitants. Voilà la liste de tous ceux qu'a frappés l'épidémie; le maire me l'envoie en réponse à mes instructions. Si rien ne vous en empêche, la voiture est prête, nous allons partir pour aller visiter cette malheureuse localité.

— Je suis prêt, partons.

Deux heures après, nous arrivions à train de poste dans le village en question et nous descendions devant la mairie, que nous trouvâmes fermée. Le village, du reste, ressemblait à un désert avec toutes ses maisons closes de haut en bas et à n'y pas voir poindre un chat sur tout notre horizon. Enfin, à l'extrémité opposée à celle de notre entrée, nous découvrîmes le petit drapeau rouge d'un cabaret qui avait pour enseigne : *Aux francs buveurs*. Je m'y hasardai seul. Assis en face l'un de l'autre, deux individus, la figure enluminée par d'assez fréquentes libations, comme le témoignait à côté d'eux un broc de six litres au moins, aux trois quarts vide, et dans un débraillé indescriptible, jouaient au piquet, sans autre préoccupation que de compter leurs cartes, de marquer leurs points et de vider leur verre. Aussi ne firent-ils aucune attention à ma personne; mais une grosse femme, qui tricotait près des croisées de l'établissement, vint de suite me demander s'il me fallait servir un litre de vin.

— Nous verrons tout à l'heure, lui dis-je; pour le moment, je voudrais savoir où trouver votre maire?

— Cett' farce! vous l'y connaissiez donc point? Et frappant à pleine main sur l'épaule du plus rond des deux joueurs, elle souffla : l'y voilà!

A ce brusque avertissement, le représentant de l'autorité de l'endroit se tourne de mon côté, me regarde de travers, et puis reprend

réunies ensemble, c'est-à-dire un chaos capable de troubler des cervelles bien plus solides que celle accordée par la commission à la majorité des médecins de France !

Cette table servira-t-elle au bureau central de statistique pour *interpréter*, suivant l'expression de M. Michel Lévy, les bulletins envoyés par les vérificateurs? Mais il est à supposer que ce bureau sera assez instruit pour n'avoir pas besoin d'une telle table. Nous ne voyons pas, d'ailleurs en tout état de cause, ce quelle pourrait ajouter à la justesse des *interprétations* du bureau ; et, quant à ces interprétations, si l'on veut un échantillon de ce qu'elles pourront être, qu'on lise les paroles suivantes prononcées au Congrès de 1853 par un grand partisan de la statistique des causes de décès, M. le docteur de Warentrapp, de Francfort :

Il y a peut-être en médecine plus de progrès et plus de variations que dans aucune autre science. Cependant, si l'on y regarde de près, toutes les différences de nomenclature sont facilement ramenées au même objet. A la fin du dernier siècle, les médecins parlaient de *fébri-nervose*, de fièvre nerveuse ; ils croyaient que cette maladie était due aux nerfs. Est venue la doctrine de Broussais, qui a attribué l'affection à l'inflammation, et l'a appelée *gastro-entérite*. Aujourd'hui, *elle s'appelle typhus*. C'EST TOUJOURS LA MÊME MALADIE ; nous savons ce que c'est.

Ainsi, voilà un professeur de statistique qui n'hésiterait pas à ranger dans le chapitre du typhus toutes les maladies qu'il trouverait désignées par les noms de *gastro-entérite* et de *fièvre nerveuse !!*

Il est sans doute inutile de faire ressortir les belles conséquences d'une statistique de cette espèce.

Nous croyons devoir nous arrêter là ; aussi bien ne concevons-nous pas de logique qui ne s'égarât promptement, si elle cherchait à pénétrer trop avant dans le ténébreux labyrinthe de la commission, et terminons, en concluant, pour répondre à la deuxième question ministérielle :

Il ne serait pas très difficile de préparer une classification, c'est-à-dire une nomenclature qui pût être comprise par le plus grand nombre des médecins de France, et d'après laquelle ils pourraient désigner les principales causes de décès, si, d'ailleurs, le diagnostic de ces causes pouvait être sûrement établi. Quant à la *nature* de ces causes, quelque sens que l'on donne au mot nature, une classification ne peut servir en rien à la faire connaître : le médecin la connaît avant de songer à une classification quelconque, ou bien il l'ignore toujours.

Troisième question. — Cette question se résout d'elle-même : la statistique des causes de décès devrait évidemment, pour aboutir à quelques résultats, comprendre la nomenclature ou la désignation de toutes les causes de décès, si le diagnostic de ces causes était possible.

Quatrième question. — Cette question est posée de façon à faire comprendre que l'administration ne serait disposée à s'engager dans une voie difficile et dispendieuse qu'à la condition d'être assurée d'un succès. La commission ne l'a pas ainsi entendu, et elle a pensé que, pour être fructueuse, la statistique mortuaire devait être instituée d'emblée dans toutes les communes de France. La commission a été, dans ce cas, conséquente avec elle-même. Il est certain que la statistique ne conduira à aucun résultat utile si elle n'est faite à la fois, sinon dans toutes les communes, au moins dans un grand nombre de localités très variées quant au sol, au climat, etc. ; mais pour l'instituer sur une aussi vaste échelle, il faut supposer, bien entendu, qu'elle est possible ; or, on accordera bien que c'est là une question, si l'on n'accorde pas que cette question est résolue négativement par les faits et par le raisonnement. La commission n'aurait pas donné un exemple exagéré de modestie en faisant cette concession que, puisque tant d'hommes expérimentés ne croient pas à la possibilité d'une bonne statistique, on peut au moins considérer la question comme douteuse. Dans une telle situation, il eût peut-être été sage d'entrer un peu plus dans les vues de l'administration, et de répondre à peu près comme il suit à la quatrième question ministérielle :

La commission *pense* qu'une bonne statistique peut être instituée en France ; cependant, en présence des opinions opposées qui se manifestent de toutes parts, et afin de ne pas induire l'administration dans des dépenses stériles, la commission reconnaît qu'il serait prudent de faire d'abord un essai de statistique dans un nombre restreint de localités, dans celles par exemple où existent déjà des médecins cantonnaux, et dans lesquelles cette tentative n'entraînera qu'une faible dépense. Si la tentative est cou-

---

tranquillement l'appoint de son jeu qu'il entrecoupe de ces mots :

— Quoi qu'il y a pour votre service, notr' bourgeois ?

— Il y a que M. le préfet vous attend, vous et le médecin avec lequel vous avez dressé la liste de vos cholériques.

— Mossieu le préfet, s'écrient-ils ensemble, mossieu le préfet ici!

Et les voilà l'un et l'autre cherchant à réparer tant bien que mal le désordre effrayant de leur mise ; seulement, comme ces messieurs (le partenaire du maire était le médecin) étaient venus se rafraîchir en manches de chemise, sans cravate, ni veste, ni gilet, il fallut attendre qu'on leur eût apporté ce supplément de toilette, avant qu'ils pussent nous recevoir dignement.

Une fois en notre présence, le préfet demanda au maire :

— Où sont vos villageois?

— A la foire voisine, répondit le subordonné.

— Qui soigne donc vos cholériques?

— Les cholériques, mais ils sont aussi à la foire voisine, répondit l'esculape du lieu.

— Comment! même les cholériques ?

— Et encore qu'ils ont un appétit du diable et qu'ils boivent deux fois plus qu'ils ne mangent.

— En avez-vous eu qui soient morts? ajouta le préfet en riant au souvenir de la statistique qui lui avait été adressée par les représentants de l'autorité et de la science endémiques.

— Dame! le pauvre père François y est resté. Ce jour-là il avait le hcoléra en plein ; du reste, il y était assez sujet, et quand cette maladie le taquinait, il buvait comme un trou, si bien qu'il se laissa tomber de celui de son grenier que trois heures après il mourait tout plein de noirs de la tête aux pieds, quoi! comme vrai cholérique qu'il était.

— Etait-il vieux le père François?

— On ne peut pas dire qu'il fût jeune, mais il pouvait encore aller assez loin, sans ce malheureux choléra.

— Enfin, quel âge avait-il?

— Ça pouvait être entre les nonante et les nonante-cinq. Son père, lui, avait été jusqu'à ses cent dix ou quinze ; mais il faut dire la vérité, alors on ne connaissait pas le choléra.

Cette explication, aussi naïve que désopilante, qui nous fut donnée par les deux plus lettrés du village, les deux esprits les plus forts d'entre ses habitants, fut pour nous un enseignement des plus instructifs, en nous apprenant à nous défier de toutes ces statistiques qui nous viennent soit de Pierre, soit de Paul.

— Je pourrais bien vous citer le nom des acteurs et des témoins de cette scène, termina le narrateur ; mais ce serait une indiscrétion qui n'ajouterait rien à cette histoire aussi véridique par le fond que par la forme. Maintenant, faites-en tel usage qu'il vous plaira : elle vous appartient.

Comme bien vous le pensez, chers lecteurs, le feuilleton n'eut garde d'empocher l'histoire pour vous la servir toute chaude su ses tablettes d'aujourd'hui.

Dr A.-L. Roux.

ronnée de succès, l'administration pourra généraliser alors l'institution

C'est là, pour notre compte, ce que nous répondons.

Cinquième question.—Cette question est résolue par la deuxième conclusion nouvelle de la commission, et la solution nouvelle est assez différente de l'ancienne, quoique la commission nous ait assuré qu'elle n'avait touché qu'à la forme de son travail. On sait que la commission avait proposé, dans la dernière séance, de généraliser l'institution des vérificateurs de décès et celle des médecins cantonnaux. Après la discussion que nos lecteurs connaissent, la commission paraît avoir renoncé aux médecins vérificateurs et n'avoir tenu qu'aux médecins cantonnaux, qui seraient chargés :

1° De visiter tous les malades qui meurent aujourd'hui sans secours médicaux;

2° De délivrer les bulletins des causes de décès des individus qu'ils ont soignés.

Des doutes se sont élevés, à divers points de vue, sur le fonctionnement des médecins cantonnaux : M. Michel Lévy a répondu avec autorité à M. Velpeau que ces médecins fonctionnent parfaitement en Alsace depuis plusieurs années.

Nous allons entrer ici dans le vif de la question, et faire avec M. Michel Lévy un peu de statistique ; nous osons supplier les lecteurs de nous accorder un peu d'attention, car la statistique est naturellement fort aride, quand on ne se contente pas d'en faire par sentiment et par à peu près.

M. Lévy pense donc que les médecins cantonnaux fonctionnent parfaitement en Alsace, ce qui signifie qu'ils donnent des soins éclairés à tous les malades qui, dans les autres départements, meurent sans secours médicaux.

Si nous étions le professeur Serres, nous ferions à M. Lévy la réponse que le célèbre anatomiste fait à ceux de ses internes trop forts sur le diagnostic : « *M'sieu, puisque vous me le dites, je le crois; mais si je l'avais vu, je ne le croirais pas.* »

Quant à nous, nous croyons M. Lévy sans condition, ou à une seule condiion, c'est qu'il nous donnera sa parole que tous les médecins cantonnaux de l'Alsace sont des gens pour le moins aussi invulnérables qu'Achille, d'un dévouement auprès duquel pâlirait celui de saint Vincent de Paul, et assez favorisés de la fortune pour pouvoir en dépenser une partie à faire le bien.

Voici le développement statistique de ces trois propositions :

M. Guérard a évalué aux *trois quarts* de la totalité des malades les malades pauvres qui, dans les campagnes, meurent sans secours médicaux. Cette évaluation est évidemment très exagérée(1). Mais en la réduisant des *huit neuvièmes*, il resterait encore le *quart* des malades d'un canton actuellement traités que le médecin cantonnal devrait visiter, et qu'il visite réellement en Alsace, s'il y fonctionne parfaitement.

Combien cela fait-il de malades à visiter? C'est assez difficile à dire, mais on peut l'évaluer assez approximativement pour que l'approximation puisse servir de base à un raisonnement inattaquable.

La population moyenne d'un canton de l'Alsace est de 35,706 habitants, pour le Bas-Rhin, et de 29,252 pour le Haut-Rhin.

Il ne paraîtra sans doute exagéré à personne d'admettre qu'une population de 3,000 âmes peut faire vivre un médecin, et si une telle proportion existait en France, les médecins seraient plus heureux qu'ils ne le sont. On admettra bien aussi que, pour vivre, lui, son domestique et son cheval, un médecin doit gagner 10 fr. par jour, c'est-à-dire qu'à raison de 1 fr. par visite, il doit faire dix visites par jour. Admettez encore, ce qui est singulièrement loin de l'évaluation de M. Guérard, que le nombre des malades non payants, au lieu d'être *trois fois plus grand* que celui des malades payants, soit *trois fois plus petit* (ce qui établit un rapport de 9 à 1 entre mon évaluation et celle de M. Guérard) ; ce sera donc 2 *visites et demie* par 3,000 *habitants* que devra faire le médecin cantonnal, c'est-à-dire 25 *visites* par jour dans le Haut-Rhin, et 30 *visites* par jour dans le Bas-Rhin.

Dans une ville de 30,000 âmes, il est déjà assez pénible de faire 30 visites par jour. Mais c'est bien autre chose quand ces visites doivent être faites sur le territoire de treize communes, car nous savons maintenant que c'est là le nombre de communes que renferme chaque canton, et l'Alsace est loin de faire exception sous ce rapport (1).

Quel espace devra donc parcourir le médecin cantonnal pour faire ses 25 ou 30 visites? Le voici :

Dans le Bas-Rhin, chaque canton a une superficie de 455,344 hectares ou 8 lieues carrées 62 centièmes, soit 9 lieues carrées.

Dans le Haut-Rhin, les cantons ont une superficie de 410,771 hectares, soit 8 lieues carrées 85 centièmes, ou sensiblement 9 lieues carrées.

Ainsi les médecins d'Alsace doivent parcourir chaque jour 16 ou 17 communes ayant une superficie moyenne de 9 lieues carrées, c'est-à-dire une circonférence de 12 lieues au moins, ce qui laisse supposer qu'avec les sinuosités des routes et les accidents de terrain, le médecin cantonnal n'a pas moins de 15 à 20 lieues à parcourir chaque jour !!

N'avions-nous pas raison de dire qu'il fallait au médecin cantonnal :

1° Une santé de fer, car, auprès d'un pareil métier, celui de forçat n'est rien ;

2° Un dévouement sans bornes, car aucune santé n'y résisterait ;

3° Une fortune faite d'avance, car il est évident que le médecin cantonnal (qui reçoit quelquefois 600 fr. par an), doit nourrir trois chevaux, s'il ne veut pas en crever deux en quelques semaines, et trois chevaux, c'est au moins 2,400 fr. de dépense par an. — Il est assez clair d'ailleurs qu'un médecin chargé d'un pareil service ne pourrait songer à faire des visites payantes.

Ce qu'un médecin peut faire par humanité, il ne faut pas songer à le lui imposer comme devoir fonctionnel. Si donc on veut des médecins cantonnaux qui remplissent sérieusement leurs obligations, c'est peu de leur donner 6,000 fr. par an, puisqu'ils en dépenseront au moins 2,400 pour entretenir leur écurie ; et 6,000 fr. multipliés par 2,800 cantons que renferme la France, c'est *seize millions* à dépenser par an! Que de marais on dessécherait, et que de fièvres on préviendrait avec seize millions !

Et pourtant, avec tout ce personnel de fonctionnaires, on n'aurait encore que des bulletins de décès sans contrôle, c'est-à-dire rédigé par un seul médecin, c'est-à-dire, *aux yeux de M. Marc d'Espine*, des bulletins sans valeur.

L'institution de médecins vérificateurs, dans chaque commune, pourrait coûter moins cher; mais elle fournirait des documents encore plus défectueux, car, transformer un médecin vérificateur *des décès* en médecin vérificateur *des causes de décès*, c'est trans-

(1) Il y a deux catégories de malades qui meurent sans secours médicaux : l'une composée de paysans qui pourraient parfaitement payer le médecin, mais qui, par avarice, ne le font pas appeler; l'autre composée de malades réellement pauvres. Le médecin cantonnal visitera-t-il la première catégorie? Il le faudra bien, puisque, sans cela, cette catégorie continuerait à mourir sans secours, et ne pourrait fournir de bulletin de causes de décès. Or, si on la soigne gratuitement, son chiffre ne tardera pas à grossir dans des proportions considérables. La commission n'a pas même laissé entrevoir qu'elle se fût préoccupée de cette question.

(1) Bien au contraire, le Bas-Rhin a 16 communes, et le Haut-Rhin 17 communes par canton.

former en *sorcier* un homme sérieux.

Nous répondrons en conséquence à la cinquième question :

Qu'il est prudent, au point de vue de la statistique des causes de décès, de ne point généraliser soit l'institution des médecins vérificateurs de décès, soit celle des médecins cantonnaux, jusqu'à ce que des tentatives faites sur une petite échelle aient démontré l'utilité de ces institutions.

Sixième question. — La commission avait pensé, d'abord, qu'une loi était nécessaire pour rendre *obligatoire* la délivrance des bulletins des causes de décès par tous les médecins. Cette opinion nous paraissait fort juste ; nous ne savons pourquoi la commission y a renoncé dans ses nouvelles conclusions. Quant à nous, nous ne voyons pas comment on peut imposer *l'obligation de faire* autrement qu'en décrétant une pénalité lorsqu'on ne remplit pas cette obligation. Nous pensons donc, avec M. Devergie et avec le bon sens, que la première réponse de la commission était la seule possible, et nous nous y tenons.

Septième question. — Nous ne savons si la commission a changé d'avis sur la première réponse qu'elle avait faite à cette question ; ce que nous croyons, c'est que cette réponse était parfaitement fondée. Il faut seulement réfléchir que la condition d'un bulletin *cacheté, sans nom* de la personne décédée, enlève toute possibilité de contrôle au bureau dépouilleur ou collecteur, enlève par conséquent toute responsabilité au vérificateur, et finalement enlève au bulletin une grande partie du peu de valeur qu'il pourrait avoir ; suivant M. Marc d'Espine même, cette condition enlèverait à peu près toute valeur au bulletin.

Huitième question. — Il est évident que le bulletin de décès devra contenir l'âge, le sexe et la profession du décédé, car ce seront à peu près là les seules données positives que les bulletins révéleront. Il est vrai qu'il n'est pas nécessaire, pour les obtenir, de créer des médecins cantonnaux ni des médecins vérificateurs de décès, et que les registres de l'état civil suffisent parfaitement à cet effet ; en les améliorant un peu, il serait facile d'y faire inscrire la profession des décédés, et, tels qu'ils sont, ils nous donnent d'une manière suffisamment exacte l'âge et le sexe.

H. DE CASTELNAU.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 octobre 1857.

Présidence de M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Géologie. — Lettres sur la constitution géologique de quelques parties de la Savoie, par M. Ange SISMONDA.

Mécanique. — Note sur les parachocs et les heurtoirs des chemins de fer, par M. PHILIPS.

Deux notes sur l'enrayage des locomotives, l'une par MM. MORTERA et LAROUSSIE, l'autre par M. SULLOT.

Tératologie. — Note sur un nouveau cas de monstres monosomien, pour lequel l'auteur propose le nom de rhinodyme, par M. N. JOLY.

Chimie physiologique. — MM. LECOMTE et E. FAIVRE communiquent une note intitulée : *Etudes sur la constitution chimique du système nerveux chez la sangsue médicinale.* Ils la résument ainsi :

« Divers auteurs ont étudié au point de vue des réactions chimiques les éléments du système nerveux de l'homme ou des animaux supérieurs : la même étude n'a jamais été faite, à notre connaissance du moins, sur les nerfs des animaux inférieurs : nous l'avons tentée et nous venons apporter le résultat de nos premières recherches. Suivant leur action sur le système nerveux de la sangsue, les agents que nous avons employés peuvent se partager en deux classes : les uns, par leur action chimique, permettent de distinguer les diverses substances qui entrent dans la composition des éléments nerveux, et conduisent ainsi à une sorte d'analyse qualitative ; les autres ont pour effet d'indiquer avec précision les détails de structure : nous les appelons réactifs histologiques.

» Tous ces agents ont été mis en contact dans les mêmes conditions, avec des ganglions pris dans la partie moyenne de la chaîne nerveuse, dépouillés de leur enveloppe colorée, desséchés et examinés sous le microscope à un grossissement de quatre à cinq cents diamètres.

» Nous examinerons successivement les effets obtenus, soit à l'aide des réactifs chimiques, soit à l'aide des réactifs histologiques.

» 1° *Réactifs chimiques.* — Le système nerveux de la sangsue médicinale semble composé d'éléments chimiques assez nombreux et jouissant de propriétés différentes ; l'hypochlorite de soude à la température de l'ébullition dissout les connectifs et les nerfs latéraux, mais ne dissout nullement le ganglion qui reste intact. Ainsi il y a une différence de propriétés entre les ganglions et les nerfs qui en naissent.

» Il y a également une différence très nette entre la constitution du névrilemme, de l'enveloppe des tubes et de la matière granuleuse intérieure.

» En effet, la liqueur d'étain dissout le névrilemme et ne dissout pas les tubes ni la matière granuleuse.

» Le suc gastrique possède une action analogue.

» La solution de potasse caustique à une température élevée dissout le névrilemme et les tubes en laissant intacte la matière granuleuse. L'acide chlorhydrique fumant à 100 degrés, dissout également le névrilemme et les enveloppes, en donnant une liqueur violette, tandis que la matière granuleuse ne se dissout point et se colore en jaune. L'acide azotique fumant colore en jaune la matière granuleuse et ne colore pas le névrilemme ni les tubes.

» Le névrilemme et les tubes restent également incolores sous l'influence de l'azotate de protoxyde de mercure, qui à chaud colore en rouge-brique la matière granuleuse, sous l'influence de la solution alcoolique d'iode qui colore en jaune cette matière, ou du permanganate de potasse très étendu qui lui donne une coloration analogue.

» Quelques réactifs démontrent l'existence de propriétés communes au névrilemme, aux tubes, à la matière granuleuse : ainsi le mélange d'acide azotique fumant et d'alcool dissout à chaud toute la préparation sur laquelle on opère. L'acide sulfurique fumant à une température peu élevée a une action très importante : il colore en rose la matière centrale du ganglion, et en jaune la matière granuleuse périphérique, ainsi que celle des connectifs et des nerfs latéraux. Ainsi la matière granuleuse est loin d'avoir dans toutes les parties des propriétés analogues. L'éther sulfurique nous a démontré la présence dans le système nerveux d'une très grande quantité de matières grasses : nous avons évalué cette quantité, et nous n'avons trouvé que quatre-vingts ganglions de sangsue, pesant après dessiccation 0 gr. 005, renfermant environ 0 gr. 002 de matières grasses.

« Parmi les sucs digestifs, un seul, le suc gastrique, agit chimiquement en dissolvant le névrilemme ; si l'on ajoute de la bile, son action est complétement arrêtée. L'action préalable de la bile empêche toujours l'action du suc gastrique de s'exercer.

» 2° *Réactifs histologiques.* — Les réactifs qui peuvent être employés avec le plus d'avantage pour distinguer les détails de structure sont principalement : l'acide acétique, l'acide arsénieux, l'acide chromique, l'azotate d'uranium, le permanganate de potasse, le suc gastrique, l'iodure ioduré. Les réactifs qui agissent chimiquement ne sont pas dépourvus non plus d'une certaine action histologique : ainsi on peut employer l'acide sulfurique concentré pour isoler le nerf intermédiaire entre les deux connectifs.

» Ces divers agents mettent en évidence des détails de structure différents : le suc gastrique, comme l'un de nous l'a montré dans un autre travail, permet de reconnaître les anastomoses des tubes et les cellules intercurrentes ; l'acide arsénieux, le permanganate de potasse, l'azotate d'uranium apprennent à distinguer la texture des différentes parties du ganglion lui-même ; l'acide arsénieux fait très bien voir les cellules et leurs prolongements, l'azotate d'uranium

les fibres ascendantes et descendantes qui partent des nerfs latéraux. L'iodure ioduré fait bien ressortir les nerfs intermédiaires et leur communication à travers le ganglion.

» Les réactifs en général agissent de deux manières sur la matière nerveuse : les uns la rétractent, la durcissent et la colorent : tels sont les acides forts et leurs sels ; les autres la gonflent, la ramollissent et la rendent plus pâle ; tels sont les acides faibles et les alcalis puissants. «

Ophthalmologie. — Mémoire sur le cercle sénile, par M. CASTORANI.

« Il résulte de nos études et de nos recherches : 1° que le cercle sénile est le produit d'une imbibition immédiate de la circonférence de la cornée par les sécrétions plus ou moins abondantes de la conjonctive; 2° que l'imbibition requiert comme condition indispensable le contact plus ou moins permanent des paupières avec la cornée ; 3° que ce travail d'imbibition est en raison inverse de la résistance de la cornée et de la densité des liquides sécrétés. Pour étayer l'opinion que nous avons émise, il est indispensable de démontrer tout d'abord que quand la cornée est baignée par des liquides plus ou moins abondants, plus ou moins denses, elle devient opaque par un travail d'imbibition, et que cette opacité est plus prompte et plus complète quand la cornée est à l'abri de l'évaporation. Nous allons donc exposer quelques expériences que nous avons pratiquées.

» Pour diminuer la résistance de la cornée, nous avons ouvert à la partie postérieure la sclérotique d'un lapin. Alors il nous a été facile de faire sortir avec un stylet une certaine quantité d'humeur vitrée. Après ce travail d'élimination, nous sommes parvenu, au moyen d'une seringue, à faire tomber goutte à goutte sur la cornée de l'eau distillée. L'injection a été faite d'une manière lente et continue. Ces deux conditions, *lenteur et continuité*, sont indispensables. Que se passe-t-il alors? Au bout d'une demi-heure la cornée devient trouble. On dirait une glace ternie par l'haleine. Si l'on prolonge l'injection plus longtemps, on s'aperçoit au bout de deux heures et demie à trois heures que la cornée devient blanche et opaque, surtout à la partie supérieure où l'eau arrive directement. Dès que l'on vient à interrompre l'injection, il est aisé de voir que l'eau qui avait pénétré les couches superficielles s'évapore assez rapidement, et quelques minutes suffisent pour rendre à la cornée sa transparence normale.

» Ce temps néanmoins était beaucoup plus long lorsque le tissu cellulaire sous-conjonctival venait à s'infiltrer, et qu'il formait ainsi comme un chémosis séreux autour de la cornée. Il est bon de faire remarquer que si dans l'expérience on substituait l'eau commune à l'eau distillée, le résultat se faisait attendre plus longtemps. Enfin nous croyons devoir répéter que cette opération a été faite avec lenteur et continuité. Pour cela nous avions préparé plusieurs seringues chargées d'eau distillée. Sur un autre lapin l'expérience a été faite d'une manière différente. Sans toucher à la sclérotique, nous avons tout de suite fait tomber l'eau distillée sur la cornée, et deux heures ont suffi pour troubler la transparence de cette membrane. Continuée pendant cinq ou six heures, l'injonction l'a rendue plus ou moins opaque.

» Dans plus d'une circonstance, nous avions été à même d'observer qu'après la section des nerfs ciliaires il se produisait une hypersécrétion de la conjonctive, et que dans ce cas la cornée devenait promptement et facilement blanche, opaque et épaisse. Notre conclusion était que l'hypersécrétion de la conjonctive était la cause de l'opacité de la cornée. Ce que le raisonnement nous apprenait, l'expérimentation est venue le confirmer.

» Après nous être assuré d'une manière certaine que la cornée peut devenir opaque et blanche par un travail d'imbibition, il ne ne nous restait plus qu'à produire une opacité circulaire de la cornée tout à fait semblable au cercle sénile. Sur un lapin, nous avons coupé les deux paupières de chaque œil au delà du niveau des arcades orbitaires. Après cette opération, l'animal fait des efforts pour cacher l'œil dans l'orbite, et pendant ces contractions on voit se former un petit bourrelet de la conjonctive et du tissu cellulaire sous-conjonctival qui recouvre la circonférence de la cornée, et qui ne tarde pas à se coller contre cette membrane. Les choses étant dans cet état, quatre jours après environ l'opacité circulaire est formée. Quand nous voulions obtenir dans l'hémisphère supérieur de la cornée une opacité ayant la forme d'un demi-cercle, nous avions soin de couper à temps le bourrelet conjonctival qui était en rapport avec l'hémisphère inférieur de la cornée, à mesure qu'il se formait. En outre, si nous voulions une opacité circulaire placée à 2 millimètres environ de la circonférence de la cornée, nous faisions l'application d'un mince cercle d'acier entre la circonférence de la cornée et le bourrelet conjonctival pour empêcher le contact de l'un avec l'autre. Nous ferons observer ici que lorsque nous n'avons pas pratiqué cette application, nous avons vu plusieurs fois que l'opacité circulaire se formait à 3 millimètres environ de la circonférence de la cornée.

» Il paraît que cet effet se produit précisément quand l'extrémité du bourrelet conjonctival adhère presque à la cornée, et qu'elle est plus humide. L'expérience dont nous avons parlé nécessitait chaque jour plusieurs visites aux lapins soumis à nos expériences, à l'effet de tenir la cornée bien propre ; sans cette précaution, l'opacité peut acquérir une grande largeur.

» Selon nous, l'opacité de la cornée est le produit d'un travail d'imbibition, et non d'une différence d'équilibre entre l'endosmose et l'exosmose, car nous croyons que l'eau qu'on trouve dans la cornée fait partie de l'albumine dont se compose cette membrane. Il est vrai que la cornée est en rapport avec l'air, et par conséquent il va sans dire qu'elle est soumise aux lois de l'évaporation. Mais la nature, pour tenir la cornée toujours humide et remplacer continuellement le liquide qui s'évapore, a créé les paupières.

» Après avoir exposé quelques expériences que nous avons pratiquées sur les animaux, examinons le cercle sénile sur l'homme.

» C'est ordinairement chez les vieillards que l'on observe le cercle sénile : ce qui du reste est très connu. Les vieillards, en effet, réunissent les trois conditions favorables pour la formation du cercle sénile : ainsi l'on remarque que la sécrétion de la conjonctive est plus ou moins augmentée, que les paupières sont peu mobiles et étroites, et que la résistance de la cornée est diminuée.

« Les individus avancés en âge offrent naturellement la sécrétion conjonctivale plus abondante. Il n'est personne qui n'ait eu l'occasion de remarquer cette particularité : ainsi se trouve justifiée l'existence de l'élément qui sert à imbiber la cornée. Les autres sécrétions sont aussi plus abondantes, et, selon nous, ce phénomène se produit parce que le mouvement de décomposition l'emporte sur celui de composition. C'est ainsi que l'on pourrait expliquer la mort naturelle. Les paupières, chez les vieillards, sont naturellement rétrécies et peu mobiles. Voici ce qui se passe. Il paraît que lorsque l'individu est avancé en âge, le tissu cellulaire graisseux de l'orbite diminue par un travail de résorption pendant que le même effet se remarque sur les autres parties du corps. Alors le globe oculaire, pour remplir le vide, rentre dans l'orbite, et les paupières viennent en tapisser la voûte. Mais dans ce moment de rétrocession, les paupières éprouvant un tiraillement perdent plus ou moins de leur mobilité, s'appliquent étroitement contre l'œil, et recouvrent la cornée plus que d'ordinaire, surtout en haut.

» De là vient que les vieillards paraissent avoir quelquefois de petits yeux. Le cercle sénile existe le plus souvent à la partie supérieure de la cornée, parce que la paupière correspondante, ayant plus d'étendue, recouvre constamment cette partie et la met ainsi à l'abri de l'évaporation. La forme du cercle sénile en est celle du bord de la paupière qui s'applique d'une manière étroite contre la périphérie de la cornée. Le cercle sénile se complète quelquefois, et cela s'explique par la réunion du demi cercle supérieur et inférieur. La résistance de la cornée, chez les vieillards, se trouve diminuée par l'affaiblissement du courant de l'humeur aqueuse. En effet, la chambre antérieure est plus petite, l'iris étant devenu légèrement convexe en avant, et la cornée elle-même, pour la même raison, ayant perdu un peu de sa convexité.

» On a dit que le cercle sénile est une espèce d'atrophie de la cornée. Cela ne pourrait arriver que par défaut de nutrition. Dans ce cas, l'opacité devrait plutôt se former vers le centre de la cornée qu'à sa périphérie, car aujourd'hui presque tout le monde reconnaît que la cornée se nourrit aux dépens des membranes environnantes.

» Pour le traitement, il n'y a rien à faire. En effet, on ne peut pas chez les vieillards diminuer la sécrétion plus abondante de la con-

jonctive, comme aussi on ne peut nullement modifier la disposition naturelle des paupières, et rendre à la cornée toute sa tension. »

Anatomie pathologique. — M. Deleau jeune communique une note intitulée : *La paralysie du nerf facial produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne.* Nous avons déjà publié ce travail. (Voir *Moniteur des Hôpitaux.*)

Physiologie comparée. — Observations sur l'éducation du ver à soie, par M. Barthélemy.

Géographie botanique. — Note sur la végétation des hautes montagnes de l'Asie-Mineure, par M. P. de Tchihatchef.

Géologie. — Note sur des traces de pattes de quadrupèdes dans le grès bigarré de Saint-Valberg, près Luxeuil (Haute-Saône), par M. Daubrée.

— Note sur la caverne de Pontil, près Saint-Pons (Hérault), où l'on a découvert des objets de l'industrie, des ossements appartenant à l'homme, ainsi qu'au rhinocéros et à des espèces perdues, par M. Marcel de Serres.

— Note sur l'éruption de l'Awoe, dans la Grande-Sangir, rapport adressé au gouvernement hollandais par M. Jansen, résident de Monado; traduit par M. *Perrey.*

CERCLE DES SCIENCES.

Séance du vendredi 23 *octobre* 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

M. le Président ouvre la séance d'inauguration par quelques mots de félicitations sur la prospérité du Cercle : l'association compte quatre-vingt-cinq membres fondateurs, et, dès les premiers jours de son installation, elle voit déjà de nouvelles adhésions lui arriver. Un résultat aussi brillant fait concevoir les plus hautes espérances pour l'avenir du Cercle.

M. Tholozan, élu secrétaire dans la séance du samedi 17 octobre, adresse au bureau une lettre par laquelle il annonce que ses fonctions de médecin du Val-de-Grâce ne lui permettant pas d'assister aux séances scientifiques aussi souvent qu'il le voudrait, il se voit obligé de donner sa démission des fonctions de secrétaire.

M. le président propose l'élection d'un nouveau secrétaire, auquel sera adjoint un vice-secrétaire.

Sont élus : M. Doumic, *secrétaire;*
M. Duval fils, *vice-secrétaire.*

Distribution du règlement. — MM. les membres du Cercle reçoivent chacun un exemplaire imprimé du règlement, auquel sont joints les noms, qualités et adresses des membres fondateurs.

Présentation de nouveaux membres. — Aux termes du règlement, tout candidat, pour être admis, doit en faire la demande directe au président ; cette demande sera présentée par deux membres du Cercle, qui signeront le bulletin de présentation comme parrains et répondants (art. 7).

La candidature d'un nouveau membre sera exposée pendant quinze jours dans les salons du Cercle. (Art. 8.)

L'élection aura lieu au scrutin secret, en séance publique, le deuxième vendredi après le jour de la présentation. (Art. 9.)

Ont envoyé une demande écrite d'admission au cercle : MM. le Dr Clin, présenté par MM. Siglol et Calvo ; le Dr Allié, présenté par MM. Coffin et Chassaignac.

Les candidatures de MM. Clin et Allié seront, conformément au règlement, affichées dans les salons du Cercle.

Communication de M. Jacübowitsch. (Nous publierons prochainement, *in extenso*, les recherches de ce savant anatomiste, dont nous avons déjà donné un résumé.)

M. Joulin désirerait savoir si les mêmes recherches ont été faites par M. Jacübowitsch dans les différents embranchements du règne animal, s'il a examiné les mollusques, les articulés, les rayonnés, et si les cellules d'un même ordre ont la même forme dans les différentes espèces animales et chez l'homme ; ces recherches offriraient un grand intérêt, il serait curieux de savoir si les mollusques présentent dans la structure de leur système nerveux d'autres cellules que des cellules ganglionnaires, si les articulés et les rayonnés qui possèdent des cellules ganglionnaires et des cellules de mouvement, offrent aussi des cellules de sensibilité.

M. Jacübowitsch. J'ai à communiquer quelques faits intéressants, qui, sans répondre précisément aux questions qui viennent de m'être posées par M. Joulin, s'en rapprochent cependant assez. J'ai examiné un grand nombre d'animaux, voici ce que j'ai trouvé : chez les crustacés, il n'y a presque pas de cellules de sensibilité ; chez les grenouilles, on en trouve deux ou trois, pas plus, dans une même région ; il en est de même chez les poissons. Les chats, les chiens, les lapins, ont surtout des cellules de mouvement ; chez les herbivores, ce sont surtout les cellules ganglionnaires ; mais déjà chez le singe, et à plus forte raison chez l'homme, ce sont les cellules de sensibilité qui dominent. Enfin, M. Jacübowitsch insiste sur ce point, qu'il a fait des recherches histologiques, qu'il donne aux différentes cellules leur dénomination en raison de leur position, et qu'il ne préjuge rien des phénomènes physiologiques.

M. Blatin fait hommage au Cercle des *Bulletins de la Société protectrice des animaux*, Société qui compte plus de 1,000 membres, parmi lesquels au moins 120 médecins. Ces Bulletins renferment une foule de questions, principalement d'hygiène, dont la connaissance est bonne et utile aux médecins.

M. le président remercie M. Blatin au nom du Cercle. M. de Castelnau est chargé de faire un rapport sur ces bulletins.

M. Matteï propose que, pour former le noyau de la bibliothèque du Cercle, chacun des membres apporte ses publications à la Société.

M. Komaroff fait hommage au Cercle des Mémoires et des Bulletins de l'Académie des Sciences de Saint-Pétersbourg.

M. Calvo fait hommage des œuvres de M. Ph. Ricord, son oncle, et de celles de M. Diday, de Lyon, notamment de son dernier Mémoire (couronné) sur la syphilis des nouveau-nés.

M. Rambaud demande l'avis du Cercle sur une question qui concerne l'hygiène publique. La semaine dernière il éprouva après son repas des maux de tête, des nausées, de la courbature, qu'il ne peut attribuer à autre chose qu'au vin qu'il a bu. Il a voulu s'assurer de la qualité de ce vin, il en a pris un verre qu'il a évaporé par l'ébullition, et il a trouvé un résidu qui semble formé par de l'orseille et de la résine. Le vin est donc falsifié ; que faire en ce cas ? Le Cercle décide que l'analyse de ce vin sera faite, et la plainte, s'il y a lieu, sera portée à l'autorité au nom du Cercle.

M. Sellier propose de voter des remercîments à M. Joulin, promoteur de l'institution du Cercle, et qui a déployé pour son installation tant de zèle et d'activité.

Cette proposition est accueillie par de chaleureux applaudissements.

La séance est levée à six heures du soir.

Le secrétaire, Dr A. P. Doumic.

Dans la séance du 30 octobre, MM. Doyère. des *Débats;* Bérigny, du *Moniteur des Comices* et Blanchet, de l'Institution des Sourds-Muets, qui avaient été omis par erreur sur la liste des membres fondateurs, y ont été rétablis par un vote de l'assemblée.

VARIÉTÉS.

Par arrêté royal du 24 octobre dernier, M. Fallot, président de l'Académie et du Congrès d'ophthalmologie, a été nommé commandeur de l'ordre de Léopold.

MM. E. Varlomont, secrétaire général du Congrès d'ophthalmologie ; Pierard, médecin à Charleroi ; Kluyskens, médecin à Saint-Gilles (Flandre orientale), et Garin, médecin à Tournay, ont été nommés chevaliers du même ordre. (*Presse médicale belge.*)

Le rédacteur en chef : H. de Castelnau.

Paris, — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 133. 5me ANNÉE. Jeudi, 5 Novembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et a l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 4 novembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

Discussion sur la statistique des causes de décès.

Il y a des mots qui tranchent un problème mieux que ne pourrait le faire une longue discussion. Dans la séance d'hier, M. le rapporteur a eu plusieurs de ces mots-là. Nous devons conserver ici les plus saillants avec d'autant plus de soin que d'autres membres de la commission les ont répétés, qu'ils traduisent par conséquent le véritable sentiment de la commission, et que, chose singulière, ce sentiment ne se trouve exprimé ni dans le rapport, ni dans les conclusions. Voici donc ce qu'a dit M. Guérard, quand il a été pressé par les vives argumentations de MM. Trousseau et Velpeau :

Les premiers éléments de statistique seront MAUVAIS. — Nous avons une révolution à faire. — Pendant quinze ou vingt ans, la statistique ne produira d'autres résultats que de montrer ce qu'on pourra faire plus tard.

Nous chercherons dans un instant quelle situation d'esprit doit trahir un pareil langage, et quelle valeur il peut avoir au fond. Ce qu'il nous faut d'abord faire remarquer, c'est qu'il est pour le moins étrange que la commission, ayant la pensée que la statistique ne pourra être bonne (et encore *peut-être*) que dans vingt ans, elle n'ait pas cru utile, nous dirons même indispensable, de faire part de ce sentiment à M. le Ministre, et qu'elle l'ait, au contraire dissimulé avec le plus grand soin. Qui pourrait, en effet, comprendre que, par cette déclaration si nette, qui forme la réponse à la première question ministérielle : « DANS L'ÉTAT *actuel de la science en France, une bonne statistique est possible et doit être mise à exécution* (1), » la commission a voulu dire que cette statistique serait ACTUELLEMENT *mauvaise*, et que pendant quinze ou vingt ans elle ne servirait qu'à montrer comment on pourra la faire plus tard ! Certes, il est toujours fort bien d'accorder beaucoup de perspicacité aux ministres, mais si l'excès en tout est un défaut, nous croyons qu'ici la commission a péché par excès

(1) *Mettre une statistique à exécution* nous paraît d'un néologisme un peu risqué; mais le sujet est trop grave pour qu'on se préoccupe de la forme ; aussi nous en tiendrons-nous au fond.

NOTICE HISTORIQUE

Sur la vie et les travaux d'Antoine Bernard,

Ancien professeur à l'école vétérinaire de Lyon, puis directeur de celle de Toulouse,

Par H. J. A. RODET, professeur à l'école vétérinaire de Lyon.

(Lu à la séance de distribution des prix, le 9 octobre 1857.)

— Suite —

Ce fut au *Recueil de médecine vétérinaire*, publié par l'école d'Alfort, que Bernard confia la plupart de ses premiers écrits ; mais, en 1838, fort de l'accueil si favorable qu'il avait déjà reçu comme écrivain, il eut assez de courage et d'amour de la science pour fonder un nouveau recueil, qu'il intitula *Journal des vétérinaires du Midi*, et qui existe encore sous ce même nom.

Le titre du nouveau journal avait été heureusement choisi. Il était un appel à l'amour-propre en même temps qu'au savoir des vétérinaires les plus éloignés de la capitale, et pour qui l'école de Toulouse devait être naturellement un centre ; il fut pour eux comme un mot de ralliement.

Quant au journal lui-même, il devint pour son fondateur une espèce de tribune d'où il répandit au loin et avec profusion les faits de sa pratique, surtout ses idées, ses principes, en échange des nombreux matériaux qui vinrent de toutes parts alimenter ses colonnes, et s'y vivifier sous sa puissante impulsion.

L'esprit et la verve du rédacteur se communiquant tout à coup aux abonnés, on vit bientôt une foule de praticiens, qui s'étaient contentés jusque-là d'observer pour leur propre compte, secouer la poussière de leurs notes pour exposer au grand jour le fruit de leur expérience, et concourir ainsi à l'œuvre commune en apportant chacun leur rayon au faisceau de lumière qui doit éclairer la marche de la science dans la voie du progrès.

Mais Bernard devait être autre chose qu'un excellent observateur et qu'un habile écrivain ; il fut aussi administrateur, et il me reste à vous le présenter sous cette nouvelle face.

Au moment où il songeait à la publication de son journal, un grand malheur vint frapper l'Ecole de Toulouse : Moiroud, chargé de la diriger depuis 1832, et qui, par son bon esprit et à force d'activité, avait réussi à l'établir dans une voie prospère, après y avoir déraciné bien des abus, Moiroud fut enlevé par une mort aussi inattendue que prématurée.

Sa perte faisait un vide bien difficile à remplir. On se demandait avec préoccupation à qui serait confié le lourd héritage qu'il laissait après lui, et tous les regards se tournaient vers celui qui avait été son ami, son condisciple, son compétiteur; vers celui qui l'avait déjà remplacé comme professeur à l'Ecole de Lyon, et qui depuis cette époque s'était acquis, par son talent et ses travaux, tant de droits à l'estime de ses collègues, tant de titres à la confiance du gouvernement.

Après quelques mois d'un état provisoire qui dura plus longtpems

Voyons maintenant ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette espérance que la statistique, mauvaise aujourd'hui, pourra être excellente dans vingt ans. Ceux qui nourrissent cette espérance font le raisonnement suivant ou un raisonnement équivalent :

Une administration qui commence, une invention à son début, ne peuvent produire ce qu'elles produiront quand on aura fait les premières écoles et recueilli les fruits de l'expérience. Que de gens qui ont cru que la fabrication du sucre de betterave, que les chemins de fer ne deviendraient jamais des faits pratiques ; et pourtant qui n'admire aujourd'hui ces deux immenses progrès?

Nous croyons que les honorables médecins qui raisonnent ainsi s'abusent. Les inventions dont il s'agit, comme toutes les nouveautés analogues, avaient une base certaine : l'existence d'un principe immédiat, d'une part, de l'autre l'existence certaine d'une force. Quand on part d'une base certaine, personne assurément n'a le droit d'affirmer que les moyens de la mettre en œuvre sont à tout jamais impossibles à trouver. S'il était possible, dans l'immense majorité des cas, d'établir avec certitude la cause de la mort, il serait possible, à la rigueur, qu'on parvînt à vaincre les obstacles matériels qui s'opposent à la constatation des causes de décès ; mais il s'en faut bien que ce soit là la situation de la statistique des causes de décès : ce qui pèche ici, c'est le fait fondamental, c'est la certitude du diagnostic : vous affirmez que vous parviendrez à extraire du sucre de la betterave lorsqu'il vous est encore impossible de démontrer qu'il y a même du sucre ; et lorsque vous dites que, dans vingt ans, vous pourrez faire une statistique excellente, vous admettez que, dans vingt ans, vous pourrez établir avec certitude le diagnostic de toutes les maladies mortelles, c'est-à-dire que vous avez l'espoir, ainsi que vous l'avez très bien dit, d'opérer en vingt ans une révolution médicale.

Or, s'il y a des révolutionnaires en médecine, et surtout en seméiotique, il n'y a pas de révolutions ; à peine y a-t-il des émeutes, et vous savez que les émeutes reculent les questions plus qu'elles ne les avancent. Ne vous bercez donc point de généreuses illusions : dans vingt ans la science du diagnostic pourra être plus avancée qu'elle ne l'est aujourd'hui ; elle le sera même, nous en avons le ferme espoir ; mais, ni dans vingt ans ni dans un siècle, elle n'en sera encore au point de permettre à la majorité des médecins de reconnaître avec certitude la majorité des causes de décès.

Cela posé, nous avons à constater et nous constatons avec satisfaction que la discussion d'hier a procédé avec un peu plus d'ordre que les précédentes ; MM. Trousseau et Velpeau en particulier ont jeté de vives lumières sur les points faibles, obscurs, ou mal étudiés, quoique tranchés par la *troisième rédaction* de la seconde conclusion et ces lumières ont été peu favorables à la statistique telle que l'avait entrevue la commission. Après une heure de discussion, la seconde réponse est restée en suspens, et la discussion renvoyée à la prochaine séance. Ce renvoi est d'un bon augure.

L'Académie a paru à peu près fixée sur les points suivants :

1° Impossibilité de faire rédiger les bulletins des cause de décès par des médecins vérificateurs ou cantonnaux, quand ils n'auront pas traité le malade ; en d'autres termes, condamnation de ce diagnostic posthume qui aurait donné ce qu'on pourrait appeler *la statistique des sorciers ;*

2° Rédaction des bulletins de décès par les médecins traitants, qui seront *invités* et non *obligés* d'adresser ces bulletins au maire, au préfet ou au ministre, peu importe.

Espérons que la discussion de mardi prochain rangera complétement l'Académie à cet avis, qui est déjà celui de MM. Velpeau, Trousseau, Devergie, etc. Une réponse dans ce sens ne corrigera certainement pas ce que la première conclusion offre de défectueux ; mais elle indique un moyen d'exécution qui, s'il ne conduit à rien n'aura pas du moins l'inconvénient d'engager l'administration dans des dépenses inutiles, et c'est déjà un grand point.

M. Bérard a planté dans cette séance un jalon où flottera un petit guidon anti-pancréato-émulsionnique (comme pourrait dire M. Piorry), jusqu'à ce que le nouvel et zélé expérimentateur vienne, dans un second mémoire, déployer largement son drapeau. Ce jalon consiste dans un petit flacon plein d'un chyle extrait d'un chien privé de pancréas.

M. Jeannel, en son nom et au nom de M. Monsel, a lu, sur l'émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins, un travail dont nous publierons dans notre prochain numéro un résumé étendu, mais dont il nous a été impossible de prendre une idée suffisante pour risquer une appréciation.

H. de Castelnau.

---

qu'on ne l'avait espéré, Bernard, en effet, fut nommé directeur de l'Ecole de Toulouse, par une ordonnance royale en date du 18 juillet 1838.

Quelques jours plus tard, installé dans ses nouvelles fonctions par le préfet de la Haute Garonne, il prononçait, à cette occasion, un discours qui impressionna vivement son auditoire, et dans lequel, après avoir payé un juste tribut de regrets et d'éloges à la mémoire de son prédécesseur, il faisait connaître aux élèves le plan de ses résolutions, la ligne de conduite qu'il se proposait de suivre dans ses rapports avec eux :

« Comme Moiroud, leur disait-il, je veux être pour tous un père, un ami, quelquefois un camarade, afin que, m'abordant avec plus de facilité, vous puissiez me communiquer vos besoins, me faire connaître les lacunes à remplir, les abus à réformer, car il s'en glisse dans toutes les administrations où l'on ne peut tout voir par ses yeux. Ces avis, je les recevrai de tous avec l'intention d'y faire droit ; mais il faut qu'ils soient donnés au grand jour. Point de ces sourdes menées qui dégradent l'homme, et ne servent souvent qu'à entretenir de basses jalousies et de lâches rivalités. Ce que l'on croit utile dans l'intérêt de tous, il faut avoir le courage de le dire haut et devant tous. Vous m'avez compris ; il me semble que c'est par là que j'ai déjà gagné une part de votre confiance : ce que j'aime, ce que j'estime le plus dans l'homme, c'est la qualité d'homme, la franchise et la loyauté. Vous y répondrez ; j'en suis sûr. »

Telle fut en partie, sa profession de foi devant l'école réunie tout entière pour entendre ce noble langage, fidèle reflet de son beau caractère et de ses sentiments élevés.

Admis moi-même comme professeur à l'Ecole de Toulouse, en 1838, peu de temps après l'installation de son nouveau directeur, j'ai vécu pendant près de dix ans sous son administration, et je puis affirmer qu'il n'a jamais failli aux engagements qu'il contracta dans cette circonstance solennelle.

La franchise, la loyauté, qu'il estimait si haut chez les autres, et qu'il recommandait si vivement à ses disciples, faisaient le fond de sa propre nature, et caractérisèrent tous les actes de sa vie administrative, comme ceux de sa vie privée.

Point de dissimulation, point de secret pour personne. Il étalait au grand jour tous ses plans, tous ses projets ; il disait tout haut et devant tous ce qu'il pensait des hommes et des choses. Il poussait même ces qualités si loin, qu'elles devenaient un défaut chez un chef d'établissement, pour qui une certaine réserve est toujours si nécessaire.

Bon et généreux, mais juste, impartial et sévère au besoin, comme tous les hommes d'un caractère ferme et d'une probité à toute épreuve, il avait, en matière de discipline, des principes inflexibles. Il pesait avec soin les fautes des élèves avant de les punir ; et, sans jamais déroger aux règlements, qu'il regardait comme une chose sacrée, il réservait sa rigueur pour les actions mauvaises, de nature à compromette la réputation de l'Ecole ou la considération de la grande famille des vétérinaires.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

PAR M. BAZIN,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

(Suite — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 122, 125 et 127.)

Etudions maintenant les variétés de siége de la teigne tonsurante, qui peut occuper le cuir chevelu, la face et le col, le tronc et les membres, enfin, les parties sexuelles.

Cuir chevelu. — C'est au cuir chevelu que l'affection parasitaire que nous étudions ici a été observée pour la première fois; c'est la *teigne tondante* des Mahon, la *porrigine tonsurante* d'Alibert, l'*herpès tonsurant* de M. Cazenave. En quoi la teigne tonsurante de cette région diffère-t-elle de la teigne tonsurante en général? C'est ce que nous devons examiner, et, pour cela, il nous faut revenir sur les divers symptômes qui appartiennent à chacune des trois périodes.

Le début a lieu ordinairement par de l'herpès en groupes à marche excentrique. On voit, dans la plupart des cas, des petites plaques, ordinairement circulaires, qui occupent différents points de la tête et qui s'étendent graduellement, par le développement de nouvelles vésicules, à la circonférence, finissent par se réunir, et la maladie recouvre une grande partie de la tête. Mais les groupes herpétiques peuvent se disposer autrement qu'en cercles, et on a alors non plus la variété circinée, mais les variétés ponctuées et rayonnées (*punctata, gyrata*).

D'autres fois, le pityriasis est le premier phénomène qui se manifeste au cuir chevelu; mais peut-être les squammes qui caractérisent cette affection sont-elles précédées de vésicules éphémères; de là, sans doute, le nom d'herpès squammeux donné à cette manifestation du trichophyton. Enfin, sur la tête, comme à la face, l'herpès circiné peut être le premier signe de germination du cryptogame; mais ce mode de début est plus rare, et il paraîtrait même que M. Devergie n'aurait jamais eu l'occasion de l'observer. Aussi notre honorable collègue ne craint-il pas d'affirmer (*Traité pratique des maladies de la peau*, 2e édit., p. 506), que l'herpès circiné n'existe pas à la tête. C'est une des nombreuses erreurs échappées à notre confrère, et que M. Deffis a pris soin de relever dans une brochure récente que je vous engage à consulter.

Et pourquoi l'herpès circiné n'existerait-il pas à la tête comme sur toute autre région du corps? Je pense que cette affection n'y est pas aussi rare qu'on le croit généralement, mais qu'elle est moins facile à distinguer, à cause de conditions anatomiques toutes particulières; c'est ce que nous observons tous les jours pour l'érysipèle et l'érythème, dont la rougeur est habituellement si peu accusée à la tête.

M. Devergie a donc eu tort de nier l'existence de l'herpès circiné au cuir chevelu, et pour le mieux convaincre de son erreur, M. Deffis a pu citer, entre plusieurs autres, une observation très probante dont je vous ai déjà parlé à propos du favus : il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, traitée au dispensaire de l'hôpital pour une teigne achromateuse, et qui contracte sur les genoux de l'épileur la teigne tonsurante. Le début de cette dernière affection parasitaire fut signalé par une douzaine de très beaux cercles herpétiques occupant tout le cuir chevelu.

Ainsi donc, l'herpès en groupes, ou herpès tonsurant des auteurs, l'herpès squammeux, l'herpès circiné, appartiennent au début de la teigne tonsurante, qui occupe le cuir chevelu. J'ajoute que les altérations primitives des poils sont habituellement observées à cette même époque, mais elles ne diffèrent en rien de celles que nous avons assignées à la première période de la teigne tonsurante en général.

Plus tard, les poils se brisent, et immédiatement ils se recouvrent de leurs gaînes blanches, comme nous l'avons déjà dit. Alors la maladie passe à la deuxième période, et l'on voit sur la tête une ou plusieurs tonsures des mieux caractérisées; les surfaces malades sont saillantes dans leur totalité; elles sont aussi légèrement rugueuses, et ont un aspect mamelonné, chagriné, dû sans doute, comme nous l'avons déjà dit, à l'érection des follicules pileux.

La couleur tégumentaire est également modifiée dans presque tous les cas; elle est bleuâtre, ardoisée chez les sujets bruns; plutôt grisâtre, rougeâtre ou jaune quand la chevelure est blonde. Au point de vue du diagnostic, vous ne sauriez attacher trop d'importance à ce signe, qui n'appartient à aucune autre affection du cuir chevelu. Il est d'autant plus mar-

---

Indulgent pour les fautes légères, mais sans pitié pour les vices du cœur, il était aussi l'ennemi de la paresse. Il ne tolérait pas longtemps les élèves sans expérience, dépourvus de zèle, de bonnes intentions ou de capacité. Il voulait, avant tout, de l'ordre, du travail, de fortes études, et il savait pénétrer de cet esprit tous les professeurs, tous les fonctionnaires chargés de le seconder.

Bernard était un homme d'une trop grande valeur pour avoir de la morgue; mais il avait aussi trop de dignité pour chercher à être populaire. Il remplissait avec la conscience d'un homme de bien tous les devoirs de sa tâche; il n'avait d'autre but que l'avenir de la science; d'autre désir que la prospérité de l'Ecole dont les destinées lui étaient confiées.

Ce n'est pas en quelques années que l'on crée et que l'on complète un établissement aussi important que les nôtres; il faut pour cela beaucoup de temps, beaucoup d'argent, et le concours de beaucoup de monde.

L'Ecole de Toulouse, récemment construite au moment où Bernard en prit la direction, était encore inachevée, même dans ses parties essentielles : tout ce qui tenait au service des animaux malades, aux cours d'anatomie, de physique, de chimie, était insuffisant ou provisoire; il n'y avait pas même de jardin botanique.

Mais ces nombreuses lacunes ne tardèrent pas à se combler sous la main du nouveau directeur, et grâce à la puissante intervention de M. Yvart, qui venait d'être nommé inspecteur général des écoles vétérinaires, et qui eut toujours la plus grande sympathie pour l'école naissante, ainsi que pour Bernard lui-même, son ancien condisciple à l'école d'Alfort.

C'est à l'heureux concours de ces deux intelligences que l'Ecole de Toulouse doit d'avoir été mise en si peu de temps sur le même pied que ses sœurs aînées, malgré les obstacles de toutes sortes qu'elle rencontra dès ses premiers pas, et qui menacèrent de la compromettre jusque dans son existence.

Elle venait enfin d'entrer dans une ère nouvelle; elle ne cessa dès lors, de se faire remarquer pour la bonne impulsion donnée à ses études, surtout par un esprit d'ordre et de sage économie qui attira maintes fois à son directeur les éloges de l'administration supérieure.

Mais Bernard, il est temps de le dire, avait besoin, plus que tout autre, d'être secondé dans les nombreux détails de son administration. Toujours malade, toujours en proie à la douleur, il ne pouvait tout voir, tout contrôler par lui-même.

Oui, messieurs, cette organisation si puissante, cet homme qui déploya tant d'activité, et dont la plume produisit tant de travaux importants, était atteint d'une maladie qui devait l'emporter, et qui, pendant douze ou quinze ans, fut pour lui une source de souffrances continuelles.

Sa santé était déjà gravement compromise avant l'époque où il accepta la direction de l'Ecole de Toulouse, ainsi qu'on peut en juger par un discours qu'il prononça sur la tombe de Moiroud, et dans lequel il lui adressait ces touchantes paroles :

qué que la maladie est arrivée depuis plus longtemps à la deuxième période, et il se voit surtout très bien quand la tête du malade a été nettoyée, et qu'une première épilation a été faite. C'est aussi un des signes qui disparaissent le plus tardivement. Aussi peut-il indiquer assez exactement à quel moment il faut cesser l'épilation dans cette espèce de teigne; quand les parties malades ont repris une couleur qui ne tranche pas sensiblement sur celles des parties environnantes, on peut déclarer que le malade est parfaitement guéri.

Que deviennent les tonsures à la troisième période de l'affection parasitaire? Elles se dénaturent à tel point qu'il est souvent impossible de les reconnaître. Le champignon gagnant en profondeur, comme nous l'avons déjà dit, détermine alors une inflammation profonde dans les follicules pileux; des éruptions pustuleuses, souvent très confluentes, paraissent et recouvrent plus ou moins complétement les surfaces malades. Bientôt ces pustules sont remplacées par des croûtes jaunâtres, foncées, luisantes, humides, présentant, en un mot, tous les caractères assignés par les auteurs aux croûtes impétigineuses. Aussi, à cette période, la maladie parasitaire est-elle presque toujours confondue avec les scrofulides bénignes, exsudatives du cuir chevelu, et quelquefois aussi avec le favus, dans les cas où les croûtes sont moins foncées en couleur et plus sèches.

Les plus habiles et les plus instruits peuvent s'y laisser prendre, et nous-même ne serions point absolument à l'abri de semblables erreurs, si nous ne savions par expérience combien la difficulté du diagnostic différentiel est grande en pareil cas, et si nous n'avions, pour nous tirer d'embarras, l'examen microscopique. Déjà je vous ai parlé de ce petit malade affecté de teigne tonsurante du cuir chevelu, et que je croyais atteint de scrofule, tandis que M. Deffis le croyait atteint de favus, et sur les cheveux duquel nous trouvâmes, au microscope, les éléments très évidents du tricophyton. Mais le microscope doit être employé comme dernière ressource, et, autant que possible, il faut apprendre à s'en passer. On doit étudier les malades avec le plus grand soin, et ne pas se borner à l'examen des surfaces couvertes de croûtes, car c'est souvent ailleurs qu'on trouve un signe ignoré du malade et d'une importance capitale pour l'établissement du diagnostic. J'ai reçu, il y a quelques mois, un enfant de neuf à dix ans (couché actuellement au n° 50), dont toute la tête était couverte de croûtes impétigineuses. A la première vue, je le crus atteint d'une scrofulide du cuir chevelu, et je l'admis dans mon service. Le lendemain, à la visite, je l'observai de plus près, et, frappé de la régularité et de la disposition circulaire des croûtes d'impétigo, comme aussi de l'absence de toute altération de la peau, à la face interne du pavillon de l'oreille, la pensée me vint que l'impétigo pouvait bien être de nature parasitaire, et je cherchai, avec tout le soin possible, quelque altération caractéristique. Or, après un examen de quelques minutes, je découvris à la nuque, au niveau de l'origine des cheveux, une petite surface moitié moins étendue qu'une pièce de 20 centimes, et sur laquelle on voyait manifestement quelques poils brisés et entourés de champignons. Je fus donc fixé immédiatement, et l'enfant, confié depuis cette époque aux soins de l'épileur, est aujourd'hui en état de quitter le service.

Face et col. — Sur la face et le cou, le début de la teigne tonsurante a ordinairement lieu par de l'herpès circiné ou des disques érythémateux dont le nombre et la dimension sont très variables, et qui peuvent occuper tels ou tels points de la région. On trouve assez souvent l'éruption primitive répandue dans les diverses parties de la face, excepté toutefois aux environs de la ligne médiane. La région sous-maxillaire et la nuque sont souvent aussi affectées en même temps que le visage. Quelquefois une petite plaque circulaire de la dimension d'une pièce de 1 franc ou de 50 centimes est située au devant de la ligne d'implantation des favoris. Plus rarement on voit un cercle herpétique d'un diamètre considérable et ordinairement incomplet, étendu de la région mastoïdienne gauche à la même région du côté droit, comprenant dans sa concavité les joues, le menton et la moitié supérieure du cou, toutes parties qui peuvent être en même temps couvertes d'anneaux ou de disques d'un moindre diamètre.

L'herpès en groupes et l'herpès squammeux sont beaucoup moins communs à la face qu'au cuir chevelu; ils peuvent néanmoins s'y montrer, et quelquefois, se combinant avec l'herpès circiné, ils envahissent de larges surfaces, et offrent, dans cette extension plus ou moins rapide, les dispositions que nous avons indiquées au cuir chevelu.

A la deuxième période, des plaques pityriasiques se forment, et les poils cassés et engaînés se montrent en même temps. C'est ordinairement au centre des cercles herpétiques, et à mesure que la rougeur disparaît à la circonférence, qu'on voit paraître les premiers signes qui indiquent le passage de

---

« Quand la mort est venue si brusquement nous séparer, j'ai cru qu'elle se trompait. Toi si fort, si plein de vie; moi faible, à moitié courbé vers la terre, tu as reçu le coup qui paraissait m'être destiné. »

Tout sembla se réunir pour accabler Bernard : affection nerveuse, maladie de l'appareil digestif, lésion des voies urinaires, altération du système osseux lui-même.

Ce n'est pas tout encore : les souffrances amenant peu à peu les infirmités, il lui fut bientôt impossible de marcher sans soutien, et, pendant longtemps il ne sortit qu'avec le secours de mon bras. Il aimait à me le demander; j'étais heureux de le lui offrir.

Mais pendant que ses forces physiques s'épuisaient sous le poids d'une douleur incessante, celles de son âme conservaient toute leur énergie. La matière, dans cette organisation d'élite, succombait aux coups redoublés d'une maladie mortelle, tandis que l'intelligence y restait puissante, entière, inaccessible à la douleur.

C'était un contraste frappant que cette figure calme, imposante, pleine de distinction, de noblesse et de vie, sur ce corps débile, chancelant et brisé par la souffrance.

Dans cet état de santé déplorable, et qui s'aggravait de jour en jour, Bernard conservait non-seulement toute son activité d'esprit, mais aussi toute la sérénité de son âme.

Sa main, sans cesse arrêtée par l'aiguillon de la douleur, laissait à chaque instant tomber sa plume, mais bientôt elle la reprenait, et c'est ainsi qu'il écrivait ces charmantes pages dont je vous parlais tout à l'heure, et où la pensée la plus calme s'enveloppait si souvent sous la forme la plus gracieuse et la plus enjouée.

Esprit essentiellement judicieux et synthétique, Bernard parvenait, avec une facilité admirable, et même au milieu de ses angoisses, à dépouiller la vérité de cette abondance de mots, de cette prolixité de détails sous lesquels on l'assombrit trop souvent, et il réussissait ainsi à la faire apparaître simple et pure comme la source d'où elle émane.

Son terrain de prédilection était celui de la polémique, et l'on peut assurer que jamais champion ne combattit avec une courtoisie plus parfaite, avec des armes plus loyales. Mais sa dialectique n'en était pas pour cela moins mordante, ni ses coups moins redoutables, et parmi les blessures qu'il fit, non pour imposer son opinion, mais dans l'intérêt de la science, il y en eut qui furent bien profondes et bien lentes à cicatriser.

Dans ses rapports avec ses amis, Bernard se montrait d'abord froid, sobre de paroles, mais bientôt il s'animait, et il devenait alors extrêmement attrayant par la finesse de ses aperçus, par l'originalité de ses réflexions, la causticité de son esprit et les bons mots dont il savait si bien assaisonner ses conversations.

On a dit que Bernard était un esprit sceptique, ne croyant pas même à la médecine. J'avance que je n'ai jamais bien compris cette singulière accusation.

(*La fin au prochain numéro.*)

la maladie à la deuxième période. La peau est rugueuse et chagrinée comme au cuir chevelu; les surfaces sont légèrement saillantes, mais n'offrent aucun changement de couleur.

La troisième période est caractérisée, non plus seulement par des éruptions pustuleuses, mais aussi par tous les degrés du sycosis. Ce sont des noyaux indurés, des tubercules cutanés ou sous-cutanés, des furoncles qui tantôt occupent une portion très limitée, et tantôt, au contraire, la plus grande partie de la face, se mélangeant aux papulo-pustules que des poils traversent à leur centre, et auxquels les disciples de Willan attachent tant d'importance. Chez certains malades, ces pustules sont extrêmement rares, et on a de la peine à en découvrir quelques-unes; gardez-vous de croire qu'en pareil cas, l'affection est moins sérieuse et la guérison plus facile à obtenir. Une tuméfaction parfois considérable de la face résulte de la présence des pustules, des tubercules et des furoncles; les traits peuvent devenir méconnaissables, l'exercice de la parole pénible, et la fonction de la mastication impossible.

Tronc et membres. — L'herpès circiné, les disques érythémateux, le lichen circonscrit, sont à peu près les seules éruptions primitives qu'on observe sur le tronc ou sur les membres; et presque toujours, à cause du peu de développement des poils, le champignon avorte, et la maladie ne dépasse pas la première période.

Parties sexuelles. — Les trois périodes de la teigne tonsurante sont réunies en cette région. Au centre d'un cercle herpétique, se trouvent des poils brisés et engaînés, parfois difficiles à distinguer des débris épidermiques ordinairement abondants qui les environnent; un peu plus loin, ce sont des pustules ou des tubercules. Dans les deux sexes, la maladie revêt le même aspect, les poils offrant à peu près le même degré de développement. Et tout ce que nous disons là peut également s'appliquer aux régions axillaires où les conditions anatomiques de la peau sont très peu différentes.

Etiologie. — Je partage les causes en prédisposantes et efficientes.

Causes prédisposantes. — Elles doivent être rapportées, comme celles du favus et des autres teignes, à des conditions physiologiques, hygiéniques et pathologiques. J'aurai peu de chose à ajouter à ce que j'ai déjà dit à ce sujet. Je rappellerai seulement l'influence de l'âge. Chez les enfants, la teigne tonsurante occupe presque toujours le cuir chevelu; chez les adultes, elle est rare en cette région et fréquente à la face. La femme, comme l'enfant, est rarement affectée de teigne tonsurante de la face, et, si le champignon germe en cette région, la maladie ne dépasse point la première période, à moins cependant qu'il n'y ait un développement exceptionnel des poils. Aux parties sexuelles, où les conditions pileuses sont les mêmes chez l'homme et chez la femme, la maladie suit la même marche et se montre à peu près avec le même degré de fréquence. En résumé, toutes les causes physiologiques prédisposantes se réduisent à des conditions plus ou moins favorables que présente le système pileux. Le tempérament et la constitution n'exercent pas d'influence sur la teigne même, mais seulement sur les éruptions symptomatiques. Les sujets lymphatiques ont ordinairement des affections vésiculeuses ou pustuleuses, tandis que les tubercules et les furoncles se rencontrent plus souvent chez les hommes sanguins et fortement constitués. Enfin, parmi les maladies constitutionnelles, la syphilis seule paraît prédisposer à la teigne tonsurante.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE ANALYTIQUE.

MÉDECINE.

Quelques remarques théoriques et pratiques sur la fièvre typhoïde,

Par le Dr P.-V. Renouard.

La question de la fièvre typhoïde a eu ses grands jours d'agitation académique, tout comme celle de la méthode sous-cutanée, des kystes de l'ovaire, de l'anesthésie, etc. Qui ne se souvient de ces brûlants débats qui surgirent en 1836 entre la méthode des saignées coup sur coup et les divers traitements mis en usage contre cette terrible maladie? Pour mettre fin alors à une discussion qui revêtait les allures d'une controverse acrimonieuse, l'Académie ne vit rien de mieux à faire que d'en appeler au jugement de la statistique, et la statistique attribua ni plus ni moins à chaque prétendant la même somme de succès et d'insuccès. Ainsi finit cette lutte qui avait divisé le monde médical en trois ou quatre camps, et, disons-le, malheureusement sans profit aucun pour la science.

Dieu merci! l'auteur du petit travail que nous avons sous les yeux n'a pas la prétention de réveiller une polémique depuis longtemps éteinte, et, encore moins, de faire un travail magistral sur la matière; il vient modestement soumettre à la prudence des praticiens les résultats d'une heureuse clinique, en les invitant à faire l'épreuve de sa médication, avant de porter le moindre jugement sur son efficacité.

Après avoir récapitulé les recherches nécroscopiques de nos divers observateurs dont il a laborieusement compulsé les écrits, il arrive à cette conclusion générale qu'il n'existe aucune lésion assez constante et assez grave qui puisse rendre raison de la mort dans tous les cas de fièvre typhoïde; ou du moins que si une telle lésion existe, elle n'a pas encore été constatée sur le cadavre.

Cependant, frappé de l'opinion émise par plusieurs auteurs que l'invasion des maladies fébriles est toujours accompagnée d'un certain degré de splénisation de quelques-uns des viscères parenchymateux, opinion que les observations récentes de M. le docteur Woilez ont élevée au rang de vérité démontrée par l'ingénieux procédé de la mensuration, il fut conduit, par le raisonnement, à appliquer à la fièvre typhoïde une médication si puissante pour détruire l'engouement du poumon, c'est-à-dire la médication stibiée. Non pas qu'il pense que ce soit dans l'occurrence un remède spécifique, mais bien un agent thérapeutique qui satisfait à une des indications des plus importantes, celle de pré enir et de dissoudre les congestions viscérales, accompagnement inévitable et souvent mortel de la fièvre typhoïde. En arrachant, dit-il, le malade à ce premier danger, on donne le temps aux lésions, moins promptement funestes de l'intestin et d'autres organes, d'arriver à la guérison qui est leur tendance habituelle.

Une longue série de faits cliniques propres à l'auteur et les recherches faites sur un plus vaste champ, par M. Mœring, durant le typhus d'Orient (1), viennent heureusement, à la suite de ses assertions, pleinement confirmer l'efficacité du tartre stibié dans une affection si souvent rebelle à toutes les autres médications.

Loin de profiter de la circonstance pour faire de l'érudition sur une thèse inépuisable, nous suivrons l'exemple de notre laborieux confrère qui a consigné dans quelques pages beaucoup d'excellentes choses, en nous bornant à dire que la médication stibiée dans le traitement de la fièvre typhoïde nous paraît, comme à lui, réaliser un véritable progrès.

Dr A.-L. Roux.

(1) En admettant même, comme le prétendent quelques auteurs, qu'il n'y ait pas identité de nature entre ces deux affections, toujours est-il qu'il existe entre elles de grandes analogies.

DES HABITUDES DANS L'ARMÉE

CONSEILS AUX MILITAIRES ET AUX JEUNES GENS

Par M. le docteur VINCENT, médecin-major au 7e chasseurs.

Ce petit livre est plutôt une œuvre philosophique qu'une étude médicale. L'auteur, du reste, nous l'apprend à la fin de son travail. « Pour être complet dans cette vaste question des habitudes, il nous resterait encore à parler de celles qui, dans les traités généraux d'hygiène, sont comprises sous le titre d'*habitudes morbides.* A cet effet, nous n'aurions rien de mieux à faire que de résumer les savants aperçus si brillamment développés par M. Michel Lévy, dans son *Traité d'hygiène.* Mais comme toutes ces considérations nous semblent rentrer dans le domaine médical, nous craindrions d'encourir en cela les reproches que Richerand adresse avec raison aux livres de médecine populaire. Sans incriminer l'intention des auteurs de ces écrits, nous ne connaissons que trop les effets déplorables de ces publications, toujours mal comprises et faussement interprétées, pour ne pas chercher à éviter un semblable écueil. »

Nous avons cité ce passage pour donner une idée exacte du but que l'auteur s'est proposé en écrivant ce livre. C'est une œuvre qui s'adresse à une classe spéciale de la société, et, à ce titre, il peut sembler étrange d'en parler ici.

La pratique de la médecine entraîne celui qui l'exerce à des études en apparence étrangères aux exigences professionnelles, études qu'il serait fâcheux de voir négliger par le corps médical. Depuis quelques années il existe une tendance remarquable à s'occuper des masses, et surtout à les moraliser. Quel est l'homme mieux placé que le médecin pour entreprendre cette grande œuvre? Une abstention de notre part ne serait-elle pas un malheur pour la société et une perte de considération pour le corps médical? Ce sont donc là des tentatives qui doivent être encouragées, et nous sommes heureux d'ajouter un nom de plus à la liste des médecins qui se sont distingués dans cette voie.

L'ouvrage du docteur Vincent est donc un livre de médecine populaire s'adressant spécialement aux militaires. Il se recommande, surtout, par l'honnêteté et le savoir qu'y montre l'auteur. On ne peut, en effet, lui reprocher aucune arrière-pensée de spéculation, le grade qu'occupe l'auteur dans la médecine militaire ne peut laisser aucun doute sur ce sujet. De plus, en lisant ce travail, on sent l'homme convaincu et qui, frappé des vices dont il est chaque jour le témoin, a voulu, avec l'autorité que lui donnent sa position et ses connaissances, élever la voix pour s'efforcer d'arrêter le mal. Ce petit livre est très utile à lire d'un bout à l'autre; mais nous recommandons spécialement le chapitre sur le *libertinage.* On y trouvera un tableau très émouvant parfois, des maladies qui résultent de la débauche. Ce chapitre, comme tous les autres, se distingue par des connaissances littéraires qui font honneur à l'auteur.

Nous nous résumerons en disant que ce petit livre est appelé, nous le croyons, à un succès, surtout dans la classe d'hommes à laquelle il s'adresse plus spécialement. Nous serons très heureux de prédire juste, et si cela arrive, nous souhaitons la même chance à l'ouvrage un peu plus scientifique que l'auteur nous promet.

Dr ELLEAUME.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 novembre 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

—

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 et 1856 dans les départements de l'Hérault et de Vaucluse. (Comm. des épidémies).

Plusieurs recettes de remèdes secrets et nouveaux. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Note de M. le docteur E. SANTON, de Saint-Hippolyte-sur-le-Doubs, relative à un nouveau procédé de réduction des luxations de l'épaule. (Comm., M. Malgaigne.)

Mémoire sur le traitement de la pustule maligne, par M. le docteur GOUPIL, membre correspondant de l'Académie à Nemours. (Comm., MM. Delafond, Trousseau et Nélaton.)

Mémoire sur la guérison des tranchées utérines qui accompagnent souvent la menstruation, par la belladone administrée en suppositoire, par M. le docteur LEPETIT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers. (Comm., MM. Cruveilhier, Boudet et Danyau.)

Note de M. le docteur A. LEGRAND, sur la curabilité relative des scrofules des os. (Comm., M. Laugier, s'il y a lieu.)

Lettre de M. LEROY D'ETIOLLES, qui prie l'Académie de lui accorder la parole pour la lecture d'un mémoire sur la lithotritie.

M. DEVERGIE, membre de l'Académie, adresse un contre-projet en réponse aux questions de M. le ministre relatives à la statistique nosologique des causes de décès. (Renvoyé à la commission.)

M. le docteur PELLETIER, de Bar-le-Duc, et M. le docteur MAIRE, du Havre, adressent des observations à l'Académie sur le même sujet.

LECTURE.

M. le docteur JEANNEL donne lecture d'un mémoire sur l'*émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins.* (Nous en donnerons prochainement un résumé étendu.)

EXTIRPATION DU PANCRÉAS.

M. BÉRARD a la parole pour une communication :

Messieurs, le liquide blanc, opaque, que renferme cette fiole est du chyle; et ce chyle provient de la citerne d'un chien, sur lequel a été pratiquée l'ablation du pancréas, et qui vous a été présenté par M. Colin et par moi. Ce chyle a d'ailleurs été recueilli en présence de MM. Duméril, Wurtz, Delafond, et de nombreux élèves de l'Ecole d'Alfort.

Ce chien n'a pas été le seul qu'on ait sacrifié; chez un autre qui fut ouvert en présence de MM. Ségalas, Cloquet, Jobert, Longet et Wurtz, on trouva les chylifères turgides, la citerne pleine de chyle. Or, ce chyle qu'on recueillit ainsi, on s'avisa de le faire bouillir dans l'eau, et l'on en retira la quantité de graisse que voici. (Le savant physiologiste montre un flacon qui peut contenir cent grammes de graisse.)

Je n'ai voulu, ajoute M. Bérard, que présenter à l'Académie un produit dont la décomposition est rapide, me réservant de faire mon rapport plus tard.

DISCUSSION SUR LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

M. GUÉRARD a la parole pour lire et développer la deuxième conclusion, modifiée, de son rapport en réponse aux demandes du Ministre.

« *Deuxième conclusion.* — Pour faciliter cet enregistrement régulier des causes de décès, il convient :

» 1° De généraliser l'institution des médecins vérificateurs (5e *question*) ;

» 2° De créer des médecins cantonnaux chargés de donner des soins médicaux aux malades pauvres des campagnes ;

» 3° De ne permettre l'inhumation que sur la présentation par la famille du défunt d'un certificat du médecin traitant qui atteste la réalité du décès.

» Le médecin traitant rédigera en outre un *bulletin indicateur de la cause du décès*, dont il fera l'usage énoncé à l'article 8.

» A défaut du médecin traitant, le médecin vérificateur des décès ou le médecin cantonnal seront chargés d'office par l'administration locale de la délivrance du *certificat* et de la rédaction du *bulletin indicateur.* »

Dans cette deuxième conclusion, ajoute M. Guérard, la commission a voulu sauvegarder la dignité et l'indépendance du corps médical.

Quant à la condition imposée par le troisième paragraphe de ne permettre l'inhumation que sur la présentation d'un bulletin émanant du médecin traitant, ce système fonctionne dans l'arrondisse-

ment d'Avranches, et cela, sur la demande même du conseil d'hygiène et de salubrité.

M. Cloquet fait observer que cette conclusion laisse à supposer que le malade a été traité, tandis qu'on sait qu'il est un grand nombre de malades qui meurent sans secours médicaux.

M. Guérard. C'est précisément pour cela qu'il est nécessaire de généraliser l'institution des médecins cantonnaux. Maintenant si le malade n'a pas été traité, l'autorité envoie le médecin vérificateur des décès.

Toutes les fois donc qu'il y aura eu un médecin traitant, il donnera lui-même le certificat de décès réclamé par l'administration; mais quand il n'y aura pas eu de médecin traitant, ce sera le médecin vérificateur des décès, dans les villes, le médecin cantonnal, dans les campagnes, qui donnera ce bulletin.

M. Desportes. La commission fait une confusion déplorable. Il ne s'agit pas des bulletins de décès, mais de la confection du bulletin servant à la statistique. Il est évident que le médecin traitant a seul capacité pour cela.

Qu'on abandonne à l'administration la constatation du décès, mais qu'on laisse au médecin traitant seul le soin de délivrer le bulletin qui pourra servir à la statistique, car il ne sera pas fait sur des *ouï-dire*.

M. Guérard. Je répète que c'est le médecin traitant qui donnera ce bulletin. Mais, à son défaut, ce sera le médecin vérificateur qui le donnera. Et ce bulletin, rédigé en présence du cadavre, aura encore une certaine valeur.

M. Devergie. Je trouve dans la nouvelle rédaction les inconvénients les plus graves. Vous demandez au médecin traitant le bulletin de la cause de la mort; mais vous n'en avez pas le droit : il faut une loi pour cela. Et, d'ailleurs, pouvez-vous exiger de lui, dans un cas donné, la divulgation d'un secret de famille?

Vous ne pouvez imposer de telles fonctions qu'au médecin vérificateur des décès; car, celui-là, c'est l'homme de la loi. Cependant, on sait que le plus souvent, ce dernier médecin établit la cause de la mort en compulsant les ordonnances. Demandez donc au médecin traitant son avis sur la cause du décès, mais ne l'obligez pas à vous le donner.

En résumé, c'est un mauvais système que de vouloir, d'une part, contraindre le médecin traitant, et, d'autre part, étendre l'institution des médecins vérificateurs.

M. Guérard. L'Académie veut ou ne veut pas; or, qui veut la fin, veut les moyens. Nous avons donc modifié la deuxième conclusion de manière à sauvegarder l'indépendance et la dignité de nos confrères. — On a dit que le médecin vérificateur était l'homme de la loi; mais tous nos confrères sont des hommes de la science, et c'est à ce titre qu'ils rédigeront le bulletin, si c'est une chose nécessaire et qu'on le leur demande au nom de la science.

M. Trousseau. Je ne prends la parole que pour appuyer la proposition faite par M. Velpeau dans la dernière séance.

La commission demande que le médecin traitant constate la mort du traité. Mais chacun de nous a traité des malades qui sont morts et doit savoir que ce n'est pas toujours chose facile que de venir constater un décès au milieu d'une famille qui pleure l'un de ses membres. La réception serait parfois souverainement injurieuse. Que serait-ce donc au fond des campagnes?

Nous parlons, d'ailleurs, de ces constatations des gens de Paris; mais à Bordeaux, à Marseille, à Lyon, cette constatation pourra demander une course d'une demi-heure, d'une heure et davantage. Dans tel département, celui du Gers, par exemple, la constatation d'un décès pourra exiger une course de quarante kilomètres. Si vous obligez le médecin traitant à la faire, qui le payera? car, enfin, il faut bien le dire ici, vous n'avez pas le droit d'imposer à un médecin, qui vit de son travail, de perdre ainsi sa journée. Et si vous voulez qu'il constate la mort de ses malades, par qui lui annoncerez-vous cette nouvelle? sera ce par le garde champêtre, par les gendarmes, qui ne trouveront pas toujours notre médecin? de sorte qu'il se passera ainsi plusieurs heures.

On a parlé aussi des médecins cantonnaux, et M. Michel Lévy vous a dit que l'institution marchait bien en Alsace; mais je sais, quant à moi, que la rétribution accordée à ces médecins en certains lieux est tout à fait indigne.

Je demande que la constatation des causes de décès soit remise uniquement aux soins du médecin traitant, qui énoncera cette cause, non point sur-le-champ, mais dans le courant de la semaine du décès, et pourra la faire inscrire à la mairie, sur un tableau dressé à cet effet.

Que si, dans un centième de cas, il y avait à redouter la divulgation d'un secret de famille, il mettrait alors : *cause inconnue*.

Je me range donc à l'opinion de M. Velpeau.

M. Guérard. M. Velpeau, si j'ai bonne mémoire, nous a parlé du danger qu'il y avait à introduire un médecin étranger, qui s'immisce parfois d'une façon fâcheuse dans les détails du traitement et les improuve quelquefois par son silence même. C'est pourquoi il ne voulait pas qu'on généralisât l'institution des médecins vérificateurs. Mais nous n'avons pas à discuter ici cette institution qui fonctionne depuis longtemps et a rendu des services à l'administration.

D'un autre côté, M. Trousseau a accumulé, comme à plaisir, les difficultés de constatations de la mort. J'ai cependant cité l'arrondissement d'Avranches, où fonctionne régulièrement le service de constatations de la réalité des décès. Il y aura, d'ailleurs, des cas dans les maladies chroniques, la phthisie, par exemple, où la mort, étant probable, le médecin pourra donner par avance son permis d'inhumation.

En réalité, je crois que les premiers résultats statistiques que nous obtiendrons par tous ces moyens seront assez mauvais, mais qu'ils s'amélioreront progressivement, et qu'on en pourra tirer plus tard d'heureuses indications pour la géographie médicale.

Quant à la question du permis d'inhumer, la commission a eu en vue l'intérêt des populations et a voulu éviter qu'on enterrât des individus vivants encore.

M. Velpeau. — Il y aurait danger à brusquer le vote de cette deuxième conclusion qui me semble grosse d'inconvénients.

Il est incontestable que le médecin traitant ne peut pas aller constater la réalité du décès. Quant au permis d'inhumer, il est utile, mais je ne voudrais pas que la famille y fût obligée. C'est le maire que cela doit regarder.

Maintenant cette constatation des causes de décès étant obligatoire pour le médecin traitant ou pour un autre, à quoi conduira-t-elle scientifiquement? à savoir la cause de la mort : on ne la saura pas. — M. Trousseau l'a fait voir, le médecin cantonnal habite le canton, dans lequel il doit rayonner en tous sens, de sorte qu'un grand nombre d'heures se passeront nécessairement avant la constatation de la réalité de la mort, et que cette constatation sera le plus souvent impossible avant l'inhumation. Il arrivera donc, à plus forte raison, dans les campagnes, ce qui arrive à Paris, où l'on donne souvent le bulletin de vérification sans constater la mort.

On sait qu'il est à Paris un lieu, le bureau central, où sont réunis des médecins et des chirurgiens instruits, et où l'on se contente d'indiquer les affections médicales par le mot *fièvre* et les lésions chirurgicales par celui de *blessures*. Eh bien, par le projet de la commission, l'on n'obtiendra qu'un pareil résultat en général. Il faut donc, en conséquence, que l'indication de la cause du décès soit donnée par le médecin traitant, non point à la famille, mais à l'administration, et sous un pli cacheté. Par là seulement on obtiendra des renseignements précis.

Je demande donc qu'on formule cette idée par cet article bref et précis :

« La cause du décès sera indiquée par le médecin traitant, ou, à son défaut, par le médecin vérificateur. »

M. Guérard. Je ne suis pas aussi frappé que l'est M. Velpeau des inconvénients qu'il a signalés. J'ai été au bureau central, et je sais quelles en sont les fonctions. Il s'agit là de constater l'état de la maladie et non de préciser la lésion. Après quoi, l'on dirige le malade sur un service de médecine ou de chirurgie, où le médecin constate alors la nature du mal et formule le traitement.

Je ne peux que répéter ce que j'ai déjà dit bien des fois à propos du médecin traitant, du vérificateur de décès et du médecin cantonnal, et j'ajoute que le médecin traitant peut, dans un grand nombre de cas, constater que la mort est très probable et donner un permis d'inhumer en conséquence.

M. LE PRÉSIDENT. L'heure s'avance, l'Académie va avoir à se réunir en comité secret; elle a donc deux partis à prendre : ou de voter sur les conclusions ou de renvoyer la suite de la discussion à la prochaine séance.

Ce renvoi est mis aux voix et adopté.

COMITÉ SECRET.

L'Académie se réunit alors en comité secret pour entendre la lecture de deux rapports de deux commissions des prix.

La séance publique est levée à cinq heures moins un quart.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Paris, 1er novembre 1857.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la suite de mes recherches cliniques sur l'action du perchlorure de fer que j'ai eu l'honneur de vous remettre et dont vous voudrez bien, je l'espère, continuer la publication, se trouvent des cas graves de *purpura hemorrhagica* guéris par le perchlorure de fer administré en sirop et en lavements. D'une autre part, vous avez publié des observations de fièvre typhoïde dues à un honorable praticien de Bar-le-Duc, et qui montrent l'utilité de la même médication dans cette maladie. L'analogie, peut-être moins lointaine qu'on ne pourrait le supposer, entre ces deux affections et la fièvre jaune, me porte à croire que le perchlorure de fer, administré de la même façon, pourrait être appliqué avec avantage au traitement de la dernière de ces maladies. Permettez-moi donc de profiter de la publicité de votre journal pour engager mes honorables confrères de Lisbonne à essayer le perchlorure de fer contre la terrible épidémie qui ravage en ce moment leur cité, et contre laquelle toutes les médications continuent à échouer.

Veuillez agréer, etc.

Dr DELEAU,
médecin de la Roquette.

VARIÉTÉS.

HOPITAL COCHIN. — *Clinique chirurgicale.* — M. Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital Cochin le mardi, 10 novembre, à huit heures du matin, et les continuera les mardis, jeudis et samedis.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — La Société reprendra le cours de ses séances vendredi prochain, 6 novembre, à trois heures précises.

Ordre du jour. — Rapports sur les travaux présentés par les candidats au titre de membre adjoint. — Présentation de pièces anatomiques et communications diverses. — Discussion.

Dans une des séances suivantes, la Société procédera à l'élection de membres adjoints.

CERCLE DES SCIENCES. — Ordre du jour de *la réunion scientifique du vendredi 6 novembre* 1857.

— Election des membres présents dans l'avant-dernière séance.

— Présentation de nouveaux membres.

— Constatation de l'état de la moelle sur l'animal ayant servi aux expériences de M. Brown-Séquardt, par une commission du Cercle.

— Communication par M. le docteur Labourdette, relative à une question de chimie médicale et de physiologie. — Communications diverses.

— Nous lisons dans le *Boston medical journal* que la Société royale de Londres vient d'accorder à M. Brower-Séquardt une somme de 100 livres sterling sur celle que la reine d'Angleterre met annuellement à la disposition de la Société pour récompenser les travaux les plus remarquables qui se produisent dans l'année. C'est la seconde récompense que M. Brown-Séquardt obtint de cette société savante.

— HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. A. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera ses conférences cliniques le vendredi 6 novembre à neuf heures du matin et les continuera les lundis et vendredis de chaque semaine à la même heure.

La première partie du cours sera consacrée à l'examen des urines et à l'étude des maladies des reins et du foie.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

En vente chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine : Le tome troisième du **Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiene vétérinaires,** publié avec la collaboration d'une Société de professeurs vétérinaires et de vétérinaires praticiens, par M. H. BOULEY, professeur de clinique à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, secrétaire de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, membre de l'Académie impériale de médecine et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc., etc., et M. REYNAL, chef du service de clinique à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, membre de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, de la Commission d'hygiène hippique, membre correspondant de la Société impériale et centrale d'agriculture, etc. — Le prix de ce volume, de 758 pages, est le même que celui des deux précédents, 7 fr. 50 c. rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie.

Recherches sur la contagion du chancre, par M. Alfred FOURNIER, interne de l'hôpital du Midi. — Un vol. in-8° de 110 pages. — Prix : 2 fr. — Paris. — Chez Adrien DELAHAYE, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Leçons sur la scrofule, professées par le Dr PIORRY, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., recueillies par M. le Dr DURIAU, chef de clinique de la Faculté. — In-8° de 14 pages. — Prix : 50 c. — Paris. — Chez Adrien DELAHAYE, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Des paralysies des membres inférieurs, par le docteur RAOUL LEROY D'ÉTIOLLES, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine ; concours du prix de l'Académie en 1853.

Etudes sur la gravelle, *ses caractères physiques, ses anomalies, ses caractères chimiques, ses causes et son traitement,* par le docteur RAOUL LEROY D'ÉTIOLLES, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

Le rédacteur en chef: H. DE CASTELNAU.

Paris, — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 134. 5me ANNÉE. Samedi, 7 Novembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 6 novembre 1857.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIOLOGIE

Expériences sur les fonctions de la moelle épinière.

par A. CHAUVEAU, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort (1).

I. — Un expérimentateur du plus grand mérite a entrepris depuis plusieurs années une série d'études sérieuses sur la physiologie de la moelle épinière. Des faits très intéressants ont été mis en lumière par ce consciencieux travail. Tout le monde les connaît. Tout le monde sait aussi quelles nouvelles théories physiologiques ont été bâties sur leur systématisation.

Parmi les propositions établies dans ces théories, deux surtout se distinguent, aussi bien par leur originalité que par la valeur des faits expérimentaux qui leur servent de base.

Ces deux propositions, les voici :

1° Les impressions sensitives s'entre-croisent dans la moelle épinière.

2° La substance grise centrale est la voie, sinon exclusive, du moins principale, que suivent ces impressions pour se rendre au cerveau.

Il y avait trop de désaccord entre ces propositions et celles qui règnent dans la science, sur le même sujet, pour que la curiosité des physiologistes n'en fût pas éveillée. Un contrôle était nécessaire. Pour ma part, je n'hésitai point à me mettre à l'œuvre. Je vais résumer ici, en y joignant plusieurs faits nouveaux, les résultats de mon travail, résultats déjà consignés dans un Mémoire présenté, il y a quelques mois, à l'Académie des sciences.

II. — Les faits sur lesquels j'appellerai d'abord l'attention ne se rattachent qu'indirectement à l'examen des deux propositions dont je cherche à constater la valeur. On verra cependant qu'il y

(1) Les discussions auxquelles ne peuvent manquer de donner lieu les travaux récemment communiqués aux Académies et Sociétés savantes, sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, nous mettaient dans l'obligation de ne pas laisser de lacune dans la publication de ces travaux. Nous avons donc prié M. Chauveau de vouloir bien rédiger pour nous le résumé de ses divers mémoires sur les fonctions de la moelle, et c'est la rédaction qu'il a bien voulu nous adresser que nous publions aujourd'hui. (*Note du Rédacteur.*)

NOTICE HISTORIQUE

Sur la vie et les travaux d'Antoine Bernard,

Ancien professeur à l'école vétérinaire de Lyon, puis directeur de celle de Toulouse,

Par H. J. A. RODET, professeur à l'école vétérinaire de Lyon.

(Lu à la séance de distribution des prix, le 9 octobre 1857.)

— Suite et fin —

N'a-t-il pas signalé, dans nos propres annales, un grand nombre de cures obtenues par lui-même sur les animaux ? Et quand il fut question de sa maladie, que fit-il ? Il s'adressa sans hésiter à la plupart des médecins qu'il connaissait ; il lut même, en manière de consultation, devant la Société de médecine de Toulouse, dont il faisait partie, l'histoire de ses longues souffrances ; il suivit les prescriptions les plus diverses ; il ne repoussa rien, pas même les ressources de l'homœopathie.

Il croyait donc à la médecine, mais il savait combien elle est difficile dans ses problèmes, et souvent incertaine dans ses moyens comme dans ses prévisions. Pourquoi faut-il qu'elle ait été impuissante à le guérir !

En 1846, Bernard, incapable de continuer ses fonctions de directeur, tant sa maladie avait fait de progrès, fut appelé à faire valoir ses droits à la retraite.

Il ne quitta pas Toulouse ; il se fixa tout près de cette école qu'il avait tant aimée, et où son nom, jadis si cher aux élèves, vivra longtemps comme un glorieux souvenir parmi les générations qui devront s'y succéder.

Ce ne fut pas sans un profond chagrin qu'il vit venir l'heure de sa retraite. Sa tête ardente avait besoin d'un aliment, d'une occupation ; le repos ne convenait pas à sa nature; son esprit s'assombrit; ses infirmités s'aggravèrent ; et bientôt, sans force, perclus par la souffrance, il fut condamné à ne sortir de chez lui que dans un chariot traîné par la main d'un domestique.

Mais la mesure du malheur qui accablait Bernard n'était pas comble encore. Le sort lui réservait pour ses derniers jours une bien cruelle épreuve : sa tante, qui lui avait consacré sa vie entière, qui l'avait entouré des soins les plus affectueux depuis son enfance ; sa tante, qui était toute sa famille et qu'il vénérait, lui fut enlevée par une maladie analogue à la sienne, mais plus brusque, plus prompte dans sa marche.

Bernard n'eut pas la force de supporter ce dernier coup. Une sombre tristesse s'empara de son âme; son caractère devint irritable, inquiet, et lorsque j'eus le regret de le quitter, c'était en septembre

a un grand intérêt à en parler en premier lieu. Ces faits se rapportent à l'étude du mode de manifestation des phénomènes réflexes artificiels.

Sur un cheval en bon état de santé, je coupe la moelle épinière en travers au niveau de l'intervalle atloïde occipital, et j'entretiens artificiellement la respiration en faisant pratiquer l'insufflation pulmonaire. J'excite ensuite, en le pinçant après l'avoir mis à découvert, l'un des nerfs du doigt d'un membre antérieur; et aussitôt apparaissent un ensemble de mouvements qui se propagent plus ou moins loin, suivant l'intensité de l'excitation. Si elle est légère, le membre sur lequel elle s'exerce se meut tout seul. Si elle est plus forte, on voit survenir des contractions dans le membre postérieur du même côté et dans les muscles du cou. Si, enfin, on pince très brusquement et très énergiquement, les mouvements se manifestent de plus dans les deux membres du côté opposé, et dans quelques muscles du tronc, comme le diaphragme. L'excitation appliquée sur un membre postérieur amène des résultats tout à fait semblables. J'en dirai autant de celle qu'on pratique en pinçant la branche perforante d'un des nerfs intercostaux, etc.

Les mouvements réflexes, provoqués artificiellement chez les mammifères adultes, ne sont donc pas, comme on le croit trop généralement, bornés à la région excitée et aux régions avoisinantes. L'excitation qui les engendre peut, en arrivant à la moelle, s'irradier dans toute la longueur de ce cordon, en avant et en arrière, et se réfléchir à droite et à gauche, sur la plupart des nerfs rachidiens centrifuges.

Quoique exécutés sans conscience et automatiquement, ces mouvements ont parfois l'apparence des actes coordonnés. C'est ainsi que, chez les solipèdes en général, mais particulièrement chez l'âne, le mouvement provoqué par l'excitation d'un membre de derrière simule un véritable coup de pied, le membre étant fléchi d'abord, puis étendu brusquement et lancé en arrière avec une très grande force. C'est ainsi encore que, chez le pigeon, une mouche posée sur l'extrémité terminale des pennes de la queue, provoque la trépidation particulière qui se remarque chez les oiseaux à l'état normal, quand ils veulent se débarrasser de l'excitation désagréable, causée par un insecte quelconque.

Mais, dans l'immense majorité des cas, les mouvements réflexes ont des caractères très nets qui ne permettent pas de les confondre avec les actes volontaires; par exemple, leur instantanéité leur brusquerie, leur apparence convulsive, leur provocation extraordinairement facile. Ce dernier caractère est surtout fort intéressant; il est curieux de voir un animal qui ne sent plus contracter un nombre plus ou moins considérable de muscles sous l'influence du plus léger frôlement, quand le même animal, avant d'être rendu insensible par la section de la moelle, pouvait supporter des excitations bien plus énergiques, et même assez douloureuses, sans se livrer au plus léger mouvement.

Je passe sous silence beaucoup d'autres faits relatifs à cette étude des excitations réfléchies par la moelle épinière, et je termine ce que j'ai à dire à ce sujet en démontrant que c'est par la substance grise que ces excitations se propagent dans toute la longueur du cordon médullaire. Voici une des expériences qui donnent cette démonstration : un cheval étant préparé, comme il est dit ci-dessus, je mets la moelle à nu vers l'extrémité postérieure de la région dorsale; puis je fais, à une petite distance les unes des autres, quatre sections destinées à interrompre la continuité des cordons postérieurs des faisceaux latéraux et des cordons antérieurs. Or, je trouve qu'alors encore, quoique toutes les parties constituantes de la moelle soient coupées en travers, sauf la substance grise, l'irradiation des excitations se fait encore assez bien d'une extrémité à l'autre de l'animal; en sorte qu'une excitation des membres de derrière provoque des contractions dans les muscles des membres de devant, *et vice versa*.

On comprendra tout à l'heure l'importance de cette étude préliminaire aux applications qui en seront faites dans l'étude proprement dite des propositions que je dois examiner.

III. — J'aborde maintenant les faits qui concernent la première de ces propositions, c'est-à-dire les faits propres à décider si les impressions sensitives se croisent dans la moelle épinière.

Après avoir mis la moelle à nu, sur un pigeon, au niveau du renflement lombaire, je coupe en travers la moitié droite de l'organe, opération que la disposition de cet organe dans les oiseaux rend aussi sûre que facile. Je trouve alors qu'il y a dans les rayons inférieurs de la patte droite, non-seulement paralysie du mouvement, mais encore perte complète du sentiment, tandis que la motricité et la sensibilité sont parfaitement conservées dans la patte gauche. Je m'assure de l'état de la sensibilité en pinçant

---

1848, je compris, en lui faisant mes adieux, que ces adieux seraient éternels.

En effet, Bernard rendit son âme à Dieu le 11 novembre de la même année, à la suite d'une longue agonie, et après avoir reçu les dernières consolations de l'Eglise. Il s'éteignit, à l'âge de 53 ans, dans les bras d'un de mes amis qui lui fut tout dévoué, et qui eut la douleur de me remplacer dans cette triste circonstance.

Bernard laissait une petite fortune résultant tout entière de ses économies. Il en disposa en faveur des hôpitaux de Toulouse et de sa ville natale; il réalisa ainsi un projet qu'il nourrissait depuis longtemps, et qu'il exprimait en disant, avec sa modestie ordinaire : « J'ai fait si peu de bien pendant ma vie, que je désire en faire un peu après ma mort. »

Bernard appartenait à un grand nombre de sociétés savantes. Il était membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société centrale d'agriculture. Il eut surtout des relations suivies avec les membres de la Société de médecine de Toulouse, qui aimaient en lui, non-seulement les qualités de l'esprit, mais aussi celles du cœur.

Telle fut, messieurs, cette existence dont j'avais à vous dire les travaux, les bienfaits et les amertumes.

Je le devais à notre Ecole, qui s'honore d'avoir produit un homme aussi éminent, et qui s'est empressée d'inscrire sur les murs de cette enceinte son nom parmi tant de noms vénérés.

Je le devais à l'amitié et à la reconnaissance; car personne ne vécut plus avant que moi dans son intimité; personne n'eut plus d'admiration pour les nobles qualités de son intelligence et de son âme; personne plus de respect, plus de vénération pour sa mémoire.

Pauvre Bernard! Tu fus longtemps abreuvé à la coupe du malheur dans cette vallée de larmes, d'où ton âme s'est enfuie purifiée par les douleurs d'un vrai martyre.

Mais ce temps est déjà bien loin, et je puis te dire à mon tour, en me servant de tes dernières paroles à Moiroud : « A toi, maintenant les joies sans fin, le bonheur sans mélange; à nous les désirs vagues et les souffrances trop réelles. »

VARIÉTÉS.

— *Fièvre jaune.* — Les nouvelles de Lisbonne, qui nous arrivent par l'Angleterre, annoncent qu'à la date du 1er novembre il y avait eu encore, à la date du 26 octobre, 230 cas en 24 heures, dont 77 décès; à la date du 27, 231 cas, dont 92 décès. 643 malades étaient en traitement dans les hôpitaux et 965 dans les maisons particulières.

successivement les doigts des deux côtés. A gauche, j'excite toujours immédiatement les mouvements généraux et répétés qui indiquent la douleur sans équivoque ; à droite, l'excitation provoque des mouvements réflexes parfois très peu prononcés, tantôt dans la seule patte excitée, tantôt dans les deux pattes, rarement dans d'autres parties du corps, mais point de symptômes de douleur.

Cette expérience a un intérêt considérable. Les résultats sont nets, précis, constants surtout, et ne comportent point deux interprétations différentes. Abolition de la sensibilité dans la partie du côté de la section médullaire, conservation de cette propriété dans le côté opposé ; donc il n'y a pas action croisée de la moelle dans la conduction des impressions sensitives. Néanmoins, avant de conclure définitivement dans ce sens, voyons les effets produits chez les mammifères par cette même section d'une moitié latérale de la moelle épinière.

Je pratique cette opération sur un cheval au niveau de l'espace atloïde occipital (1), et je détermine ainsi la paralysie de toute la moitié du corps correspondant au côté de la section. Si j'excite alors la peau ou les nerfs cutanés du côté opposé, je fais naître constamment des symptômes de souffrance ; et l'expérience, sous ce rapport, concorde parfaitement avec celle du pigeon. Mais il n'en est plus tout à fait de même quand on soumet aux excitations le côté paralysé. En effet, on observe souvent que ces excitations causent également de la douleur ; je dis souvent et non pas toujours, car, dans un grand nombre de cas, les excitations ne provoquent, comme chez le pigeon, que des mouvements réflexes sans douleur.

Qu'au lieu d'agir sur les solipèdes j'expérimente sur de petits mammifères, comme le chien, le lapin et le cobaye, et cette différence singulière se reproduit d'une manière bien plus remarquable. Presque toujours, en effet, l'excitation du côté paralysé est, sur ces animaux, entièrement douloureuse. Et, c'est dans ce fait surtout, intéressant à tous égards, signalé pour la première fois par M. Brown-Séquard, que ce physiologiste a cru trouver la preuve de l'entre-croisement immédiat des impressions sensitives après leur arrivée à la moelle. Mais, pour que cette interprétation fût inattaquable, il eût fallu démontrer d'abord que la sensibilité était perdue dans la moitié du corps opposée au côté de la section.

M. Brown-Séquard a avancé qu'elle l'était effectivement. Mais j'ai le regret de me trouver, sur ce point, en opposition formelle avec lui : dans tous les animaux, sans exception, j'ai toujours pu rendre douloureuse l'excitation de cette moitié du corps. Je reconnais néanmoins que, chez les animaux de petite taille, on provoque la souffrance beaucoup plus facilement par l'excitation du côté correspondant à la section médullaire qu'en agissant sur l'autre côté. Je reviendrai là-dessus tout à l'heure. L'interprétation de M. Brown-Séquard étant inadmissible, il en faut chercher une autre. Or, si l'on observe attentivement comment les choses se passent dans l'expérience dont je discute les résultats, il est facile de voir qu'en excitant des parties non paralysées, on détermine immédiatement les mouvements spontanés, voulus, efforts tentés par les animaux pour réagir contre une douleur ressentie ; tandis qu'en agissant sur le côté paralysé, c'est-à-dire le côté de la section médullaire, on provoque d'abord des mouvements réflexes parfaitement caractérisés ; et ce n'est qu'après ces mouvements, mais tout de suite après, que survient l'agitation générale par laquelle se traduit la souffrance. Je suis donc en droit de conclure que, dans ce dernier cas, ce n'est pas l'excitation elle-même qui a été douloureuse. Je suis, de plus, autorisé à supposer que la douleur est due alors aux mouvements réflexes observés entre l'excitation et la manifestation des symptômes de souffrance.

Cette supposition devient une démonstration catégorique, quand on considère : 1° que les mouvements réflexes causés par l'excitation d'un point très circonscrit peuvent se manifester dans toutes les parties du corps ; 2° qu'ainsi, l'excitation d'un membre paralysé par la section d'une moitié latérale de la moelle, peut se réfléchir non-seulement sur les muscles du membre excité, mais encore sur un grand nombre de muscles non paralysés, ce qui s'observe nettement du reste ; 3° que les contractions ainsi provoquées artificiellement dans des parties douées de sensibilité sont éminemment propres à faire naître de vives douleurs, l'observation ayant démontré que toutes les contractions involontaires, suscitées par des excitations anormales dans des muscles sensibles, sont généralement fort douloureuses chez la plupart des animaux mammifères.

J'ajouterai que les pigeons eux-mêmes ne sont pas tous insensibles à l'action des contractions réflexes. Il y en a quelques-uns qui, après l'excitation de la patte paralysée, relèvent subitement la tête en prenant un air étonné, dont la signification n'est pas douteuse. J'en ai même rencontré un récemment chez lequel, en pinçant cette patte, je provoquais des signes de douleur aussi évidents qu'en agissant sur le membre non paralysé. Mais ce ne sont là que des exceptions, qui se multiplieront, je l'espère, avec le nombre des expériences, parce qu'elles sont indiquées par la loi générale.

Etant ainsi trouvée la cause de la douleur produite par l'excitation des parties paralysées après une section latérale de la moelle, il reste à expliquer pourquoi cette douleur est si facilement provoquée. C'est encore à l'étude des actions réflexes qu'on doit demander cette explication. Il faut se rappeler qu'une excitation assez légère pour ne provoquer aucun phénomène de contraction, quand l'animal en a conscience, suscite les mouvements réflexes les plus énergiques aussitôt qu'une section transversale de la moelle met les animaux dans l'impossibilité de sentir. Il faut se rappeler encore que les attouchements les plus légers suffisent alors pour exciter ces mouvements, et, partant, la douleur qui en est la suite, quand ils peuvent se propager dans des régions sensibles.

Ainsi donc, s'il est vrai, chez les mammifères comme dans les oiseaux, qu'après la section d'une moitié latérale de la moelle, la sensibilité est conservée dans les organes du côté opposé à la section, il est non moins incontestable que cette propriété est abolie dans les parties du corps situées en arrière et du même côté, et que la douleur engendrée sur certains animaux par l'excitation de ces parties est due aux contractions réflexes suscitées par cette excitation dans les muscles encore sensibles. D'où je conclus une seconde fois que les impressions sensitives ne se croisent pas dans la moelle épinière, comme l'admet M. Brown-Séquard sur la foi de trompeuses apparences.

IV. — Je vais exposer maintenant les faits principaux qui se rapportent à la question de savoir si les impressions sensitives sont conduites au cerveau par la substance grise centrale de la moelle.

Sur un pigeon, après avoir mis à nu le renflement lombaire de la moelle épinière, j'y plonge un stylet vers la partie moyenne, bien perpendiculairement, de manière à raser le bord interne du cordon supérieur gauche ; puis j'écrase avec mon instrument tout ce qui est à droite, de sorte qu'à l'exception des cordons supérieur et latéral gauches, les autres parties de la moelle se trouvent coupées en travers. Or, après cette opération, la sensibilité est conservée du côté gauche, tout comme si je n'avais coupé que la moitié droite de la moelle ; et cependant la substance grise cen-

(1) La section faite dans la région lombo-dorsale donne des résultats identiques.

trale est entièrement interrompue dans sa continuité.

Des expériences analogues, exécutées en très grand nombre sur les mammifères, m'ayant donné constamment des résultats semblables, il ne m'est pas permis de douter un seul instant que la substance grise de la moelle, et surtout la substance grise centrale, ne participe pas à la conduction des impressions sensitives.

Une expérience de M. Brown-Séquard paraît cependant bien propre à prouver le contraire.

M. Brown découvre la moelle épinière, sur un petit mammifère, vers l'extrémité postérieure de la région dorsale; puis, il coupe successivement, en quatre endroits différents, les faisceaux postérieurs, les cordons latéraux, et les faisceaux antérieurs, de manière que la substance grise centrale seule n'est pas interrompue dans sa continuité. Or, après cette opération, si l'expérimentateur pince l'extrémité d'une des pattes de derrière, il peut encore faire naître, difficilement il est vrai, des symptômes de douleur.

Ceci est exact; je le reconnais aujourd'hui pour l'avoir constaté moi-même. Mais, dans ce cas encore, il est extrêmement facile de remarquer que ce n'est pas l'excitation elle-même qui est douloureuse. Le plus souvent même elle ne produit pas autre chose qu'une vive secousse involontaire des membres postérieurs. Et, quand il y a douleur produite, on voit toujours les symptômes par lesquels cette douleur se manifeste précédés d'un ensemble de mouvements réflexes, auxquels il faut le rapporter. Il y a donc encore ici irradiation de l'excitation dans les parties antérieures de la moelle par la substance grise restée intacte, et réflexion de cette excitation non sentie sur des parties sensibles, où les contractions qu'elles suscitent causent de la douleur.

Pour se convaincre que cette irradiation et cette réflexion sont parfaitement possibles, il suffit de se reporter à l'expérience dans laquelle, sur un animal entièrement paralysé du mouvement et du sentiment par la section atloïdo-occipitale de la moelle; je coupe, dans la région dorsale, les faisceaux blancs de cet organe, opération après laquelle on peut voir encore l'excitation d'un membre de derrière produire des contractions dans les membres de devant, et réciproquement.

Il faut donc admettre, malgré l'expérience de M. Brown-Séquard, que la substance grise de la moelle, et surtout la substance grise centrale, ne participe pas à la conduction des impressions sensitives. On arrive ainsi nécessairement à attribuer ce rôle aux cordons blancs de l'axe spinal. Mais je ne veux pas traiter aujourd'hui la question de savoir quelles sont précisément les parties de ces faisceaux blancs auxquelles ce rôle appartient. J'y reviendrai quand j'aurai rassemblé en nombre plus imposant les éléments nécessai- res à sa solution.

V. — Avant de terminer, qu'il me soit permis de rappeler que si les conclusions auxquelles j'arrive sont opposées à celles de M. Brown-Séquard, la plupart des faits observés par cet habile expérimentateur n'en restent pas moins exacts et dignes du plus haut intérêt. Seulement ces faits étaient plus complexes que ne l'a cru M. Brown. Grâce à l'étude, neuve à plusieurs égards, des phénomènes réflexes, grâce surtout à un choix heureux de sujets d'expériences, j'ai pu décomposer ces faits en leurs éléments, et en montrer la véritable signification. A ce titre, j'aurai peut-être concouru, pour une petite part, à la vulgarisation des découvertes de M. Brown-Séquard.

MÉDECINE CLINIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

PAR M. BAZIN,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 122, 125, 127 et 133.)

Causes déterminantes. — L'unique cause de la teigne tonsurante est le cryptogame auquel les naturalistes ont donné le nom de trichophyton. Quels sont ses caractères? Ces caractères sont-ils les mêmes aux diverses périodes de la maladie, ou bien, comme les symptômes, changent-ils avec le temps? — Nous avons distingué trois époques dans la marche de la teigne tonsurante, trouverons-nous de même dans la vie du trichophyton trois âges marqués par quelques différences dans son organisation intime? — Vous connaissez déjà ma réponse, si vous avez souvenir de la discussion que nous avons établie dans une leçon précédente, au sujet de l'existence du *microsporon mentagrophytes.* Mais je ne craindrai pas de me répéter, en touchant de nouveau à ces questions intéressantes.

Le trichophyton est, en grande partie, ou presque exclusivement composé de spores, et, par ce caractère, il se distingue des autres champignons des teignes. On lit même dans les Traités spéciaux que les spores sont ses seuls éléments constitutifs. Mais je ne puis accepter sans restriction cette opinion des micrographes, qui, privés du puissant secours de l'observation clinique, se sont parfois égarés dans ces voies difficiles. Je suis porté à croire, qu'au début de la teigne tonsurante, de même qu'à une époque très avancée de cette maladie, des tubes de mycelium existent au milieu de spores innombrables. Mais à une époque intermédiaire, quand le cryptogame est dans toute la force de son développement, les spores seules le constituent, et c'est en vain qu'on chercherait un autre élément.

Comme tous les champignons des teignes, le trichophyton commence à germer entre la couche molle et la lame cornée de l'épiderme. Comme l'achorion du favus, il peut vivre aux dépens des poils, des ongles ou de l'épiderme; c'est toujours, dans ces différents cas, le même siége anatomique qu'il occupe.

Quand il vit sur la lame molle de l'épiderme, il forme ces flocons, ces lamelles, qui tranchent ordinairement, par leur couleur nacrée, au milieu des débris épidermiques.

Quand il affecte les ongles, il produit une altération spéciale qu'on peut confondre avec celle que détermine le favus, quoiqu'elle en diffère à certains égards.

Sur les poils, le parasite existe longtemps avant que la concentration de ses éléments permette de l'apercevoir; c'est alors la période de germination, pendant laquelle les poils, plus ou moins altérés dans leurs qualités physiques, indiquent la présence du cryptogame. Lors même qu'on n'observe d'autres symptômes qu'un cercle herpétique, le champignon ne fait point défaut, et il suffit de le chercher avec soin pour le trouver dans tous les cas. Il n'en est pas de même quand la maladie est arrivée depuis longtemps à la troisième période; les poils que l'on examine au microscope offrent des altérations de structure, mais on ne peut quelquefois découvrir sur eux aucun élément cryptogamique, et les recherches sont souvent renouvelées pendant huit ou quinze jours sans plus de succès. Gardez-vous cependant d'affirmer que le trichophyton a été complétement détruit, car il peut arriver qu'à force de persévérance, on finisse par distinguer quelques spores caractéristiques sur l'un des nombreux poils arrachés. D'ailleurs, quels que soient les résultats fournis par l'examen microscopique, nous avons toujours l'étude clinique qui nous

éclaire, en nous rappelant le rôle que joue le parasite dans le sycosis. A la deuxième période de la maladie, non-seulement le champignon ne manque pas, mais il est toujours extrêmement facile à trouver, puisqu'à ce moment il devient visible à l'œil nu, et constitue en totalité les gaînes blanches des poils brisés.

Quels sont donc les phénomènes que nous révèle l'examen microscopique sur les cheveux cassés à quelques lignes de la surface cutanée? — Ils sont très remarquables, et un grossissement de deux à trois cents diamètres suffit pour les apercevoir. Le poil paraît comme épié aux deux extrémités, et ses éléments sont altérés à tel point qu'il est impossible de distinguer les deux substances (corticale et médullaire) qui le composent dans l'état normal; tout est confondu. Les fibres longitudinales sont écartées, et leurs intervalles sont remplis de sporules. On ne trouve ni racines ni capsules, le poil ayant été brisé aux deux extrémités, et l'on voit parfaitement la trace de la rupture. On remarque aussi en dehors du poil, et dans une certaine étendue, une masse uniquement composée de spores qui lui forment une enveloppe complète, une sorte de manchon dont il occupe le centre. Les spores sont innombrables, très régulières, partout identiques, sur le poil comme dans la gaîne.

A une époque moins avancée de la teigne tonsurante, à la période herpétique, on peut, non sans difficultés, extraire avec leurs bulbes les poils malades. On voit alors, sur la partie intra-cutanée, des altérations du même genre, mais moins avancées que celles dont nous venons de parler. Des spores existent encore autour du poil et dans son épaisseur, mais elles ont des diamètres différents, sont moins nombreuses, moins régulièrement arrondies; quelques-unes même sont allongées et se rapprochent ainsi des tubes de mycelium. Enfin, une altération remarquable des poils, plus remarquable cependant dans la pelade que dans la teigne tonsurante, consiste en des renflements olivaires ou tubéreux qui paraissent formés, au moins en grande partie, par une accumulation de matière parasitaire, et sont plus fréquents et plus prononcés sur la racine que sur la tige. Aussi serait-on tout d'abord tenté de les attribuer quelque part à la difficulté de l'épilation, si l'on ne savait pas que les poils se brisent d'eux-mêmes dans la teigne tonsurante.

A la troisième période, sur les plaques suppurées des vieilles mentagres, le trichophyton est rare; beaucoup de poils malades ne portent aucune spore, bien que leur altération soit profonde, et qu'ils soient complétement dépouillés de leurs capsules, Les spores, quand on en trouve (c'est sur les poils moins altérés dans leurs caractères physiques qu'il faut les chercher), sont inégales, plus petites et mêlées à un plus grand nombre de tubes de mycelium.

La différence des caractères microscopiques du végétal parasite à la deuxième et à la troisième période de la teigne tonsurante, explique l'erreur du docteur Gruby, qui a cru découvrir dans la dernière un champignon autre que le trichophyton. J'ai discuté ailleurs (*Classification des teignes*) l'existence de ce nouveau cryptogame, du *microsporon mentagrophytes*, et je vous ai fait connaître en même temps une opinion un peu différente de la mienne, celle de M. Ch. Robin, consignée dans la dernière édition du Dictionnaire de Nysten. Pour M. Robin, le *microsporon mentagrophytes* de M. Gruby ne serait que de l'épiderme roulé en forme de tubes; pour moi, c'est un trichophyton d'un âge avancé.

Comme tous les végétaux parasites, le trichophyton peut se transmettre de quatre manières différentes: par l'air, par le contact médiat (mode de transmission le plus fréquent des teignes du cuir chevelu); par le contact immédiat (ordinairement teigne tonsurante du dos de la main ou de l'avant-bras); enfin, par l'inoculation (très souvent teigne de la face). Le contact médiat et l'inoculation (par l'ongle) ont à peu près le même degré de fréquence dans la transmission de la teigne tonsurante au tronc et aux parties sexuelles.

Assez souvent l'affection parasitaire est observée en même temps sur tous les membres d'une même famille. C'est le père qui, affecté de mentagre, a communiqué la maladie à sa femme et à son enfant; ou bien c'est ce dernier qui, atteint de teigne tonsurante au cuir chevelu, a été le point de départ de la contagion. La fréquence des rapports médiats et immédiats dans les familles donne de ces faits une explication rationnelle.

Je vous ai déjà parlé des inoculations pratiquées avec succès par M. Deffis. Pourquoi donc nous demander des faits d'inoculation? C'est un parti pris de ne les point admettre, et quand par hasard ils se présentent, on ferme obstinément les yeux pour ne pas les voir; car il n'est pas nécessaire, pour savoir à quoi s'en tenir sur cette question, de prendre quelques spores de trichophyton, et de les insérer sous l'épiderme avec la pointe d'une lancette. Ecoutez les mentagreux qui se présentent à l'hôpital; presque tous accusent le rasoir du barbier; et vous savez à quel point cette accusation est fondée! Comment donc agit ce rasoir, si ce n'est en inoculant le cryptogame? Il est vrai que MM. Cazenave et Chausit, qui font également une large part à l'action du rasoir, ou, pour parler leur langage, à la *rasure*, proposent une explication purement mécanique et, par conséquent, bien différente de la mienne. La mentagre serait, non plus une affection dermophytique, mais une affection de cause externe, une inflammation des follicules pileux, produite par un mauvais rasoir. Singulière inflammation que celle-ci! En vous coupant la barbe, on vous irrite un peu la peau de la face, et voici que vous avez successivement de l'herpès circiné, du pityriasis, et enfin, une mentagre; et puis cette inflammation se transmet par contagion, et le sujet auquel elle est ainsi transmise est, comme vous, affecté d'herpès, de pityriasis et de sycosis; enfin, chose bizarre! cette inflammation ne peut céder aux antiphlogistiques, et c'est seulement par l'extraction des poils qu'on peut procurer une guérison définitive... Tout cela n'est-il pas bien difficile à accepter?

Vous êtes en présence de deux théories diamétralement opposées: la théorie mécanique, soutenue par M. Cazenave, et la théorie végétale, dont je suis, parmi les dermatologistes, le plus zélé et presque l'unique défenseur. Vous devez choisir entre ces deux doctrines, et j'attends avec confiance le résultat de vos recherches et de votre expérience personnelle, si vous entrez franchement, sans prévention, dans la voie que je vous ai tracée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE CLINIQUE.

Observation d'ablation du calcanéum,

Par J. M. CARNOCHAN,

Chirurgien en chef de l'hôpital des Emigrants, professeur de chirurgie au collège médical de New-York.

La résection d'une partie du calcanéum a été fréquemment pratiquée; son ablation totale n'a eu lieu que dans des circonstances très rares. Dans un cas de nécrose de cet os, chez un enfant de onze ans, d'une constitution scrofuleuse, qui fut confié à mes soins au commencement de l'année 1846, le calcanéum entier fut extrait sans difficulté. Le cas suivant d'ablation complète faite avec succès et par une opération réglée, pour une carie de la grande portion, est à ma connaissance le seul de ce genre qu'on ait observé dans ce pays.

Cette opération est indiquée dans les caries étendues, dans les ostéo-sarcomes, les ostéo-anévrysmes, les plaies graves par armes

à feu et quelques autres lésions traumatiques (1). Dans l'ostéo-anévrysme en particulier, où la maladie peut être limitée avec certitude par l'étendue du calcanéum, ce serait une mauvaise pratique que de recourir à l'amputation de la jambe, opération qui compromet la vie du patient, qui le soumet, dans tous les cas, à une grave mutilation, incompatible avec le comfort de la vie.

Obs. — John Mœhrig, laboureur, né en Allemagne, âgé de 28 ans, fut admis à l'hôpital des Emigrants le 11 octobre 1854, pour une carie de la partie postérieure du pied. D'après ce qu'il rapporte, il appartient à une famille scrofuleuse; mais il est lui-même d'une bonne santé, à l'exception de la lésion locale qu'il porte et des effets qu'une longue irritation produit sur l'organisme. En octobre 1852, à la suite d'une longue exposition à un froid rigoureux, il fut saisi d'une violente douleur dans tout le membre inférieur. Le coude-pied et le talon se tuméfièrent, devinrent rouges et extrêmement douloureux; du pus se forma au-dessous du calcanéum, et lorsqu'on lui eut donné issue, on sentit, à l'aide de la sonde, l'os dénudé et malade sur une grande étendue.

A son entrée à l'hôpital, le coude-pied et la partie postérieure du pied étaient très tuméfiés, durs, violacés à la surface. Il existait à la partie externe et supérieure du talon trois trajets fistuleux dont le plus extérieur permettait à une sonde de pénétrer profondément dans l'os. Depuis sa première attaque, il avait été incapable de se livrer à ses travaux, et même de poser son pied par terre et de marcher sans l'aide de béquilles. Sa santé générale s'était altérée par suite du défaut d'exercice et de la persistance de la douleur.

Il fut soumis immédiatement à l'usage des préparations toniques et antistrumeuses, — quinine, iodure de potassium, solution de Lugol, alternativement, pendant que des applications émollientes étaient faites sur les parties malades, et que la position déclive du corps était prescrite. — Ces moyens ne produisirent aucun avantage; l'état du malade empirait même plutôt qu'il ne s'améliorait; irrité par la continuité de ses souffrances, il réclama une opération pour en être délivré et pour sortir, comme il le disait, de sa misérable condition.

Ce parti une fois pris, il restait à décider si l'on pratiquerait l'amputation de la jambe ou l'ablation d'un ou de plusieurs os. D'après l'aspect extérieur de la partie, on était fondé à supposer qu'il y avait plus d'un os affecté. Admettant cette opinion, plusieurs personnes proposaient l'amputation à la partie inférieure de la jambe, comme étant ce qu'il y avait de mieux à faire. Les sinus fistuleux cependant conduisaient au calcanéum, et la sonde ne trouvait aucun autre os dénudé. On se décida finalement à extirper cet os d'abord et à faire ensuite l'amputation, si les autres os du tarse étaient trouvés altérés.

Le 1er décembre 1855, on porta le malade à l'amphithéâtre, et on lui administra du chloroforme. On le plaça sur une table où il se coucha sur le ventre, son pied malade et une partie de la jambe dépassant le bord de la table. Les aides étant convenablement placés, on fit, sur le bord externe du tendon d'Achille, une incision commençant à environ un pouce au-dessus de la malléole externe et s'étendant en bas vers la partie inférieure externe du talon, jusqu'au point situé à un demi-pouce au-dessus du bord plantaire du pied. A partir de l'extrémité inférieure de cette incision on en fit une autre s'étendant le long du bord externe du pied jusqu'à un demi-pouce de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. De la partie supérieure de la première incision on en fit une autre à travers la partie inférieure de la jambe, se terminant un peu en dedans du bord interne du tendon d'Achille à sa partie supérieure. Les deux lambeaux ainsi formés furent retournés sur eux-mêmes, l'externe découvrant la face externe du calcanéum, l'interne la face interne de cet os et mettant à l'abri l'artère tibiale postérieure et le nerf du même nom, ainsi que les tendons voisins. On coupa le tendon d'Achille avec un bistouri boutonné. Les tendons des muscles péroniers furent alors séparés avec soin de leurs gaînes et tenus de côté; on en fit autant pour le tibial postérieur et les muscles du pied. Les ligaments latéraux furent alors coupés et l'articulation de l'astragale avec le calcanéum ouverte de manière à ce qu'on pût y faire entrer le bistouri par la partie postérieure. Se servant du calcanéum comme d'un levier, on coupa le ligament inter-osseux, le calcanéo-cuboïde et les autres ligaments unissant cet os aux os voisins, et l'on compléta l'ablation par la section du ligament qui se trouve au-dessous des tendons du tibial postérieur et du long fléchisseur des doigts du pied, entre la malléole interne et la petite apophyse du calcanéum à sa partie antérieure et interne.

L'aide chargé de tenir la jambe rendit plus faciles les divers temps de la dissection en fléchissant légèrement la jambe sur la cuisse, de manière à relâcher les péroniers et les muscles fléchisseurs du pied, et aussi en tournant le pied en dehors ou en dedans. Par ces derniers mouvements, les ligaments qui unissaient les os furent tendus et plus faciles à couper.

Les surfaces articulaires des os contigus au calcanéum étaient tout à fait saines. Les lèvres de la plaie furent rapprochées l'une de l'autre par des points de suture, et la plaie fut pansée de manière à se réunir par première intention.

Lorsqu'on fait des opérations sur les extrémités inférieures, c'est un principe dont il faut se souvenir, que les incisions doivent être faites de façon à ce que les futures cicatrices soient à l'abri des pressions et des frictions pendant la marche. On atteint ce but en opérant d'après le plan indiqué ci-dessus. La cicatrice ne s'étend aucunement sur la face plantaire du pied. En conséquence, pendant les mouvements de progression, elle n'est pas exposée au contact de surfaces par lesquelles elle pourrait être irritée.

L'opéré fut mis à la diète, et pendant plusieurs jours, il prit des anodins dans la soirée. On reprit ensuite le traitement par les toniques. La plaie se cicatrisa par degrés, fournissant cependant une quantité considérable de matière séro-purulente d'un point situé au-dessous de la malléole externe. Cette suppuration cessa graduellement, et, trois mois après l'opération, la cicatrice fut assez solide pour permettre au malade de mettre son pied sur le sol et de marcher.

Le calcanéum fut trouvé dans un tel état, qu'il était évidemment impossible d'obtenir une guérison par des moyens internes ou *constitutionnels*. L'os est considérablement hypertrophié par l'inflammation, qui avait envahi tout son tissu. La plus grande partie de l'os et en particulier ses portions externes postérieures sont dans un état de carie confirmée; les parties antérieures et celles qui ne sont pas atteintes d'ulcération, sont dilatées et dans un état de sub-inflammation.

Décembre 1856. — Le malade gagna bientôt de la vigueur et de la santé, et, maintenant, avec un talon ouaté, fixé à sa chaussure, il n'a que très peu de difficulté pendant la marche, qui s'opère sans le moindre inconvénient provenant de la cicatrice.

(1) Quand un os court est complétement nécrosé, il est ordinairement séparé par les absorbants des autres tissus, et il peut être extrait au moyen des doigts ou des pinces. Cette extraction ne peut être considérée, à proprement parler comme une *ex-section*, quoiqu'il faille inciser les parties molles pour faciliter la sortie de l'os nécrosé.

REVUE ANALYTIQUE.

OBSTÉTRIQUE.

Cas remarquable de dystocie due à un rétrécissement du bassin, coïncidant avec un volume exagéré du fœtus à la suite d'une grossesse tardive,

Par le Dr P. Silbert.

Il s'agit d'une fille de vingt-cinq ans environ, pensionnaire chez une sage-femme d'Aix, où elle était venue accoucher. Le travail de l'enfantement, à son début, ne présenta aucune particularité; mais, après l'écoulement de la poche des eaux, quoique le col fût complétement effacé et que les douleurs fussent bien

soutenues, la tête ne s'engagea pas. M. le docteur Goyrand, mon oncle, fut alors appelé auprès de la malade. Il trouva une fille bien constituée, qui avait eu, quelques années auparavant, un enfant dont elle avait accouché sans difficulté.

La seconde grossesse avait été assez bonne; mais elle se croyait fermement au terme de onze mois. Il y avait en effet cet espace de temps que l'homme dont elle était enceinte, d'après son récit, avait eu des rapports avec elle, et ces relations, brusquement interrompues presque aussitôt, avaient été reprises à une époque trop rapprochée du moment actuel pour que la grossesse pût leur être attribuée; elle ajoutait qu'à terme, c'est-à-dire à la fin du neuvième mois, elle avait eu des douleurs tout à fait semblables à celles qui précèdent l'accouchement, et que ces douleurs s'étaient reproduites de même à la fin du dixième mois. La sage-femme confirmait l'exactitude de ces deux derniers faits, qui s'étaient passés sous ses yeux.

La fille X... paraissait, du reste, parfaitement sincère dans tous ces détails, qu'elle n'avait absolument aucun intérêt à déguiser, et c'est avant qu'elle connût les difficultés sérieuses qui pourraient s'opposer à l'accouchement qu'elle était entrée dans ces explications.

Le docteur Goyrand, après avoir constaté par le toucher que la tête, retenue au détroit supérieur, plongeait dans l'excavation et était en position occipito-cotyloïdienne gauche, se décida à faire une application de forceps pour la dégager. La tête fut bien saisie ; mais, quels que fussent les efforts de l'accoucheur, elle n'avança pas, et, en présence de cette résistance insurmontable, le docteur Goyrand demanda une consultation.

Les médecins consultants pensèrent qu'il fallait de nouveau recourir au forceps ; il fut réappliqué en leur présence par le docteur Goyrand, et des tractions furent faites à plusieurs reprises, soit par lui, soit par les médecins assistants, d'une manière assez énergique pour que des portions de la pulpe cérébrale s'échappassent entre les branches de l'instrument ; mais la tête ne fit aucun mouvement. On laissa, après cette seconde tentative infructueuse, la malheureuse fille X... prendre un peu de répit; un bain fut ordonné, et l'on convint, aussitôt après le bain, de tenter la version.

Ce qui avait été résolu fut exécuté : un pied fut amené avec peine par le docteur Goyrand, et les tractions faites sur ce pied ne donnant aucun résultat, il fut à la recherche du second, qui fut attiré comme le premier. Mais, malgré des efforts énergiques et réitérés, l'évolution du fœtus fut impossible, et la femme, épuisée par les souffrances qu'avaient occasionnées ces diverses manœuvres, eut une convulsion nerveuse et succomba. Le fœtus était dans la position qui avait été diagnostiquée ; mais il offrait un volume énorme, et, par le fait du développement avancé des parties (muscles, squelette, tissu adipeux), son plan dorsal, fortement appliqué en avant et à gauche, offrait une rigidité et une inflexibilité qui s'étaient opposées d'une manière absolue au mouvement d'évolution ; la tête, déformée par la pression énergique des branches du forceps, dont elle portait les marques profondes, offrait au sommet une solution de continuité des téguments, par laquelle la masse cérébrale s'était vidée en partie.

Le poids et les dimensions du fœtus étaient les suivants :

Poids, 17 livres et demie (7 kilogrammes : le kilogramme équivaut à 2 livres et demie de Provence).

Taille, 23 pouces 3 lignes (62 centimètres).

Diamètre sus-occipito-mentonnier, 6 pouces (162 millimètres).

Diamètre occipito-frontal, 5 pouces 2 lignes (139 millimètres).

Diamètre occipito-bregmatique, 5 pouces, et 4 pouces 3/4 en pressant (135 à 128 millimètres).

Diamètre bipariétal : l'état du crâne n'a pas permis de le déterminer.

Circonférence occipito-frontale, 14 pouces 2 lignes (383 millimètres).

Largeur des épaules entre les deux moignons, 6 pouces et demi (175 millimètres).

Circonférence de la portion supérieure du thorax, en y comprenant les deux bras, 17 pouces 2 lignes (463 millimètres).

En même temps que le fœtus offrait ce développement proportionnel si considérable dans toutes ses parties, le bassin de la mère, qui présentait dans sa figure extérieure tous les caractères d'un bassin bien conformé, était régulièrement rétréci dans toutes ses dimensions, comme on peut en juger par les dimensions de ses différents diamètres :

Diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, 3 pouces 4 lignes (9 centimètres).

Diamètre transverse, 4 pouces et demi (12 centimètres).

Diamètres obliques, 4 pouces 2 lignes (11 centimètres).

(*Gazette hebdom. de méd. et de chir.*)

CHIMIE MÉDICALE.

De l'émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins, et des corps gras considérés comme véhicules des bases minérales et organiques ;

Par MM. Jeannel et Monsel.

(*Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de médecine dans la séance du 3 septembre 1857.*)

On savait déjà par les expériences de Matteucci et de Mialhe que les alcalis caustiques émulsionnent les corps gras, mais comme on ne pouvait admettre la présence des alcalis caustiques dans l'organisme, on avait rejeté jusqu'à présent la théorie chimique de l'émulsionnement, telle que l'avait énoncée *à priori* M. Mialhe. Les faits apportés par MM. Jeannel et Monsel viennent, suivant ces observateurs, démontrer que l'émulsionnement sur des corps gras dans l'organisme rentrent naturellement dans la catégorie des phénomènes chimiques.

— Les carbonates alcalins purs émulsionnent dans l'eau distillée à froid 160 fois leur poids d'huile, et cette émulsion artificielle très persistante peut être injectée en grandes quantités dans les veines des animaux, sans produire aucun trouble dans leur santé.

— Les savons solubles, les sulfures, les sels alcalins produisent le même phénomène.

— Les oxdyes métalliques eux-mêmes et les sous-sels le produisent aussi.

— Tous les liquides animaux alcalins produisent l'émulsionnement pourvu qu'ils soient employés à doses suffisantes.

— L'émulsionnement par tout ce qui est alcalin est un fait général, car ce phénomène n'est autre chose qu'une manifestation de la force qui saponifie les huiles en présence des alcalis.

— Ainsi se trouve expliquée la fonction du suc pancréatique ; il émulsionne les huiles en qualité de fluide alcalin, et si le détournement de ce suc permet encore, comme l'a démontré M. Collin, l'absorption des graisses dans l'intestin, c'est que le suc pancréatique n'est pas le seul suc intestinal qui soit alcalin.

— De là le danger de l'abus des acides et l'avantage des doses modérées d'alcali lorsqu'on se propose de faire absorber des corps gras.

— Les émulsions produites par les alcalis se détruisent par les acides ; elles se détruisent aussi par les sels métalliques ; dans ce dernier cas, l'oxyde du sel métallique, d'abord précipité par l'al-

cali, se dissout dans l'huile qui vient surnager.

MM. Jeannel et Monsel ont aussi préparé des dissolutions huileuses d'oxydes métalliques très nombreuses, celles de cobalt, de fer, de manganèse, d'étain, de bismuth, d'antimoine, de cuivre, d'arsenic, de mercure, etc. Ces huiles métalliques sont insipides, non irritantes pour les tissus, et faciles à émulsionner sans décomposition comme les huiles pures. Le métal s'y trouve engagé dans la combinaison organique, de telle sorte que les réactifs ordinaires ne peuvent le déceler.

Les propriétés remarquables de ces huiles ont conduit les auteurs du mémoire à préparer les stéarates métalliques, et ils ont vu que la dissolution de ces stéarates reproduisait des huiles métalliques identiques obtenues directement par les oxdyes.

Ces stéarates, jusqu'ici peu connus et négligés, deviennent des médicaments très importants; ils sont insipides ou peu sapides, presque inodores, complétement insolubles dans l'eau et l'alcool, solubles dans les huiles grasses volatiles et dans l'éther.

Introduits dans l'estomac, ils y séjournent sans altération et ne peuvent manifester leurs propriétés toxiques ou thérapeutiques, qu'après leur passage dans l'intestin où ils se dissolvent dans les corps gras, et s'émulsionnent pour être absorbés sans produire d'effets locaux.

Les premières expériences thérapeutiques ont été entreprises à Bordeaux pour le stéarate de quinine, par MM. H. Gintrac, Levieux et Moussous, à l'hôpital Saint-André, et pour l'oléo-stéarate de mercure, par M. Venot, à l'hôpital des Vénériens.

Le stéarate de quinine offre des propriétés remarquables, il est peu sapide, il fond à 45° cent. Il est facilement soluble dans les huiles et semble exempt de l'inconvénient grave et tant de fois reproché au sulfate de quinine d'irriter l'estomac et les tissus organiques.

L'oléo-stéarate de mercure permet de préparer de l'onguent mercuriel, dans lequel la totalité du mercure est réunie au corps gras, c'est-à-dire dans lequel la totalité du mercure est soluble dans les liquides animaux et absorbables; il se prête aussi à toutes les préparations exigées pour l'usage intérieur.

Le stéarate de fer permettra de remplacer le stéarate de plomb dans les emplâtres par une préparation dont les propriétés toniques seront préférables aux propriétés toujours plus ou moins contro-stimulantes des sels de plomb.

D'ailleurs, les huiles ferriques, préparées par la dissolution directe du stéarate de fer dans les huiles, seront appelées à jouer un grand rôle dans la thérapeutique de la chlorose.

CONCLUSIONS.

1° Tous les liquides à réaction alcaline, d'origine inorganique ou organique, émulsionnent les huiles dans l'eau distillée, et les bases métalliques insolubles puissantes produisent à un certain degré le phénomène de l'émulsionnement:

2° Le phénomène de l'émulsionnement par les bases résulte d'un commencement de saponification qui a lieu à froid, tout au moins d'une manifestation à froid des affinités, qui détermine la saponification par l'intervention de la chaleur;

3° Cinq centigrammes de carbonate de potasse, ou de soude pure, ou de savon, suffisent pour émulsionner d'une manière permanente 8 grammes d'huile dans 100 grammes d'eau distillée;

4° L'intensité de l'émulsionnement se montre en raison directe de l'alcalinité, l'acidité d'un liquide exclut la possibilité de l'émulsionnement;

5° Le suc pancréatique est le plus utile à la digestion des corps gras de tous les sucs intestinaux, parce qu'il est le plus alcalin; mais l'ensemble des observations porte à penser que les autres sucs intestinaux alcalins peuvent le suppléer quant à la digestion des corps gras;

6° L'introduction d'une proportion modérée d'alcali dans l'estomac avec les aliments, de manière à diminuer l'acidité du chyme, ou seulement l'abstention des aliments acides, favorise indirectement l'émulsionnement des matières grasses dans l'intestin; car plus le chyme est acide, plus il doit neutraliser, en passant dans l'intestin, les sucs alcalins nécessaires à l'émulsionnement des graisses.

7° Il est de la plus haute importance d'interdire l'usage des acides aux malades tombés dans le marasme, ou aux convalescents qu'on cherche à fortifier par l'alimentation, puisque les acides s'opposent à l'émulsionnement des corps gras;

8° Il faut proscrire les acides et prescrire de petites doses d'alcali lorsqu'on administre l'huile de foie de morue comme reconstituant;

9° Il faut aciduler les potions laxatives huileuses;

10° L'huile est un dissolvant aussi général que l'eau; elle dissout toutes les substances qui entrent dans la composition de l'organisme animal; elle dissout un grand nombre d'oxydes métalliques et s'empare de l'excès de base d'un certain nombre de sous-sels; elle dissout les stéarates et les oléo-stéarates à bases minérales ou organiques;

11° Les huiles métalliques qui offrent à l'état liquide les agents les plus actifs sont insipides ou peu sapides; elles ne sont point irritantes pour les tissus; les réactifs ordinaires n'y découvrent point les bases métalliques et organiques; enfin elles s'émulsionnent comme les huiles pures dans l'eau distillée au moyen de proportions minimes de carbonate alcalin (surtout lorsqu'elles ne sont pas saturées).

12° Les stéarates et les oléo-stéarates métalliques ou organiques, solubles dans les huiles et par conséquent assimilables dans l'intestin, insolubles dans l'eau et par conséquent insipides et sans action sur l'estomac, sont d'une préparation très facile, soit directement par la dissolution des bases dans les acides gras, soit par double décomposition en traitant les sels solubles par les solutions de savon.

13° Les huiles oléo-stéaratées et les oléo-stéarates permettront d'observer l'action dynamique des agents les plus puissants de la matière médicale, en étudiant leur action chimique locale.

14° Dans les recherches de poisons mêlés aux matières organiques, il ne faut pas négliger les matières grasses, puisque les huiles s'emparent des oxydes ou des carbonates précipités par les carbonates alcalins.

Il paraît même possible d'extraire au moyen de l'huile dans les liquides complexes les oxydes métalliques précipités par un léger excès d'alcali, et l'acide arsénieux mis en liberté par un léger excès d'acide sulfurique.

15° Les carbonates alcalins, à la dose de 5 à 10 centigrammes dans l'eau distillée, permettent d'obtenir instantanément des émulsions non visqueuses qui rendent facile l'administration des huiles médicinales ou du copahu.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris, — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 135. 5me Année. Mardi, 10 Novembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an.......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger*, chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste ou Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 6 novembre 1857.

Statistique des causes de décès.

Quoique notre conviction soit des plus complètes touchant l'impossibilité d'établir une statistique exacte, et partant, *utile* des causes de décès, il n'entre pas dans nos habitudes, et nous n'avons pas l'intention de dissimuler les opinions contraires aux nôtres qui se produisent avec une suffisante autorité. De ce nombre sont celles de M. Marc d'Espine et de M. le docteur Bertillon, cet écrivain distingué dont nos lecteurs ont pu apprécier naguère le rare talent. Nous consacrerons un article spécial à l'examen des arguments de notre éminent contradicteur.

Pour aujourd'hui, nous nous contenterons de dire un mot d'une lettre adressée à l'*Union médicale* par M. Marc d'Espine. Cette lettre, nous le disons à regret, n'est pas en rapport avec la légitime position que l'auteur occupe dans la science; les seuls passages qui renferment un argument en faveur de l'opinion de l'auteur sont les suivants :

Je suis étonné du peu de cas que M. Géry semble faire de l'enquête auprès de la famille par le médecin vérificateur, au point de considérer ce moyen comme illusoire. Si MM. les trente-six vérificateurs de Paris se bornent à demander aux parents le nom de la maladie qui a causé la mort, il est clair qu'ils ne trouveront pas dans la réponse qu'ils obtiendront un renseignement satisfaisant. Mais si, *au moyen d'un interrogatoire bien dirigé sur les circonstances qui ont précédé la mort*, ils obtiennent un certain nombre de renseignements sur les symptômes saillants, le début, la terminaison et la durée de la maladie, *il est difficile qu'ils ne soient pas le plus souvent en mesure de porter un assez bon diagnostic.* Je ne doute pas que ceux de MM. les vérificateurs qui procèdent ainsi ne répondent eux-mêmes à M. Géry que le moyen qu'il traite d'illusoire est au contraire leur meilleur moyen d'investigation.

Nos médecins vérificateurs du canton de Genève ont pu, à l'aide de ce seul moyen, fournir des bulletins qui, en général, concordaient avec ceux des médecins praticiens, quoiqu'ils ignorassent entièrement ceux-ci. J'ai fait un à un le dépouillement des bulletins relatifs aux quinze mille décès de treize de nos années de mortalité pour chaque cas, j'avais sous les yeux le bulletin du vérificateur et celui du médecin praticien, et non-seulement j'ai rencontré le plus souvent un accord entre les deux bulletins, mais quelquefois j'ai ob-

---

LA FLÈCHE MÉDICALE.

Le français de l'Académie

Pour servir à l'Histoire des académiciens de notre époque.

—

Longtemps j'ai cru que l'Académie française était un temple fondé par Richelieu et desservi par quarante vestales mâles, qui devaient, sous le nom d'académiciens, veiller jour et nuit sur la pureté de la langue et la protéger contre les tentatives, parfois un peu lestes, des néologistes, des romantiques, des réalistes et des *charabias;* je croyais aussi que les académiciens travaillaient depuis plus de deux cents ans à une espèce de toile de Pénélope nommée : le *Dictionnaire ;* et qu'au premier jour ils mettraient d'accord les grammairiens, qui ont la mauvaise habitude de ne pas être toujours du même avis. J'avoue que je croyais à tout cela. Aussi, la première fois que je vis publier les *pataquès* de M. Scribe et les fautes de français de M. Ponsard, j'éprouvai la sensation désagréable qui se manifeste lorsqu'on vous arrache... une illusion.

Je me disais pour me consoler : Tout n'est pas perdu, il en reste encore trente-huit pour faire le bonheur de la langue française, et parmi eux brille l'illustre Sainte-Beuve, plus spécialement chargé de cette besogne en sa qualité de commissaire historiographe de ladite langue. Mais, hélas! il était écrit là-haut que M. Sainte-Beuve lui-même, de ses propres mains d'académicien, foulerait aux pieds ma dernière illusion, en prononçant un discours qu'on pourrait intituler :

ORAISON FUNÈBRE, EN FRANÇAIS LAMENTABLE,

Par M. SAINTE-BEUVE,

UN DES QUARANTE FAUTEUILS DE L'ACADÉMIE.

On a eu la douleur de l'entendre ce discours aux obsèques d'un honorable médecin qui ne méritait pas qu'on jetât de pareil français sur sa tombe. Notez bien qu'il n'a pas été prononcé entre chien et loup, dans le coin obscur d'un cimetière, devant trois amis et quatre *croque-morts;* non pas, il y avait une foule choisie ce jour-là; de plus, M. Sainte-Beuve s'est empressé de le publier dans le *Moniteur universel* (no **253**), qu'il rédige, et dans deux ou trois journaux scientifiques. Je fus tellement exaspéré par ce *charabia*, que, dans un premier mouvement que je regrette, j'osai, — je demande bien pardon à ces messieurs du blasphème, — j'osai, dis-je, comparer les académiciens aux palfreniers d'Augias, tant ils tiennent mal leur.... syntaxe.

La nature funèbre de cet impayable morceau d'éloquence ne m'a pas permis de le publier plus tôt, j'ai voulu laisser pousser un peu de gazon sur la tombe du défunt; l'herbe pousse vite sur les tombes, à notre époque, et je crois le moment venu de livrer à l'admiration publique ce *speech* d'académicien Si j'attendais plus longtemps, il pourrait se couvrir de moisissures, ce gazon funèbre des articles hors d'âge.

Je me suis permis d'accompagner d'annotations grammaticales et autres, non pas, grand Dieu! à l'adresse des lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux*, qui parlent tous le français comme MM. Noël et Chapsal, mais uniquement pour ces messieurs de l'Académie, qui voudraient se mettre un peu au courant de leur langue.

Voici ce discours tel qu'il a été LU, (car il n'emprunte aucune de ses beautés au pittoresque de l'improvisation), tel que M. Sainte-

enu par les visiteurs *des renseignements spéciaux qui auraient échappé aux médecins traitants.*

Je ne puis donc pas absolument accepter, comme doctrine générale sur la question, l'opinion émise par M. Géry ; et si les choses se passent à Paris, comme la lettre de M. Géry tend à nous le faire présumer, je dis qu'on peut attendre plus que cela des moyens d'investigation dont disposent les médecins vérificateurs.

Il est vrai que, pour éviter que le vérificateur se laisse aller à la négligence dans l'accomplissement de sa tâche, il faut qu'il sache que la science attend de son concours des lumières nouvelles ; il faut aussi qu'il sache que ce sera un médecin qui dépouillera ses bulletins, et qu'il les dépouillera avec le contrôle du bulletin du médecin praticien. Le *contrôle par le double bulletin est indispensable* dans une pareille enquête, et c'est là le seul moyen d'empêcher les vérificateurs ou les praticiens négligents de céder à la tentation de se tirer d'affaire, dans les cas pressés ou difficiles, au moyen d'un *placebo.*

On aurait dû s'attendre qu'après les incitations que M. Marc d'Espine a reçues de toutes parts, il se serait empressé de démontrer par des faits, c'est-à-dire par des résultats, l'utilité d'une statistique mortuaire ; les faits valent bien mieux que les raisonnements, et il est déjà assez significatif que, après treize années d'expériences, M. Marc d'Espine en soit encore réduit à raisonner : encore est-il juste d'ajouter que ses arguments sont pour le moins aussi contraires que favorables à l'opinion qu'il défend.

D'abord, M. M. d'Espine répète pour la troisième ou quatrième fois au moins que *le contrôle par un double bulletin est* INDISPENSABLE pour « empêcher les vérificateurs ou les praticiens négligents de céder à la tentation *de se tirer d'affaire,* dans les cas pressants ou difficiles, au moyen d'un *placebo.* » Or, il est assez clair aujourd'hui, après les explications que nous avons données, après celles qu'ont données de leur côté MM. Trousseau et Velpeau, que ce contrôle est impossible dans les campagnes et dans les trop grandes villes. Voilà donc, d'après le propre jugement de M. M. d'Espine, la statistique impossible dans ces deux ordres de localités.

Ajouterons-nous que ce contrôle par le médecin vérificateur, « *au moyen d'un interrogatoire bien dirigé sur les circonstances qui ont précédé la mort,* » est vraiment, nous ne dirons pas illusoire, mais absolument dérisoire ; M. Marc d'Espine a donc oublié toutes les difficultés qu'on éprouve à obtenir des renseignements d'un malade sur sa propre maladie? Et l'on voudrait que ces renseignements fussent fournis par la famille ! On ne comprend pas qu'une telle pensée ait pu prendre racine dans un esprit aussi grave que celui de l'habile médecin de Genève. Veut-on un échantillon de ce que sera ce contrôle ? Nous en avons un tout récent à offrir à nos lecteurs.

Une malade, soignée par MM. Broca et Chassaignac, succombait il y a quelques jours aux ravages lentement progressifs d'un cancer de l'utérus. Après avoir visité le cadavre avec assez d'inconvenance, après avoir appris des personnes présentes la nature de la maladie, telle que l'avaient désignée les médecins traitants (et l'on avouera que ces médecins étaient bien capables de porter un bon diagnostic) : « Il n'est pas possible, dit-il, que cette femme soit morte d'un cancer. »

Voilà, en pratique, à quoi servira le contrôle du médecin vérificateur ; nous livrons l'exemple à MM. Trousseau et Velpeau, et nous leur laissons le soin, après cela, de juger cette assertion du savant statisticien de Genève : « J'ai obtenu, pour les vérificateurs *des renseignements spéciaux, qui auraient échappé aux médecins traitants.* » Peut-être, si M. Marc d'Espine questionnait le vérificateur mentionné ci-dessus, obtiendrait-il des renseignements qui *auraient* échappé à MM. Broca et Chassaignac. Nous serions seulement curieux de savoir quel usage M. Marc d'Espine ferait de ces renseignements, et c'est pour cela que nous nous associons à M. Vleminckx pour supplier M. M. d'Espine de mettre enfin au jour les résultats de sa statistique, au lieu d'user et d'abuser peut-être un peu de son autorité.

— M. Dechambre *ne peut nous faire le plaisir d'endosser les trois erreurs* qu'il avait confectionnées ; nous l'avions bien prévu, et c'est pour cela que nous avions pris la peine de nous faire pour un instant son valet de chambre :

Dans notre article du précédent numéro, dit-il, nous avions rappelé, pour le combattre, l'argument tiré des erreurs de diagnostic qu'*on* dit être commises fréquemment par les concurrents au bureau central des hôpitaux, et M. de Castelnau, qui s'est prévalu de ces erreurs, constate que nous ne l'avons pas nommé. Mais, quoiqu'il tienne singulièrement à ne pas paraître *oublieux,* il oublie pourtant ici que l'argument dont il s'agit n'est pas venu du MONITEUR DES HO-

---

Beuve l'a remis au *Moniteur universel,* après en avoir corrigé LUI-MÊME les épreuves.

« Messieurs,

» Vous avez désiré que nous ne QUITTIONS pas, » — Mon portier dirait : QUITTASSIONS; il est vrai qu'il n'est pas de l'Académie, — « sans LUI adresser un dernier adieu, LES restes » — !!!! — « du médecin habile, de l'ami excellent, du cœur dévoué que nous perdons. C'est pour obéir à ce vœu de l'amitié que je me hasarde à élever la voix dans un lieu et dans » une circonstance où le *silence ému* est encore la plus éloquente des » *paroles.* » — Un *silence ému,* qui est une parole éloquente ! voilà un genre d'éloquence à la portée de tous les orateurs. Quel malheur que M. Sainte-Beuve ne s'en soit pas contenté ce jour-là ! — « Ce » qu'était Armand X..., qui nous est si soudainement enlevé, » nous le savons tous ! » — Alors, pourquoi le dire, si tout le monde le sait? — « Né en 1792, enfant d'une génération qui a produit des » hommes supérieurs et distingués *en tout genre.* » — Un cordonnier fait des bottes *en tout genre*; une génération produit des hommes supérieurs *dans tous* les genres. — « Elève de l'Ecole normale dans la » première ferveur de la création. » — La première ferveur de la création — ? — X!!! — » Il eut aussi à sa *manière* » — manière à lui tout seul — « le *souffle* et le *feu* sacré. » — De sorte qu'il pouvait lui-même, avec son propre souffle, souffler son feu sacré ; pensée de haut style, aussi ingénieuse que sublime. Quoi qu'il en soit, à la place de l'auteur, j'aurais mis *sacré* au pluriel. — « Il marqua de » bonne heure *entre* ses jeunes camarades... » — *Entre* se dit seulement quand il est question de deux personnes ou choses ; ici *entre* est une faute ; la grammaire exige *parmi.* — « par des qualités *bien* » *à lui.* » — Des qualités brevetées, que lui seul avait le droit de posséder. — « Destiné d'abord à l'enseignement des sciences, chargé » de professer la physique au lycée de Metz, il reçut, dans cette cité » patriotique et guerrière. » — *Rengaîne* civico-militaire. — « le *coup* direct des événements de 1814 et de l'invasion. » — Dans quelle région reçut-il ce coup des événements? On n'a jamais su. — « Son *cœur saigna,* » — Infirmité désagréable, mais difficile à constater sur le vivant. — « *Et il commença par faire ce qu'il fit ensuite toute sa vie* : il se dé» voua. Son zèle à servir nos braves soldats atteints de typhus *faillit* » lui devenir funeste ; *saisi* lui-même par le fléau, il fut près *de payer* » de sa vie son humanité. » — Du moment qu'il s'était laissé saisir, il ne lui restait d'autre ressource que de payer, c'est clair comme un exploit d'huissier. Je ferai cependant observer à l'auteur qu'un fléau n'est pas un gendarme, il vous atteint, mais ne vous saisit pas. — « Et Metz, qui avait été témoin de ce dévouement du jeune profes» seur, s'en est *ressouvenu* toujours ; » — On ne peut se *ressouvenir* que des choses qu'on a oubliées ; il faut : s'en est *souvenu* toujours. — « Cette noble cité, — *Rengaîne* civico-prudhommique, — « était de» venue, pour Armand X..., une seconde patrie ; ses amis de Metz » sont restés fidèles jusqu'à *la fin,* » — La fin de quoi? — « à cet en» fant adoptif, à ce cœur généreux dont ils avaient vu le premier » élan. »

« Trop impatient pour dissimuler ses sentiments *nationaux,* » — *Rengaîne* libérale — « et frappé » — encore des coups ! — « dans sa » position universitaire, il se *tourna* vers une profession indé» pendante » — Il se *tourna,* ceci indique clairement que cette fois il n'a pas été frappé par devant — « et vers *celle* en même temps » QUI permettait » — Qui permettait à qui? Il faut qui *lui* permettait — « le mieux d'appliquer les inspirations humaines QUI fai» saient le fond de sa nature. » — Figurez-vous une nature dont le » fond est rembourré d'inspirations humaines ! — Il se fit médecin. » C'EST à d'autres QU'IL APPARTIENDRAIT de dire. » — Si l'auteur

PITAUX, mais bien de l'Académie par la bouche de M. Piorry. Dès lors, c'est M. Piorry qui aurait seul le droit de se plaindre, si la formule *on* n'était usitée tous les jours, et très justement, pour désigner une collection de personnes. Il ne nous en coûte nullement du reste de reconnaître que M. de Castelnau est du nombre de ceux qui se sont servis de ce mauvais argument. Quant aux *trois erreurs* que nous prête notre confrère, nous ne pouvons en bonne conscience lui faire le plaisir de les endosser, et nous n'éprouverions aucune difficulté à établir que, sur le premier point, c'est lui qui se trompe; que, sur le second, il méconnaît l'esprit des concours du bureau central et le caractère d'une statistique des causes de décès; enfin, que, sur le troisième point, il n'interprète fidèlement ni notre pensée ni notre texte. Mais nous nous en fions volontiers à l'appréciation du lecteur, sous les yeux duquel M. de Castelnau a eu la loyauté de mettre notre texte à côté de sa critique.

Nous ne pouvons à notre tour faire à notre spirituel confrère le plaisir d'accepter ses explications, ni ses théories, et nous sommes obligés de lui repasser l'habit qu'il s'est fait et qu'il ne voudrait pas porter :

1° Il n'est pas vrai que M. Piorry ait parlé des erreurs commises par les concurrents au bureau central; le *Moniteur seul* en a parlé; c'est donc *seulement* le *Moniteur* qui était désigné par *on*.

2° M. Dechambre pense qu'il n'aurait aucune peine à établir que nous nous sommes trompés sur le *premier point*; il n'en a eu que plus de tort de ne pas le faire.

3° M. Dechambre croit que nous méconnaissons l'esprit du concours et le caractère d'une statistique des causes de décès. Ce n'est pas assez que de croire en matière de science, il faut prouver un peu. Quand M. Dechambre nous aura dit quel est, à son avis, le caractère d'une statistique mortuaire, nous saurons si son avis est bon, jusque-là nous croirons, nous, que ce caractère n'a rien de particulier, et que, comme toutes les autres, elle doit être fondée sur des faits exacts.

4° Enfin, si nous avons mal compris la pensée de M. Dechambre, c'était bien le cas de nous dire en quoi nous l'avions mal comprise.

Sous le bénéfice de ces remarques, nous remercions M. Dechambre de la forme de sa discussion, à laquelle nous sommes d'ailleurs habitués; nous l'aurions remercié davantage encore s'il avait usé à notre égard de la libéralité dont il nous loue, en publiant les arguments qu'il réfute. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

PAR M. BAZIN,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 122, 125, 127 133, et 134.)

DIAGNOSTIC. — En général, rien n'est plus facile que de reconnaître la teigne tonsurante à la deuxième période, surtout quand elle occupe une région telle que le cuir chevelu, où on la rencontre habituellement, et si, quand elle se montre sur d'autres parties du corps, on la prend quelquefois pour de la dartre ou de la syphilis, c'est qu'en réalité on ne veut pas se donner la peine d'en étudier les caractères, ou peut-être craint-on d'admettre des vérités auxquelles on aurait voulu rattacher son propre nom. Quant à vous, messieurs, qui n'êtes pas imbus de semblables préjugés, vous ne commettrez jamais de ces erreurs grossières qui ne sont pas moins préjudiciables au médecin qu'au malade. A cette période de la teigne, le diagnostic est toujours très clair et n'offre aucun embarras.

Avec quelle affection pourriez-vous confondre l'affection parasitaire, quand, sur des plaques circulaires, légèrement saillantes, vous trouvez des poils brisés à quelques millimètres de la surface de la peau, enveloppés de leur gaîne blanche et entourés de flocons nacrés et d'écailles grisâtres (ces derniers, formés par de l'épiderme, sont bien distincts des premiers, constitués par le cryptogame)? Ces plaques de teigne tonsurante ont sans doute quelque analogie avec le pityriasis, l'herpès dartreux, l'eczéma circonscrit, mais la rupture et l'engaînement des poils ne sont-ils pas des caractères pathognomoniques de l'affection dermophytique?

Le diagnostic est-il aussi facile à la première et à la troisième période de la teigne tonsurante? Loin de là; et parfois, vous allez le voir, on rencontre de sérieuses difficultés.

Ainsi, au cuir chevelu, l'érythème précurseur échappe souvent à l'observation, et la desquammation qui lui succède peut être prise pour du pityriasis dartreux; à ce moment, on ne trouve pas

veut *c'est*, il doit mettre *appartient;* s'il tient à conserver *appartiendrait*, il est nécessaire qu'il écrive : *ce serait*. — « Les qualités » essentielles QU'IL *porta* dans cette profession délicate et *sacrée*. » — On *porte* des choux dans une hotte, mais on ne *porte* pas des *qualités délicates* DANS une profession. — Sacrée, pourquoi sacrée? *Rengaîne* baudruche; les médecins n'ont jamais eu la prétention de passer pour sacrés. — « Elle était *telle* pour lui. » — Telle, quoi? sacrée ou délicate? — « Messieurs, vous le savez; il n'écrivit pas, il s'adonna » tout entier à *guérir*. » — On ne s'adonne pas à guérir, mais à l'art de guérir. — « On s'accordait à reconnaître dans Armand X... (et » les maîtres de l'art, QUI furent presque tous ses amis, ne me dé» mentiront pas) un diagnostic prompt, fin et sûr, un tact médical » QUI est le premier talent du praticien. » — Ces six QUI à la queue *leu leu* font un superbe effet. — « Pendant des années, on l'a vu me» ner *de front toutes les activités généreuses*. » — Un attelage d'activités généreuses! — « Secourir TOUS les malades, TOUS les *vaincus*, » TOUS les souffrants, applaudir à TOUS les succès de ses amis et le, » propager *par ses sympathies* ardentes. » — Une sympathie ne peut rien propager, même quand elle est très ardente; elle peut tout au plus exciter les gens à propager quelque chose. — « Chaque » succès d'un ami était véritablement une *de ses fêtes*. » — Ce qui signifie : qu'à chacun de leurs succès, ses amis lui souhaitaient SA fête. Ah! si l'auteur avait dit : était véritablement une fête *pour lui*, ce serait différent, mais il s'est bien gardé de le dire. — « *Durant* ses an» nées heureuses où sa franche nature se déployait avec expansion. » — *Durant* exprime une idée non interrompue, on verra tout à l'heure qu'il n'y a pas eu permanence dans : *les réunions*, qui sont l'objet principal de la phrase; il faut donc dire : *pendant ses*, etc., — « et » avant les mécomptes, » — Quels mécomptes? — « il fut admirablement secondé par une femme distinguée, son égale par le cœur » QUI réunissait » — Le cœur? — « à son modeste foyer, dans des » conversations vives, bien des hommes. » — Pour exprimer l'augmentation, on peut dire *bien* au lieu de beaucoup : je l'aime *bien* mieux; pour exprimer la quantité, beaucoup est plus correct : beaucoup d'hommes! — « alors jeunes, et dont plusieurs étaient déjà, » ou sont devenus célèbres. Elle lui donna successivement deux » filles, mortes trop tôt pour le *bonheur* de tous deux. Son dernier » *bonheur* à LUI s'éteignit avec l'épouse à jamais regrettée dont les » restes sont ensevelis ici.

» Depuis qu'il l'eut perdue, il continua de faire le bien comme au» paravant, avec le même zèle, avec plus d'empressement encore, » s'il se pouvait. Vous l'avez vu souvent, soit au sortir de la chambre » d'un malade que ses soins avaient mis hors de péril, soit dans les » heures d'entretien de l'amitié, INQUIET CEPENDANT, AGITÉ TOU» JOURS, et le devoir accompli, ayant comme hâte de se *dérober*. » — De se dérober quoi? ou de se dérober à quoi? — « *Il y avait une* » *partie de lui-même qui était ailleurs.* » — Qu'est-ce qu'une partie de lui-même pouvait faire ailleurs? où était cette partie? quelle était cette partie? Problème! problème!!! — « *Il semblait que quelqu'un* » *au dehors l'attendait. Le* QUELQU'UN qui l'attendait, c'était CELLE » même, CETTE compagne de toute sa vie, qui le reçoit aujourd'hui » dans *cette* tombe.

» Digne et excellent ami! il avait ce qui aurait pu consoler, » — Consoler qui? il faudrait au moins : *le consoler*. — « L'estime de » tous, la chaleureuse amitié de quelques-uns, rattaché en qualité » de médecin à cette École normale dont le seul nom lui était cher, » — On *rattache* un cheval qui a cassé son licou; on ne rattache que ce qui est détaché; *on attache* ce qui ne l'a pas été. — « Il y re» trouvait les souvenirs qu'il affectionnait; honoré d'une distinc» tion tardive, mais *si* méritée, qu'il avait gagnée *aussi* sur *ses*

la brisure et l'engaînement des poils qui, tout à l'heure, empêchaient même l'incertitude. Cependant, quelques signes rendent encore probable l'existence du parasite : les points pityriasiques sont nettement circonscrits, et souvent ils affectent une disposition manifestement circulaire, caractères qui n'appartiennent pas ordinairement au simple pityriasis. En outre, dans les deux cas, l'épilation ne se fait pas de la même manière. Dans l'affection constitutionnelle, la peau seul est malade, et les poils n'ont subi aucune altération. On peut les extraire en totalité avec le bouton et la capsule, mais ils résistent à la traction de la pince ou des doigts, et leur avulsion fait souffrir le malade.

Dans l'affection parasitaire, au contraire, nous savons qu'ils sont altérés, imprégnés de cryptogame, longtemps avant que ce dernier, par la réunion, la concentration de ses éléments, soit devenu visible à l'œil nu ; ils sont friables, et par conséquent, n'offrent aucune résistance à la pince ; mais ils se cassent au lieu de se laisser extraire, et l'on ne trouve plus ni bouton ni capsule.

Ce dernier caractère permet aussi de distinguer la teigne tonsurante au début, de la lèpre vulgaire, du psoriasis et de la teigne faveuse scutiforme, affections qui ne sont pas rares au cuir chevelu, et qui se rapprochent de la teigne tonsurante par leur forme ordinairement arrondie. Mais on trouve d'autres caractères différentiels : le psoriasis et la lèpre vulgaire (qui n'est qu'une variété de psoriasis) ne sont pas ordinairement localisés à la tête ; les environs des coudes et des genoux sont le siége de prédilection da ces affections dartreuses ; et lors même qu'elles n'existent qu'à le tête, il est bien rare de ne pas trouver quelque plaque en un point où les cheveux sont absents, derrière les oreilles, par exemple ; d'ailleurs les squammes sont plus épaissees plus adhérentes que dans la teigne tonsurante. Enfin la dartre a une marche qui ne ressemble en rien à celle du parasite.

Je n'insiste pas davantage. Quant au porrigo scutulata, à la période pityriasique, avant la manifestation extérieure de l'achorion, il est extrêmement difficile à distinguer de la teigne tonsurante au début ; et, dans quelques cas, il faut attendre, pour se prononcer, que l'affection arrive à une période plus avancée ; la rupture de quelques poils, ou l'apparition de concrétions d'un jaune soufré ne tardera pas à lever le doute. Cependant on pourrait essayer tout d'abord l'extraction de quelques poils : ceux-ci se brisent dans la teigne tonsurante ; dans le farus ils cèdent facilement, viennent avec le bulbe et la capsule, et cette dernière est beaucoup plus volumineuse qu'à l'état normal. Ai-je besoin d'ajouter que, dans tous ces cas difficiles, l'examen microscopique tirerait immédiatement d'embarras ?

Sur la face, le tronc et les membres, rien de plus facile que de reconnaître la première période de la teigne tonsurante. Les anneaux trichophytiques se distinguent aisément des anneaux fariques psoriasiques ou pityriasiques. Les anneaux fariques sont d'un plus petit diamètre et d'une uniformité remarquable. Les anneaux psoriasiques sont, au contraire, plus larges, et il est bien rare de les trouver complétement dépourvus des squammes caractéristiques. Quant aux affections pityriasiques, leur forme seule pourrait, dans certains cas (pityriasis rubra), les faire prendre pour des plaques herpétiques, mais l'étendue, la marche de l'affection,.. et en définitive l'examen microscopique, feront immédiatement connaître sa nature. En un mot, il est assez rare que les cercles herpétiques, qui annoncent la germination du trichophyton, soient confondus avec du psoriasis, du pityriasis, ou avec des anneaux fariques.

Bien plus souvent, cette manifestation parasitaire est prise pour une syphilide circinée ; et nous avons pu constater un grand nombre d'erreurs de ce genre commises par des médecins qui occupent le premier rang en dermatologie. M. Deffis (***Réfutation des erreurs que contient l'ouvrage de M. Devergie***, page 19) a cité une de ces observations. Cependant les éruptions syphilitiques n'occupent pas ordinairement les mêmes régions que la teigne tonsurante ; elles ne sont point accompagnées de démangeaisons ; et puis, j'insiste sur ce caractère, ce n'est pas aux syphilides érythémateuses (les seules qu'on puisse confondre avec l'herpès tricophytique) qu'appartient la forme circulaire. Enfin l'intertrigo parasitaire est très difficile à distinguer de l'intertrigo mécanique, et, à défaut de microscope, il faut quelquefois suspendre le diagnostic et attendre des caractères plus tranchés (ceux de la deuxième période). Cependant, dans la plupart des cas, la distinction est possible : l'éruption parasitaire est, au début surtout, moins étendue, plus nettement circonscrite, et toujours accompagnée du bourrelet circonférentiel propre à l'herpès circiné.

A la troisième période, le diagnostic de la teigne tonsurante n'est pas moins obscur qu'à la première. Au cuir chevelu, les tonsures sont dénaturées, méconnaissables ; des croûtes impétigineuses les recouvrent et cachent complétement à la vue les poils brisés ; suivant que ces croûtes sont sèches ou humides, jaunes ou brunes, on croit avoir affaire à une scrofulide ou à une teigne faveuse, et non point à la teigne tonsurante. Au fait, dans ces circonstances, le diagnostic est souvent impossible, et l'examen des poils au microscope peut seul tirer d'embarras.

A la face, on est peut-être trop disposé à rattacher, dans tous les cas, les papulo-pustules à la présence du trichophyton ; cette

---

» champs de bataille à LUI, — A *lui* tout seul ! Champs de bataille brevetés à l'usage d'un homme seul. — « Il y avait été sensible de la » part d'un gouvernement qui réalisait l'un des vœux de son cœur » *national.* » — *Rengaîne* déjà notée, — « et qui *réparait la douleur de* 1814. » — Ici M. Sainte-Beuve dit tout le contraire de ce qu'il veut exprimer. *Réparer une douleur* serait la remettre à neuf et non la faire oublier ; de plus, l'auteur devrait au moins donner l'adresse de l'artiste en vieux qui se charge de réparer les douleurs endommagées et d'en faire des douleurs toutes neuves. — « Mais il y avait » en lui un vide QUE rien désormais ne pouvait combler. Homme ex- » cellent, QUI a beaucoup aimé, beaucoup souffert, QUI a de tout temps » servi ses semblables *jusqu'à en vouloir mourir*, le *repos* enfin lui » est venu. Cher X..., *repose* en paix ! le souvenir de tes vertus pra- » tiques, de ta prodigue bonté, de ta délicatesse de sentiments, » *vivra à jamais...* » — Rengaîne funèbre. — ... chez tous ceux » qui t'ont connu et ne mourra qu'avec eux. »

Dans le dernier alinéa, on trouve neuf fois le mot QUI.

TOTAL : plus de **53** FAUTES graves ou légères contre les règles de la langue, le goût et le style, dans un discours académique de soixante-sept lignes.

On raconte que Malherbe mourant mit son confesseur à la porte parce qu'il écorchait le français ; si l'on avait prononcé une pareille oraison funèbre sur sa tombe, le régénérateur de la langue française eût été capable de ressusciter pour cause d'indignation. On me dira peut-être que M. Sainte-Beuve a écrit des choses correctes et même charmantes ; je le sais fort bien.

Voiture, aussi, écrivait des choses charmantes ; seulement, il mettait parfois quinze jours à composer une simple lettre ; Voiture, forcé d'écrire une oraison funèbre en vingt-quatre heures, l'aurait fait, peut-être, en aussi mauvais français, mais il se serait passé sa plume au travers du corps après l'avoir prononcée.

Malgré l'emphase, les *rengaînes* et les erreurs grammaticales qui font l'ornement du discours de M. Sainte-Beuve, on doit cependant lui rendre la justice de convenir que les éloges donnés à la vie d'Armand X... ont été mérités ; c'était un digne homme ; mais pourquoi étaler sur sa tombe ces loques de rhétorique ? Quelques mots simples et partis du cœur sont plus doux pour l'ombre d'un ami que des éloges en pompeux galimatias.

L'homme de bien serait capable de mourir en canaille, pour échapper à des oraisons funèbres écrites en aussi mauvais français.

Je demande bien pardon à MM. les pédants d'avoir empiété sur leur domaine en accomplissant cette besogne de cuistre ; mais il est possible qu'un jour je sois pris du désir de devenir académicien, et je ne suis pas fâché de me créer un titre dont, ce jour-là, MM. de l'Académie voudront bien me tenir compte.

GRIFFUS (d'Éphèse.)

Pour copie conforme :

Dr JOULIN.

région est souvent aussi le siége de l'herpès dartreux, de l'impetigo scrofuleux ou de cause artificielle (impetigo de la lèvre supérieure par le contact d'un liquide irritant, chez les personnes qui prennent du tabac) ; c'est également le siége de prédilection de scrofulides malignes, inflammatoires, crustacées ; enfin les syphilides pustuleuses et tuberculeuses n'y sont point rares. Le diagnostic différentiel devient surtout très difficile quand les éruptions constitutionnelles et les éruptions parasitaires se compliquent mutuellement. Trois caractères méritent de fixer principalement votre attention; il faut les bien connaître, car l'existence bien constatée d'un seul d'entre eux est une forte présomption en faveur du parasite. Ces caractères sont :

1° La présence sur une partie du visage ou du cou, de débris de cercles en voie de disparition ;

2° L'existence sur les joues de plaques indurées circulaires ;

3° Enfin l'herpès *pellagreux* ou lichénoïde sur le dos des mains ou sur les avant-bras. Mais quand ces trois signes manquent à la fois, comment faire? Il faut redoubler d'attention, interroger avec soin le malade sur le début et la marche de l'affection qu'il porte, tenir compte de l'état des poils... Enfin, quand on est obligé de rester dans le doute, et qu'on croit cependant à l'existence de la syphilis, (c'est souvent une syphilide tuberculeuse qu'on observe en pareils cas), il ne faut pas hésiter à soumettre le malade à la médication anti-vénérienne ; sous cette influence , la syphilis disparaîtra, et, si après cela, il reste une éruption parasitaire, on l'attaquera par les moyens que nous ferons connaître tout à l'heure. Enfin, aux aisselles et aux parties sexuelles, le diagnostic différentiel entre l'éruption parasitaire et l'éruption constitutionnelle ou mécanique, est d'une extrême difficulté, et si l'on ne trouve pas d'altération des poils ou quelques vestiges d'anneaux herpétiques, je ne connais que le microscope qui puisse trancher la question.

PRONOSTIC. — Abstraction faite de l'influence des moyens thérapeutiques, la teigne tonsurante est une affection cependant moins grave que la teigne faveuse, car on n'a point à craindre, comme dans cette dernière, la mort, ni la cachéxie qui précède. Mais en dehors de ce point de vue, la teigne tonsurante est, au contraire, plus sérieuse ; elle a une durée fort longue, et, lors même qu'elle ne dépasse pas la période herpétique, il n'est pas très rare de la voir se prolonger quinze, dix-huit mois et plus. Quand elle atteint la troisième période, elle peut durer quinze à vingt ans, et, si la guérison arrive, ce qui n'a lieu que dans des cas exceptionnels, il y a perte de la barbe ou de la chevelure sur les parties affectées.

Assez souvent, le tricophyton contribue, par sa présence , au développement des affections constitutionnelles (dartres et plus souvent scrofules) que l'on a beaucoup de peine à faire disparaître, car elles sont entretenues par la cause qui les a fait naître, et qu'il faudrait d'abord attaquer ; mais l'on n'y songe pas, l'affection parasitaire étant alors complétement masquée par les nouvelles éruptions. Enfin notre méthode thérapeutique ne triomphe pas aussi aisément de la teigne tonsurante que de la teigne faveuse, et je vous en ai déjà fait comprendre la raison. Les enfants atteints de favus ne restent dans nos salles qu'un mois ou deux ; il faut ordinairement un temps double pour guérir ceux qui sont affectés de teigne tonsurante au cuir chevelu.

(*La suite au prochain numéro.*)

CERCLE DES SCIENCES.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU VENDREDI 30 OCTOBRE 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

Présentation de deux nouveaux membres, MM. les docteurs Courssérant, Trudeau, prosecteur au Val-de-Grâce.

Fonctions de la moelle. — M. le docteur Brown-Séquard montre un lapin sur lequel la moelle épinière a été mise à nu à la région dorsale : il fait constater que l'animal marche bien et que sa sensibilité semble être à l'état normal.

L'animal, pincé, s'agite vivement, mais ne crie pas, ce qui, d'après M. Brown-Séquard, est un signe d'état normal de la sensibilité. Il coupe les cordons postérieurs de la moelle épinière, là où cet organe est à nu, et fait ensuite constater que le pincement de la peau des pattes et d'autres parties du train postérieur est suivi de cris, ce qui, suivant lui, est une preuve d'augmentation de sensibilité. Après avoir fait répéter par plusieurs personnes le pincement des membres postérieurs, pour bien constater que tous deux paraissent plus sensibles qu'avant l'opération, il coupe en travers ce qui reste de la moitié latérale droite de la moelle épinière à l'endroit où la première section des cordons postérieurs a été pratiquée.

La moité droite de la moelle étant divisée transversalement, on peut constater que le pincement de la patte postérieure droite fait encore jeter des cris au lapin, tandis que le membre postérieur gauche (celui du côté duquel il reste encore un tiers environ de la moelle épinière) peut être pincé très vivement non-seulement sans que l'animal crie, mais encore sans qu'il manifeste de douleur par de l'agitation. Ainsi, dit-il, après la seconde opération, qui a consisté à couper ce qui restait de la moitié droite de la moelle épinière, la sensibilité semble être perdue dans le membre postérieur gauche, tandis qu'elle semble plus considérable qu'à l'état normal à droite, c'est-à-dire du côté de la section. Ces faits lui paraissent démontrer l'exactitude de la théorie qu'il a proposée, d'après laquelle la plus grande partie, sinon la totalité des éléments conducteurs des impressions sensitives, s'entrecroisent dans la moelle épinière.

Sur le même animal, M. Brown-Séquard coupe encore la presque totalité de la moitié droite de la moelle épinière au niveau de la première paire cervicale et fait constater qu'après cette troisième section, comme après la seconde, l'animal crie lorsqu'on lui pince la patte droite ou d'autres points du membre postérieur droit.

M. Brown-Séquard demande qu'une commission soit chargée d'examiner les lésions faites sur la moëlle épinière du lapin ayant servi à ses expériences.

Cette commission se compose de MM. *Heurteloup*, *Langlebert*, *Mounier* et *Roux*.

M. *Langlebert* demande comment on peut s'expliquer que la sensibilité soit exaltée dans le membre postérieur droit.

M. *Brown-Séquard.* Les causes sont nombreuses : la principale est dans la congestion sanguine déterminée dans le membre par la paralysie des vaisseaux en arrière de la section. Cette stase sanguine amène une élévation de température du membre ; les mouvements réflexes et la sensibilité sont exagérés. Ce phénomène se présente aussi bien chez les animaux que chez l'homme.

J'ai, en ce moment, 45 cas de lésions des cordons postérieurs de la moëlle épinière chez l'homme, avec sensibilité non-seulement conservée, mais quelquefois même exagérée, chez aucun il n'y a perte de la sensibilité. Ce qui l'explique, c'est que ce sont les racines postérieures qui transmettent la sensibilité et non les cordons postérieurs.

Chimie médicale. — M. Personne vient rendre compte au Cercle de l'examen auquel il a soumis le vin présenté par M. Rambaud. Pour ce qui est de la couleur du résidu, l'orseille a une teinte violette plus foncée, le vin de M. Rambaud a, au contraire, donné la même couleur que donnent tous les vins. Contient-il des sels métalliques, plomb ou zinc, par exemple? J'avoue qu'il m'a été impossible de reconnaître leur existence dans le vin qui m'a été remis. Il ne contient donc pas d'éléments nuisibles.

Restait à savoir s'il est naturel ou fabriqué.

1° La quantité d'alcool qu'il renferme est celle que l'on rencontre normalement dans les vins ordinaires, 8,33 ;

2° Le résidu ; la quantité normale que l'on trouve en évaporant un vin à siccité, un vin normal, bien entendu, est de 20 à 25 grammes de résidu par litre de vin : le vin que j'ai examiné, m'a donné 20,5 ;

3° La crême de tartre. Elle existe ici en quantité notable.

4° La matière colorante. C'est celle que l'on trouve dans une foule de vins. Quand on veut, par exemple, faire du vin ordinaire, on prend du petit vin blanc, auquel on ajoute un peu d'alcool, et on le colore avec la matière colorante du sureau. Ce sont des vins fabriqués, mais qui, au moins, ne peuvent faire aucun mal.

5° Enfin, on trouve un peu d'alumine et de chaux, comme dans les

vins naturels.

M. Personne conclut que le vin qu'il a été chargé d'examiner ne contenait aucun principe nuisible, bien qu'il se puisse qu'il ait été fabriqué de toutes pièces.

La séance est levée à dix heures du soir.

Le secrétaire, Dr A.-P. Doumic.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

—

Séance du 2 novembre 1857.

Présidence de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Sangsues d'Algérie. — M. de Quatrefages lit la Note suivante, espèce de Rapport bénévole sur divers documents communiqués à l'auteur par l'administration de la guerre. Nous allons en extraire les passages les plus importants.

Les sangsues de l'Algérie, connues dans le commerce sous le nom de *dragons* (*Sanguisuga troctina*, Moquin-Tandon) sont-elles, au point de vue du service médical, comparables aux autres espèces qui figurent sur le marché de la France? Cette question a dû être posée dès les premiers temps de notre séjour en Afrique. Elle ne tarda pas à être résolue négativement, et, depuis cette époque, tout avait paru confirmer ce résultat. Les marchands que j'ai consultés, les médecins et les naturalistes qui ont fait des expériences comparatives s'accordaient pour regarder la sangsue algérienne comme étant de qualité très inférieure, et pourtant nous allons voir que ce discrédit n'était rien moins que mérité.

« En 1856, M. Vayson, éleveur distingué, apporta à Alger, en employant les moyens de conservation dont il sera question tout à l'heure, 900 sangsues bordelaises choisies dans les marais de la Gironde. Ces sangsues furent comparées à leurs congénères d'Afrique.

M. Millon présidait aux expériences, et c'est assez dire que celles-présentent toutes les garanties désirables. En voici le résultat (1).

» Dans une première série d'applications, 63 sangsues de M. Vayson, prises au hasard et pesant en moyenne 1g,48, absorbèrent en moyenne 6g,6 de sang chacune.

» Dans une seconde série d'applications, 46 sangsues de M. Vayson, pesant en moyenne 1g,40, absorbèrent en moyenne 10g,5 de sang chacune.

» Les sangsues algériennes ont donné les résultats suivants dans trois séries d'applications faites avec des individus de provenances diverses.

» 67 sangsues, achetées sur place, pesant en moyenne, 1g,27, ont absorbé en moyenne 6g,4 de sang.

» 44 sangsues, prises au hasard dans les viviers de l'Hôpital militaire, pesant en moyenne 1g,29, ont tiré en moyenne 7g,1 de sang.

» 67 sangsues, choisies dans les mêmes viviers, pesant en moyenne 1g,69, ont pris chacune en moyenne 12g,5 de sang.

» Si nous cherchons les moyennes générales, nous trouverons que 109 sangsues bordelaises, pesant en moyenne 1g,44, ont absorbé en moyenne 8g,55, et que 178 sangsues d'Alger, pesant en moyenne 1g,42, ont absorbé en moyenne 8,66 de sang.

» On le voit, les chiffres précédents, bien loin de confirmer l'opinion généralement reçue sur l'infériorité des sangsues d'Algérie, accusent en leur faveur une légère différence de 0g,11. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que les sangsues bordelaises avaient été choisies par un homme très exercé et que leur poids moyen était quelque peu supérieur au poids moyen des algériennes.

» Mais on devait se demander si les sangsues girondines n'avaient pas souffert de leur transport en Algérie, et si par suite elles jouissaient bien de toutes leurs qualités naturelles au moment des expériences. Une contre-épreuve était nécessaire et elle a eu lieu dans des conditions qui ne laissent prise à aucun doute.

(1) *Rapport de M. Millon à M. le sousintendant d'Alger.* Alger, 30 janvier 1857.

» Dans le courant d'avril 1857, 1,000 sangsues dragons furent envoyées d'Alger à la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris. 200 d'entre elles furent remises à l'hôpital du Gros-Caillou, et M. Tripier, pharmacien en chef de cet établissement, les mit en expérience (1).

» De recherches précédentes, faites en très grand nombre, M. Tripier avait conclu que les sangsues de la Gironde, d'excellente qualité, appliquées par lots de 10 à 20, absorbent de 7 à 8, 9, 10 et 11 gr., 5 de sang, soit en moyenne environ 9 grammes. Or, deux lots, l'un de 10, l'autre de 20 sangsues algériennes, pesant en moyenne 1 gr. 45, ont donné pour le chiffre moyen du sang absorbé 10 gr. 4, M. Tripier s'est borné à donner le détail de ces deux applications, mais il a soin d'ajouter que toutes les autres ont donné des résultats analogues. Dans le lot de 20, il s'est trouvé que 3 n'ont pas pris, peut-être par suite d'un peu de négligence dans l'application. Les 17 qui seules ont réellement fonctionné, ont tiré en moyenne 12 gr. 7 de sang. Si nous tenons compte de cette circonstance, nous trouverons que les 27 sangsues d'Alger, prises au hasard, ont absorbé en moyenne 11 gr. 35 de sang.

» Ainsi des sangsues dragons, transportées d'Alger à Paris, se sont montrées au moins les égales des meilleures sangsues bordelaises. En France comme en Afrique, les résultats fournis par une comparaison attentive ont été exactement les mêmes, et en désaccord complet avec la manière de juger universellement adoptée.

» La défaveur qui a pesé jusqu'ici sur les sangsues dragons, et que semblaient justifier un certain nombre d'expériences, tient très-probablement aux causes qu'a signalées M. Vayson (2). Récoltées sans choix dans des marais placés à une grande distance des côtes, amenées à Alger et transportées en France par des moyens très imparfaits, ces hirudinées arrivent à Marseille, en fort mauvais état. Par suite, leur mortalité est très grande, et leur action fort irrégulière. Les praticiens comme les marchands devaient donc porter le jugement que nous avons combattu plus haut. Au contraire, recueillies avec discernement, transportées avec soin, et à l'aide de moyens perfectionnés, ces sangsues montreront toutes leurs qualités réelles. Sur place, elles suffiront aux besoins de nos colons et de notre armée, et sans doute elles deviendront pour l'Algérie un article d'exportation.

» En effet, M. Vayson chargé par l'administration de la guerre d'explorer nos possessions africaines au point de vue de l'industrie dont il s'occupe, a signalé plusieurs points qui, d'après lui, se prêteraient parfaitement soit à l'élevage artificiel des sangsues par les procédés usités dans la Gironde, soit à une production naturelle qu'il suffirait d'exploiter sagement pour qu'elle rendit de véritables et grands services.

Parmi les localités du premier genre, il signale en particulier les terres voisines de l'embouchure du Mazaffran ; parmi celles du second genre, il indique les plaines marécageuses de l'Ourk, de Taguinn et de Djebel-Amour, comme devant suffire pendant bien des années à l'approvisionnement de l'Algérie entière. Si on ajoute aux centres de production étudiés par M. Vayson, et qui tous appartiennent à la partie méridionale de la province d'Alger, ceux dont l'existence a déjà été reconnue dans les provinces d'Oran et de Constantine ; si l'on tient compte en outre de ceux qui paraissent exister dans la Kabylie (3), on arrivera à cette conclusion, que les marais d'Afrique pourraient bien jouer, d'ici à quelque temps, le rôle rempli pendant un certain nombre d'année par ceux de l'Europe orientale.

» Mais en constatant ces richesses, il est bon de songer à les conserver. Ce serait les dilapider à plaisir que de laisser s'établir un système de pêche continue et sans frein. C'est bien certainement à l'absence de toute réglementation qu'il faut attribuer l'épuisement rapide de la Hongrie, de la Valachie et de toutes les contrées qui successivement semblent ne plus produire ces mêmes hirudinées

(1) *Rapport sur la sangsue d'Afrique comparée à celle de France.* Paris, 1er juillet 1857.

(2) *Rapport à son Excellence M. le maréchal Vaillant, ministre de la guerre.* Toulouse, 28 janvier 1856.

(3) *De la production et du commerce des sangsues en Algérie*, par M. Millon.

qu'elles fournissaient naguère par millions.

Pour prévenir un pareil épuisement, l'auteur conseille d'appliquer à la pêche des sangsues, des règlements analogues à ceux qui régissent la chasse et la pêche maritime.

L'application de ces lois et règlements devant entraîner la suspension de la pêche pendant les mois de ponte, l'auteur propose pour la conservation des sangsues pendant ces mois, l'emploi des *marais domestiques*, nom donné par M. Vayson à un appareil composé d'un vase en terre cuite, en forme de cône tronqué, renversé.

L'extrémité inférieure est percée de quelques trous assez étroits pour ne pas laisser passer les sangsues. On remplit ce vase de terre tourbeuse, et l'on y dépose les sangsues, qui ne tardent pas à s'installer de leur mieux dans ce milieu, semblable à celui qu'elles habitent naturellement; puis on ferme l'orifice supérieur du vase avec une toile grossière. Veut-on expédier au loin, on humecte la terre dans toute son épaisseur et on emballe le vase dans une caisse ou un simple panier. Veut-on conserver les animaux sur place, on pose l'extrémité inférieure du vase dans un baquet dont l'eau s'élève à un décimètre environ, et on l'abandonne ainsi sans autre soin. Grâce à l'infiltration, les couches inférieures du petit marais sont bientôt presque délayées, les couches supérieures demeurent presque sèches. Entre ces deux extrêmes, les sangsues savent fort bien choisir la zone qui leur convient, et y creuser des galeries où elles vivent pour ainsi dire en famille.

« L'appareil qui nous occupe, dit M. Quatrefages, est également remarquable comme moyen de conservation. M. Tripier a suivi pendant plus de deux ans, du 26 mai 1855 au 10 juillet 1857, deux cents sangsues bordelaises qu'on y avait placées. Durant la première année, la mortalité fut nulle. Elle ne se montra que lorsque ces anhélides, qu'on laissait privées de toute nourriture, commencèrent à souffrir d'une diète aussi prolongée, lorsqu'elles ne renfermèrent plus que $\frac{1}{100}$ de leur poids de sang. A partir de la seconde année, on vit le volume des animaux diminuer. Vers la fin de l'expérience, ils avaient perdu 46 pour 100 de leur poids, et le nombre des morts était de 38 pour 100. Cette expérience, si décisive au point de vue qui nous occupe, est en outre fort intéressante sous d'autres rapports, et éclaircit considérablement quelques-unes des questions actuellement controversées jusque devant les tribunaux.

» Malgré l'autorité des habiles et consciencieux observateurs que je viens de citer, la conservation facile des sangsues dans le commerce de détail et de demi-gros est d'une telle importance, que j'ai voulu expérimenter à mon tour et m'assurer que les résultats annoncés n'avaient rien d'exagéré. Voici, en peu de mots, les observations que j'ai pu faire par moi-même :

» Le 2 juillet de cette année, je reçus de M. Vayson deux marais domestiques placés dans des paniers, entourés de paille et renfermant chacun 50 sangsues bordelaises. Ces deux marais furent transportés dans mon laboratoire au Jardin des Plantes et laissés sans les déballer dans un cabinet où le soleil donne pendant une grande partie de la journée. Le premier panier fut ouvert le 11 juillet, le second, le 25 du même mois. On sait quelle a été à Paris la température de cette époque. Les sangsues, après leur voyage, étaient donc restées *privées de tout soin* les unes dix jours, les autres vingt-quatre jours dans une atmosphère brûlante. Conservées par les procédés ordinaires, et eussent-elles été entourées de toutes les précautions qu'on emploie généralement, la plus grande partie, la totalité pourrais-je dire, eût certainement péri. Grâce à l'appareil Vayson, toutes se trouvèrent intactes, en parfait état de santé, et dans la terre du second panier, je ramassai une douzaine de très beaux cocons récemment pondus.

» Les deux vases servant de marais furent alors disposés comme je l'ai dit plus haut, c'est-à dire que l'extrémité inférieure fut plongée dans 1 décimètre d'eau environ. Tous deux furent ensuite abandonnés sans qu'on en prît d'autres soins que de maintenir à peu près le niveau du liquide. Je les examinai le 27 octobre, c'est-à-dire près de quatre mois après le commencement de l'expérience. Une seule sangsue était morte, probablement au moment de la ponte. Toutes les autres étaient remarquablement vigoureuses et bien portantes. En outre, je recueillis dans les deux vases 94 cocons tous remplis de petites sangsues.

Quelques autres déjà flétris avaient laissé échapper leurs *filets*. Les premiers, mis dans un bocal et placés dans mon cabinet, sont éclos au bout de deux jours. Ainsi, j'ai en ce moment chez moi au moins un millier de jeunes sangsues qui se sont développées dans l'appareil aussi bien qu'elles l'eussent fait dans la berge d'un véritable marais.

» Des faits précédents, il résulte que le *marais domestique* de M. Vaysan place les sangsues dans des conditions aussi semblabtes que possible à celles qu'elles rencontrent dans la nature. Cette conséquence doit conduire à d'importantes applications. En voici une, que des expériences déjà commencées permettent de regarder comme facilement réalisable, et dont les conséquences pour l'abaissement du prix médical des sangsues se feraient promptement sentir.

» A l'hôpital du Gros-Caillou, et dans bien d'autres sans doute, les sangsues, après une première application, sont mises à dégorger dans de l'eau faiblement vinaigrée (1). On les laisse reposer ensuite quelques jours et on les remet en service une seconde fois. Des sangsues vigoureuses et bien soignées peuvent fournir ainsi 3, 4 et jusqu'à 5 applications. Mais à partir de la seconde, la quantité de sang prise au malade va en diminuant, tandis qu'il se déclare une mortalité rapidement croissante, pendant et après le dégorgement. Des sangsues mises après leur dernière application dans de l'eau qu'on renouvelle chaque jour, meurent toutes dans l'espace de un à deux mois.

» Or, frappé, comme j'avais dû l'être, des premiers résultats obtenus par M. Tripier, je le priai de placer dans un appareil Vayson quelques-unes de ces sangsues hors de service. Il m'écrit aujourd'hui qu'après une expérience de deux mois, il a retrouvé dans le marais domestique plus d'un tiers des sangsues qu'il y avait déposées, et que ces sangsues employées sur le malade ont donné les mêmes résultats que des *sangsues neuves*. Bien que cette expérience n'ait encore été tentée qu'une fois, le résultat en est tellement d'accord avec tous les faits précédents, qu'il me semble ne pouvoir s'écarter beaucoup de la vérité. Voilà donc un moyen de diminuer d'un tiers au moins la consommation des sangsues de nos grands établissements civils et militaires.

» Mais il y a plus : si, au lieu de placer dans l'appareil des sangsues presqu'à bout de forces par suite d'un emploi trop répété, on les y avait mises après la première, ou tout au plus après la seconde application, il me paraît hors de doute que la mortalité eût été infiniment moindre. Je suis convaincu qu'il y a le moyen d'alimenter le service d'un hôpital avec les mêmes sangsues qui, tour à tour mises en service et laissées en repos, serviraient presque indéfiniment (2). Mais pour en arriver là, il faut que des études préalables aient fait connaître le temps réellement nécessaire pour que ces hirudinées recouvrent après chaque application toute leur énergie première.

» Si le résultat que je viens d'indiquer était une fois acquis, son influence ne s'arrêterait certainement pas aux grands établissements. La conservation et la *révivification* des sangsues étant assurées, les pharmaciens, les derniers détaillants, auraient un intérêt évident à racheter celles qui auraient déjà servi. Le *commerce de consommation* se transformerait ainsi en une sorte de *location* également avantageuse aux malades et au débitant, et les classes pauvres pourraient bientôt employer de nouveau un moyen thérapeutique auquel elles ont dû renoncer parce qu il est trop cher.

Tératologie. — M. Albert Puech adresse une *Note sur divers vices de conformation présentés par une fille, de naissance.*

L'auteur décrit ainsi ces anomalies dans l'extrait publié par les comptes rendus.

(1) *Lettre particulière de M. Tripier* (Paris, 29 octobre 1857). L'eau vinaigrée à un septième, employée au Gros-Caillou, me semble bien préférable à l'eau salée. De nombreuses expériences m'ont démontré que les invertébrés en général, et la sangsue en particulier, étaient assez peu sensibles à l'action des agents empruntés au règne organique, tandis que les substances minérales agissaient sur eux très fortement.

(2) Il va sans dire que je ne fais pas entrer ici en ligne de compte une mortalité légère, inévitable même chez les sangsus en liberté. J'admets aussi que cette moralité sera nécessairement quelque peu accrue.

Les anomalies présentées par cette fille, qui vécut trente heures, portent sur le tube digestif, les organes urinaires et les organes génitaux.

» Le rectum était imperforé, le gros intestin très court ; la fin de l'iléon avec le cœcum s'ouvraient en dehors par un orifice large placé un peu à gauche de l'extrophie de la vessie. C'était donc là un anus anormal, qui se compliqua pendant la vie d'un prolapsus considérable.

» La vessie était extrophiée et les deux uretères venaient s'ouvrir de chaque côté au-dessous de l'anus anormal, mais au-dessus du vagin.

» Deux éminences mamelonnées constituaient les grandes lèvres; il n'existait des petites qu'un partie très exiguë et leur commissure postérieure; au-dessus de ces petites lèvres, existaient deux pertuis : l'un, qui correspondait à un gros mamelon, conduisait au vagin droit; l'autre au vagin gauche, qui était oblitéré.

» De chaque côté du rectum existaient deux cornes utérines; chacune d'elles, très nettement isolée, avait son ligament rond, sa trompe et son ovaire.

» Il n'y avait qu'une artère ombilicale, et le cordon grêle, point flexueux, aboutissait à un placenta peu développé.

» L'écartement du pubis était de 5 centimètres. C'était là, au reste, la seule lésion du système osseux.

» Cette observation pourrait fournir matière à plusieurs considérations intéressantes; nous les relèverons plus tard dans un travail spécial; pour aujourd'hui, nous nous bornerons à signaler le développement bifide des organes génitaux internes, et à faire remarquer que l'extrophie de la vessie peut se compliquer à la fois d'anus anormal et d'imperforation du rectum, et se confondre, pour ce qui est de la vulve, avec les parties sexuelles, réalisant ainsi une espèce de cloaque. »

Chimie animale. — *Note sur le pigment rouge des plumes du* Calurus auriceps (*Gould*), *par* M. An. Bogdanow, de Moscou.

Conservation des grains. — En réponse à une réclamation de priorité de M. Garreau, M. Doyère répond qu'il n'a jamais reçu de cet observateur aucune communication relative aux propriétés insecticides du sulfure de carbone.

Hy iène. — Description d un nouvel appareil fumivore, par M. de Fontenay.

Géologie. — Mémoire sur le trias de Sainte-Affrique (Aveyron) et de Lodève (Hérault), par M. Paul de Rouville.

Opium indigène. — M. Decharmes adresse de nouveaux renseignements sur les résultats obtenus à Amiens et dans les environs relativement à l'extraction de l'opium du pavot-œillette.

« La richesse en morphine de l'opium-œillette, dit M. Decharmes a été ici, en 1857, plus grande encore que dans les années précédentes, comme on en peut juger par le tableau suivant :

	Quantité de morphine pour 100 parties d'opium-œillette.
1853.	14,57
1854.	16,00
1855.	20,10
1856.	22,00 (suc frais)
1857.	23,46 (suc frais)

» Tous les dosages ont été faits d'après un même procédé, celui de M. Guillermont un peu modifié. »

REVUE ANALYTIQUE.

CHIRURGIE.

DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE URÉTRALE ET DU SIÉGE PRÉCIS DE SA LOCALISATION,

Par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de Lariboisière.

Nous appelons *fièvre intermittente urétrale* celle que tous les chirurgiens ont observée comme conséquence du cathétérisme. Si on voulait la désigner par le genre de cause qui en provoque l'apparition, on pourrait peut-être l'appeler fièvre cathétéristique; mais comme nous avons à cœur de ne faire du néologisme que quand il est indispensable, nous nous contenterons de la dénomination de fièvre urétrale, comme pouvant être comprise par tout le monde.

Il était important ou du moins très curieux de savoir si le contact instrumental de la totalité de l'urètre est nécessaire pour la production des accès intermittents, ou s'il suffit que l'une des parties de ce canal ait subi le contact, et dans ce dernier cas, quelle est cette partie.

Si l'on cherche à résoudre la question par la méditation des faits antérieurs à celui dont je vais bientôt parler, on pourrait être conduit à soupçoneer que ce n'est ni dans la portion membraneuse, ni dans la portion prostatique de l'urètre, que se trouve la localisation de la fièvre intermittente urétrale.

En effet, je n'ai jamais observé la fièvre urétrale après le cathétérisme chez la femme, et je ne sache pas que personne ait mentionné un seul exemple de dérogation à ce fait.

A quoi cette remarquable immunité doit-elle être attribuée? C'est ce qu'il n'est pas facile de découvrir. Mais, en admettant la réalité du fait de cette immunité, il y a du moins cette conjecture à tirer : c'est que si la fièvre urétrale ne s'observe pas chez la femme, cela tient à ce que ce genre de fièvre est dû au contact instrumental de portions d'urètre dont la femme est normalement dépourvue.

La conjecture ne pouvait prendre consistance qu'à l'aide d'un complément de démonstration, d'une contre-épreuve établissant que le cathétérisme exclusif des portions urétrales tout à fait propres à l'homme était susceptible de provoquer la fièvre urétrale.

C'est là ce que l'observation est venue nous apprendre, et nous croyons aujourd'hui pouvoir avancer que la localisation de la fièvre urétrale se trouve dans les parties antérieures ou péniennes de l'urètre.

Voici comment je suis arrivé à reconnaître ce fait intéressant :

Je donnais des soins à un malade atteint de fistules urinaires multiples. Plusieurs fois, je l'avais sondé sans avoir jamais observé chez lui d'accès intermittents. Il avait même pu porter sans aucun inconvénient une sonde élastique mise à demeure. Je ne renonçai à l'emploi du cathétérisme permanent que quand je jugeai la dilatation urétrale suffisante.

Trois semaines après que le cathétérisme à demeure eût été abandonné, une nouvelle fistule s'ouvrit à la racine de la verge, dans la portion bulbeuse de l'urètre. Les autres fistules siégeaient à la portion membraneuse; il en existait aussi une à la légion hypogastrique. Voulant m'assurer de la position exacte de la nouvelle fistule dans ses rapports avec la portion pénienne de l'urètre, je conduisis une algalie d la fistule vers le méat urinaire, puis, en sens inverse, du méat à la fistule, mais sans pénétrer aucunement dans la portion du canal qui était en arrière de la fistule.

Ce cathétérisme, qui avait été aussi simple que peu douloureux, fut suivi d'un de ces grands accès fébriles à forme pernicieuse que tous les chirurgiens connaissent bien.

Il est resté parfaitement démontré pour moi, comme pour tous ceux qui ont vu le malade, que le cathéter était resté tout à fait étranger à la portion membraneuse, à la portion prostatique et à la région du col de la vessie; il n'avait eu de contact qu'avec les portions antérieures ou péniennes de l'urètre, et il y avait eu fièvre urétrale de grande intensité.

L'événement tout fortuit de ce cathétérisme partiel de l'urètre a donc donné cours à une expérience qui me paraît de nature à apporter quelque lumière dans la question.

C'est pour cela que, jusqu'à preuve du contraire, je crois pouvoir localiser dans la portion bulbeuse ou pénienne de l'urètre, non pas la fièvre intermittente urétrale, mais l'acte physiologico-pathologique à l'occasion duquel cette fièvre se produit.

(*Union médicale de la Gironde.*)

Le rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris, — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 136. 5me ANNÉE. Jeudi, 12 Novembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an.......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Étranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 11 novembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

[Statistique des causes de décès.]

La commission, qui, dans la précédente séance, avait été un peu troublée, et inquiète pour l'avenir de son œuvre, avait repris hier toute son assurance, et M. le président a commencé par avertir l'assemblée que beaucoup de savants étrangers (vingt-deux, si nous ne faisons erreur) attendaient la fin de la discussion pour venir à la tribune, et qu'il fallait se hâter. C'est la première fois qu'une pareille sollicitude pour les savants étrangers se manifeste, et l'on doit en savoir gré au bureau. Pour que la discussion marchât plus vite, M. le président s'est chargé de défendre lui-même et de faire voter en même temps les conclusions ; M. Jobert a pensé que cette besogne était trop lourde de moitié, et il a exprimé avec bonheur l'opinion que l'Académie n'entendrait M. Lévy qu'avec plus de plaisir, s'il voulait bien se contenter de l'un des deux rôles qu'il s'imposait.

Avec un empressement rempli de grâce, M. Lévy s'est rendu au désir de son collègue ; il est immédiatement descendu dans les rangs des simples immortels et s'est fait remplacer par M. le vice-président Laugier. Grâce à l'énergique soufflage de M. le secrétaire perpétuel, M. le vice-président a pu suivre l'impulsion donnée au début de la séance, et le vote de trois nouvelles conclusions a été *enlevé*, non toutefois sans qu'elles aient reçu en route quelques meurtrissures, et sans avoir excité le rire bruyamment sardonique de M. Desportes, qui rit, ma foi, très bien ; s'il parlait comme il rit, cet honorable académicien aurait donné de la tablature à MM. Guérard et Michel Lévy ; mais les choses n'étant pas tout à fait de cette façon, il en a été pour ses frais de folle gaieté, et il a été décidé que tous les médecins seraient obligés, nous nous trompons, invités par une circulaire de l'Académie à adresser à leurs mairies respectives un bulletin indicateur de la cause de décès des clients qu'ils auraient eu le malheur de perdre.

M. Cazeaux a exprimé la crainte que si la délivrance des bulletins n'était pas rendue obligatoire par une loi, les *neuf dixièmes* des médecins ne se dispensassent d'envoyer les bulletins, par négligence, par préoccupation, etc. ; à quoi M. Guérard a répondu *qu'en bonne morale, il valait mieux voir les hommes meilleurs que plus mauvais qu'ils ne sont*, et que, partant de ce principe, la commission avait présumé davantage de l'autorité de l'Académie et du zèle du corps médical ; elle avait pensé qu'une circulaire de l'Académie ne trouverait aucun médecin réfractaire aux désirs formulés dans la circulaire.

Nous ne savons si la morale s'est prononcée sur le point soulevé par notre excellent maître et ami, M. le rapporteur ; nous doutons même que ce point soit du ressort de la morale ; ce que nous savons, c'est qu'il s'agit ici de statistique, et que les opinions relatives à la statistique se jugent par des faits. Or, les faits ont déjà répondu à M. Guérard, et s'il avait appartenu à l'Académie depuis plus longtemps, ces faits n'auraient certainement pu passer inaperçus pour lui. Il y a deux ou trois ans, l'Académie crut devoir adresser une circulaire, non pas à tous les médecins indistinctement, mais seulement à ses correspondants, à des hommes avec qui elle entretient des relations de bonne amitié ; or, sur 150 ou 200 demandes, combien de réponses reçut-elle? Si nous avons bonne mémoire, M. le secrétaire perpétuel nous le répétait lui-même avec chagrin, il y a quelques mois, *il en fut jusqu'à* TROIS *que l'on put compter*. Or, si une circulaire de l'Académie n'a pas plus d'influence sur ses propres correspondants, que peut-on espérer qu'elle produise sur le public médical en général?

M. Lévy n'y a pas compté outre mesure, et pour venir en aide à M. le rapporteur, il a, dans un langage fort élevé, fait appel aux sentiments du corps médical ; il a dit que la statistique des causes de décès est le complément moral des registres de l'état civil ; que les médecins ne failliraient pas à leur devoir moral et qu'ils ne se refuseraient pas à servir les intérêts de la science.

Nous commençons par applaudir sans réserve aux sentiments exprimés par M. Michel Lévy ; mais, dans le gouvernement des choses humaines, il faut avant tout voir la réalité, et la réalité, la voici :

D'abord, la comparaison que notre savant ami a établie entre la sortie des sacs de farine du magasin d'un comptable et la *cause* de la sortie d'un homme de la vie, n'est pas rigoureusement exacte : il fallait comparer l'*entrée* à l'*entrée* et la *sortie* à la *sortie*, et non pas à la *cause* de la sortie. Or, l'entrée et la sortie des hommes est notée par le comptable de l'état civil, et la cause de la sortie est même notée d'une manière spéciale quand la sûreté sociale y est intéressée. Il y a donc parité parfaite, sous ce rapport, entre le comptable *matériel* et le comptable *moral*.

Maintenant est-il vrai de dire que la statistique des causes de décès est le complément moral de l'état civil? Avant de discuter cette question, il faudrait d'abord faire partager à tout le corps médical, ou tout au moins à son immense majorité, l'opinion très

mal assise de la commission sur la possibilité d'une bonne statistique. Nous sommes encore loin de cette situation. Et puis, quand cette situation sera conquise, les médecins qui recevront la circulaire de l'Académie ne seront-ils pas un peu en droit de lui tenir à peu près ce langage :

« C'est fort bien à vous, messieurs de l'Académie, de faire appel à nos sentiments moraux, à notre dévouement pour la science; mais l'exemple n'est-il pas en toutes choses l'argument le plus touchant? Si vous donniez l'exemple avant de donner la leçon, ne pensez-vous pas que ce procédé serait préférable à celui que vous suivez? Des travaux nombreux vous sont envoyés depuis vingt ans, dont quelques-uns, sans doute, ont bien quelque intérêt pour la science; quand nous ne rappellerions que ceux qui vous ont été communiqués sur l'opération césarienne, vous ne pourriez vous dispenser d'être de notre avis.

» Eh bien! faites-vous toujours des rapports sur ces travaux? en faites-vous souvent, ou même assez souvent? Hélas! non; vous n'en faites guère, et même quelquefois vous perdez les manuscrits qu'un pauvre médecin s'est donné une peine infinie à composer pendant les rares loisirs de la vie la plus pénible. Et, de vos fauteuils bien rembourrés, vous faites appel à notre zèle scientifique! Vos intentions sont assurément parfaites, et l'opinion que vous avez de notre zèle nous flatte infiniment; mais de même que les petits cadeaux entretiennent l'amitié, les petits encouragements entretiennent le zèle : faites dabord quelques petits rapports sur les petits mémoires que nous vous adressons, et nous tâcherons ensuite de faire honneur à la lettre de change que vous tirez sur nous. »

Voilà sans doute ce que répondront les médecins qui recevront la circulaire et qui la liront, car, ainsi que nous le disait M. Malgaigne en sortant de la séance, il y en a beaucoup qui la mettront au panier, à commencer par moi, ajoutait-il.

C'est qu'en effet, il faudrait plus que du zèle pour faire droit à la circulaire de l'Académie; il faudrait une obéissance d'esclave. Il n'est pas un médecin instruit qui ne soit convaincu ou qui n'ait les craintes les plus graves de voir les bons éléments de statistique qu'il pourra recueillir, confondus, et par conséquent neutralisés, ou mieux encore falsifiés et dénaturés, par des documents sans valeur.

Si donc, il se donnait la peine de recueillir ces documents, n'y aurait-il pas plus d'intérêt pour la science, et plus d'honneur pour lui, à mettre lui-même ces documents en œuvre, à en faire l'objet d'un petit ou grand travail qui resterait dans nos annales et serait toujours consulté avec fruit? A cette question, il n'y a pas deux réponses. Ce qu'on demandera aux médecins, ce sera donc une abnégation, petite il est vrai, mais complète, mais stérile, mais sans compensation aucune pour eux; et, comme l'a encore dit M. Malgaigne, après tous les dévouements non récompensés, méconnus même, dont ils font preuve chaque jour, c'est beaucoup trop exiger que de leur en demander un nouveau.

Nous n'oserions pas espérer, avec M. Cazeaux, qu'on obtînt un pareil dévouement en l'imposant par une loi; mais nous croyons fermement avec lui qu'on se berce d'une étrange illusion en croyant le fomenter par une circulaire académique.

Avec une bienveillance dont nous le remercions cordialement, M. Lévy a fait allusion à notre opposition au projet de la commission, et nous a fait entrevoir que notre opposition cesserait quand nous verrions les résultats étonnants qu'un prochain volume de M. Legoyt mettra en lumière.

Nous le remercions de son jugement sur le fond de nos articles; nous le remercions plus encore de l'opinion qu'il se fait de la loyauté de nos convictions. Nous avons l'honneur de connaître M. Legoyt, et il y a longtemps déjà que nous apprécions ses connaissances profondes et son remarquable talent; nous n'hésitons donc pas à déclarer que si les résultats que nous annonce M. Michel Lévy nous sont donnés, il ne nous en coûtera en aucune façon de nous ranger à son avis. Nous ferons remarquer seulement que ces résultats n'étant pas encore connus du public et par conséquent discutables, il eût été peut-être rationnel et même équitable d'attendre qu'ils eussent vu le jour avant de s'en servir comme d'un argument, argument d'un poids d'autant plus grand, qu'il avait pour garant l'autorité de M. Legoyt.

Le temps nous oblige à arrêter là cette appréciation, beaucoup trop courte, mais que nous espérons pouvoir compléter ultérieurement.

H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

PAR M. BAZIN,

Recueillies et rédigées par M. Pouquet, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 122, 125, 127 133, 134, et 135.)

Traitement. — Peut-on, par les moyens ordinaires de traitement, guérir la teigne tonsurante? Je sais bien qu'on ne cesse de le dire autour de vous, et qu'on le répète sur tous les tons; mais que faut-il en croire? Je vous l'ai dit peut-être plusieurs fois, mais je ne crains point de le dire de nouveau. On considère comme définitives des guérisons d'un jour, et parce qu'on perd de vue les malades, on les croit volontiers à tout jamais délivrés de l'affection qu'on a su faire disparaître. Cependant je ne dirai point ici, comme pour la teigne faveuse, que la guérison est impossible par les moyens ordinaires de traitement, car moi-même j'ai pu guérir, avant d'être en possession de mon nouveau traitement, cinq malades affectés de teigne tonsurante du cuir chevelu, sans leur faire subir l'épilation. Mais combien de temps faut-il pour arriver à ce résultat? Un an au moins, et ordinairement dix-huit mois, deux ans!... Avouez qu'on est peu tenté de suivre une pareille route, quand par l'épilation on peut obtenir la guérison en quatre mois.

On doit donc attaquer la teigne tonsurante par les mêmes moyens que les autres teignes, c'est-à-dire par l'emploi combiné de l'épilation et des parasiticides. Mais ce traitement est-il le même dans tous les cas, et faut-il immédiatement le mettre en usage? J'ai dit tout à l'heure que la teigne tonsurante avortait quelquefois, et il est évident que, dans ce cas, l'épilation est inutile. Précisons donc dans quelles circonstances tel traitement doit être employé plutôt que tel autre. Plusieurs cas peuvent se présenter.

Si les sujets affectés sont des enfants ou des femmes, et que la maladie occupe toute autre région que le cuir chevelu (exceptons-en aussi les aisselles et les parties sexuelles chez les femmes) la guérison peut être obtenue par les lotions ou les frictions parasiticides, à moins cependant qu'il n'y ait sur les parties envahies par le parasite, un développement anormal du système pileux.

On voit quelquefois des femmes et des enfants dont tout le corps est couvert d'un épais duvet; dans ce cas, le parasite trouvant une abondante nourriture, ne disparaîtrait point aisément; il faudrait joindre l'épilation aux parasiticides. Ce que nous disons des femmes et des enfants peut s'appliquer aux hommes qui n'ont que peu ou point de barbe. En un mot, si la maladie occupe des surfaces où, à cause du peu d'abondance des poils et du duvet, elle ne peut dépasser la période herpétique, il faut se borner aux parasiticides, l'épilation n'est pas nécessaire; peu importe, d'ailleurs, que les sujets affectés soient des hommes adultes, des femmes ou des enfants.

Mais l'herpès circiné existe sur des régions bien fournies de poils, telles que les parties sexuelles chez l'homme et la femme adultes, la force chez l'homme..... faut-il immédiatement et dans tous les cas, commencer l'épilation? Une distinction doit être établie ici. N'existe-t-il qu'un ou deux cercles bien limités, l'affection herpétique est-elle bien localisée? Il faut sans retard arracher les poils sur les surfaces malades, car on doit obtenir par ces épilations partielles, une guérison rapide et durable; mais, au contraire, les cercles herpétiques sont-ils plus nombreux, et disséminés sur tous les points de la région velue? Oh! alors, on doit attendre et remettre l'épilation à une époque plus avancée de la maladie, à la deuxième ou à la troisième période; car si l'on épilait immédiatement, il faudrait arracher tous les poils de la région, ce dont on peut se dispenser.

Parmi les nombreux cercles herpétiques qui existent, plusieurs peuvent disparaître sans être suivis des phénomènes qui appartiennent aux périodes plus avancées; le cryptogame avorte après quelques jours de germination; pourquoi donc épiler en pareille circonstance?

A la deuxième période, l'affection parasitaire qui était diffuse, se localise, et les surfaces où l'épilation doit être faite sont parfaitement indiquées. En agissant ainsi, on évite souvent aux malades les douleurs d'une épilation générale. Ne croyez pas, toutefois, qu'il n'y ait rien à faire, en pareil cas, avant la localisation de la maladie. Il faut détruire le parasite qui se trouve dans l'épiderme ou à la superficie de la peau, car il envahirait les parties voisines, et pourrait être porté, par le grattage, ou par tout autre mécanisme, sur d'autres régions velues. Ainsi, en résumé, épilez immédiatement à la période herpétique, quand l'affection est localisée; si, au contraire, elle occupe de larges surfaces, laissez-la se localiser, c'est-à-dire arriver à une période plus avancée, et, en attendant, faites, matin et soir, des lotions avec la solution de sublimé, et, dans l'intervalle, des frictions avec l'huile de cade ou avec la pommade de turbith.

Quand la maladie est arrivée à la deuxième ou à la troisième période, il est nécessaire de pratiquer immédiatement l'avulsion des poils sur toute l'étendue des surfaces affectées; car la guérison spontanée et la guérison par les moyens ordinaires de traitement sont des faits exceptionnels, et, dans tous les cas, n'arrivent qu'après un tempa fort long. L'épilation est donc indispensable; mais on trouve ici des difficultés qui n'existent pas dans la teigne faveuse. Les poils sont extrêmement friables, et, malgré les plus grands soins, ils se cassent sous l'action de la pince, et ne se laissent point arracher. Cependant on fait de son mieux pour débarrasser les surfaces malades des poils (parfaits ou imparfaits) qui les recouvrent, et pour favoriser la pénétration des parasiticides dans les follicules pileux; on se sert ordinairement, en pareil cas, des pinces à mors recourbés dont nous avons donné ailleurs la description.

Habituellement, il faut pratiquer quatre, cinq ou six fois ces épilations imparfaites, avant que les poils puissent être arrachés en totalité avec le bouton et la capsule. A quel moment faut-il cesser l'épilation, et quand peut-on dire que la maladie est guérie? C'est un point important de pratique qu'il est nécessaire de bien connaître. A mesure que le parasite est détruit, les cheveux qui paraissent après les épilations successives sont de moins en moins altérés dans leurs caractères physiques; au début, ils étaient frisés, tortillés sur toute l'étendue des plaques malades, mais bientôt on n'en voit plus qu'un certain nombre avec ce caractère pathologique; enfin, quand la guérison est arrivée, ils ont tous une direction rectiligne à peu près parallèle et ne diffèrent en rien des poils des parties saines; en même temps, les plaque s'affaissent et arrivent au niveau des parties environnantes; l'aspect chagriné des surfaces, dû à l'érection des follicules malades, se perd aussi de jour en jour, et il n'en reste rien quand le parasite n'existe plus. Enfin, au cuir chevelu (car cette altération pigmentaire n'existe pas à la face), la coloration brunâtre, ardoisée, qui est un des signes les plus frappants de la maladie, indique très exactement si la guérison est proche ou encore éloignée; elle disparaît en même temps que le cryptogame; aussi peut-on affirmer que ce dernier est complètement détruit quand les surfaces, d'une couleur si foncée autrefois, ne se distinguent plus des surfaces voisines. A la face, certaines éruptions symptômatiques de la troisième période persistent quelquefois longtemps après la disparition du parasite; ce sont des rougeurs érythémateuses, des indurations tuberculeuses, qui n'exigent d'ailleurs aucun traitement, tout au plus l'application de pommades résolutives, de douches de vapeur...

Lorsque la maladie est encore à la première période et qu'elle fait chaque jour des progrès, par le développement excentrique du bourrelet circonférentiel, phénomène parfaitement décrit par M. Devergie (1), il faut quelquefois arracher les poils follets en même temps qu'on met en usage les agents parasiticides; dans tous les cas, ces derniers doivent être employés en frictions rudes; il faut déchirer la couche superficielle de l'épiderme, pour que, sur tous les points, le parasite soit en contact avec le parasiticide.

Enfin, nous l'avons dit ailleurs, quand la teigne tonsurante est depuis longtemps arrivée à la période papulo-pustuleuse, il faut pratiquer l'épilation, lors même qu'on serait sûr (ce qui ne peut pas être) que le parasite n'existe plus; c'est dans ces circonstances que la maladie cède comme par enchantement, à l'emploi de nos moyens thérapeutiques; une seule épilation peut être suffisante. C'est pourquoi, je le répète, j'ai pu dire et écrire que la guérison de la mentagre était d'autant plus facile que le mal était plus ancien.

Telle est le traitement auquel nous soumettons nos malades affectés de teigne tonsurante. D'autres médecins de cet hôpital, je suis heureux de le dire, ont reconnu la nécessité de l'épilation qu'ils font également pratiquer dans leurs salles; chez eux, la durée du traitement est cependant plus longue; à quoi cela tient-il? A deux causes différentes: la première, c'est que l'épilation est mieux faite par nos infirmiers spéciaux que par les malades eux-mêmes, ce qui se conçoit aisément; c'est un avantage incontestable que nous avons sur nos voisins. En second lieu, le traitement n'est pas constitué de la même manière: on voit un gonflement très prononcé à la face, et la crainte d'augmenter les accidents inflammatoires fait différer l'épilation; on a recours aux divers moyens résolutifs et antiphlogistiques pendant huit ou quinze jours, et alors seulement on procède à l'extraction des poils.

Or, je pense qu'en pareille circonstance, les antiphlogistiques sont employés en pure perte; le meilleur moyen de dissiper l'inflammation de la peau, c'est d'extraire le corps étranger qui l'a produite et l'entretient; après l'épilation, les résolutifs font merveille.

Au lieu des antiphlogistiques, des cataplasmes, qui souvent ne font qu'augmenter le gonflement de la face, je n'emploie, avant l'épilation, que l'huile de cade qui, éteignant la sensibilité des parties, rend l'opération plus facile et moins douloureuse.

Mais je n'entre pas dans plus de détails et je renvoie pour compléter ce chapitre à la thérapeutique générale des teignes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

(1) Ce médecin, qui a dû lire mon travail sur la teigne tonsurante, ignore encore les rapports de l'herpès avec la période pityriasique et la période pustulo-tuberculeuse de l'affection, quand celle-ci a son siége sur la face. Il prend précisément la deuxième période ou l'état pityriasique pour en faire une prétendue *maladie nouvelle* sous le nom de *mentagrophyte*, désireux qu'il est de faire revivre le microsporon mentagrophyte de Gruby, afin de pouvoir l'adapter à sa nouvelle maladie. Malheureusement, c'est dans l'affection pustuleuse que le docteur Gruby aurait trouvé ce microscoporon, tandis que, dans l'affection pityriasique, le trichophyton est évident.

MÉDECINE COMPARÉE

—

Sur la diathèse typhoïde

PAR A. SANSON

Chef de service à l'École impériale vétérinaire de Toulouse

En essayant, dans le mémoire que j'ai publié l'année dernière sur la diathèse typhoïde du cheval de troupe, de rattacher à un état général dominant plusieurs manifestations symptomatiques qui ne me paraissaient pas jusqu'alors avoir été convenablement appréciées, en vue du traitement à leur opposer, et surtout en vue de leur prophylaxie, je crus devoir déclarer l'intention formelle de m'abstenir d'entreprendre aucune étude comparative entre cette affection du cheval et celle plus ou moins analogue qui sévit dans l'espèce humaine. Ma raison principale, pour en agir ainsi, était la conscience bien nette de mon incompétence personnelle en pareille matière, et, puis aussi, dans l'état de la science, l'absence d'une doctrine bien fixée sur l'un des points qu'il eût fallu comparer.

Je me bornai donc à tracer, d'après mes propres observations, une description détaillée des différentes formes sous lesquelles la diathèse typhoïde du cheval m'était apparue jusqu'alors, en insistant surtout sur les caractères généraux ou diathésiques qui m'ont paru appartenir à chacune d'elles et lui imprimer un cachet capable de la la différencier des altérations franchement inflammatoires, qui, en l'absence de la diathèse, se manifestent dans les mêmes appareils d'organes.

Néanmoins, bien convaincu, comme le savent, j'espère, les lecteurs habituels de ce journal, de l'importance et de l'utilité des études de pathologie comparée, je fis appel, en terminant, aux lumières des médecins, et je me permis de les convier à de nouvelles études de la fièvre typhoïde de l'homme, basées sur la méthode que j'avais cru devoir suivre, persuadé qu'il n'en pourrait manquer de résulter pour la médecine générale des rapprochements importants entre cette affection et celle que j'avais décrite chez le cheval.

Aujourd'hui que ma position rend possible pour moi de pareilles recherches, j'ai entrepris d'analyser qualitativement le sang des typhoïdes de l'une et de l'autre espèce, et la découverte de quelques caractères appartenant bien manifestement à l'état pathologique dont il s'agit me permettra sans doute, avant longtemps, de soumettre à l'appréciation des médecins un travail sur ce sujet, qui ne sera peut-être pas sans utilité pour la pratique.

Mais qu'il me soit permis, dès maintenant, et à mesure qu'elles se produiront, de signaler les études faites en médecine humaine qui sont propres à fournir des arguments en faveur de la thèse que j'ai cherché à soutenir en ce qui se rapporte au cheval.

Le dernier numéro des *Archives générales de médecine* contient un travail de M. le docteur Béhier, sur la *fièvre typhoïde à forme thoracique*, qui me paraît propre tout à la fois à appuyer l'exactitude de mes conclusions relatives à cette même forme chez le cheval, et en même temps la méthode de traitement préconisée par moi. Je demande la permission d'en transcrire ici le passage suivant, qui se rapporte aux caractères anatomiques de la lésion pulmonaire.

« Les accidents thoraciques que l'on peut observer dans la fièvre typhoïde, dit l'honorable professeur, sont d'une nature particulière, dont il importe de se rendre un compte bien exact. En dehors des cas, très rares du reste, dans lesquels une complication phlegmasique, une pneumonie véritable vient se joindre à l'élément pathologique primitif, les désordres qui se manifestent alors vers les organes pulmonaires ne sont pas autre chose qu'une congestion analogue à celle que l'on rencontre vers différents points de la peau. Ces larges surfaces, d'un rouge sombre, non douloureuses, ne présentant aucune augmentation de chaleur, que l'on observe vers différents points de l'enveloppe cutanée chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, et qui tantôt occupent les bras ou les avant-bras, tantôt la face, le nez ou les pommettes, peuvent, ce me semble, servir à faire comprendre le mécanisme de ces congestions pulmonaires que l'on trouve, mais avec un degré d'intensité variable, chez tous les sujets atteints de cette maladie.

» Elles offrent, comme les congestions cutanées, le caractère passif, si bien même que la pesanteur joue, dans leur développement, un rôle sur lequel l'attention pathologique a été appelée depuis un temps assez long. Ces congestions répondent, en effet, à ce qui a été désigné d'abord sous le nom de *pneumonie hypostatique*, désignation que M. le professeur Piorry a modifiée depuis pour celui de *pneumohémie hypostatique*. On ne peut plus aujourd'hui voir dans ces états du poumon une phlegmasie du parenchyme, une pneumonie véritable. La diminution du son, observée par la percussion dans la presque totalité de la poitrine en arrière, et qui ne s'élève pas jusqu'à la matité véritable ; la rudesse du bruit respiratoire, qui est loin d'être du souffle bronchique ; l'éclat un peu plus marqué de la voix, qui n'est pas de la bronchophonie, et les râles muqueux ou sous-crépitants qui persistent, sans offrir le caractère crépitant véritable et sans passer au souffle bronchique ; tous ces signes, dis-je, retracent bien une certaine augmentation de densité du poumon, mais ne peuvent éveiller l'idée d'une hépatisation véritable. L'examen anatomique lui-même établit clairement l'ordre de lésion auquel ces signes correspondent, et on aurait maintenant mauvaise grâce à considérer comme la preuve d'une phlegmasie du parenchyme pulmonaire la coloration rouge noirâtre de ce tissu, même en constatant qu'il ne s'affaisse pas à l'ouverture de la poitrine, comme le poumon à l'état sain, qu'il est un peu plus friable que ce dernier, qu'il ne crépite plus sous le doigt qui le presse, et qu'il gagne le fond d'un vase plein d'eau, loin de surnager ce liquide, lorsqu'on soumet une partie à cette épreuve. L'insufflation, en effet, rend à ce poumon ainsi modifié une part de son apparence normale, ce qu'elle ne saurait faire sur un poumon phlegmasié, et montre clairement que si le poumon est densifié par l'abord et par la stase d'une quantité assez considérable de sang, il n'y a dans l'épaisseur de son tissu aucun épanchement plastique, seul caractère de la phlegmasie. D'ailleurs l'inspection directe, dans le cas de simple congestion, permet encore de reconnaître, dans les surfaces incisées, les divers éléments qui composent le parenchyme pulmonaire, éléments qui, lors de la phlegmasie, ne sont plus perceptibles, agglomérés et confondus qu'ils sont par l'infiltration plastique que détermine la phlegmasie. »

A ces sortes de lésions se joint parfois, suivant le médecin de Beaujon, une affection des bronches qui en augmente toujours la gravité; et l'indication thérapeutique est en semblable situation, dit-il, d'arriver à dégager le poumon du sang qui y afflue et y séjourne, et de rendre à cet organe, trop passif pour chasser les liquides qui l'obstruent, l'élasticité qu'il a perdue et qui est nécessaire à l'intégrité de ses fonctions.

Mais le docteur Behier repousse, pour cela, les émissions sanguines qui sont, suivant lui, conte-indiquées par l'intérêt général, ainsi que les autres moyens qui ont été recommandés, et il s'en tient à l'application de ventouses sèches, dont le nombre a été porté par lui de 60 à 80, matin et soir, de manière à amener sur la peau des congestions étendues et de les y fixer. Ce moyen, expérimenté par lui depuis deux ans, lui a produit d'excellents résultats, et il cite plusieurs observations qui en témoignent, de même qu'il invoque à ce sujet le témoignage de M. le docteur H. Bourdon.

Or, ces caractères anatomiques et symptomatiques de la forme thoracique de la fièvre typhoïde de l'homme, sont exactement ceux que j'ai attribués, dans mon mémoire, à la même forme de la diathèse typhoïde du cheval. De plus, la méthode de ce traitement, mise en pratique par moi, et que j'ai préconisée à mes confrères, repose précisément sur les mêmes principes, et ne diffère de celle de M. le docteur Behier qu'en ce que le moyen est autre, en raison des modifications commandées par la nature des sujets.

En effet, au lieu de ventouses, je recommande de provoquer les congestions sous-cutanées, au moyen de l'application d'irritants énergiques et étendus, dans l'épaisseur du tissu cellulaire, lesquels y sont portés par des mèches de séton si usitées en médecine vétérinaire, et qui nous sont, en pareils cas, d'un si utile secours.

Pour se convaincre de l'identité que je cherche à établir ici entre les deux points particuliers de l'affection typhoïde étudiés par M. le docteur Behier et par moi, il suffira de lire attentivement le mémoire

précité, où j'ai consigné le résultat de mes recherches, et de rapprocher celles-ci des faits énoncés par l'honorable médecin. Ce qu'il cherche à faire pour ses confrères, j'ai tenté de l'effectuer pour les vétérinaires, enclins, en trop grand nombre, à confondre la manifestation thoracique de la diathèse typhoïde avec la pneumonie phlegmasique et à la traiter comme telle. Je l'ai également tenté pour la forme abdominale, trop souvent prise pour une simple entérite.

Si, depuis la publication de mon mémoire, de nombreux témoignages sont venus me prouver que j'avais touché juste, et que j'avais pu concourir, par conséquent, à l'éclaircissement de cette importante question de médecine vétérinaire, mes observations à cet égard n'ont point, ce semble, été également goûtées par tous nos confrères. Il n'y a rien, en cela, qui doive étonner; et, je dois le dire, je n'ai point eu la prétention d'imposer mes convictions à qui que ce soit; je n'ai jamais voulu que les soumettre au contrôle de la discussion.

Mais je me serais cru en droit d'exiger de ceux qui jugent convenable de les combattre, qu'ils voulussent bien en exposer au préalable les éléments avec exactitude et impartialité.

Or, dans une revue des travaux vétérinaires de 1856, publiée dans le même numéro des *Archives* auquel j'ai emprunté le travail dont je viens de m'occuper, ces éléments se trouvent, sous l'empire de je ne sais quelles préoccupations, présentés d'une manière bien peu propre, à coup sûr, à en faire prendre aux lecteurs de cette publication une idée exacte.

Il n'entre pas dans mes intentions d'entreprendre ici une rectification de l'analyse critique dont il s'agit. Il me suffit de désavouer les assertions et les opinions que l'on m'y prête. Ceux pour lesquels une pareille question pourra avoir quelque intérêt se reporteront, sans qu'on les y sollicite, au mémoire original. Quant aux autres, je n'ai pas à m'en occuper. Rien n'est facile comme de réfuter de cette façon.

Toutefois, pour donner une idée générale de la manière de l'auteur de l'article, en ce qui me concerne, et pour demeurer au point de vue de la médecine comparée auquel nous sommes placés ici, je dirai qu'il commence par me faire protester tout d'abord contre une assimilation de l'affection dont je me suis occupé avec la fièvre typhoïde de l'homme, tandis que je me suis borné à décliner ma compétence pour entreprendre alors la comparaison d'où elle aurait pu résulter, réservant complétement la question; j'ajouterai qu'il me fait recommander l'emploi des exutoires, au chapitre du traitement, lorsque, au contraire, je me suis élevé contre toute espèce de suppuration, capable d'augmenter l'adynamie caractéristique de l'affection.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Sur une modification de l'appareil galvano-caustique.

(Lettre adressée à M. le président de l'Académie de médecine.)

Monsieur le président,

Je viens communiquer à l'Académie quelques-unes de mes recherches sur la galvano-caustique ou cautérisation galvanique. Cette méthode, dont l'invention doit être attribuée à mon ami le professeur Middeldorpf, de Breslau, a fourni entre les mains de cet ingénieux opérateur des résultats fort remarquables, mais elle n'a pu se vulgariser à cause de la complication des appareils, à cause de leur volume, de leur poids, de leur peu de stabilité et surtout à cause de leur cherté excessive.

Lorsque M. Middeldorpf vint à Paris, il y a un peu plus d'une année, j'eus l'occasion de pratiquer en sa présence et avec son concours plusieurs cautérisations, à l'hôpital de la Charité. Je fus presque émerveillé de la précision des résultats, de leur instantanéité, et je ne pus étudier sans admiration un appareil instrumental qui permet d'appliquer le feu sous les formes les plus variées, de le porter dans des régions profondes, au fond de trajets étroits ou de canaux inaccessibles jusqu'ici à la cautérisation, et de pratiquer sans effusion de sang des opérations d'oxérèse, partout où il est possible de faire pénétrer une tige émoussée ou un fil métallique. Je fus convaincu, dès cette époque, que la galvano-caustique était appelée à devenir l'une des méthodes opératoires les plus usuelles; mais, ainsi que je le dis alors dans un rapport présenté à la Société de chirurgie, l'avenir chirurgical de la nouvelle méthode était subordonné entre autres choses à l'invention d'une pile moins coûteuse et plus maniable que la pile de Grove, dont M. Middeldorpf avait été obligé de se servir.

Mes recherches antérieures sur les accidents de la galvano-puncture, recherches consignées dans mon *Traité des anévrysmes*, m'avaient déjà conduit à étudier les lois de la chaleur galvanique, et j'entrepris dès lors de continuer à compléter l'œuvre de M. Middeldorpf en rendant sa méthode, non plus précise, mais plus simple et plus pratique. Je ne crois pas devoir entretenir l'Académie de mes premières tentatives. J'essayai successivement diverses piles à deux liquides, c'est-à-dire à force constante, et aucune d'elles ne me parut remplir entièrement toutes les indications. Quant aux piles à un seul liquide, si faciles à manier, si peu coûteuses, si énergiques sous un petit volume, si propres sous tous les rapports à dégager de la chaleur, je ne m'y arrêterai pas longtemps. Ces piles, comme on sait, donnent des courants dont l'intensité décroît très vite. J'avais espéré que leur action calorique pourrait se maintenir au moins pendant les quelques minutes nécessaires à l'exécution des opérations de galvano-caustique, mais l'expérience me prouva bientôt que cet espoir était vain, et je dus renoncer, non sans regret, aux piles à un seul liquide.

Les choses en étaient là lorsqu'il y a quelques mois, le hasard me mit en rapport avec M. Grenet, inventeur d'une pile très puissante, destinée par lui à développer des forces motrices. Les renseignements qu'il voulut bien me fournir me firent penser que sa pile serait propre à dégager une grande quantité de calorique, et qu'elle pourrait satisfaire à toutes les conditions que je cherchais. M. Grenet, avec un empressement dont je le remercie, mit à ma disposition ses appareils, son laboratoire, ses ouvriers, et surtout le concours de son habileté. Le succès a vraiment dépassé mes espérances, et je puis dire que les obstacles qui se sont opposés depuis plusieurs années à la vulgarisation de la galvano-caustique n'existent plus aujourd'hui.

La découverte de M. Grenet, inédite jusqu'ici, promet d'être féconde en résultats scientifiques et industriels. Pour tout dire en un mot, cet habile et heureux expérimentateur a trouvé le moyen de *rendre constantes les piles à un seul liquide.* Il suffit pour cela de maintenir le liquide en agitation par l'insufflation d'une petite quantité d'air. Aussi longtemps que dure l'insufflation, la pile conserve une très grande énergie et on peut même à volonté, en soufflant avec plus ou moins de force, augmenter ou diminuer l'intensité du courant, circonstance très avantageuse dans les applications chirurgicales. Le zinc, le charbon, l'acide sulfurique étendu d'eau et saturé de bichromate de potasse, tels sont les seuls éléments qui composent la pile de M. Grenet. Aucune pile n'est plus facile à manier et à entretenir; aucune ne possède, sous un si petit volume, une aussi grande intensité, aucune enfin n'est si peu coûteuse et en même temps si solide. Pour faire comprendre tous les avantages pratiques de la nouvelle pile sur l'ancienne, il me suffira de dire que l'appareil de M. Middeldorpf, renfermant une grande quantité de platine, coûtait plus de 1,000 francs, avait un volume supérieur à celui d'un cube de 35 centimètres de côté, exigeait l'emploi de 10 litres de liquide, ne pouvait à cause de sa fragilité, être transporté qu'avec les plus grandes difficultés, et pesait, tout équipé, plus de 25 kilogrammes, tandis que notre pile, dix fois moins lourde, quinze fois moins volumineuse et trente fois moins coûteuse, n'étant ni fragile, ni susceptible de se déranger, est plus facile à transporter que la plus petite boîte d'amputations. J'ajoute qu'elle est d'une simplicité telle, que tout le monde peut la mettre en jeu sans difficulté, et qu'elle n'expose pas, comme la plupart des piles à deux liquides, à l'inconvénient considérable des vapeurs d'acide azotique et d'acide hypo-azotique.

De pareils avantages physiques me paraisent de nature à fixer la préférence des chirurgiens. Désirant que la galvano-caustique devînt accessible à tout le monde, j'ai jugé utile de faire également simpli-

fier les instruments chargés de transmettre aux tissus la chaleur galvanique. J'ai naturellement confié ce soin à M. Lüer, dépositaire à Paris, des instruments de M. Middeldorpf, et j'ai obtenu une réduction de prix de plus des trois quarts en faisant adapter tous les cautères sur un seul manche. Au surplus, je n'abuserai pas des moments de l'Académie en lui décrivant les diverses combinaisons instrumentales sur lesquelles j'ai arrêté mon choix. Je ne me proposais même pas de lui faire part avant quelques semaines, de mes travaux sur la galvano-caustique; — mais, pendant que nous travaillions tranquillement à perfectionner nos appareils, quelques symptômes inquiétants et inattendus sont venus, hier, nous prouver qu'il importait de prendre date le plus tôt possible.

Tel est, monsieur le président, le but de cette lettre écrite à la hâte. Prochainement, je vous demanderai de désigner une commission chargée d'examiner mes appareils et d'en apprécier la valeur.

PAUL BROCA.

Paris, 10 novembre 1857.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Lettre de M. le ministre de l'intérieur, par laquelle il prie l'Académie de soumettre à l'analyse un échantillon de la graisse de porc fournie par les entrepreneurs de la maison centrale de Limoges. (Comm., MM. Lecanu, Chevallier et Henry.)

Comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de Seine-et-Oise et du Puy-de-Dôme, pendant l'année 1856.

Rapport de M. le docteur MANGENEST, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Amand, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Châteauneuf. (Commission des épidémies.)

Rapport de M. le docteur LEBRET, médecin-inspecteur des eaux minérales de Balaruc, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855.

Rapports des médecins en chef des hôpitaux militaires de Guagno et d'Amélie-les-Bains, sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de ces établissements ont été appliquées pendant l'année 1857.

Demande d'avis et d'analyse relative à une eau minérale de Saint-Loubouer (Landes).

Demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale située dans la commune de Castel-Jaloux. (Comm. des eaux minérales.)

Plusieurs lettres relatives à des remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. LERAS, docteur ès sciences, adresse une lettre sur le pyrophosphate de fer et de soude. L'auteur signale dans sa lettre les avantages de cette préparation martiale, comparativement au sel de M. Robiquet. (Comm., MM. Velpeau, Depaul, Boudet, Bouchardat et Trousseau, rapporteur.)

M. GARNIER, pharmacien à Paris, adresse une lettre dans laquelle il appelle l'attention de l'Académie sur l'inconvénient qu'il y a à se servir, dans les formules médicales, de certaines dénominations chimiques pouvant entraîner de regrettables confusions.

M. BROCA communique à l'Académie le résultat de quelques-unes de ses recherches sur la galvanocaustique, ou cautérisation galvanique.

M. le Dr PELLETIER, d'Orléans, adresse à l'Académie quelques renseignements sur la statistique des causes de décès.

M. le Dr BAUD, médecin inspecteur des eaux de Contrexeville, adresse une note sous pli cacheté, relative aux applications thérapeutiques d'une substance inusitée encore en médecine, la cérébrine, principe oléo-phosphoré de la pulpe nerveuse. (Dépôt accepté.)

M. le Dr DE LARUE, de Bergerac, communique une nouvelle observatie de hernie étranglée, traitée avec succès par l'extrait de belladone à l'intérieur. (Comm., M. Malgaigne.)

—

M. le PRÉSIDENT annonce à l'Académie : 1° qu'elle vient de faire une perte dans la personne de M. BERTRAND, médecin, inspecteur des eaux du Mont-Dore, l'un de ses membres associés nationaux;

2° Que plusieurs invitations ont été mises à la disposition de l'Académie pour la séance de rentrée de la Faculté de Médecine, qui aura lieu le 14 novembre prochain;

3° Enfin, qu'il n'est parvenu au secrétariat aucun Mémoire pour le prix Portal. Une commission, composée de MM. Roche, Trousseau, Barth, Bégin et Louis sera, en conséquence, chargée d'examiner s'il convient de laisser la même question au concours pour l'année prochaine, ou s'il y a lieu d'en proposer une nouvelle.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la statistique des causes de décès.

A quatre heures et demie, l'Académie se formera en comité secret afin d'entendre les rapports des commissions pour les prix Capuron et Lefebvre.

DISCUSSION DU RAPPORT SUR LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

M. le PRÉSIDENT rappelle à l'Académie qu'elle a déjà voté la première conclusion de ce rapport et qu'elle a ainsi implicitement reconnu l'utilité de la mesure. Il n'y a donc plus, dès lors, de dissidence possible que sur les voies et moyens de réalisation. Il n'y a d'ailleurs de nouveau, dans la rédaction de la commission, que la demande de généralisation des médecins cantonnaux.

M. GUÉRARD, rapporteur. Je vais donner à l'Académie lecture de ce qu'on pourrait à bon droit, peut-être, appeler la troisième édition de la deuxième conclusion de mon rapport.

« *Deuxième conclusion.* — Pour assurer l'exécution de cet enre-
» gistrement régulier des causes de décès, il est nécessaire que tout
» médecin remette à l'autorité un bulletin cacheté, indiquant la
» cause du décès du malade auquel il aura donné ses soins.

» Dans les cas de mort subite, ou par accident, et dans ceux où
» les malades auront succombé sans avoir reçu les soins d'un méde-
» cin, l'autorité avisera à la constatation de la cause du décès en dé-
» léguant un homme de l'art. » (5e *question.*)

Je dois dire, ajoute M. Guérard, que quelques-uns des membres de la commission pensaient qu'il était utile de spécifier la nécessité d'une juste rétribution pour l'homme de l'art; mais que la majorité de la commission a déclaré qu'il n'y avait pas lieu de mentionner cette mesure, si juste qu'elle fût certainement en soi. C'est l'affaire de l'administration de rétribuer l'homme de l'art qu'elle délègue.

M. BOULLAY demande quelle sera, dans une commune rurale, l'autorité qui interviendra.

M. le PRÉSIDENT. L'autorité compétente. Sur une autre observation de M. Collineau, M. Michel Lévy ajoute encore que la constatation de la cause du décès sera faite par le médecin traitant, ou, à défaut de celui-ci, par un médecin délégué.

M. DEVERGIE. D'après ce que vous venez de dire, il est bien entendu que, lorsqu'il y aura eu un médecin traitant, l'intervention d'un médecin vérificateur n'aura point lieu. Maintenant, je demande si la délivrance du bulletin indicateur de la cause de décès sera facultative ou non.

M. GUÉRARD. C'est dans cette prévision que nous avons dit, dans notre deuxième conclusion : « il est *nécessaire.* »

La deuxième conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. GUÉRARD donne alors lecture de la troisième conclusion, ainsi conçue :

« *Troisième conclusion.* — Dans la rédaction de leurs bulletins in-
» dicateurs des causes de décès, les médecins seront libres d'em-
» ployer les dénominations qui leur sont familières. » (*Deuxième question.*)

La commission a pensé qu'il valait mieux laisser les médecins libres de se servir dans la rédaction de leurs bulletins des dénomina-

tions qui leur étaient habituelles : ainsi tel médecin indiquera une gastro-entérite et tel autre une fièvre typhoïde.

M. Gibert. — A quoi bon cet article?

M. Guérard. Parce qu'il répond à une demande du ministre.

M. Gibert. Mais c'est presque une naïveté.

M. le Président. La commission a reçu, de la part du ministre de l'agriculture et du commerce, une communication dans laquelle on témoigne du désir formel d'une nomenclature. M. Legoyt, chef de bureau de ce ministère, est également de cet avis.

Sur une observation de M. Jobert, de Lamballe, M. Michel Lévy quitte le fauteuil de la présidence, où il est remplacé par M. Laugier.

M. Piorry. Le médecin n'est pas libre d'employer tel ou tel mot, car un mot représente une idée. Ainsi le mot *gastro-entérite* exprimait autrefois une inflammation de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin grêle ; de même, l'expression de *dothinentérie* s'applique à une maladie qu'on localise dans les glandules intestinales. Toute la science en est là. Il vaut donc mieux, peut-être, employer le mot *fièvre* que de donner des dénominations inexactes.

M. Guérard. Tout mot exprime l'état de la science contemporaine, et non de celle de l'avenir. Ainsi le mot de gastro-entérite désignait autrefois ce que, de nos jours, on appelle la fièvre typhoïde. Il était donc nécessaire de laisser le praticien libre d'employer toute dénomination qui a cours ou a été usitée.

M. Lagneau appuie la rédaction de la commission. Il ne voit aucun inconvénient à ce que les praticiens emploient telle ou telle dénomination, car la commission de dépouillement des bulletins saura bien s'y reconnaître.

M. Piorry demande la parole, mais la clôture de la discussion est votée.

La troisième conclusion, mise aux voix, est adoptée.

M. Guérard donne lecture de la quatrième conclusion, ainsi conçue :

« *Quatrième conclusion.* — Il y a lieu de procéder, dès à présent, et autant que possible, à l'enregistrement de toutes les causes de mort. » (*Troisième question.*)

En indiquant ainsi *toutes* les causes de mort, votre commission a reconnu qu'il n'était pas nécessaire de créer des catégories de cas de mort, et de poser ainsi des limites à la statistique. On obtiendra, de la sorte, des résultats aussi nouveaux qu'intéressants. En Suisse, par exemple, on pourra déterminer assez exactement le territoire où s'observe le botriocéphale.

La quatrième conclusion, mise aux voix, est adoptée.

M. le Rapporteur lit alors la cinquième conclusion.

« *Cinquième conclusion.* — Ce service d'enregistrement devra être » établi dès le début, dans toutes les communes, et non limité aux » principales villes et aux chefs-lieux d'arrondissement. » (*Quatrième question.*)

Cette conclusion est adoptée sans discussion.

La sixième conclusion est ainsi conçue :

« *Sixième conclusion.* — Une circulaire, rédigée à ce sujet par » l'Académie, sera adressée à tous les médecins. » (*Sixième question.*)

Toute loi entraîne avec soi l'idée de pénalité, et après nous être demandé quel avantage présentait une loi, dans ce cas, nous avons conclu à son inutilité. Nous pensons, en effet, qu'aucun médecin ne se refusera à délivrer le bulletin indicateur de la cause du décès.

Il y a en France huit cent mille décès; s'il en est un quart qui surviennent par accident ou sans qu'il y ait eu intervention de soins médicaux, il sera intéressant de savoir comment sont arrivés ces accidents ou pourquoi les malades sont morts sans secours.

Du moment, d'ailleurs, que les médecins seront libres, ils n'auront pas à craindre d'être obligés de divulguer des causes secrètes de décès, et ils n'hésiteront pas à indiquer les causes de mort. C'est ce que constatent un grand nombre de lettres de province adressées à la Commission.

Il n'y a donc pas besoin de loi ; et nous espérons que la mesure ne rencontrera pas de récalcitrants.

M. Cazeaux. Par cela même que la mesure présente un grand intérêt, il est important que les bulletins de statistique soient bien faits; ils doivent donc être obligatoires pour les médecins.

Une loi n'aurait ici rien de bien nouveau d'ailleurs; le médecin n'est-il pas obligé de faire à la mairie la déclaration de la naissance d'un nouveau-né, alors que le père est inconnu? Si vous abandonnez à la bonne volonté des médecins la délivrance des bulletins de décès, vous n'en aurez tout au plus qu'un sur dix, excepté dans les premiers moments de ferveur.

Si donc vous reconnaissez que la mesure est importante, rendez-la obligatoire. J'ajoute qu'une loi n'a rien d'odieux ni d'humiliant.

M. Guérard. La commission a introduit dans sa rédaction une expression qui répond au vœu de M. Cazeaux ; en disant : « Il est nécessaire, » l'Académie a exprimé une nécessité. Après cela, l'autorité avisera, si cela ne se fait pas.

M. Cazeaux. La mesure ne rencontrera pas de résistance, mais il y aura de l'incurie, de la négligence et de l'oubli; non point surtout dans les grands centres, mais dans les campagnes, là où il faudra faire deux ou trois lieues pour constater la cause du décès. Je le répète, on n'obtiendra pas de résultat positif sans une loi, et celle-ci n'aura rien d'odieux.

M. Velpeau. Je pense comme M. Cazeaux, et cependant, pour bien des raisons, je ne crois pas qu'une loi soit nécessaire. Sans doute, le médecin se résigne à aller déclarer à la mairie la naissance d'un enfant, mais il n'en est pas plus heureux pour cela. Le fait n'a donc rien d'encourageant.

Une loi sera une source de tracas et d'ennuis; d'un autre côté, sans loi, il y a lieu de craindre l'incurie, la négligence.

Il y a là une double difficulté. Mais, vraiment, la commission a des idées un peu romanesques, qu'elle me permette de le lui dire. Ne faut-il donc pas accepter les hommes tels qu'ils sont? Et n'y aurait-il pas moyen d'attacher une petite rétribution à cette obligation qu'on veut imposer aux médecins? Je suis certain qu'on obtiendrait ainsi un plus grand nombre de bulletins.

M. Guérard. — J'ai déjà dit qu'il y avait huit cent mille décès en France, on voit quelle dépense cela occasionnerait. Mais que demande donc l'Académie? Que le médecin rédige un bulletin cacheté, et qu'il l'envoie à la mairie avec un numéro d'ordre qui sera conservé jusqu'à l'administration centrale ; de sorte que le secret, s'il y en a un, sera fidèlement gardé.

On a dit qu'il était à craindre qu'on n'obtînt que de vagues indications; mais quand une localité enverrait à l'administration un trop grand nombre de « maladies inconnues, » ne pourrait-on pas y porter remède en publiant le fait? La rédaction de la commission me semble concilier tous les intérêts.

M. Michel Lévy. Ce que veut l'Académie en le déclarant « nécessaire », M. Cazeaux le désire en le disant « obligatoire. » Comme M. Cazeaux, l'Académie souhaite une loi, mais elle a reculé devant ses scrupules; elle répugne à l'idée de pénalité. Nous nous en sommes expliqués au sein de la commission.

Maintenant, pour me mettre parfaitement à l'aise, je dirai que l'ensemble du projet ne répond pas à ma pensée. J'aurais voulu épargner au corps médical une obligation nouvelle. Et cependant une statistique nous manque : ceux-là mêmes qui critiquent le projet avec le plus de verve sont des premiers à le reconnaître.

J'ajoute que M. Legoyt, dans les bureaux du ministère, prépare les éléments d'un projet de statistique qui aura lieu d'étonner.

En résumé, la statistique est utile ; je la veux, mais seulement par bulletin obligatoire. Cependant, M. Velpeau, homme plus positif, y a ajouté l'idée de rétribution.

Quant à moi, au risque d'être traité de romanesque, j'ai eu coutume, dès le début de ma carrière, de mettre l'honorabilité et l'indépendance de ma profession au-dessus de la doctrine de l'intérêt.

Dire le bulletin obligatoire, ce n'est pas seulement en faire un complément civil, c'est en faire un complément moral. En effet, le médecin agit, en exerçant sa profession, dans la plénitude de sa liberté ; il a donc le droit de dire à la société de quoi son malade est mort. Eh ! ne voyons-nous pas, dans tous les rangs de l'administration, jusqu'au plus simple manutenteur, chacun tenir un registre d'*entrée* et de *sortie*. Et cette comptabilité si utile, la médecine n'en jouirait pas ! Nous n'aurions pas ce registre d'entrée et de sortie, quand il s'agit des vies humaines !

M. Malgaigne. Je demande la parole.

M. Michel Lévy. Cependant les hôpitaux, qui peuvent ici nous ser-

vir de modèles, indiquent les causes de décès.

Je demande donc l'extension de cette mesure. Ce sera, si vous voulez, une garantie posthume, un complément moral.

M. Malgaigne. J'applaudis de tout mon cœur aux généreuses paroles que vous venez d'entendre. Seulement, je constate que plus on avance dans la discussion, moins on est d'accord.

Cependant, il est dans la pensée de tous de désirer la statistique. Mais, qui veut la fin veut les moyens. Dans sa deuxième conclusion, l'Académie proclame une nécessité en y disant : « Il est nécessaire... » Mais, demande le ministre, comment la mesure sera-t-elle obligatoire? A cela, notre commission pense qu'une circulaire suffira. Or, cette circulaire, vous l'avez vous-mêmes entendu, par l'organe de votre rapporteur, elle y arrive sans y compter nullement.

On vous a parlé de complément des tables civiles ; d'une sorte de tenue de livres en partie double, par *doit* et *avoir*, de l'*entrée* et de la *sortie* des vies humaines. On vous a signalé les manutenteurs Mais les manutenteurs sont payés pour cela. On vous a cité des médecins les hôpitaux; mais nous autres, médecins des hôpitaux, nous sommes payés pour cela. ¿Et pour que la chose se fasse, tout en nous épargnant l'ennui d'un dérangement, l'administration de l'assistance publique nous envoie la pancarte des décédés en nous invitant à y inscrire la cause des décès et à signer.

En sera-t-il de même pour les autres médecins? Eh bien, je dis que les médecins finissent par se lasser d'être toujours pris pour dupes. Les médecins des bureaux de charité se dérangent...

M. Lévy. — C'est dans le cadre des vacations.

M. Malgaigne. — J'y arrive.

MM. Michel Lévy. — Indiquez-le?

M. Malgaigne. — Attendez donc; comme vous êtes vif! (On rit) Ce médecin de Paris peut être très éloigné de la mairie, il ne sera cependant pas le plus malheureux, si on le compare au médecin de canton.

On a dit que l'accoucheur était tenu à faire sa déclaration ; mais, l'accouchement terminé, il retourne le lendemain voir celle qu'il a délivrée et peut alors faire cette déclaration. Il est payé de sa peine — ou supposé payé. — Et d'ailleurs il est sur les lieux. En sera-t-il de même en cas de mort? Le médecin peut-il ainsi augmenter d'une encore le nombre de ses visites? Ses visites! on n'aime pas tant à les lui payer. Sera-ce donc le paysan qui viendra lui annoncer la mort de son client?

Vous attachez une grande importance à votre circulaire, savez-vous ce qu'on en fera cependant? Elle sera mise au panier. Et nul ne se croira obligé d'aller déclarer un décès à la mairie.

Je propose donc le renvoi à la commission, pour qu'elle n'ait rien à laisser ignorer à la haute administration. Si vous voulez la statistique, il faut que le médecin y soit obligé; mais il faut aussi dire au ministre comment cela se peut faire. Seulement, n'allez pas dire que votre circulaire aura quelque poids, car vous ne le pensez pas. D'un autre côté, s'il y a loi, dites bien à l'administration combien elle sera difficilement applicable au praticien.

M. Velpeau, dans une proposition qu'il vous a faite et qui n'a pas pour but d'entraver l'administration, a parlé d'une rétribution nécessaire. D'autres vous ont dit les difficultés de la mesure. J'ajoute, quant à moi, que le médecin doit vivre de sa profession et que, pour cela, il ne doit pas être surchargé de fonctions onéreuses. Votre loi ferait maudire l'Académie et ceux qui l'auraient adoptée, par les pauvres médecins des campagnes.

Je demande le renvoi de la sixième conclusion à la commission.

M. Guérard. Je n'ai jamais eu l'intention de dire que la circulaire serait mal accueillie; bien au contraire. — Maintenant, que sont donc ces charges immenses qu'on dit devoir être imposées aux pauvres médecins des campagnes? ils auront un modèle à remplir, à mettre sous pli cacheté et à jeter à la poste.

Je suis moralement sûr, d'un autre côté, que le médecin prendra, dans certains cas de maladies, plus de soin qu'il ne l'aurait fait, d'approfondir la nature de l'affection, quand il se saura obligé d'indiquer la cause de la mort.

On a parlé de roman ; mais je crois qu'en bonne morale, il vaut mieux commencer par supposer l'homme meilleur. C'est le moyen de l'exciter à le devenir.

M Velpeau. Si le mot de « romanesque » a pu blesser certaines susceptibilités, j'en demande bien pardon. J'ai voulu dire qu'il ne fallait pas se perdre dans les nuages, ni spéculer sur les bons sentiments.

La proposition que j'ai faite, et à laquelle je reviens, ne doit pas entraîner de grandes dépenses. On a prononcé le chiffre de huit cent mille décès; en mettant à 2 fr. chaque déclaration, cela ne ferait que seize cent mille francs.

M. Cazeaux. — J'entends dire à M. Michel Lévy que la commission est d'accord pour demander une loi au ministre ; mais alors pourquoi ne pas avouer franchement que la circulaire est insuffisante?

M. Guérard. — Je persiste à croire qu'il n'y a pas d'inconvénient à envoyer la circulaire.

M. Malgaigne demande le renvoi de la conclusion à la commission. (Appuyé! appuyé!)

Ce renvoi, mis aux voix, n'est pas adopté.

On vote alors sur la sixième conclusion, qui est adoptée par l'Académie.

Il est cinq heures moins un quart; l'Académie se forme en comité secret.

CORRESPONDANCE.

FONCTIONS DE LA MOELLE.

A Monsieur le rédacteur en chef du *Moniteur des Hôpitaux*.

Mon cher ami, votre numéro de samedi dernier contient un résumé des communications faites par M. Chauveau aux Académies des Sciences et de Médecine, sur la physiologie de la moelle épinière. Comme je ne trouve rien dans ce résumé que je n'aie déjà réfuté dans mes réponses aux attaques que l'habile physiologiste de Lyon a dirigées contre les théories que j'ai proposées, je me bornerai à renvoyer vos lecteurs à mes publications récentes, et en particulier au Mémoire que j'ai lu il y a six semaines à l'Académie de Médecine, et je mentionnerai ici seulement ce fait, parfaitement suffisant du reste pour démontrer l'erreur de l'interprétation étrange que M. Chauveau donne de l'un des faits sur lesquels je m'appuie pour établir que la transmission des impressions sensitives se fait surtout, sinon entièrement, d'une manière croisée dans la moelle épinière. Après la section transversale d'une moitié latérale de cet organe, il arrive très souvent, quand on pince les parties du corps en arrière et du côté de la section, que l'animal crie avant ou sans que les membres non paralysés ne s'agitent. Or, d'après mon contradicteur, l'animal ne crierait, dans ce cas, que parce que des mouvements spasmodiques douloureux existeraient dans les membres non paralysés. Il est évident, conséquemment, qu'il s'est trompé. Mais ce n'est pas là l'objet de cette courte lettre : je ne veux, dans le moment, que poser cette question à M. Chauveau : Quels sont les physiologistes qui, suivant lui, croient que les mouvements réflexes sont bornés, chez les mammifères adultes, à la région excitée ou aux régions avoisinantes. Suivant M. Chauveau, *on croit généralement* qu'il en est ainsi, et il semble s'attribuer le mérite d'avoir démontré qu'il en est autrement. Pour moi, je crois qu'il partage ce mérite avec beaucoup de ses prédécesseurs, et je déclare que je ne connais pas un seul physiologiste qui admette que les mouvements réflexes soient toujours limités aux parties excitées, chez les mammifères adultes.

J'ai l'honneur, etc.

E. Brown-Séquard.

ACTES OFFICIELS.

M. Andral, professeur de pathologie et de thérapeutique générales, est autorisé, pour cause de santé, à se faire suppléer, pendant le même semestre, par M. Lasègue, agrégé.

— Le cours de médecine légale aura lieu dans le semestre d'été.

— Par arrêté, en date du 31 octobre 1857, M. Bérard, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé, pour cause de santé, à se faire suppléer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1857-1858, par M. Béclard, agrégé.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 octobre 1857, M. le docteur Hatin, chevalier de la Légion d'honneur, est nommé médecin de l'Ecole normale supérieure, en remplacement du docteur Paulin, décédé.

Le rédacteur en chef : H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 137. 5me ANNÉE. Samedi 14 Novembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Étranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies de la peau.

PAR M. BAZIN,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

(Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 122, 125, 127 133, 134, 135 et 136.)

TEIGNE PELADE.

Historique. — Les nosologistes se sont trouvés singulièrement embarrassés quand il a fallu assigner à la teigne pelade une place dans leurs classifications ; qu'on s'attachât au symptôme principal de la maladie, ou qu'on s'appliquât à en chercher l'élément primitif, la difficulté était la même.

Les anciens avaient surtout été frappés de la chute des cheveux, de là les noms d'*area* et d'*alopecia* qu'ils donnent à cette affection ; les modernes ont attaché plus d'importance à un autre symptôme, à la décoloration de la peau et des poils, et l'ont appelée achrome, leucopathie, vitiligo, ou l'ont fait rentrer dans la classe des dermatoses dyschromateuses. Mais quel rapport y a-t-il, je vous le demande, entre la chute des cheveux et une décoloration de la peau ? Et comment M. Cazenave a-t-il pu confondre sous le même nom, *vitiligo*, deux affections de nature si différente, dont l'une consiste simplement dans un vice congénial ou accidentel de la secrétion pigmentaire (fait de médiocre importance), tandis que l'autre consiste principalement dans une altération profonde des poils, et s'accompagne souvent de la perte de la barbe ou de la chevelure ? Plus tard, nous établirons avec soin le diagnostic différentiel entre ces deux affections que, d'ailleurs, d'autres auteurs modernes, M. Rayer entre autres, n'ont point confondues.

Bateman avait pressenti l'analogie qui existe entre la pelade et les autres espèces de teignes ; aussi la décrit-il sous le nom de *porrigo decalvans*, et, pour justifier la place qu'il lui donne à côté du favus (*porrigo favosa*), il suppose (singulière hypothèse) l'existence de pustules d'une durée si courte, qu'elles passent toujours inaperçues.

En 1843, M. Gruby découvre la véritable nature de la pelade ; il montre que c'est comme le favus une affection d'origine végétale, et il décrit le parasite qui produit cette affection ; c'est le *microsporon Audouini*. La description donnée par M. Gruby est assez exacte, les caractères des spores et des tubes de mycelium sont bien ceux qui appartiennent au *microsporon Audouini ;* malheureusement la plus grande partie du mémoire de M. Gruby n'est qu'un pur roman. Aussi M. Robin a-t-il nié l'existence du *microsporon Audouini*, comme celle du *microsporon mentagrophytes*, n'admettant d'autre microsporon que celui qui existe dans le *pityriasis versicolor*, le *microsporon furfur*. Mais les erreurs commises par M. Gruby dans la description du cryptogame par lui découvert, n'empêchent aucunement l'existence de ce dernier, que j'ai eu maintes fois l'occasion d'observer. Je ne puis donc pas partager l'opinion de M. Robin, et j'espère que mes recherches microscopiques contribueront à maintenir, comme espèce botanique distincte, le microsporon d'Audouin, et que ce parasite de la teigne pelade n'aura pas le sort du *microsporon mentagrophytes* dont, le premier, j'ai nié l'existence, en prouvant qu'il n'était autre que le trichophyton tonsurant.

En 1853, dans mes recherches sur la nature et le traitement des teignes, je rapprochai du favus et de la teigne tonsurante deux formes d'alopécie auxquelles, profitant de la découverte de M. Gruby, je donnai le nom de teigne achromateuse et de teigne décalvante. J'admettais bien que les deux affections étaient produites par un cryptogame de la même espèce, par un microsporon ; mais je pensais qu'il y avait, entre le parasite de l'un et le parasite de l'autre, quelques différences légitimant la distinction en deux variétés : le *microsporon Audouini* et le *microsporon decalvans ;* et les différences des caractères cliniques me confirmaient dans cette opinion que j'ai déjà abandonnée.

J'ai reconnu que les différences microscopiques et clinique n'étaient pas aussi accusées que je l'avais cru tout d'abord ; j'ai plusieurs fois observé la réunion des deux formes sur une même tête, et, en ce moment, vous pouvez en voir dans le service un remarquable exemple ; quelquefois même j'ai trouvé réunies la teigne décalvante et les deux variétés de formes de l'achromateuse. Aujourd'hui donc, je ne fais qu'une seule espèce, des teignes achromateuse et décalvante, et je donne à cette espèce le nom de teigne *pelade*, vieux mot employé par les auteurs du seizième et du dix-septième siècle, qui considéraient cette affection comme une alopécie syphilitique. Mais je n'admets point d'alopécie syphilitique, comme l'entendent quelques auteurs ; quand les cheveux tombent dans le cours de la maladie vénérienne, c'est qu'il y a une affection cutanée spécifique au cuir chevelu ; d'autres fois ce sont des exostoses qui se sont développées dans cette région, et dans ces cas seulement l'alopécie mérite d'être appelée syphilitique. La pelade qui se montre chez les sujets atteints de syphilis, sans avoir été précédée, sans être accompagnée d'une affection quelconque de la région qui en est le siége, reconnaît toujours comme cause déterminante la présence sur les poils d'un cryptogame parasite.

Nosographie. — Trois périodes doivent être distinguées dans la marche de la pelade, comme dans celle des autres espèces de teignes.

Deux phénomènes seulement caractérisent la première période ou période de germination ; ce sont le prurit et les altérations primitives des poils. Le prurit est franc et ordinairement très modéré. Les altérations des poils sont très variables, tantôt bien marquées, d'autres fois, au contraire, très obscures ; elles consistent le plus souvent dans un aspect terne et poudreux ; les cheveux paraissent sales et ont une couleur rougeâtre, quand ils ne sont pas décolorés.

A la deuxième période, le champignon se manifeste au dehors sous forme d'un duvet grisâtre qui passe souvent inaperçu, parce qu'il est peu abondant. En même temps le prurit persiste, et le cuir chevelu offre quelquefois un état d'hypertrophie fort remarquable et bien décrit par M. Devergie. Cependant cet auteur a eu tort de comparer cet empâtement des tissus à l'œdème, car l'application du doigt ne détermine jamais de dépression dans le cas de teigne pelade, comme dans le cas d'œdème. A cette époque de la maladie, l'altération des cheveux ou des poils est plus prononcée, si déjà elle existait à la première période ; les cheveux tombent et se reproduisent alternativement. Mais, au bout d'un certain temps, ils sont devenus méconnaissables, et ne se distinguent en rien des poils de duvet que l'on trouve sur les différentes parties du corps des jeunes enfants.

Enfin, la troisième période arrive ; les démangeaisons continuent ; les poils tombent pour ne plus se reproduire ; les parties malades s'affaissent sensiblement, et le duvet blanchâtre, comme féculent, qui constituait le parasite, ne tarde pas à disparaître. A une époque avancée, on ne distingue plus de traces de duvet sur les surfaces malades ; la perte des cheveux est alors irrémédiable.

Nous avons établi (classification des teignes) des variétés de forme et des variétés de siége dans la pelade, comme dans les teignes faveuse et tonsurante.

Il y a deux variétés de forme, et ces variétés correspondent aux deux espèces que j'admettais autrefois ; ce sont : la pelade achromateuse (ancienne teigne achromateuse), et la pelade décalvante (ou ophiasique) (ancienne teigne décalvante).

La *pelade achromateuse* est le *porrigo decalvans* de Bateman, le vitiligo du cuir chevelu et de la barbe, de M. Cazenave ; elle peut se présenter sous deux formes différentes tantôt les surfaces malades sont déprimées, comme les parties affectées de favus après la chute des croûtes ; tantôt et plus souvent, elles sont au même niveau que les surfaces voisines. Mais cette distinction est sans importance ; c'est surtout dans la variété achromateuse que les poils offrent, à la première période de l'affection, les altérations dont nous avons parlé ; ils ont un aspect sale et terne, sont fins et décolorés, quelquefois rougeâtres ; phénomènes qui, soit dit en passant, ne sont jamais observés dans le vitiligo non-dermophytique.

A la deuxième période, on voit se dessiner des plaques ordinairement ovalaires, remarquables par la décoloration de la peau, et sur lesquelles on voit tomber peu à peu les poils qui les recouvrent ; bientôt la dénudation est complète, au moins en apparence, et les caractères de l'affection parasitaire sont alors extrêmement tranchés. Le nombre de ces plaques ovalaires, d'un blanc de lait, est très variable ; il peut n'y en avoir qu'une seule, comme on l'observe assez souvent à la face ; d'autres fois, on en voit douze ou quinze, qui, dispersées sur tout le cuir chevelu, donnent à cette région une apparence des plus bizarres. Quoi qu'il en soit, si l'affection n'est pas attaquée par des moyens de traitement convenables, les plaques blanches se multiplient, s'agrandissent, puis, se réunissant, elles occupent la plus grande partie de la tête, plus ou moins complétement dénudée. Quelquefois, le mal s'arrête pendant un certain temps pour reprendre bientôt sa marche lentement envahissante, et il n'est pas rare de le voir s'étendre sur toutes les parties du corps, détruisant partout les poils qu'il rencontre. Dans ce cas, la maladie ne s'arrête qu'après la disparition complète du système pileux à la surface de la peau. Cependant, il est moins rare de voir l'affection parasitaire achromateuse borner son siége au cuir chevelu ou à la barbe ; parfois même la guérison spontanée arrive avant que la maladie soit parvenue à la troisième période ; le pigment reparaît sur les faces décolorées, les poils recouvrent peu à peu leurs caractères normaux, et les parties affectées ne se distinguent plus des parties demeurées intactes. Mais ces faits sont des exceptions.

La pelade décalvante a une marche beaucoup plus rapide que la variété précédente, dont elle se distingue, comme nous allons le voir, par d'autres caractères importants. Au début, on observe du prurit, et quelquefois une hypersécrétion d'épiderme ; les poils ne présentent point d'altération bien marquée, et cependant, quand le champignon paraît, ils tombent rapidement et en grand nombre, sur des surfaces qui n'ont aucune forme régulière ; de sorte qu'au bout de peu de temps, on trouve de larges plaques dénudées, sinueuses, sur lesquelles la peau a conservé sa couleur normale. Ainsi, en résumé : marche rapide, chute des poils avant toute altération appréciable de leurs caractères physiques, irrégularité des surfaces dépouillées, couleur normale de la peau, sont autant de caractères qui appartiennent à la teigne pelade décalvante, et qui sont plus que suffisants pour la distinguer toujours de la variété précédente (pelade achromateuse), quand les deux n'existent pas en même temps sur le même sujet. Nous ne reviendrons pas sur ce diagnostic différentiel.

Quant aux variétés de siége, elles n'ont presque aucune importance dans la teigne pelade ; cette affection offre partout les mêmes caractères, et les différences, entre les deux variétés que nous avons admises se trouvent dans les autres régions, comme au cuir chevelu ; aux parties sexuelles, le vitiligo simple n'est pas rare, et il faut prendre garde de le confondre avec la pelade achromateuse ; il en est de même à la face dorsale des mains et des doigts.

Nous avons dit que la pelade décalvante avait une marche très rapide tandis que l'achromateuse avait une marche assez lente ; par conséquent, la durée de cette dernière est beaucoup plus longue que celle de la première, qui a souvent ravagé toute la surface du corps en moins d'un mois ou six semaines.

Deux modes de terminaison peuvent être observés ; ce sont la calvitie définitive et la guérison spontanée ; la première, plus fréquente, arrive plus souvent dans la pelade décalvante ; la dernière n'est pas rare dans la pelade achromateuse.

Etiologie. — Nous n'avons que peu de chose à dire des causes prédisposantes. Aucun âge n'est à l'abri de la pelade, cependant, comme la teigne tonsurante, cette affection occupe le cuir chevelu chez les enfants, et, plus souvent, la barbe ou toute autre région velue chez l'homme adulte. Rien de particulier à noter sur l'influence du sexe, du tempérament, de la constitution ; les forts et les faibles, les lymphatiques et les bilieux, les hommes et les femmes sont à peu près aussi souvent atteints les uns que les autres. Parmi les influences hygiéniques, l'humidité seule mérite d'être mentionnée, avec la syphilis, parmi les causes pathologiques.

Le *microsporon Audouini* est la seule cause déterminante de la pelade. Quels sont les caractères particuliers de ce végétal, et quelles altérations produit-il dans la tonsure des poils qu'il affecte ? Voilà deux questions d'autant plus intéressantes pour nous qu'elles ne sont traitées nulle part, et que nous devons y répondre par des recherches personnelles à peine achevées en ce moment.

Dans le *microsporon Audouini*, les spores sont plus petites et moins nombreuses que dans le trichophyton, les trichomats plus nombreux. La disposition du champignon, par rapport à la tige et à la racine du poil, est fort remarquable et bien différente de celle du trichophyton. Ainsi, sur la tige, les spores forment quelquefois de petits groupes isolés ou affectent une disposition racémiforme. La tige elle-même présente, de distance en distance, des renflements ou nodosités, sphériques ou ovoïdes, constitués par les fibres longitudinales dilatées et incurvées, au travers desquelles on aperçoit des amas de sporules. Dans les intervalles des renflements, le poil ne paraît pas malade. Vous savez que le trichophyton produit d'autres désordres sur la tige du cheveu, qui est altérée dans toute son étendue, épiée à ses deux extrémités, fasciculée, offrant véritablement l'aspect d'un fagot. Les fibres longitudinales du cheveu sont écartées par les spores, quelquefois

brisées, formant çà et là des éclats sur la tige. Or, cette disposition du champignon est exceptionnelle dans le microsporon et jamais d'ailleurs aussi prononcée que dans le trichophyton. Dans la pelade, on ne constate de brisure, sur les cheveux malades, qu'au niveau des nodosités qui se rompent à la manière d'un jonc. Quand l'altération cryptogamique est parvenue à son summum d'intensité, les fibres du cheveu sont écartées dans toute leur étendue par les spores disposées en séries linéaires; mais le cheveu est mince, transparent, aplati et non en fascicules ou en touffes, comme dans la teigne tonsurante.

Sur la racine, les désordres ne sont pas moins remarquables. Ainsi, le plus grand nombre des cheveux extraits des tonsures de la pelade ont un bouton sans capsule, tandis que, dans la teigne tonsurante ou l'herpès en desquammation, ils n'en ont pas, puisqu'ils sont rompus aux deux extrémités. Dans la pelade, la racine du cheveu est recourbée en crosse ou droite et en massue; le cheveu déraciné extrait de la circonférence des tonsures dans l'herpès, offre souvent un renflement énorme qu'on peut comparer pour la forme soit à l'oignon, soit au navet. Enfin, quand l'altération de la racine est portée aussi loin que possible, celle-ci présente l'aspect d'une fourche ou d'un trident.

Le microsporon épidermique et le microsporon ungéal sont faciles à constater, en examinant au microscope le duvet grisâtre qui recouvre les plaques dénudées de la pelade et la substance qui forme les points jaunes de l'ongle dans la même maladie; mais vous trouverez toujours avec ses éléments un grand nombre de cellules épithéliales, tandis que vous trouverez le trichophyton à l'état de pureté dans les gaînes blanches qui entourent les poils brisés de l'herpès en desquammation.

Ai-je besoin de dire que la teigne pelade peut se transmettre des quatre manières que nous avons indiquées pour les autres teignes? Cependant l'inoculation n'a pas encore été pratiquée.

Le *microsporon Audouini*, comme les autres champignons des teignes, peut vivre aux dépens des poils, de l'épiderme et des ongles.

Quand il existe sur les poils, il produit l'affection que nous décrivons en ce moment. Presque toujours en même temps, il affecte l'épiderme dans l'intervalle des poils, et se montre sous la forme de substance féculente, comme nous l'avons déjà dit.

Quant au microsporon unguéal, je n'ai jamais eu l'occasion de l'observer, ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas (1).

Diagnostic. — Il est toujours facile. L'affection n'est caractérisée que par un petit nombre de signes, mais ces signes n'appartiennent guère qu'à elle et sont presque pathognomoniques.

J'ai dit que je ne reviendrais pas sur le diagnostic différentiel entre la variété achromateuse et la variété décalvante.

Quelles sont les autres affections qui offrent assez d'analogie avec la pelade pour pouvoir être quelquefois confondues avec elle? Nous trouvons surtout le vitiligo, les diverses espèces de teignes, enfin l'alopécie sénile et l'alopécie symptomatique de l'acné sébacé des maladies graves....

1° Peut-on éviter l'erreur commise par M. Cazenave, et distinguer toujours aisément le vitiligo simple (affection dyschromateuse de la peau) du vitiligo parasitaire, ou pelade achromateuse? Oui, assurément, et voici des caractères qui ne permettent pas la moindre hésitation dans le plus grand nombre des cas. Le vitiligo simple n'a pas son siége de prédilection au cuir chevelu comme la pelade. Les surfaces décolorées n'ont pas une forme ovalaire ou circulaire, mais affectent plutôt une disposition irrégulière; les poils qui les recouvrent ne sont pas toujours altérés dans leurs caractères physiques, et leur décoloration, seule altération qu'on puisse connaître, n'existe pas dans tous les cas. Enfin, et c'est là le plus important caractère, autour des parties blanches dépourvues de pigmentum, dans le vitiligo simple, on trouve une coloration beaucoup plus foncée de la peau, une hypersécrétion pigmentaire qui n'existe jamais dans le vitiligo parasitaire. Il semble que, dans le premier cas, il n'y ait pas une moindre quantité de matière pigmentaire sécrétée, mais cette matière pigmentaire se répartit inégalement sur la peau, et de cette inégale répartition résulte le vitiligo simple. Dans l'autre cas, au contraire, le pigment est détruit, absorbé, par le parasite, et non plus refoulé par les parties environnantes.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) En effet, il vient de s'en présenter tout récemment un beau cas à mon observation. Un médecin de la ville m'a fait conduire au dispensaire de l'hôpital Saint-Louis l'enfant de sa bonne, petit garçon âgé de 10 à 12 ans, affecté d'une pelade ophiasique depuis trois mois. La tête de cet enfant est couverte de plaques dénudées; sur deux doigts de la main droite s'observe une notable altération de l'ongle, qui se rapproche beaucoup de celle produite par le trichophyton. A son extrémité libre, les stries longitudinales sont séparées et l'ongle fait brosse; sur le corps de l'ongle on remarque, sous la lame superficielle, de petites taches jaunes dirigées dans le sens des stries longitudinales. Le microscope nous apprend que ces taches sont formées par le *microsporon Audouini* qui se présente d'ailleurs avec une richesse remarquable sur tous les cheveux que nous soumettons à l'inspection microscopique.

THÉRAPEUTIQUE.

Quelques considérations critiques sur la fièvre typhoïde.

Par le Dr LEMÉNANT DES CHÉNAIS,

Médecin adjoint du ministère de l'intérieur.

Les quelques considérations que je me propose de soumettre ont d'abord un but pratique, et tendent ensuite à diminuer le nombre de ces mécomptes, dont les annales de la science fournissent tant d'exemples.

Ceci étant, qu'on ne trouve pas mauvais si je me demande encore ce que c'est que la fièvre typhoïde, puisque de la définition d'une maladie et de l'idée qu'on s'en forme se déduit presque tout naturellement la méthode de traitement.

Tous les médecins, presque sans contestation, répondent aujourd'hui que : *c'est une fièvre continue caractérisée anatomiquement par l'inflammation et l'altération des follicules isolés ou agminés de l'iléon*; en d'autres termes, c'est une fièvre éruptive muqueuse, en tout comparable à la fièvre éruptive cutanée connue sous le nom de variole.

Si j'insiste sur ce point, ce n'est pas sans de fortes raisons, comme on va le voir; et si quelque chose peut surprendre encore, c'est que des médecins, qui se garderaient bien de révoquer en doute cette donnée médicale, ne sachent pas en profiter au point de vue de la thérapeutique, et avancent froidement qu'ils jugulent la fièvre typhoïde en vingt-quatre heures, qu'ils n'ont jamais que des succès à enregistrer; tandis que d'autres, trop crédules en leur parole, trop prompts à les imiter dans leur conduite aventureuse, ne trouvent, souvent, hélas! que des déceptions et des revers à déplorer!

Un autre fait, non moins digne de remarque, c'est que des méthodes aussi opposées, aussi nombreuses qu'excentriques quelquefois, aient donné cependant des résultats statistiques de mortalité et de guérison très peu différents entreeux.

Ces résultats, qui ont frappé tous les praticiens, ont eu pour avantage d'arrêter les plus raisonnables dans des tentatives d'expérimation trop souvent fâcheuses et de les retenir dans les limites d'une thérapeutique plus sage et *plus commune*.

Je ne parlerai donc point de ces antidotes sans nombre, de ces merveilles médicales qui ne brillent aux yeux les plus attentifs que juste ce que dure un éclair, dont la disparition subite n'a pas même permis d'en saisir la forme.

Si la fièvre, dite typhoïde, est une maladie éruptive, dont la manifestation anatomique siége sur la muqueuse intestinale, comme les éruptions cutanées se développent principalement sur la peau; si des périodes de prodromes ou d'incubation, d'invasion, de développement et de terminaison en caractérisent la marche régulière et la rendent, en tout, comparable aux fièvres éruptives cutanées : *à priori*, est-il si déraisonnable de penser que si l'on ne peut juguler une variole, une scarlatine ou une rougeole confirmées, la même chose pourra et devra peut-être même s'observer à l'endroit de la fièvre typhoïde?

Si une saine pratique dit que, dans toutes les fièvres éruptives, le devoir du médecin se borne à favoriser la marche régulière de ces maladies, d'en prévenir et d'en combattre seulement les complications, qui en font le principal danger, une pratique analogue ne sera-t-elle pas tout naturellement commandée dans la fièvre typhoïde?

Mais si nous appliquons, au diagnostic et au pronostic, ces remarques jetées comme par anticipation sur la ligne thérapeutique de cet ordre de maladies, sera-t-il bien difficile d'admettre ou de supposer au moins que, puisque la surface cutanée compte des fièvres éruptives aussi nombreuses que diverses par leur forme, leur durée et leur gravité, les muqueuses, et surtout la muqueuse intestinale qui possède la fièvre typhoïde, les muqueuses, dis-je, pourront et devront même compter des éruptions morbides qui seront à la fièvre typhoïde comme dans les éruptions cutanées :

1° La varioloïde est à la variole;

2° La roséole est à la rougeole;

3° Les exanthèmes légers sont à la scarlatine, etc., etc.?

Or, si les affections que je signale ne sont point démontrées, il est certain aussi que les dénégations simples ne prouveront rien contre leur existence, tandis que leur possibilité seule, étant admise, suffit presque pour détruire ces contradictions inexpliquées et peut-être même inexplicables qui vous assiégent chaque jour.

D'un autre côté, enfin, si l'on veut bien faire la part des erreurs de diagnostic, qui en dehors de ce que je viens d'exposer, peuvent et doivent même se glisser de temps à autre, et porter soit sur des fièvres éphémères prolongées, compliqués ou non d'embarras gastriques, soit sur des fièvres intermittentes, plus ou moins dissimulées; alors, je le demande, ces succès émérites, dus ici aux purgatifs, là aux éméto-cathartiques, ailleurs au sulfate de quinine, ne se trouvent-ils pas tout naturellement justifiés?

Pour éclaircir ces données par quelques exemples, et pour faire comprendre avec quelle facilité on peut parler de la fièvre typhoïde, permettez-moi de vous mettre sous les yeux un travail que l'un de nos confrères a publié dans la *Revue médicale* du 15 août 1855.

Il a pour titre :

Quelques remarques théoriques et pratiques sur la fièvre typhoïde, par le docteur Renouard.

Dans ce travail, notre confrère entre d'abord dans quelques considérations sur les *causes de mort* dans la fièvre typhoïde. Ainsi il passe successivement en revue les différentes *lésions nécroscopiques;* il les étudie dans l'intestin, les poumons, l'encéphale, le cœur, le sang. Il démontre combien les causes de mort ont peu attiré l'attention des auteurs. Il cite dans ce but MM. Louis, Andral, Gaultier de Claubry, Petit, Forget, etc., etc., et arrive aux conclusions suivantes :

« Maintenant, dit-il, si nous récapitulons les résultats obtenus et les opinions émises par les divers auteurs dont nous avons compulsé les écrits, nous arrivons à cette conclusion générale *qu'il n'existe aucune lésion constante* et assez grave qui puisse rendre raison de la mort dans *tous les cas* de fièvre typhoïde, ou du moins une telle lésion n'a point encore été constatée sur le cadavre.

» En effet, le cœur et le sang, qui aux yeux de M. Bouillaud, offrent des altérations constantes et d'une haute gravité, paraissent aux autres observateurs dans un état peu différent de l'état normal, ou de celui qu'on rencontre chez les individus morts d'une autre maladie quelconque.

» Le cerveau, qui présente des désordres fonctionnels si constants et si considérables pendant la vie, n'offre à l'autopsie que des altérations très variables et souvent insignifiantes.

» Les poumons seuls, parmi les plus essentiels, offrent une sorte de lésion (la splénisation) qui semble plus particulièrement appartenir à la fièvre typhoïde qu'à toute autre affection. Mais cette lésion ne se rencontre que sur environ les deux cinquièmes des sujets, et ne peut donc être considérée comme la cause directe et prochaine de la mort *dans tous les cas.*

» Enfin, quelques organes moins immédiatement nécessaires au maintien de la vie, le foie, la rate, présentent habituellement une altération analogue à celle que l'on a décrite sous le nom de splénisation du poumon. »

Notre confrère, s'appuyant ensuite sur différents auteurs, et particulièrement sur les travaux récents de M. Woillez, conclut que la splénisation pulmonaire, hépatique et splénique, est de beaucoup la cause la plus fréquente de mort dans la première et la deuxième période de la fièvre typhoïde, et, par conséquent, il se décide en faveur d'une méthode désobstruante.

Avant d'aller plus loin, je ne puis m'empêcher de faire remarquer combien est difficile la découverte d'une lésion anatomique *unique* et expliquant *seule tous les cas de mort* dans la fièvre typhoïde; puisqu'on ne voit peut-être jamais deux individus affectés identiquement de la même manière dans la même maladie, et que, selon les prédispositions innées ou acquises, ce sera tantôt un organe, tantôt un autre, qui subira de préférence les conséquences fâcheuses du mal.

En second lieu, de ce qu'une lésion isolée ne puisse par elle seule rendre compte de la mort, il ne s'ensuit nullement que ce résultat ne puisse être attribué au concours simultané de plusieurs lésions, dont chacune aussi, prise isolément, pourrait paraître insignifiante.

La mort, dans ce cas, est, non la conséquence d'une force unique, mais bien de la résultante de toutes les forces morbides réunies, si je puis parler ainsi. C'est donc s'exposer à se tromper, que de demander à une lésion seule ce qui est l'apanage de plusieurs.

Mais passons outre. Notre confrère, comme je le disais, par les motifs qui précèdent, concluant à la nécessité d'une méthode désobstruante, administre *toujours, quels que soient les symptômes dominants et la forme de la maladie,* la potion suivante :

Pr. Eau distillée, cent grammes.
Tartre stibié, quinze à vingt centigrammes.
Sirop diacode, vingt-cinq grammes.
Eau de fleurs d'oranger, cinq grammes.

Cette potion est donnée d'heure en heure, en s'abstenant de toute autre boisson, pendant les quatre ou cinq premières heures, afin d'amener la tolérance et l'absorption du sel antimonié.

Une fois la tolérance établie, les boissons acidules et délayantes sont permises au malade.

Rarement notre confrère a besoin de recourir à plus de deux potions semblables, qu'il administre toujours en laissant un jour d'intervalle pour laisser reposer le malade.

Pour justifier ses assertions, l'auteur annonce qu'il possède une *vingtaine* d'observations. Il en a choisi *cinq*, qu'il publie, *afin de ne laisser aucun doute sur l'efficacité de sa méthode de traitement.*

Ici, j'ai cru devoir transcrire textuellement *tous* les symptômes de la maladie, tels que les communique M. Renouard, et chacun en comprendra la raison.

Première observation. — « Affection légère chez un enfant de *cinq ans.* 18 jours de maladie, y compris les prodromes. Guérison. »

« Le 26 mai 1851, dit notre confrère, je suis appelé auprès de l'enfant Meunier, qu'on dit malade depuis six jours. Cet enfant paraît » bien constitué et fort pour son âge. Son indisposition n'avait inspiré jusqu'ici aucune inquiétude; mais aujourd'hui elle a pris un » caractère plus grave. L'enfant ne joue plus; il garde le lit, contre » son habitude; il est assoupi sans dormir; il a beaucoup de fièvre. » Du reste il ne se plaint de rien, que d'une douleur d'oreille. Il » tousse peu, n'a aucun désir de nourriture et ne va pas à la garde-robe depuis deux jours. Tel est le récit que me font les parents.

» Je procède à l'examen du petit malade, et je trouve la langue » humide et naturelle, le ventre n'offre *ni météorisme, ni gargouillement, ni sensibilité* sur *aucun point.* La poitrine résonne bien, » l'auscultation fait percevoir un râle humide disséminé. L'intelligence est nette, les réponses justes; l'humeur morose, contre » l'ordinaire, la peau sèche et brûlante. Le pouls donne 112 à 116 » pulsations. »

Trois jours après a eu lieu une petite épistaxis, le lendemain de ce jour, « le malade tousse un peu plus. Le visage est un peu tiré; » on remarque aux ailes du nez et à l'orifice des narines, *une poussière fine, cendrée, que M. Delaroque a signalée comme un des » symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde. La douleur d'oreille* n'existe plus. »

Le cinquième jour, on donne la potion ci-dessus avec dix centigrammes seulement d'émétique, sans sirop diacode, et trois jours

après le malade est guéri.

Voilà un premier exemple de fièvre typhoïde.

Deuxième observation. — « Affection de gravité moyenne chez un » garçon de onze ans. — Durée, 14 jours de maladie, y compris les » prodromes. Guérison.

» Le 28 février 1855, j'ai vu (c'est toujours l'auteur qui parle) pour » la première fois le jeune Alphonse Menart, qu'on dit malade depuis *huit jours*, et qui a eu de la diarrhée hier seulement. Il ne se » plaint que du mal de tête et d'une faiblesse telle qu'il ne peut se » tenir sur ses jambes. Il ne mange pas et a de la répulsion pour la » nourriture ; il ne tousse nullement.

» La langue est blanche et humide, soif médiocre, ventre météorisé, » *peu sensible à la pression et sans gargouillement* notable. L'hypocon- » dre gauche est moins sonore que de coutume, ce qui fait soupçonner » un certain degré de splénocèle. Point de papules, le malade paraît » assoupi sans dormir. Il répond lentement, mais avec justesse ; stu- » peur évidente. En posant la main sur la face antérieure du corps » pour explorer le pouls, je sens des soubresauts de tendons mani- » festes ; alors je m'avise de pincer le muscle brachial antérieur, » entre le pouce et le medius, comme la corde d'un instrument qu'on » veut faire vibrer, et j'excite dans ce muscle des ondulations cloni- » ques. Le pouls développé donne 104 à 108 pulsations. La prostra- » tion est considérable. »

On donne le jour même la potion stibiée, qui est renouvelée une fois et, *six jours* après, le malade est guéri.

Troisième observation. — « Affection d'intensité plus que moyenne » chez un homme de 37 ans.— Durée, 23 jours de maladie, les pro- » dromes compris. Guérison. »

« Fullingue, ouvrier tailleur, habite Paris depuis une douzaine » d'années et s'est toujours bien porté ; c'est un homme rangé, me- » nant un régime sain et jouissant de quelque aisance dans sa condi- » tion. Après une huitaine de jours de malaise, accompagné d'un » peu de diarrhée, pendant lesquels il n'a pas discontinué de travail- » ler, il se voit forcé de garder le lit le 5 août 1852 ; et il me fait ap- » peler le même jour. »

« Ce jour, le malade est couché sur le dos, se plaignant d'un mal » de tête continu et d'une grande faiblesse. Appétit nul, soif vive, » langue naturelle. *Pas de météorisme ni de gargouillement sur au- » cune région de l'abdomen.* La diarrhée a cessé depuis 24 heures. » Point de toux, respiration lente et profonde ; 88 pulsations. »

Le septième jour, malgré l'emploi de la limonade citrique et de l'huile de ricin, le malade conserve : « la langue sèche et rugueuse » comme celle d'un chat ; la soif est toujours vive ; *pas de sensibilité » ni de gargouillement dans le ventre ;* stupeur toujours croissante ; » narine poudreuse, sueurs alternant avec la sécheresse de la peau. » Papules rosées, peu saillantes, disséminées sur le thorax, l'épigastre » et le dos. »

Le lendemain, le docteur Alexandre Martin le voit avec M. Renouard et ne constate rien de nouveau. On administre ce jour-là la potion émétisée, et le seizième jour, c'est-à-dire neuf jours après, le madade est guéri.

Cette observation est, de toutes celles que M. Renouard a publiées, la plus importante par sa gravité et par l'ensemble de ses symptômes ; cependant on remarquera que bien des signes attachés au diagnostic de la fièvre typhoïde, et un surtout très important, ne se trouvent dans aucune des observations.

Je veux parler de la sensibilité abdominale et du gargouillement iléo-cœcal.

La quatrième a beaucoup de rapports avec la seconde. Charles Dufeu, qui en fait le sujet, est un homme de peine. Chez ce malade encore il n'y a eu ni *gargouillement*, ni *sensibilité abdominale*, ni diarrhée, ni papules, ni *toux*. *Dès le premier jour*, le malade prend la potion de M. Renouard et entre en convalescence *quinze jours* après.

Enfin, la femme Deffaut, qui fait le sujet de la cinqnième et dernière observation, est une mère de famille, nourrice d'un enfant de cinq mois. L'auteur, qui croit devoir s'abstenir de tous détails à son sujet, se contente de dire que la malade *n'a jamais été alitée pendant tout le cours de sa maladie*, qu'elle a continué à nourrir son enfant et à vaquer à tous les soins de son ménage. La durée en a été de vingt-quatre jours.

Telles sont, *entre vingt observations*, celles que notre confrère a cru devoir publier ; je laisse à chacun le soin d'y voir des exemples de fièvre typhoïde !

Loin de moi de contester dans ces cas l'utilité de l'émétique ; mais ce que je ne saurais admettre, c'est que ce médicament puisse être érigé en méthode générale, comme le veut notre confrère, dans la fièvre typhoïde. Je crains même que, dans son enthousiasme, il ait oublié de rester conséquent avec lui-même ; car, tandis que, page 11 de son Mémoire, il dit avec beaucoup de raison : « Je ne crois pas » que le tartre stibié soit dans cette circonstance un remède spécifi- » que, ou, pour mieux dire, synthétique de la fièvre typhoïde... Non, » je présume que la médication stibiée *satisfait simplement à une » indication des plus importantes ;* » on le voit, à la page 9, tracer ces lignes aphoristiques : « *Quels que soient les symptômes, quelle que » soit la forme de la maladie, dès que j'ai la conviction d'avoir » affaire à la fièvre typhoïde, j'ai recours à la médication sui- » vante.* » Ainsi voyez, la contradiction : admettre d'une part que l'on ne veut répondre *qu'à une indication*, et de l'autre agir empiriquement en donnant toujours la même potion, *quels que soient les symptômes et quelle que soit la forme de la maladie !*

Pour ce qui est de la méthode en elle-même, je me demande aussi si elle est aussi nouvelle que le croit encore notre confrère, qui l'appelle non-seulement sa méthode, mais qui termine son Mémoire par cette phrase, qui fait au moins honneur à sa conviction. En effet, après avoir signalé l'emploi des évacuants, comme un *progrès immense* dans le traitement de la fièvre typhoïde, il ajoute :

« La préférence accordée au tartre tibié sur tous les évacuants du » système digestif, à cause de sa propriété résolutive des engorge- » ments viscéraux, en constituera un second (progrès) non moins » considérable. »

Si nous voulons bien consulter l'histoire de la fièvre typhoïde, il sera facile de se convaincre que ce sel a été, à différentes époques, et par maints médecins, mis à contribution pour combattre cette maladie ; et pour ne citer qu'un exemple, nous verrons que M. Beau la traite avec un succès très marqué, par des moyens qui ressemblent assez à ceux de M. Renouard. En effet, M. Beau administre aussi, lui, la potion suivante :

Pr. Tartre stibié, dix centigrammes.
Ipéca, un gramme.
Eau distillée, cent grammes.

Et dans un relevé publié en 1853 par le docteur Calvo, de Marseille, on ne compte que 10 décès sur 118 malades.

Mais ici je ne puis m'empêcher de revenir sur des considérations qui, pour n'être pas nouvelles, n'en méritent pas moins d'être prises en grande considération : à savoir, que dans le traitement d'une maladie quelconque et de la fièvre typhoïde en particulier, il faut non-seulement tenir compte de la maladie en elle-même, mais du malade, de tout ce qui l'environne et, enfin, du génie épidémique, ou constitution médicale.

Car toutes les fièvres en général, les fièvres éruptives en particulier, et enfin la fièvre typhoïde en tête, subissent au plus haut degré l'influence des constitutions médicales.

C'est ainsi qu'en 1835, M. Pidoux démontrait toute l'importance des toniques entre les mains de M. Chomel, dans les cas d'ataxie et d'adynamie. Les anciens, dit-il, attachaient le plus grand intérêt à l'étude des constitutions médicales, et sur ce même terrain, Frascator, Willis, Sydenham, Celse, Baillou, Dehaen, Cullen, etc., viennent rendre hommage au père de la médecine. Dans un autre endroit, Berland, non moins heureux que MM. Chomel et Pidoux, obtenait, avec le traitement classique que Sydenham décrit dans son chapitre : *De febre stationaria, ab anno* 1685-90, 28 guérisons sur 32 malades.

Ailleurs, les émissions sanguines, si funestes entre les mains d'Hippocrate lui-même et de tant d'autres, ont produit les résultats les plus satisfaisants ; et, sans parler de M. Bouillaud, je citerai un mémoire du docteur Bonamy, médecin des épidémies de la Loire-Inférieure, publié en 1848.

L'auteur insiste sur l'utilité des petites saignées dans la pneumonie

que complique la fièvre typhoïde. Dans ce travail, fruit d'une pratique sage et observatrice, il s'élève contre les exagérations qui font torturer le malade au *début*, le privent des moyens qui auraient pu être ménagés à son avantage, si, de prime abord, l'abus intempestif qui en a été fait ne venait très formellement s'opposer à leur emploi.

Ici, c'est le calomel qui réussit, là, c'est le sulfate de quinine. Mais je pourrais m'étendre au delà des convenances qu'exige cette simple note en me laissant aller sur ce terrain, que j'ai déclaré tout d'abord ne pas vouloir explorer.

Et si je n'ai pu me résigner, en cet endroit, à un silence absolu, c'est qu'on ne saurait trop se tenir en garde contre les conséquences qui suivent toujours les écarts de la prudence et qui abreuvent ensuite si amèrement le médecin crédule qui s'y livre.

Je me hâte donc de terminer, et de ce qui précède je tirerai les conclusions suivantes :

1° Que, dans l'état actuel de nos connaissances, il n'y a point de médicament qui, *quels que soient les symptômes et la forme de la maladie*, puisse être proposé comme méthode unique dans le traitement de la fièvre typhoïd ;

2° Qu'il ne me paraît pas plus possible de juguler une fièvre typhoïde, c'est-à-dire une fièvre avec éruption intestinale, avec inflammation et altération des follicules agminés ou isolés de l'iléon, qu'il n'est possible de juguler une variole ou une scarlatine, ou, du moins, je n'en connais pas d'exemple bien authentique ;

3° Que les auteurs qui prétendent être arrivés à de pareils résultats, n'ont point eu affaire à la véritable fièvre typhoïde, mais à des affections qui ont avec elle de simples analogies et qui sont moins graves. En effet, on peut remarquer que presque toutes leurs observations pèchent par insuffisance, ou par le manque de symptômes capables d'entraîner la conviction.

REVUE ANALYTIQUE.

PHARMACOLOGIE ET SCIENCES ACCESSOIRES.

[Analyse du laurier-rose (*nerium oleander*, APOCYNÉES), par M. Latour.]

Les propriétés toxiques du laurier-rose sont connues depuis longtemps, et les ouvrages de toxicologie rapportent le cas de l'empoisonnement d'un corps d'armée du maréchal Suchet, qui éprouva des pertes nombreuses à la suite d'un repas fait avec de la viande qui avait été cuite et embrochée avec des rameaux de laurier-rose.

Le laurier-cerise, également vénéneux à un autre titre, est employé à Paris concurremment avec le laurier- rose pour orner les viandes de boucherie. Dans une note adressée à M. le préfet de police, j'ai signalé cette funeste habitude qui, il faut l'espérer, ne se reproduira plus.

Un pharmacien militaire, M. Latour, s'est livré à des recherches très approfondies pour isoler le principe actif du laurier-rose ; il a opéré sur celui d'Algérie, qui se distingue par son suc blanc laiteux, caractère que l'on ne retrouve pas dans celui qui est cultivé en France.

Quoiqu'on ait essayé à différentes époques d'employer le laurier-rose, ou ses préparations, en thérapeutique, il est aujourd'hui tout à fait abandonné ; comme toxique, on a signalé deux genres d'accidents, savoir : ceux qui sont produits par l'injection des principes solubles, et ceux qui ont été déterminés par le séjour sous des abris construits avec les branches garnies de feuilles, et quelquefois de fleurs.

Cette dernière opinion n'est pas admissible. En effet, le laurier-rose ne contient pas de principes volatils. Il résulte au contraire des recherches de M. Latour que les feuilles du laurier-rose contiennent : 1° de la cire et une matière grasse verte ; 2° de la chlorophylle ; 3° une résine indifférente, blanche, cristallisable ; 4° une résine jaune âcre, électro-négative (principe toxique) ; 5° du tannin ; 6° une petite quantité de sucre incristallisable ; 7° de l'albumine ; 8° de la cellulose ; 9° des sels, chlorures, sulfates et acétates à base de potasse, de chaux et de magnésie.

En distillant les feuilles fraîches et sèches de laurier-rose avec de l'eau, M. Latour s'est assuré qu'une portion de la résine âcre était entraînée, tenue en dissolution à la faveur d'autres principes, et que les chlorures alcalins et terreux favorisaient cette division.

En soumettant l'écorce du laurier-rose à l'action de l'eau, de l'alcool, de l'éther, M. Latour a constaté que la résine âcre jaune qu'elle contenait était identique à celle des feuilles et qu'elle résidait principalement dans la partie corticale blanche (*liber*). Les fleurs contiennent également cette matière résineuse jaune ; elles renferment en outre une matière grasse jaune et odorante, adhésive, de consistance molle, qui paraît être un mélange d'huile grasse et de caoutchouc ; puis une huile grasse épaisse, soluble dans l'alcool et dans l'éther, saponifiable par les alcalis ; une matière colorante rouge, acide, insoluble dans l'éther, soluble dans l'alcool et dans l'eau, possédant les caractères du tannin ; puis, enfin, du tannin combiné à une matière colorante jaune très acide, de l'acide gallique, du sucre incristallisable, de l'albumine et de la pectine.

Une observation, faite par M. Latour, mérite d'être signalée ; il a trouvé que la proportion de principe résineux, âcre, toxique, est plus abondant dans le laurier-rose qui vit en liberté.

Après avoir fait une étude approfondie de la matière colorante des fleurs de laurier-rose et constaté sa présence dans l'écorce, M. Latour résume ainsi ses intéressantes recherches sur cette plante.

1° Le principe toxique du laurier-rose réside dans la feuille, dans l'écorce et dans la fleur, en proportions inégales ; l'écorce en renferme une plus grande quantité, la feuille et la fleur une quantité à peu près égale.

2° Le principe toxique est de nature résineuse non volatile, se présentant sous deux modifications, eu égard à sa solubilité dans l'éther ; cette modification paraît plutôt apparente que réelle, et pourrait être le résultat de la présence d'un principe étranger.

3° La solubilité de cette résine est singulièrement facilitée par les sels alcalins ; aussi les extraits aqueux de la feuille et de la fleur, qui renferment une plus forte proportion de ces sels, sont plus actifs que l'extrait aqueux de l'écorce ; mais l'inverse se présente pour les extraits alcooliques, celui de l'écorce présente une activité presque double de celle des extraits correspondants de la fleur et de la feuille.

4° Les hydrolats (eaux distillées) obtenus avec l'écorce et la feuille, possèdent une activité réelle qui, bien étudiée, peut devenir utile dans la thérapeutique ; elle est entièrement due à la résine entraînée par l'eau en vapeur, et maintenue en dissolution sous un état particulier, analogue à celui où se trouvent les essences.

Telles sont les principales conclusions du travail de M. Latour. Il eût été à désirer que ce pharmacien distingué nous eût fait connaître les expériences qui l'ont conduit à considérer le principe actif du laurier-rose comme un stupéfiant, tandis que tous les toxicologues le classent dans les narcotico-âcres ; quoi qu'il en soit, nous ne pouvons que féliciter M. Latour sur le beau travail qu'il a publié et dans lequel il a donné des preuves évidentes de connaissances solides et d'un esprit d'ordre et de méthode, sans lequel il est impossible d'élucider une question. L'analyse du laurier-rose peut, à mon avis, être considérée comme une des plus complètes et des mieux exécutées.

O. Réveil,
Pharmacien en chef de l'hôpital des Cliniques, agrégé à la Faculté de médecine.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

Anatomie et topographie du pli de l'aine,

Par le professeur LINHART, chirurgien de l'hôpital de Julius et professeur à Wurzbourg.

Nous commençons aujourd'hui l'analyse étendue de l'intéressant Mémoire de M. le professeur Linhart, mémoire sur lequel nous avons récemment appelé l'attention de nos lecteurs.

La description du pli de l'aine est sans contredit une des plus difficiles de l'anatomie; aussi cette région a-t-elle été décrite très diversement par les différents auteurs qui s'en sont occupés.

On peut ranger les différentes méthodes de description qui ont été employées dans les trois types principaux qui suivent :

(*a*) La préparation par couches ;

(*b*) La méthode synthétique ;

(*c*) L'étude par sections.

La première méthode présente le plus difficultés à l'élève, et ne convient guère qu'à ceux qui connaissent déjà l'anatomie. La méthode synthétique, celle qu'on suit ordinairement, est en réalité la plus facile et la plus instructive pour le commençant ; seulement le professeur doit bien choisir son point de départ pour donner une description topographique de cette région, sans entrer dans des détails sur des parties que l'élève est censé connaître.

Enfin, la troisième méthode, celle de Scarpa, consiste à faire une section parallèlement au ligament de Poupart, jusqu'à l'articulation coxo-fémorale, d'examiner, de dénommer et de décrire les parties qui s'y présentent ; nous regardons cette méthode comme la plus funeste, car c'est elle qui a donné lieu à une foule de dénominations de produits artificiels provenant de cette section, mais qui n'existent pas dans la nature. En se basant sur ces idées, on a formé les théories les plus diverses et même des méthodes opératoires, n'existant que dans l'imagination des auteurs.

Notre méthode est essentiellement synthétique ; nous avons toujours, dans nos démonstrations anatomiques, consacré une attention spéciale aux rapports topographiques de cette région, que nous décrirons d'abord d'une manière succincte, mais autant que possible avec clarté.

PARTIES FIBREUSES.

Fascia iléo-pectinéa.

Nous passons sous silence les os et les muscles pour arriver de suite à la description du fascia iléo-pectinéa.

Le fascia iléo-pectinéa s'insère à toute la lèvre interne de la crête de l'os des îles, et recouvre les muscles psoas-iliaque et pectinés ; cette insertion se continue le long de la crête du pubis, qui n'est autre chose que la continuation de la crête iliaque, et forme un ligament fort brillant, blanc, resplendissant.

Il s'étend du tubercule du pubis (*épine du pubis*) jusqu'au tubercule iléo-pectiné (*éminence iléo-pectinéale*), et s'élève ensuite au-dessus de la surface osseuse d'une ligne et demie, et offre à peu près la même épaisseur.

L'insertion de cette aponévrose à l'éminence iléo-pectinéale la partage en deux moitiés naturelles dont l'externe constitue le *fascia iliaca*, et l'interne le *fascia pectinea*.

Plus bas, le fascia iléo-pectinéa se continue sans interruption avec les enveloppes fibreuses des muscles droits, vastes internes et adducteurs de la cuisse.

Ce sont ces enveloppes fibreuses et le périoste qui tapisse la face postérieure du pubis qu'Astley Cooper a désignés sous le nom de *ligamentum pubicum*, ce qui a été mal compris par plusieurs auteurs.

LIGAMENT DE POUPART — DE FALLOPE. — *Arcas cruralis.*

L'aponévrose d'insertion du muscle grand oblique de l'abdomen adhère par son tiers externe à partir de l'épine iliaque antéro-supérieure avec 1° le fascia iliaca, 2° le fascia transversalis, 3° le fascia lata. Il ne se sépare du fascia lata qu'à une distance d'un demie pouce en dehors du tubercule iléo-pectiné (*éminence iléo-pectinéale*). De là, ce tendon se porte en dedans en augmentant d'épaisseur, puis en arrière en augmentant de largeur, de manière à présenter alors deux faces, l'une supérieure, l'autre inférieure. C'est sur la supérieure que repose, comme on sait, chez l'homme, le cordon spermatique et le ligament rond chez la femme ; enfin, dans son trajet oblique de haut en bas, de dedans en dehors, il arrive jusqu'à l'épine du pubis où il s'insère.

On sait que cette partie volumineuse de l'aponévrose du muscle grand oblique de l'abdomen a reçu le nom de ligament de Poupart. Les auteurs italiens le nomment ordinairement *ligamentum fallopide*. Le nom d'*arcas cruralis* (arcade crurale) ne lui convient qu'où elle se sépare du fascia iliaca.

LIGAMENT DE GIMBERNOT.

Il y a une partie du ligament de Poupart qui mérite une attention spéciale ; c'est celle qui s'insère à la branche horizontale du pubis.

Cette portion a été décrite, par Antoine de Gimbernat, comme un ligament particulier, auquel on a depuis donné le nom de ligament de Gimbernat, bien à tort, à mon sens ; car l'existence de ce ligament ne me paraît rien moins que réelle.

Examinons d'abord la terminaison du ligament de Poupart. Vers l'épine du pubis, le ligament de Poupart s'élargit, parce que ses fibres se séparent alors comme un pinceau et se confondent en partie avec le périoste du tubercule du pubis, en partie avec le fascia pectinéa.

Pour examiner d'une manière exacte ce mode d'insertion, il faut séparer le pli falciforme et la gaîne des vaisseaux fémoraux, couper à leur origine les fibres du tendon du muscle grand oblique de l'abdomen, en faire de même pour le petit oblique et le transverse.

Alors l'union du fascia transversalis avec le ligament de Poupart devient manifeste enfin, après avoir séparé le fascia du bord postérieur du ligament de Poupart.

Alors on voit bien l'insertion de ce dernier, et on peut se convaincre qu'il est partout arrondi et ne présente nulle part un bord tranchant falciforme.

(*Traduit de l'allemand par* M. BONNERTZ,
revu par M. RAMBAUD.)

ACTES OFFICIELS.

—

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, un congé de six mois, qui aura son effet à partir du 15 novembre courant, est accordé à M. Schlagdenhoffen, agrégé de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.

— M. Oppermann, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, professeur de pharmacie, est chargé de l'enseignement de la toxicologie et de la physique, pendant le premier semestre de la présente année scolaire.

— Par arrêté ministériel en date du 10 novembre 1857, M. FELTZ a été nommé aide de clinique à la Faculté de Strasbourg, en remplacement de M. FRITZ, dont le temps d'exercice est expiré.

VARIÉTÉS.

SÉANCE ANNUELLE DE RENTRÉE ET DISTRIBUTION DES PRIX DE L'ÉCOLE DE PHARMACIE.

L'Ecole supérieure de pharmacie a fait, mercredi, sa rentrée. La séance a été remplie par un éloge de Thénard, prononcé par M. le professeur Le Canu; par un rapport de M. Lefort, au nom de la Commission de la Société de pharmacie chargée d'examiner les Mémoires envoyés, sur l'analyse du nerprun ; et par un rapport de M. le professeur Guibourt, sur le concours des prix.

Le rapport de M. Lefort conclut à accorder un encouragement de 500 francs aux auteurs des Mémoires n°s 1 et 2, et à continuer le concours jusqu'au 1er juillet 1859.

Les prix de l'Ecole de pharmacie ont été distribués ainsi qu'il suit :

Deuxième prix : M. Bretonneau, de Blois.

Mentions : MM. Vée, de Paris; Joulie, de Valence (Drôme).

Il n'a pas été donné de premier prix.

— *Rentrée de la Faculté de médecine.* — La séance de rentrée aura lieu demain, samedi, à une heure; M. le professeur Nélaton prononcera l'éloge de Gerdy.

— Dans la dernière séance de la Société de pharmacie, il s'est produit un fait assez grave, sur lequel il nous faudra peut-être revenir, mais que nous devons mentionner dès aujourd'hui. M. Personne, pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, dont tout le monde connaît le talent et l'instruction, qui a déjà publié plusieurs travaux remarquables, et qui était deux fois lauréat de la Société de pharmacie, s'y était présenté comme candidat. A la majorité de 22 voix contre 17 ou de 21 contre 18 la société a repoussé la candidature de M. Personne. On donnait pour motif à cette exclusion les annonces qui sont faites dans les journaux de l'*huile iodée de Personne*, médicament approuvé d'ailleurs, comme on le sait, par l'Académie.

— Nous n'avons jamais manqué l'occasion de témoigner toute la considération que nous avions pour le corps médical de Lyon, et en particulier pour la rédaction de la *Gazette médicale de Lyon*. Nous avons peut-être le droit de compter, qu'en échange de nos sentiments, nos honorables confrères en journalisme voudront bien, lorsqu'ils auront à nous réfuter (ce que nous trouvons très légitime de leur part quand ils ne partagent pas nos convictions), de vouloir bien ne pas nous prêter des opinions ou des intentions que nous n'avons pas et que nous ne saurions avoir. C'est pourtant ce qu'a fait la *Gazette médicale de Lyon*, nous ne savons dans quel but ou par quelle distraction : « *Les pauvres médecins de province*, dit-elle à propos de la discussion pendante à l'Académie, *ont déjà été traités, par la moderne Athènes, comme de véritables* BÉOTIENS ; » et, comme preuve à l'appui de cette assertion, la *Gazette* cite notre passage sur les erreurs de diagnostic commises au concours du bureau central (Voir le *Monit. des hôpit.* du 27 octobre, p. 1026, 2e colonne); citation qu'il fait précéder des lignes suivantes .

« Après avoir avoué ingénuement qu'au concours du bureau central, les candidats, parmi lesquels on trouve pourtant l'*élite de la médecine et de la chirurgie française*, se trompent lourdement dans la *majorité* des cas cliniques qui leur sont soumis (et cela parfois avec leurs propres juges), M. H. de Castelnau, prenant à partie le rapporteur de la Commission et voulant démontrer la difficulté d'arriver à un diagnostic exact des causes de décès, poursuit ainsi : »

Nous devons d'abord faire remarquer à notre honorable confrère que personne, à Paris, pas plus M. Guérard que le *Moniteur*, n'a traité de *béotiens* les médecins de province.

Comme M. Guérard, nous avons constaté qu'il y avait des médecins ignorants, qui ne lisent ni livres ni journaux, et dont l'intelligence s'est abaissée au point de ne pas y comprendre grand' chose, si par hasard ils en lisaient. Notre confrère de Lyon conteste-t il ce fait? qu'il le dise nettement, et nous verrons alors de quel côté sont les preuves. Conteste-t-il, au contraire, que la province soit seule en possession des médecins de cette catégorie? Alors il conteste ce que personne n'a prétendu, au moins à notre connaissance; en ce qui nous concerne, nous avons montré plus d'une fois que Paris n'avait sous ce rapport rien à envier à la province.

Quant à ce que notre confrère veut bien dire du concours des hôpitaux de Paris et de notre *ingénuité*, nous croyons devoir lui rappeler que l'adverbe *lourdement* n'appartient point à notre prose; en constatant que les concurrents au bureau central se trompent, il n'est jamais entré dans notre pensée de les accuser d'ignorance, mais uniquement d'établir les difficultés d'un diagnostic précis. Enfin, nous n'avons pas dit que la majorité des candidats se trompassent habituellement, quoique notre confrère ait souligné le mot. Nous attendons, de la loyauté bien connue de M. Garin, l'insertion, dans la *Gazette*, de ces explications.

Cours complet de médecine opératoire. — M. CHASSAIGNAC, agrégé libre à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera ce cours le samedi 21 novembre 1857, à 4 heures de l'après-midi (l'Ecole pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Conférences cliniques à l'hôpital Lariboisière. Elles seront continuées pendant le semestre d'hiver. Visite des malades à 8 heures. Opérations principales tous les lundis à 9 heures.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Etudes sur la gravelle, *ses caractères physiques, ses anomalies, ses caractères chimiques, ses causes et son traitement,* par le docteur RAOUL LEROY D'ÉTIOLLES, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

Des paralysies des membres inférieurs, par le docteur RAOUL LEROY D'ETIOLLES, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine ; concours du prix de l'Académie en 1853.

En vente chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine: Le tome troisième du **Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires,** publié avec la collaboration d'une Société de professeurs vétérinaires et de vétérinaires praticiens, par M. H. BOULEY, professeur de clinique à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, secrétaire de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, membre de l'Académie impériale de médecine et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc., etc., et M. REYNAL, chef du service de clinique à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, membre de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, de la Commission d'hygiène hippique, membre correspondant de la Société impériale et centrale d'agriculture, etc. — Le prix de ce volume, de 758 pages, est le même que celui des deux précédents, 7 fr. 50 c. rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie.

Recherches sur la contagion du chancre, par M. Alfred FOURNIER, interne de l'hôpital du Midi.—Un vol. in-8° de 110 pages. — Prix : 2 fr. — Paris.—Chez Adrien DELAHAYE, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Leçons sur la scrofule, professées par le Dr PIORRY, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., recueillies par M. le Dr DURIAU, chef de clinique de la Faculté. — In-8° de 14 pages. — Prix : 50 c. — Paris. — Chez Adrien DELAHAYE, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 138. 5me ANNÉE. **Mardi, 17 Novembre 1857.**

LE MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le **mardi**, le **jeudi** et le **samedi**.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an.. .... 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 16 novembre 1857.

Séance de l'Académie des sciences.

(Traitement des épanchements purulents de la plèvre. — cétoine dorée contre la rage.)

Deux seules communications qui puissent nous intéresser ont été faites dans cette séance. La première et la plus importante, est celle de M. Sédillot, qui a envoyé un mémoire sur une *Nouvelle méthode de traitement des épanchements purulents de la plèvre*. Nous ne savons si, dans le court résumé qu'il a fait de son mémoire, l'habile chirurgien a manqué de place pour développer les détails de ce qu'il peut y avoir de nouveau ; mais cela ne nous a point frappé. Le conseil, judicieux d'ailleurs, que donne M. Sédillot de ne pas extraire d'un seul coup tout le liquide épanché, a été donné depuis longtemps, et nous avons vu maintes fois M. Boinet le mettre en pratique. Quant à la préférence que donne M. Sédillot à la perforation *costale* sur la perforation *intercostale,* nous ne la croyons pas justifiée ; ce lieu d'élection, si nous ne faisons erreur, a été proposé par quelques chirurgiens, et il est depuis longtemps tombé dans un discrédit qui nous semble légitime. Le petit nombre de raisons que donne M. Sédillot en faveur de la perforation *costale* nous paraissent peu propres à lui rallier l'assentiment de ses confrères.

Le savant professeur de Strasbourg pense que, dans les cas d'épanchements purulents, l'air n'a aucune tendance à entrer dans la plèvre pendant l'inspiration, et que, par conséquent, il n'y a aucun inconvénient à laisser une communication béante entre la plèvre et l'air extérieur. Cette opinion nous semble fort hasardée, et nous n'hésitons pas à déclarer qu'elle est absolument fausse pour un certain nombre de cas. Quant aux inconvénients que pourrait avoir cet air sur les parois du foyer purulent, inconvénients que M. Sédillot semble peu disposé à reconnaître, quoique nous ne devions pas être classé parmi les aérophobes les plus féroces, ces inconvénients ne nous paraissent point contestables, et dès lors, nous croyons qu'il est indispensable d'adopter un procédé qui permette de les éviter.

M. Sédillot semble croire aussi que la thoracentèse, pratiquée pour des épanchements purulents en est encore à compter un succès. Or, les succès de ce genre ne se comptent plus aujour-

---

DÉLASSEMENTS.

—

Nouvelles de la statistique des décès. — Un confrère de province. — Un malin agrégé. — Une espèce d'Esculape cantonnal. — Le cocuse. — Attente du feuilleton.

Voici les dernières nouvelles que nous avons à donner *de visu* à nos lecteurs sur la catastrophe de la rue des Saints-Pères.

Après mille hésitations et différents essais de sauvetage, la commission chargée de la direction des travaux, n'a jugé rien de mieux à faire que d'appeler à son aide toute la population médicale, comme cela se pratique à l'égard de tous les citoyens, en cas d'incendie ou d'un sinistre quelconque. Seulement, au lieu de sonner le tocsin ou de battre la générale, l'Académie de médecine fera gémir la presse, certaine qu'aux éraillements de sa voix plaintive, chacun de nous s'empressera de quitter ses affaires pour courir au secours de cette pauvre statistique des décès si empêtrée au milieu des limbes de l'avenir.

L'adoption de ce moyen de salut une fois consacrée par le vote, la masse des curieux a été poliment invitée à évacuer les lieux, afin que l'Académie pût vaquer *in petto* à ses petites affaires d'intérieur, ou peut-être, séance tenante, rédiger sa demande de brevet d'invention, sans garantie du gouvernement, pour sa future circulaire aux médecins.

***

Mais pour n'être plus qu'aux approches de l'endroit d'élection, le public n'en glosait pas moins sur les mesures prises par la docte assemblée ; c'était à qui dirait son mot, glisserait son calembour, raconterait son anecdote de circonstance.

Un jovial confrère de province, praticien très distingué du département du Rhône, se faisait entre autres remarquer par le pittoresque de ses réflexions :

— Courbe la tête, fier Sicambre de la nomenclature, psalmodiait-il sur un ton de *miserere* à désopiler les rates les plus farcies de quinine, oui, baisse la tête devant le galimatias nosologique que va élever en face de ton œuvre immortelle ta puissante rivale, la fameuse statistique des décès, puisqu'il faut l'appeler par son nom.

— Oh ! oh ! comme vous nous la baillez belle, riposta un malin agrégé qui s'obstine à ne pas croire à la blago-glucogénie, ni à toutes les drôleries *ejusdem farinæ ;* ce que vous gasconnez là n'est rien moins qu'une énormité paradoxale.

— Sire, répondit l'autre comme l'agneau interloqué par le loup :

. . . . Que votre majesté
Ne se mette point en colere :
Mais plutôt qu'elle considère
Que je me vais désaltérant
Dans le courant
A deux cents lieues au moins du bord de la Garonne,
Et que je bois très peu de l'eau même du Rhône.

— S'il en est ainsi, vous avez la parole, reprit, avec un certain air de dignité, le président improvisé de la petite réunion qui s'était formée autour de nos deux contradicteurs, et si vous voulez qu'on

-d'hui, et M. Jules Guérin, pour ne citer qu'un nom, en a produit quinze ou seize qui lui sont propres, dans la dernière discussion sur la ténotomie. M. Sédillot pourrait donc tout au plus en avoir obtenu *proportionnellement* un plus grand nombre que ses confrères; mais, d'après les détails consignés dans son extrait, il ne semble même pas qu'il en soit ainsi; car on n'y trouve que deux exemples de succès à peine complets, et il est dit que la thoracentèse par la nouvelle méthode a été pratiquée un grand nombre de fois.

Enfin, M. Sédillot pratique des injections pour favoriser l'organisation des fausses membranes. Jusqu'ici on les avait pratiquées pour modifier avantageusement les parois malades; l'indication était formulée en d'autres termes; mais elle était identique, ainsi que le moyen employé pour le remplir; il n'y a donc encore, sous ce rapport, rien qui nous semble nouveau dans la méthode de l'habile clinicien de Strasbourg. En résumé, et jusqu'à plus ample informé, nous ne trouvons dans ce qu'il appelle sa nouvelle méthode, et qu'on nommerait peut-être plus justement son procédé, rien qui soit nouveau, ni malheureusement rien de meilleur que ce qui est généralement mis en pratique, au contraire. Peut-être la publication complète du mémoire original pourra-t-elle modifier notre opinion.

— Nous ne ferons qu'indiquer ici la lettre qu'a reçue de Russie M. Guérin-Menneville, touchant l'emploi de la cétoine dorée. Cette lettre se borne à nous faire connaître les commérages qui circulent dans quelques parties de la Russie, et qui nous paraissent peu dignes d'orner les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences.

H. DE CASTELNAU.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine

Cette séance a eu lieu hier avec le modeste cérémonial accoutumé, mais devant un public d'une rareté inusitée. L'amphithéâtre était plein, et la gaieté naturelle à son âge n'a pas dépassé, cette année, camme cela s'est vu quelquefois, les limites fixées par les lois de la bonne compagnie. Quant aux banquettes des invités, elles étaient à peu près désertes.

Le programme a été exécuté avec une stricte et froide exactitude, sans la moindre addition; M. le doyen a été d'un laconisme tout à fait lacédémonien :

Messieurs, la séance est ouverte; la parole est à monsieur le professeur Nélaton; messieurs, la séance est levée, » sont les seules paroles qu'il ait proférées.

Tout l'intérêt de la solennité s'est donc concentré sur le discours de M. Nélaton, dont le sujet, comme on le sait, était l'éloge de Gerdy.

Nous n'exposerons pas une fois de plus notre opinion sur les éloges officiels; si par hasard, il se trouvait quelqu'un qui fût désireux de la connaître, il n'aurait qu'à se reporter au numéro du 18 novembre 1856, du *Moniteur des Hôpitaux*, et au numéro du 16 novembre 1854. Il y verra qu'à notre avis, un éloge peut être remarquable au point de vue de l'art, mais qu'il ne peut jamais être une œuvre de science, c'est-à-dire de vérité.

Il faut le reconnaître pourtant, soit que nos persévérantes remarques aient trouvé de l'écho dans l'esprit des panégyristes intelligents, soit que l'évolution naturelle de la vie sociale ait amené dans les mœurs un heureux progrès, les panégyristes frappent maintenant peu de médailles dont ils ne laissent au moins entrevoir le revers, et M. Nélaton a légèrement sacrifié, sans trop de déplaisir peut-être, à cet usage naissant. Il a annoncé son intention, en débutant par ces paroles remarquables, qui renfermaient déjà la plus belle moitié de l'éloge de Gerdy :

« Je dois aujourd'hui retracer devant vous, a-t-il dit, la vie d'un homme qui a toujours fait profession de dédaigner la louange. Amant passionné de la vérité, il voulait qu'on la fît entendre aux vivants pour les corriger de leurs vices, et sur la tombe des morts pour servir d'enseignement à la postérité. La meilleure manière d'honorer sa mémoire comme lui-même désirait qu'elle le fût, c'est donc d'apprécier sa vie et ses ouvrages avec la froide impartialité de l'historien. »

M. Nélaton a été assez exactement, quoique bienveillamment, fidèle à ce programme, en ce qui concerne M. Gerdy; il n'y a pas été tout à fait aussi fidèle à l'égard des hommes au milieu desquels la vie de Gerdy s'est écoulée, et contre les passions desquels cette âme droite et chagrine s'était heurtée si souvent. Quand l'habile chirurgien a parlé de l'échec de Gerdy au concours de l'école des Beaux-Arts, il s'est bien écrié avec indignation : « On

---

vous écoute, ne suivez pas les errements de nos académiciens, parlez français et allez tout droit au but.

Et sur cette invitation sérioso-comique, le spirituel provincial nous raconta l'histoire suivante :

*
* *

Il y a quelques mois à peine de cela. Un médecin fort en vogue dans l'une des petites localités avoisinant Lyon, fut mandé auprès d'un client à deux ou trois kilomètres de sa résidence. Arrivé chez le malade, le fameux praticien l'examine attentivement, le palpe et le repalpe, et termine en diagnostiquant une simple indisposition prête à céder aux premiers effets du traitement qu'il formule. Cependant, les prévisions du confrère ne se réalisant pas et le patient allant au contraire de pire en pire, la famille alarmée se décida à l'envoyer requérir de nouveau. Malheureusement, celui-ci était absent et ne devait rentrer que fort tard. On courut ainsi dans tous alentours à la recherche d'un de ses collègues, sans qu'il fût possible d'en rencontrer un seul. Ce fut alors qu'on vint à Lyon pour réclamer mes soins.

Quant à moi, je ne trouvai plus qu'une personne moribonde; elle ne voyait plus, n'entendait plus, et la moindre goutte de liquide versée dans sa bouche semblait s'opposer au passage des dernières bulles d'air qu'aspiraient, à de longs intervalles et avec effort, les poumons, sous l'influence probablement d'une attaque d'apoplexie séreuse. Je prévins donc la famille qu'il n'y avait rien autre chose à faire que de continuer l'application des sinapismes, et que la mort suivrait de bien peu mon départ.

*
* *

J'étais déjà monté en voiture et prêt à dételer, lorsqu'un des trois ou quatre témoins de cette scène, qui m'avait accompagné, m'adressa cette question :

— Enfin, docteur, dites-nous au moins le nom de la maladie de notre grand-père; de quoi meurt-il?

— Eh! mon Dieu, de quoi, fis-je, en fermant ma portière et en donnant l'ordre de me mettre en route, d'une maladie inguérissable; c'était un corps usé.

*
* *

Une heure environ après ma visite, le médecin ordinaire qui s'était hâté de se rendre à l'invitation qu'on lui avait laissée de revenir voir son malade, fut tout surpris de n'avoir plus qu'à constater son décès.

Sous la vive émotion que produit en lui cette mort à laquelle il était loin de s'attendre, il interroge les parents en pleurs qui lui racontent les divers incidents qui se sont passés du moment qu'il a quitté le malade. Je préviennent que je l'ai vu, et lui répètent la phrase qui résumait mon appréciation sur la cause de la mort, mais en omettant d'accentuer la dernière voyelle du mot *usé*.

*
* *

Une semaine plus tard, me rencontrant en consultation avec ce

sait comment et à qui cette place fut donnée! » mais quand il a parlé du concours d'aide d'anatomie, il s'est contenté de dire : « A la suite d'un concours dans lequel *on lui avait préféré* Bogros... etc., » et quant à ce célèbre concours pour le protectorat, dont notre ami, M. Broca, a peint si éloquemment, si dramatiquement les mémorables iniquités (1), M. Nélaton l'a passé complétement sous silence.

Ce n'est point, du reste, un reproche que nous faisons au savant orateur; quoique nous soyons à quarante ans de ces honteux événements, il se serait peut-être encore trouvé dans l'auditoire des oreilles pour lesquelles il aurait été cruel d'entendre la vérité, et nous comprenons parfaitement que la bienveillance naturelle et la tolérance de M. Nélaton aient reculé devant la crainte de causer du désagrément à quelqu'un; cette crainte s'est reflétée dans toute la première partie de l'éloge de Gerdy, où l'orateur a dépeint, en les atténuant toujours, les vertueux mais trop violents emportements de son héros, sans en préciser suffisamment les causes.

Dans la seconde partie de son éloge, M. Nélaton a exposé la judicieuse quoique sommaire critique des travaux et notamment des travaux anatomiques et chirurgicaux de Gerdy, et, dans cette partie, l'orateur, sans cesser jamais d'être bienveillant, a porté des jugements qui n'ont point manqué d'une sévérité légitime et que la postérité, nous le croyons, confirmera à peu près entièrement; dans cette seconde partie, il a donc rempli son programme aussi complétement que le comportait le temps dont il pouvait disposer.

Nous croyons nous conformer aux désirs de l'orateur en passant sous silence la partie littéraire de son œuvre; il a commencé son discours en proclamant lui-même que son insuffisance lui interdisait les ornements du style; le débit de M. Nélaton, plus encore que sa plume, lui interdit, en effet, de passionner un auditoire; mais les applaudissements unanimes et réitérés de l'amphithéâtre lui ont prouvé néanmoins que ses précautions oratoires étaient inutiles et sa modestie exagérée.

H. DE CASTELNAU.

(1) Voyez *Moniteur des Hôpitaux* du 8 juillet 1856.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

De l'urétrotomie interne ou section intra-urétrale. — Aperçu historique.

Par le docteur CIVIALE.

On désigne, en chirurgie, sous les noms d'*urétrotomie interne*, de *section urétrale interne*, d'*incision intra-urétrale*, de *coarctotomie*, *méthode des grandes incisions*, une opération par laquelle sont divisées de dedans en dehors les brides, les bandes, les viroles du tissu fibreux ou fibroïde, qui constituent divers rétrécissements organiques de l'urètre.

Cette division est effectuée à l'aide d'instruments tranchants construits et agissant de manière à ne pas atteindre les parties saines qu'on a intérêt de ménager, et à inciser les points malades ainsi que les tissus qui les environnent, à la profondeur et dans l'étendue qu'on juge nécessaires pour restituer au canal sa capacité et sa dilatabilité normales. Elle a pour but spécial de détruire les obstacles de l'urètre, réfractaires aux moyens ordinaires, en favorisant la dilatation des parties indurées, en la rendant possible là où elle avait cessé de l'être, et quelquefois en s'y substituant d'une manière absolue.

Cette méthode de traitement comprend divers procédés et soulève un grand nombre de questions, en ce moment à l'étude, et qui méritent d'autant plus de fixer l'attention des praticiens que l'urétrotomie de dedans en dehors paraît appelée à occuper une grande place dans la thérapeutique des rétrécissements urétraux.

A raison de cette importance incontestable, et aussi pour éclairer les discussions qui vont suivre, il me paraît utile, avant d'exposer les moyens d'action et les procédés opératoires que comporte aujourd'hui cette méthode, de rappeler sommairement ce que nos devanciers ont fait sur ce sujet, et ce que les chirurgiens de notre époque y ont ajouté.

L'idée de porter un instrument tranchant ou piquant dans l'urètre, soit pour se frayer une route qui permette de donner issue à l'urine, soit pour faciliter la dilatation des points rétrécis, soit même pour former un nouveau canal, dut se présenter à peu-

---

même confrère qui, grâce à certaine protection, remplit à peu près l'emploi de médecin cantonnal, je profitai de l'occasion pour me renseigner sur les derniers instants du client que j'avais visité inutilement en son absence.

— Eh bien, lui dis-je, votre pauvre malade de l'autre jour ne doit pas avoir vécu bien longtemps après ma retraite?

— Tenez, ne m'en parlez pas; c'est à effrayer les esprits les plus forts qu'une pareille maladie. Dites-moi franchement votre opinion, la croyez-vous contagieuse?

— Dans quel but cette question?

— C'est que tout le village a été si épouvanté devant cette mort si rapide, que le maire, désireux, d'après mon avis, de procéder au plus vite à l'inhumation du corps, m'a réclamé un certificat d'urgence.

— Et, à cette fin, quelles raisons avez-vous fait valoir?

— Parbleu! celles de la rapidité de la maladie et de sa terminaison funeste. Du reste, je suis heureux d'avouer que votre dire s'est rencontré parfaitement d'accord avec le mien.

— Quelle maladie avez-vous donc consignée dans votre rapport?

— Mais la maladie que vous aviez diagnostiquée; j'ai même fait ressortir cette coïncidence.

— Pourtant je ne me souviens nullement de lui avoir donné un nom.

— Vous allez vous le rappeler; j'ai scientifiquement dit comme vous, un *coruse*.

— Ah! pardon, mon trop savant confrère, je n'ai pu dire et je n'ai point dit un *coruse*, mais bien un *corps usé*.

*
* *

Vous dépeindre la confusion de mon nouveau nomenclateur devant cette petite rectification grammaticale, est chose impossible; je vous ferai seulement remarquer que le mot *coruse*, écrit dans le rapport, y est bel et bien resté.

Voilà, messieurs, fit en terminant le charmant narrateur, un fait auquel je n'aurais jamais prêté la moindre croyance, si je n'y avais, à mon insu, joué moi-même un rôle assez ridicule. Maintenant à la volonté de chacun :

Quis capere, capiat.

*
* *

— Bravo, s'écria le malin agrégé qui s'obstine à ne pas croire à la blago-glucogénie, mais parfaitement édifié sur la véracité du récit, ce fait-là est trop gentil pour que M. Velpeau ne le fourre pas dans sa piquante collection de taquineries académiques. Il est bien capable, le savant sournois, de demander « entre quatre z'yeux » à la commission dans quel cadre nosologique elle mettrait la nouvelle maladie dite *coruse*.

Si la commission, chers lecteurs, se décide jamais à lui donner une réponse, le feuilleton la retient d'avance, afin de la faire servir à la propagation de l'espèce morbide et à la plus grande gloire de la statistique des causes de décès.

A.-L. ROUX.

près en même temps que celle de recourir aux sondes et aux bougies. C'est ce que constatent, en effet, les renseignements que nous ont transmis Galien, Al. Ferri, Lacuna, Am. Lusitanus, Marianus Sanctus, Thierry de Héry, Jean de Vigo, etc.

Nous ne connaissons pas bien tous les instruments dont on faisait alors usage, ni la manière dont on procédait à l'opération. Ici, comme dans la boutonnière, les auteurs se sont tenus dans un vague regrettable. Les faibles détails qu'on rencontre sur la ponction intra-urétrale, sont trop incomplets pour conduire à rien de précis. La seule chose qui en ressorte bien positivement, c'est que, dès les temps les plus reculés, cette opération était connue, et qu'on procédait généralement d'avant en arrière et sans guide.

Les opérations ayant pour but de diviser, de ponctionner les coarctations uréthrales, eurent assez de retentissement à la fin du seizième siècle, pour que la Faculté de Paris crût devoir intervenir, et ce fut là un des principaux motifs pour lesquels, dans une censure en date du 5 décembre 1503, elle déclara Turquet de Mayerne indigne d'exercer l'art de guérir, *propter temeritatem, impudentiam et ignorantiam,* ce qui ne l'empêcha pas de devenir un homme fort célèbre, auquel le roi d'Angleterre confia le soin de sa santé.

Ambroise Paré ne s'en est pas tenu à des termes si vagues. Non-seulement il trace la marche qu'on doit suivre, mais encore il fait connaître jusqu'à trois instruments propres à pratiquer l'opération, et dont deux sont figurés dans ses œuvres.

Ainsi, on trouve déjà dans Paré l'idée de plusieurs procédés préconisés aujourd'hui comme nouveaux, notamment celle des scarifications, et celle de passer simplement la bougie, en la retirant après qu'elle a franchi le rétrécissement, pour ne la réintroduire que le lendemain. La canule fenêtrée de Paré et le stylet boulonné à bords tranchants ont servi de modèle aussi à quelques-uns des instruments ruginants préconisés dans ces derniers temps, de même qu'on trouve dans Colot un mode particulier de dilatation, et un autre de lacération dont quelques chirurgiens de nos jours se font un mérite.

A une époque moins éloignée de nous, la ponction des rétrécissements était pratiquée avec confiance dans les cas graves.

On lit dans l'*Edinburg medical and surgical Journal*, juillet 1823, les détails d'un cas dans lequel M. Ghie de Dumfries employa un instrument analogue dont il a donné la figure. C'est sur le modèle de l'instrument employé par Lafaye qu'ont été construits divers appareils dont Pthysick, Doërner, Stafford ont été les principaux promoteurs, et qu'on a reproduits plus tard avec quelques changements sur la portée desquels on s'est souvent fait illusion. En effet, que la courbure soit un peu plus ou un peu moins grande, que la partie tranchante ou piquante fasse à l'extrémité de la canule une saillie plus ou moins prononcée, et qu'on la fasse sortir de la gaîne par la simple pression de la main, au moyen d'un ressort en spirale ou de toute autre manière, il n'y aura pas une grande différence dans l'action principale de l'instrument. Toujours on porte l'appareil dans l'urètre jusqu'à l'obstacle, après quoi on ponctionne celui-ci. Que la lame ressemble à une lancette ou qu'elle ait toute autre forme, qu'elle soit mince et à deux tranchants, ou épaisse et triangulaire, en façon de trois-quarts, la différence, quant au procédé, se réduit à peu de chose. D'un autre côté, qu'on se serve, à titre de gaîne ou de fourreau, soit d'une canule, soit d'un cathéter ouvert à ses deux extrémités, etc., la différence qui ressort de ses dispositions est également plus apparente que réelle.

J'ai donné, dans mon mémoire sur l'urétrotomie, le dessin des instruments principaux qui ont été proposés, entre autres ceux du docteur Pthysick, que Dorsey nous a fait connaître en 1813, dans son ouvrage de chirurgie.

Jusque-là, à l'exception d'Ambroise Paré, on n'agissait généralement sur la coarctation infranchissable que d'avant en arrière et sans guide, opération toujours aventureuse qui a bien fourni des faits intéressants, mais qu'on ne peut pas considérer comme une méthode régulière soumise des règles déterminées.

A compter de 1819, MM. Arnott, Horner, Dupierris, Despiney, Amussat, Dieffenbach, Phillips, Reybard, etc., ont présenté une série de moyens que j'ai fait connaître dans mon mémoire sur l'urétrotomie, et je me borne à les indiquer et à présenter quelques réflexions sur le mécanisme et le mode d'action des principaux d'entre eux.

1° Les uns agissent d'avant en arrière, et sont destinés à se frayer une route dans la coarctation. Dans plusieurs, la partie piquante ou tranchante est supportée par une tige rigide ou flexible, ordinairement métallique, de forme et de longueur variables, le plus ordinairement arrondie, et quelquefois déprimée, contenue dans une canule ou gaîne.

Dans plusieurs de ces instruments, la partie tranchante ou piquante est prolongée par un stylet conducteur, cylindrique ou à tête, solide ou flexible, à l'aide duquel on a cru pouvoir écarter ce que la ponction a d'aventureux.

2° Les urétrotomes d'un autre genre agissent d'arrière en avant; ce sont les plus nombreux : ils varient pour la forme, ronde dans les uns, aplatie dans les autres; pour la direction, tantôt droite, tantôt courbe; pour la manière dont on fait sortir la lame ou les lames du fourreau ; pour l'étendue dont ces lames sortent ; enfin, pour le mécanisme qui sert à les faire fonctionner.

Plusieurs de ces instruments se terminent par un renflement olivaire ou ovoïde qui manque aux autres; ceux qui sont courbes ressemblent plus ou moins à la sonde ordinaire. C'est à un point plus ou moins éloigné de leur extrémité qu'on place la lame ou les lames, lesquelles sortent tantôt de la concavité, tantôt de la convexité de la gaîne : l'instrument ainsi confectionné est presque toujours destiné à agir sur la partie profonde de l'urètre. Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il est rare de trouver dans cette région du canal des coarctations qui exigent l'application de cette manière d'opérer.

Ainsi, qu'ils soient entièrement métalliques, ou qu'on ajoute une tige flexible à leur extrémité, comme on le voit dans quelques-uns d'entre eux, les urétrotomes courbes, quels qu'en soient d'ailleurs le mécanisme, la disposition des lames, leur nombre, le degré de saillie qu'on peut leur donner, ne sont point, dans le moment présent, des moyens auxquels il faille nécessairement recourir. Ajoutons qu'aux rétrécissements de la courbure de l'urètre, on applique très bien les urétrotomes droits, avec lesquels même on opère avec plus de précision.

Les urétrotomes cylindriques et droits diffèrent d'abord par le mécanisme destiné à faire sortir la lame ou les lames de la gaîne. Les lames, dans la plupart, sont attachées à un stylet central, et sortent par des ouvertures latérales d'une longueur proportionnée à la leur propre.

Dans quelques cas, on a adopté avec bonheur un système de glissement qui me paraît susceptible de recevoir encore des modifications utiles, propres surtout à augmenter la saillie de la lame, qui n'est pas suffisante dans les instruments connus. Le mécanisme en est fort simple. Sur un des côtés de la gaîne est creusée une rainure dans laquelle se trouve logée la tige porte-lame, et dont la profondeur diminue vers l'extrémité de l'instrument. La lame glisse dans cette rainure ; et, à mesure qu'on la fait avancer, en poussant la tige, on en fait saillir l'extrémité hors du fourreau, dans l'instrument cylindrique, et hors de l'olive, dans ceux qui sont à bouton.

Quelques urétrotomes cylindriques, à une ou plusieurs lames,

attachées par des charnières, ont une action fort étendue et divisent le point rétréci à une grande profondeur, ainsi que le fait M. Reybard ; mais ils sont peu solides, et leur action manque de sûreté. Je reviendrai sur ce point important.

Pour pratiquer la cautérisation, on avait imaginé de placer le point sur lequel on voulait agir, entre l'extrémité de la canule qui reste au devant du rétrécissement et le bouton olivaire du porte-caustique qui passe derrière. On espérait circonscrire ainsi l'action du caustique avec la plus grande précision. La même marche a été suivie pour l'urétrotomie. A l'exemple de A. Paré, MM. Arnott, Philipps, et plusieurs de nos compatriotes ont proposé des instruments qui se terminent par une extrémité semi-olivaire supportée par une tige centrale : la gaîne se termine aussi par une moitié de renflement sphéroïdal. Le côté par lequel ces deux moitiés se correspondent est plat, ce qui leur permet de s'appliquer l'une contre l'autre, quand on tire sur la tige centrale, et elles ne forment alors qu'une seule olive. Arrivé à la partie rétrécie de l'urètre avec cet instrument, le chirurgien pousse la tige centrale, et par suite une moitié de l'olive terminale traverse le point rétréci, tandis que l'autre moitié, celle qui tient à la canule, reste en avant de ce point.

La coarctation se trouve ainsi comprise entre les deux moitiés du renflement, et c'est alors seulement qu'on fait sortir de la boule terminale (la moitié supportée par la tige) les lames qui doivent accomplir la section. Ce procédé, présenté avec art, semble ne rien laisser à désirer, et la théorie de son action est séduisante ; mais le résultat pratique est nul ou à peu près, ce qu'il est facile de démontrer ; et la démonstration que j'en vais donner s'applique également à plusieurs des instruments dont l'olive est d'une seule pièce.

L'olive, en effet, doit être égale en grosseur à la bougie qu'on emploie pour préparer le malade et ne pas dépasser la lumière du point rétréci. La lame ou les lames ne s'écartent pas ou s'écartent peu de la tige centrale pendant l'opération ; par conséquent, une coarctation qui aura laissé passer l'olive peu d'autant moins être atteinte par ces lames qu'entre elles existent des vides dans lesquels rien ne tend, rien n'écarte les parois du canal. Le rétrécissement ne saurait donc être divisé par elles, et, si parfois on a vu du sang couler en assez grande abondance, c'était le résultat, non d'une section réelle et prononcée, mais du frottement, ou d'une sorte d'égratignure superficielle opérée sur la portion comprise entre les deux parties de l'olive.

On a prétendu qu'après avoir été traversée par l'olive, la coarctation revenant sur elle-même par l'effet de la rétractilité des tissus malades, les lames doivent pénétrer à une certaine profondeur (1). Cette explication n'est pas admissible, et l'auteur lui-même n'a pas été satisfait de l'effet obtenu.

J'ajouterai que la boule terminale étant sphérique, elle doit avoir un certain volume pour cacher les lames, ce qui ne peut manquer de rendre l'introduction de ces instruments difficile et douloureuse. Aussi nous dit-on qu'elle arrache des cris aux malades. Mais ce n'est pas tout : je suppose que l'olive qui a traversé le point rétréci soit, conformément au précepte donné, aussi grosse que le permet le diamètre de ce point ; je suppose aussi qu'on ait réellement affaire à une coarctation dure, épaisse, rétractile, en un mot, de la nature de celles qui réclament l'urétrotomie ; après avoir passé derrière le tissu induré un instrument à olive ou à demi-olive, coupé à pic du côté de la tige, on éprouve souvent, pour le retirer, une résistance qui dépasse tout ce qu'on aurait pu imaginer. On a beau faire agir les lames, l'olive ne franchit plus la coarctation, preuve certaine qu'elle n'a point été divisée. Il est donc très probable que la plupart de ces appareils, en apparence si bien calculés, n'ont pas même été essayés sur le vivant dans le cas où leur emploi serait le mieux indiqué ; du moins, c'est ce que me portent à penser quelques expériences dans lesquelles j'ai suivi la marche recommandée, sans parvenir à diviser la coarctation.

Ainsi, pour les urétrotomes à boule, dont les lames ne s'écartent pas, ou s'écartent peu de la tige pendant l'opération, on me paraît s'être mépris sur ce que l'on peut en attendre.

On a proposé un instrument construit d'après les mêmes principes, mais qui représente un cylindre parfait lorsqu'il est fermé. Il se compose de deux tubes qui, glissant l'un sur l'autre, forment, en s'écartant, une dépression dans laquelle s'engagerait la bride qu'il s'agit de couper, ce dont on s'apercevrait par la résistance que la main éprouve en faisant aller et venir l'instrument. Les deux tubes rapprochés circonscriraient le rétrécissement, de sorte qu'en faisant mouvoir les lames, leur action ne s'exercerait que sur les tissus exubérants, sans pouvoir atteindre les autres parties de l'urètre. Cet instrument est inutile.

Un autre mécanisme ingénieux, dont je ne me suis pas servi, mais qui pourrait être appliqué à certains cas et qui a été présenté à tort comme nouveau, est le suivant : à un tube aplati, droit ou courbe, on a pratiqué une entaille plus ou moins longue, à une distance de l'extrémité qui peut varier au besoin. Dans cette entaille s'engage le relief formé par le rétrécissement, et une lame qui glisse dans la gaîne entame, en passant et repassant, les tissus saillants encadrés dans la dépression qui les retient. Pour faciliter l'introduction de cet instrument et empêcher l'entaille d'accrocher la membrane muqueuse, dans la partie saine du canal, on la remplit avec un conducteur, qui s'enlève lorsqu'on veut introduire la lame. Les instruments ainsi confectionnés ont reçu les noms d'*urétrotomes à coches*, ou de *sarcentomes*. Ils sont la reproduction de celui que Desault appelait *kiotome*, et qui lui servait à couper les brides du rectum et de la vessie, ainsi que les amygdales.

Dans d'autres instruments, de forme cylindrique, il n'y a d'arrêt qu'en avant du point rétréci, et cet arrêt est formé par la gaîne, ainsi que cela a lieu pour le porte-caustique.

Quant aux appareils à l'aide desquels on se propose d'exécuter la rugination, l'excoriation du point rétréci, opérations qui avaient déjà été tentées autrefois, et auxquelles on a renoncé depuis longtemps, il n'y a pas lieu de s'en occuper. Ces prétendues innovations ne sont que des imitations de ce qu'ont fait les Anglais, ou mieux encore, le renouvellement de conseils donnés par Paré, que nos voisins d'outre-Manche ne citent point assez.

Mais quel que soit l'appareil, le système ; qu'il s'agisse *d'inciser, d'exciser, de ruginer, de déchirer ou de déplisser*, comme on le dit. il me semble que la question a été envisagée sous le point de vue instrumental, ou, si l'on aime mieux, théorique, plutôt que sous le rapport pratique ; et les chirurgiens qui savent combien de difficultés présente l'exécution d'un procédé quelconque, dans un urètre devenu le siége de lésions assez graves pour exiger de telles opérations, seront peu satisfaits de combinaisons très savantes, sans doute, mais qui ne satisfont pas aux exigences de la pratique.

Pour compléter cette revue, je devrais appeler l'attention sur deux procédés récents, qui ont fait quelque bruit dans le monde chirurgical, moins par leur importance réelle cependant que par la position élevée des chirurgiens qui les ont proposés. Je reviendrai sur ce sujet.

Il résulte de ce qui précède que les moyens qu'on nous présente

(1) D'après d'autres vues plus récentes et peut-être plus exactes, on attribue à cette élasticité des tissus un effet diamétralement opposé. On l'a présentée comme une propriété en vertu de laquelle ces tissus, au lieu de venir se faire diviser, fuient au contraire devant le tranchant de l'instrument.

aujourd'hui comme des inventions modernes, ne sont, pour la plupart, que la reproduction de ce qu'avaient fait nos prédécesseurs, avec quelques changements de forme, avec quelques additions, dont on exagère la portée, et qui peuvent induire en erreur, en donnant aux instruments qu'on préconise une apparence de nouveauté. Faut-il ajouter qu'au lieu de constituer un progrès, ce nombreux arsenal, édifié pour le traitement des coarctations de l'urètre, ne fait que jeter dans la pratique chirurgicale une confusion inextricable et une incertitude qui embarrassent les plus sérieux esprits.

Au point de vue de la pratique, la revue succincte que je viens de présenter, a une grande portée. Elle contribuera, j'espère, à la solution d'un important problème, en donnant la raison pour laquelle on a si rarement réussi dans l'application de l'urétrotomie de dedans en dehors. La plupart des instruments que je viens d'indiquer ne réunissent pas en effet, quoi qu'en disent les auteurs, les conditions nécessaires pour constituer les assises d'une méthode opératoire et pour qu'un chirurgien, même habile, puisse les manœuvrer dans l'urètre avec toute la sûreté et la précision désirables. Par leur emploi, on peut bien détruire quelques rétrécissements, obtenir même un certain nombre de résultats satisfaisants : mais le hasard et un concours accidentel de circonstances favorables ont une grande part dans ces sortes de succès. Pour faire de la méthode des grandes incisions intra-urétrales une opération régulière, usuelle, contre les rétrécissements urétraux, il faut d'autres conditions, d'autres éléments que j'essayerai de mettre en lumière dans ce qui me reste à dire.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 novembre 1857.

Présidence de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Nouvelle méthode de traitement des épanchements purulents intra-thoraciques (empyèmes *ou* pyothorax).

M. Sédillot adresse un Mémoire qu'il résume lui-même ainsi :

« La cure chirurgicale du pyothorax a compté jusqu'à ce jour peu de succès par la manière défectueuse dont les indications du traitement étaient remplies.

» Trois méthodes opératoires étaient mises en usage : la première consistait dans des ponctions simples, uniques ou multiples, avec occlusion de la poitrine. C'est un moyen palliatif qui retarde à peine la mort des malades. Dans la seconde méthode, on se propose de vider plus ou moins complétement la cavité de l'épanchement et d'en ramener avec force les parois en contact. La canule avec baudruche de M. Reybard, les pompes aspirantes de M. J. Guérin déterminent, sous l'influence de la pression atmosphérique, pendant les inspirations, l'affaissement des côtes, le soulèvement du diaphragme, le redressement des médiastins ; l'on admettait même que le poumon comprimé rompait les fausses membranes dont il était enveloppé, et reprenait son ampleur et sa situation normale.

Cette méthode est peut-être la plus dangereuse : elle provoque une vive congestion du sac pseudo-pleural, une véritable plaie séro-purulente, des hémorrhagies partielles, et l'air pénètre bientôt le long de la canule dans la poitrine, altère le pus, et des inflammations ulcéreuses, gangréneuses, et des infections purulentes et putrides deviennent les causes rapides d'une terminaison funeste.

» La troisième méthode ouvre largement un espace intercostal, donne issue à une partie du pus et termine la cure par des injections. C'est ainsi qu'agissait l'école de Cos ; mais on n'est jamais maître de l'écoulement du liquide épanché : l'air pénètre, la plaie s'ulcère, devient horriblement douloureuse, et les malades périssent sous l'influence des complications que nous avons reprochées à la méthode précédente. »

Pour éviter ces dangers, M. Sédillot établit comme règle la nécessité de ne jamais donner une issue trop complète aux liquides de l'épanchement. Aucune tendance au vide n'existant dans le sac pseudo-pleural (au moment des inspirations), la membrane pyogénique n'est ni altérée ni détruite, l'air ne pénètre pas et n'amène pas la putridité du pus. On obtient ces résultats par la perforation d'une côte, dans laquelle on place une canule d'argent ou une sonde de gomme élastique. Si par accident le pus s'écoulait en trop grande quantité et qu'il y eût introduction d'air, on aurait recours à des injections pour remplir de nouveau la poitrine et prévenir ou combattre les complications.

Le but du chirurgien est de favoriser l'organisation du sac pseudo-pleural et d'en permettre la rétractilité et l'adhérence lorsqu'il a acquis assez de solidité pour supporter sans altération le contact de l'air, dont la présence n'est plus nuisible, comme on le voit dans les abcès ordinaires. Les injections restent indispensables pour déterger et modifier les surfaces pyogéniques et en favoriser l'occlusion.

On doit, pendant ce temps, recourir aux moyens habituellement employés pour soutenir les forces et activer les phénomènes de la cicatrisation. Les cautères potentiels ont une grande efficacité sous ce rapport.

M. Sédillot a plusieurs fois pratiqué l'opération de l'empyème telle qu'il en recommande l'adoption. Un de ses malades a vécu une année, malgré des conditions en apparence désespérées. Un autre, dont il rapporte l'histoire, a été opéré au commencement de janvier, au moment où il allait périr, et il a pu aller seul aux eaux de Sainte-Amélie, près de Perpignan, et en revenir dans un état favorable. Il est assez commun de voir une fistule pleurale s'établir dans la région lombaire. Il faut surveiller et diriger le travail d'inflammation suppurative et ulcéreuse, qui produit alors quelques accidents, et qui pourrait devenir très grave si elle était méconnue.

La guérison est longue et présente les différentes phases et les diverses terminaisons que l'expérience a fait connaître.

Rage. — M. Guérin-Méneville adresse, comme pièce à l'appui de ses précédentes communications sur la *cétoine dorée*, considérée comme remède contre l'hydrophobie, l'extrait suivant d'une lettre de M. *Bogdanow*, membre de la Société impériale d'Agriculture de Moscou :

« Monsieur, vos recherches et communications faites à l'Académie des sciences ont déjà attiré l'attention des naturalistes sur la cétoine dorée, qui est employée contre la rage. Permettez-moi de vous communiquer un fait qui peut avoir quelque intérêt pour vous. Dans les gouvernements de Voronéje et Koursk, je connais quelques amateurs de chasse qui ont l'habitude de donner de temps en temps aux chiens, comme préservatif contre la rage, une moitié de cétoine mise en poudre et donnée avec le pain ou même un peu de vin. On croit que c'est un moyen très efficace et très utile. J'ai cru devoir vous annoncer ce fait dont j'ai été témoin ; j'ajouterai que, parmi le peuple russe, il existe des personnes qu'on assure guérir cette maladie avec le suc d'une plante *qui doit être tout à fait frais.*

» Je pense que dans cette dernière condition on peut trouver l'explication de la non-réussite de ces remèdes conservés dans des pharmacies, les remèdes populaires n'agissant dans les mains des médecins-paysans que parce que ceux-ci administrent le suc de plantes qu'ils viennent de cueillir. J'écrirai à Voronéje pour avoir des renseignements plus détaillés sur cette matière ; mais malheureusement la personne dont j'ai besoin est absente pour quelque temps. »

REVUE ANALYTIQUE

PHARMACOLOGIE.

Correspondance.

Sur les moyens d'éviter certaines méprises fatales dans les prescriptions médicales.

La lettre suivante, adressée à M. le président de l'Académie, et que nous avons mentionnée dans notre dernier compte rendu,

mérite d'être publiée textuellement, non-seulement à cause du bon sentiment qui l'a inspirée, mais aussi parce qu'elle remplit un but éminemment utile.

Monsieur le président,

Dans le long exercice de ma profession, il m'est si fréquemment arrivé d'empêcher des malheurs, que je crois de mon devoir d'appeler l'attention du corps médical sur certains modes de formules.

Depuis longtemps on l'a dit, la médecine et la pharmacie sont sœurs; elles se doivent donc un mutuel concours et, réciproquement, un affectueux et bienveillant appui. Je prie instamment MM. les médecins de croire que je suis seulement guidé par ce sentiment, et aussi par un sentiment d'humanité, lorsque j'adresse cette lettre à M. le président de l'Académie de Médecine; si elle est jugée digne d'une lecture, elle ne pourra manquer d'appeler l'attention des praticiens sur les inconvénients qu'elle signale, et puisse-t-elle nous mettre les uns les autres à l'abri de fâcheuses, d'irréparables méprises!

Nous le savons, le médecin est ordinairement l'ami de la famille; aussi n'est-il jamais indifférent devant l'humanité qui souffre et qu'il est appelé chaque jour à secourir.

Assurément les impressions qu'il ressent, jointes aux nombreuses questions qui l'assiégent soit au lit du malade, soit surtout au moment où il formule, suffisent pour expliquer quelques erreurs de prescription; mais disons pourtant qu'il en est quelques-unes qu'il pourrait éviter en bannissant des formules certains noms scientifiques dont la similitude est trop grande, je dirai trop fatale en médecine.

Je veux parler du *protochlorure* et du *deutochlorure* de mercure : quelle grande ressemblance dans ces deux noms et quelle énorme différence pourtant dans leurs propriétés!

Il y a quelques années, un très honorable praticien, d'un mérite incontestable, remettait à un père de famille une formule ainsi conçue :

« R. Deutochlorure de mercure, 0,30, diviser en trois doses et donner toutes les dix minutes une de ces doses le matin à jeûn à l'enfant. »

La formule est apportée dans ma pharmacie, et mon premier élève, qui avait pourtant rempli déjà ces fonctions chez un de mes honorables confrères, allait exécuter la prescription à la lettre (elle avait été remise directement entre ses mains), mais m'apercevant qu'il pesait un produit qu'il avait pris dans l'armoire aux substances vénéneuses, et jugeant au flacon que cela ne pouvait être que de l'acide arsénieux ou du sublimé corrosif, je m'approchai de lui, et grâce à ma surveillance, un enfant ne fut point empoisonné.

Le 29 octobre dernier, une formule de la même nature m'était présentée, elle était ainsi conçue : « R. Deutochlorure de mercure, 6 décigrammes, en trois paquets, un chaque fois : » point de désination d'emploi; le porteur de la formule me dit que c'était pour le médecin lui-même. Je fis exécuter la prescription en recommandant de mettre une étiquette à *usage externe* sur l'enveloppe des trois doses, et je mis le tout dans une lettre qui avait pour but d'appeler l'attention de cet honorable praticien sur l'importance du médicament. Quelques instants après, je reçus un mot de remerciement affectueux pour avoir empêché l'accomplissement d'une déplorable erreur.

Vous le comprendrez, monsieur le président, comme tous vos confrères, comme tous les pharmaciens, avec les mots *calomel* et sublimé corrosif, une telle erreur n'est plus possible et en évitant les noms scientifiques on peut éviter d'irréparables malheurs.

Que quelques médecins me le pardonnent, il est encore un mode de formuler sur lequel je prends la liberté d'appeler leur attention : c'est l'accouplement dans la même formule des poids anciens avec les poids nouveaux, c'est surtout le grs pour désigner grains et que nos élèves d'aujourd'hui prendront pour des grammes, c'est-à-dire vingt ois la dose. J'ai renvoyé dernièrement de chez moi un élève qui faisait des paquets de poudre de valériane de 10 grammes, hélas! pour prendre dans une cuillerée de potage, au lieu de 10 grains; j'en ai vu disposés à donner 6 grammes de calomel au lieu de 6 grains, 12 grammes d'ipécacuanha au lieu de 12 grains. Assurément ce dernier mot doit être banni, car en toutes lettres, il a une si grande similitude avec le mot gramme, que si le point n'est pas sur l'*i*, il peut encore amener une fâcheuse erreur.

Recevez, etc.

VICTOR GARGNIER.

FONCTIONS DE LA MOELLE.

A M. le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux :

Monsieur et cher rédacteur,

M. Brown-Séquard semble s'étonner qu'il ne soit pas fait mention de sa récente communication à l'Académie de médecine dans la Note qui résume mes divers mémoires sur la physiologie de la moelle épinière, Note publiée dans votre numéro du 7 novembre dernier. Voudriez-vous faire savoir à votre estimable correspondant que cette Note vous a été remise il y a environ deux mois, c'est-à-dire avant qu'il ne fît sa lecture à l'Académie de médecine ?

J'aimerais, du reste, à m'expliquer sur cette communication et sur le fait particulier que M. Brown-Séquard me signale dans sa lettre, si je le pouvais sans parler de recherches nouvelles provoquées par nos récentes discussions, et sans faire intervenir ainsi une procédure trop volumineuse pour trouver place dans une lettre. Des affirmations et des dénégations de ma part resteraient complétement stériles; ni M. Brown-Séquard, ni le public ne s'en contenteraient, avec raison. Je m'abstiendrai donc, pour le moment, (abstention qui ne se prolongera pas longtemps, je le promets), de toucher au fond même des questions débattues entre nous, ne voulant rien livrer aux hasards d'une polémique prématurée, dans laquelle je ne suivrais certainement pas M. Brown-Séquard s'il lui plaisait de s'y engager. N'oublions pas que ces questions sont d'un trop haut intérêt pour n'être point traitées dans le calme et avec maturité.

Que dirai-je maintenant de l'insinuation qui termine la lettre de M. Brown-Séquard ? D'après lui, je semblerais m'attribuer le mérite d'avoir découvert que les excitations localisées peuvent produire, *chez les mammifères adultes*, des mouvements réflexes généraux. Ai-je eu réellement cette prétention? La tournure de phrase que j'emploie dans le passage auquel on fait allusion prouve assez ma parfaite innocence. Ma seule prétention, dans ce cas particulier, c'est d'avoir ramené l'attention sur ce fait de la généralisation des mouvements réflexes, en vue de montrer qu'il y aurait erreur à considérer comme signes de douleur tous les mouvements auxquels se livrent les animaux mammifères adultes à la suite d'une excitation, par cela seul que ces mouvements se manifestent dans toutes les parties du corps.

Était-ce là une précaution inutile? M. Brown-Séquard, qui ne connaît pas un seul physiologiste dont les écrits contiennent la proposition contraire, en jugera par le passage suivant : « Comment distinguer les mouvements réflexes de ceux qui se produisent sous l'influence de la douleur? D'une manière bien simple! Les mouvements réflexes n'occupent qu'une région déterminée; par exemple, après les vivisections pratiquées sur la moelle lombaire, ils sont exclusivement limités au train postérieur. Les mouvements provoqués par douleur s'observent, au contraire, dans toutes les parties du corps qui sont encore soumises à l'influence de la volonté; supposons, par exemple, qu'on ait exercé une action traumatique sur la moelle lombaire. On pince une des pattes postérieures. Si l'animal contracte les muscles de la tête, ceux des membres thoraciques, ceux du cou et de la poitrine, il n'est pas nécessaire de l'entendre crier pour affirmer qu'il a éprouvé de la douleur, et que le train postérieur est sensible. Mais si, dans la même expérience, on n'obtient que des contractions limitées aux membres abdominaux, on est autorisé à en conclure que la moelle lombaire a cessé de transmettre à l'encéphale les impressions sensitives.

Est-ce assez clair? eh bien, ces lignes ont été écrites par l'un des partisans les plus ardents des théories de M. Brown-Séquard, par M. Broca, au nom d'une commission nombreuse, dont le langage, on

peut le dire, a reflété toutes les idées de M. Brown-Séquard lui-même. (Voir l'intéressant rapport de M. Broca.)

Je pourrais aller plus loin dans cette voie de récrimination. Mais il me semble que je m'y suis déjà trop engagé, car ces discussions oiseuses sont sans profit pour la science et indignes d'occuper les instants des personnes qui désirent sérieusement sa prospérité, indignes surtout du caractère et du talent de M. Brown-Séquard.

Peut être ferais-je bien, monsieur et cher rédacteur, puisqu'on m'attribue des prétentions que je n'ai jamais eues, d'indiquer ici moi-même les points que je crois neufs dans mon étude des phénomènes réflexes. Mais il me faudrait pour cela, entrer nécessairement dans le fond du débat, ce que je veux soigneusement éviter. Aussi me bornerai-je à signaler, comme étant plus particulièrement digne de remarque, l'extraordinaire hyperexcitabilité qu'acquièrent les tissus et les nerfs sensibles, quand il y a interruption dans la continuité des fibres de la moelle, en avant du point d'émergence des racines de ces nerfs. J'avoue ignorer complétement qu'une semblable observation ait été faite avant moi; mais il serait possible que cette ignorance tînt à la faiblesse de mes connaissances bibliographiques. Qu'on me le prouve, et l'on ne me peinera pas du tout en me démontrant ainsi que ce que je croyais *neuf* était tout simplement *vrai*.

Veuillez agréer, monsieur et cher rédacteur, l'expression de l'estime et des sympathies amicales

De votre dévoué serviteur,
A. CHAUVEAU.

Lyon, 14 novembre 1857.

VARIÉTÉS.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

A une heure, la séance est ouverte.— M. le doyen donne la parole à M. Nélaton pour prononcer l'éloge de Gerdy. — Les lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux*, ayant eu sous les yeux la vie de l'honnête professeur, écrite avec plus de détails que ne pouvait le faire le savant professeur de clinique, nous croyons inutile de publier son discours.

La parole est ensuite donnée à M. Gavarret, qui proclame les noms des lauréats dans l'ordre suivant :

Prix de l'Ecole pratique. — Grand prix (médaille d'or), M. Dezanneau; 1er prix (médaille d'argent), M. Luys; 2e prix, M. Blachez; mentions honorables à MM. Créquy et Dupont.

Prix Corvisart. — (Médaille d'or), M Laborde; mentions honorables, MM. Dumont et Milon.

Prix Montyon. — (Médaille d'or), M. Dumont-Pallier; mention honorable, M. Tarnier.

M. Gavarret donne ensuite lecture du programme des cours pour 1858 :

Prix Montyon. — Il y aura, tous les ans, un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur Mémoire adressé à la Faculté de Médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc. Ce prix, consistant en *une médaille d'or*, sera décerné dans la séance de rentrée de la Faculté. — Les Mémoires pour le prix de 1858 ne seront pas reçus, passé le 31 juillet de la même année; il ne devront traiter que des maladies qui auront prédominé du 1er janvier 1857 au 1er janvier 1858.

Prix fondé par Corvisart. — La Faculté a arrêté, pour sujet du prix de clinique à décerner en 1858, la question suivante : *Déterminer, par des observations recueillies dans les Cliniques de la Faculté, les rapports qui peuvent exister entre le rhumatisme et certaines paralysies.* — Ce prix, consistant en *une médaille d'or*, sera décerné dans la séance de rentrée de la Faculté.

Du 15 au 30 août 1858, chacun des concurrents remettra au secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au lit qui lui aura été désigné;

2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis concourir pour le prix Corvisart.

Nota. — La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

— Parmi les décès que nous annonce le *Medical Times*, nous trouvons celui d'Edmund Davy, membre de la Société royale de Londres et professeur de chimie de la Société royale de Dublin. Il portait dignement un nom illustré par ses cousins sir Humphrey et John Davy. Le comité de chimie de la Société royale de Dublin, à l'occasion de cette mort, a pris la décision suivante : « Le comité désire enregistrer le sentiment de profond regret que lui fait éprouver la mort de M. Edmund Davy, qui pendant trente ans a rempli d'une manière si honorable pour lui et si utile pour le public, les fonctions de professeur de chimie de la Société. L'étendue de ses connaissances, son dévouement sans interruption à ses devoirs publics, ses nombreuses découvertes en chimie, son caractère plein d'élévation, le rendaient parfaitement digne de la position qu'il occupait, et serviront à perpétuer sa mémoire comme celle d'un chimiste éminent, d'un professeur habile, et en même temps d'un homme qui a dévoué une part considérable de son existence au progrès de la science. »

— *Cours public d'accouchements.* M. le docteur Mattei ouvrira ce cours, à l'amphithéâtre, n° 1, de l'Ecole pratique de la Faculté, le lundi 23 novembre, à une heure, et le continuera à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Il développera dans ce cours l'étude :

1° Des accouchements anormaux (avortement, accouchement prématuré et retardé, accouchement provoqué ; accouchement en présentation du siége de la face et du tronc).

2° Des accouchements pathologiques (tous les accidents graves qui arrivent pendant l'accouchement et les suites de couches).

3° Des opérations graves qui se pratiquent sur la mère et l'enfant.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Études sur la gravelle, *ses caractères physiques, ses anomalies, ses caractères chimiques, ses causes et son traitement*, par le docteur RAOUL LEROY D'ÉTIOLLES, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

Des paralysies des membres inférieurs, par le docteur RAOUL LEROY D'ÉTIOLLES, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine ; concours du prix de l'Académie en 1853.

Leçons sur la scrofule, professées par le Dr PIORRY, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., recueillies par M. le Dr DURIAU, chef de clinique de la Faculté. — In-8° de 14 pages. — Prix : 50 c. — Paris. — Chez Adrien DELAHAYE, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Recherches sur la contagion du chancre, par M. Alfred FOURNIER, interne de l'hôpital du Midi.—Un vol. in-8° de 110 pages. — Prix : 2 fr. — Paris.—Chez Adrien DELAHAYE, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 139 5me ANNÉE. Jeudi, 19 Novembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 18 novembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

[Rapport sur les vaccinations. — Difformités.]

Les champions du grand combat statistique ont conclu hier une suspension d'armes de huit jours, et ils ont, pour un moment, abandonné la lice aux vaccinophiles, car de vaccinophobes il n'y en a pas encore à l'Académie, et l'on peut dire même qu'il n'y en a guère en dehors de l'Académie. Malgré les coups répétés de ses fougueux adversaires, la vaccine n'est donc pas encore très malade, et pour peu qu'elle soit de temps à autre l'objet de rapports comme celui que M. Depaul nous a fait entendre hier, il est bien à craindre (pour les vaccinophobes) qu'elle ne continue longtemps à se bien porter. Il nous serait impossible de publier le très volumineux travail de M. Depaul, rédigé avec ce soin et cette conscience que le zélé secrétaire apporte à tout ce qu'il fait : nous espérons néanmoins mettre sous les yeux de nos lecteurs l'introduction dans laquelle M. Depaul a su résumer les faits principaux qu'a mis en lumière le dépouillement des nombreux documents qui ont passé sous ses yeux.

Le rapport de M. Depaul a donné lieu à une courte discussion, ou pour mieux dire, à de courtes explications entre MM. Trousseau, Renault et le rapporteur. M. Moreau même a dit son mot, et ce mot a été une grande nouvelle pour l'assistance : M. Moreau a parlé de *ses Rapports,* ce qui semble indiquer qu'il fut un temps où ce romantique académicien faisait des Rapports. Quoique nous ne soyons pas de la première jeunesse, nous ne sommes pas assez ancien pour avoir vu ce temps-là. C'était probablement le temps où M. le doyen rédigeait ses œuvres complètes.

Le bon temps que c'était,
Le bon temps que c'était,
Le temps où la reine Berthe filait.
Le bon temps que c'était,
Le bon temps que c'était,
Le temps où la reine Berthe filait.

M. Trousseau a insisté avec raison sur les avantages qu'il y aurait à substituer les tubes aux plaques, pour la conservation du vaccin, se fondant sur ce que les *quatre cinquièmes* des vaccinations pratiquées avec le vaccin conservé entre des plaques échouaient. M. le rapporteur n'a évalué les insuccès qu'à moitié, mais il n'en a pas moins approuvé (et il avait même eu soin d'exprimer ses préférences dans son rapport) la substitution des tubes aux plaques. Mais, relativement aux tubes eux-mêmes, M. Trousseau a insisté sur la nécessité de prendre des tubes capillaires dans toute leur longueur et non des tubes renflés à leur partie moyenne, comme ceux que vendent actuellement les fabricants; ces derniers tubes sont très difficiles à remplir, et le vaccin y est souvent dénaturé par son contact avec l'air. M. Depaul, partageant à peu près complétement l'opinion de son honorable collègue, la discussion ne s'est pas prolongée sur ce point : mais, chose singulière, un dissentiment s'est élevé entre les deux académiciens sur un fait qui mérite d'être signalé, moins à cause de son importance, que parce qu'il montre combien il faut y regarder de près pour constater d'une manière exacte même les choses les plus simples. Ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, que les grandes choses peuvent être jugées d'après les petites.

M. Trousseau a avancé qu'il ne fallait pas moins du vaccin de *quarante* pustules pour remplir un tube ordinaire tels qu'on les fait; à quoi M. Depaul a répondu qu'avec *une* pustule, on pouvait remplir un, deux, trois et même jusqu'à *quatre* tubes!

Une dissidence moins radicale s'est produite entre les deux orateurs sur un vœu formulé par M. Depaul, au nom de la commission de vaccine : M. Depaul proposait de demander à l'autorité de favoriser le plus possible la généralisation de la pratique de la revaccination; M. Trousseau voulait qu'on allât plus loin, et qu'on engageât l'autorité à imposer la vaccination et la revaccination à tous les individus qui se trouvent, pour une circonstance quelconque, sous l'action de l'autorité : par exemple à tous les soldats, ainsi que l'a déjà demandé, à ce qu'il paraît, M. Lévy, et à tous les ouvriers qui viennent demander des livrets et du travail à Paris.

Nous croyons que le disert vaccinophile s'est laissé emporter un peu trop loin par un zèle au fond très louable. Nous ne pensons pas que le progrès scientifique doive s'imposer aux *individus* par force de loi, mais par la force de la persuasion. Nous ne partageons pas davantage son opinion, que la mesure qu'il réclame ne serait en rien attentatoire à la liberté : ce qui est obligatoire pour tous, a-t-il dit, n'atteint la liberté de personne. C'est là un principe très contestable, et dont il nous serait possible peut-être de démontrer la fausseté, si une telle démonstration ne sortait du cercle dans lequel nous devons nous renfermer dans ce journal. Mais elle n'est pas nécessaire, d'ailleurs, pour établir que le principe adopté par M. Trousseau n'est pas applicable, dans l'espèce, même à son point de vue.

Le collége n'est nullement obligatoire pour nos enfants ; si la vaccination nous contrarie, nous pouvons parfaitement nous dispenser de la leur faire pratiquer en les gardant chez nous, ou en les envoyant dans des établissements où elle n'est pas exigée.

Le livret, au contraire, est une mesure de police *imposée* aux ouvriers, et qu'ils sont certes bien loin de désirer et de réclamer eux-mêmes. Il serait donc souverainement injuste de se fonder sur une obligation qu'on leur *impose* pour leur en imposer une seconde qui n'a, avec la première, aucune espèce de rapport. Ce qui est vrai des ouvriers est tout aussi vrai des soldats. Il y a un certain bien qu'on ne peut pas faire contre la volonté de celui à qui il doit profiter ; sans quoi il n'y aurait pas de raison pour ne pas obliger, par ordonnance de police, tous les citoyens à se coucher à dix heures, sous prétexte qu'il est malsain de veiller. Nous croyons donc que le rapporteur a sagement pensé en proposant de formuler, d'une manière générale, seulement un vœu sur l'opportunité duquel, d'ailleurs, tout le monde est d'accord.

La discussion a été close par une remarque de M. Renault, intéressante comme toutes celles qui sortent de la bouche de ce savant et très judicieux académicien. M. Renault nous a paru toutefois exagérer légèrement la vérité, au moins en ce qui concerne les virus de l'homme ; il est certain que si le vaccin parfaitement desséché échoue souvent, il réussit aussi dans quelques cas, et pour notre compte, nous l'avons vu réussir plus d'une fois entre nos mains. Si certaines expériences de M. Ricord ont été faites avec toutes les précautions désirables, ce qu'il nous dira sans doute lui-même, le virus syphilitique ressemblerait, sous ce rapport comme sous bien d'autres, au virus vaccin.

— La séance a été close par une intéressante communication de M. Scoutteten, que nous publierons ultérieurement.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉDECINE CLINIQUE.

Leçons cliniques sur les maladies de la pe u.

PAR M. BAZIN,

Recueillies et rédigées par M. POUQUET, interne du service.

Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 122, 125, 127 133, 134, 135, 136 et 137.)

TEIGNE PELADE.

Le favus et la teigne tonsurante peuvent-ils être quelquefois confondus avec la pelade ? Quand les croûtes faveuses tombent ou sont détachées, elles laissent à découvert des surfaces de forme ovalaire ordinairement arrondies, légèrement déprimées, et qu'on pourrait prendre pour des plaques de teigne pelade achromateuse, si la couleur n'était bien différente dans les deux cas ; d'un blanc de lait dans cette dernière affection et d'une rougeur plus ou moins intense dans la teigne faveuse. Mais la dépression et la rougeur s'effacent graduellement, la peau (si toutefois il y a oblitération des conduits pilifères et calvitie définitive) se change en un tissu cicatriciel ; et, à mesure que cette transformation s'opère, l'analogie devient plus grande entre les surfaces autrefois couvertes de croûtes, et celles qui sont affectées de teigne achromateuse.

Plus souvent l'erreur opposée sera commise, et ces dernières seront prises pour du favus arrivé à la période cicatricielle, surtout s'il y a coexistence des deux affections parasitaires. Mais, pour éviter cette erreur, il suffit de savoir que la méprise est possible ; qu'on y regarde de près, la différence est grande entre les cicatrices du favus et les plaques de teigne achromateuse. Quant à la teigne tonsurante, il paraît, au premier abord, presque ridicule de dire qu'elle peut être confondue avec la pelade ; car, dans la première, la peau offre une couleur notablement plus foncée, tandis que dans l'autre elle est, au contraire, décolorée. Cependant j'ai vu commettre quelques erreurs par des élèves qui connaissaient, pour les avoir appris dans les livres, ces deux caractères opposés de l'une et l'autre affection parasitaire ; il suffit en effet, pour se tromper, de prendre la coloration normale pour la coloration pathologique, et réciproquement. Je n'insiste pas davantage.

Dans la pelade décalvante (seule variété qui puisse être confondue avec les différentes espèces d'alopécie), la calvitie a lieu par places ; elle occupe indistinctement toutes les régions du cuir chevelu. Dans l'alopécie sénile, ce sont les régions antérieures et latérales de la tête qui sont dénudées. Dans la véritable alopécie syphilitique, la chute des cheveux a été précédée de syphilides ou d'exostoses, et dans la convalescence des maladies graves, comme dans l'acné sébacée, elle a lieu irrégulièrement et presque simultanément sur toutes les régions du cuir chevelu ; en outre, dans cette dernière affection, la tête est couverte d'un enduit huileux, brunâtre ou rougeâtre.

Pronostic. — La pelade est une affection plus sérieuse que les autres espèces de teigne, quoique, dans les cas mêmes où elle se généralise sur tout le corps, elle ne détermine aucune altération de la santé générale chez les sujets qui en sont affectés. Toute la gravité est relative au système pileux, qui est singulièrement compromis, dans la variété décalvante surtout. La calvitie est très fréquente, et survient très rapidement. Enfin, la curation est très longue et très difficile à obtenir, si la maladie est déjà un peu ancienne.

Traitement. — Il ne diffère pas du traitement des autres espèces de teignes. Il faut combiner l'épilation avec l'emploi des agents parasiticides (pommade au turbith, solution de sublimé) de la manière que nous avons déjà plusieurs fois indiquée. Ici, l'épilation est extrêmement difficile, et ce n'est qu'à force de persévérance qu'on peut triompher du mal. Ce sont des poils de duvet qu'il faut extraire, et ils sont tellement fins qu'ils ont passé longtemps inaperçus sur les surfaces malades ; ils se brisent presque tous, et l'opération doit être répétée un grand nombre de fois sans beaucoup de succès.

Cependant, au bout de quelque temps, on voit paraître quelques poils, beaucoup plus forts et plus résistants, qui, d'abord très rares, deviennent de plus en plus nombreux; leurs caractères physiques se rapprochent de ceux des cheveux restés sains. Il faut qu'il n'y ait entre les uns et les autres aucune différence appréciable pour cesser l'épilation, et déclarer la maladie arrivée à parfaite guérison. L'avulsion des cheveux ou des poils ne doit pas être seulement pratiquée sur les surfaces malades, mais étendue aussi au pourtour des plaques dans un rayon variable, afin d'arrêter les progrès du mal.

J'ai divisé les affections cutanées de nature végétale en trois grandes sections, suivant qu'elles sont produites par des végétaux trichophytiques et onycophytiques, épidermophytiques, par des végétaux épithéléophytiques.

Les affections cutanées qui appartiennent à la première section ne sont autre chose que les teignes dont nous avons terminé l'étude par des végétaux dans la dernière leçon. Il ne nous reste donc plus, pour en finir avec les végétaux, qu'à dire quelqus mots des affections cutanées produites par les végétaux épidermophytiques et épithéléophytiques.

AFFECTIONS CUTANÉES PRODUITES PAR LES VÉGÉTAUX ÉPIDERMOPHYTIQUES.

Ces affections, que nous appellerons *crasses parasitaires*, sont assez nombreuses, et on les trouve dispersées en différents chapitres des traités classiques de dermatologie ; elles appartiennent en effet à divers ordres de la classification de Willan. Ce sont le *pityriasis versicolor*, le *pityriasis nigra*, le *chloasma* ou *macula gravidarum*, les *taches hépatiques*, les *éphélides lenticulaires*, etc.,

qui constituent, pour les auteurs, autant de maladies différentes, tandis que, pour nous, elles ne sont qu'une seule et même affection parasitaire, produite par le *microsporon furfur*, découvert par Eichstedt, et qui serait mieux nommé *épidermophyton*. Ce cryptogame vit aux dépens de l'épiderme dont il occupe l'épaisseur; cependant il est situé plus superficiellement que les végétaux tricophytiques et onychophytiques; quelquefois aussi, mais rarement, on le trouve sur les poils follets; jamais il ne détruit les cellules pigmentaires, comme l'ont avancé quelques auteurs, qui l'ont évidemment confondu avec le *microsporon* d'Audouin.

Nosographie. — Les crasses parasitaires offrent à peu près partout les mêmes caractères; elles peuvent se montrer sur tous les points de la surface cutanée, principalement sur le tronc et sur le visage. Tantôt elles ont une couleur très foncée, comme dans la variété qui répond au pityriasis nigra des auteurs; tantôt, au contraire, elles se distinguent à peine des surfaces voisines. Ici elles paraissent sous forme de points isolés, et là, c'est principalement au tronc qu'on l'observe; les points se réunissent, et l'affection occupe de larges surfaces. Mais ces nuances de couleur, ces différences de formes, d'étendue, de siége, n'apportent jamais de changements bien prononcés dans l'aspect de l'affection, dont les signes sont aussi simples que peu nombreux. Des démangeaisons légères accompagnent ordinairement, et souvent précèdent les crasses parasitaires; elles deviennent toujours plus vives, si l'on en croit les différents auteurs, sous l'influence de certaines conditions hygiéniques et physiologiques; on lit également dans quelques ouvrages, notamment dans celui de M. Cazenave, qu'elles appartiennent à certaines variétés et non à certaines autres; ainsi elles seraient constantes dans les éphélides, et n'existeraient jamais dans le pityriasis versicolor, à tel point que leur absence ou leur existence constituerait un signe d'une grande valeur.

Nous ne partageons pas cette opinion, et nous avons plusieurs fois observé, chez des malades affectés de pityriasis versicolor, des démangeaisons aussi prononcées que dans les éphélides. Une exfoliation furfuracée continuelle est un des symptômes les plus constants des crasses parasitaires; elle est quelquefois si peu prononcée, qu'il faut examiner avec soin les surfaces malades pour la découvrir; elle ne se manifeste qu'à une certaine époque de la maladie, quand le champignon continue, dans l'épaisseur de l'épiderme, à rompre la lamelle extrêmement mince qui le recouvrait. Elle est formée, non-seulement de débris épidermiques, mais aussi, et en grande partie, de matière parasitaire; aussi la couleur des squammes, leur forme, leur disposition, sont-ils autant de caractères qui permettent de distinguer les crasses parasitaires de certains pityriasis dartreux.

La durée de ces affections est ordinairement longue, et les récidives sont fréquentes, caractère qui les a fait rattacher à la dartre par le plus grand nombre des auteurs. M. Hardy lui-même, qui admet l'existence d'un parasite dans le pityriasis versicolor, est disposé à considérer cette affection comme étant d'origine dartreuse; il pense que le parasite n'est, dans ce cas, qu'un phénomène accessoire, et ne mérite pas la même importance que les parasites des teignes.

Cette opinion n'est pas la mienne; le microsporon furfur existe toujours à n'importe quelle période de la maladie, et lors même qu'on n'observe, sur toute la surface du corps, qu'une tache de la plus petite dimension, on peut démontrer son existence par l'examen microscopique. Si la récidive se montre si souvent dans ces affections, c'est que, le plus souvent, le cryptogame n'a été qu'incomplétement détruit; il suffit, comme dans la teigne, de laisser quelques spores pour que le mal se reproduise au bout d'un certain temps. D'ailleurs, pourquoi ne pas admettre que les malades se sont de nouveau exposés à la contagion? J'imagine que rien ne serait plus fréquent que les affections parasitaires, si certaines conditions de l'organisme n'étaient pas nécessaires au développement des parasites.

Un seul mode de terminaison peut être observé; c'est la guérison qui arrive, tantôt spontanément, et tantôt sous l'influence des moyens thérapeutiques qui sont mis en usage. Peut-être la guérison spontanée est-elle plus rare qu'on ne le croit, et ne consiste-t-elle qu'en une amélioration plus ou moins grande, d'où sans doute la fréquence des récidives.

Etiologie. — Parmi les causes prédisposantes, l'âge n'est pas sans influence; les crasses parasitaires ne se montrent guère chez les enfants, mais presque toujours chez les adolescents et les adultes. Le tempérament lymphatique, au dire de tous les auteurs, favorise le développement de ces affections. Certaines conditions physiologiques ont une action incontestable, par exemple, la grossesse. Enfin, parmi les influences pathologiques, on peut signaler peut-être certaines affections du foie qui appartiennent aux maladies constitutionnelles.

La cause déterminante est le microsporon furfur, dont je vous montrerai prochainement un bel échantillon, recueilli sur le visage d'une femme en couches dans le service de M. Hardy.

Diagnostic. — Parmi les affections cutanées, il en est peu d'aussi faciles à reconnaître que les crasses parasitaires; quand on a vu une ou deux fois un pityriasis versicolor..., on ne s'y laisse guère tromper. Cependant, il peut se présenter quelques circonstances qui apportent quelque difficulté dans le diagnostic: ainsi, qu'une syphilide papuleuse se développe chez un sujet affecté depuis quelque temps de pytiriasis versicolor, à un certain moment, les papules disparaissent, il ne restera plus que des macules dont l'aspect sera peu différent de celui des crasses parasitaires; souvent, en pareil cas, le parasite passe inaperçu; on s'étonnera seulement qu'une syphilide papuleuse soit accompagnée de démangeaisons; quelquefois cependant, les malades sauront vous dire qu'ils portent deux affections, dont l'une est récente et l'autre très ancienne.

Nous avions dernièrement, au nº 12 de la Salle des femmes, un curieux exemple de cette coexistence du pityriasis versicolor avec une syphilide papuleuse. Mais, le plus souvent, la forme et l'étendue des taches, leur couleur, leur desquammation particulière, un prurit modéré, suffiront pour établir le diagnostic.

On peut cependant confondre les crasses parasitaires avec d'autres affections cutanées, et comme, dans ces dernières, il n'y a point de cryptogame, je dirai ici, une fois pour toutes, que l'examen microscopique est toujours un moyen infaillible auquel il faut par conséquent recourir dans les cas embarrassants.

Les éphélides lenticulaires peuvent être prises pour des taches de rousseur; cependant il n'y a dans ces dernières ni prurit ni furfuration, et si l'on essaye de les faire disparaître en les grattant avec un instrument tranchant, on n'y réussit point. Toutes ces différences se comprennent à merveille; il suffit de savoir qu'on a, d'un côté, une affection parasitaire, et, de l'autre, une simple affection dyschromateuse. La couleur seule peut ici induire en erreur quand on n'est pas prévenu.

Les taches hépatiques simulent quelquefois les macules syphilitiques, et c'est encore la couleur qui trompe, quoiqu'elle soit un peu différente dans les deux cas. D'ailleurs, il est rare de ne pas trouver, en même temps que les macules syphilitiques, un certain nombre d'autres symptômes qui ne peuvent pas laisser dans l'incertitude.

Le pityriasis nigra serait peut-être plus difficile à distinguer de l'acné sébacée. Mais le siége n'est point le même, le pityriasis occupe ordinairement les régions temporales, tandis que l'acné occupe presque toujours le bout du nez; et puis, absence du prurit dans cette dernière affection, phénomène qui manque rarement dans la première. Enfin, et c'est là le principal caractère différentiel, la matière sébacée qui se concrète à la surface de la peau ne peut ressembler que de loin à la matière parasitaire et épidermique qui constitue les taches brunes du pityriasis nigra.

On comprend difficilement, quand on n'a appris les affections cutanées que dans les livres, que le pityriasis versicolor, si remarquable par la couleur café au lait des surfaces qu'il recouvre, puisse être confondu avec le vitiligo; il y a cependant des cas dans lesquels l'incertitude est un instant permise, surtout lorsqu'on n'a pas l'œil bien exercé; car l'affection parasitaire peut être étendue en larges plaques qui laissent quelques rares intervalles de peau saine; on prend alors la couleur normale pour la couleur pathologique, et la peau saine paraît décolorée. Il me suffit de

vous avoir signalé la possibilité et la cause de l'erreur.

Le pityriasis simplex et le pityriasis rubra se distinguent principalement par leur couleur, leur marche. Les squammes sont aussi différentes; elles sont plus épaisses, plus prononcées, plus franchement lamelleuses dans ces deux variétés de pityriasis, que dans la variété versicolor.

Quant à l'acné sébacée, elle se distingue du pityriasis versicolor, par les caractères que nous avons indiqués tout à l'heure.

Je ne reviendrai pas non plus sur la roséole syphilitique, au milieu de laquelle il est parfois si difficile de reconnaître le pityriasis parasitaire.

Pronostic. — Il n'offre absolument aucune gravité, cependant les récidives sont à craindre.

Traitement. — La thérapeutique des crasses parasitaires est extrêmement simple. L'affection est toujours produite par un champignon qui, se trouvant dans la partie la plus superficielle de l'épiderme, ou à la surface de la peau, est facile à atteindre. Les agents parasiticides que nous avons fait connaître sont ici parfaitement applicables; ils doivent être employés en lotions, en frictions rudes ou en bains, selon le siége et l'étendue de l'affection.

Ordinairement, dans notre service, les malades atteints de pityriasis versicolor font des lotions avec le solutum de sublimé, et prennent des bains sulfureux; ces derniers sont parfois avantageusement remplacés par des bains de sublimé. Quant au traitement général interne, pour nous, il est sans aucune valeur, puisque nous ne croyons point que l'affection soit produite ni entretenue par un vice général de l'économie; il faut qu'il y ait, ce qui peut être, complication de dartres, de scrofules, pour que nous soumettions les malades aux préparations arsénicales ou balsamiques, aux amers et aux toniques.

(*La suite à un prochain numéro.*)

MÉDECINE CLINIQUE.

Syncope par hémorrhagie dans le péricarde. — Mort presque immédiate.

Moulin, sergent invalide de la deuxième division, âgé de 54 ans, d'une bonne constitution, allant, le 5 novembre, à sept heures et demie du matin, prendre du café au lait à la cantine de l'hôtel, suivant sa coutume, s'est affaissé subitement sur lui-même sans prononcer aucune parole. On le transporte à l'instant à l'infirmerie. A son arrivée, et quelques minutes avant la visite de M. le docteur Faure, je le trouvai dans l'état suivant : perte totale de connaissance, affaissement complet, pâleur de la face et des lèvres, décoloration générale de tout le corps. Le pouls était imperceptible, les battements cardiaques insensibles, la respiration presque nulle, à l'exception de quelques inspirations assez éloignées. Je fis faire immédiatement des frictions vigoureuses, j'exerçai des pressions sur la poitrine, j'appliquai des sinapismes, etc. Tout fut inutile. Les faibles signes de vie qu'il donnait encore peu d'instants auparavant s'éteignirent. Vingt minutes s'étaient à peine écoulées depuis la chute de Moulin jusqu'à sa mort.

Nous nous demandâmes dans quel genre de mort nous devions ranger ce rapide décès. L'autopsie est venue, vingt-quatre heures après lever tous nos doutes.

Examen cadavérique :

Cerveau. — L'ouverture du crâne et l'examen des méninges ne nous ont rien offert digne de remarque. Le cerveau, coupé tranche par tranche horizontale, était à l'état normal pour la couleur et la densité. Les ventricules contenaient quelques grammes d'une sérosité citrine exhalée sans doute au moment de la mort. En somme, rien ou presque rien.

Thorax. — La poitrine ouverte nous a fait apercevoir toute la face antérieure du médiastin distendu par une masse d'un aspect bleuâtre. Cette coloration par transparence du péricarde était due à une accumulation sanguine qui remplissait toute la cavité de cette membrane. Je l'ai immédiatement incisée, et, en effet, nous en avons retiré un énorme caillot d'un sang parfaitement noir. Ce caillot aplati, d'une épaisseur approximative de 2 centimètres en moyenne, se moulait exactement sur le cœur. Sa largeur était celle de toute la circonférence de ce viscère. Ce caillot a été enlevé en présence des docteurs Perrier et Perrin, médecins de l'hôtel. Nous avons alors recherché le point de départ de cette hémorrhagie. Voici le résultat de cette recherche :

Toute la racine des vaisseaux pulmonaires, à partir du cercle fibreux du cœur jusqu'à la bifurcation des artères et veines pulmonaires, jusque dans le tissu même du poumon gauche, était entourée par du sang infiltré, dans un état de coagulation complète. Cette infiltration s'était faite dans le tissu cellulaire périvasculaire. Le sang avait gagné de proche en proche jusque sous le cul-de-sac supérieur du péricarde, et avait envahi l'origine des vaisseaux émergents de l'organe central de la circulation. Mais, arrivé au cercle horizontal, le sang épanché n'avait pu vaincre la résistance de l'anneau fibreux, et toute la pression s'était portée du côté du péricarde, à travers lequel il avait fini par s'ouvrir une issue, que du reste nous n'avons pu retrouver. Nous sommes allés ensuite à la recherche, dans la racine du poumon, du vaisseau rompu. Malgré tous nos efforts, nous ne sommes pas parvenus à trouver le point de départ incontestable de l'hémorrhagie. Le docteur Perrin a bien, il est vrai, rencontré une petite veine pulmonaire, du volume d'une plume de corbeau, qui présentait une ouverture circulaire à bords amincis, qui nous a paru en être le point de départ. Mais il est permis de se demander si cet orifice accidentel n'avait pas été produit par nos moyens de recherche pour le découvrir. Quel qu'ait été du reste le point de départ exact, il est hors de doute que le sang a marché de la racine du poumon vers le cœur. Lorsque l'accumulation sanguine a été circonscrite, d'une part, par l'anneau fibreux du cœur, et le tissu pulmonaire, rendu plus résistant encore par l'élasticité de l'air des vésicules; de l'autre, elle a fait irruption dans le péricarde, le sang continuant à sortir par l'orifice accidentel du vaisseau malade.

Le cœur était totalement rétracté et à l'état normal. Ses cavités étaient vides.

Dr BILLARD,
Médecin requis aux Invalides,
médecin de la maison du prince Napoléon.

HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Note sur la Salsepareille indigène

(*Smilax aspera.* — Linnée.)

Par M. SERRES, pharmacien.

Le *smilax aspera* croît spontanément dans le midi de la France (Languedoc, Roussillon, Provence), et il est très abondant en Italie, en Espagne, sur le littoral africain et dans les îles de la Méditerranée. C'est une plante dioïque, d'un mètre à un mètre et demi de hauteur, munie de vrilles qui partent de la base des pétioles. Elle a la tige rameuse, quadrangulaire, striée, armée d'aiguillons durs et recourbés : les feuilles d'un beau vert, alternes, stipulées, hastées, coriaces, munies d'aiguillons sur les bords, avec sept nervures longitudinales anastomosées; les fleurs disposées en grappes terminales, petites, d'un blanc éclatant ***passant au jaune après la fécondation, et répandant une odeur de miel très prononcée.*** Le calice a six divisions. Les fleurs mâles ont six étamines libres; les fleurs femelles portent trois stigmates; le fruit est une baie à deux ou trois loges.

Cette jolie plante s'attache, au moyen de ses vrilles, aux végétaux plus robustes qui l'entourent ; quand elle est isolée, elle s'étale sur le sol, ses tiges étant trop faibles pour la soutenir. Elle fleurit en septembre et octobre, et à cette époque il est facile de la reconnaître, même au milieu d'un fourré épais, grâce à l'odeur de miel qui la trahit.

J'ai observé pour la première fois cette intéressante smilacée dans les montagnes de l'Aude, où elle se trouve reléguée par les progrès de la culture dans des terrains presque arides, au milieu de broussailles, et dans les anfractuosités des rochers. C'est à cette circonstance, sans doute, qu'il faut attribuer la forme grêle de ses radicules, qui se ramifient plusieurs fois et constituent un véritable chevelu. Dans cette pensée, j'ai entrepris des essais de culture, pour voir quelles transformations subiraient les racines ; j'ai arraché quelques jeunes plants sur la montagne et les ai transportés dans un bon terrain meuble qu'on pouvait arroser à volonté ; les tiges n'ont pas tardé à prendre un aspect plus vigoureux, et, à l'automne suivant, j'ai recueilli des racines comparables pour la grosseur à celles que nous possédons dans nos officines, et qui proviennent de différentes espèces d'Amérique.

A l'époque où j'ai été amené à constater les caractères de cette plante par le désir de m'instruire, j'ai été frappé de la pensée qu'elle pourrait peut-être recevoir une application utile en médecine, et je me suis enquis si, comme l'affirme M. Guibourt, elle était employée quelquefois par les pharmaciens du Midi, à la place de la salsepareille officinale. J'avoue que les premières personnes à qui j'en ai parlé ne soupçonnaient même pas son existence dans nos contrées ; d'autres, qui disaient avoir étudié avec soin les végétaux de nos montagnes, soutenaient qu'elle appartient aux liserons, et qu'elle doit en avoir les propriétés purgatives, trompées en cela par le nom de *liseron piquant* qu'elle porte, en effet, dans les anciens auteurs. Enfin, des médecins plus versés dans les classifications modernes, l'ont reconnue pour une smilacée et lui ont donné son vrai nom de *salsepareille piquante,* mais en ajoutant que c'est une plante complétement inutile et sans aucune vertu ; sans doute parce qu'elle a le tort de croître sous leurs pieds et d'être à la portée de tout le monde. Mais, pour ce qui est de son emploi dans la pharmacie, je ne l'ai rencontré nulle part, et il est certain pour moi que, si elle a été en usage autrefois, elle ne l'est plus aujourd'hui, et qu'elle devient de jour en jour plus inconnue aux gens de l'art. ?

Je n'ai pu cependant me résoudre à laisser dans l'oubli la smilacée indigène, dans la persuasion instinctive qu'elle était abandonnée à tort, et parce que j'avais trop lieu de me souvenir d'ailleurs des difficultés sans nombre que nous éprouvons à nous procurer les médicaments exotiques dans un état satisfaisant de pureté et de conservation. Ne sommes-nous pas, en effet, obligés tous les jours, dans nos achats, à la droguerie, de prélever un échantillon pour l'analyse, si nous ne voulons pas nous exposer à donner à nos malades du quinquina sans quinine, de l'opium sans morphine, etc.

Et, pour ne pas sortir du sujet, je dirai avec Hancock que *les habitants de la Guyane mêlent à la salsepareille d'autres smilax qui lui ressemblent, et même des plantes d'autres familles, et que cela explique le peu de crédit que beaucoup de médecins accordent aux propriétés de cette plante.* Ce qu'on ignore encore assez généralement, c'est que les habitants de l'Amérique récoltent leur salsepareille officinale sur les collines, dans les terrains secs, comme nous l'apprend Hancock et comme me le rappelait dernièrement un jeune médecin du Brésil, M. de Carvalho ; tandis que la plus grande partie de la salsepareille qui nous arrive est cueillie sur les côtes, où l'eau de la mer la baigne à la marée haute, ainsi que me l'ont affirmé M. Bélanger, directeur du jardin botanique de la Martinique, et un de mes amis qui a longtemps voyagé dans ces contrées.

Ce fait est prouvé d'ailleurs par les quantités considérables de sel marin qu'on trouve dans les différents échantillons du commerce, et il explique le résultat que j'ai obtenu avec une salsepareille *Honduras,* dont l'extrait aqueux m'a fourni **50 0/0** de chlorure de sodium.

Bien que mon intention ne soit pas de réhabiliter la vertu de la plante exotique, j'ai cru devoir entrer dans ces détails pour mieux montrer combien il nous est difficile d'avoir de bons remèdes venus de si loin, et combien il serait préférable, quand cela se peut, de recourir plutôt aux plantes de notre pays.

Pour démontrer cette possibilité par rapport à la salsepareille, j'ai d'abord cherché dans les auteurs ce qui a été dit sur le smilax indigène.

Dioscoride en parle (liv. I, chap. 3) comme d'une plante douée de propriétés remarquables : « C'est, dit-il, un énergique contrepoison. »

Mathiole estime qu'il n'est autre que la salsepareille des Espagnols, et son opinion est fondée sur celle de Lucas Ghinus, *homme docte,* dit-il, *et bien versé dans cette faculté;* de Gibert Horschius et de Jean Hussus de Norimberg. Il ajoute que cette plante a une propriété particulière contre les douleurs de jointures, les maladies de la peau et toutes celles qui sont causées de froideur ; qu'elle est préférable au gaïac et à la squine, *étant de qualité plus chaude et subtiliante, et propre à faire suer.*

Fallope s'en est servi avec succès contre la vérole.

Lanzoni la regarde comme le remède le plus efficace contre la goutte.

Valmont de Bomare la recommande dans les affections goutteuses et paralytiques, contre les dartres vives et autres maladies de la peau, enfin comme succédanée de la salsepareille dans les maladies vénériennes.

Prosper Alpin, Tobias Aldinus, Amatus Lusitanus, Cæsalpinus, émettent la même opinion favorable.

M. de Candolle conseille de la cultiver pour l'usage.

Richard dit que le smilax indigène possède des propriétés analogues à celles de la salsepareille.

M. Banon, pharmacien de la marine, à Toulon, assure que la racine de *smilax aspera* a toutes les qualités de la salsepareille d'Amérique.

Enfin, M. Jaéger, dans une thèse imprimée à Strasbourg en **1813**, cite huit observations, dont six lui appartiennent, et dans lesquelles la guérison de divers accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires a été obtenue par le seul emploi du smilax indigène.

Ces témoignages, quelque nombreux qu'ils soient, paraîtront insuffisants, sans doute, pour démontrer l'utilité réelle de la salsepareille indigène. Mais ils ont été pour moi un encouragement à tenter quelques essais d'analyse qui m'ont amené à la découverte d'une résine âcre qui paraît être le principe actif de la plante ; d'un corps volatil, très odorant, et d'un alcaloïde différent de la smilacine et peu énergique.

Des expériences faites sur les malades, avec le concours d'un médecin habile, ont amené chez nous la conviction que le *smilax aspera* indigène, loin d'être une plante inutile, est au contraire doué de propriétés précieuses et d'une grande efficacité dans certains cas déterminés.

Le travail d'analyse et le compte rendu des expériences feront le sujet d'une seconde note.

ACADÉMIE DE MÉDECIN

Séance du 17 novembre 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Une seule pièce relative à des remèdes secrets et des états de vaccination.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. HOURSEL, de Bayonne, adresse l'état des vaccinations pratiquées à Bayonne en 1857. (Comm. de vaccine.)

M. LE Dr BURQ adresse des observations relatives à la statistique des décès.

—

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la présence de M. le docteur PÉLICAN, de Saint-Pétersbourg, membre correspondant.

—

M. VELPEAU dépose sur le bureau la relation d'un cas d'opération césarienne, pratiquée, par M. le docteur Leroy-Desbarres, sur une femme morte depuis plusieurs heures et dont l'enfant vit encore actuellement.

—

RAPPORT SUR LES VACCINATIONS.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. DEPAUL, pour la lecture d'un rapport sur les vaccinations pratiquées en 1855, et à la suite de cette lecture, l'Académie se formera en comité secret pour entendre et discuter la liste de présentation des candidats aux prix de vaccination. La discussion sur la statistique des causes de décès est remise à la séance prochaine.

M. DEPAUL donne lecture de son rapport, où, après avoir exposé le résumé des états de vaccination en France pour l'année 1855, il traite en outre de la conservation du virus vaccinal et de la revaccination.

Dans près de la moitié des cas, les plaques de verre sont insuffisantes à conserver le vaccin. Le procédé le meilleur est celui des tubes.

Quant à la revaccination, sa généralisation ne saurait être trop encouragée.

M. MOREAU désirerait que l'on fît savoir au Ministre, dans le rapport qui lui est destiné, que le nombre des naissances sera toujours supérieur à celui des vaccinations, parce qu'il est un certain nombre de nouveau-nés qui succombent avant d'avoir été vaccinés.

M. DEPAUL. Ce fait est indiqué dans le rapport.

M. TROUSSEAU. Je demande la parole, non point pour critiquer le rapport si bien fait que vous venez d'entendre, mais pour insister, au contraire, sur quelques-uns des points qu'il a abordés. Je veux parler de la conservation du vaccin et de la revaccination.

C'est peut-être la première fois que l'Académie signale un fait reconnu par tous les médecins : la difficulté de conservation du vaccin au moyen des plaques. M. le rapporteur a dit que ce mode de conservation était insuffisant dans près de la moitié des cas, et il est peut-être tombé dans une exagération favorable au procédé. J'ai, pour ma part, plusieurs fois demandé à l'Académie des plaques chargées de vaccin, et, dans plus des quatre cinquièmes des cas, il m'a été impossible d'inoculer la vaccine avec le virus ainsi conservé. M. le rapporteur indique encore très bien que le moyen d'obvier à ces inconvénients serait de recueillir le vaccin dans de tubes ; il est certain, en effet, que si pareille chose avait toujours lieu, le vaccin serait bon. Mais il est, à propos des tubes, un certain nombre de conditions nécessaires.

Ainsi, les tubes que l'on trouve chez la plupart des marchands présentent un renflement médian et sont disposés en pipette. Ils sont d'ailleurs loin d'être capillaires, de sorte que pour les remplir, on est forcé d'aspirer avec la bouche le virus vaccin. D'autre part, leur capacité est telle, qu'il faudrait bien les pustules de trente à quarante enfants pour les remplir. Cependant, on sait qu'au cinquième ou sixième jour de l'éruption vaccinale, époque où la virulence est la plus grande et où il est indiqué de recueillir le pus, les pustules vaccinales d'un enfant n'en contiennent pas une quantité suffisante pour remplir complétement ces tubes. Mais ce n'est pas seulement parce qu'ils sont trop vastes, mais surtout en raison de leur renflement médian que ces tubes sont mauvais ; car ils contiennent nécesssairement une certaine quantité d'air, qui, en contact avec le vaccin, en détermine l'altération.

Que si, au contraire, on avait des tubes exactement capillaires, ces tubes se rempliraient avec une plus grande facilité, et l'on pourrait ainsi, pendant plusieurs années, conserver du vaccin non altéré et avec lequel il serait possible de vacciner successivement quatre, cinq et même six enfants.

Il serait donc à désirer que l'Académie n'envoyât du vaccin que dans ces tubes. Mais pour les remplir, il faut du temps ; or, cette besogne pourrait être faite par une personne étrangère à notre profession, par un officier de l'Académie, auquel on donnerait une rétribution convenable. Je suis persuadé que, par ce moyen, on ne verrait plus se renouveler les plaintes sur l'inefficacité du vaccin.

Il est un autre point du rapport qui présente le plus grand intérêt ; c'est la question de la revaccination. M. le rapporteur émet le vœu que la revaccination se généralise. Il a rappelé que plusieurs épidémies avaient été immédiatement éteintes par la revaccination ; c'est donc une chose extrêmement importante que ce moyen. Aussi l'Académie me semble-t-elle avoir à émettre ce vœu que la revaccination soit *obligatoire;* ce qui serait venir à l'appui d'un rapport fait à ce sujet par M. Michel Lévy au ministre de la guerre. Vous savez d'ailleurs que dans plusieurs Etats de l'Allemagne cette revaccination est obligatoire pour tous les soldats, et que par ce moyen on a éteint, dans les années 1847 et suivantes, des épidémies de variole qui s'étaient manifestées au sein des armées prussienne et bavaroise.

L'Académie pourrait donc demander à l'administration — et elle l'obtiendrait en raison de l'autorité qui s'attache justement à ses paroles — qu'aucun ouvrier ne pût travailler à Paris sans certificat de vaccine, de même qu'il ne peut y travailler sans livret. Nous avons tous pu constater, dans nos services hospitaliers, combien de ces malheureux sont la cause involontaire de la propagation de la variole. Ce certificat n'a rien d'attentatoire à la liberté ; n'est-il point de rigueur pour l'admission dans les écoles et les colléges ? Et pourquoi ce qui est nécessaire pour les gens opulents ne le serait-il point pour les ouvriers ?

Je supplie, en conséquence l'Académie d'insérer dans un coin de son rapport le vœu que je formule ici.

M. DEPAUL répond qu'il n'est pas convenable que l'Académie indique les voies de réalisation ; il lui suffit d'indiquer le besoin. M. Trousseau a peut-être beaucoup exagéré la vérité à propos des plaques ; il est vrai qu'il s'appuie de son expérience, mais le rapporteur a pour lui l'expérience de tous les vaccinateurs de France. J'accepte cependant le chiffre de M. Trousseau, ajoute M. Depaul, car je voudrais voir exclure les plaques. Mais je dois défendre les tubes, et je crois, à cet égard, que M. Trousseau n'a jamais re

cueilli de vaccin. En effet, il suffit quelquefois d'une seule pustule pour remplir de pus deux ou trois de ces tubes. Quoi qu'il en soit de la théorie, il n'est point nécessaire que les tubes soient capillaires, et, dans un quart de minute, un tube à renflement médian peut être rempli.

En 1855, il a été distribué par l'Académie, dans le département de la Seine, 9,970 plaques et 4,200 tubes de vaccin. Les colonies elles-mêmes ont puisé à cette source à laquelle les plaques ont largement contribué.

En résumé, les plaques sont mauvaises et cela est indiqué dans le rapport; quant à la revaccination, tout le monde la demande.

M. Moreau fait observer qu'il y a plus de trente ans qu'il a demandé tout cela dans ses rapports.

M. Renault. — M. Trousseau vient de vous dire que la conservation du virus vaccin entre les plaques échoue très souvent. Je dois ajouter que la conservation du virus claveleux par ce procédé échoue toujours; il échoue toujours aussi même quand le virus est en état de parfaite dessiccation. S'il prend quelquefois, c'est quand il a encore une certaine humidité et qu'il possède la consistance de la colle. J'ai conservé pendant des mois, des années, au contact de l'air, des matières virulentes, et les inoculations que j'ai tenté de pratiquer avec elles ont constamment échoué. Quand donc un tube contient de l'air, c'est, pour le virus qu'il renferme, une cause certaine d'altération; ce qu'indique d'ailleurs manifestement l'odeur fétide que le virus a contractée. Or, avec cette altération, l'inoculation est devenue impossible. Donc, plus un tube sera capillaire et plus il sera propre à la conservation du virus.

PRÉSENTATION.

M. Scoutetten, membre correspondant, dépose sur le bureau une demi-douzaine de plâtres représentant les mains et les pieds des membres de toute une famille où les difformités se transmettaient du père à ses enfants. Les pieds ont la disposition des serres d'un crabe, et peuvent saisir les objets comme on le ferait avec les doigts. Nous publierons le travail de M. Scoutetten.

M. Moreau fait observer qu'il a vu un hypospodias transmis héréditairement du père à son fils.

L'Académie se forme à quatre heures et demie en comité secret.

CERCLE DES SCIENCES

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU VENDREDI 6 NOVEMBRE 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président met au scrutin secret l'élection de MM. les docteurs Allié et Clin. Le Cercle procède à la nomination de ces deux membres qui, ayant obtenu la majorité, sont nommés.

Ont adressé une demande écrite: M. le docteur Labourdette, présenté par MM. Joulin et Mattei; M. le docteur Hunt, présenté par MM. Langlebert et Roux; M. le docteur Allain, présenté par MM. Coffin et Mounier, et M. Desnoix, pharmacien, présenté par MM. Veyne et Calvo.

M. Langlebert, rapporteur de la commission nommée pour examiner les lésions faites sur la moelle épinière du lapin ayant servi aux expériences de M. Brown-Séquard, démontre sur la pièce même l'exactitude des faits anatomiques avancés par le savant physiologiste.

Chimie médicale. — *M. Labourdette* dit: 1° qu'après deux années de nouvelles recherches sur le passage de l'iode dans le lait des mammifères, il a constaté six fois au moins sur dix, chez les vaches, qui prennent de 15 à 20 grammes par jour d'iodure de potassium, que ces animaux ressentent vers le deuxième mois les phénomènes généraux qu'éprouve très souvent aussi l'homme lui-même. Ce qu'il y a surtout de remarquable au début chez les vaches, c'est un gonflement considérable de toute la veine abdominale, la perte de l'appétit, une inflexion en avant et en bas de la tête que beaucoup d'entre elles semblent vouloir ramener vers le sternum.

2° Que l'iode libre doit être parfaitement distingué de sa combinaison alcaline; il produit les mêmes effets, mais beaucoup plus rapidement et détermine chez beaucoup d'individus, vaches et hommes, à la dose d'un gramme 50 au plus et au bout d'un mois, de l'angine, du coryza, ou bien simplement un gonflement douloureux de la muqueuse olfactive, du larmoiement, des accidents assez aigus du côté de l'œil, d'abord vers la conjonctive, puis sur la cornée, et enfin, son action porte sur le centre optique lui-même; une choroïdite survient très probablement; puis enfin, lorsqu'on agit sur des animaux jeunes et de petite taille (ici ce sont des chats qui ont servi à mes premiers essais), l'amaurose termine la série des phénomènes. M. Labourdette ne sait encore si, après quelques mois de repos, les fonctions optiques se rétablissent.

3° Que la préparation métallique de l'iode habituellement employé en thérapeutique (iodure ferrique), ne peut être comparée à la combinaison alcaline de ce corps, car cette préparation agit comme fer et non comme iode, tandis que l'inverse a lieu pour la première;

4° Que, bien que la dose d'iode introduite dans le lait par absorption digestive et en combinaison organique qui ne nous est pas encore connue soit relativement très faible, considérant celle que l'on donne habituellement, néanmoins elle produit des effets curatifs extrêmement remarquables dans toutes les affections où les préparations d'iode sont indiquées;

5° Que la quantité du métalloïde varie singulièrement dans le lait, chez le même animal, comme la quantité du lait qu'il rend; et indépendamment de cette quantité, que les idiosyncrasies jouent un grand rôle quant à la susceptibilité des animaux, de même que chez l'homme, c'est-à-dire que chez les uns et les autres, les glandes mammaires s'atrophient rapidement ou bien résistent plus longtemps à l'iodisme; que le lait de vache et de femme peuvent facilement devenir très albumineux, ce qui est une condition pathologique, ou bien conserver pendant très longtemps, ce qui est cependant fort rare, les proportions normales des élément qui le constituent. Il en est de même des urines.

6° Que la réaction albumineuse des urines chez beaucoup d'individus soumis au régime iodique, persiste longtemps après la cessation de son emploi; qu'il peut en résulter un trouble fonctionnel difficile à faire disparaître, et se traduisant après la disparition de l'albumine par du catarrhe vésical plus ou moins intense.

7° Qu'il a pu arriver à prévenir tous les accidents chez les vaches dont il charge le lait d'iode par l'administration continue ou intermittente de préparations assez compliquées, il est vrai, de matières minérales et végétales, principalement astringentes et laxatives tour à tour, sans qu'il lui ait été possible, jusqu'à présent, d'expliquer leur mode d'action.

8° Il a ajouté de plus qu'une nouvelle série d'expériences sur le passage de l'arsenic dans le lait, lui a permis, par un mode d'entraînement convenable, de faire abandonner à cette substance la voie ordinaire par laquelle est habituellement éliminée et d'obtenir alors une quantité assez considérable d'arsenic dans le lait,

pour que ce liquide puisse jouer un rôle important en thérapeutique. Les sels dont M. Labourdette s'est servi sont l'arséniate et l'arsénite de potasse, donnés progressivement de 1 à 10 grammes dans l'espace de deux mois au moins.

M. Langlebert demande si l'iode administré à des animaux peut, après avoir passé par les glandes mammaires, se trouver dans le lait à l'état libre ou à l'état de combinaison.—Il pense, qu'en raison des affinités puissantes de ce métalloïde, il serait difficile qu'il traversât l'organisme sans se combiner.

M. Labourdette. C'est probablement à l'état de combinaison.

M. Langlebert. Il y a un moyen facile de s'en assurer : en mélangeant de l'iode libre à de l'amidon, celui-ci prend immédiatement une coloration bleue ; si l'iode est combiné avec le sodium ou le potassium par exemple, la coloration bleue ne se produit pas ; il faut, pour la mettre en évidence, ajouter au mélange une solution de chlore ou un acide énergique qui met l'iode en liberté, et lui permet ainsi de s'unir à l'amidon.

M. Labourdette. Il n'est pas à l'état libre.

M. Langlebert pense que M. Labourdette a confondu l'iode avec l'iodure de potassium, et au point de vue physiologique et thérapeutique, il y a entre ces composés une grande différence. M. Puche a donné sans inconvénient jusqu'à 60 grammes d'iodure de potassium.

M. Labourdette. Le mode d'action n'est pas le même. Celle qu'exerce l'iodure de potassium sur les voies digestives est souvent funeste. Ainsi deux jeunes filles, auxquelles on avait donné de l'iodure de potassium à la dose de 0,56, ont éprouvé de telles douleurs d'estomac qu'on dut en suspendre l'emploi.

M. de Castelnau voudrait que M. Labourdette pût répéter ses expériences un plus grand nombre de fois, et aussi sur d'autres animaux.

M. Fleury reconnaît la différence d'action signalée entre les iodures de fer et de potassium. Un jour, un enfant de sept ans, ayant pris par mégarde une quarantaine de dragées d'iodure de fer, n'en ressentit qu'un peu de chaleur à l'épigastre et quelques douleurs abdominales, qui furent promptement dissipées par l'emploi des sinapismes et des cataplasmes.

Quant à l'iodure de potassium, bien que toléré dans la majeure partie des cas, il a vu résulter de son emploi des accidents graves; quelquefois les voies aériennes sont elles-mêmes sérieusement atteintes.

M. de Castelnau demande si parmi les membres du Cercle on admettra ceux qui cultivent la science du droit.

M. le baron Heurteloup ne la considère pas comme une science naturelle.

M. Roux pense que, le droit tenant à la médecine légale, on ne doit pas regretter les lumières spéciales venant d'une telle source.

M. Joulin est d'avis qu'on n'admette que ceux qui ont fait quelques travaux scientifiques, au point de vue de la médecine légale.

M. Heurteloup. — S'occupera-t-on de toutes les sciences, oui ou non ?

M. Joulin. — Le Cercle s'occupera de toutes les sciences.

M. Delasiauve. — Quand un membre se présente, il doit donner ses titres, et lorsqu'ils ont paru suffisants, il y a avantage plutôt qu'inconvénient à les accepter.

M. le président exprime une opinion semblable à celle de M. Delasiauve et manifeste le désir que les savants dont il s'agit auront la discrétion de ne pas présenter des questions trop étrangères aux travaux habituels du Cercle.

M. Calvo demande que la science mécanique soit admise, aussi bien que la science du droit.

M. le président met aux voix la proposition de M. de Castelnau, c'est-à-dire que les personnes qui font partie de la science du droit puissent être admises.

La proposition est adoptée.

La proposition de M. Calvo est mise aux voix. Elle est ajournée.

M. Delasiauve fait hommage au Cercle d'une brochure ayant pour titre : *Projet de loi sur l'exercice et l'enseignement de la médecine.*

Dans les discussions actuelles de l'Académie, la Commission accepte implicitement l'institution des médecins cantonnaux. Cet objet a été depuis longtemps élucidé dans le travail de M. Delasiauve, qui n'est lui-même qu'une sorte de reproduction de son livre sur l'organisation médicale en France, publié en 1843.

L'institution des médecins cantonnaux est, il le croit, jugée. Il l'avait combattue par des considérations et des faits qui ont prévalu dans la théorie et même dans la pratique. Aujourd'hui les dispensaires, dans les campagnes, délivrent des cartes aux malades, qui, choisissant le médecin qui leur convient, les livrent en échange des visites.

M. Delasiauve présente un deuxième Mémoire intitulé : *De la Monomanie au point de vue psychologique et légal.* Ce travail, lu à la Société médico-psychologique, a soulevé un débat très vif, qui n'a pas duré moins de treize séances. La matière est épineuse et ardue; M. Delasiauve s'est appliqué à déterminer les règles qui, dans des circonstances généralement très délicates, doivent guider les médecins, les magistrats et les administrateurs. Il s'est efforcé surtout, par la précision et la clarté, de faire tomber les préjugés qui trop souvent nuisent, dans l'esprit des juges, à la valeur des décisions médicales.

M. le président adresse, au nom de la Société, des remerciements à M. Delasiauve pour sa double présentation.

La séance est levé à dix heures un quart.

Le vice-secrétaire : EM. DUVAL.

Ordre du jour de la réunion hebdomadaire du vendredi 20 novembre.

1° Exposition des nouveaux appareils pour l'application de la *galvano-caustique*, par M. BROCA.

2° Démonstration expérimentale de la théorie des battements du cœur, par M. le docteur Hiffelsheim.

3° Elections et présentations de nouveaux membres.

4° Communications diverses.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 140. 5me ANNÉE. Samedi, 21 Novembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal parait 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an........ 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur le traitement des engorgements du col de l'utérus par l'emploi de la pommade à l'iodure de chlorure mercureux.

Par le docteur CH. BERNARD, médecin des hôpitaux.

Dans le cours de mes études sur les maladies de l'utérus, j'ai eu l'occasion d'employer, entre autres moyens, pour combattre les engorgements du col, la pommade à l'iodure de chlorure mercureux. J'en avais retiré déjà des effets qui m'avaient semblé avantageux dans un ou deux cas, quand M. le docteur Rochard me proposa de reprendre ensemble les expériences que j'avais faites seul. La proposition ayant été acceptée, les malades furent examinées et suivies avec soin, et les applications de la pommade pratiquées par M. Rochard lui-même.

C'est le résumé de ces expériences, qui ne portent encore, il est vrai, que sur un petit nombre de faits, mais qui viennent confirmer les premiers résultats annoncés par notre habile confrère, que je public aujourd'hui dans cette note. Pour ne pas lui donner trop de développement, je serai sobre de considérations générales; en agir autrement, ce serait s'exposer à tomber dans des répétitions inutiles et à reproduire en partie les notes présentées aux Académies par M. Rochard. Je me bornerai donc à l'exposition des observations, que notre digne élève, M. Lejuge, a faites sous notre direction avec son soin et sa conscience ordinaires.

Plusieurs publications nous ont déjà fait connaître un excitant nouveau, que M. Rochard, par suite d'une doctrine que nous n'avons pas à discuter ici, désigne sous le nom d'*épispasique*, et qui produit une sorte de *poussée* sur le col de l'utérus, sous la forme d'une couche albumineuse. D'après ce que nous savions de son mode d'action et de ses effets, nous n'avons cru devoir y recourir que dans le cas d'engorgement simple du col de l'utérus, sans ou avec une légère ulcération. Dans les faits que nous allons rapporter, il y avait, en effet, seulement un engorgement inflammatoire plus ou moins prononcé, remontant déjà à une époque assez éloignée et paraissant par sa durée et sa marche tendre vers la forme

BIBLIOGRAPHIE.

De la cause immédiate et du traitement spécifique de la phthisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses.

Par M. FRANCIS CHURCHILL.

La phthisie pulmonaire est, sans aucun doute, une des maladies qui ont le plus exercé la patience et la sagacité des pathologistes et des thérapeutistes. C'est, de tous les maux qui affectent l'humanité, un des plus terribles et des plus répandus; nous savons en effet que, dans les grands centres de population comme Paris, Londres, etc., un sixième des décès a pour cause cette affection. Malgré les recherches incessantes pour arriver à guérir la phthisie, nous pouvons dire hardiment qu'aucune n'a produit jusqu'ici rien de satisfaisant.

Cependant le livre dont nous sommes chargé de rendre compte ici, tend à démontrer l'existence du spécifique de la phthisie ; ce spécifique serait l'acide hypophosphoreux uni à une base telle que la chaux, la soude, la potasse et même l'ammoniaque. Comment l'auteur est-il arrivé à un tel résultat ? La chose mérite d'être connue.

Disons de suite que l'auteur renie l'école anatomique qui ne procède que par observation ou vérification ; cette école n'aurait abouti en pathologie qu'à la localisation des maladies et à la médecine descriptive ; en thérapeutique, elle a conduit au scepticisme et au néant « Ce qui le prouve abondamment c'est que les seules conquêtes réelle, faites pendant son règne, la vaccine, l'emploi de l'iode et l'anesthésie, se sont faites en dehors d'elle, et sont si loin de se rattacher à ses travaux qu'elle ne sait ni les expliquer, ni les comprendre. »

Nous voudrions bien savoir comment M. Churchill, qui se déclare grand partisan de la méthode d'invention ou d'induction, expliquera, d'*une manière satisfaisante*, l'action de la vaccine, de l'iode et de l'anesthésie. L'auteur espère que le travail qu'il soumet au public est appelé à amener une grande révolution en médecine. « J'avouerai, dit-il, sans affectation de fausse modestie, que je ne suis pas indifférent à l'idée que, si les résultats auxquels je suis arrivé sont définitivement confirmés par l'expérience, la médecine proprement dite (et j'entends par là l'art de guérir) prendra rang parmi lès sciences d'induction. » Certes, M. Churchill aurait grandement tort d'être modeste; lorsque l'on guérit la phthisie, lorsque l'on est appelé à faire une révolution dans une science telle que la médecine, enfin, lorsqu'on a trouvé un remède, comme il nous le laisse pressentir, contre le choléra et la fièvre jaune; nous le répétons, toute fausse modestie serait déplacée.

Mais laissons de côté le choléra, la fièvre jaune, l'école anatomique, et revenons à la découverte de M. Churchill. C'est donc par induction qu'il y est arrivé. L'auteur a pensé que la diathèse tuberculeuse ne pouvait dépendre que de la perturbation d'une des principales fonctions de l'économie, et il a rattaché cette perturbation à une modification de l'hématose. Jusqu'ici, rien de bien nouveau. Mais l'auteur tient à spécifier davantage. Où trouver cette modification ? sera-ce dans la partie organique du sang ou dans la partie inorganique ?

chronique. Nous n'avons pas voulu employer la pommade pendant la période d'engorgement inflammatoire aigu qui survient à la suite de couches, d'avortements ou de toute autre cause physique. Nous croyons qu'alors les antiphlogistiques et les émollients de toute sorte sont seuls indiqués, et que les caustiques, la pommade de M. Rochard comme les autres, doivent être sévèrement proscrits. Mais, lorsque les accidents aigus ont cessé, en laissant après eux un engorgement plus ou moins volumineux, dur et tenace, c'est le moment où la pommade excitante peut être employée avec avantage.

Quoique nous renvoyons à la note communiquée par M. Rochard à l'Académie des sciences (séance du 22 décembre 1856), pour l'application et les effets physiologiques de la pommade à l'iodure de chlorure mercureux, cependant, pour la commodité du lecteur, nous sommes obligé de dire quelques mots ici du mode de pansement, de même que nous signalerons, après l'exposition des faits, les résultats physiologiques et thérapeutiques que nous aurons observés.

Le col de l'utérus, complétement découvert à l'aide d'un spéculum trivalve, articulé ou plein, est nettoyé des mucosités qui le recouvrent avec de la charpie ou de la ouate, ce qui nous a toujours suffi, ou avec un tampon imbibé de glycérine et appliqué la veille sur le col, comme le conseille M. Rochard. D'autre part, on prépare un plumasseau de charpie peu épais, d'une dimension un peu plus grande que le col et dont on recouvre le centre d'une couche légère de pommade, afin que les bords restés secs défendent la muqueuse vaginale du contact du médicament qui pourrait y occasionner de l'inflammation (M Rochard). Puis, le plumasseau est porté sur le col soit avec une pince à pansement, soit, ce qui vaut mieux et comme l'a fait souvent devant nous M. Rochard, à l'aide d'un tube de bois, dont l'une des extrémités, celle sur laquelle on place le plumasseau, présente des dimensions en rapport avec celles du col, et dans lequel glisse un mandrin qui applique d'une manière exacte le plumasseau sur l'organe utérin. Cela fait, on remplit le vagin de boulettes de ouate et on retire le spéculum. Il faut avoir soin de ne pas bourrer le vagin, on occasionnerait à la femme une gêne et des douleurs inutiles. Six ou sept heures après l'application de la pommade, on introduit de nouveau le spéculum, on enlève les différentes pièces du pansement et on met à nu le col, qu'on trouve, comme nous allons le voir, toujours recouvert d'une exsudation albumineuse.

Nous arrivons aux observations :

Obs. I. — *Engorgement du col. — Deux applications de pommade. — Guérison en six semaines.*

Le 21 août 1857, est entrée à la Charité (salle Saint-Vincent, nº 16) la nommée Dumont, âgée de 23 ans et d'une bonne santé habituelle. Elle a eu un enfant il y a trois ans ; ses couches ont été laborieuses.

En cherchant à sauter par-dessus un mur, il y a deux mois, elle fut prise de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, douleurs qui se sont propagées dans la région lombaire, les aines et les cuisses, et qui, par leur intensité, l'empêchaient de travailler et de marcher.

Au moment de l'admission de la malade à l'hôpital, on constate, outre les souffrances dont nous venons de parler, et qui ont forcé cette femme à se reposer, que le col de l'utérus est volumineux, dur, chaud et douloureux à la pression.

Sous l'influence de douches générales en pluie, d'une minute de durée, et de quelques douches ascendantes, les douleurs utérines se sont un peu calmées.

21 *septembre* — Application du spéculum : le col est volumineux, occupe tout le champ de l'instrument; il offre quelques petites granulations sur la lèvre postérieure.

Un petit plumasseau de charpie, couvert d'une légère couche de la pommade à l'iodure de chlorure mercureux (0,75 cent. de sel pour 60 gram. d'axonge) est appliqué par M. Rochard lui-même, et avec les précautions qu'il a depuis longtemps indiquées.

Au bout de quatre heures, la malade commence à ressentir d'assez fortes douleurs dans le bas-ventre.

Sept heures après l'application, l'appareil de pansement est enlevé et on aperçoit sur le col une légère couche albumineuse.

Les jours suivants, les douleurs sont moindres et la malade se sent un peu plus légère.

28 *septembre*. — Le spéculum montre que le volume et l'aspect du col ne se sont pas sensiblement modifiés.

1er *octobre*. — Deuxième application de la pommade.

Il y a eu cette fois, pendant les heures qui ont suivi, beaucoup moins de douleurs, et ces dernières ont cessé aussitôt que les bourdonnets ont été retirés.

Les principes organiques? MM. Andral et Gavarret ont démontré qu'ils n'étaient pas modifiés dans la phthisie.

C'est donc dans les principes inorganiques ; mais ils sont nombreux. Comment faire? Laissons parler M. Churchill. « La science possédait de nombreux faits constatant l'influence sur l'économie de la plupart de ces principes ; ainsi le fer, le soufre, soit à l'état de sulfure soit à l'état de sulfate, les chlorures, les alcalins sont d'un emploi journalier ; tous, ou presque tous, avaient été essayés dans le traitement de la tuberculose, et quoique chacun d'entre eux ait été préconisé tour à tour, aucun n'avait présenté des effets assez marquants, ni surtout assez constants pour qu'on pût lui attribuer une influence réelle sur la maladie. J'éliminai donc ces éléments de mon calcul, sauf à y revenir plus tard s'il le fallait, et je me décidai à commencer mon essai par le phosphore. »

Il faut avouer que M. Churchill est un homme heureux, car son essai n'est rien moins que la découverte du spécifique de la phthisie.

Le phosphore est donc le principe qui manque dans le sang des tuberculeux. Mais l'auteur devait se demander alors sous quelle forme ce principe doit s'y trouver. Comme la chimie n'a pu le découvrir, il ne se trouve pas arrêté pour si peu; il a recours à sa méthode qui a cela de bon au moins, c'est de ne jamais embarrasser ses partisans.

M. Churchil fait donc une seconde hypothèse; il admet que le principe phosphoré du sang ou de l'organisme ne se trouve pas à l'état d'acide phosphorique ; il tire une conclusion de cette hypothèse, c'est que ce principe phosphoré doit jouer le double rôle d'un corps éminemment combustible et susceptible en même temps d'entrer en combinaison moléculaire avec les autres éléments de l'organisme.

Or, ni l'acide phosphorique, ni le phosphore, ne remplissent cette double condition. Le premier est déjà à son maximum d'oxygénation; le second, mis en contact avec les tissus, doit, pour devenir assimilable, se transformer en acide phosphorique. « Je crus donc, dit l'auteur, pouvoir, *en bonne logique*, établir la double hypothèse suivante : Que la diathèse tuberculeuse dépendait d'une diminution dans l'économie de l'élément phosphoré, et que cet élément avant à jouer le rôle d'un corps combustible, devait s'y trouver à un degré d'oxydation inférieur à celui de l'acide phosphorique. » Ce corps, d'une oxydation inférieure à l'acide phosphoreux, c'est l'acide hypophosphoreux.

Hâtons-nous ne dire que M. Churchill, ignorant s'il n'y aurait pas de graves inconvénients à employer ce médicament, fit les premières expériences sur lui-même, et c'est après être parvenu à prendre six grains d'hypophosphite de chaux qu'il se décida à l'employer chez ses malades.

Nous ne discuterons pas la valeur des hypothèses faites par l'auteur, nous avons hâte d'arriver à la seconde partie de l'ouvrage, c'est-à-dire à l'examen des faits.

Les observations sont au nombre de 34, divisées de la manière suivante : 9 cas de guérison complète; 11 cas avec grande amélioration, et 14 cas terminés par la mort.

On comprendra facilement que les neuf premiers cas présentent un intérêt véritable ; eux seuls peuvent prouver si l'hypophosphite de chaux ou de soude est réellement le spécifique de la phthisie. Si ce remède ne fait que soulager ou amender le mal ; tout en lui reconnaissant cette propriété qui, certes, a bien sa valeur, nous le rangerons à côté de tant d'autres traitements qui parfois ont pu amener le même résultat. Quant à la troisième série d'observations, elle n'a aucune valeur au point de vue auquel nous nous plaçons.

A partir de ce jour jusqu'au 12 octobre, une amélioration graduelle et sensible commence à se produire dans l'état fonctionnel comme dans l'état physique des parties. Les douleurs disparaissent peu à peu ; la marche devient plus facile. La malade peut s'occuper dans la salle sans éprouver de fatigue. En même temps le col de l'utérus diminue de volume et de consistance, et le 12 octobre, il paraît revenu à peu près à ses dimensions normales. La malade se trouve dans tous les cas très bien, et demande à sortir.

Obs. II. — *Engorgement de date récente. — Une application de pommade. — Guérison en cinq semaines.*

Le 1er septembre 1857 est admise à la Charité (salle Saint-Vincent, n° 22) la nommée Colle, âgée de 25 ans, arrivée à Paris il y a quatre mois, sans avoir, affirme-t-elle, jamais eu ni enfants, ni fausses couches.

Depuis quinze jours, elle a été prise de malaise, de courbature, puis de vives douleurs dans la région lombaire et les fosses iliaques, de difficulté d'uriner, de chaleur et de pesanteur au périnée. La marche est devenue pénible et douloureuse.

7 *septembre.* — Examen au spéculum : le col présente un engorgement considérable, un peu de rougeur et quelques petites ulcérations à l'orifice utérin. Application de la pommade (iodure de chlorure mercureux, 0,50 cent. pour 60 gram. d'axonge).

Une heure après, la malade commence à souffrir ; elle a éprouvé un peu de chaleur dans le petit bassin. Les douleurs ont augmenté toute la journée. A cinq heures et demie du soir (huit heures après l'application), il existe sur tout le col une exsudation blanchâtre albumineuse. La muqueuse du vagin est elle-même atteinte ; c'est ce qui a contribué à augmenter les douleurs. L'enlèvement du tampon calme pendant quelque temps les douleurs, qui reprennent avec intensité à neuf heures du soir et cessent vers le matin.

8 *septembre.* — Examen au spéculum : l'exsudation existe encore, le col paraît plus rouge et plus gonflé autour de ce produit albumineux.

Les deux jours suivants, encore quelques douleurs.

10 *septembre.* — Les règles paraissent ce matin plus abondamment que les dernières fois et accompagnées de vives souffrances qui ne se calment que le soir.

14 *septembre.* — Le spéculum montre que le col a diminué de volume et qu'il est un peu rouge.

17 *septembre.* — Examen au spéculum : diminution du col, petite ulcération à droite de l'orifice, qu'on cautérise avec le nitrate d'argent.

24 *septembre.* — Le col paraît avoir à peu près le même volume.

28 *septembre.* — Même état local ; mais les douleurs ont beaucoup diminué ; la malade peut marcher sans souffrir.

9 *octobre.* — La malade quitte l'hôpital se sentant bien portante, n'éprouvant plus de douleur dans le bas-ventre, et le col de l'utérus nous semble avoir repris son volume et sa consistance ordinaires.

Dans ces deux observations, l'engorgement paraissait de date assez récente, remontant à quinze jours dans l'un et à un ou deux mois dans l'autre ; il semblait tenir à de violents efforts ou à des fatigues physiques. La guérison a été rapide. La pommade caustique, appliquée deux fois dans la première observation et une fois seulement dans la seconde, y a, croyons-nous fortement contribué ; mais on doit l'attribuer en partie au repos et à la marche naturelle de la maladie.

Obs. III. — *Engorgement remontant à une époque éloignée. — Douleurs vives. — Une application de pommade. — Guérison en six semaines.*

La nommée Pauline L...., âgée de 18 ans, piqueuse de bottines, entre à l'hôpital (salle Saint-Vincent, n° 17) le 31 août.

A la suite d'une fausse couche, faite il y a 2 ans, elle eut une perte très abondante qui la rendit fort malade, et depuis lors elle a toujours souffert dans les fosses iliaques, la gauche surtout ; la pression est douloureuse. La marche et la station sont difficiles, par l'exaspération qu'elles produisent dans les douleurs.

Par le toucher, nous constatons que le col est très dur et très engorgé.

Pendant 15 jours, le traitement consiste en bains tièdes, injections émollientes, puis en douches générales et ascendantes.

17 *septembre.* — L'engorgement du col est toujours le même, ainsi que les souffrances qui en sont la conséquence.

Application de la pommade à l'iodure de chlorure mercureux.

La malade souffre toute la journée ; sept heures après l'application, on retire l'appareil et on ne trouve que peu d'exsudation albumineuse sur le col.

Nous ne pouvons entrer ici dans une discussion détaillée des faits, nous devons nous borner à une appréciation générale.

La première condition pour démontrer l'efficacité d'un médicament dans une maladie, c'est d'abord de bien établir le diagnostic de cette affection. Dans l'état actuel de la science, ce n'est pas chose facile que de reconnaître une phthisie au premier degré. Dans ce cas, les signes locaux et généraux doivent être signalés avec le plus grand soin, et malgré cela le médecin reste souvent dans le doute ; il est obligé de s'en tenir à une présomption, en attendant que la marche de la maladie fasse naître des symptômes qui ne laissent plus d'incertitude dans l'esprit. Les observations de M. Churchill, il faut bien l'avouer, ne sont pas dans cette dernière condition, le diagnostic nous paraît souvent établi un peu légèrement. L'auteur lui-même semble parfois conserver des doutes sur la maladie qu'il traite ; c'est ainsi que nous lisons à la fin de la septième observation ces mots : « Toutefois, quoique les probabilités me semblent en faveur du diagnostic que j'ai porté, je le donne sous toutes réserves. » Nous sommes loin de trouver mauvais ce doute émis par M. Churchill ; bien loin de là, nous voudrions voir l'auteur agir de même pour plusieurs de ses observations ; mais ce qui nous étonne, c'est que ce fait soit cité comme un cas de guérison complète.

Une autre condition indispensable pour bien établir la curabilité d'une maladie telle que la phthisie, c'est de démontrer la durée de la guérison. Or, les cas cités par M. Churchill laissent encore à désirer sous ce rapport. Le plus souvent les malades disparaissent sans qu'il soit possible au médecin de savoir d'une manière précise dans quel état ils se trouvent au bout de quelques mois et de quelques années ; souvent même ils disparaissent avant la fin du traitement comme dans les observations 2 et 8.

Les faits cités par l'auteur de ce travail ne nous semblent donc pas avoir toutes les conditions désirables pour ne laisser aucun doute dans l'esprit. Mais hâtons-nous dire que s'ils ne démontrent pas la guérison de la phthisie, ils semblent prouver au moins dans certains cas la réalité d'une grande amélioration. Cette action de la médication nous a paru se manifester surtout chez les phthisiques affaiblis par des sueurs abondantes. L'hypophosphite de chaux ou de soude nous paraît avoir alors une certaine analogie, comme l'a déjà démontré Siemerling, avec l'acide phosphorique ; les malades voient sous l'influence de la médication les sueurs cesser, l'expectoration diminuer, l'appétit et les forces renaître.

Si cette action des hypophosphites était définitivement démontrée, ce serait un succès plus modeste à la vérité que celui qu'espérait l'auteur, mais qui cependant ne serait pas à dédaigner. Nous ne saurions donc trop l'engager à continuer ses recherches sur l'action thérapeutique des acides du phosphore.

Dr Elleaume.

---

24 *septembre.* — Il existe encore un peu d'exsudation. Le col est moins saillant. Amélioration.

28 *septembre.* — Le col n'occupe plus que le champ du petit spéculum tout au plus. L'engorgement a bien diminué ; les douleurs sont moindres. Les règles commencent aujourd'hui et se passent bien.

6 *octobre.* — Il y a une grande amélioration dans l'état de la malade. Elle peut marcher, courir hors des salles, sans souffrir.

11 *octobre.* — Diminution du volume et de la consistance du col, qui paraît revenu à ses dimensions normales. La malade, se trouvant parfaitement bien, demande sa sortie.

Le 28 septembre, il était survenu des démangeaisons assez vives sur tout le corps, particulièrement aux cuisses. Cette éruption avait une certaine analogie avec le lichen, et céda à quelques bains alcalins.

Obs. IV. — *Engorgement ancien.* — *Trois applications de pommade.* — *Amélioration très marquée en moins d'un mois.*

La nommée Mouget, dont nous avons rapporté la première partie de l'histoire dans notre travail sur les injections d'acide carbonique (*Arch. de méd.*, 9 novembre 1857), est rentrée dans notre service le 6 septembre dernier. Elle l'avait quitté le 16 mars, n'éprouvant plus de douleurs utérines et souffrant seulement encore un peu de la tête, par suite des douches carboniques auxquelles elle avait été soumise. Elle avait pu reprendre son service de domestique et le continuer pendant plusieurs mois.

Il y a deux mois, de nouvelles douleurs, annonçant le retour de son affection utérine, ont commencé à se faire sentir de nouveau ; la région lombaire, les aines, les cuisses, les fosses iliaques en étaient le siége. La marche devint difficile et douloureuse, toute fatigue impossible. Les règles n'ont pas reparu depuis la sortie de l'hôpital.

7 *septembre.* — Par le toucher et l'examen au spéculum, nous constatons que le col est arrondi, lisse, mais en même temps dur, chaud, douloureux à la pression, volumineux et assez fortement dirigé en arrière.

Application de la pommade (iodure de chlorure mercureux 0,50 cent. pour 30 gr. d'axonge.) Une heure après, très vives douleurs que la malade compare à celles produites par une application de fer rouge ; sensation de constriction très pénible. Le tampon est retiré à 5 heures du soir. Le col est couvert de la couche albumineuse constamment signalée ; un écoulement jaunâtre s'échappe de l'orifice du col.

La nuit, la malade se plaint de douleurs dans les membres et d'une courbature générale.

9 *septembre.* — Amélioration. Les douleurs ont diminué ; la marche est plus légère.

13 *septembre.* — Les règles paraissent et n'augmentent pas les douleurs qui sont en voie de décroissance.

21 *septembre.* — Examen au spéculum : le col est aussi volumineux et remplit tout le champ du spéculum.

Seconde application de la pommade (même formule).

Cette fois, probablement parce que la couche de pommade a été très mince, il n'y a sur le col qu'une légère couche blanchâtre albumineuse. La malade a éprouvé, après l'application de la pommade, des douleurs qui se sont calmées dans la soirée.

22 *septembre.* — La malade souffre moins que les jours précédents. La marche est plus facile, moins douloureuse et plus légère. Mais en même temps surviennent d'assez vives démangeaisons sur tout le corps, et çà et là une éruption qui a la plus grande analogie avec le lichen, et qui persiste pendant quelque temps. A la fin du mois, sous l'influence de bains alcalins, l'éruption a disparu.

Du côté de l'utérus, l'amélioration se produit et augmente presque de jour en jour. Le 28 septembre, le col utérin paraît moins gros et moins dur. La malade se trouve de mieux en mieux.

9 *octobre.* — Examen au spéculum : L'engorgement du col a bien diminué ; il y a moins de rougeur ; l'antéversion est moins prononcée. Les symptômes généraux ont presque disparu. — Troisième application d'une couche légère de pommade.

Cette application donne lieu à la production d'une couche albumineuse abondante et très épaisse, mais ne détermine que des douleurs peu intenses.

Les jours suivants, la malade est beaucoup mieux ; elle reste levée toute la journée, se promène au jardin.

Exeat le 18 octobre.

Obs. V. — *Engorgement remontant à plusieurs années.* — *Trois applications de pommade et une application de sangsues.* — *Amélioration très marquée en un mois.*

Le 21 septembre 1857, la femme Larget, âgée de 26 ans, blanchisseuse, entre à la Charité (salle Saint-Vincent, n° 30). Elle a fait une fausse couche à l'âge de 19 ans, et depuis lors elle souffre toujours des reins, des aines et du bas-ventre.

Maintenant la marche est impossible, tant les souffrances sont vives. La malade éprouve, quand elle cherche à surmonter la fatigue, des envies de vomir, et est forcée de se coucher. Du reste, les règles viennent régulièrement, mais sont peu abondantes, et et il n'y a pas de flueurs blanches.

24 *septembre.* — Examen au spéculum : le col est volumineux, rouge, et présente sur la lèvre antérieure et vers l'orifice une petite ulcération.

Application de la pommade par M. Rochard. La malade a souffert toute la journée. A cinq heures du soir, il reste une légère exsudation blanchâtre albumineuse qui coiffe le col.

25 *septembre.* — La nuit a été très agitée. Les douleurs ont augmenté. (Bain tiède, catap.)

27 *septembre.* — Les règles paraissent et s'accompagnent de souffrances vives dans tout le bassin.

1er *octobre.* — Les règles étant terminées et les douleurs persistant avec une certaine intensité, on applique sur le col même et à l'aide du spéculum six sangsues, dont les piqûres saignent médiocrement.

3 *octobre.* — La malade se sent mieux ; elle est plus forte.

9 *octobre.* — Examen au spéculum : le col a un peu diminué. Les douleurs sont calmées.

Seconde application de la pommade par M. Rochard, application qui a été mieux supportée que la première. Il est vrai que les jours suivants la malade a pris des bains.

20 *octobre.* — Examen au spéculum : le col a subi encore une notable diminution ; mais il offre cependant un certain degré d'engorgement. — Troisième application de pommade par M. Rochard.

23 *octobre.* — Sortie de la malade qui est examinée au spéculum. Le col paraît un peu gonflé encore par suite de l'application de la pommade. La malade se trouve bien d'ailleurs.

Dans ces trois dernières observations, l'engorgement datait de plusieurs années et reconnaissait pour cause une couche ou un avortement antérieurs ; il avait en quelque sorte pris droit de domicile dans l'organe affecté. La guérison n'a été obtenue que dans l'un de ces cas (Obs. III); les deux autres ont résisté à plusieurs applications de la pommade. Cette dernière a produit cependant une amélioration très marquée qu'il y aurait erreur à attribuer seulement soit au repos, soit à l'emploi des autres moyens adjuvants. Ordinairement des engorgements aussi anciens et aussi douloureux résistent davantage et mettent plusieurs mois à rétrograder vers la guérison.

Nous l'avons dit en commençant ce petit travail, nous avons voulu seulement attirer de nouveau l'attention sur l'application de la pommade à l'iodure de chlorure mercureux et confirmer les résultats annoncés, il y a près d'un an, par M. Rochard. Nous nous étendrons donc fort peu sur les effets physiologiques et thérapeutiques que nous avons observés sur nos malades. Nous signalerons cependant en quelques lignes les points les plus importants à indiquer.

La pommade, convenablement appliquée et avec les précautions recommandées par M. Rochard, détermine des douleurs habituellement très supportables, qui commencent peu d'heures après l'application et qui durent de 12 à 24 heures avec quelque intensité. Les douleurs ont plusieurs fois même paru tenir autant au tamponnement du vagin et à la compression des organes voisins qu'à l'action du caustique.

Toujours, au bout de 5, 6 à 7 heures, le col est recouvert d'une exsudation blanchâtre albumineuse en rapport d'épaisseur avec la couche de pommade et le temps qu'elle a séjourné. Cette couche met, malgré les injections pratiquées matin et soir, plusieurs jours à se détacher complétement ; pendant ce temps le col présente un gonflement inflammatoire qui ne disparaît qu'un jour ou deux au moins après la chute de l'exsudation. Le travail d'élimination, la cicatrisation de la plaie qui suit la chute de l'escarre et la résolution de l'engorgement inflammatoire concomitant exigent environ 8 à 10 jours. Il nous paraît donc convenable, dans la plupart des cas, et sauf les modifications exigées par la marche de la maladie et les fonctions utérines, de ne pratiquer des applications de pommade que tous les 8 ou 10 jours.

Quand l'engorgement utérin n'est pas très considérable et de date assez récente, souvent une ou deux applications de pommade suffiront, aidées du repos et des autres moyens adjuvants, pour assurer la guérison en quelques semaines. Pour peu que la maladie soit ancienne, on devra prolonger le traitement bien plus longtemps qu'on ne peut l'obtenir de la plupart des jeunes femmes admises dans nos hôpitaux.

Pour nous résumer, nous dirons :

La pommade à l'iodure de chlorure mercureux est un excitant qui agit plus énergiquement et plus profondément que la plupart des caustiques solides ou liquides employés, tels que nitrate d'argent et nitrate de mercure ; elle a presque autant d'action que le feu, et elle offre l'avantage d'être plus facile à manier et de ne pas effrayer les malades.

Après chaque poussée produite par l'application de cette pommade, on constate la diminution du volume du col de l'utérus engorgé, un soulagement dans les douleurs éprouvées par les malades, ainsi qu'une amélioration dans la marche, qui était auparavant très pénible.

Son emploi nous paraît indiqué et efficace dans les engorgements simples du col de l'utérus, récents ou anciens.

CHIRURGIE.

De l'urétrotomie interne. — Etat actuel. — Instruments et procédés.

Par le docteur CIVIALE.

— Suite. — Voir le numéro 138. —

Les besoins de la lithotritie, au début de ma pratique, en 1823, m'obligèrent à chercher un moyen prompt et efficace de détruire les coarctations urétrales, qui siégent si fréquemment au voisinage de la fosse naviculaire, et qui apportent des obstacles sérieux, soit à l'introduction des instruments, soit à la sortie des débris calculeux. La dilatation ne produisant que des effets incomplets, et la cautérisation aggravant le mal au lieu de le guérir, j'eus recours à l'incision ; mais les procédés employés jusqu'alors étaient défectueux ; je fis construire l'instrument connu sous le nom d'*urétrotome à bascule*, et sur lequel je reviendrai. Qu'il me suffise de dire ici que cet instrument m'a rendu les plus grands services pendant trente-cinq ans, et, dans les nombreuses applications que j'en ai faites, je me suis trouvé à même d'observer les principaux effets des incisions intra-urétrales, longues et profondes.

Aussi, lorsque M. Reybard vint proposer d'appliquer cette méthode des grandes incisions au delà des points sur lesquels j'avais opéré, je n'ai point partagé l'effroi que cette manœuvre hardie inspira d'abord d'une manière à peu près générale. Sans m'arrêter à une légère différence que pouvait apporter un changement de lieu, j'aperçus d'un coup d'œil ce qu'on pouvait craindre et ce qu'on pouvait espérer d'une opération que j'avais étudiée. La manœuvre m'en était déjà très familière. J'accueillis donc avec empressement les idées de M. Reybard, et je les ai défendues dans toutes les occasions, sans toutefois adopter ses instruments et ses procédés dont je démontrerai plus loin l'insuffisance et les vices.

D'un autre côté, l'expérience m'avait appris qu'en beaucoup de cas, les méthodes ordinaires de traitement ne réussissent pas contre diverses coarctations des parties moyennes et profondes de l'urètre ; c'était pour moi une raison puissante de recourir à d'autres moyens. J'entrepris une série d'expériences qui me mirent à même et de reconnaître l'utilité de l'extension donnée à la méthode, et de faire disparaître les défauts des moyens d'action qu'elle réclamait.

Les instruments dont je me sers pour pratiquer l'urétrotomie de dedans en dehors, diffèrent suivant qu'on procède d'avant en arrière ou d'arrière en avant, et, dans ce dernier cas, d'après le lieu où l'opération doit être faite.

Au méat urinaire et dans la partie voisine, je me sers toujours, et avec le même succès, de l'urétrotome à bascule, soit qu'il s'agisse de faire un simple débridement du méat, soit, ce qui est plus fréquent, qu'on ait à diviser plus profondément une grande étendue de coarctations urétrales dures, résistantes, rétractiles. Je reviendrai sur ce point en traitant des coarctations de cette partie du canal.

Dans les régions pénienne et sous-pubienne, je me sers de l'urétrotome à olive, destiné à agir d'arrière en avant et de dedans en dehors, partout où siégent les rétrécissements, et même au col de la vessie contre les barrières urétro-vésicales.

Je ferai connaître les dispositions principales de ces instruments qui ne sont pas absolument nouveaux ; on en trouve les éléments dans ceux dont la chirurgie était en possession. Mais, en les combinant d'une autre manière, j'en ai fait des instruments qui ne ressemblent à aucun autre. Ce qui les distingue surtout, c'est que par leur emploi on opère avec facilité, précision et certitude, ce que l'on ne faisait pas auparavant. Je n'hésite pas à les recommander en toute confiance aux chirurgiens.

Urétrotomie d'avant en arrière.

L'art possède plusieurs manières de pratiquer cette opération. Quelques chirurgiens, dédaignant toute espèce de guide, poussent hardiment, dans la direction présumée du canal, un stylet aigu, un instrument tranchant, terminé en fer de lance, ou un trocart. On conçoit ce que de pareils procédés ont de hasardeux, et combien il doit répugner au praticien prudent et expérimenté d'y avoir recours. Aussi n'est-ce pas avec cette témérité que l'on procède généralement aujourd'hui.

L'instrument dont je me sers est composé d'une gaîne aplatie, taillée en biseau et terminée d'un côté par une pointe mousse. A l'extrémité opposée se trouve une virole avec vis de pression, destinée à rendre la lame immobile pendant qu'on introduit l'instrument dans l'urètre et qu'on procède aux explorations. La tige aplatie qui porte la lame, se termine en arrière par un bouton, en forme de rondelle.

A cette tige porte-lame est adapté un curseur avec vis de pression. La forme aplatie de la gaîne est d'une grande utilité; sans nuire en rien à l'introduction de l'instrument et sans augmenter son volume, elle permet de donner à la lame une largeur suffisante.

Afin de rendre la manœuvre plus facile et d'éviter les écueils, j'ai adopté pour cet instrument une disposition qui m'avait réussi dans les procédés de la cautérisation ; elle consiste à ajuster à l'extrémité de la lame tranchante une tige conductrice de 6 à 30 millimètres de longueur et terminée par une extrémité cylindrique ou à tête. Cette addition, dont quelques chirurgiens n'ont pas tenu compte et au sujet de laquelle d'autres sont tombés dans de grandes exagérations, présente un haut degré d'utilité sur laquelle je reviendrai.

Pour monter l'instrument, on place la lame dans la gaîne de manière que le tranchant n'en dépasse pas le rebord. La tige conductrice fait seule saillie ; la vis de pression de la virole rend la lame immobile, et le curseur est fixé sur la tige porte-lame, au point déterminé par la profondeur à laquelle on veut pénétrer dans la coarctation.

L'instrument étant ainsi disposé, le chirurgien l'introduit dans l'urètre, en suivant les règles générales et avec les précautions requises ; mais la manœuvre subséquente diffère suivant le but qu'on se propose et les régions dans lesquelles on opère.

I. *A la partie pénienne de l'urètre* où l'urétrotomie d'avant en arrière est surtout applicable, l'opération est généralement facile. Après les explorations et le traitement préalables, la verge étant allongée, le chirurgien porte l'instrument jusqu'à la coarctation, dans laquelle il cherche à faire pénétrer la tige conductrice, résultat qu'on n'obtient pas toujours facilement. Lorsqu'il y est parvenu, il desserre la vis de pression de la virole et pousse la tige porte-lame jusqu'à ce que le curseur touche à la virole de la gaîne qui forme arrêt. L'opérateur se trouve garanti, en incisant les tissus, contre la fausse route, par le conducteur, et contre un excès de longueur de l'incision, par le curseur. Quant à la profondeur de la section, il n'y a pas à s'en occuper. La lame, à raison de sa largeur déterminée, ne pouvant faire qu'une division qui lui soit proportionnelle, dans tous les cas, il n'y a de divisés que les tissus superficiels.

Avec les notions qu'il avait précédemment acquises et les données fournies par l'urétrotome ainsi que par le toucher au moment de l'opération, le chirurgien se trouve à même, non-seulement d'éviter tout danger par déviation de l'instrument comme par excès de son action, mais encore de donner une grande précision à la manœuvre. En effet, il connaît l'étendue d'avant en arrière du point rétréci ; il sait qu'il est franchissable, et il proportionne la grosseur du stylet conducteur à la lumière de son orifice ; il suit par le toucher la progression de la lame et du conducteur qui la surmonte ; il a déterminé d'avance l'étendue qu'il veut donner à l'incision, et, par conséquent, au moyen du curseur et de la vis de pression, la lame ne sortira de la gaîne que de la longueur déjà réglée.

Mais si la théorie semble, au premier abord, satisfaire à toutes les exigences, la pratique aura ses mécomptes, dont il est nécessaire d'étudier les causes, dans les cas très variés qui peuvent se présenter.

Première série de cas. — S'agit-il d'un rétrécissement dur, non dilatable, de la partie pénienne de l'urètre, admettant une très fine bougie et un conducteur, mais résistant à l'action des moyens ordinaires? La division des tissus d'avant en arrière devient alors une méthode de choix, et doit être employée avec d'autant plus de confiance et de sûreté, que la coarctation est plus rapprochée du méat urinaire. Dans plusieurs de ces cas, j'y ai eu recours, et je suis parvenu, au moyen d'un simple débridement, à rendre possible la dilatation temporaire, dont je n'obtenais aucun résultat, à raison de l'étroitesse et de la dureté du rétrécissement, ou à disposer le canal à recevoir un urétrotome à olive, coupant d'arrière en avant.

En général, toutes les fois que la coarctation est circonscrite, qu'elle peut être entièrement traversée par la tige conductrice, et divisée en une seule fois, on ne doit pas hésiter à recourir à l'opération, dont le succès est assuré. Ce sont les cas les plus favorables ; la manœuvre est facile et sûre ; on n'a rien à redouter, et la simple division, même superficielle, des bandes résistantes qui forment le rétrécissement, suffit pour donner à la suite du traitement une marche régulière et satisfaisante. Il serait superflu de citer des faits pratiques. Ce qui est constaté, c'est que les cas de cette catégorie ne sont pas rares, et qu'en les traitant par la méthode de la dilatation, on perd beaucoup de temps et l'on produit beaucoup de douleurs.

Deuxième série de cas. — Lorsque le rétrécissement a une grande étendue d'avant en arrière, la tige conductrice peut ne pas le traverser entièrement. Elle est serrée, embarrassée, et ne chemine qu'avec peine, malgré la force avec laquelle on la pousse, et finalement elle est arrêtée dans la masse indurée, avant que la lame tranchante soit sortie de la gaîne et qu'elle puisse atteindre l'orifice de la coarctation.

Il suffit quelquefois, pour surmonter les difficultés, de prendre un urétrotome à tige conductrice plus grêle, et le cas rentre alors dans la catégorie de ceux que je viens d'indiquer. Mais le plus communément, la résistance de l'angustie paraît insurmontable, le chirurgien est réduit à opérer en plusieurs temps, au moyen d'un instrument dont la tige conductrice cylindrique, très mince, n'a que 4 à 6 millimètres de longueur. Dès que cette tige cesse d'avancer, l'opérateur desserre la vis de pression de la gaîne, et, sans cesser de pousser, il retire celle-ci de quelques millimètres, afin de découvrir une partie de la lame. Il tire alors sur le gland pour allonger la verge, presse sur le bouton du porte-lame et parvient ainsi à opérer une sorte de débridement de la partie de la coarctation qu'il a pu traverser. La lame étant ramenée dans la gaîne, on retire l'instrument, et l'opération est suspendue pour être reprise plus tard.

Mais alors apparaissent souvent de nouvelles difficultés, et la position du chirurgien peut même devenir embarrassante.

On avait pensé, et quelques faits pratiques autorisaient à croire, que des bougies introduites avec soin pénétreraient plus aisément et plus loin à la faveur de ce commencement de débridement, et que, par cette dilatation tout à la fois d'avant en arrière et de dedans en dehors, on avancerait, tout en écartant les lèvres de la plaie ; c'est ce que j'ai observé dans quelques cas, notamment chez le malade Vergnes, en novembre 1851. Les bougies les plus fines ne pénétraient pas ; à cinq jours d'intervalle, je fis deux incisions d'avant en arrière : la première ne produisit aucun changement dans la miction ; après la seconde, j'introduisis successivement de petites bougies et plus tard un urétrotome à olive au moyen duquel la coarctation fut divisée d'arrière en avant.

Toutefois, il est préférable, dans la généralité des cas, de ne pas tourmenter les malades par ces tentatives d'introduction plus

ou moins forcée de bougies flexibles ou solides. Il convient, au contraire, de se hâter de compléter, s'il est possible, la division des tissus, et si l'on ne réussit pas, il faut songer à d'autres moyens, spécialement à l'urétrotomie de dehors en dedans quand il y a urgence.

Je rapporterai sommairement, à ce sujet, deux cas que j'ai observés en 1853.

Le premier est celui d'un rétrécissement long, dur, noueux, très étroit, qui occupait la partie pénienne de l'urètre, en avant du scrotum. Les bougies y pénétraient, mais ne le traversaient pas, malgré des tentatives répétées pendant quinze jours. La tige conductrice de l'urétrotome s'engageait également, mais elle était bientôt arrêtée; on la distinguait par le toucher d'une manière confuse, dans la masse indurée formant la coarctation. Je procédai à l'incision au moyen d'un urétrotome, dont le conducteur est très court. Après l'avoir poussé aussi loin que la prudence le permettait, je retirai la gaîne de quelques millimètres, afin de mettre à nu une portion de la lame tranchante, et en appuyant le tranchant en bas, un petit débridement fut effectué. Je prescrivis des applications émollientes, surtout des cataplasmes, que le malade garda jour et nuit, et je pratiquai ensuite une nouvelle incision plus profonde, en procédant de la même manière. Cependant, la coarctation n'était pas entièrement traversée; il fallut une troisième incision, qui la divisa complétement, ce qui permit l'introduction d'un petit urétrotome à olive, au moyen duquel les tissus indurés furent profondément divisés d'arrière en avant. Je plaçai immédiatement une sonde pendant vingt-quatre heures. Il ne survint aucun accident. A dater de ce jour, la guérison marcha avec une grande rapidité.

Le second cas concerne un autre malade qui avait été traité depuis 1825 par la dilatation, par le caustique et par la scarification, et qui s'adressa à moi en 1849. J'eus successivement recours aux bougies, aux sondes en permanence et à l'urétrotomie d'arrière en avant. Le résultat fut satisfaisant. Mais le malade, peu soucieux de sa santé, négligea les précautions qui lui avaient été prescrites, et le rétrécissement se reforma plus long, plus dur et plus étroit qu'il n'avait jamais été. N'ayant pas réussi à le traverser entièrement avec les bougies et les stylets les plus déliés, je me suis décidé, en 1855, à inciser d'avant en arrière et de dedans en dehors, mais pas tout à fait sans guide. Le conducteur le plus fin pénétra jusqu'au milieu de la masse indurée. Je ne fis d'abord qu'un léger débridement, qui fut suivi d'un gonflement inflammatoire de la partie divisée, avec de grandes difficultés d'uriner. Le cas devenait embarrassant, mais la situation du rétrécissement a 81 millimètres du méat urinaire présentait une sorte de garantie contre les fausses routes; je me déterminai donc à forcer l'obstacle au moyen d'un urétrotome a conducteur cylindrique très court et très mince qui traversa à la fin toute la partie indurée et rétrécie, que la lame divisa assez profondément pour rendre immédiatement possible le passage d'un très petit urétrotome à olive, au moyen duquel et dans la même séance, j'agrandis d'arrière en avant la division des tissus; après quoi une sonde flexible fut placée et put être gardée pendant deux jours. Cette opération, fort longue et laborieuse, n'entraîna aucune suite fâcheuse; il n'y eut même pas de fièvre.

Ce résultat n'avait rien de surprenant pour moi, parce que l'expérience m'a appris qu'on peut, sans danger, diviser longuement et profondément les masses indurées qui forment les coarctations urétrales. Mais il n'en fut pas de même d'un chirurgien étranger qui m'assistait dans cette opération. Il fut tellement effrayé par cette manœuvre, dont il s'exagérait la hardiesse, qu'il s'attendait à assister bientôt à une autopsie. Aussi, quelle ne fut pas sa surprise, trois jours après, en voyant ce malade, qu'il croyait si près de sa fin, venir dans mon cabinet pour continuer le traitement par les bougies.

Ce sont là des cas extrêmes dans lesquels on ne réussit pas toujours, mais qui démontrent qu'au besoin il faut savoir agir avec célérité, prudence et vigueur tout à la fois. En temporisant en ne divisant, comme c'est la règle, la coarctation qu'en plusieurs temps, et à d'assez longs intervalles, on a à redouter le gonflement inflammatoire par suite duquel les nodosités des parois urétrales deviennent plus saillantes et peuvent occasionner des rétentions d'urine.

C'est pour prévenir ces accidents que je me suis déterminé, dans ces circonstances graves, à pratiquer successivement, et sans désemparer, la division d'avant en arrière, pour m'ouvrir un passage à travers des masses de callosités, et l'incision d'arrière en avant dans toute l'étendue de la coarctation, et assez profonde pour rétablir la communication du canal et faciliter le passage d'une sonde flexible, ce qui constitue le point important.

Il est encore des dispositions des rétrécissements qu'il importe au praticien de connaître, et qui nécessitent des modifications dans la manœuvre des instruments.

Ainsi, dans des cas assez nombreux, le rétrécissement noueux de la partie pénienne de l'urètre, que l'on se propose d'attaquer, n'est pas unique, mais bien accompagné au contraire d'autres coarctations situées à une distance plus ou moins grande.

Cette complication est d'autant plus fâcheuse qu'il n'est pas toujours possible de la reconnaître avant d'opérer, et que ce n'est même, le plus souvent, qu'après avoir franchi le premier obstacle que le chirurgien découvre ceux qui suivent.

Dans d'autres cas, l'urètre est tellement rétréci, que, quoi que l'on fasse, les plus fines bougies ne pénètrent pas, et que les stylets les plus déliés, flexibles ou rigides, et les conducteurs des urétrotomes buttent obstinément contre l'obstruction. Les explorations n'apprennent rien de précis alors sur la lumière de la coarctation; l'urine sort ordinairement goutte à goutte, d'une manière continue, ou par des orifices fistuleux accidentels.

A côté des cas qui précèdent, s'en trouvent d'autres dans lesquels les parois de l'urètre, au lieu d'être épaissies, noueuses et dures, ont, au contraire, diminué d'épaisseur, et le canal paraît atrophié et réduit à une sorte de cordon ligamenteux.

Je reviendrai plus loin sur ces deux ordres de faits, qu'il me suffit de signaler en ce moment.

Résumé. — 1° Dans la partie pénienne de l'urètre, avec les instruments et par les procédés dont l'expérience a constaté l'utilité, l'urétrotomie d'avant en arrière et de dedans en dehors peut tre tentée, lorsque, par les explorations et les moyens préparatoires indiqués, on est parvenu à réunir les conditions qui en facilitent l'application et en assurent le succès. Je l'ai pratiquée au moins trente fois, le plus souvent avec utilité, et quand je n'ai pas réussi, le malade a pu être opéré d'une autre manière. D'autres chirurgiens ont fait la même opération, tantôt en procédant comme moi, tantôt en suivant une marche un peu différente, et les résultats qu'ils ont obtenus paraissent les satisfaire. Ce qui ne saurait être contesté, c'est qu'elle réussit généralement toutes les fois que la coarctation a peu d'étendue d'avant en arrière, et qu'un simple débridement suffit souvent pour écarter les obstacles.

2° Dans les cas de rétrécissements longs ou multiples, on ne procède pas avec la même rectitude; souvent ce n'est qu'à force de tâtonnements, et par des manœuvres difficiles et réitérées, qu'on parvient à rétablir la communication dans l'urètre; quelquefois même on ne réussit pas; mais les autres procédés dont l'art dispose sont si difficiles et si incertains, qu'on ne doit pas hésiter à leur préférer celui dont nous nous occupons, ou du moins, c'est par lui qu'il faut commencer.

Dans toutes les manœuvres difficiles et délicates que nécessite l'urétrotomie, on doit s'en tenir aux instruments et aux procédés les plus simples, qui offrent toujours le plus de sécurité et le plus

de chances de succès. J'ajouterai que ceux dont je me sers ont, en outre, des avantages qui ne paraissent pas avoir été bien compris.

Il est constaté que la surdistension des parois urétrales, à l'endroit du rétrécissement, est la principale cause des accidents qui surviennent pendant le traitement.

La plupart des urétrotomes, agissant d'avant en arrière, dont on a proposé l'emploi se rapprochent plus ou moins de la forme du trocart. La partie qui suit la pointe étant plus volumineuse que celle-ci, produit, à mesure que la pointe avance, cette surdistension des tissus, qui est portée quelquefois jusqu'à la lacération. Cet effet n'a pas lieu avec mon instrument, dont la lame divise franchement les parties résistantes sans les tirailler, sans les déchirer. C'est là un point de pratique d'une haute importance.

3° Sous l'arcade pubienne, à la réunion des parties bulbeuse et membraneuse de l'urètre, l'incision d'avant en arrière ne présente pas la même sécurité qu'aux régions plus antérieures. L'opération a beaucoup d'analogie avec le cathétérisme forcé; ajoutons même qu'elle est exécutée au moyen d'instruments moins propres que la sonde ordinaire, comme le dit Desault, à suivre la direction normale du canal, et exposant plus qu'elle à faire fausse route, par suite de leur disposition à ponctionner et à diviser les tissus. Il se présente alors un écueil que le chirurgien doit chercher à éviter. On ne peut espérer de réussir qu'à force de tâtonnements et de sang-froid. Mais ici, comme dans le cathétérisme forcé, quand on a passé quelques heures en essais infructueux auprès d'un malade, la fatigue, l'ennui, l'impatience, le désir d'arriver, les instances du malade, font qu'on emploie un peu plus de force qu'il ne faudrait. Si l'instrument avance, on croit avoir fait un pas et l'on pousse encore... Cette observation, que je présentais en 1823, doit trouver ici son application.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

A M. le directeur du MONITEUR DES HOPITAUX.

FONCTIONS DE LA MOELLE.

Mon cher ami,

Je vous ai écrit il y a quelques jours pour demander une explication à M. Chauveau par l'intermédiaire de votre journal.

Suivant cet habile physiologiste, *on croit généralement* que les mouvements réflexes dépendant d'une excitation locale sont limités au membre excité chez les mammifères adultes. J'ai été profondément surpris de cette assertion, d'après laquelle la plupart des physiologistes, extrêmement nombreux, qui se sont occupés des mouvements réflexes, auraient vu toujours ce qui ne se voit que dans des conditions exceptionnelles, et je vous ai écrit pour affirmer que je ne connais pas un seul expérimentateur qui ait émis une pareille opinion. M. Chauveau, en me répondant, ne trouve à nommer, comme ayant cette opinion erronée, que M. Broca, et probablement, insinue-t-il, moi aussi, car, suivant lui, mon savant ami, M. Broca, *reflète mes idées*, ce qui, certes, me flatterait beaucoup si cela était vrai. Mais, en admettant (ce qui n'est pas) que nous ayons cette opinion, M. Broca et moi, nous ne constituons pas *la majorité* des physiologistes, et je demande encore que M. Chauveau ait la bonté de nommer les nombreux physiologistes qui, suivant lui, croient que les mouvements réflexes, chez les animaux adultes, sont limités au membre excité. Pour moi, j'ai beau chercher, je n'en vois *aucun* qui ait cette opinion parmi ceux qui se sont le plus occupés des mouvements réflexes, et en particulier parmi les plus connus, tels que Prochaska, Wyghtt, Unzer, Legallois, M. Flourens, Marshall-Hall, J. Mueller, Volkmann, Grainger, Spiess, Barlow, Budd, Arnold, Valentin, Romberg, M. Schulzemberger, Pflüger, Ludwig, MM. Vulpian et Philipeaux, etc. — C'est là une question historique importante et que je voudrais bien voir éclaircie par mon contradicteur de Lyon.

M. Chauveau déclare ignorer complétement que l'on ait dit avant lui qu'une hyperexcitabilité extraordinaire des tissus et des nerfs sensitifs survienne après l'interruption de la continuité des fibres de la moelle épinière, en avant du point d'émergence des racines de ces nerfs. Je suis profondément surpris d'avoir à le renseigner à ce égard ; mais puisqu'il le désire, je dirai que, s'il veut ouvrir les *Comptes rendus* de l'Académie des sciences et ceux de la Société de biologie, ainsi que les différents journaux de médecine, et en particulier la *Gazette médicale* de 1847 à 1857, il y trouvera un très grand nombre de mes publications où ce fait est consigné, commenté et même en partie expliqué. Puisque j'en suis à indiquer à M. Chauveau où se trouvent publiés pour la première fois les faits sur l'action réflexe qu'il croyait avoir découverts, je lui signalerai aussi :

1° Un travail sur les mouvements réflexes étudiés comparativement dans les cinq classes d'animaux vertébrés, travail dans lequel j'ai annoncé, huit ans avant lui, le fait de l'énergie extrême des mouvements réflexes chez les oiseaux (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1849, p. 171) ;

2° Un livre où j'ai indiqué le fait intéressant (que j'ai récemment cherché à expliquer à la Société de biologie en présence de M. Chauveau) que, sur les mammifères insufflés après la décapitation, la faculté réflexe acquiert une puissance excessive (*Experimental researches applied to physiol. and pathol.*, 18·3, p. 105-6).

Votre ami dévoué,

D. BROWN - SÉQUARD.

PERCHLORURE DE FER DANS LE PURPURA HEMORRHAGICA.

Montélimart, 7 novembre 1857.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans le *Moniteur des Hôpitaux* du 5 novembre une lettre dans laquelle M. Deleau annonce que, dans la suite de ses recherches cliniques sur l'action du perchlorure de fer, se trouvent des cas graves de *purpura hemorrhagica* guéris par ce médicament. Je suis heureux que les faits observés récemment par M. Deleau confirment ce que j'avais déjà vu et publié (Voyez *Moniteur des Hopitaux* du 10 février 1857, *Mémoire* sur l'action thérapeutique du perchlorure de fer); mais notre confrère n'aurait pas dû oublier l'histoire du perchlorure à ce point, pour annoncer aujourd'hui comme nouveauté de son crû ce que j'ai publié au mois de février et qu'il connaissait parfaitement.

M. Deleau n'a pas oublié sans doute que j'ai aussi préconisé l'emploi du perchlorure de fer dans les hémorrhagies qui surviennent pendant le cours des fièvres typhoïdes. Mais ce que je revendique avant tout, c'est l'emploi du perchlorure dans le *purpura hemorrhagica*, car son effet m'a paru très efficace dans cette maladie.

J'attends, monsieur le rédacteur, de votre impartialité, l'insertion de cette lettre dans un de vos prochains numéros, et je vous prie d'agréer l'expression de ma considération distinguée.

PIZE,
D. M. P.

P. S. La susceptibilité de notre honorable correspondant nous ayant paru un peu exagérée, nous n'avons pas dû publier sa lettre sans demander à M. Deleau s'il n'avait pas d'objections à y faire. M. Deleau nous a répondu qu'il n'en avait aucune, attendu qu'il n'avait nullement entendu traiter l'historique du perchlorure de fer, dans une lettre de quelques lignes, adressée uniquement dans l'intérêt de la population de Lisbonne, aux médecins de cette ville.

(*N. du R.*)

Le rédacteur en chef: H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Cᵉ, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 141. 5me ANNÉE. Mardi, 24 Novembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.

ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.

Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 23 novembre 1857.

Séance de l'Académie des sciences.

La Russie continue à jouir de nos faveurs dans l'Académie comme dans d'autres lieux, et, qui plus est, elle justifie ces faveurs, à l'Académie du moins (nous n'avons pas à parler ici de ce qui se passe ailleurs), par un remarquable esprit d'exactitude, de vérité et de progrès.

Dans la séance dont nous rendons compte aujourd'hui, M. Pélikan, professeur de médecine légale et de toxicologie à l'Université de Saint-Pétersbourg, a fait connaître, par l'intermédiaire de M. Despretz, des expériences très ingénieusement conçues et exécutées, desquelles il résulte que le *vent des boulets*, c'est-à-dire la raréfaction et la condensation de l'air qui se produisent sur le passage de ces projectiles, sont trop faibles pour imprimer un mouvement marqué aux corps près desquels les projectiles passent, et trop faibles aussi, conséquemment, pour causer des contusions sur nos organes, ainsi que l'ont cru et le croient encore certains chirurgiens. Les expériences de M. Pélikan ont été exécutées de façon à ne pouvoir guère laisser de doutes sur la réalité du fait qu'il a constaté ; ces expériences devront donc servir de règle à l'avenir, au moins jusqu'à ce que des expériences contradictoires, rigoureuses, soient produites.

Quant au fait mis en lumière par M. Pélikan, outre son intérêt physique et chirurgical, on peut prévoir tel cas où il serait d'une assez grande importance en médecine légale.

— Le médecin distingué d'un de nos asiles d'aliénés a adressé dans cette séance un Mémoire sur la stérilité comme caractère saillant de la dégénération des races.

L'infécondité relative ou absolue des êtres dégénérés est un fait depuis longtemps connu et que M. Morel a probablement exposé dans son Mémoire avec des développements nouveaux. L'extrait que donnent les *Comptes rendus* de son travail ne nous éclaire pas suffisamment sur ce point.

— Les observations que M. Girard a rapportées, celles du moins qu'ont publiées les *Comptes rendus*, ne nous paraissent pas justifier complétement l'opinion éminemment favorable que l'auteur se fait du massage dans le traitement des entorses. Il devra publier les autres observations consignées dans son Mémoire, s'il

---

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Un astronome *bredouille*. — Est-ce l'œil, est-ce la lunette qui ne vaut rien ? — Il était bien en colère l'homœopathe. — Quinze millions en portefeuille. — Le vénérable M. Biot et un grossier personnage. — Un spécialiste naïf. — Fichue pête de mrétecin.

M. X... a parlé à l'Institut, d'une comète qu'il aurait pu découvrir lui-même, mais qu'il a eu la modestie de laisser apercevoir par un autre. Une justice à lui rendre ; c'est qu'aussitôt que la comète lui a été signalée, il s'est mis bien vite à l'affût pour la saisir au vol. Mais, hélas ! comme les chasseurs malheureux ou maladroits, il est rentré *bredouille* de son expédition. Rentrer *bredouille* veut dire que le chasseur a fait *chou blanc* : *chou blanc* est synonyme de faire *buisson creux* : faire *buisson creux* signifie que le chasseur s'est plus ou moins crotté sans rencontrer le gibier.

Ce bon M. X... était donc rentré *bredouille* de la chasse à la comète. Vous allez voir comment il s'y est pris pour expliquer son *buisson creux* à l'Académie.

Moi, à sa place, j'aurais dit simplement : Messieurs, je n'ai pas trouvé la nouvelle comète, cela est parfaitement vrai ; mais vous savez tous que ma spécialité est de découvrir les planètes qui n'existent pas et de passer à côté de celles qui existent ; ah ! si cette comète n'avait pas existé, je l'aurais découverte immédiatement, du moment qu'elle n'est pas un mythe algébrique, je ne devais pas la voir. Je ne l'ai pas vue : donc elle existe.

Ce bon M. X.... a préféré donner une autre justification de son *buisson creux*. Je n'ai pas le courage de l'en blâmer, car tout le monde sait que l'usage (antique et solennel) des chasseurs malheureux est d'imaginer quelque bonne bourde (je dirais blague si le mot ne sentait pas autant le tabac de caporal) qui les tire d'affaire. Voici la bourde qu'il débita :

Aussitôt que j'ai eu reçu avis de cette découverte, j'ai cherché la comète ; je me suis servi pour cela des instruments que possède certain observatoire, mais ils sont insuffisants ; il y a bien une lunette qui a été commandée dans le temps, à la suite d'un rapport *très habile* d'Arago, mais elle n'est pas encore construite et ne pourra jamais être utilisée. Voilà pourquoi je n'ai pas vu la comète.

Prenez cette phrase, mettez-la dans une cornue ; assaisonnez avec les intentions toxiques et les idées vénéneuses qui poussent dans ses environs, et vous verrez quel joli bouillon d'*onze heures*, destiné à

veut que les chirurgiens puissent juger son opinion en connaissance de cause. En attendant, nous croyons devoir le prévenir qu'il n'use pas d'une critique assez sévère, quand il accepte sans restriction cette opinion que, sur soixante-dix-huit amputations, il y en aurait soixante qui auraient pour origine une entorse. » Nous ne pensons pas qu'il se trouve un seul chirurgien de nos hôpitaux pour admettre une pareille doctrine; et, d'ailleurs, elle n'est point nécessaire pour donner de l'intérêt au traitement de l'entorse, proposé par M. Girard : si ce traitement est tel que l'auteur croit l'avoir observé, il n'en sera pas accueilli avec moins de faveur, qu'il y ait soixante amputations ou cinq seulement sur soixante-dix-huit qui soient nécessitées par les suites d'une entorse.

— Nous laisserons à nos collaborateurs, qui s'occuperont régulièrement, à partir de la semaine prochaine, des sciences accessoires et de la pharmacie, le soin d'apprécier, à leur point de vue, s'il y a lieu, une communication très intéressante de M. Nièpce de Saint-Victor. Mais nous devons consigner ici un fait très curieux que l'auteur s'est proposé pour problème, et qui est depuis longtemps connu comme fait général.

« Un corps, dit M. Nièpce, après avoir été frappé par la lumière ou soumis à l'insolation, conserve-t-il dans l'obscurité quelque impression de cette lumière? tel est le problème que j'ai cherché à résoudre par la photographie. »

Sans vouloir rien enlever à l'intérêt des preuves photographiques découvertes par M. Nièpce, et qui démontrent qu'en effet beaucoup de corps conservent l'impression de la lumière ou plutôt la lumière elle-même, et qu'ils la répandent dans l'espace lorsqu'on les plonge dans les ténèbres, nous lui rappellerons une observation vulgaire, au moins en Russie, qui a établi ce fait depuis des siècles : Tout le monde sait combien les nuits sont claires quand la terre est couverte de neige, et chacun est disposé à attribuer cette clarté au rayonnement pendant la nuit de la lumière que la neige a absorbée pendant le jour. L'expérience suivante prouve que cette explication est parfaitement fondée. Si avant le lever du jour vous étalez sur une certaine surface de la terre couverte de neige, un corps opaque quelconque, paille, foin, toile épaisse, etc., et que vous enleviez ce corps vers la fin du crépuscule, vous voyez que toute la surface qui a été recouverte par le corps opaque forme une tache noire au milieu de la blancheur qui l'environne; vous croyez tout d'abord que sur ce point la neige est fondue; elle ne l'est point cependant; elle y est aussi épaisse qu'ailleurs; seulement n'ayant pas absorbé de lumière pendant le jour, il n'y a pas de rayonnement pendant la nuit. Tout récemment, M. le professeur Jacübowitsch nous parlait de ce curieux phénomène dont la connaissance, nous le répétons, est vulgaire en Russie.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Anatomie du pli de l'aine.

Par M. LINHART, professeur à l'Université de Würtbourg.

(Suite. — Voir le no 137.)

En examinant la disposition de cette partie, après avoir enlevé le péritoine et le tissu cellulaire graisseux, on voit sans doute quelquefois un feuillet tendineux triangulaire mou, qui appartient au fascia transversalis et qui peut être facilement séparé du ligament de Poupart : cette lame ou feuillet se continue par son bord externe, épais, mousse, avec le côté interne de la gaîne des vaisseaux fémoraux.

Ce feuillet triangulaire, nommé ligament de Gimbernot, qu'on voit sur le bassin préparé, adhérent par un de ses bords au ligament de Poupart, par l'autre à la crête du pubis, et dont la troisième fibre regarde la veine fémorale, n'est qu'un produit de la préparation qu'on obtient de la manière suivante :

Si, après avoir enlevé les vaisseaux cruraux et leur gaîne, on pratique une incision le long du ligament de Poupart, en la prolongeant jusqu'à l'os, une partie du *fascia pectinea* reste en haut sur le pubis; c'est cette partie qui s'étend du ligament de Poupart jusqu'à la portion de la branche pubienne, située entre l'épine du pubis et l'éminence *ileo-pectinée*, que nous avons décrite plus haut. (Voyez *Fascia ileo-pectinea*.)

Maintenant, si on enlève toujours sur la préparation sèche du bassin la partie du muscle pectiné qui est située au-dessous de cette portion de fascia, alors, la distance qui sépare celle-ci du pubis est représentée par toute l'épaisseur du muscle. Sa posi-

---

l'ombre d'Arago, sortira de votre cornue.

Vraiment j'admire M. X..., il s'imagine qu'il suffit au premier astronome venu, de mettre les lunettes d'Arago pour lire couramment dans le ciel!... M. X... n'est pas le premier venu, mais Arago était tellement savant que sa science pouvait passer presque pour du génie. Il n'avait pas, comme le vulgaire et les oiseaux nocturnes, l'œil trembleur et clignotant, son regard était un de ces regards profonds qui savent étudier l'immensité. Ah! s'il avait pu lire dans le cœur des hommes ou dans l'avenir aussi facilement que dans le grand livre de la nature, que d'ingrats il aurait pu découvrir... sans télescope.

Pour en revenir à la comète, il est possible que la lunette ne soit pas aussi mauvaise que le dit M. X..., seulement elle est d'un numéro trop fort pour lui.

— Les homœopathes ont des prétentions véritablement exorbitantes; ils veulent interdire aux gens le droit de leur rire au nez en les regardant! Où allons-nous, grand Dieu! où allons-nous! On prétend que ces messieurs désirent conserver exclusivement pour leurs réunions particulières la voluptueuse distraction de s'épanouir mutuellement la rate en se rencontrant. Car je ne les crois pas d'humeur plus funèbre que les Augures de l'ancienne Rome, et lorsqu'ils sont ensemble, ils doivent s'en donner à ventre déboutonné, comme disait mon grand-père.

Le lundi 2 novembre de la présente année, à 9 heures 45 minutes du matin, le ciel étant clair et serein, le vent soufflant du nord, le thermomètre marquant $+10^{\circ}$ 4/10, et le baromètre au beau fixe, toutes circonstances qui ont été notées avec soin pour prouver que si l'état de l'atmosphère a parfois une grande influence sur les passions des hommes, les passions des hommes semblent ne pas modifier d'une manière sensible l'état de l'atmosphère. Ce jour-là, dis-je, sortait de l'hôpital un homœopathe (on n'a jamais pu me dire son nom) traîné dans un élégant coupé, résultat matériel d'une médication impalpable. Deux allopathes à pied, — c'est bien assez bon pour eux d'aller à pied, — causaient à la porte dudit hôpital; l'un d'eux eut l'impertinence de rire en voyant passer l'homme aux dilutions. Celui-ci, furieux, bondit comme un globule élastique, franchit ou plutôt traversa comme un boulet la portière du coupé, tomba sur l'allopathe, le saisit au collet et lui cria d'une voix étranglée par la fureur, en le secouant comme un flacon à dilutions : — Je vous défends de rire en me regardant! Je vous défends de me regarder!! Je vous défends de penser à moi!!!! Je vous défends de parler de moi!!! Je vous défends... A ces mots l'homœopathe ne trouvant plus rien à défendre, prit le parti, pour ne pas rester court, de se laisser tomber inanimé dans les bras d'un sergent de ville qui allait commettre à son égard une grave erreur de diagnostic.

Aussitôt, les médecins pour de vrai se précipitent à son secours,

tion, ainsi que sa direction, sont changées par la dessiccation. Le bord, du reste, du fascia pectinea, qui regardait en bas, se porte en avant, et nous présente ce qui a été décrit comme ligament pubien de Cooper.

Si enfin on partage cette partie du fascia pectinea, de manière à enlever dans la préparation fraîche tout ce qui s'insère au milieu de la crête du pubis, c'est-à-dire le lambeau externe, alors la portion qui reste se porte partiellement en avant, en se desséchant, et donne le ligament de Gimbernot tel que les auteurs le décrivent. C'est donc tout simplement une partie du fascia pectinea, un produit de dissection qui n'existe pas comme fait anatomique indépendant.

Dans l'incision de Scarpa surtout, quand elle est un peu profonde, il se présente aussi, entre l'épine du pubis et la veine fémorale, un mince filet fibreux triangulaire avec un bord falciforme qui a été pareillement désigné par quelques-uns comme le ligament de Gimbernot; mais ce feuillet n'adhère pas au ligament de Poupart, et n'appartient pas plus au fascia pectinea, mais c'est la gaîne des vaisseaux fémoraux qui s'est rétractée et le bord falciforme représente le point de section.

Vagina vasorum femoralium
(*Gaîne des vaisseaux* fémoraux).
Et fascia transversalis-Pirogoff.

Entre les deux parties que nous venons de décrire se trouve la *vagina vasorum femoralium* (gaîne des vaisseaux fémoraux), non moins importante pour l'anatomie de la hernie fémorale ou crurale.

C'est une membrane fibreuse infundibuliforme, qui commence tout autour de l'arcade crurale, se rétrécit peu à peu et se perd ensuite dans la gaîne des muscles cruraux, en partie dans le voisinage de la veine saphène.

Sa paroi antérieure adhère au bord postérieur du ligament de Poupart, et est si intimement unie avec le fascia transversalis, que beaucoup d'auteurs la considèrent comme n'en étant qu'une continuation.

La postérieure n'est pas une membrane régulière, elle est formée par des faisceaux fibreux éparpillés, réunis entre eux par du tissu conjonctif (*tissu cellulaire*), elle vient du fascia pectinea à peu près à une ligne en dessous de la crête du pubis et se confond sur la paroi antérieure et interne de la gaîne.

En dehors, elle se perd d'une manière assez irrégulière dans le fascia iliaca.

Enfin la partie interne qui se rapproche de la veine fémorale plus en bas qu'en haut, adhère à la partie interne de la face intérieure du ligament de Poupart, mais de manière à ne pas être toujours dans une même direction par rapport au ligament. Tantôt la paroi interne de la gaîne se porte en ligne droite dans une direction oblique vers la partie interne du ligament de Poupart; mais plus souvent encore en ligne courbe, tantôt enfin repliée sur elle-même, à angle droit, au lieu de former un arc.

C'est par cette partie supérieure et interne de la paroi antérieure de la gaîne des vaisseaux fémoraux que nous avons vu souvent des hernies fémorales se produire : dans ce point, le fascia transversal était refoulé, aminci et même déchiré.

L'espace infundibuliforme, qui renferme la gaîne des vaisseaux fémoraux, est rempli de tissu cellulaire qui peut contenir beaucoup de graisse, surtout chez les grosses femmes, et celle-ci peut être facilement confondue avec l'épiploon dans la herniotomie. Par contre, on trouve chez des individus maigres une membrane mince cellulaire, qui s'étend sur toute l'ouverture supérieure de l'entonnoir. Elle s'expose un peu en forme d'assiette et est percée en quelques endroits, c'est le *septum crurale* de Cloquet, nommé par d'autres auteurs (inexactement, selon moi) *fascia propria herniæ femoralis.*

Immédiatement contre la paroi des vaisseaux cruraux, le tissu cellulaire qui remplit l'entonnoir de la gaîne des vaisseaux cruraux est très peu serré et presque transparent comme du verre; mais en s'en éloignant, il devient plus serré et plus dense. Ainsi se forme entre la veine et l'artère, qui s'éloignent l'une de l'autre, une véritable cloison (*septum vaginæ vasorum femoralium*). Les grands vaisseaux cruraux ne sont pas situés au milieu de leur gaîne, mais plus en dehors. De cette manière, il reste, entre la veine fémorale et la paroi interne de la vagina vasorum femoralium, un espace plus ou moins grand. Dans le tissu qui remplit cet espace se trouve toujours couchée une glande (ganglion lymphatique) d'un volume assez considérable.

Ce ganglion augmente de volume par n'importe quelle maladie, il pourrait être pris pour une hernie; parce que c'est précisément à cet endroit qu'elles apparaissent dans la plupart des cas.

---

et, afin de s'éclairer sur la nature de l'accès auquel il était en proie, lui présentèrent un verre d'eau. On remarqua avec une vive satisfaction qu'il ne témoignait point d'horreur pour ce liquide.

Les allopathes se consultèrent à voix basse sur l'application immédiate d'agents thérapeutiques énergiques que la position de leur confrère hérétique rendait nécessaires. Celui-ci, plein d'horreur pour un pareil secours, reprit immédiatement ses sens, bondit de nouveau comme un globule élastique jusque dans sa voiture, et s'assura que, pendant son évanouissement, on ne lui avait pas dérobé son portefeuille, qui contenait QUINZE MILLIONS!!!... de rations homœopathiques.

Le coupé partit au galop en laissant échapper par les portières les accords déchirants d'une voix qui criait : « Je vous défends! je vous défends!... » Le reste a été interrompu par le brouillard (de l'émotion), mais on présume que la voix lançait aux échos cette phrase *monumentale:* Défense, sous peine d'amende, de déposer aucune chose fâcheuse contre la réputation de mes globules.

(La scène se passe dans la salle des Pas-Perdus de l'Institut).
Le vénérable M. Biot à un astronome :
— Monsieur, j'aurais quelque chose à vous communiquer.

L'astronome passe son chemin sans daigner répondre; une heure après, M. Biot au même astronome :

— Monsieur, j'ai eu l'honneur de vous prévenir, tout à l'heure que j'avais quelque chose à vous dire.

L'astronome (par-dessus son épaule) :

— Et moi, Monsieur, je n'ai rien à entendre de vous.

— Le docteur F... avait un malade de haute volée, atteint d'épilepsie, auquel il cachait avec un grand soin la nature de sa terrible affection. Après divers traitements demeurés infructueux, il résolut de lui faire suivre une médication qui est habituellement appliquée dans des établissements spéciaux.

Le docteur F... conduisit donc son malade dans un de ces établissements et dit au docteur qui le dirige :

— Monsieur que je vous présente est atteint d'une légère affection nerveuse; il a de temps à autre de petites attaques de nerfs pendant lesquelles il perd connaissance. Tout cela était dit avec les clignements d'yeux et autres signes usités en pareille circonstance.

—Le docteur X...—Pien, très-pien, je fois ce que c'est : monsieur est ébilebdique.

—Le docteur F...—Comment, épileptique! Vous ne songez pas du tout à ce que vous dites. (*Ici nouveaux signes.*) Monsieur a simplement des attaques pendant lesquelles...

—Le docteur X... — Pien, très pien, ce être tout à fait cela; une

PLI FALCIFORME (PROCESSUS FALCIFORMIS FASCIÆ LATÆ.)

Le feuillet fibreux triangulaire qui recouvre la paroi antérieure de la gaîne des vaisseaux fémoraux, c'est une partie du fascia lata qu'Allan-Burns a décrit le premier.

Le repli falciforme adhère en dehors avec la gaîne du muscle couturier, de laquelle il se détache en haut ; il adhère au bord antérieur du ligament de Poupart, et son bord interne plus ou moins falciforme n'est pas libre, car il adhère au fascia superficialis ; il a la paroi interne de la gaîne des vaisseaux.

La partie inférieure représente un pli semi-lunaire, qui s'étend entre le bord interne du muscle couturier et du fascia pectinea. C'est sur ce pli que monte pour ainsi dire comme à cheval la veine saphène interne, grande veine saphène quand elle se jette dans la veine fémorale qui est située derrière ce pli avec l'artère dans le sillon qui sépare le vaste interne des adducteurs ; cet endroit ne devient bien visible que lorsqu'on sépare soigneusement le fascia superficialis à l'orifice de la veine saphène.

Voilà la forme normale du pli falciforme ; mais il en présente encore d'autres.

FASCIA SUPERFICIALIS.

C'est une couche lamelleuse de tissu cellulaire que l'on partage naturellement en deux feuillets dont le plus profond mérite seul le nom de fascia superficialis. Cette couche adhère peu aux autres parties sous-jacentes, excepté au ligament de Poupart. Elle contient les vaisseaux et les nerfs sous-cutanés que nous décrirons plus tard, ainsi que beaucoup de glandes (*ganglions*).

En préparant le *fascia superficiali* de manière à mettre à nu la grande veine saphène, et à continuer la séparation à partir de l'épine iliaque supérieure et de l'épine du pubis, on obtient libre le bord du repli falciforme et la paroi interne de la gaîne des vaisseaux fémoraux. En dedans de ce point, on trouve une forme ovale dont le fond est formé par le fascia pectinea, c'est la fosse ovale de Scarpa, nommée par quelques anatomistes ouverture extérieure du canal crural.

LAMINA CRIBROSA.

Il existe trois opinions différentes sur la lamina cribrosa, fascia cribriformis, lame criblée, opinions que nous pouvons résumer ainsi :

1° La lame criblée est une partie du fascia superficialis ;
2° La lame criblée est une membrane à part ;
3° La lame criblée est une partie du fascia lata.

Voici maintenant le résultat de nos recherches sur cette partie si diversement décrite.

Le pli falciforme recouvre, comme un feuillet fibreux venant de la gaîne du muscle couturier, la gaîne des vaisseaux fémoraux, et se confond ordinairement à sa terminaison sur la paroi interne de celle-ci. Ce feuillet n'est pas également dense dans toute son étendue. Il se convertit souvent en un réseau fibreux, recouvrant la gaîne des vaisseaux ; quelquefois même tout le pli falciforme est formé uniquement par celle-ci.

En préparant le fascia superficialis comme il a été dit plus haut, on peut nommer la moitié ou le tiers interne du pli falciforme, lame criblée, quand elle se présente sous la forme d'un réseau ; mais il faut dire, dans ce cas, que la lame criblée recouvre la partie interne de la gaîne des vaisseaux fémoraux et même celle qui correspond à la veine fémorale.

Quand le pli falciforme s'étend d'une manière également dense sur toute la gaîne des vaisseaux fémoraux, il reste alors sur la fosse ovale du tissu conjonctif adhérant au pli falciforme et à la paroi interne, cette partie de la gaîne ; en l'appelant lame criblée, on désigne évidemment la partie du fascia superficialis qui recouvre complétement la fosse ovale.

TOPOGRAPHIE DES HERNIES CRURALES.

En résumant tout ce qui précède, nous avons l'image suivante du siége particulier de la hernie crurale :

Entre l'adhérence externe et interne du ligament de Poupart, il reste une ouverture plus ou moins ovale, à la circonférence de laquelle s'attache une membrane fibreuse infundibuliforme (*gaîne des vaisseaux fémoraux*).

C'est dans cet entonnoir que se trouvent les gros vaisseaux fémoraux, qui en remplissent les deux tiers externes ; dans le tiers interne il y a ordinairement une, rarement deux glandes (ganglions), tout le reste est rempli par du tissu cellulaire, dont la partie supérieure forme en quelque sorte un toit sur l'entonnoir (septum crurale).

Au-dessous de cette partie se trouve une couche cellulaire sous-péritonéale et au-dessus de celle-ci le péritoine qui forme

bedide ébilebsie barvaidement gondizionnée.

—Le docteur F... — Mais non, monsieur, je vous dis...

—Le docteur X...—Ah! çà, est-ce que vous me brenez pour un nigaud? Sachez, monsieur, que j'ai soigné plus d'ébilebdiques que fous tans ma fie, et que fous n'êtes pas gabable de m'en remontrer là-dessus. (*Au malade.*) Soyez tranquille, monsieur, fous afez une ébilebsie barvaidement complète, fous pouvez fous en rabborder à moi.

—Le docteur F... (*furieux.*)—Monsieur, ce que vous venez de dire me prouve combien vous êtes peu capable de traiter des affections nerveuses, et comme je craindrais que vous ne contassiez à mon malade d'absurdes rêveries de nature à lui faire redouter une affection qu'il n'a pas, je l'emmène.

Et il l'emmena, ou plutôt il l'emporta, car le pauvre diable, frappé par cette terrible révélation, était plongé dans la stupide atonie d'un homme qui vient d'entendre son arrêt de mort.

Le docteur X... (*seul et se rengorgeant d'un air capable*). — Fichue pête de métecin, bas seulement gabable de reconnaître une ébilebsie !

GRIFFUS (D'ÉPHÈSE).
Pour copie conforme :
Dr JOULIN.

Traité théorique et pratique de la fermentation, considérée dans ses rapports généraux avec les sciences naturelles et l'industrie, par N. BASSET, auteur du *Traité d'alcoolisation générale.* — Un volume in-18 de 600 pages avec figures. — Paris, 1857; Victor Masson. — Prix : 7 fr.

Essai de médecine pratique comprenant quelques idées sur l'étiologie des maladies au point de vue du traitement, et un recueil de recettes populaires, par **le comte Stanislas Kossakouski.**

Paris, 1858, un vol. in-18 de 200 pages. Prix : 2 francs.

A Paris, chez *J.-B. Baillière et fils*, libraires de l'Académie impériale de médecine : 19, rue Hautefeuille.

Relation médico-chirurgicale de la campagne d'Orient, du 31 mars 1854, occupation de Gallipoli, au 6 juillet 1856, évacuation de la Crimée, par le docteur G. SCRIVE. — In-8° de 487 pages. — Paris, Victor Masson. — Prix : 7 fr. 50.

Etudes sur la gravelle, *ses caractères physiques, ses anomalies, ses caractères chimiques, ses causes et son traitement*, par le docteur RAOUL LEROY D'ÉTIOLLES, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

dans la partie interne de la gaîne des vaisseaux fémoraux une petite fosse, quelquefois même des plis.

C'est cette partie du péritoine qui s'avance dans le plus grand nombre des hernies crurales comme sous-herniaire, et la face antérieure de la gaîne des vaisseaux cruraux est recouverte par le pli falciforme venant de la gaîne du muscle couturier, et dont le bord interne adhère à la paroi interne de la gaîne des vaisseaux fémoraux, ainsi qu'au fascia superficialis.

CANAL CRURAL, ANNEAU CRURAL.

Il y a trois opinions sur ce canal.

1° Il comprendrait toute l'étendue de la gaîne des vaisseaux fémoraux. L'ouverture intérieure serait représentée par l'espace ovale qui est situé entre le ligament de Poupart et le pubis, et l'ouverture extérieure serait représentée par la fosse ovale.

2° Il n'existerait qu'un cas de hernie, et ce canal serait situé au côté interne de la gaîne des vaisseaux fémoraux, dont la partie interne formerait la paroi externe; la paroi postérieure serait formée par cette partie du fascia pectinea, qui tapisse la fosse ovale (voir plus haut), la paroi antérieure manquerait complétement, l'ouverture supérieure serait formée par l'espace situé entre la partie interne du ligament de Poupart, la veine fémorale et le pubis. L'ouverture inférieure serait formée par la fosse ovale.

3° Il n'y aurait pas de canal crural, mais seulement un anneau comprenant : soit l'espace situé entre les deux insertions du ligament de Poupart et le pubis, ou seulement l'espace intermédiaire à la veine fémorale et l'insertion interne du ligament de Poupart.

Examinons ces trois opinions.

1° La première, qui date de Hesselbach et de Scarpa, nous paraît être une analogie forcée avec le canal inguinal; l'entonnoir de la gaîne des vaisseaux fémoraux est la seule partie utriforme de cette région et l'ouverture latérale pour la veine saphène n'autorise certes pas à faire de la gaîne des vaisseaux un canal, et de lui donner un nom propre.

Si cette opinion est erronée, la seconde me le paraît encore plus; car la fosse ovale n'est pas aussi vide, comme quand on la prépare; elle est entièrement remplie de tissu cellulaire dans lequel se couche la hernie quand elle apparaît. Si on admet un canal crural pour cette raison, il faudrait en admettre aussi pour les kystes, pour les tumeurs fibreuses, etc.

Nous adoptons donc la troisième opinion qui consiste à admettre seulement un anneau crural comprenant tout l'espace, plus ou moins ovale, entre les deux insertions (externe et interne) du ligament de Poupart et le pubis, c'est-à-dire toute l'ouverture supérieure de l'entonnoir de la gaîne des vaisseaux fémoraux, et non uniquement l'espace compris entre la veine fémorale et l'insertion interne du ligament d'une part, et le pubis d'autre part; car le premier espace forme, en réalité, un anneau presque ovale, limité par des organes solides, tandis que le deuxième n'est bien limité qu'en dessus, et ainsi, il faudrait admettre un autre anneau crural pour les hernies crurales qui apparaissent sur le côté externe des vaisseaux.

(La suite à un prochain numéro.)

Observation de difformités congénitales des pieds et des mains,

Par H. Scoutetten, médecin-chef de l'hôpital militaire de Metz.
(Communiquée à l'Académie de Médecine dans la séance du 17 novembre 1857.)

Sans vouloir entrer dans les considérations que pourrait faire naître l'observation qui va suivre concernant l'organogénie, nous ferons remarquer cependant que ce fait est unique dans la science : nos recherches, si elles n'ont pas été insuffisantes, semblent constater que, jusqu'à ce jour, on n'a pas trouvé d'exemple de difformités paraissant se rapporter à une cause accidentelle et se transmettant à trois générations successives, dont la dernière pourra peut-être la transmettre encore aux suivantes.

On connaît bien, il est vrai, deux exemples de difformités analogues à celles que nous allons décrire : ils ont été rapportés avec soin par M. le docteur Menière (*Archives générales de médecine*, tome XVI, 1828). Le premier fait fut présenté par un ouvrier des environs d'Angers, qui fut apporté à l'Hôtel-Dieu de cette ville, dans le mois de juin 1822, pour des lésions graves qui amenèrent la mort peu d'instants après son entrée à l'hôpital. En examinant le cadavre, M. Menière fut frappé de la forme extraordinaire des pieds : il n'y avait à chacun que deux orteils, le premier et le cinquième; les trois moyens manquaient absolument. L'autopsie fut faite avec soin; elle ne révéla ni lésion pathologique ni aucun autre vice de conformation. La femme de cet ouvrier fit connaître qu'aucun des membres de sa nombreuse famille ne présentait de difformité quelconque; son père, sa mère, ses frères et sœurs en étaient également exempts.

Le second exemple fut observé, au mois d'août 1824, chez un homme âgé de 29 ans, admis à l'hôpital des vénériens pour y être traité d'une syphilis ancienne. Le malade affirma qu'aucune des personnes de sa famille n'était affectée de difformité quelconque.

M. Menière fit voir ces pieds au professeur Béclard et plus tard à M. Cruveilhier. Tous deux assurèrent n'avoir rien rencontré de semblable ni sur le cadavre ni dans les auteurs. Tel était l'état de la science, lorsqu'une famille tout entière, portant d'affreuses difformités, vint se présenter à mon observation. Voici les faits que je recueillis :

Marguerite Frache est une femme âgée de 47 ans; elle est blonde, sa santé est excellente : son père, d'une organisation robuste, portait des difformités identiques à celles de sa fille, difformités que nous décrirons bientôt.

Le grand-père de cette femme était maçon, sa conformation était régulière; à l'âge de 25 ans, il fit une chute d'un échafaudage élevé, et en tombant il se fit de profondes blessures aux pieds et aux mains.

Son fils, Louis Frache, père de Marguerite, vint au monde avec un seul doigt à chaque main et deux orteils à chaque pied, le premier et le dernier. Cet homme était tisserand; on assure qu'il était un ouvrier habile.

Louis Frache a eu cinq enfants, trois garçons et deux filles; trois sont morts en bas âge, quatre étaient difformes; le cinquième, qui est l'aîné, est bien conformé; il a servi dans l'arme du génie, et il est actuellement aux vétérans. Cet homme s'est marié, et il n'a eu qu'un seul enfant bien conformé.

Le second des enfants de Louis Frache est Marguerite : elle s'est mariée au sieur François Linglemann, âgé de 42 ans, né à Morhange, département de la Moselle. Cet homme est manœuvre : il est bien conformé, s'est toujours bien porté; sa constitution est robuste, ses cheveux sont châtains, sa taille est de 1 mètre 70 centimètres.

De ce mariage sont nés quatre enfants :

1° Louis Linglemann, âgé de 17 ans au moment où je recueillais l'observation : il est sain et bien conformé.

2° Christophe Linglemann, âgé de 7 ans, difforme des pieds et des mains : les pieds n'ont que deux orteils, le gros et le petit; les mains n'ont que deux doigts, le médius et l'annulaire; à droite, le médius et et l'annulaire sont réunis jusqu'à la hauteur de la première articulation avec la seconde, puis les extrémités

des doigts divergent en se portant à droite et à gauche ; les deux doigts de la main gauche sont intérieurement unis dans toute leur longueur.

3° Catherine Linglemann est âgée de cinq ans, elle est difforme des pieds et des mains ; les pieds n'ont que deux orteils, le premier et le dernier : la main droite présente trois doigts, l'indicateur et le médius manquent complétement ; la main gauche n'a que deux doigts, le pouce et l'auriculaire ; sur la dernière phalange du pouce on voit une saillie indiquant un doigt surnuméraire avorté.

4° Adèle Linglemann est une petite fille, faible, rachitique, hydrocéphale ; elle est âgée de dix-huit mois ; les pieds n'ont que deux orteils, le premier et le dernier.

La main droite a deux doigts et une phalange ; le pouce et l'indicateur manquent complétement, l'annulaire n'a qu'une phalange réunie à la phalange voisine du doigt auriculaire qui est entier. La main gauche n'a que le doigt auriculaire et la première phalange du doigt indicateur.

Quant à la mère de ces enfants, Marguerite Frache, femme Linglemann, les pieds sont horriblement difformes, ils n'ont que deux orteils, courbés en dedans et présentant la disposition des serres du crabe ; c'est en effet ainsi qu'agissent ces orteils, ils se meuvent horizontalement et pincent les objets avec force.

La main droite n'a qu'un doigt, l'indicateur ; la main gauche en a deux, l'auriculaire et l'annulaire, qui sont réunis dans toute leur longueur (1).

En résumé, voici trois générations, le père, la fille et les enfants de cette dernière, qui, tous, présentent des difformités des pieds et des mains, dont l'origine paraît remonter au bisaïeul, qui, dans une chute, s'est blessé profondément aux pieds et aux mains. Et, parmi les faits singuliers qu'offre cette histoire, il faut encore remarquer que le fils aîné de Louis Frache était bien conformé et qu'il en était de même du fils aîné de Marguerite Linglemann.

Nous terminerons en faisant remarquer de nouveau que les difformités que nous venons de décrire présentent ce caractère spécial et exceptionnel qu'elles ont pour origine une lésion traumatique, qui a déterminé des monstruosités qui se sont transmises héréditairement, conditions qu'il ne faut pas confondre avec les vices de conformation, notamment les hypospodias, les doigts surnuméraires, ou les maladies qui passent des parents aux enfants par une analogie naturelle d'organisation, mais qui ne reconnaissent en aucune manière un accident pour cause première.

(1) M. Scoutetten a prié l'Académie de faire déposer au musée Dupuytren toutes les pièces moulées en plâtre qu'il a présentées à l'appui de ses remarques.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 novembre 1857.

Présidence de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Chimie industrielle. — Sur les chaux hydrauliques et la formation des roches par la voie humide, par M. Fer. Kuhlmann.

Géologie. — Sur le métamorphisme des roches, par M. Daubrée.

Zoologie. — Sur l'ostéologie des gymnotes, par M. Hollard.

Anthropologie. — M. Morel adresse un mémoire intitulé : *Des caractères au moyen desquels on peut reconnaître la dégénérescence dans l'espèce humaine. Stérilité et fécondité bornée.* Les *Comptes rendus* donnent l'extrait suivant de ce travail :

« Le but de ce mémoire est d'appeler l'attention sur certaines difformités de l'ordre physique, sur certaines anomalies de l'ordre intellectuel et moral qui, par leur apparition uniforme et constante chez les *races maladives ou dégénérées*, forment un des caractères distinctifs de ces races et permettent à la simple inspection de ces phénomènes anormaux de faire remonter les individus à leur véritable origine (1).

» Je désire démontrer surtout qu'un des caractères les plus saillants de la dégénérescence est la stérilité des individus. Mais si la stérilité ou l'impossibilité absolue de reproduire son espèce est le caractère le plus vrai de la dégénérescence, il en est d'autres qui se rapportent également aux fonctions importantes de la génération, et qui consistent dans ce que M. le professeur Flourens a appelé pour un autre ordre de faits *la fécondité bornée.* « Les métis, dit ce savant, sont inféconds à la deuxième ou troisième génération. » Il est bien exceptionnel en effet que, lorsqu'un mal héréditaire d'une nature dégénérative se produit et se transmet dans une famille, les individus ne deviennent pas stériles à la troisième ou quatrième génération, au cas où rien n'a été fait pour faire remonter les individus.

» Mais cette fécondité bornée se révèle non-seulement par la difficulté de la reproduction chez les êtres dégénérés, mais par le peu de *viabilité* des individus auxquels s'est transmis le principe de la dégénescence.

» La prévision de la nature empêche sous ce rapport la formation progressive de races qui, doublement mal dotées au point de vue physique et au point de vue moral, seraient un danger incessant pour la société. Toutefois, l'examen du phénomène que je signale ne laisse pas de soulever des questions de la plus haute importance.

» L'observation d'une quantité considérable de faits que j'ai recueillis dans les asiles, les prisons, les villes manufacturières, les contrées marécageuses, etc., m'a appris que l'état dégénératif peut exister à l'état sporadique aussi bien qu'à l'état endémique. On le trouve à l'état endémique dans certains milieux déterminés, tels que les contrées marécageuses et les grandes villes industrielles. On conçoit que ces populations ne pouvant, en raison de la fécondité bornée des individus, de leur peu de viabilité, et en dernière analyse de leur stérilité, se reproduire indéfiniment, doivent se renouveler par l'immigration d'autres individus qui, eux aussi, ne tardent pas à leur tour à devenir les victimes des milieux délétères où les fixe la nécessité. La dégénérescence à l'état sporadique s'exerce dans tous les milieux, dans toutes les conditions sociales où règnent quelques-unes des causes maladives que j'ai signalées dans mes dégénérescences comme étant le point de départ de funestes transmissions héréditaires. »

Après avoir indiqué les caractères physiologiques de la dégénérescence, l'auteur passe en revue les caractères physiques, développement incomplet des organes de la génération, réduction de la taille, difformités du squelette, du système dentaire, des oreilles, etc. Nous ne pouvons le suivre dans cette partie de son travail qui exigerait des développements trop étendus pour trouver place ici.

Chirurgie. — M. Girard adresse un mémoire intitulé : *Du massage dans le traitement des entorses de l'homme.* Voici l'extrait qu'en donnent les *Comptes rendus* :

«... M. Baudens, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, constate que « sur un chiffre de 78 amputations de jambe « ou de pieds, 60 avaient pour origine une entorse, 18 seulement « étaient étrangères à cette cause. » Cette citation suffit pour faire juger de la gravité de la lésion dont le traitement fait l'objet du présent travail.

(1) On peut objecter que le mot *race*, qui implique, d'après M. le le professeur Flourens, l'idée d'une *fécondité continue*, est mal appliqué aux êtres dégénérés qui, réunis dans un milieu déterminé, ne pourraient indéfiniment propager le type de leur dégénérescence par le fait de leur peu d'aptitude reproductrice. Il faut donc attacher dans cette étude au mot *race* un sens restreint, qui le limite au fait pathologique. Les races dégénérées n'ont, fort heureusement pour l'espèce humaine, rien de ce qu'il faut pour menacer d'une manière absolue l'existence de l'espèce; mais leur danger relatif n'en est pas moins considérable, et les causes qui les produisent n'en sont pas moins un obstacle très grand aux efforts que l'on voudrait tenter pour le perfectionnement de l'espèce en général.

» Bien que nous ne revendiquions pas l'honneur d'avoir le premier mis en pratique le massage pour le traitement des entorses, nous n'espérons pas moins qu'on nous saura gré de l'avoir étudié, modifié et d'avoir fait tous nos efforts pour exhumer un traitement qui depuis trop longtemps a été exploité par des hommes ignorants ou par un trop petit nombre de médecins.

» C'est après avoir été témoin d'une cure remarquable, opérée sur un de nos camarades par un homme étranger à la science, que nous avons voulu étudier sérieusement un moyen que nous sommes autorisé aujourd'hui à croire aussi rationnel qu'efficace. Nous l'avons heureusement modifié en supprimant toute espèce de traction, en agissant seulement par un massage tellement gradué, que nous évitons au malade la plus légère douleur. Jusqu'à ce jour, et dans tous les cas, nous avons été assez heureux pour prouver d'une manière évidente toute son efficacité.

» *Première observation :* fait dont nous avons été témoin et qui nous a suscité l'idée d'appliquer le massage au traitement des entorses. — En 1842, à Vesoul, M. Saintenoy, officier au 7e de cuirassiers, fait une chute de cheval et contracte une entorse très grave au pied droit. La douleur est très vive, le pied se tuméfie, et des ecchymoses apparaissent rapidement autour des malléoles. Les compresses, constamment arrosées d'eau de Goulard, avaient été prescrites. Sept à huit heures après l'accident, M. C..., complétement étranger à la science, vient exercer ses manipulations, quoique très douloureuses alors; une demi-heure s'est à peine écoulée qu'on est frappé de la diminution de la tuméfaction; la peau, de fortement tendue qu'elle était, reprend de sa souplesse comme par enchantement, et enfin, après deux heures et demie de ce massage et de ces tractions dans tous les sens, M. Saintenoy peut marcher. Il boite légèrement pendant deux ou trois jours, puis il est guéri.

» Nous avions suivi avec attention la manière dont avait opéré M. C..., et nous étions bien désireux de saisir une occasion pour juger de l'efficacité du massage. Ce ne fut qu'en 1850 qu'il nous fut permis d'en faire une première application.

» *Deuxième observation.* — M. Sœger, maréchal des logis chef au 7e de cuirassiers, en garnison à Valenciennes, tombe en montant un escalier, se contourne violemment le pied gauche et contracte une entorse très forte. Quand nous fûmes prié d'aller le voir, l'accident datait de deux à trois heures seulement. Ce sous-officier, d'un tempérament sanguin, était sur son lit, ressentant une vive douleur; le pied était considérablement tuméfié, et des ecchymoses commençaient à apparaître autour des malléoles. Le moindre toucher exaspère la douleur, ce qui nous donne l'idée d'agir par un massage gradué, de manière à n'effleurer d'abord que la peau, puis à augmenter insensiblement la pression, selon la sensation plus ou moins douloureuse qu'il éprouve. Après trois heures de ce massage, tuméfaction et douleur ont entièrement disparu. Le lendemain, M. Sœger vaquait à ses occupations. Depuis il ne s'est pas ressenti de cet accident.

» *Troisième observation.* — Cette première cure, connue de quelques personnes, fit qu'on vint nous prier de vouloir bien visiter M. D..., fabricant de sucre aux environs de Valenciennes, lequel, nous dit-on, avait une entorse excessivement grave depuis bientôt six semaines. D'un tempérament très nerveux, très irritable, M. D... est très amaigri ; le pied conserve encore un empâtement assez considérable ; il a une teinte safranée ; le moindre toucher éveille une douleur très vive.

» Après l'avoir prévenu de notre peu d'expérience, mais dans tous les cas de la bénignité du moyen que nous lui proposons, nous opérons un massage de trois heures; après ce temps, le pied est à peine douloureux, malgré la forte pression qu'on exerce sur toutes les parties. Nous engageons alors M. D... à faire quelques pas ; d'abord il n'ose se servir de son membre malade ; mais enfin, encouragé par le peu de douleur qu'il ressent, il prend de l'assurance et fait le tour de l'appartement. Nous appliquons un bandage légèrement contentif et imbibé d'eau-de-vie camphrée. Le lendemain et les huit jours suivants, le frère de M. D... auquel nous avons démontré la manipulation, continue un massage de deux heures chaque fois. L'amélioration est de plus en plus grande ; aussi huit jours sont à peine écoulés, que M. D... peut se livrer à ses travaux. »

Suivent douze autres observations, toutes tendantes à prouver les bons effets du massage méthodiquement pratiqué dans le traitement des entorses.

Physique chirurgicale. — M. Despretz, au nom de M. Pélikan, présente le mémoire suivant : *Recherches expérimentales sur les causes des contusions produites par le vent du boulet.*

« Presque tous les grands chirurgiens de notre époque s'accordent à considérer l'action des projectiles de gros calibre, passant à proximité du corps vivant, comme impuissante à produire les contusions vulgairement attribuées au vent du boulet. Cependant quelques médecins expliquent encore ces sortes de contusions, soit par l'action de l'air condensé, soit par la raréfaction de l'air ambiant au moment du passage du projectile ; cette raréfaction, comme par l'effet aspirant d'une pompe, attirerait vers la périphérie les liquides du corps.

» La question ne pouvait être résolue qu'au moyen d'expériences directes ; je me suis donc adressé au Comité d'Artillerie de Saint-Pétersbourg, qui voulut bien mettre à ma disposition pour ces recherches des pièces de gros calibre, tirant avec une vitesse approximativement calculée et à une petite distance.

» En même temps, suivant le conseil de mon collègue, M. le professeur de physique Sawélieff, j'avais fait construire un appareil propre à mesurer l'action que le vent du projectile pourrait exercer sur les corps situés à une certaine distance de son passage. L'appareil consistait en un cylindre de tôle d'environ 1 pied de diamètre, avec un piston, dont la tige passait par le centre d'une pièce en forme de croix, fixée à l'orifice postérieur du cylindre. Pour mesurer le recul du piston, recul résultant de la compression de l'air par le projectile, je me servais d'un crayon attaché à la tige du piston, au moyen d'un levier coudé.

» Ce crayon, glissant à chaque mouvement du piston sur la face externe du cylindre, traçait une feuille de papier. L'appareil était maintenu immobile sur un piédestal de bois. Le piston avec la tige pesait 8 livres; pour obtenir un recul d'un pouce, il fallait employer une force équivalant à 1 livre 1/2. En vue d'éviter les suites de l'action immédiate du projectile, nous avons fait disposer l'appareil en arrière d'une solide charpente. A 4 mètres de cette charpente était placé un écran de bois, destiné à mesurer la distance à laquelle des projectiles passaient de l'appareil, et en avant de la même charpente, à 5 mètres de l'appareil, était placé un autre écran de bois qui devait préserver l'appareil de l'action des gaz de la poudre ; le diamètre de l'ouverture dans ce dernier écran était de 16 pouces.

» A peu de distance de l'appareil était placé un obusier du calibre de 40 livres. La charge était de 4 livres de poudre, de sorte que la vitesse du projectile, pendant son passage près de l'appareil, était égale à la vitesse que conserve une bombe avec la pleine charge de 7 livres, à la distance de 400 mètres de la pièce, c'est-à-dire après la deuxième parallèle des travaux de siége, en supposant un obusier du calibre de 40 livres placé sur un des ouvrages de la forteresse attaquée (1).

La distance entre l'écran antérieur et l'orifice de l'obusier était laissée de 14 mètres, vu qu'à cette distance la vitesse initiale du projectile ne souffre pas encore d'affaiblissement sensible. Dans ces conditions, la bombe devrait passer près de l'appareil avec une vitesse de 956 pieds par seconde. En outre, les expériences faites en 1843 et 1844 à l'arsenal de Washington par le major Mordacay prouvent qu'à la distance de 48 pieds les gaz de la poudre avec la charge de 10 livres, et en prenant une pièce du calibre de 32 livres, n'ont aucune influence sur le récipient du pendule balistique ; nonobstant, pour éviter toutes les objections, nous avions placé, comme je l'ai dit plus

(1) La vitesse initiale d'une bombe de 40 livres, avec la charge complète de 7 livres de poudre, est de 1,290 pieds par seconde ; à la distance de 400 mètres de la pièce, cette vitesse, d'après le calcul, doit être égale à 956 pieds. Par un rapport connu, déterminé à l'aide des expériences, entre les vitesses initiales et les charges respectives, il suit que pour qu'une bombe de 40 livres ait une vitesse initiale de 956 pieds, il faut employer 4 livres de poudre.

haut, un écran entre l'obusier et l'appareil. Avant chaque expérience, on notait la position du crayon.

» Les résultats étaient constamment les mêmes, c'est-à-dire que, si la bombe passait près de l'appareil à une distance d'environ 3 pouces, le piston ne changeait pas de position : il n'y avait ni avancement, ni recul. Mais si le projectile, en déviant de son trajet direct, enlevait quelques fragments de la charpente et si ces fragments atteignaient le cylindre, le piston s'avançait de 3 lignes un quart. Ce fait s'est produit une fois. Dans une autre expérience, il est arrivé que la bombe a touché l'une des pièces d'ajustage, placées des deux côtés du cylindre pour assurer son équilibre. Cette pièce de bois s'est trouvée projetée à deux pas de l'appareil, et cependant le piston est resté immobile.

» Mais, dans une expérience, le projectile ayant touché la surface du piston, on a bien vu la trace du passage qu'avait laissée la bombe, la déchirure du fer avec le renversement des bords, ainsi que déformation du côté gauche, et alors le piston a reculé de 2 pouces.

» Nous avons pu bien constater, que toutes les fois que l'appareil était placé immédiatement après le premier écran et qu'on lui donnait une position oblique, le piston reculait d'un quart à une moitié de pouce ; tandis que, s'il avait été disposé parallèlement à l'écran, il n'y avait plus de recul. Ces phénomènes étaient encore plus évidents, quand nous employions pour le même obusier la pleine charge de 7 livres de poudre, toutes les autres conditions restant les mêmes. Dans ce cas, le piston reculait de 3 lignes jusqu'à 8 1/2, en raison de l'obliquité plus ou moins grande de l'appareil, relativement à l'écran et de la distance qui séparait le trajet du boulet de l'appareil.

» De toutes ces expériences, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

» 1° Un projectile passant très près de quelque objet exerce sur celui-ci une influence insignifiante due au courant de l'air ambiant au moment du passage du projectile ; mais cette influence n'est pas telle que l'ont supposée Rust, Busch et autres médecins, parce que si les contusions déterminées par des boulets à une certaine distance se produisaient comme l'admettent ces savants, le piston de notre appareil avancerait nécessairement sous l'action du boulet, au lieu de reculer, comme l'ont prouvé nos expériences.

» 2° Ayant établi que la force équivalant à une livre et demie pouvait faire reculer le piston d'un pouce environ, il est évident que ce qu'on appelle le vent du boulet, même avec la pleine charge de poudre, possède une force beaucoup moins grande, de sorte qu'il nous paraît certain que l'existence des lésions produites par ce qu'on appelle le vent du boulet est inadmissible dans l'état actuel de la science. Et par conséquent :

» 3° Quand un projectile atteint bien le but, sans ricocher ni enlever quelques objets sur sur son trajet, les hommes qui sont placés à une certaine distance de son passage ne peuvent pas recevoir une contusion, quelle que soit d'ailleurs l'opinion de quelques médecins qui assurent avoir observé eux-mêmes ces espèces de lésions. »

Économie rurale. — *Note sur la proportion de matière soyeuse contenue dans les cocons du ver à soie du ricin, par* M. F.-E. Guérin-Meneville.

Chimie. — Action de la glycérine sur quelques combinaisons métalliques, par M. Semmola.

Electro-magnétisme. — D'un mode économique de production du courant électrique par le magnétisme terrestre, par M. Lamy.

Physique. — Sur une nouvelle action de la lumière, par M. Niépce de Saint-Victor (présenté par M. Chevreul).

— Recherches sur les divers reflets lumineux qui résultent de l'action de la lumière sur les corps, par M. Edmond Becquerel.

— Note sur la densité de vapeur d'un certain nombre de substances minérales, par M. H. Sainte-Claire-Deville et L. Troost.

ACTES OFFICIELS

Par décret en date du 12 novembre 1857 :

La chaire de matière médicale de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, confiée jusqu'ici à un professeur adjoint, sera désormais remplie par un professeur titulaire, et la chaire de chimie de la même Ecole, qui était confiée à un professeur titulaire, sera désormais remplie par un professeur adjoint.

M. Oberlin, professeur adjoint à l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de matière médicale à la même Ecole.

VARIÉTÉS.

M. le docteur Edmond Langlebert a commencé son cours public sur les maladies syphilitiques aujourd'hui 23 novembre, à midi, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis, et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Emportement des chevaux. — On lit dans le *Moniteur universel :*

« Il y a peu de jours, rue de Rivoli, un cheval attelé à une voiture de place s'est effrayé, s'est emporté et a parcouru une longue distance, en jetant l'effroi sur son passage. Le cocher faisait tous ses efforts pour le retenir, sans pouvoir y réussir. Trois personnes qui étaient dans la voiture poussaient des cris de frayeur et appelaient à leur secours ; le sergent de ville Veil s'est immédiatement jeté avec vigueur à la tête du cheval, et après d'assez longs efforts, il est parvenu à le dompter. Le cheval, en ruant, avait cassé les brancards, brisé le devant de la voiture ; Veil a été blessé. Il a déjà reçu deux médailles d'argent pour des actes de bravoure et de dévouement. Il est père d'une nombreuse famille, et il est d'une conduite exemplaire. »

C'est la seconde fois en quinze jours que le *Moniteur* appelle l'attention sur des accidents causés par un cheval emporté. Il est à regretter que l'organe officiel n'ait pas songé à informer en même temps ses lecteurs que l'industrie a imaginé depuis plusieurs années déjà un appareil, un mors spécial, dont l'application aux animaux fougueux prévient avec certitude leur emportement et tous les accidents qui peuvent en résulter. M. le professeur Goubaud d'Alfort a publié dans ce journal même (voir *Monit. des hôpit.*, 31 octobre 1855) une note intéressante sur ce sujet, note qui a été reproduite, à l'époque, par plusieurs journaux quotidiens.

— Tombeau d'Hippocrate. — M. Briau publie dans la *Gazette hebdomadaire* une lettre qui lui a été écrite par M. Rangabé, savant illustre, à ce qu'il paraît, laquelle ne fait que confirmer les incertitudes fort légitimes qui régnaient déjà sur la réalité de la découverte du tombeau d'Hippocrate, découverte annoncée pompeusement il y a quelque mois, pour la quinzième ou vingtième fois peut-être.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De la cause immédiate et du traitement spécifique de la phthisie pulmonaire et des maladies tuberculeuses, par le docteur J. Francis Churchill. — In-8° de xx-256 pages — Paris, Victor Masson. — Prix : 5 fr.

De la saignée dans la grossesse, Études pratiques sur la valeur des émissions sanguines et sur leur application aux divers ordres d'accidents pathologiques qui peuvent affecter les femmes enceintes, par le docteur P. Silbert (d'Aix). — In-8° de viij-224 pages. — Paris, 1857, Victor Masson. — Prix : 4 fr. 50.

Des Dyspepsies, par le docteur Chomel. — Un vol. in-8° de 327 pages. — Paris, 1857; Victor Masson. — Prix : 6 fr.

Le rédacteur en chef : H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 142. 5me ANNÉE. Jeudi, 26 Novembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an........ 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 25 novembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

Statistique des causes de décès.

—

Il s'est enfin terminé hier, ce long enfantement de la Commission de statistique, ou, pour mieux dire, cette longue fausse couche, car le *produit*, comme dirait M. l'académicien Chailly, était loin d'être à terme, et sa position était si vicieuse que, malgré les versions, bi-versions et même tri-versions qu'on lui a fait subir, il a encore fallu lui amputer une extrémité pour lui rendre le passage possible ; cette extrémité, c'est la dernière conclusion dans laquelle la Commission engageait M. le ministre à décerner des médailles d'encouragement aux médecins qui auraient montré le plus de zèle dans l'envoi des bulletins de statistique. Qu'est-ce à dire, s'est écrié M. Velpeau, et à quoi peut se mesurer le zèle d'un expéditeur de bulletins? Sans doute au nombre de ces bulletins. C'est donc que vous engagerez M. le ministre à récompenser les médecins qui auront tué le plus de malades !

La Commission n'avait pas prévu cet argument : elle s'est empressée, sans trop murmurer, de consentir à l'amputation demandée par M. Velpeau, et l'accouchement a été consommé. M. Cazeaux, qui se croyait sans doute dans le beau temps parlementaire, a demandé le vote sur l'ensemble du projet, se rappelant que ce vote a été un usage constant pour toutes les assemblées délibérantes. M. le président a trouvé qu'on avait assez voté comme cela, et il a déclaré que l'épreuve proposée par M. Cazeaux était inutile. M. le secrétaire annuel a pu s'assurer par là qu'il aurait eu dans M. le président un concurrent redoutable, si, au lieu d'embrasser la médecine du mousquet, le savant hygiéniste s'était voué à l'art illustré par Désormeaux, Baudelocque, Lucine et Chailly (Honoré). Mais si l'éloquent président s'entend à merveille à amener à bien les *produits* (pour parler comme M. l'académicien Chailly), il ne s'entend pas toujours aussi bien à les fabriquer sans défauts, et il lui est arrivé hier de nous en offrir un qui, à l'exemple du monstre d'Horace, tient un peu à la fois de l'oiseau et du poisson.

On n'a pas oublié que, dans une précédente séance, M. Michel Lévy s'était livré avec talent et avec un succès mérité à d'éloquentes inspirations pour fomenter les sentiments généreux du corps médical à l'endroit de la circulaire académique; hier, M. Michel Lévy conseillait implicitement à l'autorité de ne délivrer de permis d'inhumer que lorsque la famille apporterait à la municipalité un bulletin indicateur de la cause de décès.

Nous n'examinons pas pour le moment l'opportunité de cette mesure; mais il est certain qu'en la supposant adoptée, la circulaire de l'Académie devient au moins inutile : il serait assez naïf, peut-être même quelque peu ridicule pour l'Académie, d'adresser aux médecins une circulaire qui aurait le sens suivant :

« Monsieur, vous savez sans doute que, d'après la loi... ou le décret du... vous êtes *obligé* de délivrer un bulletin indicateur de la cause de décès des malades que vous aurez eu la douleur de perdre ; l'Académie, confiante dans votre zèle pour la science, espère que vous voudrez, en considération du vœu qu'elle a formé, ne pas vous soustraire à un devoir *qui vous est imposé.* »

Franchement, une circulaire qui aurait nécessairement un pareil sens, quels qu'en fussent les termes, serait peu digne de l'Académie. S'il n'est pas absolument impossible, ainsi que le bruit en court, de modifier légèrement les propositions votées par l'Académie, sur l'expédition qui en est adressée à M. le ministre, nous engageons M. le secrétaire perpétuel à user de ce privilége pour faire disparaître la mention de la circulaire, ou tout au moins pour introduire dans la dernière conclusion quelques mots propres à faire disparaître la naïveté que nous signalons.

Il n'est pas bien utile, maintenant, puisque l'Académie a statué sans retour, de discuter en détail chacun des points qui ont été touchés, plutôt que discutés à fond, dans la séance d'hier. Les principaux de ces points sont les deux suivants, dont il suffira de dire un mot :

1° M. Malgaigne a formulé contre la commission le reproche de n'avoir pas suffisamment étudié ce qui se fait ailleurs avant de rédiger des conseils sur ce qu'il y aurait à faire en France. M. le rapporteur, pour prouver à M. Malgaigne qu'il était dans l'erreur, a cité le commencement du travail de la Commission, où il est dit que la statistique s'exécute dans d'autres pays; que, dans d'autres pays, le bulletin de la cause de décès est obligatoire, etc.

La justification de la Commission nous touche un peu, puisque c'est nous qui avons formulé d'abord le reproche que M. Malgaigne a bien voulu renouveler. Nous sommes donc obligé de faire observer à la Commission, puisque M. Malgaigne n'y a pas songé ou ne l'a pas pu, qu'il ne suffit pas de dire que telle chose se fait dans tel pays pour prouver qu'on sait comment, dans quelles conditions se fait cette chose. Supposons, par exemple, qu'un rapport soit fait sur la culture du thé, et qu'un rapporteur vienne nous dire : « Le thé est cultivé en Chine depuis des siècles; il est temps que la France cesse d'être tributaire du Céleste-Empire, etc., » est-ce que la Commission pense que ces paroles nous renseigneraient beaucoup sur la culture du thé et sur la possibilité de le naturaliser dans notre climat? — Il ne suffisait donc pas de dire que la statistique sur les causes de décès est cultivée dans d'autres pays; il fallait nous dire comment elle y est cultivée et quelle récolte elle fournit; c'est ce que n'a point fait la Commission.

2° M. Devergie a fait observer à la Commission qu'elle n'avait point répondu à M. le ministre relativement à la question du secret mé

cidal. — A quoi la Commission a répondu qu'il n'y avait pas lieu d'y répondre, puisque le bulletin serait secret, ou du moins ne serait ouvert qu'à Paris.

Cette réponse est grosse de fictions et d'inconvénients.

En ce qui concerne la fiction, le rare bon sens de M. Velpeau en a été frappé : il est évident que le bulletin, s'il n'est pas tout à fait un chiffon de papier, aura des marques qui en garantiront l'authenticité; si ces marques existent, rien ne sera plus aisé que de remonter à la personne dont ce bulletin est censé constater la cause de décès. Le secret médical est donc violé par le fait seul de la délivrance du bulletin. Que cette violation ait de graves inconvénients en pratique, nous ne le pensons pas ; mais en principe la violation est incontestable. L'objection tirée des goîtreux, faite à M. Velpeau par M. le président, qui n'a pu résister au besoin de discuter un peu, n'est pas plus heureuse que celle qu'il avait tirée des sacs de farine du comptable. Quand on a écrit qu'à telle époque, on a trouvé dans tel département tant de goîtreux, on ne désigne personne en particulier : cela est parfaitement vrai ; mais quand on écrira que, dans telle commune, il est mort, tel jour, de telle maladie, un *homme*, une *femme*, un *enfant* de tel âge, on désignera *très clairement* cet homme, cette femme ou cet enfant, car il y a peu de communes en France où il meure chaque jour deux hommes, deux femmes ou deux enfants du même âge.

Il fallait donc répondre à M. le ministre que le secret médical était violé en principe par la délivrance du bulletin des causes de décès, et qu'il fallait une loi pour exonérer le médecin de la pénalité à laquelle cette violation l'expose.

Mais nous le répétons, ce n'est point là le principal inconvénient du bulletin cacheté. Le grand inconvénient, c'est que ce secret lui enlève le peu de garantie scientifique qu'il pourrait avoir, garantie *indispensable*, ainsi que le répète en toute occasion et avec raison M. Marc d'Espine, quoique non suffisante.

Nous arrêterons ici ces quelques remarques que nous espérons publier ailleurs avec plus de développement, ainsi que toutes celles que nous avons présentées déjà sur le travail de la Commission et sur la question elle-même des causes de décès.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIRURGIE.

Mémoire pour servir d'introduction aux principes de l'art de broyer les pierres dans la vessie humaine, et démontrant le danger d'employer, pour pratiquer la lithotripsie, les instruments de pacotille du commerce, et la nécessité de poser les règles relatives à cette opération.

Par le baron HEURTELOUP.

(Première partie. — Lue à l'Académie de Médecide.)

Je viens entretenir l'Académie de *lithotripsie* ou de l'art de *triturer* les pierres vésicales dans l'organe qui les contient. Je viens, parce que la vie de l'homme est bornée, et que, comme l'abeille, il doit, à la fin de la journée, déposer dans la ruche commune, le produit qu'il a amassé et élaboré. Puissiez vous, messieurs, vous qui avez le droit d'être si difficiles, trouver celui que j'apporte assez pur.

C'est la seconde fois que je me présente devant vous, pour vous faire connaître les principes qui m'ont dirigé dans mes travaux sur un art que vous avez vu naître. Je voulus, il y a dix ans, vous aire connaître ces travaux par la simple démonstration, sans exposé méthodique et scientifique ; mais je ne fus pas heureux dans ma première tentative ; peut-être la seconde, que je fais en accompagnant mes démonstrations de raisonnements, aura-t-elle plus de succès, et peut-être sera-t-elle attribuée, en considération de mon long silence, qui prouve mon peu de penchant pour le bruit, à son véritable motif, le pur amour de la science.

L'art ne s'enrichit et ne se purifie que par les discussions et les combats : je viens enfin combattre s'il le faut, et s'il m'est permis, quoique auteur, d'entrer dans la lice.

Quel que soit le désavantage de celui qui, d'après vos lois, ne peut prendre la parole pour se défendre ou expliquer son travail, je me place, pour l'amour du bien, dans cette position défavorable.

Si j'ai été silencieux jusqu'à présent, c'est que celui qui travaille est rarement satisfait de lui-même ; il craint de vous apporter des idées sans maturité, et en craint surtout la publication.

J'ai aussi gardé le silence parce que le temps de provoquer des discussions sur un art aussi nouveau que la *lithotripsie* ne me semblait pas venu. Les médecins avaient une idée trop confuse d'un nouveau moyen de guérir qui venait d'apparaître. Ce moyen s'employait dans l'ombre et hors de la vue, et chacun était d'accord avec notre vieux maître, l'illustre Boyer, qui ne voulait pas porter un jugement sur la lithotripsie, prétendant *qu'il n'y avait que celui qui tenait la queue de la poêle qui sût ce qu'il faisait.* Boyer n'en disait pas assez. Dans ce temps-là, ceux mêmes qui tenaient cette *queue de poêle* savaient peu ce qu'ils faisaient, et vous verrez que beaucoup n'en savent pas davantage aujourd'hui. Cette possibilité d'enfouir les fautes des opérateurs dans la profondeur de la vessie a empêché de suivre les progrès de l'art, et Boyer, tout en plaisantant, avait mis le doigt sur la plaie, et avait dit, comme il en disait souvent, un mot plein de sens et de profondeur.

Maintenant il n'en est plus de même ; la poêle de Boyer a été simplifiée et son manche aussi ; chacun de vous a employé ou vu employer l'un ou l'autre, et conséquemment chacun de vous peut se rendre un compte facile de ce qui se passe en dedans de l'organe, en étudiant ce qui se passe au dehors, chacun de vous peut juger par lui-même : le moment de discuter est donc venu.

Il y a quarante-quatre ans, en **1813**, Gruithuisen, médecin bavarois, qui vivait encore il y a quatre ans, écrivait dans la *Gazette médicale de Saltzbourg :*

« Depuis cinq ans j'hésite à émettre mes idées sur les moyens » artificiels propres à broyer la pierre dans la vessie, en attendant » vainement une occasion favorable où je puisse en faire l'appli- » cation sur le vivant, avant de les communiquer au public. »

Partant de cette introduction, il décrivait les moyens qu'il emploierait pour remplir ce majestueux et philanthropique programme.

Après avoir, en séance publique et en présence de cinq experts, introduit plusieurs fois une tige de verre droite et volumineuse dans la vessie d'un homme vivant, et prouvé par là que des instruments analogues pouvaient pénétrer dans la poche urinaire, il dit :

« J'introduirai un tube droit dans cet organe. A travers ce » tube introduit, je saisirai la pierre avec une anse de fil métal- » lique. A travers ce même tube, j'attaquerai cette pierre en la » perforant avec un trépan que je ferai tourner avec un archet, » comme le font les horlogers lorsqu'ils percent le laiton. »

Il y a donc quarante-quatre ans, messieurs, que le docteur Gruithuisen inventait et publiait l'idée de la *méthode lithotriptique* (τριψις, trituration).

Il y a donc quarante-quatre ans que cet homme ingénieux inventait et publiait le premier moyen mécanique, le premier *procédé*, la *lithotritie* (τερειν, percer), pour exécuter sa glorieuse conception.

Depuis ce temps, plusieurs chirurgiens, dont un seul a été sé

rieux, ont apporté à la solution de ce magnifique problème, avec plus ou moins de bonheur, le tribut de leurs travaux ; mais le sort a voulu que je découvrisse la combinaison qui, par sa simplicité et sa puissance, permit d'accomplir convenablement le vœu du médecin bavarois.

En 1831, j'inventai en Angleterre, où j'avais été forcé d'aller chercher des éléments d'étude, l'instrument courbe qui réunit ces importantes propriétés. En 1832, je l'importai en France avec le pierreux sur lequel je devais en faire la première application ; je le présentai à l'Institut, qui le couronna, et depuis ce temps, et aussitôt son apparition, cet instrument, quoique altéré par ceux qui voulaient le copier, fut employé par la pratique générale.

C'est autour de cette combinaison que sont venus s'ébattre beaucoup de modificateurs, dont le rôle est si facile lorsque les changements qu'ils proposent ne sont pas la conséquence d'observations répétées, d'une expérience approfondie et surtout de la démonstration du défaut qu'ils prétendent corriger.

Sans remplir ces trois conditions, ceux qui corrigent, corrigent sans droit, parodient, ne peuvent être sérieux et nuisent à la science qu'ils frelatent. Or, la science frelatée tue comme tous les autres poisons.

Cette réflexion générale, que j'aurais déjà pu faire depuis vingt-cinq ans, et qui s'applique encore à d'autres conceptions que la lithotripsie, ne saurait déplaire dans cette enceinte, car les modifications de mon instrument courbe ne peuvent appartenir à la profession médicale. Elles ne peuvent être dues qu'à des ouvriers qui travaillent plutôt dans l'intérêt de leur commerce que dans celui de l'art, et qui, bien que fort intelligents, n'ont pu puiser dans des connaissances préliminaires et dans l'expérience les réflexions qui seules pouvaient les conduire à bien faire. C'est ce que je vous démontrerai bientôt.

Il est de toute évidence que si les modifications dont il va être question provenaient de personnes de l'art, ces modifications dériveraient d'expériences contradictoires, de réflexions scientifiques faites dans le but ou de combler une lacune, ou de redresser un défaut, ou d'éviter un danger ; ces modifications seraient faites, enfin, dans le but et auraient pour résultat d'ajouter aux chances de guérison une chance de plus.

Comme aucune de ces expériences contradictoires, comme aucune de ces réflexions scientifiques, comme aucun de ces débats, comme aucun de ces faits cliniques comparatifs ne se trouvent consignés dans les livres publiés, ni dans les papiers médicaux, ni dans les Rapports des séances académiques, je suis autorisé à croire et à dire que les changements apportés à mon instrument courbe, et dans sa forme, et dans son action, et dans son usage, sont des changements dus à toute autre cause qu'aux déductions scientifiques, et je me sens naturellement fort à l'aise pour les examiner et pour les contrôler.

Nous sommes arrivés à une époque où ceux qui se sont occupés des travaux proposés pour construire l'édifice lithotriptique ont pris assez d'âge pour que le temps cesse bientôt pour eux ; c'est dire qu'ils ont acquis assez de sagesse et d'amour du bien pour chercher à jeter, ou, s'ils ne peuvent faire autrement, à laisser jeter de la lumière sur cette importante question, afin de la léguer pure de tout nuage aux temps à venir.

Vous le savez, messieurs, depuis que la lithotripsie existe, malgré la quantité de bouches qui pouvaient parler, jamais un mot, un seul mot, n'a été prononcé sur elle dans cette enceinte et nulle autre part, dans le sens de comparer les moyens qu'elle emploie, dans le sens de savoir quel moyen est préférable dans une circonstance donnée, dans le sens de pouvoir bien en apprécier la valeur, dans le sens enfin de remplacer *légitimement* un moyen par un autre moyen. C'est pour cela, messieurs, que l'on sait peu de choses sur la lithotripsie, et que dans les académies on ne connaît pas son nom.

Veuillez bien vous reporter à ces séances multipliées mémorables par le défaut de conclusions, séances dans lesquelles, il y a onze années, vous vouliez comparer la taille à la lithotripsie, la taille déjà vieille et presque parfaite comme taille, à la lithotripsie qui commençait et que vous ne pouviez pas connaître, puis que je repartis sans avoir pu en faire l'application publique ; la taille que l'on emploie contre un degré du mal à la lithotripsie que l'on emploie contre un autre degré ; la taille qui ne saurait être parallèle à la lithotripsie. Si vous vous rappelez ces séances auxquelles l'auteur du moyen que vous discutiez, silencieux et surpris, avait l'honneur d'assister avec le public, vous verrez que ce que je prends la liberté d'annoncer ici est véritable, et que dans ces séances qui vous prirent un temps si long et si précieux, la lithotripsie ne reçut pas même alors l'honneur d'une discussion scientifique.

Ces séances, si vous vous le rappelez, ne se passèrent qu'à discuter des statistiques de succès personnels, et que chacun, animé sans doute de l'intérêt de l'art, mettait de l'ardeur à vous soumettre. Mais ces statistiques, évidemment pleines de vérité, manquaient de ce contraste qui seul peut éclairer la science. Or, vous le savez, messieurs, lorsque les revers ne sont pas mis en lumière, cette omission jette un faux jour même sur les succès inouïs, les plus évidents et les mieux constatés.

Cependant, messieurs, parmi ces voix qui chantaient à leur profit les louanges de la lithotripsie que j'avais faite, il en est une qui appartenait à un homme remarquable par sa mémoire, d'un esprit clairvoyant et chirurgien d'une toute autre valeur que ceux qui faisaient des prodiges, et cette voix niait que la lithotripsie fût pour l'humanité une heureuse acquisition.... à cet homme que l'on honore, je demande sur quelles raisons, scientifiquement parlant, il s'appuyait pour s'exprimer ainsi ?... Quoi qu'il en soit, le contraste que je signale et qui étonnerait moins s'il se présentait dans un sens inverse.... à quoi tenait-il ?

Ces statistiques manquaient aussi de l'énoncé des procédés qui avaient été mis en usage et laissaient dans un doute pénible les esprits sérieux, qui se demandaient comment le *perce-pierre* ou le *lithotriteur à trois branches*, rejeté comme défectueux par celui-là même qui l'introduisit dans la science, avait cependant pu donner, tout défectueux qu'il était, sa part d'étincelles dans les résultats annoncés si purs et si remarquables. La perfection du résultat proclamé peut-elle donc provenir, en dépit de la raison humaine, de l'imperfection avouée du moyen ?

Il y aurait donc à revenir sur ces statistiques si intéressantes pour leurs auteurs, si leur prestige ne s'évanouissait sous les faits nombreux et néfastes qui se passent autour de nous, faits qui ont, comme je vous le prouverai scientifiquement, leur raison d'être. Il faut en venir enfin à un examen positif, raisonné, sérieux, désintéressé, des moyens de la lithotripsie et de leurs conséquences vraies. Si ces statistiques étaient admises, l'émulation s'éteindrait devant l'impossibilité, et les études faites dans le but de perfectionner la lithotripsie devraient s'arrêter, car il serai évidemment inutile de rendre plus parfaite une opération qui a fourni des succès aussi remarquables que ceux dont alors on vous a entretenus.

Vous conclurez donc, messieurs, de ces réflexions préliminaires à la longueur desquelles je vous prie de pardonner, en considération de leur opportunité, que la lithotripsie a besoin de vos discussions éclairées pour mettre en évidence ses principes, ses moyens et ses résultats, et léguer à l'avenir cette belle opération fortifiée de vos réflexions, de vos conseils et de vos appréciations.

C'est pour vous fournir ces éléments de discussion, que je vais

commencer par soumettre à votre jugement le procédé de lithotripsie maintenant employé par la pratique générale pour débarrasser sans incision les malades atteints de *petites pierres*. J'ai la confiance que l'Académie puisera dans cet examen le désir d'approfondir beaucoup de questions, et la possibilité d'établir les bases sans lesquelles la lithotripsie ne deviendra jamais un art, et restera ce qu'elle est à présent, un moyen sans règles posées, sans principes arrêtés, sans résultats bien connus, un moyen plutôt empirique que méthodique, un moyen enfin qui, n'ayant pas été scientifiquement sanctionné par les hommes éminents qui doivent en connaître, est à la merci du spéculateur ignorant.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Deuxième lettre sur le traitement de l'adénite cervicale par l'électricité localisée,

Par le docteur BOULU, médecin, par quartier, de l'Empereur.

A Monsieur le Rédacteur en chef du MONITEUR DES HOPITAUX.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez bien voulu insérer dans les colonnes de votre journal (voir le *Moniteur des Hôpitaux* de novembre 1857) une première lettre sur le traitement de l'adénite cervicale par l'électricité localisée ; nous osons espérer que vous voudrez bien en accueillir une deuxième avec la même bienveillance, en raison de l'importance des nouveaux faits pratiques que nous avons à vous communiquer.

Vous savez, monsieur le rédacteur, que pendant bien longtemps on a nié la possibilité de guérir les adénites cervicales par l'électricité, et que, malgré les succès, peu nombreux à la vérité, cités par Mauduyt, en 1784, et Sigaud-Delafond, en 1803, les médecins, depuis cette époque, s'en sont peu occupés et ont publié fort peu de guérisons d'engorgements ganglionnaires obtenues par ce moyen.

A quoi devons-nous en attribuer la cause? Sans doute à la grande difficulté ou à la défectuosité d'application de ce nouvel agent thérapeutique, dont on ne connaît pas bien encore toute la puissance ; au défaut d'instruments bien appropriés, et aussi au temps toujours assez long pendant lequel il faut persévérer dans l'usage de l'électricité.

Nous avons déjà dit dans notre première lettre comment nous avions été amené à nous occuper de cette question pratique, qu offre un si grand intérêt ; nous n'y reviendrons pas. Disons tout de suite que si nos efforts ont été couronnés de succès dans la majeure partie des cas déjà assez nombreux que nous arons traités et dont une partie a déjà été publiée, nous le devons à notre persévérance dans le traitement et à la patience des malades, tous désireux d'éviter une opération dont les chances, pour eux, ne peu vent jamais être prévues.

A l'appui de cette dernière assertion, nous citerons l'exemple d'un malade qui nous a été adressé il y a environ un an par M. le docteur Peschier, médecin du Corps législatif.

OBS. I. — Ce malade, atteint depuis 15 ans d'une adénite d'un volume énorme, pour laquelle notre savant confrère, M. Velpeau, n'avait vu d'autre ressource que l'opération, et dont nous publierons l'observation plus tard, est en traitement depuis cette époque. Bien que la tumeur ne soit pas entièrement guérie, elle a perdu les trois quarts de son volume sous l'influence du fluide électrique, administré chaque jour avec notre broyeur électrique.

Nous poursuivrons notre traitement longtemps encore, le malade y étant bien résigné, et nous espérons prouver de cette manière tout ce qu'on peut obtenir par notre traitement continué avec persévérance.

OBS. II. — Madame G..., âgée de 32 ans, demeurant quai Jemmapes, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, a eu trois enfants et s'est toujours bien portée. Toutefois, cette belle santé a été souvent troublée par des douleurs névralgiques des plus intenses qui avaient leur siége dans la tête et dont la cause semble résider dans la profession de la malade, qui est marchande de sable, et par conséquent toujours exposée à l'injure du temps. Ajoutons qu'en 1850, à la suite de ces névralgies, il se développa une méningite à laquelle la malade faillit succomber. Grâce à la force de sa constitution, elle se rétablit très bien, et depuis cette époque elle a pris beaucoup d'embonpoint, et sa santé n'a plus été altérée que par quelques maux de gorge insignifiants.

En 1855, madame G..., devenue veuve, est atteinte d'ulcérations profondes dans la gorge qui ne guérissent que sous l'influence de fortes cautérisations à l'azotate d'argent pur et à l'iodure de potassium à l'intérieur. Dans l'espace de deux ans, ces ulcérations se renouvellent cinq à six fois et guérissent toujours par le même traitement pour ne plus revenir.

C'est à la suite de ces douleurs névralgiques, qui ont duré pendant longues années, puis de ces ulcérations de la gorge, qui ont existé pendant deux ans, que s'est développée, au mois de juillet 18 6, une tumeur qui, à son début, n'avait qu'un très petit volume, mais qui prit en quelques mois un développement considérable.

M. le docteur Mouzard, auquel cette malade s'adressa d'abord, employa, pendant six mois environ, sans obtenir le moindre résultat, les amers et les préparations iodées à l'intérieur et à l'extérieur. C'est dans ces conditions que notre honorable confrère nous adressa cette malade.

A notre premier examen, au commencement de janvier dernier, nous trouvons que cette tumeur, de 7 centimètres de haut sur 5 de large, a son siége dans la région parotidienne du côté gauche ; qu'elle est dure, peu sensible au toucher et qu'en raison de sa nature même et de la bonne constitution de la malade nous avons l'espoir d'en obtenir la résolution à l'aide de nos instruments électriques. Au reste, cette malade nous a déclaré qu'elle était prête à suivre notre traitement aussi longtemps qu'il serait utile de le faire, étant bien décidée à ne jamais se soumettre à aucune opération.

Le traitement électrique fut immédiatement commencé et continué tous les jours avec persévérance, pendant deux mois. La force du courant électrique fut augmentée peu à peu, et la malade, s'y étant habituée, finit par le supporter presque au maximum. A la fin du deuxième mois de traitement, la résolution de la tumeur était complète.

Disons néanmoins que les préparations iodurées ont été continuées pendant le traitement, et que, sans vouloir nier leur part d'influence dans la guérison, il est certain qu'elles n'ont pu agir utilement que sous l'influence du traitement électrique, et ne pénétrer la tumeur qu'après avoir été ramollie, et que, sans le traitement électrique, l'engorgement ganglionnaire eût continué de se développer et de durcir, ce qui eût rendu plus tard le traitement beaucoup plus difficile et aussi beaucoup plus long.

OBS. III. — Madame A..., âgée de 30 ans, demeurant rue Notre-de-Grâce, d'une constitution très lymphatique, a toujours été d'une santé très délicate. Cette femme, assez mal réglée, est atteinte depuis plusieurs années de douleurs névralgiques rhumatismales qui ont eu leur siége dans diverses parties du corps, mais principalement à la poitrine et à la tête. C'est à la suite de ces douleurs, qui semblaient s'être fixées dans la tête, que survint, il y a plus de deux ans, dans la région parotidienne du côté droit, une tumeur qui, à son début, n'avait qu'un très petit volume, mais qui prit en quelques mois un développement considérable. M. le docteur Plouviez auquel cette malade s'adressa d'abord, employa pendant près de dix-huit mois sans le moindre résultat les moyens les plus énergiques, et de préférence les amers et les préparations iodées à l'intérieur et à l'extérieur. C'est alors qu'il confia cette malade à nos soins.

A notre premier examen, nous constatons une tumeur du volume d'un œuf, dure et indolente à la plus forte pression; la peau qui la recouvre n'offre pas d'altération. Nous constatons en même temps que

cette femme, d'un tempérament très délicat, d'une maigreur extrême, a plusieurs dents cariées et qu'elle est sujette à des fluxions qui se renouvellent souvent, dans les temps froids et humides.

C'est dans ces conditions assez fâcheuses que nous commençons notre traitement, au mois de juillet dernier.

A la fin du deuxième mois, la tumeur, électrisée tous les jours, a diminué de moitié et s'est un peu ramollie. Dans le commencement du troisième, afin de hâter la guérison et aussi avec l'intention d'amener de la suppuration, vu l'état diathésique de la malade, nous passons au centre de la tumeur, et dans son sens vertical, le séton électrique (1), qui nous sert de conducteur. Quatre jours après, les bords de la chaîne baignent dans du pus assez épais et de bonne nature, formé tant par la présence de la chaîne que par les secousses électriques.

Le séton reste en place encore pendant huit jours et sert de moyen d'écoulement à la suppuration, qui continue d'être assez abondante, mais beaucoup moins épaisse.

Dès ce moment, nous enlevons la chaîne. Peu de jours après, l'ouverture supérieure est fermée. Celle située à la partie la plus déclive donne lieu à un écoulement séreux qui dure pendant plus d'un mois, mais qui finit par se tarir sous l'influence de petites injections de vin aromatique dans le conduit fistuleux, et d'une légère compression. Inutile d'ajouter que nous avons fait extraire les dents cariées de la malade, et que, dès le début du traitement, nous avons prescrit un régime tonique et fortifiant, en même temps qu'elle n'a pas cessé de suivre le traitement interne prescrit par notre honorable confrère.

Aujourd'hui la guérison est complète et sans la moindre cicatrice. Il ne reste à la place de cette volumineuse tumeur qu'un léger empâtement des tissus indurés, qui ont été le siége de l'inflammation et de la suppuration qui s'en est suivie, mais qui disparaîtra avec le temps.

Maintenant, voyons la part qui revient au traitement électrique dans la guérison de cette malade.

On a vu qu'avant de commencer notre traitement, cette femme avait épuisé en vain toutes les médications externes et internes pour arriver à la fonte de la tumeur.

Il est évident que si, dans ce cas, le traitement électrique n'a pas amené à lui seul la guérison de cette malade, il y a beaucoup contribué ; car on sait toutes les difficultés que l'on rencontre en général pour la fonte des tumeurs adénoïdes du cou, surtout quand elles sont sous l'influence d'un vice diathésique ou soumises à des conditions morbides analogues à celles de la malade qui fait le sujet de notre observation.

Permettez maintenant quelques remarques générales.

Dans la deuxième observation, on a vu que la guérison a été obtenue par l'application seule de l'électricité localisée à l'extérieur, sans avoir recours au séton électrique. et que même, malgré sa dureté, la résolution s'est faite dans un temps assez court. En voici les raisons : La tumeur, quoique du même volume que l'autre, était une hypertrophie simple ayant néanmoins résisté à tous les fondants les plus énergiques mis en usage par notre honorable confrère, chez une femme d'une heureuse constitution, n'ayant que six mois de date et ne s'étant développée sous l'influence d'aucun diathèse. La malade, pleine de confiance et surtout désireuse d'éviter les chances d'une opération, comme nous l'avons déjà dit, s'est soumise très volontiers à notre traitement quotidien et l'a supporté jusqu'à la fin avec beaucoup de résignation.

Chez la troisième, au contraire, la prédominance de la diathèse lymphatique, et peut-être même de la constitution strumeuse, explique parfaitement pourquoi la guérison a été chez elle si longue et si difficile à obtenir ; pourquoi le traitement électrique local, même le mieux approprié, n'a pu amener la guérison en peu de temps, et que celle-ci n'a pu être obtenue qu'après que toute l'économie a été modifiée par un traitement interne.

Nous avons dit, dans le cours de l'observation, que l'état de santé de la malade était loin d'être bon ; depuis longues années il existait chez elle plusieurs causes de débilité générale, et elles ont puissamment contribué à retarder la guérison.

Dans notre première lettre, nous avons déjà fait ressortir certains avantages que possèdent les sétons électriques sur la galvanopuncture pratiquée au moyen des aiguilles de platine. Permettez moi d'en exposer ici quelques autres que l'expérience nous a mis à même de constater. Ces avantages sont :

1° De porter dans le centre même des tumeurs le fluide électrique, tandis qu'avec les aiguilles, les deux courants se recomposent à la peau, et la tumeur ne reçoit presque rien ;

2° D'épargner des souffrances aux malades en ne faisant qu'une seule ponction pour traverser la tumeur avec la chaîne, qui reste à demeure aussi longtemps qu'il est nécessaire, et sert de conducteur au fluide galvanique. Cette manière d'opérer est d'autant plus favorable qu'elle permet de pouvoir continuer le traitement électrique jusqu'à la fin, tandis qu'avec les aiguilles, la plupart des malades, le trouvant trop douloureux, l'abandonnent ;

3° De donner de suite issue au pus, s'il est déjà formé ; de prévenir ainsi les dangers de son séjour prolongé dans l'intérieur des tumeurs ganglionnaires et de produire dans leur centre, tant par son contact avec les tissus que par le passage du fluide électrique, une double excitation si utile pour le recollement des parois des conduits fistuleux, souvent si difficile à obtenir, même avec les injections stimulantes ;

4° D'éviter, le séton une fois en place, les incisions et même les ponctions sous-cutanées multiples, qu'on est obligé de répéter souvent plusieurs fois, et d'épargner ainsi des souffrances aux malades ;

5° D'obtenir d'une manière certaine, dans le cas de tubercules, leur fonte purulente, en provoquant promptement la suppuration, qui trouvera une issue facile par les bords de la chaîne ;

6° Si, au lieu de tubercules, la tumeur est enkystée, d'opérer l'écoulement de la matière contenue dans le kyste, quelle que soit son épaisseur ;

7° De devenir un moyen de diagnostic pour les adénites chroniques simples, d'avec celles qui sont enkystées, tuberculeuses, fibreuses, encéphaloïdes, etc, et qui ne sont pas toujours reconnaissables à des signes locaux, et même en tenant compte de l'état général des sujets ;

8° De provoquer, dans quelques cas exceptionnels de tumeurs de volume énorme, inopérables, et dans diverses parties successivement, une suppuration qui peut devenir un moyen de salut pour les malades ;

9° Enfin, de hâter, par cette méthode, la guérison qui, lorsqu'elle a lieu, se fait toujours sans accidents et sans ces cicatrices difformes que tous les praticiens ont été à même de constater.

Il est donc permis de conclure aujourd'hui de tout ce qui précède que, non-seulement l'électricité est un moyen de plus à ajouter à ceux déjà connus pour combattre avec efficacité l'adénite cervicale, mais encore que le mode d'application du galvanisme que nous employons est bien préférable à celui qu'on avait mis en usage avant nous.

---

(1) Ceux qui ne se rappelleraient pas en quoi consiste ce séton, pourront en voir la description dans le *Moniteur des Hôpitaux*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. le docteur Démétrius DIAMANTAPOULOS, de Constantinople, communique une Note sur une nouvelle méthode de pansement applicable après les amputations pratiquées sur l'avant-bras et la jambe. (Comm., MM. Malgaigne et Huguier.)

M. SCOUTETTEN, membre correspondant de l'Académie, demande à être porté sur la liste des candidats au titre d'associé national dans la section de chirurgie. (Comm. des associés nationaux.)

M. le docteur de LA MARDIÈRE, secrétaire de la Société de médecine de Poitiers, adresse au nom de cette société un rapport sur la statistique des causes de décès.

M. le docteur LARROQUE, de Masseube (Gers), adresse un mémoire sur une épidémie de petite-vérole qui a régné dans ce canton pendant les premiers mois de cette année. (Comm., des épidémies.)

M. le professeur DUMAS, médecin des épidémies à Montpellier, adresse l'esquisse d'un compte rendu des maladies à forme épidémique ou populaire qui ont plus particulièrement régné dans le département de l'Hérault en 1854. (Comm. des épidémies.)

M. CHAMPOUILLON, médecin principal au Val-de-Grâce, adresse le résumé d'un mémoire sur le traitement de la phthisie par le déplacement des malades. (Comm. MM. Louis et Grisolle.)

Appareil à injections gazeuses. — M. Fordos présente un mémoire qu'il résume ainsi, sur un appareil dit *gazo-injecteur :*

Cet appareil, très simple et très facile à manier, peut servir à donner des douches et des injections, soit d'acide carbonique pur, soit d'acide médicamenteux. L'appareil se compose :

1° D'une carafe en verre semblable aux siphons à eau gazeuse;

2° D'un tube en étain garni intérieurement de fragments de marbre et de morceaux d'éponge;

3° D'un tube en caoutchouc portant une canule à son extrémité.

Pour faire fonctionner cet appareil, on introduit d'abord dans la carafe des *cristaux* d'acide tartrique, et l'on ajoute par-dessus du bicarbonate de soude en poudre, et puis de l'eau en quantité suffisante; les doses que j'emploie habituellement sont :

30 grammes d'acide tartrique en *cristaux* gros comme des noisettes.

38 grammes de bicarbonate de soude en poudre.

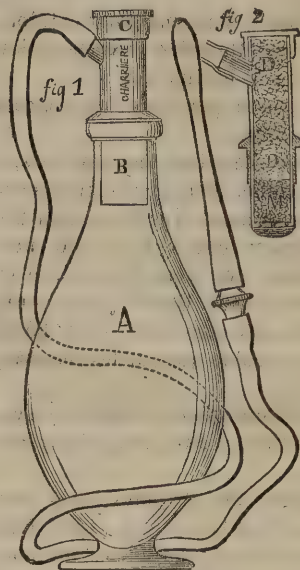
1/4 de litre ou un grand verre d'eau.

On laisse marcher la réaction sans agiter l'appareil pendant 15 à 20 minutes; on agite alors de temps en temps si le dégagement du gaz se ralentit. Le gaz traverse le tube en étain où il rencontre le marbre et les éponges qui le tamisent et le purifient des particules salines ou acides entraînées mécaniquement.

Le tube en caoutchouc sert à diriger le gaz sur la partie malade.

Si l'on veut charger l'acide carbonique de vapeur de chloroforme, on verse 5 à 6 grammes de ce liquide sur les éponges, avant d'introduire dans la carafe les substances qui doivent fournir l'acide carbonique; ce gaz, en traversant les éponges, se charge de vapeur de chloroforme et l'entraîne avec lui.

J'ai expérimenté, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Follin, et dans celui de M. Aran, les injections d'acide carbonique chargé de vapeur de chloroforme, et les résultats ont été excellents. L'anesthésie est produite plus promptement qu'avec l'acide carbonique seul et dure plus longtemps.



L'appareil que je présente à l'Académie est celui dont se sert actuellement M. Follin. Il se trouve chez M. Charrière.

Explication de la figure :

La figure 1 représente l'appareil.

A, carafe.

B, tube en étain.

C, couvercle du tube.

La figure 2 représente une coupe perpendiculaire du tube en étain.

M, fragments de marbre.

D D, morceaux d'éponge. (M. Bouchardat, rapporteur.)

M. VELPEAU présente, au nom de M. John-Hugues BENNETT, d'Edimbourg, professeur de physiologie et de médecine clinique à l'Université d'Edimbourg, un travail ayant pour titre : *Classification, pathologie et traitement général des formations morbides.*

Le travail que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie, dit M. Velpeau, a été suggéré à M. Bennett par la discussion sur le cancer qui a eu lieu à l'Académie. Il est principalement fait au point de vue microscopique. M. Bennett pose d'abord en principe que les tumeurs malignes n'ont pas d'élément spécifique et qu'il n'est pas possible de dire, après l'inspection au microscope, si une tumeur est bénigne ou maligne. Il admet la transformation des tumeurs, de sorte qu'une tumeur primitivement bénigne pourrait devenir de mauvaise nature. M. Bennett prend les formations morbides à leur point de départ, il les étudie dans leurs causes, leur marche, leur terminaison, et il en discute la thérapeutique.

C'est un travail de grande importance, et je demande qu'il soit renvoyé à l'examen d'une commission.

(Ce travail est en effet renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Jobert de Lamballe et Barth.)

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle se formera, à 5 heures moins un quart, en comité secret, pour entendre les propositions de récompenses à décerner aux médecins des eaux minérales.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de statistique des causes de décès.

DISCUSSION DE LA STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

M. GUÉRARD donne lecture de la septième conclusion ainsi conçue :

« *Septième conclusion.* — Le bulletin indicateur contiendra tous » les documents ressortissant à la statistique. (*Huitième question.*)

» Dans ce but, il conviendra de rédiger un modèle que les médecins n'auront plus qu'à remplir. »

Après une très courte observation de M. DESPORTES, cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

Lecture est alors donnée de la

« *Huitième conclusion.* — Les bulletins ne porteront aucun nom ; » ils seront secrets, envoyés signés, cachetés et numérotés à la mairie, et ils parviendront à l'administration centrale, en passant » successivement par les chefs-lieux de canton, d'arrondissement et » de département, et conservant dans ces divers passages leur date » et leur marque extérieure d'origine. (*Septième question.*)

M. MALGAIGNE. On se rappelle que, dans la dernière séance j'aurais voulu qu'on renvoyât les conclusions précédentes à la Commission ; mais le contraire ayant été voté, j'en avais fait mon deuil. Cependant, voici que vous avez pu lire, comme moi, ce matin, dans

l'*Union médicale*, un article de M. Bertillon, qui contient une idée digne d'une sérieuse attention. Il s'agirait de ne point contraindre le médecin à fournir le bulletin de décès; mais l'administration serait tenue à le demander à la famille, et celle-ci n'obtiendrait le permis d'inhumer qu'après la remise à la mairie du bulletin de décès. La famille payerait d'ailleurs au médecin le bulletin de décès au taux des certificats ordinaires. Cette organisation fonctionne à Genève, en Angleterre, en Belgique, en France même, dans quelques départements, et, depuis plusieurs années, dans le canton de Montmorency.

M. le président nous a dit qu'il avait reçu de nombreuses lettres d'adhésion au projet; de mon côté, j'en ai reçu, M. Velpeau également, et dans toutes on témoignait une grande peur de la chose que nous discutons actuellement. Est-ce qu'au lieu de vouloir que le médecin ait à s'occuper de tous ces détails, du bulletin indicateur et de son envoi, il ne vaudrait pas mieux faire demander tout cela à la famille par l'administration? Le vœu de la plupart des médecins est que toute cette question de la statistique reste une affaire d'administration. Ainsi, on pourrait ne donner le permis d'inhumation qu'après la remise, par la famille, du bulletin indicateur de la cause de la mort. Ce n'est point là, d'ailleurs, une innovation, puisqu'il paraît que cela est d'usage aux portes de Paris, à Montmorency, par exemple.

Le moyen que je propose me semble bon; mais peut-être y en a-t-il un meilleur. Aussi désirerais-je que quelqu'un des membres de cette Académie prît encore la parole à ce sujet, qui vaut bien la peine d'être discuté.

M. Guérard. L'Académie se rappelle que la commission avait proposé une nouvelle conclusion où elle faisait intervenir la famille elle-même; car elle sait que cela se fait en certains lieux, et non point seulement à Montmorency, et elle ne voit là aucun inconvénient. Seulement votre commission croit que la conclusion qu'elle vous propose offre le meilleur moyen d'obtenir un bulletin aussi complet que possible. Nous y disons que ce bulletin indicateur sera scellé, mais nous n'avons pas dit par qui il sera envoyé, et parviendra ainsi, sans être décacheté, à l'administration centrale.

Nous avons pensé qu'il valait mieux rester dans les limites où nous nous étions placés, en laissant à l'administration le soin des moyens de réalisation. Il est probable que ce devoir incombera à la famille, et que le médecin auquel elle s'adressera sera honoré pour ce fait. Mais, je le répète, nous n'avons pas à indiquer le moyen.

M. Devergie. On pourrait demander qu'aucune inhumation ne fût faite sans la remise, par la famille, du bulletin indicateur de la cause de la mort. M. le rapporteur confond deux choses bien distinctes: la constatation du décès et la déclaration de la cause de la mort.

D'après la loi, aucune inhumation ne sera pratiquée avant qu'un officier de l'état civil se soit transporté au domicile du décédé et ait constaté le décès. C'est là une affaire dont le maire a toute la responsabilité.

Maintenant M. Malgaigne vient vous proposer de demander qu'aucune inhumation n'ait lieu sans que la famille apporte le bulletin constatant la cause de la mort, et je m'associe de grand cœur à sa proposition.

M. Guérard. La loi exige que la constatation de la mort soit faite par un homme de l'art: c'est pourquoi la Commission avait pensé de proposer à l'Académie que le médecin traitant fût chargé de constater la mort en même temps que sa cause, et qu'à son défaut ce fût le médecin vérificateur. Nous avons dit que le bulletin indicateur était *nécessaire :* c'était le seul moyen d'obliger à ce qu'il n'y eût point d'inhumation sans bulletin. A propos des faits auxquels on a fait allusion, M. Bertillon m'a dit lui-même qu'on avait renoncé au bulletin secret. La rétribution sera d'ailleurs à la charge de la famille et ne sera point forcée.

En résumé, la proposition de M. Malgaigne est bonne, et cependant nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'intervenir dans une question d'administration.

M. Malgaigne. Voici quelque chose de bien étrange! L'idée émise serait bonne; j'entends M. le rapporteur l'admettre pour sa part; cependant la commission ne l'adopte pas, et, qui plus est, ne la mentionne même pas. Pourquoi cela? Or, ou l'idée que je vous soumets vous semble d'une application difficile, et alors donnez vos arguments; ou elle est réalisable, et vous devez nous en parler. On ne peut sortir de ce dilemme. Votre conclusion est grosse de difficultés. On vous présente un moyen que je crois bon, pourquoi n'en point parler? pourquoi ne point avertir le ministre? et pourquoi, surtout, si ce moyen est bon, ne point l'accepter?

M. Guérard. Nous avions dit qu'il n'y aurait pas d'inhumation sans bulletin, ce qui avait donné lieu à des réclamations au sein de l'Académie et dans la presse. Nous nous bornons à dire que le bulletin sera déposé à la mairie, d'où il parviendra sans être ouvert à l'administration centrale.

La Commission était venue vous présenter un projet complet; mais l'Académie n'en ayant pas été satisfaite, nous avons été entraînés à le modifier et en particulier pour ce qui a rapport à la famille. Nous voulons naturellement imposer à la famille ce qui est de son intérêt; mais nous avons dû nous tenir sur la réserve et ne rien proposer d'explicite. En effet, M. Malgaigne vient nous dire qu'il croit son moyen bon, mais qu'il en est peut-être un meilleur; or, c'est précisément pour cette dernière raison que nous ne voulons pas l'imposer et que nous croyons inutile d'indiquer le moyen de réalisation.

M. Malgaigne. Il est d'abord une chose que je tiens à dégager de ce débat. Par trois fois, M. le rapporteur nous a répété que le bulletin indicateur serait tenu secret; mais personne ne parle de cela et personne ne le discute. Quant au moyen que je propose et que vous rejetez, vous ne donnez aucun de vos arguments. Sans doute il peut y avoir de meilleurs moyens que le mien, mais tel qu'il est, je vous le donne, à vous d'aviser; car ce n'est pas mon métier d'y réfléchir.

Il me paraît que la Commission n'est pas suffisamment éclairée, qu'elle s'est tenue en dehors de tous les faits. Car, si elle les connaissait, pourquoi n'en aurait-elle point parlé? Ainsi, à côté d'elle fonctionne déjà tout un système de statistique; ce qui est un grand fait, supérieur à toutes les hypothèses et à tous les projets, et il n'en est point fait mention. Ce moyen est bon, il est excellent, et on n'en parle pas.

Déjà dans la dernière séance, la circulaire de l'Académie a été jugée inutile; l'administration se chargera de tout. Vous aurez par ce résultat mérité les actions de grâces des médecins dont vous avez sauvegardé les intérêts. De même, actuellement, si tout le monde trouve bon le moyen que je propose, pourquoi ne le point mettre dans les conclusions? L'Académie ne commande pas, elle avertit l'administration, qui certainement lui saura gré d'avoir été éclairée. J'insiste donc pour le renvoi de la conclusion à la Commission.

M. Guérard. L'Académie doit être émue des paroles animées qu'elle vient d'entendre et d'après lesquelles il semblerait que la commission ait osé lui présenter un rapport mal élaboré. Or, ce travail dont M. Malgaigne n'a point entendu la lecture, contient des paroles qui ne font qu'exprimer précisément la pensée de M. Malgaigne. J'ai donc lieu d'être étonné du reproche que cet orateur nous adresse. J'ai dit et je répète que son moyen est bon, mais qu'il en est peut-être de meilleurs. Or, l'Académie n'a d'autre mission que d'avertir l'administration en la laissant libre sur le choix des moyens.

M. Devergie insiste pour que l'Académie émette le vœu qu'aucune inhumation ne soit faite avant la remise du bulletin indicateur de la cause de la mort. Il y aurait à cela un avantage énorme, impliquant satisfaction à un vœu émis par M. Velpeau et par M. Malgaigne; de sorte que, sans en parler, on y arrive tout naturellement.

M. Larrey. L'Académie se tient dans une sage réserve en laissant aux soins de l'administration le choix du moyen. Cependant, sans que la Commission soit tenue d'indiquer le meilleur, je crois qu'il est essentiel que l'Académie désigne celui qu'elle croit le plus favorable à l'accomplissement de la mesure proposée.

M. Moreau fait observer que si ce bulletin de la cause de la mort doit être déposé par la famille avant qu'elle obtienne le permis d'inhumation, il pourra s'écouler un temps plus ou moins long, ce qui sera une cause grave d'insalubrité.

M. Adelon. Il est trois actes de l'état civil: un premier pour la naissance, un autre pour le mariage et le troisième pour les décès. La constatation de chacun d'eux est confiée à un officier civil. La proposition de M. Devergie est incroyable, de ne point permettre

d'inhumer avant la remise du bulletin indicateur de la cause de la mort; car l'article du Code civil prescrit deux choses : 1° de constater le décès, 2° de permettre l'inhumation vingt-quatre heures après. Vous ne pourrez pas arrêter l'inhumation. Vous confondez un but tout médical avec un acte civil. Vous ne pouvez pas ainsi empiéter sur les actes civils.

M. Devergie fait observer que l'Académie ne fait point une loi, mais qu'elle peut émettre un vœu ; que ce moyen purement moral a force de loi dans quelques localités, et qu'il ne voit pas en quoi cela peut infirmer la loi.

M. Gibert déplorerait tout empiétement sur le terrain administratif. La Commission ne voudrait pas que le médecin fût appréhendé au collet par le maire ou par la famille pour constater les causes de décès. L'administration sait mieux que nous ce qu'elle a à faire; contentons-nous de parler médecine. La Commission a bien fait, et elle a évité bien des causes de difficultés et de procès.

L'Académie demande une seconde lecture de la huitième conclusion, qui est ensuite mise aux voix et adoptée.

La neuvième conclusion est ainsi conçue :

« *Neuvième conclusion.* — Le dépouillement des bulletins à l'administration centrale nécessitera une coopération médicale. »

Elle est votée sans discussion.

M. Guérard donne alors lecture de la dixième conclusion.

« *Dixième conclusion.*—Des encouragements, consistant en médailles ou mentions honorables, pourront être accordés aux médecins qui montreront le plus de zèle à s'acquitter des nouvelles obligations qu'ils vont avoir à remplir. »

M. Velpeau. Cet article me semble de trop. Il contient quelque chose qui pourrait prêter au ridicule. Le médecin qui aura le plus de zèle sera-t-il le médecin qui aura le plus de morts? Je ne vois pas qu'il soit possible de faire plus de zèle dans la constatation des causes de décès.

M. Guérard. Le zèle consistera, surtout, dans le meilleur énoncé des causes de la mort et dans le développement donné au bulletin.

M. Velpeau. Je propose la suppression de l'article.

A la suite d'une courte discussion à laquelle prennent part MM. Devergie, Velpeau, Guérard et Michel Lévy, M. le rapporteur déclare que la Commission retire sa dixième conclusion. La discussion de la statistique des causes de décès se trouve ainsi terminée.

LECTURE.

M. Delafond lit en son nom et en celui de M. Bourguignon un travail fait en commun et ayant pour titre : *Recherches sur les animalcules de la gale de l'homme et des animaux et la transmission de la gale des animaux à l'homme.*

Dans ce travail, les auteurs se sont surtout proposé de résoudre la question si obscure et si controversée de la contagion de la gale des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux. Ils ont procédé à une nouvelle étude des causes, des symptômes, des lésions, des complications, des moyens préservatifs et curatifs de la gale de toutes les espèces d'animaux domestiques et ont recherché ces caractères spéciaux afin de la distinguer des affections cutanées avec lesquelles elle est souvent confondue.

Depuis longtemps déjà on avait constaté qu'il existait des gales transmissibles des animaux à l'homme et d'autres qui ne l'étaient point.

Mais ce fait très important demandait à être démontré, et c'est là un des principaux points élucidés dans ce travail.

Selon MM. Delafond et Bourguignon, la famille des acares se divise en deux genres :

1° Le genre *sarcopte,* qui creuse des sillons sur la peau et est transmissible des animaux à l'homme.

2° Le genre *dermatodecte,* qui ne fait que ponctionner l'épiderme et n'est point transmissible à l'homme.

Ce premier travail, entièrement anatomique, sera suivi d'un second mémoire consacré à la physiologie des acares.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures moins un quart.

ACTES OFFICIELS

Par décret impérial en date du 23 novembre 1857, M. Delafosse, membre de l'Institut, est nommé professeur de minéralogie au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Dufrénoy, décédé.

VARIÉTÉS.

CERCLE DES SCIENCES.

Dans l'impossibilité où nous sommes, faute d'espace, de publier aujourd'hui le compte rendn de la dernière séance scientifique, nous nous bornons à donner l'ordre du jour de demain vendredi 27 novembre :

1° Continuation de l'exposition de la théorie des mouvements du cœur, par M. le docteur Hiffelsheim ;

2° Communication sur un point de mécanique, par M. Ducros ;

3° Communication sur la destruction des insectes qui dévorent les grains ;

4° Elections et présentations de nouveaux membres.

EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER SITUÉ DERRIÈRE LE CŒUR.

Voilà un titre qui plaira d'autant plus aux chirurgiens qui aimen la chirurgie hardie, que l'observation qui le justifie nous vient de San-Francisco. Elle est due à un praticien du nom de E. S. Cooper.

« Un projectile lancé par une arme à feu avait pénétré dans la poitrine et s'était logé derrière le cœur. Le docteur Cooper fit une incision sur les parois de la poitrine, enleva une portion de trois côtes gauches, et, après une laborieuse exploration, trouva le corps étranger derrière le cœur ; il parvint à l'extraire avec succès à l'aide d'un *long forceps à lithotomie.* Le malade fut atteint d'une pneumonie, mais il en guérit en conservant une oblitération partielle du poumon. »

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Des paralysies des membres inférieurs, par le docteur Raoul Leroy d'Etiolles, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc. — Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine ; concours du prix de l'Académie en 1853.

Leçons sur la scrofule, professées par le Dr Piorry, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., recueillies par M. le Dr Duriau, chef de clinique de la Faculté. — In-8° de 14 pages. — Prix : 50 c. — Paris. — Chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Recherches sur la contagion du chancre, par M. Alfred Fournier, interne de l'hôpital du Midi.—Un vol. in-8° de 110 pages. — Prix : 2 fr. — Paris.—Chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Le rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 143. 5me ANNÉE. Samedi, 28 Novembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois ...... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Revue de pharmacie et des sciences accessoires.

(Eaux de Neyrac. — Essai du sulfate de quinine. — Essai des galènes argentifères. — Alumine hydratée comme décolorant. — Préparation du phosphore rouge. — Pastilles de pepsine.)

ANALYSE DES EAUX DE NEYRAC.

La ville de Neyrac, située dans le département de l'Ardèche, possède des eaux minérales et thermales qui ont joui autrefois d'une grande célébrité; on a découvert, en 1852, dans l'enceinte d'une ancienne piscine romaine, divers fragments de pots étrusques et une médaille romaine en argent et alliage à l'effigie de l'empereur Gordien le Pieux, qui prouvent que leur usage remonte à une très haute antiquité; il existe encore les vestiges d'une piscine du onzième siecle, dans laquelle les personnes atteintes de la lèpre venaient se baigner en commun et en plein air; la source qui sort du fond de cette piscine porte toujours le nom de : *Source des Lépreux*.

Abandonné des malades pendant longues années, Neyrac n'a été converti en établissement thermal qu'en 1846, et s'est révélé à l'attention des savants et des médecins par un éclat assez bizarre. Voici le fait :

Un chimiste de Neyrac qui avait, il faut le croire, profondément médité le précepte évangélique : *Cherchez, et vous trouverez,* fit l'analyse de l'eau des sources de Neyrac, et, chercheur infatigable, ni trouva rien moins en dehors des sels de chaux, de soude, de potasse, de magnésie, de manganèse et de fer qu'elle contient réellement, que douze corps différents, qui d'habitude ne se rencontrent pas dans de pareilles conditions, ce sont : le tantale, le titane, le tungstène, l'étain, le molybdène, le cérium, l'yttria, le nickel, le cobalt, la zircone, la glucine et l'acide mellitique. De là, grand émoi dans le camp des hydrophiles.

Bien plus, un rapport académique était venu donner une sanction, non pas complète, à une analyse si extraordinaire, mais au moins suffisante pour que la Société d'hydrologie de Paris crût devoir nommer une Commission à laquelle elle confia le soin de s'assurer de l'existence d'une pareille anomalie.

Les analyses faites en présence de tous les commissaires, par un pharmacien distingué de Paris, M. Jules Lefort, nommé rapporteur, ont démontré qu'*aucun* des corps contenus dans la longue liste que nous venons d'exposer, et qui avaient été signalés par M. Mazade dans l'eau de Neyrac ne s'y rencontre.

Mais il ne suffisait pas à M. Lefort d'avoir prouvé le peu de fondement des assertions qui avaient été répandues sur les richesses minérales des eaux de Neyrac ; muni des documents qu'il avait recueillis, il s'est cru dans la nécessité d'indiquer, dans l'intérêt de la science médicale, la composition exacte de l'eau de cette source, et c'est le résultat des nouvelles analyses quantitatives et qualitatives auxquelles il vient de se livrer qu'il nous fait aujourd'hui connaître.

Telle qu'elle sort de ses griffons naturels, dit M. Lefort, l'eau de la source des bains marque 27 degrés, et arrive trouble à la surface du sol. Elle enlève par son mouvement ascensionnel des quantités notables de carbonate de chaux et de magnésie, d'oxyde de fer et d'humus. Sa saveur est fortement acidule ; aussi rougit-elle sensiblement le papier de tournesol ; mises en bouteilles depuis quelque temps, elle dépose comme toutes les eaux dans lesquelles les principes minéralisateurs sont tenus en dissolution à la faveur de l'acide carbonique, une petite quantité de carbonate de chaux et de magnésie, imprégnée d'oxyde de fer.

Un litre d'eau nous a donné les résultats suivants :

Densité	1,0010.
Température.	27°.
Azote	Inappréciable.
Oxygène	Id.
Chlore.	0,007.
Acide carbonique . . .	2,941.
Acide sulfurique . . .	0,014.
Acide phosphorique . .	0,005.
Potasse	0,067.
Soude	0,380.
Chaux.	0,314.
Magnésie	0,119.
Alumine	Des traces.
Silice	0,132.
Manganèse	Des traces.
Protoxyde de fer . . .	0,036.
Arsenic	Des traces.
Humus	Indices.

Ce qui revient à dire, comme on peut s'en convaincre par les chiffres qui précèdent, que l'eau de Neyrac se range dans la grande classe des eaux ferro-carbonatées acidulées, dans lesquelles prédominent les éléments sodiques et calcaires. Nous sommes loin, on le voit, de la nature si compliquée attribuée à ces eaux par M. Mazade.

Les essais nombreux faits par M. Lefort, pour y démontrer la présence de l'iode et du brôme ont été infructueux.

Ce travail lui a permis de constater un fait signalé par M. Jules Bonin, à savoir, que les eaux minérales qui jaillissent des terrains granitiques ne contiennent pas d'ammoniaque, contrairement à ce qu'on a observé avec celles qui proviennent des terrains schisteux de transition et calcaires, ce qui pour le dire en passant, pouvait se prévoir *à priori*.

En terminant, M. Lefort fait remarquer que, dans les anciens temps, les eaux de Neyrac ont joui d'une certaine célébrité pour la guérison des maladies de la peau, ce qui est prouvé par les restes d'une ancienne maladrerie qui existe encore dans le pays; il affirme que cette réputation n'a pas été entamée, et qu'au contraire, leur efficacité a

été constatée par les différents praticiens qui ont eu l'occasion de les conseiller à leurs malades.

Aujourd'hui, où les eaux sulfureuses sont presque seules préconisées contre les affections dartreuses, c'est aux médecins à expliquer les succès obtenus avec les eaux de Neyrac, qui ne contiennent pas trace de principes sulfurés.

ESSAI DU SULFATE DE QUININE

Le *Dinger's-Polytech. Journal* contient une communication de M. Bœttger sur l'essai du sulfate de quinine, qui n'a rien de nouveau, puisqu'il y a près de dix ans M. Liebig, le savant professeur de Munich, a préconisé le procédé décrit par M. Bœttger; mais cette question offre un intérêt si puissant pour le pharmacien et pour le médecin obligé de préparer et de délivrer les médicaments; l'essai est d'ailleurs d'une exécution si facile, que nous nous décidons à lui donner place dans cette revue, tout en le restituant à son véritable auteur.

Les substances que les fraudeurs ajoutent le plus habituellement au sulfate de quinine pour en augmenter le volume, sont le plâtre, le sucre, la salicine, la quinidine et le sulfate de cinchonine. Ce dernier peut même s'y rencontrer accidentellement, et il est reçu dans le commerce que si la proportion de ce sel n'est pas suffisante pour produire un nuage sensible dans l'épreuve que nous allons indiquer, le sulfate de quinine est de bon aloi.

On connaît les moyens propres à caractériser les deux premières substances : la simple action de l'eau séparera le sucre; quelques gouttes d'acide sulfurique ajoutée à l'eau enlèverait le sulfate de quinine et laisserait le plâtre ; aussi ces deux substances sont-elles trop faciles à reconnaître pour qu'un fraudeur intelligent se décide à les mêler au sulfate de quinine. Il n'en est pas tout à fait de même de la salicine, de la quinidine et du sulfate du cinchonine ; quoique faciles à mettre en œuvre, les moyens de reconnaître ces falsifications sont un peu plus compliqués.

Pour reconnaître la salicine, la quinine suspectée devra être triturée dans un mortier avec quelques gouttes d'acide sulfurique; il se manifeste alors une belle couleur rouge, la rutiline de Braconnot, qui se développe encore quand la quinine contient un pour cent de salicine.

Pour constater la présence de la cinchonine, et c'est ici qu'intervient le procédé de Liebig, réédité par M. Bœttger, on introduit dans un tube à essai 1 gramme de sulfate de quinine, on ajoute 10 centimètres cubes d'éther pur et 2 centimètres cubes d'ammoniaque liquide, on agite. Tout se dissout s'il n'y a pas de cinchonine; dans le cas contraire, on voit un résidu blanc caséeux attestant la présence de cet alcaloïde.

Le même dépôt caséeux se produira dans le cas d'une falsification par la quinidine.

Toujours ce dépôt se forme sur la ligne de jonction du liquide ammoniacal et de l'éther.

ESSAI DES GALÈNES ARGENTIFÈRES.

Il est peu de pharmaciens, surtout de ceux qui sont placés dans des pays métallurgiques, qui n'aient eu l'occasion, sur la prière de leurs clients, de faire quelques essais de minerais.

L'un des plus importants, ou plutôt l'un de ceux auxquels on accorde le plus d'importance, grâce à la présence d'une petite quantité d'argent qu'il contient constamment, est la galène ou le minerai sulfuré de plomb.

Jusqu'à présent, l'essai de ce minerai présentait quelques difficultés. En effet, le procédé par la voie sèche, dit de la coupellation, reconnu comme le meilleur pour arriver à apprécier la richesse argentifère du minerai, exigeait une habileté de main, une habitude de l'opération que bien peu de pharmaciens possédaient. Ils étaient donc obligés d'avoir recours à la voie humide; mais là aussi se rencontrait une nouvelle difficulté, car, en voulant précipiter l'argent à l'état de chlorure, on précipitait une grande quantité de plomb sous le même état. Il est bien vrai que ce chlorure de plomb est soluble dans l'eau, mais il faut une grande quantité d'eau et une agitation prolongée pour séparer tout le chlorure de plomb du chlorure d'argent précipité, et ce n'est qu'après avoir acquis la certitude que tout le premier était enlevé par les lavages, qu'on pouvait penser recueillir le second.

On comprend dès lors que le plus faible défaut d'attention pendant ce lavage peut causer une erreur grave dans le résultat de l'analyse.

Aussi nous empressons-nous de faire connaître un procédé très ingénieux d'une exécution excessivement facile, que M. Ch. Mène vient de communiquer à l'Institut.

Ce nouveau dosage de l'argent dans les galènes argentifères, dit M. Mène, est fondé sur le fait bien connu de la solubilité de l'oxyde d'argent dans l'ammoniaque caustique d'un côté, et de l'autre sur l'insolubilité des sels de plomb dans ce même alcali en excès.

J'opère par conséquent par voie humide.

Pour cela, je prends 10 grammes de l'échantillon à essayer; je les mets, bien pulvérisés, dans une capsule de porcelaine, et je les traite à l'ébullition par l'acide azotique étendu de trois à quatre fois son volume d'eau ; au bout de peu de temps, tout le soufre se sépare en nature et le plomb se dissout. La liqueur filtrée est précipitée par un grand excès d'ammoniaque, puis refiltrée rapidement en même temps avec une eau ammoniacale. Par ce réactif, tous les oxydes sont d'abord précipités, puis ceux qui ont la faculté de se redissoudre dans l'excès d'ammoniaque passent dans la liqueur d'essai. Ils ne sont nullement une cause de gêne, car, une fois obtenue, cette liqueur, légèrement acidulée par l'acide azotique, est traitée par un excès d'acide chlorhydrique.

Il y a alors combinaison de l'acide avec les oxydes de la liqueur ; mais comme ils sont tous solubles, à l'exception du chlorure d'argent, il est facile d'isoler ce dernier et d'en obtenir le poids duquel on déduit la quantité de métal à la manière ordinaire.

Par ce procédé, M. Mène a pu constater dans des galènes jusqu'à 0,0002 d'argent.

Ce qui rend ce procédé très intéressant, en dehors de sa grande facilité d'exécution, c'est qu'il peut s'appliquer dans tous les cas d'analyse, quelle que soit la composition de l'échantillon soumis à l'essai.

Supposons en effet une galène formée de sulfure de plomb, d'argent, d'arsenic et d'antimoine, de zinc, de cuivre et de fer, avec une gangue de sulfate de baryte, quartz et argile. Par l'ébullition dans l'acide azotique, tous les sulfures se décomposent ; le soufre se sépare soit à l'état de liberté, soit à l'état oxyde, les métaux se dissolvent et restent comme oxydes pendant que les gangues ne sont pas attaquées, excepté l'alumine qui passe en partie; en filtrant la liqueur et en la précipitant par l'ammoniaque, on obtient un magma général des oxydes qui étaient dissous. Cependant, l'excès d'ammoniaque reprend l'oxyde d'argent, un peu d'acide arsenique ou arsenieux, plus les oxydes de zinc et de cuivre. Après le filtrage, on sature la liqueur, aiguisée d'acide azotique, par l'acide chlorhydrique pour faire passer ces métaux à l'état de chlorures solubles.

Un seul reste en précipité insoluble et facile, par conséquent, à isoler : c'est celui de l'argent que l'on cherche à déterminer.

DE L'ALUMINE HYDRATÉE COMME DÉCOLORANT.

L'auteur du charmant procédé d'analyse qui précède vient de découvrir un fait d'une grande importance, qui, si les résultats par lui annoncés sont parfaitement exacts, est appelé à produire une véritable révolution industrielle; M. Mène, partant du point, connu de la science, que l'alumine hydratée possède la propriété de se combiner aux matières colorantes pour former ce qu'on appelle des laques, combinaisons peu étudiées, mais néanmoins à compositions définies, a pensé à appliquer l'alumine hydratée à la décoloration de certains corps organiques utilisés dans l'industrie. A cet effet, il prépare de l'hydrate d'alumine, en décomposant l'alun par le carbonate de soude; il obtient un précipité qui, lavé, fournit l'alumine hydratée, laquelle,

bouillie avec le carmin ou le tournesol, fournit un précipité coloré; la liqueur filtrée est recueillie incolore.

Ce même hydrate d'alumine bouilli, avec des sirops et des mélasses, les décolore immédiatement.

Le succès est si complet, dit M. Mène, que l'alumine doit être appelée à remplacer le noir animal dans l'industrie sucrière.

A l'appui de son assertion, M. Mène donne les résultats suivants :

10 gr. de litmux	sont décolorés par	125 gr.	noir animal.
10 gr. id.	id.	15 gr.	d'alumine.
250 gr. de mélasse	sont décolorés par	125 gr.	noir animal.
250 gr. id.	id.	7 gr.	d'alumine.
250 gr. sirop coloré	sont décolorés par	200 gr.	noir animal.
250 gr. id.	id.	11 gr.	d'alumine.

Bien plus, ajoute-t-il, la revivification de l'alumine n'est rien à côté de celle du noir animal.

Si, comme nous le disions en commençant, les résultats annoncés par M. Mène sont exacts, une révolution industrielle sera la conséquence forcée de sa découverte. En effet, en nous en tenant pour le moment aux avantages qu'en pourrait tirer l'industrie sucrière seulement, il nous suffira pour en démontrer l'évidence de rappeler que, pour décolorer aujourd'hui les jus et les sirops, on les fait circuler dans des tubes qui renferment le noir animal, opération plus ou moins longue, suivant la densité des sirops, leur coloration et l'état plus ou moins neuf du noir, mais demandant toujours un très long temps, tandis qu'avec l'alumine hydratée, un simple bouillon suffit, la laque colorée se dépose et le sucre cristallise.

De plus, l'alumine et les composés qu'elle forme avec les matières colorantes étant insolubles, elle ne peut rien introduire dans les liquides capables d'altérer le produit.

PRÉPARATION DU PHOSPHORE ROUGE OU AMORPHE.

Le phosphore rouge ou amorphe, dont les travaux de MM. Schrœtter et Personne ont établi la nature et les propriétés, et qui est sans nul doute destiné à prendre une importance considérable dans les arts, vient d'être le sujet d'une communication de M. Coignet, l'habile industriel de Lyon, que nous empruntons au journal de M. Chevallier, convaincu que nos lecteurs nous sauront gré d'appeler leur attention sur un produit si intéressant.

Pour obtenir le phosphore amorphe, dit M. Coignet, on introduit dans un vase clos de fer, de terre ou de verre, une quantité voulue de phosphore ordinaire (dans l'usine de M. Coignet on opère chaque fois sur quelques centaines de kilogrammes); le vase doit se terminer à la partie supérieure par un tube destiné à juger la marche de l'opération, et à donner issue au phosphore en vapeur s'il s'en produisait.

Le vase est mis dans un bain de sable, la température du bain est graduellement portée à 280° et maintenue avec soin à cette température pendant dix jours.

Toute la difficulté de l'opération consiste à maintenir une température égale; si on chauffe trop, le phosphore se volatilise; si on ne chauffe pas assez, le phosphore ne devient pas amorphe.

Mais, le phosphore ordinaire entrant en ébullition à 240 degrés, il est indispensable en commençant de ne pas dépasser cette température, sans quoi celui-ci, se volatilisant, viendrait brûler en pure perte au contact de l'air; en maintenant au contraire pendant quelque temps la température vers 240 degrés, celui-ci éprouve une modification isomérique très manifeste, il cesse d'être fusible, il devient visqueux; son point d'ébullition s'élève graduellement à 250, 260, 270 et 280 degrés.

A cette température de 280°, lorsqu'elle a été continuée pendant dix jours, à partir du jour du début de l'opération, le phosphore devient dur; il oppose une résistance à l'introduction d'une tige de fer; seulement, cette température ne doit pas être dépassée, autrement le phosphore se vaporise alors abondamment, et la vapeur condensée revivifie le phosphore ordinaire.

Après avoir maintenu le phosphore pendant dix jours à la température indiquée, on retire le feu; on laisse refroidir, on ouvre le récipient, on détache le phosphore, qui a acquis une dureté extrême, à l'aide d'une tige de fer; seulement le choc doit avoir lieu sous l'eau, car le phosphore s'enflamme sous le choc d'un corps dur; il est ensuite pulvérisé, toujours sous l'eau, dans un mortier, si la quantité est minime, ou dans un moulin à broyer, composé de deux meules de silex frottant l'une sur l'autre.

Le phosphore rouge doit être tamisé, puis soumis à une ébullition prolongée dans une lessive de soude caustique, afin d'enlever toutes les parties de phosphore ordinaire qui auraient pu échapper à la transformation.

Cette ébullition doit être prolongée jusqu'à ce que tout le phosphore ordinaire ait été enlevé, ce qu'on reconnaît à l'odeur que dégage le liquide, le phosphore amorphe étant inodore et inattaquable par les alcalis.

Au sortir de ce traitement, le phosphore amorphe se présente sous la forme d'une poudre dure, ayant l'apparence de la rouille de fer, ne s'agglomérant pas plus que du silex.

Il est bien entendu qu'au sortir de la lessive alcaline, le phosphore doit être lavé à grande eau, afin de le débarrasser de toute trace de la soude employée.

Ce lavage à l'eau est la dernière préparation qui, suivie d'une dessiccation, laisse le phosphore prêt à être employé.

Arrivé à cet état, le phosphore rouge ne se dissout plus dans les corps gras, ni dans le sulfure de carbone, une température de 200° est nécessaire pour qu'il puisse s'enflammer spontanément à l'abri du contact de l'air seulement, car M. Coignet a remarqué que l'action directe du soleil pouvait provoquer son inflammation.

On voit que cette opération, qui permet d'obtenir une modification isomérique si curieuse du phosphore, qui le rend aussi facile à manier que du sable, qui lui enlève toutes ses propriétés toxiques, offre peu de difficultés, et qu'il suffirait pour transformer en phosphore amorphe les 2,000 kilogr. de ce corps, que l'industrie française consomme chaque mois, de huit ou dix récipients en fonte, contenant chacun 200 kil., ce qui est une faible dépense et exige une surveillance attentive, mais peu difficile. Ce grand résultat sera obtenu le jour où MM. Coignet, tout en conservant le monopole que leur brevet leur concède, auront suffisamment abaissé le prix du produit pour que l'industrie puisse s'adresser régulièrement à eux.

PASTILLES DIGESTIVES DE PEPSINE.

Les beaux travaux physiologiques et cliniques de M. Corvisart ont démontré que la mode avait peut-être égaré un peu le médecin en l'obligeant à prescrire, comme digestif infaillible, les alcalins, puisque, dans un grand nombre de cas, le ferment acide du suc gastrique, la pepsine, faisait défaut.

Ajoutons que, chez tous les sujets lymphatiques et débilités, à digestions pénibles et souvent impossibles, c'est toujours ou presque toujours la pepsine qui fait défaut et qui, par son absence, s'oppose à la digestion des aliments azotés; et, par suite, à la reconfortation du sujet.

Terminons enfin cette revue, en annonçant aux médecins, qui, à la suite de la discussion qui s'est élevée entre M. le docteur Corvisart et M. Berthé, sur le mode meilleur d'administration de la pepsine, avaient manifesté le désir de pouvoir administrer cette précieuse substance sous forme de pastilles, que leurs vœux viennent d'être réalisés, et qu'ils pourront désormais la prescrire avec une entière sécurité, quant à la pureté et à la conservation du produit, et sous la forme la plus agréable. Ces pastilles ont même le rare et précieux avantage de porter toujours avec elles la preuve de leur inaltérabilité. Car cette altération ne pourrait avoir lieu que par la transformation du sucre de canne en sucre incristallisable, c'est dire qu'aussitôt qu'elles s'altéreraient, elles tomberaient en deliquium; tant qu'elles sont sèches et solides, elles sont inaltérées. On doit la réalisation de l'idée de M. Berthé à M. Peuvret, dont le dépôt est rue St-Honoré, 151, à la *pharmacie du Louvre*.

CHIRURGIE.

Comparaison entre l'instrument courbe avec lequel je fis mes premiers essais pour briser les petites pierres *et que j'ai rejeté, et l'instrument courbe employé maintenant au même usage par la pratique générale.*

Par le baron **HEURTELOUP**.

— Suite. — Voir le numéro du 26 novembre 1857. —

Rien n'est plus propre à éveiller l'attention et à donner des choses une idée positive et nette que la comparaison. Elle force doucement l'esprit au travail, et c'est le moyen qui me semble le plus convenable pour me faire comprendre sans fatiguer votre attention.

Je vais décrire avec rapidité, d'abord l'instrument courbe tel que je l'employai primitivement, et que je mis au rebut à cause de ses défauts et de son insuffisance. C'est à cet instrument que je vais comparer celui généralement mis en usage. Agissant tous les deux par pression, ils ont une analogie d'effets qui permet la comparaison qu'il m'importe de faire pour arriver à mon but, qui, je ne vous le cache pas, tend à prouver que l'instrument et le mode opératoire dont on use maintenant est, sous beaucoup de points, si ce n'est sous tous, beaucoup inférieur à ce que je mettais en usage en 1831, il y a vingt-six ans, lorsque j'inventai mon premier instrument courbe.

Si je fais cette comparaison entre mes essais et l'*ultimatum* de la pratique générale, c'est qu'elle est nécessaire pour remplir le but que je me propose d'atteindre, et que, pour me faire comprendre, il faut m'emparer de la question dès son principe. Or, ce ne saurait être ma faute si la pratique générale en est encore à arriver aux principes.

DESCRIPTION DE MON INSTRUMENT COURBE D'ESSAI DE 1831. — Cet instrument était composé de deux tiges disposées comme vous le savez, l'une *mâle*, l'autre *femelle*. Ces deux tiges étaient terminées par deux *portions recourbées*, qui par suite de la mobilité de la tige mâle pouvaient *saisir* une pierre et *briser* cette pierre si ces deux portions recourbées *étaient rapprochées avec force*.

La portion recourbée et la portion droite étaient du *même volume* ou *à peu près*, lorsque l'instrument était fermé.

Les branches qui formaient la portion recourbée étaient *sans dents*, et la *courbe convexe* appartenant à la tige mâle se rencontrait *à plat* avec la courbe *concave* appartenant à la tige femelle.

Les deux portions courbes réunies présentaient un tout *arrondi cylindrique* et *lisse*.

L'instrument, d'une extrême simplicité, s'ouvrait en *tirant à soi* la branche mâle, et en maintenant *immobile* la branche femelle.

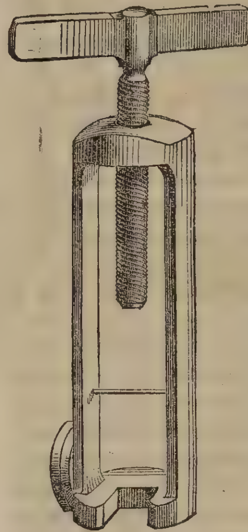
Il se fermait en *repoussant* la branche mâle.

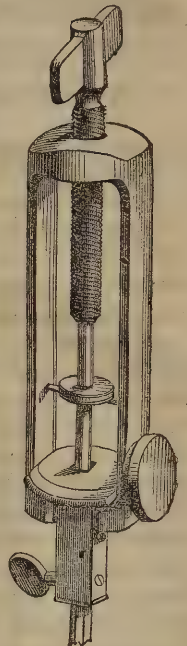
Il présentait *un pavillon* appartenant à la *tige femelle* pour permettre d'arc-bouter le pouce dans l'action *d'ouvrir* et *de fermer*; une *rondelle* appartenant *à la tige mâle* permettait aux autres doigts de la main de saisir cette tige mâle et de la mobiliser.

Une *pièce carrée massive* appartenant *à la tige femelle* permettait de *fixer* l'instrument si des efforts de percussion étaient rendus nécessaires par la trop grande résistance de la pierre.

Une vis placée sur le côté *droit* de ce carré *traversait* la tige femelle et *portait* sur la tige mâle qu'elle fixait pour *maintenir* la pierre lorsqu'elle était saisie.

Il prenait la pierre en *appuyant* sur le fond de la vessie, en *déprimant* ce fond avec la *branche femelle* et en *appelant* le corps étranger *dans l'espèce de creux* que déterminait cette pression. La branche mâle était rapprochée de la branche femelle; lorsqu'une pierre était interposée, la pierre se trouvait *saisie*.



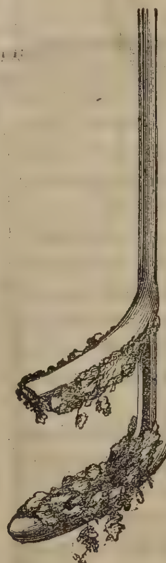


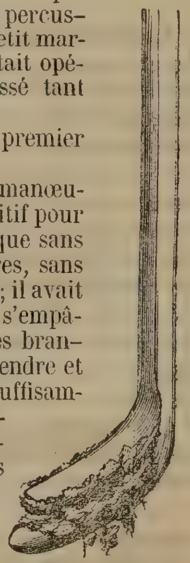
L'instrument *brisait* cette pierre en la *comprimant*.

Il la comprimait au moyen d'une boîte ou d'un cadre surmontés d'une vis à pression. Cette boîte ou ce cadre *arc-boutés* sous la rondelle de la branche femelle, pressait sur l'extrémité de la branche mâle.

Je nommai cette boîte ou ce cadre *compresseur volant*, parce qu'il n'était pas attaché à l'instrument. Ce nom prouve que je supposais qu'on pouvait en faire qui en fissent partie. Mais je renonçai à cette idée à cause de la complication, et je laissai la découverte de cet important et difficile problème aux grands hommes à venir, qui, vous le savez, messieurs, furent bien nombreux.

Si du détritus restait entre les branches et empêchait de fermer ces branches malgré la pression opérée, la boîte *étant ôtée*, une percussion volante au moyen d'un petit marteau ou du cadre lui-même, était opérée, et le détritus était chassé tant bien que mal.





Tel était, messieurs, mon premier instrument courbe.

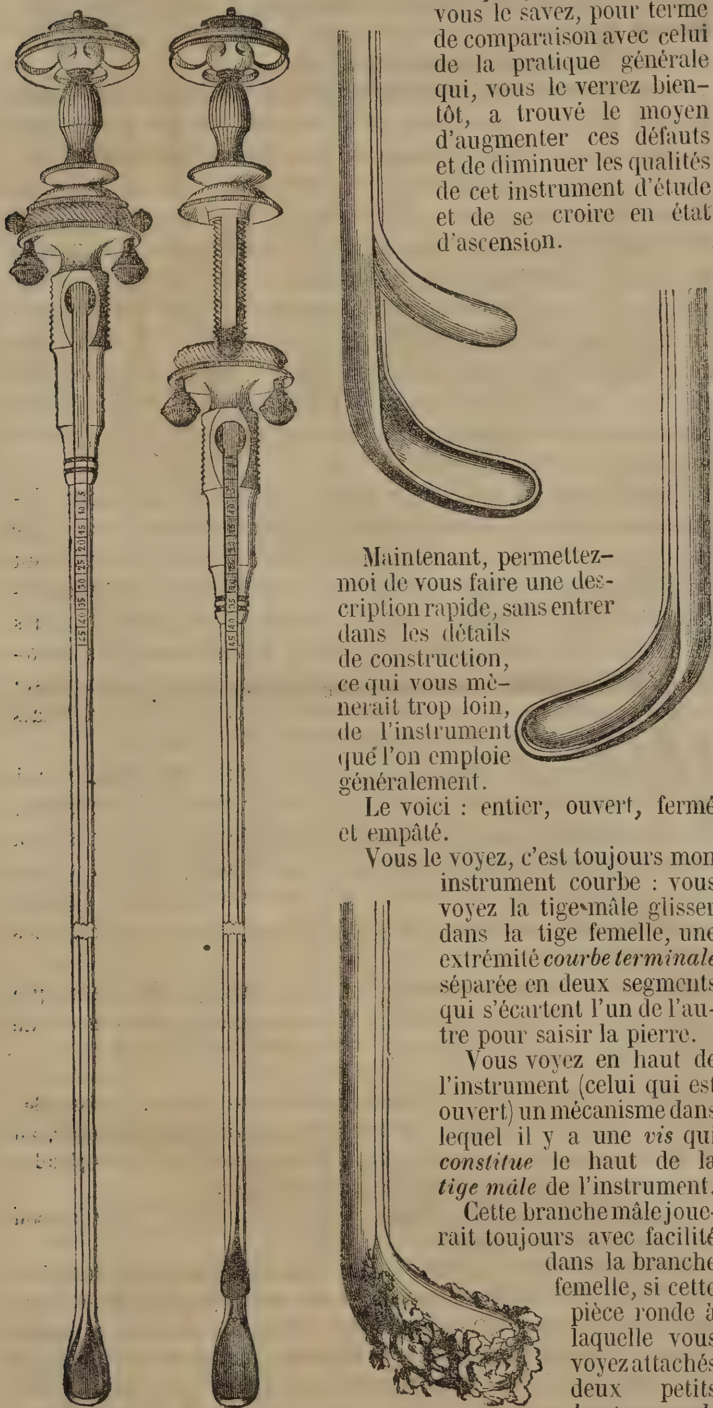
Cet instrument était d'une manœuvre facile, il était assez expéditif pour briser de petites pierres, presque sans action sur les moyennes pierres, sans action aucune sur les grosses; il avait de plus de grands défauts, il s'empâtait, le détritus resté entre les branches empêchait l'action de prendre et de briser les fragments non suffisamment comminués. La fragmentation ne marchant pas, il fallait suspendre l'opération; les branches ne se fermant pas exactement par l'interposition du détritus et des fragments anguleux, je ne pouvais retirer l'instrument de la vessie sans distendre outre mesure et quelquefois sans déchirer le canal. L'instrument sortait souvent d'un tiers plus volumineux que lorsque je l'avais introduit.

Je frappais bien avec le marteau ou la pièce à pression pour me dégager de ce détritus, mais cette *percussion volante* était insuffisante, et d'ailleurs elle était douloureusement ressentie par le malade.

Et cependant, messieurs, j'opérais dans les meilleures conditions; sur un petit lit ou plutôt un petit siége *fait exprès*, sur lequel le malade était bien posé, dans une situation qui permettait à tous les muscles d'être dans un relâchement favorable; j'étais moi-même dans une position facile, aisée, qui me permettait de faire un usage entier, et de mon tact et de mon adresse; et cependant, je le dis encore, ma percussion, sans point d'appui fixe, était douloureuse pour le malade et peu puissante, elle n'avait pas un grand effet sur la pierre et les fragments.

Voyant que cet instrument de 1831 n'était applicable et passable que dans les cas de petites pierres, et encore avec tous les inconvénients que je viens sommairement de décrire, je voulus donner des dispositions plus favorables à mes instruments, et je cherchai surtout à porter la percussion dont j'avais reconnu l'immense importance à toute la perfection dont elle était susceptible. Je vous reparlerai plus tard de cette percussion qui m'ouvrit une voie nouvelle dans laquelle je m'engageai avec succès.

Mais il faut que je m'arrête *à mon* instrument primitif et d'essai que j'ai pris, comme vous le savez, pour terme de comparaison avec celui de la pratique générale qui, vous le verrez bientôt, a trouvé le moyen d'augmenter ces défauts et de diminuer les qualités de cet instrument d'étude et de se croire en état d'ascension.



Maintenant, permettez-moi de vous faire une description rapide, sans entrer dans les détails de construction, ce qui vous mènerait trop loin, de l'instrument que l'on emploie généralement.

Le voici : entier, ouvert, fermé et empâté.

Vous le voyez, c'est toujours mon instrument courbe : vous voyez la tige mâle glisser dans la tige femelle, une extrémité *courbe terminale* séparée en deux segments qui s'écartent l'un de l'autre pour saisir la pierre.

Vous voyez en haut de l'instrument (celui qui est ouvert) un mécanisme dans lequel il y a une *vis* qui *constitue* le haut de la *tige mâle* de l'instrument. Cette branche mâle jouerait toujours avec facilité dans la branche femelle, si cette pièce ronde à laquelle vous voyez attachés deux petits *boutons ronds* ne se tournait à volonté, et *n'engrenait*, au moyen d'un ressort dans la vis que porte la branche mâle lorsque les deux petits boutons sont tournés, l'un dans le *sens* de la *courbure des branches*, l'autre du *côté opposé*. L'instrument ouvert vous donne l'idée de cette position.

Lorsque ces boutons sont placés latéralement, comme vous le voyez dans l'instrument fermé, et correspondant aux deux espèces de poires renversées qui sont fixées sur la branche femelle, alors la vis n'engrène pas et la branche mâle devient libre.

Il suit de là que suivant la *volonté* du chirurgien, il peut *faire jouer* ses branches pour saisir les pierres, et *serrer ces pierres* avec la force de la vis, afin de les écraser si la résistance n'est pas trop grande.

Lorsqu'après avoir placé les petits boutons dans le sens de la courbure des branches pour engrener de la branche femelle sur la vis de la branche mâle, vous voulez presser sur la pierre, tournez la petite roue que vous voyez tout en haut en la prenant à pleine main, et serrez le plus que vous pourrez, car cette petite roue a un petit diamètre et n'a pas de puissance ; mais le fabricant ne veut pas la faire plus grande, de peur qu'on ne casse l'instrument avant d'être vendu.

Pour empêcher l'instrument de tourner dans votre main gauche pendant que vous faites agir avec votre main droite la roue pour presser, arc-boutez votre pouce et votre indicateur sur les deux petites poires ; si la résistance est trop grande, prenez l'instrument à pleine main et faites comme vous pourrez.

Si, pour vous dégager du détritus qui va empâter vos branches, vous voulez opérer une percussion volante, faites-la, mais prenez garde, l'instrument est trop faible et n'a pas été fait pour cela. Vous voyez qu'il manque du bouton qui doit recevoir le coup de marteau.

Cependant vous vous dégagerez tant bien que mal en faisant avec patience monter et descendre la branche mâle ; mais cela est pénible pour le malade et allonge infiniment l'opération,

Maintenant, pour terminer la description de l'instrument de la pratique générale pour détruire les petites pierres, remarquez bien particulièrement ce *bec* qu'on appelle *bec de canard*. Remarquez que ce *bec de canard* a une mandibule *large* et une mandibule *étroite*. Remarquez encore que ce *bec de canard* est *très large et très plat*, et qu'il est *deux fois plus volumineux*, même *lorsqu'il est fermé*, que *le corps* de l'instrument. Remarquez tout ce que je souligne ; remarquez surtout que ce bec de canard, que vous pourriez croire être un bec sorti de la tête d'un homme de science, est tout bonnement un bec sorti du besoin de fabriquer à bon marché ; tirez un tube, écartez les parois de l'un de ses bouts, aplatissez ces parois, courbez-les, et vous avez *un bec de canard*. Cela coûte peu à faire et se vend bien ; que faut-il de plus au commerce lorsqu'il veut faire de la pacotille ? Voilà le secret de l'existence du *bec de canard*. Vous le voyez, messieurs, la vie des hommes tient à peu de chose, et la majesté de la science est une pauvre majesté ; mais la pratique générale n'y regarde pas de si près. Cependant, disons-le encore comme point moral, en face de ce bon marché se trouve la vie des malades, et cela est triste.

Tel est l'instrument favori de la pratique générale lorsqu'elle veut détruire des pierres d'un petit volume ; car, comme mon instrument primitif, l'instrument à bec de canard est presque sans action sur les moyennes pierres et sans action aucune sur les grosses.

Il ne faut pas oublier que la pratique générale opère sur le premier lit venu ou sur le premier siége venu. La position incertaine du malade lui est indifférente ; les contractions musculaires ne l'arrêtent pas, et elle se trouve elle-même parfaitement à son aise. Un lit ou un siége fait exprès, qui donne comme simple position tant de chances au malade, qui ouvre à l'art les possibilités nouvelles que j'examinerai, est l'objet de son dédain et de son économie.

Les deux antagonistes étant décrits, je procède à leur comparaison.

1° COMPARAISON SOUS LE RAPPORT DE LA SIMPLICITÉ.

Evidemment, mon instrument d'essai de 1831 est plus simple, est compris plus facilement, demande moins d'adresse, est plus facile à faire. Il est aussi moins coûteux, si tous les deux sont bien construits ; d'autant plus qu'un unique appareil de pression de l'instrument d'essai s'emploie sur les instruments des différents calibres que nécessite la différence des urètres, et que l'appareil de pression de la pratique générale faisant partie intégrante de l'instrument, a besoin d'être rappelé pour chaque calibre.

2° COMPARAISON SOUS LE RAPPORT DE LA FORCE.

A diamètre égal, l'instrument d'essai est plus fort. Ses mors sont *pleins*, sont d'*égal* volume et d'égale force, s'affrontent sur une plus *grande surface* ; s'affrontent *également* partout. Il permet d'employer la percussion, qui demande *moins de fatigue* de l'instrument. L'instrument de la pratique générale n'a rien de ces éléments de force. Il a donc le désavantage.

3° COMPARAISON SOUS LE RAPPORT DE L'ACTION D'OUVRIR L'INSTRUMENT.

Evidemment, mon instrument de 1831 s'ouvre avec une facilité que ne permet pas son antagoniste, dont l'action d'ouvrir est compliquée par la nécessité de désengrener pour rendre libre la branche mâle.

4° COMPARAISON SOUS LE RAPPORT DE L'ACTION DE FERMER L'INSTRUMENT.

L'avantage est à mon instrument pour se fermer au même degré que pour s'ouvrir; il est donc supérieur, sous ce rapport, à celui qu'emploie la pratique générale, qui, quelquefois, éprouve de la difficulté pour engrener, afin de fermer l'instrument avec sa vis de pression.

5° COMPARAISON SOUS LE RAPPORT DE LA FACILITÉ D'INTRODUCTION DANS LA VESSIE.

Comment voudrait-on qu'un instrument en *bec de canard*, aussi volumineux que possible pour être reçu par le conduit qu'il doit parcourir, pût être introduit aussi facilement dans l'urètre et parcourir aussi facilement ce canal qu'un corps parfaitement *rond et lisse*? Mon instrument d'essai de 1831 conserve donc encore son avantage sur son antagoniste.

6° COMPARAISON SOUS LE RAPPORT DE L'EMPATEMENT.

Tous les deux s'empâtent, mais il est juste de dire que l'instrument de la pratique générale s'empâte infiniment mieux. Sa *large* moitié de bec de canard a une forme tout à fait favorable pour produire cet accident, et son *étroite* moitié de *bec de canard* aide merveilleusement à la chose, car cette petite moitié tend à tasser dans le milieu de la grande. Cela joint à la disposition défavorable de l'instrument pour empêcher l'usage de la percussion, qui seule déblaye, rend nécessaire et inévitable l'engouement. De là cinq inconvénients capitaux : 1° impossibilité de continuer avec grand succès le broiement de la pierre, car l'instrument engoué reste inhabile à prendre, et conséquemment à briser et à pulvériser; 2° impossibilité de fermer complétement l'instrument; 3° distension et tractions démesurées de l'urètre lorsqu'on retire l'instrument plus volumineux; 4° déchirement du canal par suite de cette distension, et aussi par les pointes des fragments qui font saillie; 5° obligation de pratiquer la boutonnière, comme on en a vu de fréquents exemples.

L'instrument que j'ai rejeté en 1831 a bien de ces inconvénients, puisque c'est principalement pour cela que je ne l'emploie que lorsque je ne puis faire autrement; mais ces inconvénients existent à un bien moindre degré, comme on peut le voir par les figures que j'ai placées au commencement de cette comparaison. Il est évident que la percussion va me débarrasser à peu près des détritus qui empâtent mes branches, qui, étant plates, et non creuses, comme le *bec de canard*, ne tendent pas autant à les conserver.

Mon instrument d'essai de 1831, quoique imparfait, conserve donc encore son avantage, sous le rapport de l'engouement, sur celui qu'emploie maintenant la pratique générale.

(La suite de ce mémoire sera publiée quand la lecture, qui en a été interrompue par la discussion sur la statistique, en aura été achevée.)

MÉDECINE CLINIQUE

De l'utilité de l'iodure de fer dans le traitement des engorgements strumeux,

Par le Dr CALVO, médecin des prisons de la Seine.

Dès 1837, M. Ricord, mon oncle et mon maître, appelait l'attention des praticiens sur l'emploi d'une préparation alors toute nouvelle et encore défectueuse, le proto-iodure de fer, qui lui avait donné des résultats avantageux dans le traitement de la syphilis constitutionnelle, notamment dans celle qui se compliquait d'une cachexie lymphatique.

Depuis que les progrès de la pharmacie et particulièrement ceux qu'a réalisés M. Gille, ont mis entre nos mains des préparations d'iodure ferreux plus stables, les observations de guérisons obtenues par cet excellent médicament se sont multipliées, et nous avons vu plusieurs de nos maîtres ou des praticiens plus modestes, publier des cas de maladies plus ou moins rebelles, qui ont cédé à son emploi persévérant. Sans parler des faits déjà un peu anciens de MM. Rostan, Cruveilhier, Fleury, Ricord, Vigla, etc., nous avons vu, tout récemment, M. Maisonneuve préconiser les iodiques et surtout l'iodure ferreux dans plusieurs affections chroniques graves, telles que les tuméfactions articulaires, la carie, les ulcères, les fistules, etc.

On se rappelle aussi, que depuis ses observations de 1837, mon oncle en a fait de nouvelles, qu'il résumait par les paroles suivantes dans une leçon clinique faite en 1854 à l'hôpital du Midi :

« Les succès remarquables qu'on avait obtenus des préparations iodées, et en particulier de l'iodure de fer conservé par le procédé de M. Gille, dans le traitement des sécrétions purulentes chroniques, même entretenues par des lésions osseuses, m'engagèrent à essayer ces préparations contre la blennorrhée. Les résultats répondirent à mon attente, et les dragées d'iodure de fer de Gille, à la dose de 4 à 8 par jour, constituent un des médicaments les plus efficaces contre les écoulements chroniques, dont la ténacité est connue de tous les praticiens. » (RICORD, Leçons cliniques; *Presse médicale*, 9 septembre 1854.)

Guidé par l'exemple de mes maîtres, j'emploie à mon tour, depuis deux ans, dans mon service à l'infirmerie de la *Conciergerie* et dans ma clientèle privée, le proto-iodure de fer inaltérable ou du moins inaltéré, et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Si ce médicament n'est pas toujours un curatif infaillible, c'est toujours du moins un puissant adjuvant dans le traitement des scrofules et de la syphilis constitutionnelle, et surtout, qu'on me passe cette expression, un consolidateur excellent des bons résultats obtenus avec ou sans son concours.

Je ne passerai pas aujourd'hui en revue toutes les maladies qui me paraissent nécessiter l'emploi des préparations iodo-ferreuses. Je me contenterai pour le moment d'apporter ma petite pierre à l'édifice thérapeutique, en ajoutant aux cas déjà connus les trois faits suivants, qui contribueront à mettre en lumière l'action puissante de ces préparations sur les engorgements strumeux les plus considérables.

Il me sera peut-être possible, un peu plus tard, de dire ce que j'ai pu observer par l'application du même moyen dans les cas de leucorrhée et de blennorrhée.

OBS. I. — *Engorgements strumeux du col.* — M. X..., artiste, demeurant dans le quartier du Palais-Royal, vient me consulter, au mois de mars dernier, pour une tuméfaction considérable des glandes de l'aine du côté droit, datant de plusieurs mois.

Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatique, porte au cou les traces d'anciens ganglions suppurés.

Les engorgements de l'aine étant indolents, je prescris le traitement suivant : tous les jours trois verres de tisane de houblon; avec chaque verre de tisane, une cuillerée à bouche de sirop de gentiane; 2 dragées de proto-iodure de fer de Gille; toutes les semaines, un bain avec addition de 2 kilogrammes de sel marin ; trois fois par jour une friction sur les glandes engorgées avec la pommade suivante :

Prenez :	iodure de plomb,	4 grammes
	axonge,	30 grammes.

Mêlez.

Après un mois de ce traitement, l'adénite a considérablement diminué; mais il reste toujours une légère grosseur, qui, sous l'influence d'une promenade trop prolongée, s'enflamme, nécessite un traitement antiphlogistique, bains, sangsues, eau de Sedlitz, cata-

plasmes, frictions mercurielles, repos au lit. Malgré ce traitement, du pus se forme dans la tumeur, qu'on est obligé d'évacuer.

La cicatrisation s'opère assez rapidement; mais en palpant, on sent toujours les ganglions profonds du côté droit légèrement engorgés. — Je fais reprendre au malade le traitement indiqué plus haut, et je lui propose, en outre, des mouchetures au fer rouge, qu'il refuse.

Malgré l'absence de ce dernier moyen, l'engorgement diminue peu à peu; j'envoie le malade aux bains de mer.

Je l'ai revu il y a un mois. Son engorgement ganglionnaire avait *entièrement disparu;* sa constitution profondément lymphatique s'était très sensiblement améliorée. Néanmoins, je lui ai conseillé de continuer pendant encore deux mois l'usage des amers, du vin de quinquina et des dragées d'iodure de fer; traitement qu'il n'a d'ailleurs cessé qu'une vingtaine de jours depuis le premier jour où je l'ai vu. Aujourd'hui l'état général s'améliore de plus en plus.

Obs. II. — M. X..., propriétaire à Paris, vint me consulter, il y a quatre mois, pour des adénites scrofuleuses cervicales et sous-maxillaires, remontant à plusieurs mois. Ne trouvant dans ces engorgements aucun caractère ou antécédent spécifique, je soumets d'emblée le malade au traitement par les amers, le vin de quinquina entre autres, et je lui fais prendre six dragées de proto-iodure de fer de Gille par jour. Je pratique aussi quelques mouchetures légères sur les ganglions engorgés, à l'aide d'une tringle de fer rougie à blanc, procédé que M. Ricord emploie depuis longtemps avec succès à l'hôpital du Midi contre ces affections.

M. X... suit aujourd'hui ce traitement depuis trois mois, et sa constitution, profondément altérée, s'est modifiée avantageusement et s'améliore chaque jour davantage. — Pour consolider les excellents résultats obtenus, je conseille au malade un voyage en Italie pendant l'hiver prochain, et la continuation, durant son voyage, du vin de quinquina et des dragées de Gille, à la dose de 6 par jour.

Obs. III. — M. L..., ouvrier tapissier, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, a une grande disposition aux engorgements glandulaires. Déjà, pendant son enfance, il se rappelle avoir été très souvent affecté de ces engorgements.

Il n'a jamais eu ni chancres ni blennorhagies.

Il y a cinq mois environ, à la suite de grandes fatigues, il sent une glande apparaître dans l'aine du côté gauche. Cette tumeur douloureuse prit bientôt un grand accroissement; elle était située au niveau de l'arcade crurale, allongée, composée de plusieurs glandes réunies. comme soudées ensemble, et paraissait s'étendre profondément dans la fosse iliaque.

Douleurs le long du trajet du nerf crural et sensation d'engourdissement. Je prescris 20 sangsues, des cataplasmes, un verre d'eau de Sedlitz tous les matins, de l'orge miellée pour boisson et le repos absolu.

Les symptômes inflammatoires se sont bientôt évanouis; mais la tumeur a persisté à l'état d'indolence. Au bout de quelques semaines, j'ai soumis le malade au traitement par les amers et les dragées d'iodure de Gille, qui ont amené une guérison radicale dans l'espace de deux mois.

L'expérimentation thérapeutique devant être faite au point de vue de l'intérêt des malades avant celui de l'intérêt de la science, on a rarement la possibilité de mettre à l'épreuve un moyen isolé dans des cas sérieux où l'expérience acquise semble nous dire qu'on arrivera plus promptement au but en employant plusieurs moyens à la fois. Je n'ai donc pas pu, dans les trois observations qui précèdent, m'en tenir à l'administration du proto-iodure de fer seul, et j'ai dû lui associer divers autres moyens considérés comme devant agir dans le même sens. Mais, pour peu qu'on ait traité quelquefois des engorgements strumeux, on ne peut ignorer l'opiniâtreté de ces intumescences, et dès lors on sera peu disposé à mettre en doute la part puissante que l'iodure ferreux a prise dans les résultats remarquables obtenus chez les malades dont nous venons de résumer en quelques mots l'histoire. Il y a un autre point qu'on ne mettra pas davantage en doute, c'est l'influence considérable du même médicament sur la *solidité* des guérisons obtenues, et c'est encore là une circonstance assez importante pour que la présente note ne soit pas considérée comme inutile par les praticiens dont l'attention n'a pas été suffisamment fixée encore sur le proto-iodure de fer rendu inaltérable.

Nouvelles observations sur l'action thérapeutique de la codéine.

(Recueillies dans le service de M. Vigla, à la Maison municipale de santé.)

Les lecteurs de ce journal connaissent les travaux intéressants de M. Berthé, sur l'action physiologique de la codéine; ils connaissent également l'extrait des observations thérapeuniques faites par MM. Aran et Vigla, médecins des hôpitaux de Paris, professeurs agrégés à la Faculté, qui avaient bien voulu se charger d'expérimenter la codéine, observations qui ont été communiquées à l'Académie. Ces observations, on se le rappelle, venaient déjà donner un appui à l'opinion avancée par M. Berthé touchant l'action toute spéciale de la codéine, opinion que l'auteur avait déduite de ses expériences physiologiques.

Les trois nouvelles observations que nous publions aujourd'hui, et qui toutes trois ont été recueillies dans le service de M. Vigla, viennent apporter de nouvelles preuves à l'appui de la manière de voir de l'auteur. Deux d'entre elles sont particulièrement concluantes, car la codéine a rapidement soulagé deux sujets qui étaient inutilement soumis à l'usage de l'extrait gommeux thébaïque, l'un depuis un mois, l'autre depuis dix jours.

Voici ces observations :

Obs. I. — *Chambre n° 4, lit* 1. — Homme de 35 ans, employé, entré le 1er octobre 1856; toux sèche depuis trois mois, très fréquente, suivie d'expectoration blanchâtre, peu abondante, sauf le matin; bruit de craquement très-manifeste, un peu d'hémoptisie, douleurs fixes persistantes dans les parois de la poitrine, plus fortes pendant l'inspiration et la toux; mouvement fébrile intense avec chaleur à la peau, soif modérée, sueurs nocturnes; pâleur de la face; amaigrissement considérable.

M. Vigla prescrit des pilules de sulfate de quinine avec 0gr,005 d'acétate de plomb par pilules; vin de quinquina, huile de foie de morue deux cuillerées chaque jour; julep avec 0,05 d'extrait thébaïque pour calmer la violence de la toux.

Après un mois de ce traitement, suivi avec une extrême régularité, l'état général du malade s'est sensiblement amélioré; il a repris de l'appétit, un peu d'embonpoint; la fièvre et les sueurs notamment ont disparu, seulement on n'a pas arrêté ou n'on n'a arrêté que faiblement la violence de la toux.

On prescrit alors au malade, le 25 octobre, 30 grammes de sirop de codéine, à prendre en deux fois dans la soirée.

Le 26, le malade a un peu mieux dormi, la toux est un peu moins fréquente. Même prescription, même effet.

Le 27, on porte la dose de sirop à 50 grammes, qui sont continués le 28, le 29 et le 30; la toux a presque complétement disparu.

Le malade se trouve, dit-il, heureux d'être débarrassé d'efforts qui lui brisaient la poitrine, et demande à sortir. M. Vigla l'engage à rester encore huit jours, il y consent, continue pendant ces huit jours le sirop à la dose de 50 grammes chaque jour, et sort le 8 novembre dans un état aussi satisfaisant que possible.

Remarques. — Nous avons continué à voir ce malade après sa sortie de la Maison de santé; la gravité de sa première affection ne s'est pas reproduite; seulement il a été repris, en mars et en octobre 1856, de deux rhumes assez violents qu'il a guéris rapidement à l'aide du sirop de codéine, auquel il a de lui-même eu recours.

Obs. II. — La dame X..., âgée de 27 ans, ouvrière, entre à la Mai-

son municipale de santé le 1er octobre 1857 (salle 2, lit 3), pour y être traitée d'une diarrhée assez intense avec de violentes coliques, mais ne présentant pas le caractère dysentérique.

Après cinq jours d'un traitement opiacé et astringent, la diarrhée est supprimée, mais les coliques persistent. Le 9 octobre, la malade se trouve bien, les selles sont naturelles, l'appétit est revenu; il n'y a que les coliques qui par leur intensité retiennent la malade à l'hôpital; elle demande instamment à en être débarrassée.—On lui prescrit un julep avec 30 grammes de sirop de codéine.

Le 10 octobre, la malade se trouve beaucoup mieux, les coliques ont été moins violentes et moins nombreuses, même prescription.

11 octobre, l'amélioration a continué et la malade ne souffrant plus, sort de la maison.

Cette observation fait ressortir d'une manière évidente l'action pour ainsi dire spécifique de la codéine sur l'appareil digestif. En effet, voici une malade à laquelle on administre pendant neuf jours de l'opium sans amender ses coliques, et qui en est débarrassée après trois jours d'emploi de la codéine.

Obs. III. — Le nommé Payer (Auguste), âgé de 32 ans, peintre en bâtiment, entre à la maison de santé, salle 4, lit 3, le 9 septembre 1857, pour y être traité d'un épanchement séreux dans le péritoine. Bientôt un épanchement séreux se forme dans la plèvre gauche, puis un autre dans la plèvre droite. Des vésicatoires répétés, le nitrate de potasse, etc., en un mot un traitement approprié à raison de ces différents épanchements, est prescrit, et l'on parvient à les atténuer.

Mais il persiste une douleur assez intense dans le ventre.

Le 20 octobre, on administre un julep avec 30 grammes de sirop de codéine.

Le 21, pas d'amendement; même prescription.

Le 22, même état; même prescription.

Le 23, un peu de calme; même prescription.

Le 24, l'amélioration continue; même prescription.

Le 25, le mieux persiste; même prescription, qui est continuée le 26, 27 et 28, jour de la sortie du malade, qui se trouve complétement débarrassé de ses douleurs. D....

ACTES OFFICIELS

Par arrêté en date du 18 novembre 1857, M. Ritter, aide préparateur à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé préparateur de chimie, de physique et de pharmacie à la même Faculté, en remplacement de M. Trinquier, démissionnaire.

— Par arrêtés en date du 18 novembre 1857, M. Foncin, professeur de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole;

M. Groslambert, docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie interne à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, en remplacement de M. Foncin;

M. Barnsby, pharmacien de première classe, est nommé professeur suppléant pour les cours de chimie, de pharmacie, d'histoire naturelle et de matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Tassin, démissionnaire.

— A la suite du concours commencé le mardi 17 novembre, M. le docteur Marc Sée a été nommé prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

VARIÉTÉS.

Les journaux d'Orléans annoncent la mort de M. Jallon, un des médecins les plus anciens et les plus répandus de cette ville, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie.

Mort du Dr Ruef. — On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg* :

« La mort vient de faire un vide des plus sensibles dans les rangs du corps médical de Strasbourg.

» Le docteur J. M. Ruef, chevalier de la Légion d'honneur, médaille d'or du choléra de 1854, membre du conseil municipal de Strasbourg, vice-président de la Société de médecine, médecin de la manufacture des tabacs et de l'École normale des instituteurs, médecin aide-major du bataillon des sapeurs-pompiers, etc., a été enlevé à l'âge de quarante-neuf ans, le 12 novembre dernier, d'une manière aussi subite qu'inattendue, et que rien, ni dans sa stature ni dans sa constitution, ne semblait présager.

Ruef était sans contredit le praticien le plus actif de Strasbourg. Simple et modeste, serviable, d'un heureux caractère, excellent collègue, plein de loyauté et de franchise, d'une charité et d'un dévouement inépuisables, on ne lui connaissait pas d'ennemis, malgré les succès que sut lui conquérir le *labor improbus* de ses dernières années.

» Décoré de la main de S. M. l'Empereur à son récent passage à Strasbourg, il ne jouit pas même pendant deux mois de la satisfaction que devait lui causer cette distinction, et sa croix ne vit le jour que pour être attachée à sa bière par ses amis éplorés.

» Le 13 novembre, jour de ses obsèques, fut un jour de deuil pour la ville entière. Toute la population était sur pied, et derrière sa bière on vit se mêler à sa famille désolée les premières autorités du département et de la ville, le corps médical tout entier, des ecclésiastiques de tous les cultes, et un grand nombre de citoyens accourus spontanément.

» Le convoi se rendit directement de la maison mortuaire au cimetière israélite, et là ses collègues se disputèrent, pour ainsi dire, l'honneur de lui adresser encore quelques paroles d'adieu.

» Nous reproduisons plus bas les quatre discours qui furent prononcés : par M. le professeur Stœber, président de la Société de médecine; par M. le docteur Eissen, médecin-major du bataillon des sapeurs-pompiers; par MM. les professeurs Lereboullet et Sédillot. »

La *Gazette* publie, à la suite de cette relation, les discours de MM. Stœber, Eissen, Lereboullet et Sédillot, que le défaut d'espace nous oblige à supprimer.

Le rédacteur en chef : H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 144. 5me ANNÉE. Mardi 1er Décembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an....... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris*, dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements, et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 30 novembre 1857.

Académie des sciences.

Empoisonnement par la térébenthine. — Albumine dans les urines normales.

Nous avons plus d'une fois applaudi au remarquable talent, à la vive intelligence de M. Marchal (de Calvi) ; plus d'une fois aussi, nous avons cherché à tempérer l'ardeur de sa riche imagination ; c'est encore ce dernier rôle que nous devons remplir aujourd'hui. Notre éloquent ami voit dans une nouvelle observation qu'il vient de communiquer à l'Académie un cas plus *démonstratif* et plus *saisissant* que ceux qu'il a déjà fait connaître, d'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine. Nous ne croyons pas que ce nouveau fait rallie beaucoup de praticiens à l'opinion de notre éloquent ami. Ce fait est trop incomplétement décrit pour qu'il nous semble possible de se faire une opinion sur la véritable nature des accidents observés, mais avec les éléments de diagnostic qu'on trouve dans l'observation, nous croyons qu'il y aura beaucoup plus de médecins disposés à voir dans ce cas un exemple de métastase rhumatismale, qu'un empoisonnement quelconque.

— M. Andral a présenté, dans des termes assez médiocres et avec un esprit philosophique plus médiocre encore, des recherches intéressantes faites par MM. A. Becquerel et Barreswil sur l'albumine des urines normales.

Suivant M. Andral, il aurait été « *malheureux* » que l'urine contînt toujours de l'albumine à l'état normal, comme M. Gigon (d'Angoulême) avait été conduit à le penser à la suite de plusieurs analyses. Si le fait était vrai, nous ne voyons pas trop quel malheur il pourrait y avoir à le connaître, pas plus que nous ne voyons qu'il puisse être malheureux de connaître une vérité scientifique quelle qu'elle soit. M. Andral a donné, il est vrai, un motif à sa philosophie, qui est encore celle d'un assez grand nombre d'esprits titubants et de quelques sentimentalistes habiles : c'est que si la découverte de M. Gigon avait été vraie, elle aurait détruit tout ce qu'on *savait* sur la présence de l'albumine dans les urines, comme caractère de certaines maladies.

D'abord, en fait, cela n'est point exact : de ce que M. Gigon aurait trouvé, à l'aide d'un réactif plus sensible, de l'albumine où on ne la trouvait pas avec les anciens réactifs, il n'en résulterait

---

DÉLASSEMENTS

Ancienne recette et nouvelle formule. — Anthropologie ophidienne. — Comment on devient un grand homme. — Lettre-prospectus. — Réponse.

Il y a un an que je consignais ici la recette pour obtenir un de ces petits bariolages de provenance étrangère dont sont très friands nos génies inconnus et qui ornent, sous un titre plus ou moins baroque, la boutonnière de quelques-uns d'entre eux ; voici une autre formule aussi ingénieuse que facile pour se donner la réputation d'un homme de mérite *sui generis*, laquelle formule est mise en pratique, non sans profit, par les amateurs de la nomination sans concours.

Et d'abord disons à nos lecteurs, à ceux du moins qui ne sont pas encore versés dans l'étude de l'anthropologie ophidienne, ce que c'est que l'amateur de la nomination sans concours.

Ce genre de bipède se rattache par ses us et coutumes à l'ordre des ophidiens qui, quoi qu'en disent les naturalistes, ne sont point tous dépourvus d'appendice. Vorace par nature et chasseur par instinct, il demande à la ruse ce que les autres conquièrent par leur courage. C'est donc toujours en rampant, et souvent dans la boue, qu'il guette sa proie, la saisit traîtreusement et en fait sa curée. Les places lucratives sont surtout l'objet de sa convoitise, et, à défaut de celles-ci, il se contente de places honorifiques. L'essentiel pour lui est de remplir sa panse. Il est si mince à vide que son orgueil le porte à croire que cet embonpoint artificiel est pris pour de la force et en impose à ceux qui le heurtent du talon. Cependant il lui arrive parfois de se risquer à disputer certaine aubaine à plus fort que lui. Alors il n'est sorte de manœuvres qu'il n'emploie pour parvenir à ses fins ; il ruse de toutes les façons, courant, l'œil larmoyant, par ici, montrant les dents par là, faisant le gros dos à droite, se montrant à gauche plus plat qu'un tænia, jusqu'à ce que, haletant, épuisé de fatigue et pressé par ses excrétions, il rentre dans l'ombre d'où il n'aurait jamais dû sortir.

Ce petit aperçu historique une fois jeté à la hâte, je reviens à ma nouvelle formule.

On sait qu'un enseignement quelconque dénote une dose plus ou moins grande de savoir chez celui qui le pratique. Faire un cours, c'est déjà prévenir en sa faveur ceux mêmes qui ne le suivent pas, et s'environner d'une certaine notoriété scientifique. Il n'est pas, que je sache, une seule de nos célébrités qui soit arrivée à la haute position qu'elle occupe, sans avoir préalablement fait ses preuves dans des leçons publiques ou particulières. Mais si la chaire est le premier piédestal du vrai savoir, l'affiche est le marchepied du savoir-faire. L'amateur de la nomination sans concours l'a parfaitement compris, et c'est à son génie que revient la gloire d'avoir inventé non pas l'art d'élever des lapins et de s'en faire trois mille francs de rentes, mais celui bien plus avantageux de créer un cours sans élèves, et de s'en faire un double moyen de réputation et d'avan-

nullement que ce qu'on savait fût détruit ; il resterait toujours vrai que, dans certaines urines, on constate l'albumine avec des réactifs moins sensibles que ceux qui permettent de la constater dans l'urine normale, et cette différence pourrait suffire pour établir une ligne de démarcation entre la santé et la maladie. Ce n'est pas la première fois que ces deux états seraient caractérisés par des différences de quantité.

Mais, en admettant que la découverte de M. Gigon eût les conséquences que lui a prêtées pour un instant M. Andral, l'honorable académicien oublie que ces conséquences n'étaient possibles qu'à une seule condition, c'est que *ce qu'on savait* n'avait rien de réel ; M. Gigon aurait donc renversé, non *ce qu'on savait*, mais *ce qu'on croyait savoir*, c'est-à-dire une erreur. Or, nous sommes de ceux qui pensent qu'il n'est jamais malheureux de détruire une erreur.

Tout cela prouve que lorsque M. Andral sera chargé de présenter des Mémoires à l'Académie, il fera bien de s'en tenir au simple exposé des faits, sans chercher à empiéter sur le domaine de la philosophie scientifique, qui n'a jamais été la partie forte de son talent.

Quant aux intéressantes observations de MM. Becquerel et Barreswil, elles doivent modifier l'interprétation des faits annoncés par M. Gigon, mais elles ne détruisent point ces faits ; elles les confirment, au contraire, et les étendent, et il restera à M. Gigon le mérite d'avoir constaté une réaction curieuse dont il est assurément difficile de prévoir, dès aujourd'hui, une application pratique, mais qui, comme fait scientifique, n'en est pas moins très digne d'attention. H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE CLINIQUE

Leçons cliniques sur les maladies de la peau

PAR M. BAZIN

Recueillies et rédigées M. POUQUET, interne du service

Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 127, 133, 134, 135, 136, 137 et 141.

AFFECTIONS PRODUITES PAR LES VÉGÉTAUX ÉPITHÉLÉOPHYTIQUES.

Je ne dirai qu'un mot de ces affections qui sortent des cadres de la pathologie cutanée, et que cependant je ne pouvais pas passer sous silence, parce que, dans certaines circonstances, par suite de frottements répétés, la peau revêt complétement les caractères des muqueuses. D'ailleurs, au niveau des orifices des conduits naturels (bouche, anus), le système cutané et le système muqueux se réunissent, et les muqueuses, dans une étendue variable, font partie de la surface externe du corps. Enfin les végétaux épithéléophytiques se développent assez souvent sur la peau dénudée, comme à la suite d'applications de vésicatoires... Si ces parasites nous intéressent moins que les précédents, c'est surtout à cause du rôle tout à fait secondaire qu'ils jouent dans les affections où on les rencontre.

Dans la plupart des cas, ils surviennent consécutivement à une altération des solides ou des liquides de l'économie ; tel, par exemple, l'*oïdium albicans* (champignon qui constitue le muguet), qui ne se montre jamais avant que le mucus buccal soit devenu acide. Cependant, malgré leur moindre importance, ces parasites méritent l'attention du médecin ; ce ne sont point encore les parasites de la lésion pathologique, mais plutôt, ils forment le passage entre ces derniers et les parasites précédents (teignes, crasses parasitaires) Ils sont contagieux, et, chose remarquable, ils disparaissent avec une facilité merveilleuse par l'emploi des mêmes agents parasiticides ; aussi ne saurais-je trop vous engager à remplacer dans le traitement du muguet buccal, les préparations de borax si usitées, par le solutum de sublimé qui a une action bien plus prompte.

Enfin, avant d'abandonner l'étude des affections cutanées produites par les végétaux parasites, je dois vous signaler un fait qui a une certaine importance pratique.

Beaucoup d'altérations, désignées sous les noms de pourritures, gangrènes, mélanoses, des muqueuses ou des ulcères, sont produites par des champignons qui se développent sur ces surfaces ; aussi faut-il, dans les pansements, avoir principalement pour but de détruire ces productions végétales ; c'est en pareilles circonstances que l'emploi de l'huile de code nous donne des résultats avantageux.

AFFECTIONS CUTANÉES PRODUITES PAR LES PARASITES. ANIMAUX.

Les animaux qui vivent sur la peau de l'homme appartiennent à deux catégories distinctes ; les uns occupent la surface exté-

---

ment. Semblable en tout point au traitement de l'éternel Charles-Albert, ce grand professeur de médecine, de botanique et de chimie, le procédé dont il se sert est peu dispendieux, très facile à suivre en secret ou en voyage, sans aucun dérangement, et s'emploie avec un égal succès dans toutes les saisons et sous tous les climats ; seulement avant d'en faire usage, assurez-vous si l'auteur n'a pas pris un brevet d'invention, car, dans ce cas, la loi lui confère, et confère à lui seul le droit de l'exploiter ; dans le cas contraire, suivez une à une mes indications et vous verrez que je n'ai rien avancé qui ne soit entièrement conforme à la vérité (style de certificat.)

A cet effet choisissez un papier pour affiches, grand modèle et de couleur tendre ; faites-y imprimer le titre de votre cours, suivi de votre nom, en caractères monstres, et par contre le jour et l'heure de son ouverture en caractères microscopiques, de telle façon qu'aux premiers effets des rayons solaires ou de la pluie, combinés à ceux du collage, les derniers puissent disparaître pour ne plus laisser la place qu'aux glorieuses majuscules.

Que si, malgré ce sage et honorable expédient, il arrivait qu'un élève assez mal appris se présentât chez vous pour s'y faire inscrire, vous n'avez qu'à prévenir votre bonne de l'envoyer à votre concierge, et votre concierge de le renvoyer à icelle, tant et si bien que notre jeune amoureux de la science, se lassant à ce jeu de navette, se désiste de ses prétentions et vous laisse tranquille.

En procédant ainsi pendant plusieurs années, le public, qui aperçoit sans cesse l'annonce de votre cours dans tous les coins et recoins de la capitale, s'habitue à votre nom ; les élèves de première année vous appellent, gros comme le bras, monsieur le professeur ; les portières affirment que vous avez du talent ; les imbéciles se confient à votre spécialité, certains personnages se laissent surprendre à vos airs scientifiques ; enfin, il arrive un jour que, titré, honoré et enrichi, vous n'avez plus qu'à vous endormir sur vos lauriers.

Alors le tour est fait.

Voilà, chers lecteurs, la formule que je tiens de bon escient. Est-elle bonne ou mauvaise ? franchement, je n'en sais rien ; il n'y a que son inventeur qui pourrait vous le dire, et je ne crois pas qu'il soit d'humeur à vous dévoiler ce qu'il croit être son secret.

Quant à moi, en vous la donnant, je m'en lave les mains.

—

Un bon mot vaut souvent la raison la meilleure ;
Je vais le prouver tout à l'heure :

Un de ces tristes médicastres qui ont gagné des millions à réduire la science à des sirops, juleps, mixtures, robs et autres liquides préparés et mélassés à la façon du thé de la mère Gibou, se prit un jour à relever le nez et à flairer, à travers son ozène, une paire d'épaulettes dont le propriétaire avait eu la faiblesse de se dessaisir pour aller se faire inscrire sur le contrôle des décès. En pareil cas, il y a toujours grand remue-ménage dans une compagnie ; c'est à qui arrivera à pouvoir en être le chef, car chacun aime à commander,

rieure du corps et la parcourent en toute liberté; les autres sont situés dans l'épaisseur même de l'épiderme. Dans la première section, nous trouvons le pou et la puce commune; dans la seconde, la chique ou puce pénétrante et les acares.

Je ne m'occuperai pas ici de l'histoire naturelle des animaux parasites; vous trouverez dans les traités spéciaux des détails suffisants et très exacts, car les animaux sont mieux connus, et depuis plus longtemps, que les végétaux parasites. Je laisserai également de côté l'étude historique de ces affections cutanées, non qu'elle manque d'intérêt, mais parce qu'elle est bien connue, et que je ne puis pas perdre mon temps à vous apprendre ce que vous pouvez lire dans tous les ouvrages modernes de dermatologie. D'ailleurs le temps me presse, et je dois me borner à poser quelques jalons, à l'aide desquels vous puissiez aisément vous diriger dans l'étude de ces affections intéressantes.

Première section.

Les animaux parasites qui vivent en liberté à la surface de la peau produisent des affections qui sont journellement confondues avec d'autres que déterminent certains insectes, tels que les punaises, les cousins.... Qu'il me suffise de vous signaler le fait, pour vous faire éviter les méprises de ce genre; car les animaux dont nous venons de parler ne se trouvent qu'accidentellement sur la peau de l'homme; ce ne sont pas des animaux parasites comme les poux et les puces, et par conséquent ces derniers seuls doivent nous occuper ici.

1° *Affections cutanées produites par le pou.*

Le pou (*pediculus*) offre trois variétés, qui sont: le pou de tête, le pou de corps et le pou du pubis.

Le pou de tête existe principalement dans le jeune âge, où il complique souvent les achores, l'eczéma, l'impétigo, la teigne (surtout la teigne faveuse). Quelquefois, au contraire, le parasite est antérieur aux éruptions constitutionnelles dont il a provoqué le développement par sa présence sur la tête. Quoi qu'il en soit, des démangeaisons plus ou moins vives se font presque continuellement sentir, et les malades, se grattant avec fureur, augmentent l'irritation dont le cuir chevelu est le siége, et contribuent à entretenir les éruptions. En outre, on voit les animaux parasites se mouvoir en différents points de la tête, au milieu des croûtes qu'ils soulèvent et déplacent; ils sont toujours accompagnés d'une grande quantité de lentes. En résumé, l'affection pédiculaire du cuir chevelu est caractérisée par le prurit et la présence de lentes et de poux au milieu des éruptions symptomatiques.

Dans tous les cas, il est indiqué de traiter cette affection, car nous ne sommes plus au temps où l'on craignait les répercussions de la maladie sur les organes intérieurs. Il faut détruire la vermine, et si, pour parvenir rapidement à ce but, les soins de propreté ne suffisent pas, on fera des onctions avec l'onguent napolitain ou des lotions avec la staphysaigre ou tout autre agent parasiticide.

Le pou de corps, qui se rencontre ordinairement chez les sujets d'un âge avancé, manifeste sa présence par des symptômes habituellement fort simples. Presque toujours, il s'accompagne de prurit, et quelquefois seulement d'éruptions papuleuses discrètes auxquelles est réservé le nom de prurigo pédiculaire. En même temps, on trouve à la surface du corps les lentes et les animaux parasites. Cette affection est sans aucune importance, et il faut l'attaquer par les moyens que nous avons indiqués tout à l'heure, en remplaçant, bien entendu, les lotions par des bains. Je ne fais aucun cas, comme vous voyez, de certains faits plus ou moins étranges, consignés dans les anciens auteurs, et acceptés par quelques observateurs modernes peu scrupuleux. Je ne crois en aucune façon à cette maladie pédiculaire (phthiriasis), qui résulterait de la génération spontanée d'une grande quantité de poux, et qui, dans certaines circonstances, pourrait amener des accidents mortels. A. Paré, au chapitre VI de son vingtième livre, page 738, parlant de cette maladie, dit expressément qu'il ne faut pas la négliger, car, ajoute-t-il, plusieurs personnes en ont été travaillées (*sic*), et en ont perdu la vie, comme Hérode, roi de Judée; Sylla, dictateur de Rome; le poète Aleman; Acactus, fils de Pélias; Pherecydès, théologien; Callisthènes Olynthien; Mutius, jurisconsulte; Cunus; enfin Antiochus. Immédiatement après cette longue énumération de noms illustres, le même auteur raconte, s'appuyant sur le témoignage de Pline, que les poux se peuvent engendrer par toutes les parties de notre corps, même dans la masse du sang. Mais si tous ces contes pouvaient passer au temps d'A. Paré, il n'en doit pas être ainsi dans un siècle aussi éclairé que le nôtre.

---

nullement à obéir. Je ne sais si vous avez fait la même remarque que moi; je me suis toujours aperçu que d'ordinaire les plus acharnés à vouloir se saisir d'une épée étaient précisément les pioupious qui savent le moins manier le fusil et emboîter le pas. Mon médicastre était de ce nombre, et c'est sans doute à cette seule raison (et quelle autre raison pouvait avoir un médicastre?) qu'il faut attribuer son opiniâtreté à se porter le concurrent d'un brave ouvrier, ex-sous-officier de notre armée d'Afrique, que toutes les sympathies de la compagnie désignaient d'avance à la place vacante. Il suait donc sang et eau depuis une heure, à faire valoir sa position de riche propriétaire, son titre de chevalier, et surtout son diplôme de médecin, lorsque le commandant qui présidait la réunion préparatoire, impatienté de tant d'outrecuidance, se mit à jurer :

— Eh! sacrebleu, docteur, vous raisonnez là comme un tambour crevé; c'est un homme d'épée qu'il nous faut, et non pas un homme de robe.

Cette simple apostrophe coula la candidature du propriétaire et du chevalier. Les sifflets firent le reste.

—

Les moindres actions des grands hommes, et par conséquent des grands écrivains, sont si importantes pour l'histoire et si intéressantes pour le public, qu'une foule de mes confrères ne manquent pas, trois ou quatre fois l'an, tout au moins, d'informer leurs lecteurs comment ils (mes confrères) ont dîné la veille, quelle promenade ils ont faite, quelles fleurs et quels fruits ils ont vu naître et cueillis, à quelle heure ils se sont couchés, quels rêves ils ont eus et dans quelles dispositions d'esprit ils se sont réveillés. On voit que, pour peu que le lecteur fût curieux, ils entreraient volontiers dans des détails plus intimes... N'ayez donc pas trop de curiosité, s'il vous plaît, bien-aimé lecteur. Quant à nous, nous n'avons aucun droit à de telles privautés; mais une fois n'est pas coutume, dit-on, et nous demandons aujourd'hui à nos bienveillants lecteurs de les mettre dans la confidence d'une correspondance charmante que nous avons établie avec une femme que nous n'avons pas le bonheur de voir, il est vrai, mais qui ne peut certainement pas être moins charmante que sa correspondance. Que la chevalerie française, toutefois, ne s'insurge point contre notre indiscrétion; notre bonne fortune a été partagée par tous les *anciens* électeurs de Paris, et peut-être même par quelques-uns de la province; il n'est donc pas tout à fait aussi coupable qu'on pourrait le croire, de la raconter à nos confrères, dont on connaît d'ailleurs la discrétion.

Voici donc la lettre que j'ai reçue, il y a quelques semaines seulement, quoiqu'elle porte la date de 1856, sans indication du mois et du jour :

« Villa Nicéenne, Cours-la-Reine, 20, aux Champs-Élysées à Paris. *Maison de santé* pour le traitement spécial des maladies chroniques.

Quelques bains sulfureux et cinabrés triomphent en peu de jours de la maladie.

Les poux du pubis, autrement dits *morpions*, peuvent se rencontrer, non-seulement aux parties sexuelles, mais aussi sur toutes les régions velues excepté à la tête. Après la région pubienne par laquelle ils débutent ordinairement, les parties les plus souvent affectées sont les aisselles, les cils... Les démangeaisons sont ici plus vives que dans les affections précédentes ; la peau est parsemée de granulations rouges, et l'on croirait aisément qu'elle est le siége d'ordures ou d'éruptions eczémateuses ou prurigineuses ; quant à l'animal, il est plus difficile à distinguer, il est moins volumineux que les poux du corps et de la tête, et il adhère fortement aux poils. Quelques frictions avec l'onguent napolitain suffisent pour le détruire et guérir le malade.

2° *Affections cutanées produites par la* PUCE COMMUNE.

Vous connaissez tous assurément la sensation que produit une piqûre de puce ; mais peut-être peu d'entre vous connaissent-ils les phénomènes dont la peau devient le siége sur les points attaqués par le parasite. Immédiatement après la piqûre, la peau se soulève, et il se forme de petites saillies congestives plus ou moins arrondies, d'un volume variable, et au sommet desquelles on peut toujours distinguer un point plus rouge indiquant le lieu précis où la piqûre a été faite.

Mais bientôt ces saillies s'affaissent, et l'on ne sent plus aucune saillie à la surface de la peau ; mais, cependant, il reste encore pendant plusieurs heures une altération bien évidente du tégument ; le point rouge, qui occupait tout à l'heure le sommet de la petite tumeur, devient de plus en plus prononcé et prend tous les caractères d'une petite tache ecchymotique ; il occupe maintenant le centre d'un cercle rouge ou plutôt rose, dont la couleur s'efface insensiblement, et ne tarde pas à disparaître. Alors, il ne reste plus, après la complète disparition de la zone congestive, que l'ecchymose centrale qui persiste pendant plusieurs jours. Quand ces taches sont très nombreuses et répandues sur la plus grande partie du corps, elles sont souvent prises pour des pétéchies, dont elles se distinguent par leur uniformité, leur moindre diamètre et l'absence complète de tous symptômes généraux.

Deuxième section.

Je ne dirai rien de la chique ou puce pénétrante, que l'on n'a jamais l'occasion d'observer, si ce n'est dans les contrées méridionales. Je ne veux parler ici que de l'acarus scabiei.

AFFECTIONS PRODUITES PAR L'ACARUS SCABIEI.

Ces affections sont connues sous les noms de scabies, psore, gale...

On doit considérer la gale comme une affection de la peau, contagieuse, produite par l'acarus scabiei, caractérisée par une éruption spécifique (l'éminence acarienne et le sillon), et par des éruptions inflammatoires symptomatiques qui varient suivant l'âge de la maladie, l'âge du sujet contaminé, et les prédispositions individuelles.

Dans l'étude de cette affection, nous suivrons le même ordre que dans l'étude des teignes.

Nosographie. — On peut distinguer trois périodes dans la marche de la gale : la première période, ou période d'incubation, correspond à la période de germonation des végétaux parasites ; la deuxième est la période d'état ; la troisième comprend les divers phénomènes qui se manifestent après la mort des acares ; les éruptions cutanées disparaissent graduellement, les démangeaisons s'éteignent, et tout revient bientôt à l'état normal.

1° *Période d'incubation.* — Sa durée varie entre des limites peu rapprochées ; tantôt c'est au bout de deux ou trois jours que le parasite manifeste sa présence par les phénomènes dont nous allons parler tout à l'heure ; tantôt ce n'est qu'après un mois ou six semaines. On dit généralement que tout est silencieux pendant cette période ; c'est une erreur. Presque toujours des démangeaisons plus ou moins vives se font sentir sur les parties du corps qu'occupent les parasites, et il n'est pas rare d'observer en même temps quelques éruptions fugaces mal déterminées, telles que des traînées érythémateuses...

2° *Période d'état.* — Elle est essentiellement caractérisée par l'apparition de l'animal parasite à la surface de la peau, comme dans les affections cutanées produites par les végétaux parasites. La deuxième période est caractérisée par l'apparition extérieure du cryptogame. Quatre ordres de symptômes méritent de fixer

et principalement des *maladies de poitrine*, sous la direction médicale

» DU

» DOCTEUR AUG. POUJOL,

» Ancien chef de clinique, médecin de la Charité, président inamovible de la Société chirurgicale d'émulation et professeur agrégé de la Faculté de Montpellier, membre correspondant de l'Académie royale de Belgique, de la Société académique de Marseille, de la Société de médecine pratique de Montpellier, de la Société orientale de France, ex-professeur d'hygiène à l'Athénée impérial de Paris, etc. etc, auteur d'un Dictionnaire des facultés intellectuelles et affectives de l'âme, d'un Dictionnaire de médecine pratique et d'autres ouvrages estimés.

» Paris, le 1856.

» M.

» J'ai pensé que vous n'apprendriez pas sans intérêt que je viens de fonder, dans un des quartiers les plus salubres et les plus agréables de Paris (aux Champs-Élysées), un établissement médical (Villa Nicéenne) spécialement destiné au traitement des maladies chroniques *non-mentales*, et principalement des *maladies de poitrine*, dont la direction médicale est confiée au docteur Poujol, mon mari.

» Les ouvrages *importants* qu'il a publiés, les titres honorifiques qu'il a obtenus, les perfectionnements qu'il a apportés dans la curation des affections les plus rebelles, les cures surprenantes qu'il a faites, les soins qu'il a apportés à l'organisation de MON *établissement*, où se trouve réuni *tout ce qu'on peut désirer*, sous le rapport du bien-être et du comfort, me font espérer que vous voudrez bien m'adresser ceux de vos parents ou amis qui languissent depuis longtemps, et dépérissent faute d'un régime convenable, et d'un traitement approprié à leur état, conditions hygiéniques et curatives qu'ils trouveront indubitablement dans MA *maison de santé*.

» Espérant que votre concours ne me fera pas défaut, je vous prie d'agréer,

» Monsieur, mes salutations empressées,

» POUJOL, née LAURENT.

» S'adresser pour tous renseignements, personnellement ou par lettres affranchies, à Mme Poujol, Cours-la-Reine, n° 20 (Champs-Élysées), à Paris.

» Les consultations du docteur Poujol ont lieu tous les jours de 1 heure à 4 heures à la maison de santé.

» Pour la province et l'étranger, on traite par correspondance, après consultation verbale.

» Les lettres non affranchies seront refusées. »

On n'a pas tous les jours une pareille bonne fortune ; tout galant homme a donc pour devoir d'y faire honneur : c'est ce que je fais aujourd'hui, regrettant bien vivement de n'avoir pu le faire plus tôt.

« Madame,

» Pardonnez-moi d'abord deux choses : la première, d'avoir tardé si longtemps à vous répondre ; la seconde, de ne point vous adresser cette lettre sous pli cacheté et *affranchie*, suivant le désir que vous m'en avez exprimé. Les temps ne sont pas moins durs dans le onzième arrondissement que dans le premier, et vous comprendrez sans peine que si la consultation des Champs-Elysées ne permet pas de payer les lettres qu'elle reçoit, celle du Luxembourg permet encore moins d'affranchir celles qu'elle envoie.

» Je prends donc une voie qui ne sera onéreuse ni pour vous ni pour moi, en priant M. le rédacteur en chef du *Moniteur des Hô-*

l'attention ; ce sont : 1° les symptômes fournis par les parasites eux-mêmes (ici les acares) ; 2° les symptômes fournis par les modifications que les parasites impriment directement à la peau et à ses annexes (ici les sillons) ; 3° les éruptions symptomatiques, puis les phénomènes sympathiques (troubles de l'innervation cutanée).

Acarus. — L'acarus mâle, découvert en 1852 par M. Lanquetin, alors élève à l'hôpital Saint-Louis, est assez difficile à trouver, et ne joue d'ailleurs qu'un rôle tout à fait secondaire ; c'est un animal doué d'une certaine vivacité ; il est sans cesse en mouvement, et parcourt en liberté toute la surface du corps ; c'est surtout sous les croûtes qu'il faut le chercher pour le découvrir.

La femelle seule a de l'importance au point de vue du diagnostic ; elle est logée dans l'épaisseur de l'épiderme où elle occupe un siége précis ; elle se trouve toujours à l'extrémité d'un sillon, où on la distingue sous la forme d'un petit point blanc brillant. On peut la mettre à découvert et la prendre à l'extrémité d'une épingle ou d'une aiguille, et souvent l'on peut distinguer les mouvements qu'elle exécute.

Quant à la nymphe, nous nous bornerons à signaler son existence.

Sillons. — Le sillon constitue toutes les altérations que le parasite imprime directement à la peau. C'est un des symptômes les plus importants de la gale, et quand il est bien tranché, il peut suffire à lui seul pour poser un diagnostic. Aussi nous voyez-vous, à la consultation, occupés à chaque instant de son existence, chez les sujets qui présentent des éruptions de nature suspecte. L'acarus logé dans la peau n'y demeure pas toujours à l'état de repos, il chemine dans l'épaisseur de l'épiderme où il se creuse une sorte de terrier ; tantôt la couche épidermique superficielle est intacte dans toute l'étendue de la voûte ; d'autres fois, elle est détruite en différents points ; quoi qu'il en soit, on voit se former des petites traînées grisâtres semblables à de très légères égratignures que produirait la pointe d'une épingle d'une longueur variable, tantôt droites et tantôt courbes, qui, examinées à la loupe, paraissent formées par la réunion d'un très grand nombre de points noirs ; ces derniers ne seraient, dit-on, autre chose que les fèces de l'animal. D'ailleurs, les apparences de ces terriers épidermiques sont bien différentes suivant leur âge, la finesse de la peau et les habitudes de propreté des malades ; ce sont quelquefois des lignes blanches très peu apparentes. Les sillons offrent deux extrémités, l'une (c'est l'orifice d'entrée) répond au point où l'acarus a pénétré dans la peau, et l'autre, au point où le parasite est arrivé, dans sa marche plus ou moins lente ; non loin de là est le point blanc nacré qui n'est autre chose que l'animal lui-même. Le nombre des sillons est extrêmement variable ; chez tel sujet on en voit beaucoup, tandis que chez tel autre, il faut chercher longtemps pour en trouver un seul ; ces variations ne sont nullement en rapport avec l'abondance des phénomènes éruptifs, mais bien plutôt avec certaines conditions de terrain qui favorisent le développement des acares. Je crois vous avoir déjà parlé d'un malade que j'ai eu l'occasion d'observer, et dont les mains étaient couvertes de sillons, tandis qu'en aucun point on ne trouvait d'éruptions inflammatoires ; dans ces cas, qui d'ailleurs sont extrêmement rares, les sujets sont atteints de la gale sans avoir la psore. La multiplicité de l'éruption psorique survient sous l'influence d'une prédisposition spéciale.

Mais, s'il n'y a pas de relations entre les sillons et l'abondance des éruptions symptomatiques, il est cependant impossible de nier toute connexion entre les formes éruptives et le nombre des sillons ; car il est d'observation que ces derniers sont rares dans la gale pustuleuse, et au contraire, nombreux dans la gale papuleuse.

Y a-t-il, comme le disent les auteurs, des rapports constants entre les sillons et les éléments inflammatoires symptomatiques, et quels sont ces rapports ?

Quelques auteurs ont pensé que, des deux extrémités du sillon, l'une correspond toujours à une vésicule, et l'autre, comme nous l'avons dit, à l'éminence acarienne ; cependant, si cette disposition est la règle générale, cette dernière est loin d'être sans exceptions. Assez souvent la vésicule avoisine l'acarus à tel point qu'il est impossible d'extraire celui-ci sans rompre celle-là, ou bien, la vésicule est située sur le trajet du sillon qui paraît la traverser ; quelquefois enfin, ce dernier, en forme de cercle plus ou moins complet, circonscrit la vésicule.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

pitaux, journal auquel vous avez sans doute abonné votre savant mari, de vouloir bien me prêter ses colonnes pour vous faire parvenir cette réponse.

» Ce pardon demandé, et, je l'espère, obtenu, permettez-moi, madame, avant de répondre au fond de votre lettre, de vous féliciter de l'époux accompli que la Providence a placé dans votre couche.

» — Non-seulement ce parfait mari est professeur dans plusieurs chaires, membre d'un grand nombre d'académies, auteur d'une infinité d'ouvrages que personne ne connaît, mais que tout le monde estime évidemment, puisque vous nous en donnez l'assurance ;

» — Mais encore (et ceci est bien plus important pour une femme), il comprend de la façon la plus galante cet article féroce du Code civil qui a l'incivilité de dire à la femme qu'elle doit obéissance au mari. Le mari saint-simonien se contentait de vouloir que la femme fût libre ; le vôtre, madame, plus galant et avancé, pense que la femme, plus heureuse que les monarques constitutionnels, doit régner et surtout gouverner, Et non-seulement il pense de cette façon, mais encore, à l'opposé de beaucoup de gens qui ont d'excellents principes qu'ils ne suivent point, votre mari agit comme il pense. Ainsi je vois par votre gracieuse lettre que *votre* établissement, *votre* maison de santé est bien à vous, et que votre savant mari n'a rien à y prétendre ; et cependant on voit qu'il y donne tous les jours des consultations (peut-être gratuites), qu'il y a fait des cures surprenantes et qu'il a apporté tous ses soins à son organisation (de l'établissement). Ce n'est pas ordinairement du premier coup que l'on tombe sur un mari poussant à ce point le désintéressement, et pendant que vous le tenez (pas le désintéressement), je vous conseille de le soigner mieux encore, s'il est possible, que ses malades, car, quelque rares que soient les malades, de tels maris sont plus rares encore.

» Maintenant, madame, pas n'est besoin de vous dire tout l'intérêt que je prends à la maison que vous venez de fonder, surtout quand vous avez la délicate attention de ne me demander pour la peupler que mes parents et mes amis : des clients, et surtout des clients qui payent, tout le monde n'en a pas, et quand on en a, on n'a pas toujours le moyen de les passer à son voisin ni même à sa voisine ; mais des parents et surtout des amis, il est bien rare qu'on n'en ait pas quelques-uns à mettre en maison de santé. Vous pouvez donc compter, madame, que *je ne vous ferai point défaut*, pour faire ressortir auprès de ceux de mes parents et amis qui languissent ou dépérissent, tout le bien-être et le comfort de *votre* établissement « où l'on trouve tout ce qu'on peut désirer. » J'apprécie grandement, pour mon compte, tous les avantages de votre maison, et même, si vous voulez en croire ma vieille expérience, je trouve que vous vous êtes engagée bien avant en offrant à la langueur des poitrinaires tout ce qu'elle peut désirer ; à mon avis, vous agiriez plus prudemment dans l'intérêt de votre docte époux, en montrant sur ce point moins de générosité. Veuillez croire,

» Madame,

» A la sincérité de mes sentiments, avec lesquels je mets à vos pieds mes hommages respectueux.

« A.-L. Roux. »

CHIRURGIE.

De l'urétrotomie d'arrière en avant, et de dedans en dehors.

Par le docteur CIVIALE.

— Suite. — Voir le numéro 138. —

Cette opération a été pratiquée dans ces derniers temps un grand nombre de fois, et si le résultat n'a pas toujours été aussi satisfaisant qu'on l'aurait désiré, c'est à la gravité des altérations morbides, à leur nature, à leurs complications, et à la manière de procéder des opérateurs qu'il faut l'attribuer.

D'après mon expérience, et en la restreignant à certaines catégories déterminées de cas, cette méthode présente des avantages qui lui assurent une supériorité incontestable sur tous les autres moyens de traitement.

Mais il importe de se tenir en garde contre les assertions de certains auteurs qui, dans des publications récentes, s'expriment comme si, en ce qui concerne l'urétrotomie d'arrière en avant, la science était faite; comme si les instruments employés pour l'exécuter avaient reçu leur dernier perfectionnement, enfin comme si l'expérience avait dit, à son sujet, son dernier mot.

Il est constaté, au contraire, qu'à certains égards on en est encore aux éléments. Les chirurgiens ne sont pas même parfaitement d'accord sur les points principaux, tels que les cas dans lesquels l'opération est spécialement indiquée, l'étendue et la profondeur à donner aux incisions, le choix des instruments à mettre en usage, et enfin la conduite à tenir après la division des tissus.

Quant à l'incision, les uns veulent qu'on se borne à atteindre la surface du point rétréci, ou tout au plus à les diviser très superficiellement : de là, les noms de *mouchetures*, de *scarification*, de *coarctotomie* qu'on a donnés à l'opération, pour laquelle on a présenté des instruments qui ne produisent que cela et qui ne peuvent pas effectuer autre chose, ce dont on ne s'est pas aperçu, et ce qui a porté plusieurs chirurgiens, en Angleterre spécialement, à renoncer à l'urétrotomie de dedans en dehors, par laquelle ils n'obtenaient rien de divers scarificateurs vantés en France, et leur a fait adopter, en désespoir de cause, la section externe.

Le procédé de la scarification, comme méthode générale de traitement, qui a trouvé récemment des défenseurs à la Société de chirurgie de Paris, a contre lui le témoignage des faits pratiques. En effet, l'expérience a définivement prouvé que la coarctotomie ne réussit que dans les cas de rétrécissement simple, où l'opération peut être bornée à un simple débridement, et où elle est presque toujours inutile. Je reviendrai sur ce sujet.

D'une timidité exagérée qui rend les ressources de l'art insuffisantes, on s'est jeté précipitamment dans un excès opposé, et l'on a doctoralement établi qu'il fallait diviser les parois de l'urètre rétréci dans toute leur épaisseur, en indiquant une profondeur de 5 à 6 millimètres, et, terme moyen, une étendue de 6 centimètres, ajoutant que plus l'incision est longue et profonde, plus le succès est assuré (1).

Ici, c'est sur une des parties latérales de l'urètre ou sur les deux que doit être faite l'incision simple ou double suivant le besoin, et il y aurait, assure-t-on, inconvénient et danger à intéresser une autre partie de la surface urétrale ; là, au contraire, on coupe spécialement vers la face inférieure, siége spécial de l'altération organique.

(1) Ces mesures ont été présentées à l'Académie impériale de médecine par M. Robert, organe de la commission des prix d'Argenteuil. Nous verrons bientôt ce qu'il faut entendre par ces mesures qui n'apprennent rien (*Bulletins de l'Académie*, 15 septembre 1852, p. 1128).

Quelques chirurgiens font de l'urétrotomie une méthode générale et presque exclusive de traiter les coarctations urétrales, et ils la pratiquent indistinctement dans toutes les régions du canal, tandis que d'autres veulent, avec plus de raison, qu'on réserve ce procédé spécial pour les cas spéciaux de rétrécissements fibreux, réfractaires à la dilatation, et qui siégent le plus communément dans la partie pénienne de l'urètre.

En présence de ce conflit d'opinions plus ou moins absolues, il me paraît utile d'entrer dans quelques développements et d'abord sur les instruments et sur la manière d'agir.

I. *Appareil instrumental.* — Pour pratiquer l'urétrotomie d'arrière en avant avec toute la précision que réclame cette opération délicate, il faut faire choix d'instruments simples, faciles à manœuvrer, et susceptibles de fournir, au moment d'opérer, toutes les notions dont on a besoin pour ne pas s'égarer, et qui permettent de donner à l'incision des limites bien déterminées, soit en longueur, soit en profondeur, de manière à diviser complétement les tissus malades, et de garantir sûrement les parties saines du canal, auxquelles il serait inutile ou dangereux de toucher.

J'ai donné, en 1849 (1), les dessins des instruments dont je me sers et que je propose en toute confiance aux praticiens, parce qu'ils réunissent ces conditions au degré le plus satisfaisant. Ils sont composés de différentes pièces dont chacune a une action parfaitement déterminée, et fonctionne avec précision et facilité.

Lorsqu'elles sont réunies, elles forment une tige droite de 2 millimètres et demi à 5 millimètres de diamètre, et de 190 à 244 millimètres de longueur ; il est terminé en olive aplatie par un bout, et de l'autre côté par un renflement dans lequel se trouvent une rondelle servant de poignée, un manche, une vis de pression, une crémaillère, une échelle graduée, un bouton et tout l'appareil destiné à faire fonctionner la lame tranchante pendant l'opération, pièces qui sont parfaitement représentées dans la planche annexée au mémoire sur l'urétrotomie, qu'il suffit d'indiquer ici.

Quelques chirurgiens ont pensé que la forme olivaire de mon urétrotome était un obstacle à son introduction dans le point rétréci, et ils sont partis de là pour construire des instruments à extrémité plus ou moins conique.

Quand on veut repousser un moyen afin de lui en substituer un autre, rien n'arrête certaines personnes ; mais ne sait-on pas que les instruments à forme olivaire, sondes, bougies, stylets, sont employés tous les jours dans la pratique, et que beaucoup de chirurgiens leur donnent même la préférence sur tout autre ? Donc, quant à la forme, la critique ne repose sur aucune base acceptable. Quant au volume de l'olive, le reproche n'est pas mieux fondé; il ne peut que surprendre les chirurgiens qui se sont occupés de l'urétrotomie. Ils savent tous, en effet, qu'avant de recourir à l'instrument tranchant on doit obtenir une dilatation du point rétréci qui permette d'introduire un conducteur.

Par le procédé dont je m'occupe, c'est une règle fondamentale qu'avant de pratiquer l'incision d'arrière en avant et de dedans en dehors, le malade doit être soumis à un traitement préparatoire, soit par les bougies ou les sondes, soit par l'urétrotomie d'avant en arrière, et par lequel la coarctation est dilatée, élargie autant qu'il le faut pour que l'urétrotome à olive puisse être admis avec facilité.

Dans le cas où cette dilatation préalable devient impossible, c'est à d'autres méthodes de traitement qu'il faut recourir. C'est là une question élémentaire qu'il suffit d'énoncer, et il pa-

(1) *De l'urétrotomie.*

raît surprenant que des praticiens éclairés n'en aient pas tenu compte (1).

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 novembre 1857.

Présidence de M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Chimie agricole. — M. BOUSSINGAULT donne lecture d'un Mémoire sur l'influence que le phosphate de chaux des engrais exerce sur la production de la matière végétale.

Météorologie. — M. FOURNET lit une Note sur certaines tempêtes hibernales de l'Algérie.

Chimie. — M. H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE lit un Mémoire sur la dissolution ou décomposition spontanée des corps sous l'influence de la chaleur.

Zoologie et géologie. — M. VIRLET-D'AOUST donne lecture de recherches sur des œufs d'insectes servant à l'alimentation de l'homme, et donnant lieu à la formation d'oolithes dans des calcaires lacustres, au Mexique.

Physique. — Nouvelle horloge électrique, par M. L. BREGUET.

Chimie. — Méthode analytique pour reconnaître et doser l'oxygène, par M. A. HOUZEAU.

— Recherches sur la formation et la composition des émeraudes, par M. B. LEWY.

Médecine. — *Note sur un nouveau cas d'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine, par suite du séjour dans un appartement fraîchement peint ; par* M. MARCHAL (DE CALVI).

« Je ne reviendrai pas sur le cas pathologique très grave qui me conduisit, il y a deux ans, à examiner de plus près la question des accidents occasionnés par la peinture fraîche des appartements : il est consigné dans mon Mémoire (*Comptes rendus*, t. XLI, p. 1041). Un cas semblable, plus démonstratif, plus saisissant encore, vient de se présenter à mon honorable et habile confrère, M. le docteur Favrot, qui a bien voulu me dicter des notes sur lesquelles j'ai rédigé la relation suivante :

» Mademoiselle H., d'une bonne constitution, de tempérament nervoso-sanguin, était rétablie, depuis peu de jours, d'un rhumatisme articulaire aigu, quand elle fit peindre les portes et fenêtres de son appartement à la peinture ordinaire (céruse, huile d'œillette et essence de térébenthine). Sa chambre à coucher, spacieuse, aérée, a deux portes et deux fenêtres. Le jour où l'on avait peint, se trouvant un peu fatiguée par sa première sortie et par le mouvement qu'elle s'était donné chez elle, elle se mit au lit de bonne heure. Elle n'était pas couchée depuis plus de trois heures, lorsqu'elle se réveilla dans un état de malaise effrayant. Heureusement elle eut la force d'appeler, et l'on courut en toute hâte chercher M. Favrot qui l'avait soignée récemment.

Il la trouva dans l'état suivant : visage anxieux, grippé, pâleur mate, yeux excavés bordés de noir, voix éteinte, forces anéanties ; les membres, dans la résolution profonde, retombent lourdement quand on les abandonne à eux-mêmes après les avoir soulevés ; douleurs vives dans toutes les jointures ; douleurs abdominales violentes, continuelles, qui font que la malade se tient fortement courbée, comme recroquevillée ; nausées réitérées, non suivies d'effet par insuffisance de force ; respiration courte, précipitée, angoisseuse ; pouls filiforme, à peine perceptible...

» Une sueur froide et visqueuse s'étend sur tout le corps. A ces symptômes on aurait pu croire à une attaque de choléra algide, et M. Favrot m'a avoué qu'il s'y serait laissé prendre sans l'odeur très caractéristique qui régnait dans l'appartement, et qui lui donna à lui-même un violent mal de tête qu'il conserva jusqu'au lendemain. Sans perdre un moment, M. Favrot fit transporter la malade dans un hôtel voisin. Là il lui donna de la camomille très-chaude avec de l'eau-de-vie ; puis il lui prescrivit une potion stimulante à la teinture de cannelle. On la couvrit de sinapismes, et finalement on lui donna des douches de vapeur dans son lit. Malgré ce traitement si bien approprié, mademoiselle H. resta pendant trente-six heures dans un état d'anéantissement très inquiétant, et huit jours se passèrent sans qu'elle eût la force de se tenir debout. Elle est aujourd'hui parfaitement rétablie. »

Chimie. — *Recherches nouvelles sur le bore et ses affinités, et en particulier son affinité par l'azote ; par* MM. F. WOEHLER, correspondant de l'Académie, et H. SAINTE-CLAIRE-DEVILLE.

Chimie physiologique. — M. Andral présente, au nom de M. A. BECQUEREL, une note intitulée : *De la non-existence de l'albumine dans les urines normales, et de l'infidélité de l'action du chloroforme comme réactif de l'albumine.*

Voici le texte complet de cette note :

« M. le docteur Gigon, d'Angoulême, a publié, dans l'*Union médicale*, des expériences desquelles il a tiré des conséquences que nous pouvons brièvement résumer :

» 1° L'urine à l'état normal contient toujours de l'albumine ;

» 2° L'albumine n'y a pas été découverte jusqu'à présent, faute de réactif suffisant pour la déceler. Ce réactif existe, c'est le chloroforme.

» Telles sont les idées fondamentales du travail de M. Gigon, idées qu'il a basées sur des expériences nombreuses, et qu'il croit à l'abri de toute objection. Ces conclusions m'ont semblé si loin de la vérité, et si complétement en contradiction avec les résultats que j'ai obtenus dans les analyses de plusieurs milliers d'urines, faites depuis vingt années, que j'ai dû songer à vérifier les assertions de notre confrère. Pour plus de garantie, j'ai prié un chimiste habile, M. Barreswil, dont personne ne contestera la compétence en pareille matière, de vouloir bien répéter avec moi ces expériences. Les expériences que nous avons faites nous ont conduits à diverses propositions que nous exposerons et que nous discuterons successivement.

» *Première proposition.* — Le chloroforme, ajouté en petite quantité et agité avec un certain nombre de liquides, donne une émulsion abondante et d'un blanc caractéristique qui la fait ressembler à de l'albumine.

» Les liquides qui donnent ce résultat sont des liquides qui renferment des substances plutôt à l'état de mélange qu'à celui de dissolution véritable, ou bien encore qui les contiennent dans un état de dissolution tout particulier et qui n'est pas analogue à celui des substances réellement solubles. Les substances qui jouissent de ces propriétés sont les suivantes : l'albumine, la gomme arabique, la gélatine, l'amidon en dissolution, le mucus, probablement la matière organique encore indéterminée tenue en dissolution dans l'urine.

» Si donc dans ces liquides, ou plutôt dans les mélanges de l'eau et de ces différents principes immédiats, on vient à verser une petite quantité de chloroforme et à l'agiter, ce réactif donne immédiatement un précipité d'un blanc laiteux plus ou moins épais, et qui gagne rapidement la partie inférieure du vase dans lequel il est placé. Ce précipité a tout à fait l'apparence de l'albumine coagulée par la chaleur ou par l'acide azotique ; cette émulsion est absolument semblable, qu'on l'ait effectuée avec l'albumine, la gomme, la gélatine, l'amidon ou le mucus. Elle est toutefois plus épaisse, plus caractérisée dans cette dernière émulsion. Il est digne de remarque qu'il faut une quantité très faible de ces diverses matières organiques dans l'eau pour obtenir un précipité fort épais en apparence.

» En étudiant avec soin ces précipités, qui ont toute l'apparence du coagulum albumineux, on leur reconnaît les propriétés suivantes :

» 1° Les précipités obtenus par l'addition du chloroforme à des liquides contenant de l'albumine, de la gélatine, de la gomme, etc., ne diffèrent pas sensiblement entre eux ; ils sont presque identiques avec ces substances de nature fort différente :

(1) Dans un voyage que j'ai fait à Londres, en juin 1856, j'ai vu des chirurgiens qui donnent la préférence à la section périnéale externe par la raison seule qu'un retrécissement très étroit admet un stylet conducteur plus facilement qu'un urétrotome à olive ; mais cette objection est sans valeur dès qu'un stylet passe, il suffit de placer une sonde à demeure pendant deux jours pour obtenir une dilatation suffisante pour le passage de l'urétrotome.

» 2° Ces précipités sont constitués par une émulsion contenant une très grande quantité de chloroforme et une très petite proportion de matière organique;

» 3° Quelle que soit la matière organique qui ait été employée pour produire l'émulsion, les caractères chimiques et microscopiques de cette émulsion sont identiques. Ces caractères sont les suivants :

» *a*. L'émulsion ne se détruit pas par l'ébullition.

» *b*. L'émulsion, séparée du liquide qui la recouvre et évaporée sur un verre poli et creux et sous le récipient d'une machine pneumatique, laisse évaporer le chloroforme, et il ne reste sur le verre qu'une couche, non-seulement impondérable, mais souvent presque invisible, de la matière organique.

» *c*. L'émulsion examinée au microscope montre une énorme quantité de granulations de chloroforme parfaitement circulaires, de grandeur variable, et séparées les unes des autres par des filaments de matière organique condensée. Ces filaments sont semi-opaques, tout à fait amorphes et sans aucune organisation; ils ne ressemblent en rien à l'aspect nubéculé que donnent les coagulums d'albumine obtenus au moyen de la chaleur ou de l'acide azotique. Ce qu'il y a de singulier, c'est que l'émulsion obtenue à l'aide de l'albumine et du chloroforme donne des filaments qui n'ont aucun des caractères de l'albumine coagulée d'une autre manière.

» *d*. Toutes ces émulsions se détruisent quand on les fait chauffer soit avec de l'acide azotique, soit avec de la potasse caustique. Ce résultat s'explique facilement si l'on songe que les deux réactifs jouissent de la propriété de détruire la matière organique et de la mettre en liberté. Cet effet ne prouve en aucune manière que l'émulsion soit formée par de l'albumine.

» *Deuxième proposition*. — Toutes les variétés d'urines non albumineuses, sauf quelques exceptions fort rares, donnent une émulsion souvent considérable, quand on vient à les agiter avec du chloroforme.

» Ces émulsions sont en rapport direct avec la quantité de mucus contenue dans l'urine, et aussi avec celles des matières organiques tenues en dissolution.

» On peut admettre que la facilité de production de l'émulsion, son épaisseur, sa compacité et son abondance sont en rapport direct avec la proportion de mucus contenu dans l'urine. Toute urine, sauf peut-être quelques urines anémiques très abondantes et limpides, contient du mucus.

» Quelle que soit la limpidité de l'urine, si l'on abandonne cette dernière à elle-même pendant vingt-quatre heures dans un endroit frais, on voit un nuage muqueux plus ou moins abondant se séparer, et, suivant des conditions que nous ne pouvons exposer ici, venir gagner soit la partie inférieure, soit la partie moyenne, soit la partie supérieure du liquide. Or, de nombreuses expériences m'ont démontré que les émulsions obtenues, en agitant les urines à l'instant de leur émission avec du chloroforme sont directement en rapport avec l'épaisseur et l'abondance du nuage muqueux, qui se séparera au bout de vingt-quatre heures.

» De plus, dans des urines contenant sensiblement la même quantité de mucus, l'émulsion est d'autant plus abondante, que l'urine que l'on a en vue est plus foncée en couleur et plus dense, ce qui est sans doute dû à la présence d'une plus grande quantité de matière organique. L'effet dû à cette cause est d'ailleurs bien moins prononcé que celui qui tient à la présence du mucus.

» *Troisième proposition*. — Les urines normales qui donnent par leur agitation avec une quantité suffisante de chloroforme une émulsion, ne fournissent aucune trace d'albumine quand on agit sur elles avec les réactifs les plus sensibles.

» Il est d'abord presque inutile de dire que ces urines ne donnent aucun précipité albumineux, sous l'influence de la chaleur et par l'addition de l'acide azotique; mais comme on pourrait accuser ces deux réactifs d'un défaut de sensibilité, nous avons dû avoir recours à des moyens d'une précision incontestable. Ces moyens sont au nombre de deux. Ce sont : 1° le mélange récent d'acide acétique et d'une solution concentrée dans l'eau de prussiate jaune de potasse; 2° l'acide pyrophosphorique, que l'on doit à M. Barreswil d'avoir signalé comme réactif de l'albumine. Or ces deux réactifs ont une telle sensibilité, qu'ils décèlent la présence des quantités les plus minimes d'albumine, 1 vingt-millième, par exemple. Nous avons essayé ces agents dans toutes les urines normales qui donnaient une émulsion avec le chloroforme, et jamais ils ne nous ont décelé la présence de l'albumine.

» *Quatrième proposition*. — L'urine albumineuse, loin d'être coagulée complétement par le chloroforme, ne laisse au contraire émulsionner avec ce liquide qu'une très faible quantité de ce principe immédiat tenu en dissolution.

» Voici quelques expériences qui prouvent la vérité de cette proposition :

» 1° Si on traite une eau albumineuse par le chloroforme et si on vient à agiter, il se forme une émulsion qui met un certain temps à se séparer du liquide et à gagner le fond. Ce temps est plus long que celui qui se passerait si l'urine ne contenait pas ce principe immédiat. Une fois l'émulsion déposée au fond, l'analyse démontre les deux faits suivants : *A*. L'émulsion, desséchée dans le vide, sous le récipient d'une machine pneumatique, ne donne qu'une quantité entièrement faible de mucus et d'albumine. *B*. La partie supérieure restée transparente renferme encore la portion la plus forte de son albumine.

» 2° Une urine albumineuse d'une densité déterminée et une urine normale de la même densité, agitées toutes deux avec le chloroforme, donnent toutes les deux une émulsion qui ne diffère que par les deux caractères suivants : Dans l'urine albumineuse, l'émulsion reste plus longtemps en suspension; elle met un temps plus long à se précipiter à la partie inférieure. Dans l'urine normale, au contraire, l'émulsion se forme plus vite et se dépose plus rapidement au fond. Mais au bout d'un certain temps l'émulsion occupe la même hauteur dans l'une et l'autre urine. La présence de l'albumine n'a donc pour résultat que de retarder la précipitation de l'émulsion au fond du vase et peut-être de la rendre un peu plus opaque. Cette dernière circonstance ne s'est pas toujours présentée.

» 3° Les urines additionnées d'une manière artificielle de gélatine, de gomme arabique, etc., etc., donnent des résultats absolument semblables à ceux qu'a fournis l'albumine quand on vient à agiter ces urines avec du chloroforme.

» *Conclusions*. — 1° Les urines normales, additionnées de chloroforme et agitées avec lui, donnent un précipité qui n'est qu'une simple émulsion, constituée par le chloroforme d'une part, et d'une autre par le mucus et la matière organique, toujours contenus dans la sécrétion urinaire.

» 2° Les urines normales ne contiennent aucune trace d'albumine.

» 3° Le chloroforme est un réactif infidèle; il ne précipite qu'une partie de l'albumine, et laisse intact et en dissolution dans la partie supérieure du liquide l'albumine qui s'y trouve contenue. »

Avis. — Nous prions ceux de nos abonnés qui ne font point collection du *Moniteur des Hôpitaux* de vouloir bien nous renvoyer le numéro du 10 novembre de cette année, ce numéro ayant été épuisé et manquant maintenant dans nos collections. Nous remercions d'avance les honorables confrères qui accueilleront notre prière.

Erratum. — Dans l'article publié par M. Calvo dans notre dernier numéro, on a intitulé, par erreur, l'obs. 1 : Engorgement du *col;* c'est Engorgement de l'*aine* qu'il faut lire.

Le rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 145. 5me ANNÉE. Jeudi, 3 Décembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal parait 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 3 décembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

[Ablation d'un polype considérable du pharynx. — Nouveau procédé pour retrouver l'arsenic qu'on perd ordinairement dans les recherches toxicologiques. — Crétinisme.]

Quand l'Académie le veut bien, elle viole avec la plus grande facilité certains articles de son règlement, dont beaucoup, nous le reconnaissons, sont bien dignes de ce forfait ; mais quand l'Académie a quelque bonne raison particulière pour n'être point agréable à un auteur, ou qu'elle veut simplement justifier son indolence, elle sait fort bien s'envelopper pudiquement dans la robe inexpugnable de son règlement.

Par exemple, quand un auteur, ignorant des usages surannés, publie un travail qu'il a lu à l'Académie, ou même qu'un journaliste indiscret publie ce travail sans l'assentiment de l'auteur, un rapporteur scrupuleux, mais peu zélé, informe, avec une forte apparence de regret, ledit auteur que *le règlement s'oppose* à ce qu'on fasse un rapport sur un travail publié. Mais que le rapporteur éprouve la moindre propension à présenter des remarques sur un sujet soumis à son appréciation, et vous le voyez se livrer avec ardeur à la rédaction de son rapport, sans s'inquiéter si le mémoire a été ou non publié, sans se soucier davantage qui en est ou qui n'en est pas l'auteur.

Ainsi, il y a certains articles du règlement qui interdisent de faire des rapports :

1° Sur des travaux qui ont été publiés ;

2° Sur des travaux appartenant à des membres correspondants de l'Académie.

Or :

1° M. Bédor (de Troyes) est membre correspondant de l'Académie ;

2° Son travail a été publié et longuement commenté ;

Et c'est sur ce travail que M. Baillarger a fait hier un rapport, sans que personne de l'Académie se soit ému de l'atteinte qu'il portait au règlement. Ce n'est pas que nous nous soyons ému plus que l'Académie de ce forfait, tout au contraire ; ce que nous en disons a seulement pour but de constater un fait qu'il faut pouvoir retrouver au besoin.

Quant au fond du rapport, nous n'en avons pas très bien saisi la portée, non plus que celle de la discussion dont ce rapport a été l'objet. Il nous est donc impossible de présenter aujourd'hui nos réflexions sur les faits que l'auteur et le rapporteur ont voulu mettre en lumière.

— M. Poggiale justifie de plus en plus l'espoir que les travailleurs avaient fondé sur lui : non-seulement M. Poggiale fait des rapports, mais encore il les fait en répétant autant que possible les expériences des auteurs, de façon à pouvoir porter sur leur œuvre un jugement motivé. Tel a été le nouveau rapport que le laborieux académicien a lu hier.

M. Caventou, inspiré par un grand amour de justice et par un zèle pour la science que rien ne refroidit, a néanmoins présenté deux réclamations à M. le rapporteur ; la première sur un point historique, la seconde sur l'importance même de la découverte due à M. Blondlot.

Sur le premier point, nous sommes d'avis que M. le rapporteur pouvait parfaitement se dispenser de citer Rapp et Decourtdemanche, mais nous n'applaudissons pas moins au sentiment qui a dicté les paroles chaleureuses de M. Caventou.

Quant au second point, c'est-à-dire à l'importance de la découverte de M. Blondlot, laquelle consiste à retrouver dans le charbon l'arsenic que l'on croyait vaporisé et perdu, nous ne croyons pas que cette importance soit bien grande, au moins sous le rapport toxicologique.

En effet, des expériences aujourd'hui innombrables ont démontré que les procédés connus suffisent toujours pour faire découvrir l'arsenic dans les tissus, quand ce poison a été donné à doses toxiques ; or, c'est là tout ce qui importe à la toxicologie.

Ce n'est pas que nous voulions diminuer en rien le mérite de la découverte de M. Blondlot ; le mérite d'une découverte ne se mesure point, suivant nous, à sa valeur pratique, et nous nous associons pleinement aux éloges décernés par M. le rapporteur à l'ingénieux physiologiste de Nancy ; mais il est certain que M. Blondlot n'a apporté aucune donnée utile à la médecine légale.

—Ceux de nos confrères de province qui se plaignent, quelquefois sans une entière bonne foi, du dédain que la capitale montre pour leurs travaux, auraient pu se convaincre hier que leurs récriminations ne sont pas très fondées : il est vrai que M. François, d'Abbeville, est venu prouver à l'Académie que la chirurgie de province n'était ni moins hardie, ni moins habile, ni moins ingénieuse que celle de Paris. Nos lecteurs pourront en juger dans quelques jours, lorsque nous mettrons sous leurs yeux un long extrait de la double et très intéressante communication de M. François.

H. de Castelnau.

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE CLINIQUE

Leçons cliniques sur les maladies de la peau

PAR M. BAZIN

Recueillies et rédigées M. POUQUET, interne du service

Suite. — Voir les nos 83, 87, 94, 95, 103, 105, 111, 112, 114, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 127, 133, 134, 135, 136, 137, 141 et 143.

(— Suite et fin. —

Éruptions symptomatiques. — L'acarus, avons-nous dit, tout à l'heure, joue dans la peau le rôle d'un corps étranger, et produit diverses éruptions inflammatoires, comme le champignon des teignes. Mais, tandis que ces derniers étaient fixes dans leur siége, l'acarus est en mouvement, et fouille, pour ainsi dire, tous les éléments de la peau ; il exerce donc une action plus irritante que les parasites végétaux, et il n'est pas étonnant qu'il produise successivement ou simultanément des éruptions inflammatoires multiples, vésiculeuses, papuleuses, pustuleuses... Presque toujours ce sont des vésicules qui paraissent les premières, ou plutôt des papulo-vésicules qui ont pour siége de prédilection les intervalles des doigts, et leur face interne. Nous ne reviendrons pas sur les rapports de ces vésicules avec les sillons. Plus tard quelques pustules se montrent, pustules d'impétigo, ou plus souvent pustules d'ecthyma, quelquefois accompagnées de furoncles et de ganglites sympathiques...

Phénomènes sympathiques. — Le prurit, qui déjà existait à la première période, devient intense à la seconde ; c'est alors un des symptômes les plus pénibles pour les malades auxquels il ne laisse pas un instant de repos. C'est surtout pendant la nuit que les démangeaisons se font sentir, et les malades ne peuvent prendre que très peu de sommeil; peut-être cette exacerbation si marquée du prurit pendant la nuit, a-t-elle quelque rapport avec les habitudes de l'acarus qui est alors en pleine activité, tandis que pendant le jour, il garde le repos, logé à l'extrémité du terrier qu'il s'est creusé. — N'oublions pas cependant que d'autres circonstances, notamment la chaleur du lit, doivent exercer quelque influence dans la production de ce phénomène, qui est observé dans presque toutes les affections cutanées accompagnées du prurit. Les malades ne cessent de se gratter, et souvent se déchirent la peau avec les ongles ; on voit alors, au milieu des diverses éruptions symptomatiques de la gale, de longues traînées noirâtres produites par du sang desséché. Mais, outre ces lésions mécaniques immédiates, il résulte d'un pareil grattage, une irritation plus ou moins vive de la peau ; et des éruptions diverses peuvent se montrer, se confondant avec celles que produit le parasite. Ainsi les éruptions cutanées inflammatoires que l'on observe chez les galeux, peuvent être dues à deux causes : d'abord à la présense du parasite, et puis à une action purement mécanique (grattage). Aussi observe-t-on, dans cette affection parasitaire, des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; si le malade, au lieu de se labourer la peau avec les ongles, prend des bains émollients, certaines éruptions doivent disparaître, mais il en reste toujours quelques-unes produites et entretenues par le parasite.

La maladie peut durer ainsi des mois, des années, et il est même probable qu'elle ne disparaîtrait jamais, si on ne l'attaquait pas par des moyens convenables. Cependant la guérison spontanée n'est pas impossible, et l'on voit alors se manifester les phénomènes qui appartiennent à la troisième période.

3° *Période de déclin.* — Les animaux parasites meurent et disparaissent dans les divers points qu'ils occupaient à la surface du corps; et cette mort est tantôt spontanée (ce qui est au moins extrêmement rare), tantôt et presque toujours consécutive à l'emploi des insecticides. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, les éruptions s'éteignent graduellement et finissent bientôt par disparaître ; en même temps l'épiderme se détache au niveau des sillons, et il ne reste plus trace de ces derniers. Quant aux démangeaisons, elles persistent quelquefois très longtemps après la disparition complète des autres symptômes ; cependant elles sont beaucoup moins vives qu'à la période d'état de la maladie, et diminuent de jour en jour.

Les *complications* de la gale sont les mêmes que celles des teignes. Ce sont, tantôt des affections parasitaires de nature végétale, tantôt des éruptions artificielles (produites souvent par des traitements intempestifs), tantôt enfin, et plus souvent, des éruptions constitutionnelles (dartreuses, scrofuleuses, syphilitiques).

La gale présente quelques différences dans sa forme et dans son siége.

Variations de forme. — Bateman distinguait quatre variétés : la gale papuliforme, la gale lymphatique, la gale pustuleuse et la gale cachectique. La plupart des auteurs modernes ont adopté cette division, en supprimant toutefois la variété lymphatique. On admet généralement que, dans la gale papuliforme, il y a beaucoup d'animaux parasites, et par suite un grand nombre de sillons; dans la gale vésiculeuse ou pustuleuse, il y aurait, au contraire, très peu d'acares et de sillons. Quant à la forme cachectique, de Bateman, elle répond sans doute à ces cas dans lesquels, par suite de grattages ou de traitements irrationnels, il existe des éruptions confluentes et tenaces (gales invétérées) ; souvent aussi des éruptions, dépendant d'une complication dartreuse, scrofuleuse, syphilitique, éveillée par la présence du parasite (gales compliquées); il y a alors un mélange obscur de toutes sortes d'éruptions.

Variétés de siége. — L'affection est tantôt générale et tantôt partielle. La gale générale est la plus commune ; elle débute presque toujours par les mains et les poignets, et de là s'étend aux autres parties du corps. Le malade éprouve des démangeaisons ; et, bientôt aux commissures des doigts, à leur face interne, paraissent des vésicules de forme conique, papuleuses à la base, transparentes au sommet, des papules pseudo-vésiculeuses, des vésicules perlées, en nombre variable ; ordinairement elles ne s'ouvrent pas, et la sérosité qu'elles renferment se résorbe. En même temps les sillons se forment et deviennent distincts sur les doigts, dans les commissures, aux poignets (surtout à la face antérieure).

Mais l'acarus ne demeure pas longtemps localisé aux mains qui peuvent le transporter sur tous les points de la surface du corps, plus particulièrement aux parties sexuelles chez l'homme, à cause du contact immédiat si souvent répété et occasionné par les besoins de l'émission de l'urine. Aussi la gale de la verge est-elle extrêmement commune, et M. Piagey, dans un excellent Mémoire publié en 1850, avance que, huit fois sur dix, chez les hommes galeux, on trouve des acares en cette région. Les caractères sont un peu différents de ceux qui appartiennent à la gale des mains et des poignets ; les vésicules perlées sont remplacées par de grosses papules qui deviennent quelquefois purulentes au sommet, et sur lesquelles on voit ordinairement une petite traînée obscure à l'extrémité de laquelle existe le point blanc caractéristique, l'éminence acarienne.

Dans certaines circonstances, la gale n'existe qu'à la verge ; c'est une gale partielle, qui, à beaucoup d'égards, peut être rapprochée de la gale localisée aux seins de la femme. La théorie Piagey est-elle en défaut on pareil cas? Non assurément. Les animaux parasites ont été portés sur ces diverses parties, non plus par le malade lui-même, mais par une main étrangère ; comment M. Devergie n'a-t-il pas pensé à ce mode de contagion si facile à comprendre, avant d'admettre la génération spontanée des animaux parasites?

Enfin le début de la gale par les fesses, le ventre, se conçoit tout

aussi aisément ; sur les fesses, l'acarus produit des éruptions pustuleuses plus ou moins confluentes, souvent même des furoncles.

Etiologie. — Les causes sont prédisposantes ou efficientes.

Les premières n'ont qu'une très médiocre importance. Déjà, le sexe, le tempérament, la constitution... n'ont aucune influence sur le développement du parasite, mais seulement sur les éruptions qui sont produites par ces derniers. Ainsi, nous l'avons déjà dit, les enfants ont en général des gales pustuleuses, de même que les sujets lymphatiques; les sujets robustes, sanguins... ont plutôt des éruptions papuleuses ou furonculaires. Les professions, les conditions sociales méritent également d'être mentionnées; cette affection parasitaire est plus rare dans la classe aisée que dans la classe pauvre où les soins de propreté sont si souvent négligés.

L'acarus est la cause déterminante de la gale. Si les parasites mâles sont seuls, ils peuvent produire quelque irritation sur les parties qu'ils occupent, mais leur nombre ne pouvant augmenter, il n'y a point de véritable psore ; et c'est pourquoi j'ai dit ailleurs que l'acarus mâle ne jouait qu'un rôle secondaire. Et ce que je dis des mâles, s'applique également bien aux nymphes ou aux femelles non fécondées Mais un seul acarus femelle fécondé suffit parfaitement pour produire la maladie telle que nous venons de la décrire. Les parasites se multiplient avec le temps, et peuvent être portés sur les différentes parties de la surface tégumentaire.

La contagion s'opère par le contact médiat ou immédiat, beaucoup plus souvent par le contact médiat. Presque toujours on prend la gale en couchant dans un lit qu'a occupé un galeux ; des rapports directs ou indirects, le soir ou pendant la nuit, avec des personnes affectées de psores, méritent également une mention spéciale; car il ne faut jamais oublier les habitudes nocturnes de l'acarus.

Diagnostic. — Pour établir le diagnostic de la gale, il suffit de constater la présence de l'acarus ou une de ces altératious spéciales (sillons) qu'il imprime à la peau. Dans la plupart des cas, on ne s'occupe pas du parasite lui-même, et l'on se borne à la recherche des sillons qui se trouvent habituellement à la face interne des doigts, dans les commissures à la partie antérieure du poignet, ou à la paume de la main. Mais quelquefois les éruptions symptomatiques sont à elles seules suffisantes, et il est presque inutile de chercher les sillons. D'autres fois, ces derniers sont difficiles à découvrir, et cependant les formes éruptives qu'on observe rendent très probable l'existence des animaux parasites. Il faut donc porter un jugement en l'absence des signes pathognomoniques (acarus et sillons), et voici les caractères qui méritent le plus de fixer l'attention : la diversité des éruptions qui couvrent les mains, les poignets, les bras, les pieds, ou la partie inférieure des jambes ; l'existence à la face interne des doigts de papulo-vésicules coniques, peu nombreuses, ou sur la verge de grosses papules rouges ; l'abondance des phénomènes éruptifs dans les régions telles que l'aisselle où le parasite établit son siége si volontiers ; les démangeaisons très vives, surtout pendant la nuit, etc. Ainsi, quand chez un malade on ne peut trouver ni sillons, ni acares, on ne doit pas pour cela laisser le diagnostic en suspens, si des papules, des vésicules, des pustules d'ecthyma, quelquefois même des furoncles ou des bulles de pemphygus sont à la fois répandus sur les mains et sur les avant-bras ; si l'on trouve sur la verge les papules dont nous avons parlé : toutes éruptions accompagnées d'un prurit plus ou moins intense.

Je n'établirai pas, comme l'ont fait presque tous les auteurs, le diagnostic différentiel entre l'eczéma, le prurigo, le lichen, d'une part, et la gale de l'autre ; car les éruptions lichénoïdes, eczémateuses, peuvent être symptomatiques dans la psore comme elles le sont souvent dans la scrofule, dans la dartre, dans la syphilis et dans l'arthrite ; quelquefois aussi ce sont des éruptions artificielles différentes des affections parasitaires ou constitutionnelles, dont nous venons de parler. Ainsi, comprenez bien ma pensée, la difficulté du diagnostic ne consiste pas à distinguer une papule d'une vésicule ou d'une papulo-vésicule, mais à reconnaître si les papules, les vésicules, les pustules dépendent de la présence de l'acarus dans la peau ; ou si elles ne doivent pas plutôt être rattachées à quelque cause externe, ou plus souvent à l'une des grandes causes générales : scrofules, syphilis, dartres et arthrites.

On donne le nom de pseudo-gale à un certain nombre d'affections qui n'ont d'autre caractère commun que de ressembler plus ou moins à la véritable psore ; quelquefois ces affections sont produites par les parasites de certains animaux (chat, etc.).

La gale partielle est plus difficile à distinguer que la gale générale ou commune ; on croit souvent (principalement aux fesses), à l'existence de simples furoncles, et d'autres fois à une syphilide papuleuse....

Mais, ne l'oubliez pas, dans le doute, il faut toujours prescrire la friction insecticide ; car les inconvénients de cette dernière ne sont rien en comparaison du bien qu'elle peut produire.

Pronostic. — Il est sans aucune gravité, la maladie ne résiste jamais à l'emploi des parasiticides, et disparaît graduellement.

Traitement. — Trois indications principales dominent la thérapeutique dans la gale ; il faut d'abord détruire les parasites qui produisent la maladie ; en second lieu, combattre les éruptions symptomatiques ; enfin, modifier, s'il y a lieu, la constitution des galeux.

Il me suffit d'avoir signalé ces deux dernières indications ; je veux seulement insister sur la première, qui est la plus importante, et qu'il faut faire passer avant les autres. Il est rare qu'il y ait contre-indication à la friction immédiate ; il faudrait que la peau fût bien enflammée, pour qu'il fût nécessaire de mettre d'abord en usage les émollients ou les antiphlogistiques.

Aujourd'hui, on ne rencontre plus de médecins, à part quelques rêveurs, qui aient la prétention de guérir la gale par l'emploi des moyens internes. Les parasites, qu'il faut détruire, ne sont plus le produit d'une viciation des humeurs, ils occupent la surface de la peau, par conséquent les moyens externes peuvent seuls les atteindre. Une telle condition doit être remplie pour arriver sûrement au but qu'on se propose ; il faut (c'est dans la gale comme dans la teigne) que le parasite soit partout en contact avec les parasiticides ; c'est une condition indispensable que j'ai le premier nettement établie en 1850, époque à laquelle j'étais chargé, dans cet hôpital, du traitement de la gale ; de là résultait la nécessité de la friction générale.

On nous objecte que, longtemps avant nous, cette dernière avait été préconisée, notamment par Helmerich et Burdin, son élève ; cela est vrai, mais dans quel but ? Etait-ce pour remplir l'indication que nous avons formulée ? Nullement, car Burdin lui-même nous dit que la friction générale est préférable, parce qu'elle permet l'absorption plus rapide et plus complète de cette pommade (il en fallait employer une once) qui doit corriger les humeurs. Si donc la friction générale avait été conseillée, elle n'avait point été assise sur des bases solides. Aussi, M. Cazenave, chargé avant nous du traitement des galeux, se bornait-il, imitant en cela la pratique d'Hebra, de Vienne, à la friction partielle des mains et des pieds ; d'autres, comme M. Rayer, étendaient la friction à toutes les parties malades, et quelquefois, ils obtenaient une complète guérison, mais plus souvent quelques acares étaient respectés sur des régions saines en apparence, et la maladie se reproduisait au bout de quelques jours, ou plutôt ne disparaissait jamais.

Il faut donc frictionner toute la surface du corps pour détruire tous les parasites qui l'occupent ; la tête seule est épargnée, car l'acarus ne s'y montre jamais. On prend 100 à 125 grammes de pommade d'Helmerich, et pendant 20 à 25 minutes, on frotte rudement toutes les parties, celles surtout qui sont le siége de prédilection des animaux parasites, comme les mains, les pieds, les aisselles, le périnée et les environs de l'anus, le creux poplité. On fait ainsi deux frictions à six heures de distance ; le malade prend un bain le lendemain ou le surlendemain, et tout est fini. J'avais pu ainsi réduire à deux ou trois jours la durée du séjour des galeux dans nos salles, et j'avais en cela rendu un véritable service à l'administration de l'Assistance publique ; M. Hardy qui est venu après moi a fait mieux encore, et aujourd'hui, vous le savez, le traitement de la gale est réduit à une heure, et les malades ne sont pas admis à l'hôpital. Au lieu de deux frictions avec la pommade, M. Hardy n'en fait qu'une, ou plutôt, dans la première, la pommade est remplacée par le savon noir (c'est une préparation que je crois inutile) ; entre les deux frictions qui ne sont séparées que par un intervalle de trois quarts d'heure, les malades prennent un bain. Enfin, pour empêcher les récidives, les linges, les vêtements du malade, doivent être mis à l'étuve, ou soumis à des fumigations sulfureuses ; les animaux parasites sont ainsi partout détruits.

CHIRURGIE.

De l'urétrotomie d'arrière en avant, et de dedans en dehors.

Par le docteur CIVIALE.

— Suite. — Voir le numéro 143. —

D'ailleurs on fabrique des urétrotomes de toutes les grosseurs. Le plus petit de ceux dont je me sers porte une olive de trois millimètres d'épaisseur et de 4 millimètres de largeur. Avec cet instrument, armé au troisième ou quatrième degré, on fait une incision préliminaire assez profonde pour qu'on puisse passer immédiatement et avec facilité l'urétrotome n° 2, que j'emploie dans la généralité des cas.

On a prétendu aussi qu'avec mes instruments on ne pouvait faire que des incisions superficielles insuffisantes. Il suffit d'avoir l'instrument sous les yeux, de se rappeler la manière de l'appliquer et les circonstances dans lesquelles il est indiqué d'opérer, pour reconnaître le peu de fondement de cette assertion. Il est de toute évidence, en effet, que l'instrument, armé comme il doit l'être, ne peut pas être retiré de derrière la coarctation sans diviser les tissus qui se présentent au tranchant, à une profondeur déterminée par le degré de saillie que fait la lame.

D'autres, parmi lesquels s'est placé M. Robert, ont cherché à établir que le tranchant de la lame de mon urétrotome, *à raison de sa forme, de sa brièveté, coupe mal les tissus sur lesquels il agit, plutôt en pressant qu'en sciant, et que, ce qui le rend surtout défectueux, c'est que la lame tranchante occupe l'extrémité de l'olive* (1).

M. Robert, qui avait reçu la mission d'exposer et de juger les travaux modernes sur l'urétrotomie, et qui a dû les étudier, ne paraît pas avoir compris toute l'étendue et toute l'importance de sa misssion, fait dont on lira plus loin les preuves. Pour ce qui regarde mon urétrotome, il ne s'est point aperçu que de tous les instruments connus, il n'y en a pas dont la lame, par sa forme, sa solidité et la disposition de son tranchant, coupe mieux, plus nettement et plus régulièrement que celui dont je recommande l'emploi ; il n'est même pas nécessaire de faire des expériences pour s'en convaincre : il suffit de jeter les yeux sur ses dispositions.

D'un autre côté, en disant que la lame de mon urétrotome occupe l'extrémité de l'olive, M. Robert m'autoriserait à penser qu'il n'avait pas vu cet instrument, lors de la rédaction de son rapport, et qu'il n'en a parlé que sur des renseignements inexacts. Il aurait pu se rappeler les remarques que j'ai présentées sur ce point (1) au sujet d'un autre instrument qui ne coupe pas, parce que l'olive ne se prolonge pas assez en arrière sur le dos de la lame. Mon très honorable collègue s'est borné à faire une application fausse d'un vice que j'avais signalé. J'ajouterai qu'il n'a pas mieux saisi les autres dispositions de mon appareil ; il aurait reconnu qu'aucun autre ne met le chirurgien à même de diviser aussi facilement, et dans les limites du besoin, les tissus malades ; que l'olive, par sa forme, son peu d'étendue d'avant en arrière, et la manière dont elle est placée à l'extrémité de la gaîne, tournait, au moment d'opérer ; il a méconnu les notions les plus précieuses sur l'étendue, la résistance et les autres conditions matérielles des rétré-cissements.

II. *Procédé opératoire.* — Pour se faire une idée exacte de la pratique des incisions intra-urétrales, au moyen de mon urétrotome à olive, il faut se rappeler diverses circonstances dont on ne saurait méconnaître l'influence sur le résultat de l'opération, notamment les dispositions de l'instrument que je viens d'indiquer et le mécanisme par lequel la lame, sortant du fourreau, agit sur les tissus. Il y a sous ce rapport diverses catégories de cas et deux manières opératoires.

Premier procédé. — Dans le plus grand nombre de circonstances, la lame agit sur les tissus qu'on se propose de diviser, non parce que la main de l'opérateur appuie sur elle, mais bien par un mécanisme spécial de l'appareil, d'après lequel la lame ne peut aller au delà comme elle ne peut rester en deçà, et tout instrument qui n'offrirait pas ces conditions doit être rejeté.

La manière dont il faut procéder est fort simple. Je suppose une coarctation dont la lumière est de $2^{mm}25$; l'olive de l'urétrotome qu'on doit employer a aussi $2^{mm}25$ de diamètre ; elle remplit, par conséquent, exactement l'ouverture de la coarctation. Dès que l'olive est parvenue derrière celle-ci, si l'on donne à la lame une ligne de saillie en dehors de l'olive, l'instrument ne peut être retiré sans diviser les tissus de toute cette étendue sans qu'il soit nécessaire, pour cela, d'appuyer sur le tranchant ; on ne fait que tirer à soi l'instrument ainsi armé. Cette première incision aura donc 3^{mm}, 5, 7 ou 10 de profondeur, suivant le nombre de millimètres dont on a fait sortir la lame du fourreau.

Il suffit donc, pour connaître la profondeur à laquelle on pénètre dans les tissus, d'employer un urétrotome dont l'olive, au moment de l'introduction, remplisse exactement la lumière du point rétréci, et dont la lame, solidement fixée, sort de la gaîne d'une quantité rigoureusement déterminée, et qu'elle soit propre à couper. Avec ces conditions, le praticien ne se renfermera pas dans les mesures mathématiques que formule la théorie, mais il obtiendra une approximation qui suffit à une pratique régulière.

---

(1) *Bulletin de thérapeutique*, novembre 1855. En formulant ce reproche, notre savant collègue avait surtout en vue de soutenir que les instruments de M. Reybard étaient les plus parfaits. Mais il n'avait pas compté avec M. Reybard, qui est un homme terrible à l'endroit de la sincérité. Il s'est chargé lui-même de signaler la méprise de son rapporteur ; après la lecture du rapport il a voulu détromper les praticiens au sujet de la valeur de ses propres instruments. Il disait, en 1853, page 254 : « J'ai cherché pendant dix ans un urétrotome qui me permît de diviser l'urètre d'une manière sûre, régulière et complète. On comprendra sans peine que l'imperfection de mes premiers instruments m'ait souvent mis dans l'impossibilité de pratiquer convenablement cette opération, aussi, j'en fais l'aveu, ai-je eu à enregistrer de nombreuses récidives. » Nous verrons bientôt que les derniers instruments de M. Reybard ne valent pas mieux que les premiers.

(1) *Urétrotomie*, planche, figure 3, et explication.

On comprend, en effet, tout ce qu'il y a de prétentieux à assigner des limites rigoureuses aux incisions de la face interne de l'urètre.

Ne suffit-il pas de se rappeler : 1° que les instruments les plus parfaits n'ont pas absolument la même aptitude à couper ; 2° qu'à raison de leur rigidité, de leur induration ou de l'élasticité qu'ils conservent encore, les tissus malades qui doivent être divisés, fuient devant le tranchant, d'une étendue proportionnée à la nature et au développement de l'état morbide ; 3° que l'élasticité et la souplesse dont les tissus voisins sont encore en possession, et qui sont très variables, ont une action d'autant plus marquée, que les nodosités ou les masses indurées occupent un point plus restreint des parois du canal, et que le point correspondant, sur lequel appuie le dos de l'olive, possède encore une certaine dilatabilité. Conservons, si l'on veut, les désignations métriques, puisque c'est une manière de s'entendre ; mais que le praticien n'oublie pas qu'il peut inciser un peu plus ou moins, et que la différence, qui est peu de chose quand il procède méthodiquement et avec de bons instruments, pourrait acquérir une grande portée s'il négligeait les précautions qui ont été indiquées, et s'il employait des urétrotomes dont la lame manque de solidité ou coupe mal.

Il en est de même pour la longueur de l'incision : les déterminations que la théorie nous donne, souvent avec trop de confiance, ne doivent pas être prises d'une manière absolue. *En disant, par exemple, que l'incision a de 45 à 56 millimètres, qu'elle commence à 7 millimètres en arrière de la coarctation, et qu'elle se prolonge en avant de la même quantité*, on indique seulement une mesure approximative, eu égard surtout au point où l'incision finit.

En faisant la part des différences constantes entre les combinaisons de la théorie et les données de la pratique, je rappellerai, eu égard à la longueur et à la profondeur de l'incision, les limites dans lesquelles on doit se renfermer.

1° C'est à l'extrémité de l'urètre qu'on agit avec le plus de précision. Dans les cas de bride simple, l'incision a de troix à six lignes de longueur, et d'une à quatre lignes de profondeur, suivant le diamètre du canal à son orifice. S'il y a deux rétrécissements, occupant les deux extrémités de la fosse naviculaire, la profondeur est la même, et la longueur varie de 27 à 34 millimètres : celle-ci pourra dépasser cette mesure si le rétrécissement se prolonge en arrière, ou s'il existe une induration et un gonflement considérables de l'extrémité du pénis.

Il vaut mieux, ici, couper trop que trop peu ; c'est pour n'avoir pas compris dans l'incision en longueur et en profondeur tous les tissus indurés, qu'on a observé les guérisons incomplètes et les récidives. Dans tous les cas, il faut pouvoir introduire, deux ou trois jours après l'incision, et sans douleur, dans la partie divisée, une bougie de 7 à 10 millimètres de diamètre, suivant la capacité normale du canal.

2° A la partie pénienne de l'urètre, on procède aujourd'hui avec autant de précision qu'au méat urinaire, surtout lorsque le rétrécissement est simple, et qu'il forme sous les téguments une virole parfaitement circonscrite, sur laquelle le toucher peut s'exercer en tous sens. La profondeur de l'incision varie de 7 à 9 millimètres, la longueur est proportionnée à l'étendue du point rétréci.

Quand la coarctation n'est pas circonscrite, ou, s'il y en a plusieurs, à peu de distance les unes des autres, formant, à la face inférieure de l'urètre, une série de brides ou de renflements, variables par leur saillie, leur étendue, les distances qui les séparent, il n'est pas aussi facile qu'on pourrait le penser de faire une application rigoureuse des préceptes de la théorie. Dans ces circonstances, la pratique révèle des difficultés qu'on n'avait point prévues, à part même des causes d'erreur que j'ai signalées, eu égard aux explorations préalables, à la mobilité des tissus indurés, à leur résistance et aux déplacements qu'entraîne la manœuvre.

En général, il faut que l'incision soit assez profonde pour diviser toute l'épaisseur des tissus indurés, et qu'elle se prolonge en avant et en arrière de la coarctation, d'une étendue qui varie de 4 millimètres et demi à 9 millimètres, précaution indispensable pour que la plaie ne soit à pic ni d'un côté ni de l'autre.

Quant à la longueur totale de l'incision, elle varie, et suivant l'épaisseur d'avant en arrière du point rétréci, et aussi d'après le nombre des rétrécissements que l'on rencontre à une certaine distance les uns des autres.

3° A la partie profonde de l'urètre, le toucher ne fournissant que des notions vagues, l'incertitude, eu égard à la longueur des incisions, est plus grande.

Il y a des rétrécissements qu'on n'incise qu'une seule fois, mais il en est d'autres qu'il faut diviser plusieurs fois, soit coup sur coup, soit à des intervalles plus ou moins éloignés. Sur ce point cependant, l'expérience n'a pas dit son dernier mot, et j'y reviendrai.

Un léger effort est nécessaire pour faire passer l'olive de l'urétrotome derrière la coarctation, qui se trouve par là portée en arrière d'une étendue variable. Dès que l'olive a traversé le rétrécissement et que la pression cesse ainsi que les tractions exercées sur le gland, les parties reprennent à peu près leur situation première ; mais au moment où l'on tire l'instrument à soi pour opérer la section, le point rétréci vient en avant, de toute l'étendue qu'il s'était d'abord porté en arrière, parfois même plus, et cela en raison du degré de dureté et de résistance des parties malades, de l'aptitude de l'instrument à couper. Le double déplacement de la coarctation en arrière par l'effet de la pression, en avant par celui de la traction, jette toujours un peu de confusion dans la manœuvre, surtout eu égard à l'étendue de la division, aux points où elle commence en arrière et où elle finit en avant. Si le chirurgien n'était pas bien fixé quant à ses mesures, et s'il ne calculait pas les effets qui résultent d'un pareil mouvement de va-et-vient, il pourrait en résulter des méprises. Mais en opérant à l'aide de bons instruments, et en s'aidant des données fournies par le toucher, on a peu de chose à craindre.

Toutefois, l'incision intra-urétrale n'a pas la même profondeur dans toute son étendue. Au centre de la coarctation, là où les tissus indurés ont perdu leur souplesse, la division pénètre jusqu'aux limites que comporte la saillie de la lame, tandis qu'en avant et en arrière, les tissus conservant en partie au moins leur élasticité normale, se laissent déplacer et fuient, jusqu'à un certain degré, devant le tranchant qui les attaque, de telle sorte que l'incision est plus superficielle à son extrémité qu'à son centre.

Cet effet a lieu naturellement, sans le concours du chirurgien et sans qu'il soit nécessaire, pour qu'il se produise, d'armer l'urétrotome à des degrés différents, ainsi qu'on l'a proposé. C'est la conséquence obligée de la rigidité que l'induration a communiquée aux tissus : plus ceux-ci sont durs, plus l'incision les divise profondément.

Supposons que, par l'usage préalable des sondes ou des bougies, ou par la pratique de l'urétrotomie d'avant en arrière dont je viens de parler, on ait obtenu, au moins pour quelques jours, un commencement de dilatation de l'angustie, ce résultat suffira pour que l'urétrotome à olive, décrit précédemment, puisse être introduit et mis en action. Un instrument dont l'olive terminale est proportionnée au degré d'ouverture de la coarctation étant choisi et convenablement disposé, le chirurgien le porte contre l'ouverture antérieure de la coarctation, l'y maintient ap-

pliqué pendant quelques instants en appuyant avec mesure et par gradation; à un instant donné, sans effort notable et brusquerie, une légère secousse et la cessation de toute résistance annoncent que l'obstacle est franchi.

Dès qu'elle est parvenue derrière le rétrécissement, l'olive, ne se trouvant plus serrée, à moins qu'elle ne s'engage dans un second, peut exécuter de légers mouvements de va-et-vient, et il est dès lors facile à l'opérateur de déterminer l'étendue de la coarctation d'avant en arrière. Le curseur et l'échelle graduée ont fait connaître en effet le point où l'olive s'est arrêtée, ou du rétrécissement; si, après l'avoir fait passer derrière celui-ci, le chirurgien le retire à lui jusqu'à ce que la résistance se produise de nouveau, la distance existante entre la première indication et cette dernière détermine exactement la longueur du rétrécissement. Si quelques doutes persistaient, il suffirait pour les lever de répéter l'exploration, ce qui est généralement facile et peu douloureux, parce que le traitement préparatoire a tellement émoussé la sensibilité du canal que le malade supporte ces manœuvres avec une sorte d'indifférence.

Quant à l'épaisseur des parties indurées, le toucher permet de la constater avec précision, en appréciant les saillies que ces parties font sous le doigt qui les explore.

Connaissant donc la situation de l'altération morbide, son étendue en longueur, et, par conséquent, les points où l'incision était commencée et finie, le degré de profondeur qu'elle doit avoir est déterminé par l'instrument lui-même.

L'olive, appliquée contre l'extrémité postérieure du point rétréci, est alors poussée de 3 ou 4 millimètres plus loin; le chirurgien, par la manœuvre indiquée, fait sortir la lame en la dirigeant vers la paroi inférieure du canal, siége ordinaire des rétrécissements, et arme l'urétrotome en tirant graduellement sur le manche. Il ne reste plus qu'à appliquer les doigts de la main gauche sur le point rétréci, afin de soutenir les tissus, et, par un effet de traction progressif, à tirer à soi l'instrument avec la main droite. Une main exercée perçoit très distinctement la sensation différente que produit la section des tissus indurés et celle des parties saines et souples.

La section ayant atteint les limites fixées, le chirurgien fait rentrer la lame dans l'olive, en appliquant le doigt sur la plaque de la crémaillère; la tige porte-lame devient libre; en poussant le manche, la lame se place d'elle-même dans le fourreau, et l'instrument peut être retiré.

Si l'on juge convenable de pratiquer chez un ou plus grand nombre l'incision dans la même séance, au lieu de retirer l'urétrotome, le chirurgien après avoir fait rentrer la lame dans la gaîne, porte de nouveau l'action derrière la coarctation, fait sortir la lame de rechef, mais en lui donnant une plus grande saillie que la première fois, sans quoi la seconde incision ne serait pas obtenue.

Il faut se rappeler ce fait important sur lequel j'ai insisté, savoir, que la lame divise la coarctation, non parce que la main de l'opérateur la fait passer sur les tissus comme dans le cas d'une incision pratiquée à la peau, mais parce que la saillie dont elle est loin de l'olive, dépasse d'autant le point rétréci. Or, celui-ci étant supposé agrandi de 5 millimètres pour la première incision, la lame la modifiera de 5 millimètres de plus.

Toutefois, dans le plus grand nombre de cas, il vaut mieux changer d'instrument et en prendre un plus fort, surtout lorsque la coarctation est dure et qu'elle ne permet d'employer que de petits urétrotomes.

Le mode opératoire, qui est de règle générale, doit nécessairement recevoir certaines modifications importantes par le succès, suivant les circonstances dans lesquelles on opère et dont je vais, d'après mon expérience, indiquer les principales à l'attention du praticien.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er *décembre* 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Lettre de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, par laquelle il transmet à l'Académie :

1° Une lettre où il accuse réception du Rapport de l'Académie sur les épidémies observées en France pendant l'année 1856, et dans laquelle il l'informe qu'il accepte les propositions de récompenses formulées à la fin de ce travail;

2° Le Rapport final de M. le Dr DUBOS, médecin des épidémies de l'arrondissement de Chinon, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans cet arrondissement;

3° Le Rapport final de M. le Dr MARIGLIER, médecin des épidémies de l'arrondissement de Semur, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Juillenay;

4° Deux rapports de M. le docteur SERS, médecin des épidémies de l'arrondissement de Castres, et de M. le docteur CASSAN, médecin à Castres, sur une épidémie de gastro-entérite et sur une épidémie de la pustule maligne, qui ont régné dans la ville de Castres, ainsi que dans la commune de Paulin;

5° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Sarthe pendant l'année 1856; (Comm. des épidémies.)

6° Une nouvelle communication de M. le docteur PAULI, médecin-major au 90e de ligne, relative à l'emploi du tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie une lettre et plusieurs brochures relatives à une question scientifique sur laquelle plusieurs membres de la Faculté de médecine de Venezuela, divisés d'opinion, désirent avoir le jugement de l'Académie. (Comm., MM. Velpeau, Bégin, Nélaton, Lagneau et Malgaigne.)

COMMUNICATION.

M. FRANÇOIS, d'Abbeville, lit une observation d'ablation d'un polype fibreux de la base du crâne, après excision préalable du maxillaire supérieur. Nous publierons prochainement cette observation *in extenso*. (Comm., MM. Laugier, Huguier et Nélaton.)

Le même médecin communique sur un mode particulier de suture, une Note qu'on ne lui permet pas d'achever.

RAPPORT.

M. POGGIALE lit en son nom et aux noms de MM. Wurtz et Devergie, un rapport sur un mémoire de M. Blondlot, intitulé : *Recherche de l'arsenic par la méthode de Marsh.*

A l'occasion de recherches médico-légales, dit M. le rapporteur, M. Blondlot a reconnu qu'en se servant de la méthode de MM. Danger et Flandin, le sulfure d'arsenic produit par la carbonisation reste dans le charbon.

Si l'on traite, en effet, ce charbon par l'eau bouillante, pour dissoudre l'acide arsénieux, si l'on reprend le résidu par une solution étendue d'ammoniaque, et si l'on évapore le liquide ammoniacal jusqu'à siccité dans une capsule de porcelaine, on obtient du sulfure d'arsenic qui se transforme, en présence de l'acide azotique bouillant, en acide arsénieux, et qui produit alors dans l'appareil de Marsh un anneau arsénical très prononcé.

Ce résultat remarquable, obtenu avec la rate, les reins et une partie du foie d'un homme empoisonné, fixa vivement l'attention de M.

Blondlot, qui s'assura par de nouvelles expériences qu'une partie notable de sulfure d'arsenic trouvé dans le charbon provenait du traitement de la matière organique par l'acide sulfurique, et que cette proportion de matière arsénicale échappait à l'analyse dans le procédé de MM. Danger et Flandin.

Dans une série d'expériences entreprises par la Commission de l'Académie pour vérifier les résultats annoncés par M Blondlot, on s'est efforcé de déterminer la quantité d'arsenic qui se volatilise pendant la carbonisation, celle qui se transforme en sulfure d'arsenic et qui reste dans le charbon et enfin la proportion d'acide arsénieux que l'on sépare par l'eau bouillante.

Il est permis d'affirmer, d'après ces expériences, que, dans la méthode de carbonisation généralement usitée, on perd au moins 21 pour 100 du poids de l'acide arsénieux contenu dans les organes. Mais cette perte est beaucoup plus considérable, lorsque le charbon est fortement chauffé et qu'on opère dans une capsule de porcelaine.

Cependant, ces inconvénients ne sont pas de nature à faire abandonner le procédé de carbonisation de MM. Danger et Flandin.

Il résulte, en effet, des expériences de la commission :

1° Que le procédé de carbonisation de MM. Danger et Flandin, préférable à tous les autres dans un grand nombre de cas, peut donner lieu à des pertes d'arsenic assez considérables ;

2° Que, pour éviter toute chance de perte, il importe de carboniser les matières organiques dans un appareil composé d'une cornue, d'une allonge et d'un récipient ;

3° Que le charbon doit être traité à plusieurs reprises par l'acide azotique concentré et bouillant, afin de transformer le sulfure d'arsenic en acide arsénique.

Enfin la commission propose à l'Académie d'adresser à M. Blondlot des remercîments pour son intéressante communication et de renvoyer son mémoire au Comité de publication.

M. Caventou. Je me permettrai de présenter quelques observations à M. le rapporteur.

1° Au point de vue historique, il a commis certaines omissions; ainsi il n'a point dit que c'est Rapp qui a le premier indiqué le procédé de destruction des matières organiques, et que c'est Orfila qui l'a perfectionné.

2° Il ne faut pas donner plus d'importance qu'elle n'en mérite à la perte d'arsenic qui a lieu dans la méthode de Danger et Flandin. Si le procédé de carbonisation des matières organiques par l'acide sulfurique expose à des pertes, d'autres procédés, le traitement par le chlore, par exemple, y exposent également.

Dans les expériences de M. Blondlot, rien n'a prouvé que cette perte ait pu faire méconnaître l'empoisonnement, par la méthode de Danger et Flandin, et c'est là le point important en toxicologie. De sorte qu'il est actuellement impossible de méconnaître l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

M. le rapporteur a indiqué l'acide nitrique pour retrouver l'acide arsénieux qui reste interposé aux molécules organiques ; mais on pourrait également le retrouver en soumettant le charbon restant à l'ébullition prolongée dans l'eau distillée. C'est par ce procédé que M. Decourtdemanche, pharmacien distingué, à Caen, a noté la présence du sulfure d'arsenic il y a vingt-cinq ans. Et ce fait, j'aurais voulu que M. le rapporteur l'eût mentionné.

M. Poggiale. — On me reproche de n'avoir pas rappelé le nom de Rapp ; mais je n'avais pas à faire l'historique de la question, ni à rechercher les travaux d'Orfila à propos du procédé de MM. Danger et Flandin.

D'un autre côté, si M. Caventou pense que le travail de M. Blondlot n'a pas grande importance, je ne suis pas de son avis. En effet, son travail nous apprend qu'il y avait un cinquième de l'acide arsénieux perdu dans la méthode de Danger et Flandin. Or, il me semble qu'un procédé qui fait retrouver un cinquième perdu, a une assez grande valeur.

M. Caventou. L'important est de reconnaître l'empoisonnement.

M. Poggiale. Il est donc certain que M. Blondlot a reconnu la perte d'un cinquième de l'acide arsénieux à l'état de sulfure d'arsenic.

Maintenant, M. Caventou me reproche de n'avoir pas mentionné le nom du chimiste qui a reconnu la réaction de l'eau bouillante sur le sulfure d'arsenic, mais je n'avais pas à l'indiquer.

M. Chatin. Je suis de l'avis de M. le rapporteur sur le progrès réalisé par le procédé de M. Blondlot, quand on se sert de la méthode de Danger et Flandin. Mais Orfila ne suivait jamais cette méthode. Comme lui, j'opérais toujours avec l'acide sulfurique, puis j'ajoutais à plusieurs reprises de l'acide azotique quand la matière se boursoufflait, et je détruisais ainsi parfaitement les matières organiques. Ce procédé active la combustion et détruit le sulfure d'arsenic. L'eau régale pourrait encore rendre le même service, mais elle introduit un élément étranger, le chlore. Si donc l'acide sulfurique est généralement employé, il ne l'est pas seul. En résumé, si on suit partout le procédé de Danger et Flandin, M. Blondlot a bien fait d'en signaler les inconvénients, et son observation a de l'importance.

M. Caventou. J'admets que M. le rapporteur n'avait pas à faire l'historique de la question ; mais il y avait deux noms qu'il ne devait pas omettre, et puisqu'il a cité celui de Marsh et ceux de plusieurs autres, il aurait dû mentionner Rapp, qui a pénétré au delà de la paroi stomacale, barrière qu'avant lui on n'avait jamais franchie et qu'il a eu le premier l'idée de détruire. Quant à M. Decourtdemanche, ce fait de la revivification de l'acide arsénieux par l'eau bouillante, qui donne, avec le sulfure d'arsenic, de l'acide arsénieux et de l'acide sulfhydrique, ce fait est tellement remarquable, qu'il n'aurait pas dû être passé sous silence.

Maintenant M. le rapporteur nous a dit que M. Blondlot avait été frappé de voir, dans les organes d'un cadavre, une matière jaune qui n'était autre que du sulfure d'arsenic. Or, ce fait de la transformation de l'acide arsénieux en sulfure jaune, par la putréfaction des cadavres, était déjà connu. Ainsi je citerai M. Boissenot, de Châlons, comme l'ayant constaté déjà.

M. Poggiale. Tout cela est étranger à mon travail, qui n'est pas une œuvre d'érudition. Ce que j'avais à faire ressortir, c'est qu'avant M. Blondlot, on ne savait pas quelle était la quantité d'acide arsénieux perdue.

A la suite de cette discussion, les conclusions du Rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Baillarger lit un rapport sur une observation de M. le docteur Bédor, membre correspondant à Troyes, relative à des actes de perversion génésique chez un imbécile érotomane.

Contrairement aux idées de M. Bédor, M. le rapporteur ne croit pas que les crétins soient nécessairement goîtreux. Quant à la lubricité généralement attribuée aux idiots, elle est certainement exagérée ; bien loin d'être, plus que les gens intelligents, portés aux actes vénériens, les idiots présentent le plus habituellement une atonie des fonctions génésiques. Si l'on a pu croire le contraire, c'est qu'on a été frappé de quelques actes de brutalité commis en public, et qu'expliquent suffisamment la perversion du sens moral et l'absence de toute pudeur, sans qu'il soit besoin d'invoquer une surexcitation insolite des fonctions de la reproduction.

M. Chatin. Déjà, M. le docteur Trombotti a émis des doutes relatifs à la coïncidence entre le crétinisme et le goître. Et j'ai à cet égard proposé une explication, c'est que le goître se développe vers la puberté ; or, quand on naît crétin, on ne devient pas pubère ; donc il y a antagonisme entre le crétinisme et le goître. Je suis par conséquent de l'avis de M. Baillarger, et je crois avoir donné le premier l'explication de l'antagonisme qu'il signale.

M. Baillarger. Il n'est pas complétement démontré qu'on naisse crétin. On peut le devenir à deux, trois, quatre et même sept ans ; l'intelligence, d'abord ordinaire, s'arrêtant alors ou même rétrogragant. Mais on peut dire cependant que l'enfant à sa naissance avait quelque chose qui le prédisposait au crétinisme.

M. Baillarger rappelle que, dans une discussion qui eut lieu à l'Académie, on n'a pas pu s'entendre sur le diagnostic entre le crétin et l'idiot. Il avait proposé d'appeler *idiots* ceux qui devenaient pubères, et *crétins* ceux qui restaient impubères. Mais il avoue que cette distinction si simple ne peut être conservée, depuis qu'il a vu les Aztèques et quelques autres individus à intelligence peu développée.

M. Chatin, tout en maintenant la loi d'antagonisme entre le crétinisme et le goître, explique la présence du goître chez quelques crétins par ce fait que certains d'entre eux deviennent crétins après la puberté.

M. Moreau demande comment on peut concilier avec ces faits l'opinion vulgaire qui attribue aux crétins la propension aux actes vénériens.

M. Chatin. Quand un individu est crétin de bonne heure et complétement, il ne devient jamais pubère. Cependant, il n'existe point de ligne de démarcation bien tranchée entre le crétin et l'idiot. Il est d'ailleurs des degrés intermédiaires; il y a les *crétineux*, qui ont subi l'évolution des organes génitaux, et cela explique l'assertion de Fodéré, relative aux penchants vénériens des crétins. Maintenant, je suppose qu'un crétin soit devenu tel à trente ans. On comprend qu'il puisse présenter un goître.

M. Baillarger. On ne devient pas crétin à trente ans. Les sages-femmes elles-mêmes savent bien reconnaître quand il y aura un développement incomplet de l'intelligence; mais parmi les enfants qui présentent de tels indices, les uns deviendront crétins et ne se développeront pas, ils resteront enfants; les autres se développeront et ne seront qu'idiots. On ne peut devenir crétin quand il y a eu un développement complet des organes.

Quant à l'observation de M. Moreau, elle est juste, car les quatre cinquièmes des sujets qui présentent en naissant les indices d'un développement incomplet de l'intelligence, se développeront et deviendront pubères, de manière à constituer une classe à part. Cela explique comment, dans tous les ouvrages classiques, on décrit les crétins comme ayant, les uns un développement complet, et les autres un arrêt de développement des organes de la génération.

A la suite de cette discussion, la séance est levée à cinq heures moins un quart.

Errata. — Dans notre dernier compte rendu, il a été imprimé par erreur, dans la communication de M. Fordos: « .... Des injections d'acide carbonique, soit d'*acide médicamenteux*, » il faut lire : « .... des injections, soit d'acide carbonique pur, soit d'acide carbonique ou d'hydrogène chargé de vapeurs amesthésiques ou médicamenteuses (chloroforme, amylène, éthers, etc.). »

A Monsieur le rédacteur en chef du Moniteur des Hôpitaux.

Monsieur et cher rédacteur,

Je ne veux point revenir ici sur les explications franches et nettes que j'ai données à propos de la première lettre de M. Brown-Séquard. Si mon honorable adversaire tient à élucider la question d'histoire physiologique qu'il m'a posée, il n'a qu'à retrancher de la liste des physiologistes dont il a cité les noms : 1° Ceux qui n'ont jamais rien écrit sur les phénomènes réflexes ou, pour être plus exacts, qui en ont parlé comme M. Jourdain faisait de la prose, c'est-à-dire sans le savoir; 2° ceux qui n'ont point expérimenté sur des mammifères; 3° ceux qui n'ont jamais étudié les phénomènes réflexes sur des mammifères adultes, ou qui les ont observés alors dans des conditions telles, que la constatation des mouvements réflexes généraux était impossible. M. Brown-Séquard pourra se convaincre ainsi que la loi de la généralisation des mouvements réflexes consécutifs à une excitation localisée, *chez les mammifères adultes*, n'est pas une notion aussi vulgairement répandue qu'il veut bien le dire.

C'est avec peine que j'ai vu M. Brown-Séquard revenir sur ce sujet avec une insistance que mes précédentes déclarations rendaient parfaitement inutile. Mais mon chagrin s'est changé en surprise quand j'ai vu qu'il s'attribuait le mérite d'avoir signalé, dans divers mémoires la différence d'excitabilité qui existe dans les tissus après qu'une section transversale des fibres de la moelle les a privés de la faculté de sentir, et avant cette opération.

Quelle est la ligne, quel est le mot écrit par M. Brown--Séquard où se trouve indiquée cette découverte?

M. Brown-Séquard n'aurait-il pas confondu ce qu'il a dit de l'*hyperesthésie* avec ce que j'ai écrit sur l'*hyperexcitabilité réflexe ?*

Au lieu de le renvoyer à mes mémoires originaux, pour y chercher des renseignements précis sur ce qui constitue l'hyperexcitabilité réflexe, je lui rappelerai les caractères sous lesquels elle se présente, et les conditions dans lesquelles elle se produit. Il pourra ainsi s'assurer immédiatement s'il a jamais rien signalé qui se rapproche, de près ou de loin de ce phénomène :

Je prends un mammifère, un âne par exemple. Il est couché à terre. Je lui serre fortement entre les mains l'une des extrémités postérieures; l'animal n'exécute aucun mouvement et ne témoigne d'aucune manière qu'il ait éprouvé une sensation. Je lui coupe ensuite la moelle, en travers, d'une manière complète, soit dans la région dorsale, soit à la région cervicale (la respiration artificielle doit être pratiquée dans ce dernier cas, ce qui ne change rien aux phénomènes); et alors le moindre attouchement des extrémités postérieures suffira pour provoquer des mouvements réflexes: un souffle léger *sur les poils de la région digitée en fera naître d'extrêmement énergiques!*

Cette hyperexcitabilité, que je ne crains pas de qualifier d'extra ordinaire, survient dans les deux membres quand la moelle est entièrement coupée; mais si les fibres médullaires ne sont interrompues que dans l'une des moitiés latérales de l'organe, l'hyperexcitabilité se montre seulement du côté du cordon coupé; et elle se montre alors avec des caractères qui la distinguent aussi nettement que possible de l'hyperesthésie signalée dans le même cas par M. Brown-Séquard.

Voici comment j'ai coutume de montrer ce fait aux nombreux spectateurs qui me font l'honneur de suivre mes expériences : un âne est couché sur une table; je lui mets la moelle épinière à nu, soit dans la région dorso-lombaire, soit dans l'espace atloïdo-occipital, à ce dernier endroit de préférence, parce que l'opération est alors incomparablement plus facile. Je fais serrer fortement l'extrémité des membres de derrière, et, comme d'habitude, cette excitation ne provoque aucun mouvement réactionnel. Puis, je coupe l'une des moitiés du cordon médullaire. Après cette opération, si l'on serre le doigt du membre postérieur du côté opposé à la section, cette excitation reste sans effet. Si l'on serre, au contraire, le doigt de l'autre membre, même très légèrement, ce membre lance aussitôt un coup de pied fort énergique, et accomplit ce mouvement avec la régularité la plus parfaite. Or, ce mouvement est un acte réflexe, car il s'accomplit à l'insu du patient et sans la participation de sa volonté : à son insu, comme le prouve l'impassibilité de sa physionomie et l'immobilité des autres parties du corps; sans la participation de sa volonté, puisque la section médullaire empêche la volonté d'exercer son influence sur le membre du même côté.

Encore une fois, qu'y a-t-il de commun entre ces faits et ceux que M. Brown-Séquard a fait connaître? Certainement qu'il y a un lien entre les uns et les autres; mais ce lien consiste justement dans leur antagonisme.

J'ai tenu à donner ces explications à M. Brown-Séquard, parce qu'il y a peut-être un peu de ma faute dans ce malentendu, parce que je ne me suis pas sans doute exprimé clairement dans ma première lettre, et que j'ai pu laisser penser à M. Brown-Séquard que je parlais d'*hyperesthésie*, quand j'avais en vue l'*hyperexcitabilité réflexe*. Autrement je me serais tu.

Je suis, du reste, résolu désormais à garder absolument le silence, cette polémique étant sans intérêt, comme sans utilité, et propre à détourner ses acteurs de travaux plus sérieux et plus profitables.

Agréez, monsieur et cher rédacteur, les salutations les plus amicales

De votre dévoué serviteur,

A. Chauveau.

Lyon, 24 novembre 1857.

Qu'il me soit permis de ne point partager l'avis que mon cher et distingué correspondant exprime dans sa dernière phrase : les questions qu'il discute avec son honorable adversaire sont d'une trop haute importance pour ne pas intéresser tous les hommes qui tiennent à suivre les progrès de la haute physiologie; elles sont trop difficiles et trop obscures pour qu'il soit inutile de les discuter. Il peut y avoir des lecteurs qui, n'étant pas très au courant de ces questions, les laissent passer inaperçues; qui de nous s'intéresse à tout ce qui est imprimé dans un journal quelconque! mais nous ne déclarons pas pour cela indigne d'intérêt ce que nous ne lisons pas. Il n'y a qu'une catégorie de lecteurs qui traitent dédaigneusement d'inutile ce qu'ils sont incapables de comprendre; ce sont ceux que nous avons appelés les Sarmates de notre temps; nous avons déjà dit que nous n'écrivions pas pour ces gens-là. Terminons en nous excusant auprès de M. Chauveau d'avoir été obligé de retardetarder jusqu'à aujourd'hui la publication de sa lettre.

(*Note du Rédacteur en Chef.*)

Le rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 146. 5me ANNÉE. Samedi, 5 Décembre 1857.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 3 décembre 1857.

Sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt.

Sous ce titre, M. le docteur Follin vient de publier dans les *Archives*, sur une affection encore fort mal décrite, une Note où se retrouvent l'esprit sagace et judicieux, le talent d'exposition qui caractérisent toutes les productions de M. Follin. Nos lecteurs liront avec un égal intérêt, et l'observation et les remarques du savant chirurgien. Nous les mettons textuellement sous leurs yeux :

La maladie dont je vais rapporter ici une observation détaillée a été signalée pour la première fois par M. Blandet, dans un Mémoire lu à l'Institut le 3 mars 1845 (*Mémoire sur l'empoisonnement externe produit par le vert de Schweinfurt, ou de l'œdème, de l'éruption professionnels des ouvriers en papiers peints*). Ce travail curieux, mais d'une brièveté désespérante, engagea M. Chevallier à rechercher quelles étaient la fréquence et la gravité des accidents indiqués par ce médecin, et si cette gravité devait attirer l'attention des autorités chargées de veiller à la santé publique. L'enquête consciencieuse à laquelle se livra cet habile chimiste donna lieu à un très intéressant travail, consigné dans le tome XXXVIII des *Annales d'hygiène publique*. Depuis lors on ne semble plus s'être occupé de cette singulière affection, et cependant on ne trouve point dans les travaux mentionnés ci-dessus une seule observation détaillée, qui permette de suivre l'évolution de cette maladie professionnelle. C'est pour combler cette lacune que je publie le cas qu'on va lire ; je m'y suis décidé d'autant mieux que, vu le temps qui s'est écoulé depuis la publication du travail de M. Blandet, on a mis un peu dans l'oubli l'origine de ces singulières ulcérations. J'ai montré le malade en question à plusieurs médecins instruits ; aucun d'eux n'a songé à des ulcérations dues au vert de Schweinfurt, et la plupart ont pensé de suite à des lésions syphilitiques.

Les ulcérations dues au vert de Schweinfurt ressemblent en effet par quelques points aux ulcérations de la syphilis, et je comprends facilement qu'au moment où parut le travail de M. Blandet, il ait causé quelque incrédulité chez des médecins habiles. Cependant l'enquête à laquelle s'est livré M. Chevallier ne peut

---

DES DYSPEPSIES

Par M. le professeur CHOMEL.

Il y a un demi-siècle environ, les troubles de l'estomac, considérés soit comme complications d'une autre maladie, soit comme affections essentielles, les troubles de l'estomac, dis-je, étaient étudiés sous le nom de gastralgie chronique. Broussais a décrit indifféremment sous ce nom la gastrite et même le cancer de l'estomac. L'anatomie pathologique est venue heureusement faire justice d'une si grave erreur, et par suite d'une autre exagération peut-être, on est arrivé aujourd'hui à nier l'existence de la gastrite chronique. Quoi qu'il en soit, il est parfaitement prouvé que, si les gastrites chroniques étaient si fréquentes du temps de Broussais, c'est qu'on les confondait avec les troubles de l'estomac, connus sous la dénomination générale de dyspepsie. Cette maladie est en effet extrêmement fréquente ; aussi M. Chomel a-t-il écrit qu'un cinquième au moins des malades qui viennent le consulter sont dyspeptiques. Cette assertion pourrait trouver des incrédules parmi ceux qui n'ont encore fréquenté que les hôpitaux, s'ils ne savaient que les malades pauvres n'étant pas assez souffrants pour garder le lit, n'entrent pas dans ces établissements pour cette affection.

L'étude des dyspepsies doit donc présenter un vif attrait pour le praticien qui aura souvent la satisfaction de trouver dans l'étude des causes de précieuses indications pour le traitement.

C'est qu'en effet il n'est pas de maladies auxquelles s'applique mieux le vieil adage : *Causâ sublatâ, tollitur effectus.*

L'ouvrage de M. Chomel est écrit dans un but éminemment pratique; aussi n'y trouvons-nous pas, comme cela se voit généralement dans les traités de ce genre, une savante érudition, de longues dissertations sur les causes prochaines, dissertations se basant le plus souvent sur des hypothèses. M. Chomel, nous le répétons a voulu simplement écrire le résultat de sa pratique ; il décrit les dyspepsies, telles qu'il les a vues, sans s'inquiéter de ce qu'ont dit ou écrit ses devanciers.

L'auteur ne s'occupe que des dyspepsies essentielles, il laisse donc de côté toutes celles qui sont symptomatiques de maladies fébriles, de phlegmasies viscérales ou membraneuses, etc... Il divise son sujet en deux parties très distinctes. Dans la première, il est question des dyspepsies accidentelles, de celles qui sont plus généralement connues sous le nom d'*indigestions*. Les causes en sont nombreuses et peuvent se diviser de la manière suivante : indigestions 1° par excès dans la quantité des aliments ou des boissons; 2° par la mauvaise qualité des substances ingérées; 3° par insuffisance de la mastication et de la salivation ; 4° par défaut d'intervalle suffisant entre les repas ; 5° par causes perturbatrices agissant après l'ingestion des aliments : à ces causes se rattachent les impressions morales, l'emploi intempestif des bains chauds ou froids, des saignées locales ou générales, etc ; 6° indigestions par répugnance idiosyncrasique de l'esto-

laisser aucun doute dans les esprits; plusieurs fabricants sont venus témoigner de la réalité de l'affection qui nous occupe, et en ont même indiqué les caractères principaux, que j'ai très bien rencontrés chez le malade dont l'observation va suivre.

Pamard (François), âgé de 48 ans, employé dans une fabrique de vert de Schweinfurt, est entré dans mon service le 16 octobre 1857, à l'hôpital Saint-Antoine, pour se faire guérir d'ulcérations multiples, qui existent surtout aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs.

La constitution de cet homme était assez robuste avant qu'il entrât dans une fabrique de vert de Schweinfurt, où il était occupé à la préparation du produit, en mêlant à chaud l'acétate de cuivre avec l'acide arsénieux en solution, pour obtenir le précipité arsenical. Il n'a point eu de maladies antérieures et n'a jamais contracté d'affection vénérienne.

Il travaille seulement depuis deux mois et demi au vert, et l'affection dont il souffre date déjà de six semaines. Un mois environ après son entrée à l'atelier, il a vu survenir sans prodromes une éruption papuleuse assez confluente surtout aux membres inférieurs; cette éruption s'accompagnait d'un prurit assez vif pour provoquer de l'insomnie, de l'anorexie, de la soif. Le malade suspendit alors son travail pendant une semaine, et prit cinq bains simples, trois pédiluves sinapisés, une boisson pectorale, enfin se soumit à une diète presque complète.

La plupart des papules s'affaissèrent et disparurent, laissant seulement à leur place une tache noirâtre, mais quelques-unes s'ulcérèrent et suppurèrent; ce malade ne reprit pas moins son travail, qu'il continua jusqu'à son entrée dans mes salles. Une seule ulcération, occupant le dos de la main gauche, s'est cicatrisée complétement; d'autres, au nombre de quatre ou cinq, ne sont plus recouvertes que par une croûte brunâtre légère. Mais il reste aujourd'hui les ulcérations suivantes :

1° Une sur chaque aile du nez. Ces ulcérations sont très superficielles, à contours irréguliers, larges comme une pièce de 1 centime environ, recouvertes de croûtes d'un brun jaunâtre, à surface chagrinée, et entourées de téguments rouges, tendus, lisses.

2° Une autre ulcération au-dessous de la sous-cloison. Ce n'est qu'une exulcération superficielle qui a produit une sécrétion assez abondante, d'un brun grisâtre. La produit de cette sécrétion s'est concrété en englobant les poils voisins des moustaches.

3° Le scrotum offre une autre ulcération, située à gauche du raphé, à un pouce de la verge. Cette ulcération, de forme quadrilatère, a de 12 à 15 millimètres de diamètre transversal sur 8 millimètres de pourtour; les bords sont nettement découpés; son fond est d'un gris rougeâtre, peu déprimé, humide, et comme recouvert par une couche pultacée blanche. Il n'y a point de base indurée.

Ce sont là les seules ulcérations de la tête et du tronc; les autres résident dans les membres supérieurs et inférieurs. Je vais les énumérer successivement, car l'histoire de faits aussi détaillés manque complétement dans la science.

4° La main droite ne présente qu'une ulcération située à la partie moyenne de la surface palmaire de la dernière phalange du médius; cette étrange ulcération, large de 1 centimètre, profonde de 2 millimètres environ, a des bords coupés à pic non décollés; son fond est d'un gris jaunâtre et sécrète un liquide grisâtre; les téguments de la pulpe du doigt médius sont d'un rouge foncé, lisses, tendus; le malade éprouve en ce point quelques élancements fort vifs.

5° A l'indicateur de la main gauche, on trouve une sorte de tourniole laissant suinter un pus séreux, analogue à celui de toutes les ulcérations; à la surface dorsale de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire, existe une ulcération peu profonde, triangulaire, large comme une grosse lentille, et recouverte d'une croûte jaunâtre, qui s'élève un peu au-dessus des téguments; la peau qui circonscrit l'ulcération est médiocrement rouge, légèrement foncée, et a subi une exfolation épidermique d'une étendue de 2 millimètres.

A 2 ou 3 millimètres au-dessus de l'ongle du médius, on trouve une seconde ulcération, petite, recouverte d'une croûte dans toute son étendue, et paraissant cicatrisée dans sa moitié inférieure.

6° A chacun des pieds, on observe deux ulcérations presque entièrement symétriques, l'une au bord interne de la face dorsale du pied, au-dessus de l'articulation métatarso-phalangienne du premier orteil (elle ressemble tout à fait à l'ulcération de la main droite); l'autre, presque cicatrisée, est située sur le dos du deuxième orteil, vers sa base.

On trouve sur la partie moyenne et antérieure de la jambe gauche, une écorchure longue d'un pouce dans le sens vertical et large de 6 lignes; cette ulcération est à bords froncés, sa suppuration offre tous les caractères des autres ulcérations.

Quelques-unes de ces ulcérations, et celles des pieds en particulier, ont une base indurée, mais cette induration n'a point les caractères des indurations syphilitiques.

Toutes ou presque toutes ces ulcérations donnent lieu à des élancements assez vifs, qui paraissent au malade plus intenses la nuit; jusqu'alors on n'a recouvert ces ulcérations que d'un pansement simple.

Depuis que ce malade travaille au vert de Schweinfurt, il a du dévoiement, ses forces ont peu à peu diminué, et aujourd'hui il est

---

mac pour certaines substances alimentaires. Nous trouvons là un tableau très intéressant de ce phénomène si singulier et propre à chaque individu.

Le traitement ne présente généralement aucune difficulté; il suffit de rechercher la cause et de la faire disparaître; on aura rarement besoin de recourir à l'emploi de la saignée.

La seconde partie est intitulée : *Dyspepsies habituelles*. C'est de beaucoup la plus importante. Les causes sont les mêmes que pour les indigestions, avec la différence que, dans les dyspepsies habituelles, elles ont une action continue.

L'auteur, après avoir exposé les symptômes de cette maladie, envisagée d'une manière générale, passe ensuite aux formes spéciales. Il étudie successivement les dyspepsies flatulentes, névralgiques, boulimiques, acides, alcalines, enfin, les dyspepsies des liquides. Les deux premières sont généralement assez bien connues; les autres le sont beaucoup moins. La dyspepsie boulimique paraît être la même affection que celle décrite par d'autres auteurs sous le nom de polyphagie; c'est une maladie rare; aussi, M. Chomel n'en a-t-il vu qu'un seul exemple.

La dyspepsie acide est, au contraire, une des formes les plus fréquentes; elle est caractérisée par l'acidité de la salive; l'haleine prend une odeur acide parfois tellement forte, qu'elle devient intolérable pour les étrangers. Cette acidité se retrouve dans les matières vomies et dans les fèces.

Il paraît naturel d'admettre l'état opposé, c'est-à-dire la dyspepsie alcaline; c'est une forme que M. Chomel ne fait qu'indiquer, des faits bien observés lui manquant pour en faire l'histoire complète.

La dyspepsie des liquides était inconnue il y a dix-huit ans, quand l'auteur en publia l'étude; depuis, il eut l'occasion de la constater un certain nombre de fois. Dans ces cas, outre la plupart des malaises qui se font sentir dans les autres formes, on constate un clapotement soit au moyen de certaines pressions exercées sur le ventre, soit par de simples mouvements exécutés par le malade lui-même; de plus, il existe une sécheresse remarquable de la bouche avec diminution de l'urine et augmentation de la coloration de ce liquide. Une alimentation sèche amène très promptement une amélioration notable dans l'état du malade; amélioration qui disparaît immédiatement si le malade se laisse aller à prendre quelque boisson.

Le diagnostic devait attirer d'une manière particulière l'attention de l'auteur; aussi trouvons-nous, dans le chapitre qui lui est consacré, des considérations importantes pour le praticien. Il semble, au premier abord, que le diagnostic ne puisse présenter aucune difficulté : cela est vrai dans la grande généralité des cas; mais parfois aussi les médecins se trouvent dans un cruel embarras. Les dyspepsies peuvent, en effet, être confondues avec la gastrite chronique, avec un certain nombre de maladies organiques de l'estomac, de l'intestin ou des viscères voisins, quelquefois même on pourra les confondre avec de petites tumeurs épiploïques développées sur le trajet

assez faible; mais cette faiblesse est générale, et l'on ne saurait voir à les symptômes de la *paralysie* qu'on a nommée *arsenicale*.

Toutes les autres fonctions sont intactes; deux litres d'urine environ sont soumis à l'examen chimique, et l'on n'y a trouvé aucune trace d'arsenic.

Je prescris un régime tonique, le vin de quinquina, les bains simples tous les deux jours, et en tisane, de l'infusion diurétique de squille et de digitale.

Le 19. Toutes les ulcérations qui ne sont point recouvertes de croûtes semblent s'être détergées sous l'influence du premier bain, leur surface est moins grisâtre.

Le 22. Les moyens simples qui ont été mis en usage ont déjà modifié beaucoup d'ulcérations; celles de la main droite commencent à se rétrécir; d'autres, recouvertes d'une croûte brune, semblent attirer à elles les téguments voisins, tandis que la cicatrisation se fait au-dessous d'elles. Les ulcérations du nez et de la lèvre sont guéries. — Même prescription.

Le 26. Les ulcérations sont moins étendues et moins profondes; la cicatrice ne marche pas de la circonférence au centre, mais elle s'établit directement sur le fond qui est au-dessous du niveau des téguments pour quelques ulcérations. — Même prescription; bains sulfureux.

Le 30. L'espèce de tourniole de l'indicateur gauche est guérie depuis deux à trois jours; l'ulcération de la base du médius a diminué de moitié d'étendue et est recouverte d'une croûte brune; celle de la dernière phalange est réduite à de très petites dimensions, presque entièrement cicatrisée, et cependant encore recouverte d'une légère croûte brunâtre.

L'ulcération de la face palmaire du médius droit est cicatrisée en grande partie, la cicatrice reste de 1 millimètre au-dessous des téguments.

L'ulcération du scrotum est complétement cicatrisée.

L'ulcération du dos du pied gauche, quoique diminuée d'étendue et recouverte d'une croûte jaune légèrement brunâtre, reste excavée en godet; celles de la base des deux orteils, complétement cicatrisées, sont encore recouvertes de croûtes brunes à fleur de peau; enfin l'ulcération du dos du pied est à peu près comblée par la cicatrice. Quant à l'ulcération de la jambe gauche, elle a diminué de moitié.

Le 3 novembre. Tout marche vers la cicatrisation. — Continuation des bains sulfureux.

Le 11. Le malade sort aujourd'hui. Toutes les ulcérations sont cicatrisées; celle de la pulpe du médius droit et celle au dos du pied gauche sont encore déprimées et recouvertes par une croûte jaunâtre assez mince, laissant supposer au-dessous d'elle une cicatrice assez solide. Quelques cicatrices restent déprimées, d'autres ont atteint le niveau des téguments; nulle part autre, elles ne sont accompagnées de cette teinte rouge sombre, bistrée, qui caractérise les cicatrices syphilitiques. L'état général de cet homme est très satisfaisant; il a repris de l'embonpoint, de l'appétit, des forces. D'ailleurs, depuis l'entrée du malade à l'hôpital, il n'y a eu production d'aucune ulcération nouvelle.

Si l'on cherche, à l'aide de cette observation, à se rendre compte de la marche de cette maladie, on voit, au début des accidents, survenir sur les parties plus directement exposées à l'agent toxique une éruption papuleuse, qui s'efface sur certains points, tandis que sur d'autres elle s'exagère et donne lieu à des pustules et à des ulcérations.

Les mains et le visage sont spécialement atteints chez les ouvriers qui préparent le vert de Schweinfurt, tamisent le vert sec, impriment les fonds, ou bien foncent, satinent ou détachent avec la brosse la poussière d'acide arsénieux, pour polir les imprimés; mais des parties qui semblent bien protégées par les vêtements deviennent aussi le siége de ces singulières ulcérations. La poussière malfaisante pénètre avec facilité à travers des chaussures mal closes, et, dans l'action d'uriner, elle est souvent portée sur les bourses par les doigts salis des ouvriers; enfin, quelques individus oublient la recommandation de serrer contre le bas de la jambe la partie inférieure du pantalon, à travers laquelle se glisse aisément la poussière. Quoi qu'il en soit, le tronc et la partie supérieure des cuisses sont presque toujours à l'abri des accidents causés par le vert de Schweinfurt.

Les papules sont rougeâtres, arrondies à leur base, très légèrement saillantes; les ulcérations sont circulaires, taillées à pic, indurées, mais d'une induration qui n'a point la consistance élastique des indurations syphilitiques primitives; le fond grisâtre de ces ulcérations ne sécrète qu'une petite quantité d'un liquide mielleux, qui se dessèche facilement sous forme de croûtes jaunâtres; sous ces croûtes, quelquefois colorées en vert par la poussière toxique, la cicatrice des ulcérations peut s'établir; c'est ainsi qu'on voit guérir spontanément un bon nombre de ces ulcérations.

Le malade accuse quelquefois des élancements très vifs dans ces solutions de continuité, et l'on ne peut attribuer ces douleurs qu'à l'action persistante de l'agent vénéneux, car il n'existe aucune réaction inflammatoire autour des points malades; on n'y

---

de la ligne blanche. A propos des formes spéciales, M. Chomel consacre un paragraphe fort intéressant au diagnostic de la dyspepsie par cause rhumatismale ou goutteuse. Enfin, l'auteur décrit une maladie qui présente de grandes analogies avec la dyspepsie acide, mais qui s'en distingue par la gravité des symptômes et par la terminaison. La description qui nous en est faite est tellement obscure, que nous imiterons la réserve de l'auteur, en ne donnant aucun nom à cette affection.

Cet ouvrage étant écrit dans un but éminemment pratique, le chapitre consacré au traitement devait être traité avec tous les développements que comporte le sujet. L'auteur s'occupe d'abord du traitement de la dyspepsie envisagée dans sa forme générale; il étudie successivement la quantité, la qualité et la température des aliments solides et liquides; de là il passe à l'influence sur les digestions, de la mastication, de l'insalivation, des assaisonnements, de certaines habitudes, comme celle du tabac; de la distribution des repas, de l'exercice, du rapprochement sexuel, de l'occupation intellectuelle, des préoccupations morales; enfin il consacre un chapitre aux œuvres de charité comme moyens de remédier au désœuvrement. Toute cette partie du traitement est donc de l'hygiène. Il n'est guère, en effet, de maladies qui montrent mieux que les dyspepsies l'importance de cette science.

Mais si le fameux adage : *Sublatâ causâ, tollitur effectus*, est juste, il n'en est pas moins vrai aussi que la maladie, au bout d'un certain temps, a pour ainsi dire pris droit de cité, et dans ce cas la médecine active a besoin d'intervenir. M. Chomel a donc passé en revue les moyens spéciaux. Il recommande d'abord d'étudier le malade avec soin et de tenir souvent compte de ses remarques, surtout si l'on a affaire à un sujet intelligent. C'est ainsi que le plus souvent on arrivera à savoir que telle boisson peut être digérée, que telle autre ne peut l'être. Dans les cas graves, l'auteur préconise les affusions froides. C'est un traitement qui a été fort employé par Récamier, et que M. Chomel a mis souvent en pratique avec grand succès.

Enfin ce chapitre est terminé par quelques considérations thérapeutiques sur les formes spéciales des dyspepsies.

Nous regrettons vivement de ne pouvoir donner qu'une analyse fort incomplète de cette étude si remarquable à bien des titres; aussi ne saurions-nous trop engager les praticiens à la lire. Ils seront pénétrés comme nous de gratitude pour ce savant qui a su dominer la douleur afin de nous faire part de sa vaste expérience. Puissent les nombreuses marques de sympathie qui ne lui manqueront pas dans cette circonstance, être un encouragement dans ses travaux et un allégement à ses souffrances!

Dr ELLEAUME.

distingue pas non plus ces auréoles, d'un rouge violacé, qui circonscrivent si souvent les ulcérations syphilitiques.

Les ulcérations dues au vert de Schweinfurt qui existent aux mains, aux pieds, au visage, ne me paraissent point pouvoir être confondues avec les ulcérations syphilitiques ; leur siége, leur aspect, leur sécrétion, leur existence chez des ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt, doivent suffisamment éveiller l'attention du médecin. Mais, si l'on ne voyait que les ulcérations du scrotum, on courrait grand risque de se tromper ; en effet, ces ulcérations, en général superficielles, recouvertes d'une couche pultacée, ressemblent tout à fait à des plaques muqueuses.

Quoique cette affection, convenablement traitée, guérisse avec facilité et soit sans danger, il importe de recommander aux ouvriers exposés à la poussière du vert de Schweinfurt des précautions qui les mettront, d'une façon à peu près certaine, à l'abri des accidents. La plus puissante de ces précautions consiste dans l'emploi de lotions d'eau fraîche sur le visage et les parties découvertes, après chaque séance de travail ; on y joindra des bains fréquents, et l'on aura soin de diviser le travail de telle sorte, que chaque ouvrier donne peu de temps au maniement du produit vénéneux.

Quand l'éruption est faite, il faut avoir recours aux bains simples longtemps prolongés ; une modification des plus heureuses ne tarde pas à se manifester, et dès que les ulcérations sont moins vives, on substitue avec avantage les bains sulfureux aux bains simples : c'est ce qui a été fait chez notre malade, et ses pustules ulcérées ont promptement marché vers la cicatrisation sans exiger aucun pansement.

On doit donner aussi à ces malades quelques toniques, vin de quinquina, ferrugineux, et dans le cas que j'ai rappelé plus haut l'emploi de ces moyens a certainement contribué à la guérison.

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE CLINIQUE

Études cliniques sur le perchlorure de fer.

Par le docteur Deleau, médecin en chef de la Roquette.

[Du perchlorure contre les hémorrhagies.]

Nous terminions le dernier article que nous avons publié sur le perchlorure en répétant avec le jeune et déjà célèbre auteur du *Traité des anévrismes :* Depuis le perchlorure de fer, il n'y a plus d'hémorrhagies ! Mais quand il écrivait ces mots, M. Broca avait en vue principalement, sinon exclusivement, les hémorrhagies qu'on pourrait appeler chirurgicales, celles qui, par leur abondance, altèrent la santé ou même compromettent la vie dans un temps relativement court. A ce point de vue, nous croyons encore que la proposition du savant chirurgien n'est pas exagérée ; mais nous pensons que le point de vue est ainsi trop borné. En effet, il est aujourd'hui démontré pour nous que le perchlorure de fer ne guérit pas seulement les hémorrhagies en l'appliquant en topique sur le siége de l'hémorrhagie, mais qu'il guérit aussi les hémorrhagies internes, muqueuses ou interstitielles, soit qu'on l'applique sur les muqueuses elles-mêmes, soit qu'on le donne seulement à l'intérieur. Les faits suivants montreront l'utilité du perchlorure de fer appliqué, soit sous l'une, soit sous l'autre de ces deux formes, soit sous toutes les deux à la fois.

1° FLUX SANGUINS INTESTINAUX.

Obs. I. — *Chancres.—Fissure fluente à l'anus.—Hémorrhagie rectale. — Perchlorure de fer à l'intérieur et en injections.— Guérison.* — Le nommé B..., âgé de trente ans, tempérament sanguin, condamné à trois années de détention, se présente à notre consultation. Il se plaint d'avoir deux chancres à la base du gland, de plus une fissure fluente à l'anus, suivie d'un flux sanguin très abondant, toutes les fois qu'il y a expulsion des matières stercorales. Le malade est soumis tous les jours à l'usage d'une cuillerée à bouche de sirop de perchlorure de fer ; la pommade est appliquée sur les chancres, sur la fissure du rectum. Les chancres se cicatrisent au bout de huit jours, la fissure disparaît le vingt-deuxième jour, mais l'entérorrhagie persiste, malgré ce traitement. Une injection de perchlorure de fer est administrée. Le malade éprouve une constriction intestinale vive, avec douleur. L'hémorrhagie ne reparaît plus. Six semaines sont nécessaires pour dissiper tous les accidents graves. Le malade a depuis trois mois repris ses travaux, se promène sur le préau avec ses camarades de captivité, sans éprouver une récidive de la maladie.

Un praticien distingué de province, qui a beaucoup expérimenté le perchlorure de fer, m'a adressé, il y a déjà longtemps, plusieurs observations, dont une a été publiée dans le *Moniteur des Hôpitaux.* On nous permettra d'en reproduire ici plusieurs autres. Je les publie de préférence aux miennes, car je suis bien aise de montrer que ce n'est pas mon amour pour le perchlorure qui m'illusionne, et que tous ceux qui l'emploient avec tact et persévérance n'obtiennent pas de moins bons résultats que moi. Ces observations sont dues à M. le Dr Bourguignon, de Béthisy-Saint-Pierre (Oise) :

Obs. II. — *Dyssenterie grave aiguë.—Perchlorure de fer.— Guérison.*— « A l'occasion de la fête patronale, le 3 septembre 1856, Catherine Dech...., âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, avait fait en chemin de fer un voyage de 90 lieues environ, et depuis son arrivée à Béthisy-Saint-Pierre, elle aidait chez son oncle aux travaux de la boulangerie. Bientôt une légère diarrhée s'était établie, accompagnée de courbature, d'inappétence et de coliques : au bout de quelques jours, c'était une véritable dyssenterie.

» Le 11 septembre, en effet, je trouve la malade alitée et se plaignant surtout d'un besoin irrésistible qui l'oblige de se présenter à la garde-robe jusqu'à 50 fois dans les 24 heures. Les selles, du reste, sont presque sanglantes, mêlées de glaires et très fétides ; chaque fois elles s'accompagnent de coliques vives et d'un sentiment de brûlure à l'anus, symptômes plus que suffisants.

» Je laissai continuer à la malade la tisane de cynorrhodons et l'eau albumineuse ; j'ajoutai seulement à celle-ci quelques gouttes de laudanum, et j'ordonnai de prendre par cuillerées : solution de 2 gr. de perchlorure de fer dans 500 gr. d'eau, un grand verre avec sirop de gomme deux cuillerées. Pour traitement externe, j'ordonne deux lavements d'amidon opiacé et des cataplasmes laudanisés à demeure sur le ventre. Le lendemain, 12 septembre, comme un effet favorable tardait à se prononcer, je fais avouer à la malade qu'elle a négligé sa potion à cause de son goût de ferraille. Je m'empresse alors d'en demander une autre plus fraîche et ainsi formulée :

Sesquichlorure de fer.	0,50
Eau distillée.	120 gr.
Sirop de coings.	30

» Le 13, nous constatons un moindre degré d'irritation du côté des intestins ; je songe alors à administrer par le bas le reste de la première potion, et dès le soir même on m'apprend que les selles ont perdu de leur fréquence, que la teinte en est plus foncée, moins sanglante.

» La nuit du 13 au 14 est assez bonne ; le ténesme a beaucoup diminué ; en un mot, on constate, dès le 15 surtout, une amélioration sensible dans tous les symptômes, la malade a pu se lever. Nous suspendons alors, un peu malgré nous, la potion chloro-ferrée, mais les autres moyens suffisent pour nous amener en peu de jours à une heureuse convalescence, et, dès le 20, je perdais de vue la malade. »

« *Remarques.* Si je ne craignais de paraître vouloir tout écrire, je joindrais à cette observation :

» 1° Obs. III. — Celle de Jean-Baptiste Beaud..., âgé de 54 ans, charcutier à Saint-Sauveur. Au mois de septembre 1856, travaillant hors de chez lui et vivant misérablement, il fut pris d'une diarrhée qui, en quelques semaines, dégénéra en dyssenterie, ce

qui l'obligea de revenir. En deux septenaires, le sesquichlorure de fer en potion parvint à le guérir, et si le malade avait eu pour le garder quelque autre personne que son fils, âgé de 14 ans, je suis persuadé que la guérison eût été beaucoup plus prompte malgré l'acuité des symptômes. »

» 2° Obs. IV. — Celle de Victor Juste, âgé de 26 ans, maçon à Roray. Depuis le mois de mai je traitais ce jeune homme pour une endocardite chronique, quand, le 11 septembre, il me fit savoir que depuis une semaine il rendait du sang, ce qui l'effrayait et l'incommodait beaucoup. Ayant reconnu avec joie que ce symptôme était indépendant de la maladie organique, je prescris contre cette dyssenterie légère la potion suivante et un régime approprié :

Sesquichlorure de fer,	0,50
Eau distillée,	120 gr.
Sirop,	30

« Dès le 15, les selles avaient diminué de moitié en nombre et en couleur ; on renouvelle la potion une troisième fois, et déjà, le 18, il n'était plus question que de trois garde-robes dans la journée.

» 3° Obs. V.—Celle d'Antoine Od..., âgé de 45 ans, terrassier à Saint-Sauveur. Au mois d'avril 1856, j'avais guéri d'une gastrite chronique (ulcère simple de l'estomac) par l'usage exclusif du lait et de l'eau albumineuse, continué pendant six semaines, ce malheureux ouvrier, malade depuis cinq mois et condamné par tout le monde. A son retour des moissons, il avait été pris une première fois de diarrhée ; mais une seconde fois, dans le courant d'octobre, les selles, devenues tout à coup fréquentes, se mêlèrent de sang en quantité notable. Se croyant menacé d'une rectrite, Od... m'appelle en toute hâte ; il y a du ténesme ; contre cette dyssenterie à son début, j'ai recours au sesquichlorure de fer, et dès l'instant que le malade en fait usage, les symptômes diminuent progressivement pour disparaître en moins de six jours.

» 4° Obs. VI. — Celle de Jean-Baptiste Car..., âgé de 82 ans, autrefois boucher à Saintines. Depuis deux mois ce vieillard, encore robuste, apercevait du sang dans ses selles et se croyait atteint d'hémorrhoïdes, mais tout à coup il survient des coliques et du ténesme ; les garde-robes ont lieu le jour et la nuit, et se composent souvent de sang pur en quantité variable ; du 6 mars au 7 avril 1857, je fais prendre au malade 5 grammes de sesquichlorure de fer, tantôt dans du sirop, tantôt en potion ; aidé de quelques narcotiques au début et de toniques amers au déclin, ce précieux médicament rend la santé à un vieillard qui croyait l'avoir perdue sans retour.

2° *Métrorrhagie.*

Obs. VII. — [*Hémorrhagie utérine. — Perchlorure de fer. — Guérison* (par M. le docteur Bourguignon). — « Debr... (Catherine), chanvrière à Brétigny-Saint-Pierre, est âgée de 41 ans; réglée à 15 et mariée à 24, elle a eu de Jean-Roch Ler... trois enfants dont le dernier vient d'entrer dans sa huitième année. Plongée dans la misère, cette femme néanmoins avait conservé sa santé, quand il y a trois ans seulement elle vit ses règles se déranger ; à des retards plus ou moins longs succédaient des menstrues diffuses et quelquefois de véritables ménorrhagies. C'est ce qui arriva notamment le 25 novembre 1856, mais avec des circonstances telles que le 28, dans la soirée, sa fille venait en pleurant réclamer mon secours.

» Je trouve en effet la femme Ler... pâle, affaiblie, presque sans voix et baignée de sang dans son lit; je m'enquiers de ce qui est arrivé au début; on me déclare n'avoir retrouvé dans le linge rien que des caillots; moi-même, par le toucher, je ne reconnais dans l'état du col aucun signe particulier. Cependant le pouls est faible, presque filiforme, la langue est sensiblement décolorée, les extrémités sont refroidies ; enfin la malade se plaint de frissons, d'éblouissements et de bourdonnements d'oreilles; pour peu qu'on essaye de la remuer, elle est menacée de défaillance.

» Comme depuis le matin on administrait sans résultat, d'après le conseil d'une matrone, une décoction de blé noir, ergot de seigle, à ce moyen j'ajoute : des applications de draps mouillés sur les cuisses et le bas-ventre, des demi-lavements froids toutes les quatre heures et la potion suivante à prendre par cuillerée chaque demi-heure :

Sesquichlorure de fer,	1 gr.
Eau distillée,	160 gr.
Sirop,	30 gr.

» Malheureusement, cette première potion est mal supportée, et la malade, qui se plaint de nausées et qui vomit, finit par la refuser.

» Le matin du 29, je constate, à ce qu'il semble, un peu d'amélioration; plusieurs caillots se sont échappés durant la nuit, mais il y a eu une heure, une heure et demie de sommeil environ. Je cherche alors à rendre la potion plus potable et j'ordonne d'y associer limonade citrique, limonade sulfurique, eau sucrée vinaigrée; enfin je fais suspendre les topiques frais.

» Mais dans la journée du 30, croyant avoir tout gagné parce que le sang a sensiblement diminué, la femme Ler... essaye de se lever pour qu'on puisse remuer son lit; nous nous étions contentés la veille de la changer de côté ; presque aussitôt un véritable débouché de caillots volumineux est suivi d'un écoulement plus abondant que jamais. On a le temps à peine de replacer la malade sur son lit et de m'appeler; elle était défaillante.

» A la nouvelle de ce qui s'est passé, ne pouvant pas compter sur la prudence de la malade, non plus que sur celle de sa fille, âgée de 16 ans, je ne veux m'en rapporter qu'à moi-même. J'injecte alors une solution de perchlorure étendue d'eau, 300 gr. environ, et j'établis immédiatement pour la nuit un tamponnement avec des compresses imbibées de la même solution ; j'ordonnai en même temps de revenir aux topiques glacés pendant une heure. En me retirant, je crus de mon devoir de préparer le mari à tout événement. Néanmoins, de très bonne heure, le lendemain, j'arrive; le tamponnement était tombé de lui-même vers le milieu de la nuit, et c'était à peine s'il restait, sur le linge placé depuis, la moindre trace d'hémorrhagie. Seulement, la malade était toujours plongée dans un état de faiblesse extrême, qui m'inspira des craintes encore pendant plusieurs jours; du reste elle ne s'en releva guère qu'au bout de deux mois, pendant lesquels elle se plaignit de douleurs de tête, à la nuque, et de névralgies erratiques. Il est vrai que dans sa convalescence Catherine Debr... manqua souvent de ce qu'il lui aurait fallu en pareil cas. »

« *Remarque.* —A cette observation intéressante, je pourrais en ajouter d'autres, et notamment celle de Joséphine Dess..., femme de Jean-Baptiste Th..., de Béthisy-Saint-Martin. Seulement, ce qui m'empêche de citer ouvertement comme un heureux résultat le fait de cette femme, c'est la crainte d'avoir provoqué peut-être l'avortement à cause du principe : *Post hoc, ergo propter !* Et pourtant qui sait si la perte de l'enfant n'a pas été le salut de la mère ?

» Cette femme, âgée de 44 ans, avait mis au monde déjà dix-sept enfants, et elle était enceinte pour la dix-huitième fois, au terme de six mois, quand certaines pertes qu'elle avait parfaitement supportées au commencement, menacèrent alors de devenir à peu près continues. Il lui était donc impossible de se livrer au moindre travail, ce qui la tourmentait moins encore que le sort compromis de son enfant. Après m'être assuré de l'état du col, qui ne m'offrit qu'un peu de mollesse, je crus pouvoir recourir sans danger à une injection matin et soir, avec la solution suivante : sesquichlorure de fer, 2 gr. pour eau distillée 200 gr. La moitié à peine de la bouteille avait été employée, que le sang s'arrêta doucement, petit à petit. La malade comptait déjà arriver heureusement au terme de sa grossesse, quand, cinq jours après, une perte nouvelle survient qui entraîne avec elle quelque chose. A travers le col à peine entr'ouvert (il n'y a pas eu de douleurs, et il n'y en a pas encore, je trouve en effet complétement descendu le cordon dont les pulsations sont très distinctes. Toutefois, l'extrait de belladone nous amène en quelques heures

assez de dilatation 1° pour reconnaître une présentation du siége, 2° pour permettre l'usage du seigle ergoté. Enfin, le 28 avril 1856, au bout de quarante-huit heures, l'accouchement était heureusement terminé pour la mère ; depuis huit heures environ l'enfant avait cessé de vivre ! »

(La suite au prochain numéro.)

Revue de pharmacie et des sciences accessoires.

—

Théorie des équivalents. — Formules pour l'administration de l'huile de foie de morue. — Dragées de Pougues.

Théorie des équivalents. — Nous sommes aujourd'hui forcé de nous départir de la règle que nous nous sommes tracée en commençant cette revue ; nous nous étions promis, en effet, de laisser de côté toutes les questions de science spéculative pour étudier seulement celles qui présentent un intérêt pratique actuel ou possible ; mais l'importance du travail qui vient d'être lu devant l'Académie des sciences, le nom de son auteur, l'influence qu'il peut avoir non-seulement sur la manière dont quelques chimistes pourront interpréter et traduire les combinaisons chimiques, mais aussi sur la direction qu'ils pourraient donner à leur travaux, nous obligent à en rendre compte.

Nous n'aborderons d'ailleurs ces hautes considérations philosophiques que le plus rarement possible, et seulement lorsque l'importance de ces savantes communications, en rendant probable l'application usuelle des idées qui y seront émises, nous en fera un devoir.

Tel est le cas du sujet qui va nous occuper aujourd'hui.

M. Dumas vient de lire devant l'Académie des sciences un long et important Mémoire sur les équivalents des corps simples, c'est-à-dire sur les poids respectifs des particules matérielles dont la combinaison donne naissance à tous les corps de la nature.

Avant d'analyser le travail du savant académicien, que nous devrons examiner au point de vue des modifications qu'il peut apporter dans les notations chimiques, et aussi au point de vue philosophique de la constitution intime des corps.

Rappelons, pour mémoire, qu'il existe encore aujourd'hui plusieurs manières d'expliquer les combinaisons chimiques.

Partant de ce principe, admis en chimie et en physique, que la matière est formée de molécules ou atomes fort petits, impénétrables et indivisibles, plus ou moins écartés les uns des autres et ne pouvant jamais être amenés au contact, quelques chimistes ont pensé qu'il était possible, à l'aide des ressources de la chimie ou de considérations purement physiques, de fixer le nombre de molécules que chaque équivalent de corps simple ou combiné représente.

Se basant sur cette observation que l'on croyait alors une loi absolue, que les gaz les plus variés se dilatent ou se contractent d'une même quantité sous l'influence de changements égaux dans leur température ou leur pression, ces savants ont pensé que les molécules de tous les gaz sont placés à égales distances, pour des pressions et des températures semblables ; ce qui revenait à dire que, sous un même volume, les vapeurs les plus variées, soumises aux mêmes influences, contenaient le même nombre d'atomes.

En déterminant par le calcul le volume de vapeur des corps qui ne sont pas volatils, ils ont pu étendre cette hypothèse à tous les corps simples ; puis en prenant le poids comparatif des gaz sous un même volume, ils ont obtenu ce qu'on appelle le *poids atomique* des corps, qui est toujours la moitié ou l'égal du nombre qui exprime l'équivalent du même corps. Avec leur prétention de fixer le nombre d'atomes qui entrent dans les combinaisons chimiques, ils ont dès lors interprété ces combinaisons d'après le chiffre des volumes de vapeurs, puisqu'ils admettaient que les chiffres qui expriment réellement les volumes relatifs de vapeurs combinées, expriment aussi les volumes relatifs des atomes de chaque corps ; aussi, lorsque la synthèse eut prouvé que l'eau, par exemple, était composée d'un volume d'oxygène et de deux volumes d'hydrogène, ont-ils dit : « L'eau est composée d'un atome d'oxygène et de deux atomes d'hydrogène, » et ainsi des autres combinaisons.

Mais comme, après tout, l'existence de ces atomes est hypothétique, et que chacun, aujourd'hui, se les représente à sa guise et d'une manière arbitraire, il est nécessaire de ne pas perdre de vue les *équivalents* chimiques, véritables représentants des faits dégagés de toute idée spéculative et dont la première démonstration appartient à Wenzel. Avant lui, on regardait les composés chimiques comme devant subir des développements analogues à ceux des corps organisés, et l'on supposait que ces composés se formaient en acquérant, successivement et par nuances insensibles, les éléments qui entraient dans leur composition. Ce fut Wenzel qui, dans sa *Théorie des affinités*, qu'il publia en 1777, prouva par des analyses d'une exactitude telle, qu'elles peuvent être comparées à celles des plus habiles chimistes de notre époque, que les combinaisons variables et indéfinies auxquelles on croyait alors n'existaient pas, que la composition des corps offrait une véritable constance et qu'elle était soumise à des règles précises.

Il établit que le rapport qui existe entre les poids de deux bases nécessaires pour saturer un même poids d'acide, ne change pas, quel que soit l'acide, et réciproquement, que le rapport qui existe entre les poids de deux acides capables de saturer un même poids de base est invariable quelle que soit la base, ce qui démontre que, contrairement à la théorie de Dalton, qui prétend fixer le *nombre* des molécules des différents corps qui forment les composés chimiques, les équivalents ont pour but de représenter la *proportion pondérable* suivant laquelle les corps se combinent d'après l'expérience sans qu'on ait la prétention d'indiquer combien il existe de molécules dans chaque équivalent.

Rappelons en quelques mots les conventions qu'il a fallu faire pour former d'une manière commode la table des équivalents.

Il a d'abord été nécessaire de choisir un corps dont le poids serait pris pour l'unité, et à ce sujet, deux opinions ont été émises.

Les uns, se rangeant à l'avis de Berzelius, qui a fait de cette question l'objet des expériences et des méditations de trente années de sa savante et glorieuse existence, envisagent les éléments de la chimie minérale comme des êtres distincts, indépendants les uns des autres, dont les molécules n'ont rien de commun, sinon leur fixité, et admettent qu'il y a autant de matières distinctes qu'il y a d'éléments chimiques.

Pour ceux-ci, l'unité fondamentale a été l'oxygène, dont l'équivalent est supposé égal à 100.

Seulement, comme l'équivalent des autres corps eût été différent, suivant qu'on l'aurait tiré du premier, du deuxième ou du troisième degré d'oxydation de ces corps, pour éviter toute confusion, on a, sauf quelques exceptions, donné la préférence au protoxyde.

Il s'ensuit que, dans cette manière de voir, l'équivalent d'un corps simple représente la quantité de ce corps, qui, en se combinant avec 100 d'oxygène, donne naissance à un protoxyde.

L'équivalent d'un corps composé se forme en additionnant les équivalents des corps qui le constituent.

Or, la valeur de ces équivalents, dit M. Dumas, a été déterminée par Berzelius avec une telle précision, qu'ils suffisent à tous les besoins de la chimie pratique, même dans des circonstances délicates et compliquées, et qu'à leur aide, la vraie formule des corps composés se manifeste, et qu'ils ne laissent aucune hésitation dans l'esprit de celui qui les emploie, pour remonter, des résultats bruts d'une analyse, à leur expression symbolique.

Aussi cette manière d'interpréter les combinaisons chimiques avait-elle été admise par la très-grande majorité des chimistes.

Contrairement à l'opinion de Berzelius, un chimiste anglais, le docteur Prout, signalait, il y a longtemps déjà, une relation qui se manifeste entre les chiffres des équivalents des différents corps si disparates au premier abord, et montrait qu'en prenant l'équivalent de l'hydrogène pour unité, ceux des autres corps simples s'exprimaient généralement par des nombres entiers, et même, le plus souvent, par des nombres peu élevés.

On reconnut depuis que certains équivalents, ceux des corps les plus analogues dans leurs propriétés, sont quelquefois égaux ou du moins liés entre eux par des rapports très simples, tels que celui de 1 à 2.

On reconnut, de plus, que si l'on considère trois corps très rapprochés les uns des autres par leurs allures chimiques, l'équivalent du corps intermédiaire est assez souvent représenté par la moyenne exacte du poids des équivalents des deux éléments extrêmes.

Ce qui porta Prout à admettre les molécules des divers éléments chimiques comme constitués par la condensation d'une matière unique, telle que l hydrogène, par exemple, et à penser que des quantités semblables de cette matière unique pourraient, par des arrangements différents, constituer des éléments de même poids, mais doués de propriétés distinctes ; partant de ce principe, il envisage la molécule d'un élément intermédiaire entre deux autres éléments de la même famille, comme étant produite par l'union de deux demimolécules des éléments extrêmes.

C'est à la démonstration de la probabilité de cette opinion, qui ouvre, comme le dit M. Dumas, à la philosophie naturelle de vastes et profonds horizons, que cet illustre savant a appliqué, dans le travail qui nous occupe, son habileté bien connue et sa magnifique intelligence.

Mais, avant d'aborder les expériences auxquelles M. Dumas a dû se livrer, qu'on nous permette de faire remarquer, dès à présent, que si l'on admet l'existence d'une matière unique génératrice de tous les corps de la nature, les différents états sous lesquels ceux-ci s'offrent constamment à nous, ne seront plus que la conséquence d'un état isomérique différent ; or, si cette manière de voir permet d'assimiler, par leur constitution présumée, les radicaux simples de la chimie minérale aux radicaux composés de la chimie organique dont la constitution est connue ; elle permet encore d'admettre, comme possible, la transmutation des métaux et donne des chances de succès à la recherche de la pierre philosophale.

Ce n'est point ici une critique que nous voulons faire, puisque M. Dumas a évité d'aborder cette partie de la question, mais nous dirons pourtant qu'avant de jeter les esprits dans une voie qui a produit déjà tant de malheurs et tant de désastres il serait utile d'appuyer son opinion, non plus sur des raisonnements plus ou moins spécieux, mais sur des faits, et le seul fait qui puisse à nos yeux avoir une valeur sérieuse, c'est de prouver par l'analyse que deux corps considérés comme simples, ne sont que le même corps sous deux états isomériques différents ; c'est, en un mot, la solution du problème lui-même.

Ceci dit, et sans rien retrancher de notre admiration pour les belles expériences et les savantes conceptions que M. Dumas a réunies dans son mémoire, mais auxquelles nous avons voulu donner leur valeur spéculative réelle, nous allons nous livrer à l'analyse de ce véritable monument scientifique.

Nous continuerons ce sujet dans notre prochaine *revue*, et nous rentrerons pour aujourd'hui sur un terrain moins élevé mais plus *officinal*.

Formules pour l'administration de l'huile de foie de morue. —Les difficultés qu'éprouve souvent le médecin pour faire prendre l'huile de foie de morue aux adultes, ont engagé un certain nombre de pharmaciens à préparer une gelée avec ce médicament, dans le but d'en faciliter l'ingestion.

Nous nous sommes expliqué ailleurs sur la valeur de ces préparations, qui ne représentent, sous un volume assez considérable, qu'une faible quantité de médicament, et qui ont en outre le grave inconvénient de présenter à l'estomac, à la place d'un produit éminemment digestible, l'huile de foie de morue, un aliment d'une digestion difficile, la gélatine ; alors qu'il est si facile d'en masquer l'odeur et la saveur, à l'aide soit d'un d'un peu de sel de cuisine, soit d'un peu de café noir, la seule précaution à prendre étant de l'administrer dans les cinq minutes qui précèdent ou qui suivent le repas.

Quoi qu'il en soit, notre devoir de chroniqueur nous oblige à mettre sous les yeux de nos lecteurs les diverses formules qui ont été publiées sur ce sujet, afin que le pharmacien puisse répondre au désir, rarement, mais quelquefois pourtant manifesté par le médecin.

Formule de M. Stanislas Martin.

Huile de foie de morue	60	grammes.
Blanc de baleine récent	10	—
Sirop simple	25	grammes.
Rhum de la Jamaïque	25	—

On bat ensemble à chaud l'huile additionnée de spermaceti, le sirop et le rhum, et l'on coule dans un vase lorsqu'elle a pris un peu de consistance.

Cette formule ne remplit qu'à moitié le but cherché ; celle qui suit est préférable :

Gélatine	16	grammes
Eau	125	—
Sirop	125	—
Huile de foie de morue	250	—
Essence pour aromatiser	q. s.	—

Faites dissoudre la gélatine dans l'eau bouillante, ajoutez successivement le sirop, l'huile et l'aromate; placez dans un bain d'eau froide le vase contenant le tout, battez la gelée pendant 5 minutes au plus, et versez ensuite, encore coulante, dans un flacon à large ouverture.

M. Mouchon a proposé de faire une gelée d'huile de foie de morue à l'aide d'une décoction de fucus crispus ; mais comme, dans le deux formules qui précèdent, la quantité du médicament est minime, eu égard à celle de gelée à ingérer, ce défaut est encore considérablement augmenté, ainsi qu'on peut s'en convaincre dans la dernière de ces formules, celle dans laquelle entre le lichen.

Gelée avec le fucus.

Fucus crispus	16	grammes
Eau	575	—
Sirop	125	—
Huile de foie de morue	250	—
Aromates	q. s.	—

Agissez comme précédemment, en substituant la décoction de fucus à la dissolution de gélatine.

Gelée avec le lichen d'Islande.

Gelée de lichen	125	grammes
Gélatine	5	—
Huile de foie de morue	25	—

Faire la gelée de lichen par les procédés ordinaires en y faisant dissoudre la gélatine, ajouter l'huile de foie de morue, agiter jusqu'à ce que le mélange soit homogène et que la gelée commence à se prendre.

Dragées de Pougues. — M. Victor Garnier, qui a généralisé l'emploi des médicaments sous forme de dragées, a cru utile d'appliquer cette forme médicamenteuse aux principes actifs des eaux de Pougues. Voici comment il s'exprime à ce sujet :

« Les propriétés bien connues des eaux de Vichy, dit M. Garnier, donnèrent à d'Arcet l'idée de faire des pastilles contenant le principe le plus important de ces eaux. Nous avons pensé qu'une préparation analogue, renfermant les principes les plus importants des eaux naturelles de Pougues, serait digne d'occuper aussi sa place dans la thérapeutique ; de là nous est venue l'idée de faire des dragées de Pougues, préparation assurément supérieure aux pastilles. Nous n'aurons donc pas la prétention de dire que les dragées que nous préparons sont faites avec les sels extraits des eaux naturelles de Pougues; nous dirons simplement que nous avons formé par la synthèse un sel qui, par sa composition, se rapproche des principes minéralisateurs de ces eaux.

» Nous constituons d'abord un sel double, chlorure de calcium et de magnésium, et nous le traitons ainsi :

» Chlorure de calcium et de magnésium,	100 grammes.
» Chlorure de fer,	10 gr.

» Nous dissolvons le tout ensemble, filtrons et décomposons par une solution, également filtrée, de carbonate de soude, jusqu'à cessation de précipité ; nous lavons ce précipité sur un filtre, et, après l'avoir laissé à la presse pour lui enlever toute l'eau possible, nous le mêlons avec 100 grammes de bicarbonate de soude et sursaturons

le tout d'acide carbonique à l'aide de l'appareil qui sert à la préparation de ce sel.

Nous incorporons 250 grammes de ce sel alcalin, magnésien ferrugineux dans 4,750 de pâte propre à la confection de pastilles et aromatisée à la menthe, nous divisons cette pâte en noyaux de 50 centigrammes, que nous transformons en dragées.

» La pâte dont nous nous servons n'est point faite comme la pâte des pastilles ordinaires; elle est faite avec le sirop de sucre d'orge. Aussitôt que la température le permet, nous y incorporons notre sel et faisons passer la masse entre deux cylindres qui forment nos noyaux; comme ils sont parfaitement secs, nous recouvrons aussitôt d'une couche de sucre pour en faire des dragées.

» Ce mode de préparation offre des avantages incontestables. Le produit est plus agréable au goût que les pastilles alcalines ordinaires, et le drageage les met à l'abri de toute espèce d'altération.

» Nous pensons que ces dragées, qui jouissent de propriétés digestives qu'on ne saurait contester, conviennent dans diverses affections de l'estomac et des intestins, et que la faible quaniité de fer qu'eiles contiennent les rend, pour beaucoup de constitutions, préférables aux pastilles simplement alcalines. »

Cette manière de voir est partagée par M. Bouchardat, qui, dans son *Annuaire* de 1857, dit :

« Je viens d'exposer, d'après M. Garnier, la préparation et les propriétés des dragés de Pougues; je suis convaincu que cette association des bicarbonates de soude, de magnésie, de chaux et de fer est des plus heureuses, et qu'elle l'emportera de beaucoup en utilité sur le bicarbonate de soude, qui intervient seul dans la préparation des pastilles de Vichy.

» J'ai eu de nombreuses occasions d'insister sur les avantages qu'on obtient en administrant simultanément les matières inorganiques qui entrent dans la composition du corps de l'homme. La soude, la chaux, la magnésie, le fer viennent au premier rang pour leur utilité, et ce sont précisément ces substances qu'on trouve dans les dragées de Pougues. Cette composition explique très bien les succès si nombreux qu'on obtient de l'administration continue de ces eaux célèbres dans les débilités, dans la glycosurie, maladie dans laquelle les pertes des matières inorganiques de l'économie par les urines sont si grandes. » (Bouchardat, *Ann.* de 1857.)

BERTHÉ.

ACTES OFFICIELS

Arrêté relatif à l'École de médecine de Bucharest.

A propos de la création d'une école de médecine à Bucharest, création due à l'active initiative de M. le docteur Davila, M. le ministre, sur l'avis favorable de M. l'inspecteur Bérard, vient de prendre l'arrêté suivant, en date du 3 novembre :

Art. 1er.—Les élèves de l'Ecole de médecine et de chirurgie du Bucharest, qui justifieront de quatre années d'études dans ladite école, et des connaissances analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès sciences, pourront, après avoir subi avec succès l'examen de troisième année devant la Faculté de médecine de Paris, être autorisés à y prendre les quatre dernières inscriptions et aspirer au doctorat.

Art. 2.—Les élèves de l'Ecole de médecine et de chirurgie de Bucharest qui voudront profiter des avantages énumérés dans l'article 1er, devront préalablement verser au secrétariat de la Faculté des sciences de Paris, les droits afférents au baccalauréat ès sciences, et au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, le prix de douze inscriptions correspondantes leurs quatre années d'études.

Art. 3. — Les certificats constatant des études analogues à celles qu'on exige en France pour le baccalauréat ès sciences et les certificats d'inscriptions prises à l'école de Bucharest, pendant quatre années, devront être revêtus de la signature du directeur de l'école et frappés du timbre de ladite école; ils seront en outre visés et certifiés véritables par le consul général de France.

Les exigences de la mise en pages du journal nous obligent encore à remettre au prochain numéro les comptes rendus des séances du *Cercle des Sciences.*

VARIÉTÉS.

Souscription pour élever une statue à Edouard JENNER.

La lettre suivante a été adressée à la plupart des médecins de Paris. On nous prie de la porter à la connaissance de nos lecteurs des départements :

« Monsieur,

» Le 9 janvier 1857, nous avons eu l'honneur de communiquer à la *Société des Sciences Industrielles, Arts et Belles-Lettres de Paris* le projet que nous avions d'ouvrir une souscription pour élever un monument à la mémoire de l'illustre Anglais JENNER. La Société ayant vivement encouragé cette idée, nous avons demandé au consei municipal de Boulogne-sur-Mer (14 janvier) (1) l'autorisation d'ériger la statue dans cette ville. Cette autorisation a été obtenue le 3 juin 1857, et la souscription a été ouverte immédiatement. Nous n'avons pas besoin, monsieur, d'énumérer les immenses service rendus par Jenner : ils sont connus et appréciés des hommes d'élite de tous les pays. Nous venons seulement vous prier d'unir vos efforts aux nôtres pour la réalisation de ce projet. Le corps médical français, interprète, dans cette circonstance, de la gratitude du public, a voulu prouver, ainsi que les savants, de quelque nation qu'ils soient, ne forment tous qu'une seule famille, la *famille humanitaire.*

» Une commission d'honneur, dont les noms suivent, a bien voulu patroner cette œuvre éminemment nationale et y apporter son concours et sa haute protection. Nous espérons que la France entière répondra aux nobles efforts de ces illustres représentants de la science.

» La souscription est ouverte depuis le 5 juin. Une brochure, contenant l'historique des travaux de la commission, la liste des souscriptions, le détail des dépenses, etc., sera publiée et adressée à tous les souscripteurs.

» COMMISSION D'HONNEUR :

» *Présidents :* MM. DUMÉRIL et SERRES;

» *Membres :* MM. BARTHEZ (Ernest), BÉGIN, BÉRARD (P.), BOYER (Philippe), CLOQUET (J.), DANYAU, DAVENNE, *administrateur général de l'Assistance publique;* DUBOIS (Paul), GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, JOBERT (DE LAMBALLE), LOUIS, NÉLATON.

» Les souscriptions doivent être adressées à M. GOSSART, notaire, rue Saint-Honoré, 217, à Paris.

» Nous avons l'honneur d'être,

» Monsieur,

» Vos très humbles serviteurs,

» *Les membres de la commission d'exécution :*

MM. ADDE-MARGRAS (de Nancy), médecin, *président;* B. LUNEL, médecin, *secrétaire général;* E. PAUL, sculpteur, *chargé de l'exécution de la statue;* FAVRE (Adolphe), *secrétaire particulier;* LEFOL, médecin. »

— Nous avons reçu de notre ami Roux communication d'une lettre qui lui a été adressée et qui paraît inspirée par un sentiment louable, quoique l'auteur ait jugé à propos de garder l'anonyme. Si notre ami inconnu veut bien nous faire une visite, nous lui donnerons des explications qui, nous osons l'espérer, le satisferont complétement.

(1) Port principal de débarquement de l'Angleterre, patrie de Jenner.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° [illegible] 5me ANNÉE. Mardi, 8 Décembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an........ 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, [illegible] décembre 1857.

Académie des sciences.

[Discussion des communications faites à l'Académie ; les journalistes et le secrétariat. — La cyclamine, etc.]

M. Leverrier ne jouit point des faveurs de la popularité, et, si l'on croyait tout ce que l'on dit sur son compte, il y aurait bien à cela quelques bonnes raisons. Mais, nous l'avouons sans peine, la popularité est pour nous un faible titre, et c'est moins d'après ses caprices que d'après leurs actes que nous jugeons les hommes. Or, c'est un acte légitime et utile qu'a fait M. Leverrier, quand il a cherché à apprécier une communication faite à l'Académie et à établir qu'il était du droit d'un académicien d'en agir ainsi, surtout, comme il l'a parfaitement établi, lorsque les journalistes, privés aujourd'hui du droit d'examiner au secrétariat les pièces de la correspondance, ne peuvent les juger que d'après les extraits, tantôt libéraux, tantôt parcimonieux, des *comptes rendus* officiels. Or, ces comptes rendus comprennent de telle façon l'officialité, que celui de la dernière séance *ne dit pas un mot* du grave incident soulevé par M. Leverrier, en sorte que, sans la presse bénévole, le public l'ignorerait complétement.

Les objections faites par quelques membres, qu'on ne doit discuter les communications faites à l'Académie qu'au moment de la lecture des rapports dont elles sont l'objet, nous a tout l'air d'une mystification, et nous félicitons cordialement M. Faye (autre académicien non populaire) d'avoir eu la franchise de le dire : « Des rapports, a dit M. Faye, on n'en fait pas ou l'on n'en fait guère ; renvoyer la discussion après les rapports, c'est la renvoyer aux calendes grecques. » Si rien n'est plus fâcheux à répéter que les paroles de M. Faye, en revanche, rien n'est plus vrai, et nous devons le féliciter itérativement d'avoir eu le courage de les dire ; nous ne devons pas moins féliciter M. Leverrier de la tentative qu'il a faite en faveur d'un principe dont la justesse aurait dû frapper tous les yeux, et aussi en faveur, non des journalistes, qui se passent parfaitement du privilége qu'ils avaient autrefois, mais en faveur de la propagation des découvertes utiles et de leur discussion éclairée, conséquence naturelle de ce privilége. Que M. Leverrier revienne à la charge et il ne tardera pas à triompher d'oppositions injustes autant que surannées et inintelligentes.

S'il est vrai qu'on ne fasse guère de rapports à l'Académie, il est vrai pourtant qu'on en fait quelquefois ; et la preuve, c'est

---

LES FLÈCHES MÉDICALES.

—

Un homœopathe bien en colère : acte II. — Les heureuses infortunes d'une somnambule. — Un orateur qui ne s'oublie pas. — Et voilà comme on écrit l'histoire (des maladies).

—

Sonnez, clairons, sonnez, répandez la terreur
En contant aux échos la terrible bagarre
Qui faillit envoyer au fin fond du Ténare
Un hommaupattes trop rageur.

Ecoutez ! écoutez !!! il s'avance, le sol frémit au loin, les entrailles de la terre paraissent éprouver des borborygmes, le soleil lui-même, frissonnant cherche à se dissimuler derrière un épais rideau de nuages ; mais les nuées épouvantées se bousculent en fuyant dans toutes les directions, et le blond Phœbus, ce lampion de l'espace, est forcé d'éclairer de ses rayons la scène de carnage qui va s'accomplir.

Boum ! Boum !!!

Sonnez, clairons, sonnez, répandez la terreur
En contant aux échos la terrible bagarre,
Qui faillit envoyer au fin fond du Ténare
Un hommaupattes trop rageur.

Ecoutez ! il s'avance ! un casque au panache ondoyant n'ombrage pas son noble front. Le gilet de flanelle qu'il porte n'a pas été forgé par les cyclopes ; sa chemise n'est point doublée d'un triple airain ; son paletot n'est pas fabriqué avec l'acier brillant des manufactures de Vulcain ; et cependant il s'avance l'air fier et hardi, car la crainte n'a jamais eu de domicile dans les cavités de son cœur.

Boum ! boum !!!

—

Sonnez, clairons, sonnez, répandez la terreur
En contant aux échos la terrible bagarre
Qui faillit envoyer au fin fond du Ténare
Un hommaupattes trop rageur.

Il pénètre dans le vestiaire des prêtres d'Esculape, son œil sombre s'arrête sur un allopathe assez infortuné pour ne pas l'apprécier, assez hardi pour lui avoir une fois ri au nez. Son regard lance trois éclair cosmme les héros d'Homère ; il apostrophe son ennemi et lui

que M. Pelouze en a fait un très consciencieux lundi dernier, où il a donné un juste tribut d'éloges aux belles recherches d'un de nos plus habiles chimistes, M. de Luca. Nous disons de *nos* plus habiles chimistes, car si M. de Luca est Napolitain, par la naissance, il est Français, et des meilleurs, par la science, l'esprit et le travail. Ses remarquables études sur le *cyclamen* ont non-seulement enrichi la chimie de faits nouveaux, aussi curieux qu'importants (par exemple, la découverte d'un alcaloïde non azoté), mais ils ont encore fourni à la toxicologie, et probablement à la thérapeutique, des données dont elles tireront profit. M. Pelouze a terminé en remarquant que l'étude chimique du *cyclamen* demandait à être poursuivie. M. de Luca n'est pas homme à laisser cette étude en chemin.

— Nous ne pouvons que mentionner les importantes communications de MM. Pasteur et Berthelot, laissant à notre collaborateur pour la partie chimique le soin de faire ressortir le nouveau jour qu'elles jettent sur la philosophie de la science, et les applications dont elles pourront être l'objet.

— L'activité de M. Brown-Séquard semble croître chaque jour davantage, et, chose plus rare, l'intérêt des faits qu'il fait connaître ne perd rien à leur multiplicité. Ceux dont il a entretenu l'Académie dans la dernière séance sont incontestablement des plus curieux, et peut-être des plus importants pour la pratique encore incertaine de la transfusion. Nous n'avons pas à discuter ces faits; il n'y a qu'à les contrôler, et ce rôle ne peut appartenir aux simples critiques. Il y aurait peut-être quelques remarques sur la façon dont M. Brown explique la mort; mais c'est là un point secondaire qui, vrai ou faux, n'enlève rien à l'extrême intérêt des faits communiqués par M. Brown.

— Nous avions déjà rappelé, à propos de la présentation de M. Sédillot, les droits de M. Boinet dans la question soulevée par l'habile chirurgien de Strasbourg. M. Boinet a pensé qu'on n'est jamais si bien servi que par soi-même, et il a bien raison; la note qu'il a présentée expose, mieux que nous n'avions pu le faire, ses opinions et sa pratique, que l'expérience a du reste confirmées, au moins en grande partie. Il y a cependant un point sur lequel nous ne pouvons pas nous ranger à l'avis de M. Boinet : c'est celui relatif à la sonde à demeure. Nous persistons à croire que cette sonde a plus d'inconvénients que d'avantages, si l'on ne s'oppose pas à l'entrée de l'air dans la plèvre.

— M. Mandl a fait une communication qui sera plus utile que longue, si l'ingénieux appareil qu'il a imaginé tient tout ce qu'il promet; on peut, d'ailleurs, espérer qu'il en sera ainsi, quand on connaît comme nous le talent d'observation de M. Mandl, et son peu de facilité aux illusions.

— Nos lecteurs n'ont rien à apprendre sur l'efficacité de l'hydrothérapie dans le traitement des fièvres intermittentes. Nous ne parlerons donc pas de la communication de M. Fleury, si ce n'est pour exprimer l'espoir que l'Académie mettra des recherches d'une aussi haute utilité au nombre de celles auxquelles elle accorde la sanction de ses encouragements.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE CLINIQUE

Études cliniques sur le perchlorure de fer.

Par le docteur DELEAU, médecin en chef de la Roquette.

(Du perchlorure contre les hémorrhagies.)

— Suite. — Voir le numéro 146. —

3° *Hémoptysies.* — L'hémoptysie est une hémorrhagie qui diffère de toutes les autres par la cause spéciale qu'elle reconnaît habituellement et par le pronostic qu'elle entraîne. Nous ne croyons pas néanmoins que ce pronostic soit aussi constamment grave qu'a été amené à le penser notre célèbre confrère, M. Louis, d'après ses belles recherches, et nous avons pu constater plus d'une fois que le perchlorure de fer arrête certaines hémoptysies d'une manière que l'on peut considérer comme définitive.

OBS. VIII. — *Bronchite chronique. — Hémoptysie. — Perchlorure de fer. — Guérison.* — Le nommé P... âgé de 26 ans, d'un tempérament anémique, paraît jouir d'une apparence de bonne santé, qui se manifeste par un appétit alimentaire de bon aloi, avec digestions faciles et évacuations journalières des matières alvines. Ce malade est sujet à des épistaxis dès l'âge de 12 ans, qui n'ont pu céder entièrement aux moyens thérapeutiques. L'âge de puberté n'a présenté aucun changement notable dans sa santé. Mais depuis deux années,

---

prodigue les injures qui précédaient jadis les combats singuliers; il se bat les flancs avec sa propre colère et s'écrie d'une voix qui cherche plaies et bosses : « Comment reçoit-on ici de pareils drôles! » L'écho seul lui répond; furieux, il s'avance vers l'allopathe impassible et répète en accompagnant sa phrase d'un geste menaçant : « Comment reçoit-on de pareils drôles ici!!! »

Boum! boum!!!

—

Sonnez, clairons, sonnez, répandez la terreur
En contant aux échos la terrible bagarre
Qui faillit envoyer au fin fond du Ténare
Un hommaupattes trop rageur.

L'ALLOPATHE. — Est-ce à moi, chevalier discourtois, que ce discours s'adresse?

— Oui, à vous, polisson qui osez rester couvert devant moi. Quittez votre couvre-chef, ou sinon je le ferai rouler dans la poussière.

— Je voudrais bien voir cela!

— (*Lui donnant un renfoncement.*) Tiens, polisson!

L'allopathe lui allonge quelques coups de poing. Les assistants se précipitent entre eux, et l'agresseur, enchaîné par des mains amies, n'a plus que la langue de libre et s'en sert en vaillant soldat.

(*Tableau.*)

Boum! boum!!!

—

Sonnez, clairons, sonnez, répandez la terreur
En contant aux échos la terrible bagarre
Qui faillit envoyer au fin fond du Ténare
Un hommaupattes trop rageur.

—Holà! mon page, qu'on m'apporte une bonne lame de Tolède, rien qu'une, et je pourfendrai ce vilain qui prend mon œil pour un placard à coups de poing. Saint Hahnemann, à la rescousse! Je ferai un caleçon avec son péritoine. Que le diable emporte le page! Si j'avais seulement une pertuisane, une lance ou une hallebarde!

Le pauvre chevalier se fouillait convulsivement pour trouver une arme offensive, mais hélas! il ne possédait même pas une lancette; ses poches ne contenaient que des globules aussi impuissants pour plonger un ennemi dans le sombre Tartare que pour empêcher un malade de traverser le triste Achéron.

Boum! boum!!!

e malade a été frappé d'une légère bronchite aiguë qui s'est prolongée avec une toux sèche, râle bruyant à la partie supérieure du poumon droit. A la suite d'une quinte de toux vive, le sang paraît dans ses crachats et devient plus abondant dans la journée. Cet état hémorrhagique a dû céder à une médication douce et à un régime convenable. Cependant l'hémoptysie s'est manifestée à plusieurs reprises, suivant que le malade s'exposait à la température variable des saisons. Elle épuise le malade et elle donne des inquiétudes sérieuses à la famille qui se décide à confier à nos soins une santé chancelante.

A notre première visite, nous constatons les symptômes déjà connus, mais de plus une matité à la partie supérieure du poumon droit, avec respiration pénible, suffocation, toux, dans l'exercice de la parole. L'état du malade ne nous permet point de faire une saignée dérivative même légère. Nous soumettons le malade à l'usage de boissons pectorales édulcorées avec le sirop de baume de tolu, aux bains de pieds sinapisés à l'huile de ricin.

L'hémoptysie ne cède en rien de sa gravité. Nous prescrivons au malade le sirop de perchlorure de fer, une cuillerée à bouche matin et soir dans un peu d'eau fraîche. Au troisième jour de l'emploi du sel ferrique, la toux est moins fréquente, moins vive; le sang paraît moins abondant; les jours suivants, une amélioration très sensible a lieu, qui donne l'espérance d'un meilleur avenir.

L'hémoptysie cède insensiblement à la médication. Le poumon est plus perméable à l'introduction de l'air; le bouillonnement sanguin se dissipe, la toux perd de sa fréquence. Le malade repose une grande partie des nuits ; il peut se livrer à l'usage du bouillon et de légers potages.

Le traitement par le sirop de perchlorure de fer est continué pendant un mois ; il amène le malade à une santé plus satisfaisante. Nous visitons le malade à quelques jours d'intervalle, et après deux mois de soins assidus, le malade se trouve dans un bon état de santé qui ne s'est pas démenti un instant depuis six mois.

Cette observation est remarquable sous plusieurs rapports thérapeutiques. Le perchlorure de fer n'arrête pas seulement la permanence de l'hémoptysie, mais il modifie encore le parenchyme pulmonaire et devient un médicament sédatif en calmant la susceptibilité nerveuse de la membrane muqueuse des bronches.

4° *Hémorrhagies interstitielles.* — Mon distingué confrère M. Pize réclamait à tort, tout récemment, contre mes prétentions à la priorité pour l'emploi du perchlorure de fer contre le *purpura*; j'ai, en général, fort peu de prétentions, et ma principale est de faire passer dans la pratique générale, de vulgariser une médication qui, bien préparée et sagement administrée, doit être placée *au premier rang* dans la thérapeutique.

Pour arriver à ce but, j'aime mieux encore les observations de mes confrères que les miennes, parce qu'elles paraissent peut-être moins suspectes aux praticiens ; aussi est-ce avec la plus grande satisfaction que je lis celles de M. Pize, bien loin d'en être contrarié. C'est pour la même raison que je vais me contenter, à propos du *purpura*, de publier ici les faits pleins d'intérêt que m'a communiqués M. le docteur Bourguignon, en les faisant précéder des quelques considérations générales dont les accompagne mon distingué confrère.

« Depuis bientôt deux ans, dit M. Bourguignon, je tiens un compte suivi des effets thérapeutiques dont je suis redevable, dans ma pratique, au perchlorure de fer. J'avais même commencé à rédiger, sur l'action de ce médicament, contre toute espèce de flux sanguin ou muqueux, un mémoire que je destinais au *Moniteur des Hôpitaux*; mais aujourd'hui, 20 juillet 1857, que ce même journal nous fait part du travail que vous venez de soumettre à l'appréciation de l'Académie, je crois devoir me borner à augmenter et corroborer vos études cliniques de mes propres observations.

» Pour cela, je prends la liberté de vous adresser, dans la simplicité de leur rédaction première, ceux de mes principaux faits qui m'ont paru plus concluants, chacun dans leur genre.

OBS. IX. — *Purpura hemorrhagica.* — « Bon... (Elisa), âgée de 12 ans, d'un tempérament lymphatique prononcé, est envoyée, au mois d'octobre 1855, du pays de Maurienne (Savoie), dans un village marécageux de l'arrière-vallée de l'Automne (Oise), pour y passer l'hiver chez son oncle, curé de la paroisse.

» Jusqu'au printemps, elle avait joui d'une santé florissante; mais au mois de mai, elle parut chanceler, et le 20, elle était prise d'une fièvre continue, muqueuse, qui la retint au lit deux semaines environ. Depuis quelques jours, j'avais abandonné la convalescente aux soins de ses parents, quand un matin, on me rappelle en toute hâte. C'était le 10 juin ; durant toute la nuit précédente, l'enfant avait perdu du sang presque pur par le nez, par la bouche, par les selles et par les urines. Aussi je trouve la malade d'une pâleur extrême quasi couleur de cire; ses lèvres sont sèches, noires et ridées; les ailes du nez sont amincies, rétractées et encore humides de sang à l'intérieur ; les yeux sont creux et brillants. Sur la peau se rencon-

---

—

Sonnez, clairons, sonnez, répandez la terreur
En contant aux échos la terrible bagarre
Qui faillit envoyer au fin fond du Ténare
Un hommaupattes trop rageur.

Enfin, son œil s'arrête sur une chaise, seule arme (de siége) qui soit à sa portée, il s'en empare et s'élance, en la brandissant, sur l'allopathe, qui s'arme de la même manière pour le recevoir.

Ici commence un combat terrible et acharné, qui glace le cœur de tous les assistants. Les coups tombent drus comme grêle, le temple, ébranlé par la violence des chocs, tremble sur ses fondations; l'éclair jaillit quand les armes se rencontrent, l'imprécation sort en sifflant des poitrines haletantes.

Cette lutte gigantesque durait depuis longtemps, lorsque la fortune trahit le courage de l'homme aux pattes, qui trébuche et tombe sur le dos, ce qui lui permet de ne pas mordre la poussière.

Boum! boum!!!

—

L'allopathe n'abuse pas de sa victoire, il se contente de s'écrier :

Sonnez, clairons, sonnez, répandez la terreur
En contant aux échos la terrible bagarre
Qui faillit envoyer au fin fond du Ténare
Un hommaupattes trop rageur.

—

— Il y a quelques jours, 11 novembre, une somnambule était appelée à rendre compte de ses faits et gestes par devant la huitième chambre correctionnelle; on l'accusait d'avoir pronostiqué les choses cachées, et, par suite, d'escroquerie, pour s'être fait payer ses pronostications.

Il paraît qu'on est beaucoup plus criminel en tirant les cartes et en devinant les choses cachées, qu'en exerçant la médecine de contrebande et sans diplôme; car la prévenue se défendait avec énergie en disant : « Je ne consulte pas pour les vols (ni probablement en faveur des chiens perdus), je consulte seulement pour les maladies ; » et comme preuve qu'elle n'exerce pas sa petite industrie dans le fond d'une cave, et que sa réputation a de l'éclat, elle prétendait avoir été appelée deux fois à la cour pour y donner des consultations.

Les témoins cités *à sa requête* viennent déposer qu'elle les a guéris de maladies incurables, etc.; on n'est pas plus impudent que cette *médecine*.

Elle exerçait donc l'art de guérir et ne s'occupait pas d'autre chose, à moins cependant qu'on ne lui donnât 10 francs par consultation pour découvrir des voleurs, qu'elle ne découvrait pas. Dans ce cas, elle prenait toujours les 10 francs.

Le tribunal, écartant la prévention d'escroquerie, l'a condamnée, *pour avoir pronostiqué*, à 15 francs d'amende.

trent çà et là, aux bras, aux cuisses, autour des jambes et sur la poitrine, des taches ecchymotiques, assez discrètes, d'un rouge violacé et d'une largeur variable qui atteint, en quelques endroits, le diamètre d'une pièce de 50 centimes. Deux surtout de ces taches hémorrhagiques occupent les commissures des lèvres, et saignent à chaque fois que l'enfant ouvre la bouche ; les gencives, du reste, sont rouges et fongueuses ; il n'y a pas eu de sommeil la nuit ; le pouls est faible et marque 105 ou 110; la soif est vive, la bouche amère, etc.

Prescription.

Sesquichlorure de fer	1 gr.
Eau distillée	250 gr.

» Un tiers de la solution, additionné de 30 gr. de sirop, sera donné par cuillerée à bouche toutes les demi-heures d'abord, ensuite toutes les heures ; un second tiers sera donné en lavement. Du reste, repos dans une chambre aérée et sombre, sur un lit peu couvert; sirop de groseilles et limonade citrique.

» Dans la matinée du lendemain, déjà les gencives ne saignent presque plus; les épistaxis ne se sont renouvelés que deux fois la nuit; enfin, les urines seules paraissent encore rouges et laissent dans le vase un léger dépôt fibrineux d'un rose foncé. Comme la malade refuse de prendre ce qui reste d'une seconde potion, à cause de son goût trop styptique, on le lui administre par bas, c'est-à-dire environ 80 gr. de la solution prescrite. Le reste, *ut suprà.*

» Dès le 12, tout symptôme hémorrhagique a disparu ; aussi le pouls se relève, et la malade paraît moins abattue, ce qu'il faut attribuer à quelques heures d'un sommeil paisible. Du reste, on surveille en vain une éruption de nouvelles taches; les premières même semblent perdre un peu de leur teinte brune.

» *Prescription.* — Lotions d'eau fraîche à l'aide d'une éponge, autant pour la propreté que pour la médication. Le reste, *ut suprà.*

» La nuit du 13 a ramené un sommeil presque normal. La malade a supporté admirablement les lotions, répétées par trois fois, et autant de fois on lui a donné un peu de bouillon, qu'elle a bu avec plaisir. Le goût amer et salé, ou ferrugineux, a disparu de la bouche. L'enfant réclame un peu de nourriture.

» *Prescription.* — Au bouillon et à la limonade, on ajoutera quelques gouttes de vin vieux, et pour le lendemain, un bouillon au tapioca; plus tard, un léger potage.

» Le 16, enfin, je revois une dernière fois la malade pour prescrire aux parents le régime qu'ils auront à lui faire suivre : chocolat ferrugineux, potages gras, viandes grillées, vin de Bordeaux et quelques bains froids.

» Un mois après, l'aimable enfant ne paraissait pas avoir été malade.

» *Remarques.*—Je ne puis m'empêcher de rapprocher cette observation de celle qu'a publiée en détail, il y a quelques mois, M. le docteur Pèze, de Montélimart ; c'est moins, toutefois, pour lui apprendre qu'avant lui j'avais employé le perchlorure de fer dans un cas grave de purpura, que pour lui faire observer la complète analogie qui existe entre ces deux observations sous le rapport du sexe, de l'âge, des antécédents, des causes par conséquent, des symptômes surtout et du traitement.

Obs. X. — *Purpura simplex.* — « Le 26 janvier 1857, je me trouvais pour affaire à R...., canton de Senlis ; un confrère avait ordonné depuis quelques jours, dans un cas de purpura chez une petite fille de 7 ans, un régime tonique et des grands bains. A cause de la saison et en présence du rouge pointillé de la peau, ses parents n'entendirent qu'avec répugnance parler de ce dernier remède ; ils saisissent ce prétexte pour m'appeler. Voyant à quels gens j'avais affaire et jugeant le cas des plus simples, je prescris : tisane de consoude, vin vieux coupé d'eau et cinq ou six cuillerées à café du sirop suivant : sesquichlorure de fer 1 gr., sirop de sucre 120 gr.; pour nourriture, chocolat léger, potages gras, panades et viandes rôties.

» Je revois la malade le 29 ; déjà les taches, assez légères du reste, étaient passées du rouge au violet pâle ou jaunâtre, mais les selles sont plus fréquentes et présentent une couleur vert foncé qui étonne les parents. J'obtiens d'eux de n'y faire aucune attention et de continuer toujours le sirop, seulement ils sont obligés d'ajouter eux-mêmes du sirop de gomme au sirop composé, dont la saveur déplaît à la malade ; elle en était à sa seconde bouteille. Le 4 février, je trouve la petite fille en pleine convalescence et je n'ai plus qu'à établir le régime. »

Obs. XI. — *Scarlatine à forme typhoïque. — Hémorrhagie de presque toutes les muqueuses. — Prescription du perchlorure de fer. — Refus de le prendre. — Mort.* — « A la suite d'une scarlatine grave, compliquée de diarrhée et de gonflements articulaires, Maxime Car...., âgé de dix ans, est pris de symptômes typhoïdes, alors qu'on espérait le voir entrer en convalescence; mais à ces symptômes : céphalalgie, insomnies, prostration complète, enduit de la langue et dépôt nacré des gencives, selles liquides, gargouillement et fièvre s'exaspérant le soir, en succèdent tout à coup de bien différents.

» Le dimanche 3 mai 1857, le malade avait eu déjà quelques hémorrhagies par les gencives ; ce jour-là il se mit à cracher et à vomir du sang, et à en rendre même avec les selles et les urines en assez

---

Cela vous apprendra, madame, une autre fois, à faire purement et simplement de la médecine, sans vous occuper de pronostiquer et de deviner MM. les voleurs, qui, du reste, auraient bien tort de s'en inquiéter.

Il est vrai que l'insertion du jugement dans les journaux lui fait une réclame qui vaudrait au moins 2,000 francs, seulement à 3 francs la ligne, car on y donne son nom et son adresse; ôtez 15 francs de 3,000, bénéfice net, 1,985 francs.

Un petit jugement comme celui-là toutes les semaines, et dans dix ans elle aura gagné un million avec la médecine.

— Dans l'avant-dernière séance de l'Institut, M. X. prit la parole. Son collègue, M. C..., dit à un de ses voisins : — Regardez quelle heure il est, et combien de temps il parlera.

Après que M. X. eut fini son *speech*, M. C... redit à son voisin :

— Combien de temps a-t-il parlé ?

— Onze minutes.

— Eh bien ! en onze minutes, il a trouvé le moyen de dire trente-deux fois JE, dix fois MOI et cinq fois NOUS.

— Le docteur X. a inventé, dans le temps, une paire de machines qui ont rendu quelques services à la science; seulement, comme tous les inventeurs qui n'ont eu qu'une idée dans leur vie, il prétend appliquer son idée à toute sorte de choses, notamment à la guérison de la fièvre typhoïde. Tout plein de ce rêve, il s'élance sur chaque ami qu'il rencontre, comme sur une proie, et le force à écouter sur-le-champ la lecture des observations qui bourrent ses poches.

L'autre jour, mon ami A... passait rue de la Chaussée-d'Antin, sans se méfier de rien, lorsque tout à coup le Dr X... lui saute au collet et d'une main vigoureuse l'entraîne sous une porte cochère ; là, l'infortuné A..., qui n'avait pas encore déjeûné, dut subir la lecture entière d'un Mémoire rempli d'observations de fièvres typhoïdes qui toutes avaient été guéries par le moyen du susdit instrument. Ce Mémoire devait être lu à l'Institut.

— Mais, fit observer timidement mon ami A..., je vois bien des guérisons, mais je crains qu'on ne vous conteste la nature de la maladie. Ainsi, pour que votre première observation soit inattaquable, il manque ceci et cela; il manque telles et telles choses à la seconde, etc., etc.

— Ah! sapristi ! vous avez raison, dit le Dr X... en tirant un crayon de sa poche, et je vais corriger cela tout de suite pour qu'il n'y manque plus rien.

GRIFFUS (d'Ephèse).

grande quantité; enfin, une épistaxis abondante durait déjà depuis près de trois heures quand on m'appela. Sans parler de nombreuses et très larges ecchymoses aux cuisses et surtout à la région lombaire, il s'agissait évidemment d'un purpura.

« Une solution (de 2 grammes de sesquichlorure de fer dans 500 grammes d'eau distillée), me sert aussitôt pour le tamponnement des fosses nasales et pour un lavement. Mais, quand on présente au malade, pur ou étendu, le sirop ferrugineux, il le refuse obstinément et n'accepte que de l'eau fraîche, Seul, à l'heure de mes visites, je puis lui en faire avaler quelques cuillerées. Aussi, les hémorrhagies continuent-elles par la bouche, par les narines, par le nez, dès qu'on enlève les tampons de charpie. D'heure en heure le malade s'épuise, la peau se décolore, à la face surtout; les extrémités se refroidissent, le pouls devient faible, fréquent, filiforme. Dès le 7, il y a une demi-surdité et surtout des éblouissements.

« C'est en vain que la mère éplorée offre à son fils de la tisane de ratanhia, du sirop de quinquina composé, il ne veut accepter d'elle que de l'eau fraîche, et toujours de l'eau ! Je suis obligé alors de multiplier mes visites; mais si j'ai le bonheur d'arrêter enfin les épistaxis, jusque-là si rebelles, je n'ai point celui d'arracher à la mort cette victime volontaire.

« Le 10 mai, dans la matinée, elle succombait pour n'avoir pas voulu prendre de médicaments.

« Je n'ajouterai aucune réflexion sur cette cruelle observation de mon confrère, si ce n'est pour dire que je suis parfaitement convaincu avec lui que si le petit malade n'avait pas refusé obstinément de se soumettre à la médication prescrite, il aurait chappé aux accidents qui l'ont emporté. »

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 30 novembre 1857.

Présidence de M. Geoffroy Saint-Hilaire.

Chimie organique. — Cyclamine. — M. Pelouze donne lecture du rapport suivant :

« La plante sur laquelle M. de Luca vient d'appeler l'attention des chimistes et des physiologistes est une espèce du genre cyclamen, de la famille des primulacées. Sa racine est un tubercule de forme aplatie, quelquefois sphérique, plus souvent irrégulière; brune à l'extérieur, blanchâtre à l'intérieur, inodore, d'une saveur amère. De cette tige souterraine, qui est la seule partie du végétal qu'ait étudiée M. de Luca, s'échappent plusieurs pédoncules droits ou contournés en spirales, très grêles, et supportant chacun une seule fleur, tantôt blanche, le plus ordinairement teinte en pourpre. Les feuilles naissent aussi du collet de la racine; elles sont arrondies cordiformes, à bords dentés ou anguleux, supportées par un pétiole fort long; leur face supérieure est d'un vert foncé, leur face inférieure d'un rouge violacé.

» Une espèce de cyclamen croît dans le midi de la France, dans l'Algérie et dans l'Italie. On cultive cette jolie plante dans les jardins, où elle offre plusieurs variétés à fleurs roses, blanches ou d'une couleur rouge violet.

» Son nom vulgaire de *pain-de-pourceau* a été donné, dit-on, aux cyclamens, à cause de l'avidité avec laquelle les porcs recherchent leurs racines tuberculeuses.

» Le cyclamen était très employé autrefois comme purgatif, vermifuge, emménagogue, etc., et il entrait dans la composition de plusieurs médicaments tous à peu près abandonnés aujourd'hui.

» Dans le royaume des Deux-Siciles, et principalement en Calabre, on fait usage des tubercules de cyclamen pour la pêche du poisson d'eau douce.

» Ces faits, ajoutés à l'assertion énoncée par quelques auteurs que les anciens empoisonnaient leurs flèches avec le suc de cyclamen, semblent avoir donné à M. de Luca l'idée de ses intéressantes recherches sur le principe actif de ce végétal.

» M. de Luca divise en deux parties son travail : 1° extraction de la matière toxique contenue dans la racine du cyclamen et à laquelle il donne le nom de *cyclamine;* 2° étude de ses principales propriétés chimiques et physiologiques.

» L'auteur a décrit avec détail un procédé d'extraction de la cyclamine, fondé principalement sur la solubilité de cette substance dans l'alcool; mais depuis il a substitué à l'action très lente, très incomplète, et fort incommode de ce liquide sur les tubercules, un procédé beaucoup plus simple qui consiste à opérer directement sur le suc de la racine de cyclamen. Il expose ce suc à une température d'environ 80 degrés qui détermine la coagulation de la cyclamine. Il redissout celle-ci dans l'alcool bouillant, d'où elle se précipite par le refroidissement. Il ne reste plus qu'à la dessécher dans le vide et en présence de l'acide sulfurique concentré.

» Outre le principe actif dont il s'agit, les tubercules de cyclamen contiennent de l'amidon, de la gomme et une matière sucrée fermentescible.

» La *cyclamine* est une substance blanche, amorphe, inodore, sans transparence, légère et friable, d'une saveur qui se manifeste, non pas tout de suite, mais après quelques instants, par une âcreté particulière, et qui prend, comme on dit, à la gorge. Exposée à l'humidité, elle augmente de volume en absorbant de l'eau. Au contact de l'eau froide, elle prend l'apparence d'une gelée opaline, visqueuse et très adhésive; elle se dissout dans l'eau froide en moussant, par l'agitation, comme l'eau de savon. Cette solution a en outre la propriété remarquable de se coaguler, comme l'albumine, à une température de 60 à 75 degrés; mais ici la coagulation n'est que temporaire : deux ou trois jours après, la partie coagulée qu'on a laissée refroidir et reposer se redissout, et peut de nouveau se coaguler par la chaleur.

» Les solutions alcooliques faites à froid ou à chaud, en s'évaporant spontanément, déposent la cyclamine sous forme d'agglomérations amorphes et blanches qui brunissent à la lumière.

» L'iode ne colore pas sa solution aqueuse ; elle ne fermente pas avec la levûre de bière. Quant au *brome* et au *chlore* en vapeurs, ils sont absorbés facilement par sa solution aqueuse, qui se coagule sans prendre de coloration tant que ces corps ne sont pas en excès.

» L'acide acétique dissout à froid la cyclamine, et le mélange n'est pas coagulé par la chaleur, tandis que l'acide chlorhydrique, qui jouit aussi de la propriété de la dissoudre à froid, la coagule à chaud avec production de glucose. L'acide azotique l'attaque, même à froid, en donnant naissance à des produits acides qui se combinent aux alcalis. L'acide sulfurique agit en produisant une coloration jaune qui devient bientôt d'un rouge violet; un excès d'eau fait disparaître cette coloration, en même temps qu'il se forme un précipité blanc. L'acide gallique coagule la solution de cyclamine. L'acétate de plomb ammoniacal donne aussi un précipité.

» Le bichlorure de mercure n'a pas d'action à froid sur cette solution.

» La cynaptase la dédouble à l'aide d'une légère chaleur : sous son influence, la cyclamine produit du glucose qui réduit le tartrate cupro-potassique et fermente avec la levûre de bière en se transformant en alcool et en acide carbonique.

» Avec la potasse fondue, il y a dégagement d'hydrogène et formation d'un acide particulier peu soluble dans l'eau.

» Les alcools dissolvent à froid la cyclamine, mais en petite quantité; à chaud, la glycérine, l'alcool, les alcalis, l'esprit de bois, la dissolvent sans décomposition et en proportions considérables. Au contraire, l'éther, le chloroforme, le sulfure de carbone, l'essence de térébenthine et les huiles essentielles ne la dissolvent ni à froid, ni à chaud.

» La cyclamine ne contient ni azote, ni phosphore, ni soufre; chauffée sur une lame de platine, elle laisse un charbon volumineux qui brûle sans résidu.

» L'analyse élémentaire a donné les nombres suivants à M. de Luca :

	1re analyse.	2e analyse.
Carbone	54,55	54,54
Hydrogène	9,11	9,12
Oxygène	36,34	36,34

» M. de Luca signale ensuite l'action du jus de cyclamen et de la cyclamine sur l'économie animale. Il fait ressortir l'innocuité de ces substances introduites dans le tube digestif de certains animaux; tandis qu'un lapin peut recevoir 10 grammes du suc de cyclamen dans son estomac et que les porcs se nourrissent de ses tubercules, sans qu'il en résulte pour eux d'inconvénient, 1 centimètre cube de jus dans 3 litres d'eau entraîne la mort des petits poissons soumis à cette expérience.

» M. de Luca a été conduit par ces faits à reconnaître entre le principe actif du cyclamen et le curare une analogie d'action que les expériences de l'un de vos commissaires, M. Claude Bernard, ont confirmée : injecté dans le poumon ou dans le tissu cellulaire de différents animaux, tels que des lapins, des oiseaux, des grenouilles, le jus de cyclamen, en quantité qui varie de 1 à 4 grammes, produit la mort, mais moins énergiquement que le curare et avec un mécanisme un peu différent.

» Au point de vue chimique, cette action toxique est d'autant plus intéressante, que la cyclamine n'est pas une matière azotée comme la plupart des substances délétères.

» La singulière propriété de la cyclamine que nous avons indiquée déjà, celle de se coaguler par la chaleur et de se redissoudre par le refroidissement, aurait bien pu échapper à un chimiste moins habile que M. de Luca et l'empêcher de découvrir le principe actif des tubercules du cyclamen.

» Pendant longtemps, il en avait perdu la trace, parce qu'il laissait la cyclamine dans le dépôt que produit l'action de la chaleur sur les dissolution aqueuses provenant du tubercule de cyclamen.

» La cyclamine, bien qu'examinée avec soin par l'auteur de sa découverte, réclame encore de nouvelles études auxquelles M. de Luca ne manquera pas de se livrer. Il a reproduit avec elle quelques-uns des dédoublements si remarquables signalés par M. Piria dans ses beaux travaux sur la salicine et la populine, et ce rapprochement mérite d'être suivi.

» Votre Commission, qui apprécie l'exactitude que M. de Luca apporte dans ses expériences et son zèle infatigable pour les sciences, qu'il a enrichies de plusieurs observations importantes, a l'honneur de demander à l'Académie qu'elle veuille bien ordonner que le Mémoire de cet habile chimiste sur la cyclamine sera inséré dans le *Recueil des Savants étrangers.* »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Fermentation. — M. Pasteur donne lecture d'un mémoire sur la fermentation dite lactique. — Notre collaborateur pour la revue pharmaceutique fera connaître les recherches de l'habile directeur de l'Ecole normale.

Chimie philosophique. — M. Berthelot lit un mémoire sur la *synthèse de l'esprit de bois.*

Cristallographie. — Mémoire sur le groupement des atomes dans les molécules des formes cristallines, par M. Gaudin.

Chimie. — Moyens de doser avec rapidité l'azote des guanos par M. Bobierre.

Physiologie. — *Recherches expérimentales sur les propriétés physiologiques du sang chargé d'oxygène et du sang chargé d'acide carbonique; par* M. E. Brown-Séquard. — Voici l'extrait fait par l'auteur de ce travail considérable :

« On connaît les belles recherches de MM. Prévost et Dumas, qui ont montré que du sang de mouton ou de vache tue les lapins comme un poison violent, et que du sang de mammifère, injecté dans les veines de canards, cause presque aussitôt des convulsions extrêmement vives et la mort.

» Dans un Mémoire remarquable et trop peu connu, M. Rayer annonce aussi avoir vu des lapins mourir presque sur-le-champ, après avoir eu des convulsions, lorsque 5 grammes de sang normal d'homme, défibriné par le battage, étaient injectés dans leurs veines. M. Rayer a même vu que quelquefois 3 grammes de sang d'homme ont suffi pour tuer des lapins.

» Dieffenbach, Bischoff et J. Mueller, après avoir vu que du sang défibriné peut être injecté avec bien moins de danger que du sang non défibriné, ont pensé que la fibrine du sang d'un animal était probablement un poison pour un animal d'une autre espèce. En 1838, cependant, Bischoff découvrit un fait qui aurait dû conduire à faire connaître la cause réelle des convulsions violentes et de la mort qu'on observe si souvent dans la transfusion : il trouva qu'il était possible d'injecter, sans produire de troubles notables, du sang artériel de mammifère dans les veines d'un oiseau, tandis que du sang veineux tuait d'emblée. Bischoff s'étonne de ce résultat, et il n'en trouve pas d'autre cause que « des différences entre le sang artériel et le sang veineux. »

» J'ai trouvé que le sang veineux et le sang artériel ne diffèrent l'un de l'autre, à cet égard, que par les quantités d'oxygène et d'acide carbonique qu'ils contiennent : tous deux peuvent tuer si on les a chargés d'acide carbonique; tous deux peuvent ne produire aucun trouble sérieux s'ils sont chargés d'oxygène. Des expériences nombreuses m'ont conduit à cet égard aux conclusions suivantes :

» 1° Tout sang de vertébré, artériel ou veineux, provenant d'un animal de l'une quelconque des quatre classes, et chargé d'oxygène en quantité suffisante pour être d'un rouge rutilant, peut être injecté sans danger dans les veines d'un animal vertébré de l'une quelconque des quatre classes, pourvu que la quantité de sang injecté ne soit pas trop considérable.

» Tout sang de vertébré, artériel ou veineux, suffisamment chargé d'acide carbonique pour être noirâtre, ne peut être injecté dans les veines d'un vertébré à sang chaud (mammifère ou oiseau) sans produire des phénomènes d'asphyxie et le plus souvent la mort, après des convulsions violentes, pourvu que la quantité de sang injecté ne soit pas au-dessous d'un cinq centième du poids de l'animal, et pourvu aussi que l'injection ne soit pas faite trop lentement.

» Sur des chiens, j'ai transfusé, par la veine jugulaire, du sang de lapin, de cochon d'Inde, de chat, de coq, de poule, de pigeon, de canard, de tortue (de trois espèces), de grenouille et d'anguille. Quand j'ai employé du sang artériel frais ou du sang veineux défibriné et chargé d'oxygène, je n'ai pas observé d'autre trouble que l'altération momentanée de la respiration et de la circulation qui suit toute transfusion par la veine jugulaire, lors même qu'on emploie le sang de l'individu transfusé, altération qui dépend, sans doute, principalement d'une distension de l'oreillette droite par le sang injecté. J'ai pu ainsi injecter de 20 à 40 grammes de sang étranger chez des chiens, sans porter d'atteinte profonde à leur santé. Dans d'autres expériences où, avant la transfusion, j'ai fait perdre à des chiens autant de sang que j'allais en injecter, j'ai pu introduire impunément, dans leur système circulatoire, jusqu'à 100 et même une fois 150 grammes de sang d'oiseau. Sur des lapins, j'ai aussi transfusé impunément du sang de poule et de pigeon.

» D'un autre côté, sur des poules, des coqs, des pigeons, après leur avoir retiré de 10 à 20 grammes de sang, j'ai transfusé impunément une quantité semblable de sang de chien, de cochon d'Inde ou de lapin.

» Il peut arriver dans ces expériences, surtout quand on opère sur des oiseaux, que des troubles considérables de la respiration et de la circulation, et la mort même surviennent même tout à coup, quand on injecte le sang avec trop de force ou en trop grande quantité; mais cela s'observe aussi souvent quand on transfuse à un animal de son propre sang, que lorsqu'on emploie du sang d'un individu d'une espèce éloignée.

» Quand, au lieu d'employer du sang chargé d'oxygène, on fait usage de sang chargé d'acide carbonique, on détermine la mort, après les phénomènes si bien décrits par MM. Prévost et Dumas et ensuite par Dieffenbach, par M. Rayer, par M. Bischoff, etc. Quelle est alors la cause de la mort? Nous croyons qu'elle dépend de l'action toxique de l'acide carbonique.

» Il pourra sembler étrange que des convulsions violentes et une mort très rapide soient attribuées à un agent qui existe constamment dans le sang et en quantité qui n'est pas très inférieure à celle où il se trouve dans le sang transfusé. Il semblera, au premier abord, peu admissible aussi que l'acide carbonique, qui a paru si innocent dans des expériences exécutées par des observateurs de premier ordre, puisse avoir une énergie d'action toxique aussi grande que celle que je lui attribue. Mais il est facile d'expliquer comment l'acide carbonique n'a pas manifesté sa puissance toxique dans les expériences

des observateurs dont je veux parler.

» De même que beaucoup d'autres poisons, la quantité de celui-ci dans le sang doit avoir atteint un certain degré pour que ses effets toxiques se manifestent, degré qui n'a pas été atteint dans ces expériences. Dans les recherches de Roupell, dans celles de Lehmann où, au contraire, ce degré a été dépassé, les phénomènes toxiques se sont montrés, et récemment, dans des cas où, chez les femmes, de l'acide carbonique a été absorbé par les muqueuses vaginale et utérine, des vertiges et d'autres phénomènes se sont montrés, d'après ce qu'annonce M. Cl. Bernard.

» Quoi qu'il en soit, du reste, à l'égard des faits qui sont déjà dans la science, voici des preuves directes et nouvelles de l'influence de l'acide carbonique : on retire 50 grammes de sang à un chien, et, après l'avoir défibriné, on le charge d'acide carbonique, puis on l'injecte par la veine jugulaire, et vers le cœur, sur le même chien ou sur un autre individu de la même espèce, et on voit l'animal mourir très vite, après avoir présenté les phénomènes convulsifs violents d'une asphyxie soudaine et complète.

» Sur d'autres mammifères ou sur des oiseaux, on constate exactement le même fait. De plus, on trouve que la mort est d'autant plus rapide et les phénomènes convulsifs d'autant plus énergiques, que la quantité d'acide carbonique que le sang injecté contient est plus considérable.

» Si l'injection est faite avec une excessive lenteur, de manière que l'animal ait le temps d'exhaler par ses poumons l'excès d'acide carbonique qui lui arrive, la mort n'a pas lieu. D'un autre côté, si d'une certaine quantité d'un sang dont une partie vient de déterminer la mort d'un animal, on chasse l'acide carbonique en le remplaçant par de l'oxygène, on trouve que ce sang n'a plus de propriétés toxiques. J'ajouterai que l'on peut quelquefois, en pratiquant l'insufflation pulmonaire pendant et quelque temps après une injection de sang chargé d'acide carbonique, faire revenir à la vie des animaux qui ont eu des convulsions suivies d'une résolution complète par suite de l'injection.

» Si la quantité qu'on injecte de sang chargé d'acide carbonique est trop peu considérable, l'animal ne meurt pas, mais il présente des phénomènes toxiques plus ou moins marqués : ainsi, sur un cheval assez vigoureux quoique malade, j'ai pu, grâce à l'extrême obligeance de M. le professeur Goubeaux (d'Alfort), injecter le sang de trois grosses volailles (environ 120 à 125 grammes) sans déterminer la mort; il n'y eut qu'une accélération momentanée des mouvements du cœur et des efforts respiratoires, avec quelques signes de douleur et d'oppression. Cet animal cependant est mort cinq jours après l'opération.

» Quand on compare les phénomènes d'une asphyxie complète à ceux qui se montrent si vite après une injection de sang chargé d'acide carbonique, on trouve qu'ils sont absolument semblables les uns aux autres, avec cette seule différence qu'ils sont plus violents dans la transfusion que dans l'asphyxie. Il semble, dans les deux cas, que les phénomènes en question dépendent d'un empoisonnement par l'acide carbonique.

» *Conclusions.* — 1° Le sang d'un animal, vertébré d'une espèce n'est pas un poison pour des vertébrés même d'espèces très éloignées.

» 2° L'action toxique du sang d'un animal, injecté dans les vaisseaux d'un individu d'une autre espèce, dépend principalement, quand elle existe, de la présence de l'acide carbonique en quantité suffisamment considérable. »

M. Boinet a adressé aujourd'hui, à l'Académie des sciences, la lettre suivante :

Dans une des dernières séances de l'Académie des sciences, M. le professeur Sédillot a communiqué, comme nouvelle, une méthode de traitement des épanchements intra-thoraciques, déclarant l'art à peu près impuissant à guérir le pyothorax.

C'est moins au procédé opératoire, qui appartient à Hippocrate, ainsi que le reconnaît M. Sédillot, qu'à la manière de faire écouler le pus, dans la poitrine, qu'au séjour d'une courbe ou d'une sonde à demeure, et à l'usage des injections iodées répétées, que l'éminent chirurgien de Strabourg attache une grande importance, et propose, comme nouvelle, une manière de faire qui, dans nos mains et dans les hôpitaux de Paris, a déjà eu de nombreuses et heureuses applications.

Dans deux mémoires, dont l'un a été publié dans les *Archives générales de médecine*, mars 1853, et que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences, pour le concours des prix Montyon, j'ai fait connaître la méthode que propose aujourd'hui M. Sédillot; c'est-à-dire les avantages de l'évacuation graduelle et quotidienne du pus renfermé dans la poitrine, l'utilité d'une sonde à demeure, et la nécessité des injections et surtout des injections iodées; et, par des succès obtenus dans des cas regardés comme étant au-dessus des ressources de l'art, j'ai démontré que la nouvelle manière de traiter les épanchements purulents intra-thoraciques, était très efficace là où la médecine était toujours impuissante.

» Les faits déjà nombreux qui ont été publiés par moi, par messieurs les professeurs Velpeau et Trousseau et plusieurs autres praticiens qui se sont empressés de mettre cette nouvelle méthode en usage, ont mis hors de doute les avantages de l'écoulement continu du pus par une sonde à demeure.

Dans le Mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie, je disais que le succès de la thoracenthèse dépend bien moins de l'opération elle-même que de certaines précautions qu'il faut prendre pendant et après l'opération, et surtout des soins consécutifs qu'elle exige pour arriver à un bon résultat. Ainsi, se borner à vider la poitrine du pus qu'elle renferme, comme on le faisait autrefois et comme on le fait encore aujourd'hui, puis, ne pas laisser une sonde à demeure pour permettre au pus de s'écouler à volonté et de faire des injections, soit simples, soit iodées, c'est faire une opération incomplète, inutile, dangereuse; c'est s'exposer à hâter la mort du malade.

Voici les conclusions de ce travail :

Pour obtenir du succès dans la thoracentèse pratiquée pour des épanchements purulents, il faut, la ponction une fois faite, remplacer la canule du trocart par une sonde en gomme élastique qu'on doit laisser à demeure.

Les avantages de cette manière de faire sont :

1° De ne pas s'exposer à blesser la plèvre pulmonaire, comme il pourrait arriver avec une canule ;

2° De pouvoir enfoncer cette sonde, qui est molle et flexible, aussi loin que possible et dans les points les plus déclives du foyer purulent ;

3° De pouvoir favoriser l'écoulement du pus au fur et à mesure de sa formation, et d'empêcher, par conséquent, le refoulement des poumons par une nouvelle quantité de pus ;

4° De pouvoir faire, bien plus facilement qu'avec une canule métallique, toutes les injections et tous les lavages convenables ;

5° D'être en mesure de retirer sûrement, à l'aide d'une seringue, le pus ou les liquides injectés, qui pourraient rester dans les parties les plus déclives ;

6° De pouvoir changer facilement cette sonde et de la boucher avec un fausset, non dans le but de s'opposer à l'introduction de l'air, qui n'est jamais à redouter après les injections iodées et les lavages répétés, mais pour empêcher l'écoulement continu du liquide sécrété dans la poitrine.

On conçoit aisément qu'en permettant au pus de s'écouler, quand on veut, c'est-à-dire trois ou quatre fois par jour, dans les premiers jours qui suivent la ponction; puis deux fois, une fois, toutes les vingt-quatre heures ; qu'en faisant des injections iodées, dès que les qualités de ce pus deviennent mauvaises, et des lavages quotidiens pour l'empêcher de croupir dans quelques recoins, on puisse débarrasser les malades d'un liquide de mauvaise nature qui souvent les expose à tous les accidents de l'infection purulente ou de l'infection putride.

Il est donc évident, d'après tous ces détails, que la méthode proposée par M. Sédillot, comme nouvelle, soit déjà ancienne et depuis plusieurs années appliquée avec succès dans les hôpitaux de Paris, où les épanchements pleurétiques purulents ne sont plus, grâce à

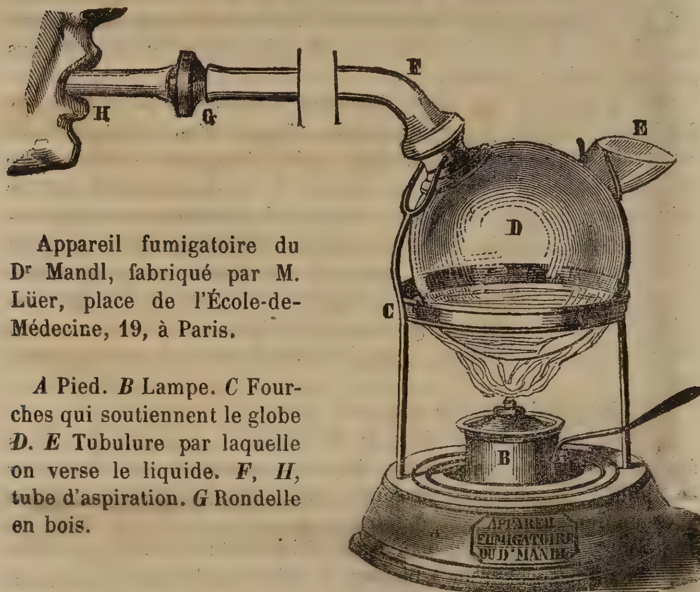
cette méthode, considérés comme une maladie incurable.

Hydrothérapie. — *Traitement par les douches d'eau froide des fièvres intermittentes de tous les types, etc.*, par L. Fleury. — (Nos lecteurs connaissent à peu près toutes les observations renfermées dans ce Mémoire.)

Traitement de la bronchite chronique. — *Des fumigations comme traitement de la bronchite chronique*, par M. L. Mandl.

Les variétés de bronchites pour lesquelles l'auteur recommande ce mode de traitement sont : le catarrhe sec de Laënnec, la bronchite chronique à râle sous-crépitant unilatéral et la bronchite pleurétique. « Ces trois variétés, dit-il, forment pour moi un groupe, que je désignerai sous le nom de *bronchite sèche*, caractérisé par la parcimonie et le peu d'étendue des symptômes fournis par l'auscultation et la percussion.

» Le traitement consiste uniquement dans l'emploi de fumigations chaudes, faites à l'aide d'un appareil qui se compose d'un ballon en verre (fig. ci-jointe), à double tubulure, pourvu d'un tube en caoutchouc et placé sur un pied en cuivre. On verse dans le ballon 60 grammes d'eau et 5 grammes de la composition suivante : acide acétique du verdet, 50 grammes ; créosote, 5 grammes ; eau, 500 grammes. Puis on chauffe le liquide, dont le malade aspire les vapeurs. Progressivement, on augmente la force du liquide employé : la susceptibilité du larynx et des bronches, la durée de la maladie, etc., guideront le médecin.



Appareil fumigatoire du Dr Mandl, fabriqué par M. Lüer, place de l'École-de-Médecine, 19, à Paris.

A Pied. *B* Lampe. *C* Fourches qui soutiennent le globe *D*. *E* Tubulure par laquelle on verse le liquide. *F*, *H*, tube d'aspiration. *G* Rondelle en bois.

» Le catarrhe muqueux chronique est loin de céder aussi sûrement que la bronchite sèche aux fumigations acides. J'emploie dans ces cas concurremment des vomitifs, répétés toutes les fois que les indique l'abondance des râles. Quant au catarrhe pituiteux proprement dit, si fréquemment combiné avec une affection du cœur, et qui, dans tous les cas, surtout lorsqu'il date déjà de plusieurs années, dénote une altération profonde des muqueuses bronchiques, les fumigations acides, si elles sont supportées, peuvent améliorer, mais non guérir, l'état des bronches. »

Pathologie générale. — *Essai d'un tableau de classification nosologique, avec une Note explicative*, par M. Beaufils.

« Le but principal de ce travail, dit l'auteur dans la lettre d'envoi, est de démontrer que toutes les affections, sauf les névralgies, ont leur siége dans les capillaires ; que c'est par un défaut d'innervation de ces capillaires que les liquides s'altèrent, que les divers systèmes de vitalisme, de solidisme et d'humorisme ne peuvent se séparer, ne forment qu'un tout, qu'un seul système unique. »

Chirurgie. — *Sur les inconvénients et les dangers de la méthode de la cautérisation linéaire et destructive*, par M. Legrand.

Zoologie médicale. — *Sur la nature des acéphalocystes stériles des corpuscules tuberculeux, des globules du pus, etc.;* par M. Cadet.

CORRESPONDANCE.

Pathologie.—*Infusoires intestinaux chez l'homme; par* M. le Dr P.-H. Halmstein, de Stockholm. (Extrait présenté par *M. Rayer*.)

« Un matelot avait conservé, à la suite du choléra, un trouble dans les fonctions digestives, et éprouvé divers accidents propres aux inflammations intestinales. En examinant au microscope du pus recueilli sur une petite ulcération du rectum et du mucus sécrété par cette portion de l'intestin, l'auteur reconnut dans ces humeurs, outre des cellules de pus et des globules de sang, un grand nombre d'infusoires qu'il décrit et figure sous le nom de *paramecium coli*. Il a depuis observé les mêmes infusoires chez une femme atteinte d'une inflammation chronique du gros intestin. La malade ayant succombé, l'auteur a constaté que les infusoires étaient en plus grand nombre sur les points où la membrane muqueuse était peu altérée, que sur les ulcérations intestinales et dans le pus qu'elles avaient fourni.

» Ces infusoires hors de l'intestin meurent très vite ; les matières qui les contiennent doivent être examinées immédiatement ou peu de temps après avoir été recueillies. »

VARIÉTÉS.

MORT DE M. LE DOCTEUR BURGUET (de Bordeaux). — La mort vient de frapper un de nos meilleurs, un de nos plus honorables collègues. M. le docteur Burguet, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André, secrétaire général de la Société de Médecine, membre de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux, a succombé, en quelques minutes, mardi soir, 26 novembre, à une attaque d'apoplexie foudroyante.

Les funérailles ont eu lieu, jeudi matin, en présence d'un cortége des plus considérables. Le cercueil était porté par des ouvriers qui avaient voulu donner ce pieux et dernier témoignage de gratitude à l'homme duquel ils avaient reçu des soins affectueux et dévoués. Les quatre coins du poêle étaient tenus par M. de Mentque, préfet de la Gironde; M. Gautier, maire de Bordeaux; M. Abria, doyen de la Faculté des sciences et président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts, et M. Sarraméa, président de la Société de Médecine. Il serait impossible à notre douleur de trouver des paroles plus dignes et mieux senties, des sentiments plus affectueux, de plus tristes regrets que ceux exprimés, sur la tombe du défunt, par MM Sarraméa et Boisseuil, au nom de la Société de Médecine, par M. Abria, au nom de l'Académie ; nous ne pouvons que nous associer complétement à la sympathique douleur de laquelle ces paroles sont l'expression.

(*Union médicale de la Gironde.*) G. M.

— M. le professeur Claude Bernard ouvrira son cours au Collége de France le mercredi, 9 décembre, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis, à la même heure.

Il traitera des propriétés physiologiques et des altérations pathologiques des différents liquides de l'organisme.

Le rédacteur en chef : H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 148. 5me ANNÉE. Jeudi, 10 Décembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, le 9 décembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

L'Académie a ouvert la séance d'hier d'une façon assez inusitée par un comité secret. Des raisons sérieuses nous engagent à retarder l'exposé des motifs de cette anomalie et de la décision que l'Académie a prise.

Après quelques instants de délibération secrète, l'Académie a galamment invité le public à rentrer dans le temple d'où elle l'avait chassé, ce qui ne veut pas dire que le public fût exclusivement composé de vendeurs, ni même qu'il n'y eût pas autant de marchands dedans que dehors.

Après ce petit incident, la parole a été donnée à M. le docteur Dupré, qui a fait connaître à l'Académie un bandage construit sur des bases entièrement nouvelles, et exécuté avec talent par M. Robert, fabricant fort intelligent d'appareils de chirurgie. M. Dupré, dont tout le monde connaît l'esprit ingénieux, attribue à son bandage des avantages nombreux sur lesquels il ne nous est point possible de nous prononcer en l'absence d'une expérimentation suivie ; nous devons dire pourtant que nous sommes disposé à considérer ces avantages comme très réels, d'après la confiance que nous avons dans les profondes connaissances anatomiques et anatomo-pathologiques de M. Dupré, et aussi dans sa grande habileté manuelle et son ingéniosité instrumentale, si l'on veut bien nous passer le mot.

— A M. Dupré a succédé M. H. Bourdon, médecin de l'hôpital Lariboissière, praticien fort discret sous le rapport de la publicité, et dont les communications n'en méritent peut-être que plus d'attention. L'observation qu'il a fait connaître à l'Académie, et que nous publierons *in extenso*, mérite en effet de fixer la sérieuse attention des praticiens, non moins que les développements historiques dont M. Bourdon a eu soin de l'entourer. Le diagnostic de la maladie a été discuté avec beaucoup de sens, et les raisons de l'auteur, non moins que l'examen que nous avons pu faire du malade, nous portent à croire, au moins jusqu'à preuve contraire, que le diagnostic porté par M. Bourdon est exact, et que la science peut compter un cas de guérison de plus de morve chronique ou farcineuse.

Nous serons moins confiant dans l'efficacité de l'iodure de souffre auquel M. Bourdon est disposé à accorder en grande partie le résultat qu'il a obtenu. En thérapeutique, un fait isolé a rarement une portée autre que celle d'éveiller l'attention des praticiens, e c'est là toute celle que nous pouvons accorder à celui de M. Bourdon. Des observations ultérieures peuvent seules nous fixer sur la valeur du médicament, expérimenté d'ailleurs, nous sommes heureux de le dire, avec beaucoup de sagesse et de sagacité, par M. H. Bourdon.

— La partie publique de la séance a été terminée par la fin de la communication de M. Delafond sur les sarcoptes. Cette communication, fruit de recherches aussi délicates qu'approfondies, faite avec le talent d'exposition naturel au savant professeur d'Alfort, n'a cependant point été écoutée avec toute l'attention qu'elle nous paraissait mériter, peut-être, probablement même, à cause des détails très minutieux dans lesquels M. Delafand est entré. Nous-même, nous l'avouons, avons eu le tort de ne pas résister aux fréquentes occasions de distraction qui se sont offertes à nous, et il nous serait fort difficile d'adresser au travail de M. Delafond d'autres éloges que des éloges très généraux, encore moins des critiques motivées. Il y a toutefois, dans ses recherches, une partie qui nous a frappé, nous oserions volontiers dire par un excès de perfection, c'est celle relative à l'embryogénie.

Certes, le microscope a porté loin nos connaissances sur l'embryogénie ; notre célèbre, aimable et très savant ami, M. Coste, pourrait nous en dire long sur ce sujet, lui qui a véritablement créé en France cette belle science de l'embryogénie ; certes nous aimons à croire, quoique ce ne soit pas tout à fait l'opinion de notre bien cher et excellent ami, M. Broca, que M. Delafond n'est pas moins versé que les Wirchow, les Coste, les Lebert, les Robin (pas Édouard) et tant d'autres, dans les études microscopiques ; mais, malgré toutes ces conditions très favorables, il nous paraît bien difficile d'arriver d'emblée, sur l'ovologie du sarcopte ou des sarcoptes, à la précision que M. Delafond nous a exposée. Tout en applaudissant bien sincèrement à son zèle et à son talent, nous n'accepterons donc que sous toutes réserves ce qu'il a dit sur ce sujet, et nous attendrons qu'un certain nombre de micrographes de profession aient passé par là, avant de certifier comme véritable l'histoire, charmante d'ailleurs, des amours et de l'ovologie des sarcoptes, tracée par M. Delafond.

H. de Castelnau.

Plusieurs communications ont déjà été faites au *Cercle des Sciences*, qui auraient mérité d'être l'objet de quelques remarques de notre part. Mais le temps fait souvent défaut à notre bonne volonté. Aujourd'hui même nous ne pouvons insister, comme nous le voudrions, sur les deux comptes rendus en retard que nous publions plus loin ; mais il est pourtant un fait que nous ne devons pas laisser passer sans y insister d'une manière toute particulière : c'est celui qu'a signalé M.

le professeur Mounier, du Val-de-Grâce, dans une remarquable improvisation qui a vivement intéressé et impressionné l'assistance.

Tout le monde, tous les chirurgiens du moins, savent sans doute que l'érysipèle et la pourriture d'hôpital sont sujets à des apparitions et à des disparitions subites que nous sommes loin de pouvoir toujours expliquer ; ils savent que l'infection purulente est sujette aux mêmes vicissitudes, quoique d'une manière moins tranchée, car à Paris l'infection purulente peut être plus ou moins fréquente, mais elle y est en permanence, tandis qu'il est, fort heureusement, loin d'en être ainsi de l'érysipèle et de la pourriture d'hôpital.

Or, ce qu'il y a eu de particulier et de profondément digne de méditation, dans le fait communiqué par M. Mounier, c'est que l'infection purulente a porté aussi loin que la pourriture d'hôpital ses funèbres caprices. L'habile chirurgien a pu arriver d'abord au chiffre gigantesque de *deux mille* amputations sans voir un seul cas d'infection purulente, et tout à coup l'infection purulente est devenue la règle pour les amputés! M. Mounier a signalé quelques causes qui peuvent expliquer ce lamentable revirement; ces causes demandent toutefois à être mieux précisées qu'on ne peut le faire, même dans la plus heureuse des improvisations. Espérons que l'habile professeur consacrera à l'étude de ce fait, d'une haute importance, les loisirs dont il peut disposer, et qu'il nous fera connaître avec de nouveaux détails les résultats de ses observations et de ses méditations.

TRAVAUX ORIGINAUX

CHIRURGIE.

De l'urétrotomie d'arrière en avant, et de dedans en dehors.

Par le docteur Civiale.

Première série de cas. — Rétrécissements bridiformes, constitués par des bandes étroites, minces, peu dilatables et sans épaississement appréciable des parois du canal.

Dans ces cas fort communs, l'opération est simple et facile. On se sert d'urétrotome à bascule, dans le voisinage du méat urinaire, et, plus loin, de l'urétrotome à olive ; rarement il est nécessaire de procéder d'abord d'avant en arrière.

Souvent le chirurgien peut se borner à un simple débridement dans le but de facititer la dilatation. A cet effet, il ne fait sortir la lame du fourreau que d'une faible quantité, et en tirant l'instrument ; il ne divise que les bandes résistantes, réfractaires à l'emploi des bougies.

Après ce débridement, si la dilatation ultérieure du point rétréci ne s'opère pas d'une manière facile et rapide, on attaque les tissus plus profondément en armant un petit urétrotome au troisième ou au quatrième degré, sans toutefois donner beaucoup d'étendue et de profondeur à l'incision, puisqu'on ne trouve pas ici les nodosités considérables des tissus, qui sont si fréquentes dans les cas plus graves.

Dans cette série de cas, l'urétrotomie n'est qu'un moyen accessoire employé dans le but de faciliter la dilatation temporaire, qui est la base du traitement.

Deuxième série de cas. — Rétrécissements plus épais, plus durs, plus longs, moins dilatables, avec épaississement correspondant des parois urétrales, formant à la partie pénienne de l'urètre des tumeurs ovoïdes ou irrégulières, lisses ou bosselées, toujours d'une certaine étendue d'avant en arrière; toujours appréciables par le toucher, surtout lorsqu'on a introduit préalablement une sonde ou une bougie. C'est ce qui constitue les callosités, les viroles, les nodosités plus ou moins saillantes qui distinguent ces sortes de coarctations.

Ici, beaucoup plus que dans les cas précédents, les bougies ont une action très restreinte, souvent même elles suffisent à peine pour rendre le canal apte à recevoir le plus petit urétrotome à olive, et il faut, comme traitement préalable, ou dilater avec les sondes à demeure, ou pratiquer l'urétrotomie d'avant en arrière.

Ces cas sont les plus nombreux parmi ceux qui réclament l'urétrotomie.

Dès que la lumière du point rétréci est suffisante pour admettre l'urétrotome, il faut se hâter d'opérer. Tout retard pourrait devenir préjudiciable.

On procède comme il a été dit dans la description générale de l'opération, sans perdre de vue toutefois que la longueur et l'étroitesse du rétrécissement peuvent rendre plus difficile le passage de l'olive derrière la coarctation, et que l'effort qu'il faut exercer pour y parvenir le refoule davantage. Lorsque le but est atteint, l'urétrotome doit être armé au troisième ou au quatrième degré, et on fixe la tumeur à l'aide de la main gauche ; l'on tire l'instrument à soi avec une force proportionnée à la résistance que les tissus indurés opposent à la lame tranchante.

Cette résistance étant quelquefois très considérable, il est nécessaire d'exercer une traction considérable qui entraîne en avant la nodosité, malgré la pression du doigt destinée à la fixer, et bien que la lame soit très propre à couper. Afin de régler son mouvement, le chirurgien appuie alors le coude contre son propre corps, ou l'avant-bras sur la cuisse du malade. S'il opérait le bras tendu, en tirant fortement sur le manche de l'urétrotome, la cessation brusque de la résistance, après la division de la callosité, pourrait faire prolonger l'incision en avant dans la partie saine du canal, beaucoup plus qu'il n'est utile.

Il ne faut point perdre de vue que, dans les cas de coarctations dures, avec transformation complète des tissus, on ne peut rien attendre de la dilatation consécutive, et que les parties indurées doivent être complétement divisées. Presque toujours alors il est indiqué, après la première incision avec le plus petit instrument, d'en pratiquer immédiatement une seconde sur le même point avec un instrument plus gros, de l'olive duquel on fait sortir la lame de 5 à 8 milimètres suivant l'épaisseur de l'engorgement urétral. Dans cette limite, non-seulement il n'est pas à craindre d'outrepasser l'épaisseur du mal, mais le plus ordinairement, au contraire, on reste en deçà, et il faut souvent plus tard revenir à l'incision.

Cette double incision dans la même séance avec deux instruments différents, qui exige des explorations préliminaires, des efforts considérables pour diviser les tissus, est en général peu douloureuse. Dans ces tissus indurés, transformés, la vie est presque éteinte ; la douleur, s'il y en a, provient plutôt des tractions exercées sur la verge que de l'incision elle-même. A peine s'il s'écoule quelques gouttes de sang, beaucoup moins que dans le cas de simple bride, et il n'en paraîtrait même pas si la lame tranchante n'atteignait les parties saines en avant et en arrière de la nodosité.

Atteindre la limite du mal et ne pas la dépasser, c'est souvent chose difficile, surtout pour les personnes qui n'ont pas une grande habitude de l'urétrotomie. Quelques chirurgiens, parmi ceux qui coupent toujours, ne connaissent pas cette difficulté. Ils ont même établi le précepte qu'après avoir porté l'urétrotome derrière la coarctation, il faut couper d'emblée plutôt que moins, et il ne paraît pas que l'excès de longueur de l'incision ait entraîné toujours des conséquences graves. Cependant, lorsqu'il y a incertitude dans l'esprit de l'opérateur, il vaut mieux faire l'opération en plusieurs temps et revenir à l'emploi de l'instrument tranchant lorsque l'on a reconnu, au bout de quelques jours, à l'aide des bougies et des stylets boutonnés, qu'il existe encore une couche de tissus indurés, resserrés, non dilatables et rétractiles.

C'est ce procédé que j'ai employé dans un grand nombre de cas et avec de tels avantages que je n'hésite pas à le recommander aux praticiens. Je le crois d'autant plus favorable que les incisions sont en général peu douloureuses et produisent d'autant moins d'accidents qu'elles sont plus superficielles. La plupart des malades que j'ai opérés ainsi, en plusieurs fois, m'ont déclaré avoir moins souffert par le fait de l'incision que lorsqu'on intro-

duisait une bougie avec force. Un petit inconvénient, qui résulte de cette manière de procéder, de prolonger un peu la durée de traitement, est plus que compensé par l'avantage de rendre l'opération plus sûre et de soustraire le malade à des accidents quelquefois graves, auxquels il est exposé lorsqu'on veut diviser toute coarctation d'un seul coup.

Rétrécissements multiples. — La multiplicité des rétrécissements organiques chez le même individu, apporte quelques changements dans le manuel opératoire de l'urétrotomie.

Je laisse de côté, pour le moment, les coarctations existantes au voisinage de la fosse naviculaire, formant une catégorie à part, et dont je m'occuperai spécialement dans la deuxième partie de ce travail.

Quant aux coarctations qui occupent les régions pénienne et sous-pubienne, il faut se rappeler qu'elles sont formées tantôt par des brides, des bandes ou des indurations plus ou moins étendues, qu'elles sont à peu de distance les unes des autres ou séparées par des portions saines du canal. Dans l'un et l'autre cas, on ne procède pas de la même manière à la division des tissus. Dès qu'on peut passer un très petit urétrotome au delà du dernier rétrécissement, les difficultés cessent.

On peut faire, d'un seul trait, une incision qui divise les points coarctés, sans désarmer l'instrument, et sans s'occuper des points intermédiaires où les tissus, conservant une certaine élasticité, fuient devant le tranchant et sont d'autant moins intéressés, que l'instrument, à raison de son petit volume, ne divise que les plus superficiels et les plus résistants. L'instrument, qu'on tire à soi pendant l'opération, chemine par saccades; l'olive saute d'un rétrécissement à un autre, ce qui prouve qu'elle n'est pas serrée dans les intervalles.

Lorsque les points du canal sont séparés par de longs intervalles, on procède d'une autre manière. Je suppose toujours que l'on est parvenu à obtenir préalablement une dilatation suffisante pour porter l'olive de l'urétrotome au delà de la dernière coarctation. On la divise comme si elle était seule; mais au lieu de laisser l'instrument armé, comme dans le cas précédent, on fait rentrer la lame dans l'olive, après la première incision, et l'on continue de tirer à soi l'urétrotome jusqu'à la rencontre du rétrécissement suivant, où l'on sent un arrêt. On arme alors de nouveau l'instrument, et l'on divise les tissus indurés. La disposition de mon appareil et son action parfaitement réglée, permettent d'effectuer, pendant la manœuvre, les divers changements que chaque cas exige, avec assez de précision pour qu'un chirurgien exercé évite toute méprise.

Après cette première incision double avec un petit urétrotome, on en fait une seconde, également double, avec un instrument plus fort, et l'on continue le traitement comme il a été dit.

Mais il peut se présenter des circonstances plus embarrassantes.

C'est ordinairement l'obstacle le plus profond qui apporte le plus de difficultés au passage des sondes et des bougies; quelquefois même l'introduction de ces instruments est impossible. Il paraît indiqué alors d'inciser le rétrécissement le plus rapproché du méat urinaire comme s'il était seul, sans s'occuper de l'autre.

Mais cette pratique a ses inconvénients et ses dangers qui doivent rendre le chirurgien fort circonspect. D'abord l'impossibilité de passer une sonde dans la vessie, à cause du rétrécissement profond, non encore franchi, expose le malade à tous les accidents que produit le contact de l'urine avec la surface de la plaie. Il est constaté en outre que, sous l'influence de ce rétrécissement profond, on ne peut conserver l'élargissement donné au premier par la division des tissus, et qu'on perd en peu de temps le bénéfice de la première opération.

Cependant il est parfois nécessaire d'agir de cette manière, et, afin de prévenir ou du moins d'atténuer les accidents, il est indiqué de ne pratiquer sur la première coarctation qu'une incision superficielle, sorte de débridement destiné à faciliter le passage des petites bougies, de manière à agir ensuite sur les deux rétrécissements à la fois. Le cas rentre alors dans la catégorie de ceux que je viens d'indiquer, et le traitement suit son cours régulier. Je reviendrai sur ce sujet.

Rétrécissements très longs. — Les cas dont il est ici question forment deux catégories. Dans l'une, les parois du canal rétréci sont dures, épaisses, noueuses. Dans l'autre, elles semblent crispées, racornies, resserrées, et l'urètre est réduit à l'état de cordon ligamenteux, fort dur.

Presque toujours rebelles aux anciennes méthodes de traitement, ces deux modes d'altération ne cèdent qu'à l'incision méthodiquement pratiquée.

S'agit-il des rétrécissements très prolongés avec induration et épaississement des tissus?

Après avoir préparé le canal de manière à pouvoir y introduire un petit urétrotome à olive, le chirurgien porte celui-ci au-delà de la limite postérieure du mal, l'arme au second degré, et le retire à la manière ordinaire afin de diviser d'un seul trait tous les tissus altérés. Le degré de traction à exercer, proportionné à la dureté des parties, doit être quelquefois considérable. Lorsque l'instrument coupe bien, cette longue incision superficielle est généralement facile; presque toujours je m'en tiens d'abord à elle, et, au bout de deux ou trois jours, je fais une nouvelle incision semblable à la première, mais avec un instrument plus gros. Après la division complète des tissus morbides, je poursuis le traitement comme dans les autres catégories de cas.

La difficulté principale, dans les rétrécissements de ce genre portés très loin, consiste à ouvrir d'abord le canal à un degré suffisant pour permettre le passage de l'urétrotome. Cette difficulté est plus grande ici que dans toute autre circonstance, et l'on ne parvient pas toujours à l'écarter; et dans ces cas, heureusement rares, la position du chirurgien peut devenir fort embarrassante.

On a proposé alors de diviser le rétrécissement par parties. Après avoir porté l'urétrotome aussi loin que possible dans la coarctation, on l'arme, et, en le retirant, on divise les tissus traversés. Mais ce procédé n'est ni facile ni même toujours possible.....

Les incisions partielles, dans un rétrécissement très long, ne m'ayant jamais satisfait complétement, je ne saurais les conseiller, du moins comme méthode générale. Dans les cas même où, par l'emploi des bougies, on parvient à conserver à la partie divisée un certain élargissement, on a à craindre quelque déformation du canal, au point où l'incision a commencé, ce qui aggrave la situation du malade et rend la suite du traitement plus laborieuse encore; c'est le cas, du moins en beaucoup de circonstances, de recourir à l'urétrotomie de dehors en dedans.

En résumé, lorsque les parois de l'urètre sont épaissies, ainsi que cela a lieu le plus souvent, il faut donner à l'incision une longueur et une profondeur suffisantes pour que tous les tissus transformés soient entièrement divisés. Mais, dans la seconde variété des très longs rétrécissements, lorsque le canal est réduit à l'état de cordon ligamenteux, les limites de l'incision, dans l'épaisseur des tissus, doivent être plus restreintes, ainsi que je le dirai lorsque je m'occuperai de ces cas spécialement.

Deuxième procédé. — Qu'on ait eu recours à la dilatation temporaire exclusivement, ou à la dilatation combinée avec la méthode des incisions, il n'est pas rare que le canal n'ait pas ré-

cupéré toute la largeur qu'il importe de lui donner et que ses parois conservent en un ou plusieurs points une certaine rigidité.

Les grosses bougies sont serrées ; leur introduction produit de la douleur, qui est suivie de réaction; il devient nécessaire de diviser plus profondément et dans une plus grande étendue, les tissus indurés, transformés, qui forment la coarctation principale, d'autres qui n'avaient pas encore été atteints par l'instrument tranchant. Parmi ces derniers se trouvent les brides, les bandes fibreuses en arrière, et surtout en avant de la coarctation principale, et qu'on méconnaît souvent au début du traitement.

Pour atteindre les reliquats des longs et durs rétrécissements et diviser les brides, les bandes qui paralysent l'action des moyens dilatants et empêchent de restituer à l'urètre sa capacité et sa dilatabilité normales, les procédés usités de l'urétrotomie ne permettent que difficilement d'atteindre le but. Le volume énorme de l'urétrotome qu'il est indiqué d'employer alors, ainsi que le fait M. Reybard, a l'inconvénient de fatiguer le canal, de produire de la douleur et de rendre la manœuvre plus ou moins laborieuse et embarrassante. J'ai recours à un procédé plus sûr, qui consiste à introduire, au delà de la coarctation, mon troisième urétrotome ; à constater, au moyen de la grosse olive qui le termine, le point ou les points du canal qui présentent encore de la résistance, et enfin, dès qu'on est fixé sur la situation et l'étendue des tissus indurés et résistants, à armer l'instrument au deuxième degré, de manière à faire sortir la lame de l'olive de 4 à 5 millimètres. Ces dispositions étant prises, le chirurgien, appuyant par la pression de la main l'extrémité de l'instrument, ainsi armé, contre la surface à diviser, et en tirant sur son manche, fait pénétrer la lame dans les tissus de toute la saillie qu'elle fait hors de l'olive. La division s'effectue avec autant de facilité que de précision. La lame, arrêtée par le rebord de l'olive, ne peut pénétrer plus profondément qu'on ne veut dans les tissus. D'un autre côté, la tige de l'urétrotome offre assez de résistance pour qu'on puisse appuyer fortement et diviser sûrement les parties qu'on veut atteindre. Ici, la lame de l'urétrotome agit comme le bistouri sur les téguments, par la pression et la traction qu'exerce simultanément la main de l'opérateur.

Le dos de l'olive ne s'applique pas, comme dans le premier procédé, contre la face correspondante du canal, et la lame n'agirait pas, ne pénétrerait pas dans les tissus, si le chirurgien se bornait à tirer sur le manche de l'instrument; il doit donc, en même temps qu'il tire sur l'instrument, appliquer avec force la lame sortant de l'olive contre la surface à diviser.

Par ce procédé simple et sûr tout à la fois, j'ai divisé un grand nombre de brides et de bandes fibreuses, de rétrécissements commençants, qui résistaient à la dilatation et revenaient sur eux-mêmes avec une énergie et une rapidité proportionnées à la distension qu'ils avaient subie, de telle sorte que le traitement restait toujours incomplet. J'ai complété de cette manière la division de ces masses considérables de tissus indurés, rétractiles et réfractaires à tout autre moyen de traitement. J'ai obtenu, surtout dans les cas de rétrécissements dits élastiques, des résultats inespérés. Tout récemment encore, sur un malade que m'ont adressé mes amis de Londres et qui avait été traité sans succès par d'autres méthodes, en trois semaines, la guérison a été complète. C'est avec le même instrument et par le même procédé que je divise maintenant, dans presque tous les cas, les barrières urétro-vésicales.

REVUE CRITIQUE

MÉDECINE CLINIQUE

Observation d'une rupture du cœur à la suite d'une cardite occulte.

Par M. G. GOUZY, interne à l'hospice de la Grave.

L'observation que je vais rapporter présente le plus grand intérêt, puisque la mort de la malade qui en est le sujet, a été produite par une lésion fort rare et dont on trouve à peine quelques exemples dans les auteurs qui ont le plus réuni de faits relatifs à la pathologie du cœur : je veux parler de la rupture de cet organe.

Lorsque j'aurai donné l'histoire de la malade et le résultat de mes recherches sur le cadavre, j'essayerai de déterminer le genre d'affection qui a causé la rupture de l'organe de la circulation, sans qu'il ait été possible, pendant la vie, de soupçonner un état morbide du cœur.

Marie-Jeanne, morte à 56 ans, avait été admise à l'asile de la Grave, comme épileptique dès son enfance. Depuis son entrée à l'hospice, cette maladie n'avait ni diminué ni augmenté; les crises n'étaient pas fréquentes, puisqu'en moyenne elle en avait une tous les dix-huit mois; elles étaient très violentes, précédées de prodromes très douloureux, pendant lesquels la malade était sujette à quelques syncopes.

En dehors de l'épilepsie, Marie-Jeanne jouissait d'une bonne santé, elle était très forte, d'une constitution pléthorique; elle disait qu'elle n'avait jamais été malade; cependant, vers la fin de sa vie, son teint avait pris une couleur jaune pâle assez analogue à celle des malades atteints d'un squirrhe dans un organe important; la menstruation avait toujours été normale et régulière. Cette femme avait eu toujours une vie laborieuse, mais sans excès; elle avait conservé jusqu'à sa mort un appétit très considérable; elle n'avait jamais craché ni vomi le sang.

Vers le mois de juin 1857, Marie-Jeanne fut tout à coup affectée d'une douleur assez vive dans la région épigastrique : l'indisposition ayant paru grave, on envoya chercher l'interne de garde, qui prescrivit une application de sangsues sur le point douloureux. Le lendemain, vers neuf heures, à la visite, un soulagement assez notable avait succédé à la douleur de la veille; on prescrivit du repos, la diète, et pour boisson de la limonade. La douleur avait presque disparu, mais l'appétit étant nul, on conseilla de l'eau de Seltz. Après quelques jours de convalescence, les douleurs de la région épigastrique recommencèrent plus sourdes, mais permanentes ; elles cédèrent à l'administration, faite à quelques jours d'intervalle, de deux purgations salines.

Marie-Jeanne, ayant repris ses travaux ordinaires, voulut, peu de temps après, prendre un bain d'où elle sortit sans précautions, et, après une syncope assez longue qui suivit sa sortie du bain, elle eut un véritable accès de fièvre dont la période algide fut très pénible. Cet accès étant revenu le surlendemain, à peu près à la même heure, on prescrivit le sulfate de quinine qui arrêta les accès; mais la douleur épigastrique avait reparu sourde et permanente. Cette douleur ayant presque cédé à un lavement purgatif ordonné le 16 juillet, on en ordonna un deuxième le surlendemain. Marie-Jeanne, déjà assez bien pour reprendre ses travaux, but la moitié de ce médicament, et prit l'autre en lavement; puis, sans en attendre l'effet, déjeûna copieusement et plongea ses pieds dans l'eau froide d'un lavoir pour en retirer du linge : aussitôt elle sentit un violent malaise qui l'obligea à se retirer; elle eut le temps de remonter dans l'infirmerie, et là elle mourut subitement sans proférer une parole.

J'ai insisté sur tous les détails qui précédèrent la mort, parce que, comme on le voit déjà, aucun des phénomènes morbides que j'ai signalés n'annonce l'existence d'une lésion capable d'amener la rupture du cœur; aussi vais-je décrire avec soin les lésions que j'ai pu constater à l'examen cadavérique, réservant toutefois celles que j'ai trouvées soit dans les membranes, soit dans la texture du cerveau,

qui ne suffisent pas d'ailleurs à expliquer une mort subite, et que l'on rencontre ordinairement chez les épileptiques.

L'examen cadavérique fut fait vingt-quatre heures après la mort.

Habitude extérieure. — Le cadavre présente une teinte tendant vers le violet, due à l'injection de veinules superficielles; cette teinte est surtout apparente au visage; une écume sanguinolente s'échappe de la bouche; d'après le rapport des femmes qui ont gardé le cadavre, une quantité considérable de cette écume s'est échappée pendant les vingt-quatre heures précédentes.

Je commence l'autopsie par l'examen du cerveau, croyant que la malade avait succombé à une attaque d'apoplexie foudroyante; une quantité considérable d'un sang noir et dont la décomposition commence, s'échappe de la boîte osseuse divisée par la scie. L'examen du cerveau n'ayant présenté aucune lésion qui pût expliquer une mort aussi prompte, je passe immédiatement aux résultats fournis par l'ouverture du thorax.

Cavité thoracique. — Elle est presque entière remplie par une énorme poche située vers sa partie médiane, d'une couleur bleuâtre, produite par la présence dans cette poche membraneuse, lisse, transparente, d'un corps très volumineux qui la distend. Cette poche, d'une forme à peu près semblable à celle de l'estomac, s'étend latéralement de gauche à droite contre le diaphragme, refoule le poumon gauche contre la paroi gauche du thorax, et recouvre presque tout le poumon droit; du reste, l'aspect général de ces organes est normal; une quantité considérable de sérosité est contenue dans la cavité thoracique.

Cette poche n'est autre chose que le péricarde distendu par une très grande quantité de sang décomposé, interposé entre le cœur et son feuillet interne; je retire le cœur de cette poche, et voici l'aspect qu'il présente :

Son volume est un peu exagéré, sa forme légèrement aplatie; soit que ce changement soit l'effet de la maladie ou de la compression du liquide qui l'entoure; sa couleur est d'un rouge plus pâle que dans l'état normal; les oreillettes et l'origine des gros vaisseaux ne présentent rien de particulier : voici les lésions du cœur lui-même :

1° A l'extérieur, le ventricule gauche n'offre aucune particularité, sinon qu'il paraît légèrement aplati, et que sa pointe paraît ramollie au toucher, et d'une couleur plus blafarde que le reste; cette disposition est peut-être due à la macération que, depuis la mort, le cœur subit dans le sang qui remplit le péricarde.

Si le ventricule gauche ne présente pas de graves lésions, il n'en est pas de même du ventricule droit :

A peu près au milieu, paraît un cercle d'un rouge foncé d'environ trois centimètres de rayon, presque noir, et dans ce premier cercle un second, concentrique au premier. La surface du petit cercle est plus enfoncée que la couronne appartenant exclusivement au grand cercle; les bords de cette espèce d'enfoncement sont taillés à pic, d'une manière à peu près semblable aux ulcères syphilitiques : enfin du centre commun de ces deux cercles, partent deux ou trois fentes irrégulières s'étendant comme des rayons jusqu'à la circonférence du grand cercle. Je pose successivement mon doigt indicateur et mon pouce sur le centre, point de rencontre de ces fentes noirâtres, et successivement, mes deux doigts pénètrent avec facilité jusque dans l'intérieur du ventricule droit; je constate ainsi qu'il y a eu déchirement de la paroi droite du cœur, et, par cette rupture, épanchement d'une quantité considérable de sang dans le péricarde.

La lésion que l'on trouve dans le ventricule droit présente tous les caractères d'un ulcère qui a déterminé la mort de la malade, lorsque la perte de substance a rendu la paroi du cœur trop faible pour résister aux efforts du sang.

Telles sont les lésions extérieures que j'ai pu signaler.

2° A l'intérieur : les lésions sont presque insignifiantes, la cloison interventriculaire est parfaitement saine, excepté vers la pointe où elle participe à l'état que j'ai signalé à l'extérieur sur la pointe du cœur.

Les colonnes charnues ne présentent aucune particularité; enfin, les valvules et les vaisseaux artériels à leur entrée dans le cœur sont sains. Malgré la recherche la plus minutieuse, je n'ai pu trouver un atome de pus dans tout l'organe de la circulation.

Je dois terminer ce tableau de mes investigations nécroscopiques en disant que je me suis borné à un examen superficiel des autres organes : la lésion que j'avais trouvée dans le cœur étant plus que suffisante pour expliquer la mort de la malade. Je dois dire du reste que les poumons présentaient un très bel aspect, et donnaient à la compression le bruit crépitant le plus satisfaisant; le foie ne présentait pas non plus d'altération; en un mot, tous les accidents venaient uniquement du cœur.

Réflexions. — Il résulte de l'examen cadavérique, que la mort subite a été produite par une rupture du cœur consécutive à une ulcération de la paroi du ventricule droit. Comment peut-on expliquer la production de cette lésion chez la malade dont nous avons rapporté l'observation?

Il est bien des cas où la nature semble vouloir nous cacher le secret des coups qu'elle porte; il existe des affections morbides essentielles, dans lesquelles les lésions anatomiques sont quelquefois nulles, et, dans tous les cas, toujours l'effet et non la cause de l'affection. Celle-ci alors n'a pas de siége déterminé, frappe tantôt un organe, tantôt un autre, existe enfin indépendamment de tel ou tel symptôme par lequel elle se manifeste à l'observateur. Celui-ci en ignore toujours la nature; l'affection morbide peut en effet être une de ces affections insidieuses qui sont caractérisées par des douleurs vagues, générales, par un état fébrile continuel, sans qu'il soit possible de localiser la douleur, une perte des forces, de l'appétit, du sommeil, etc., et qui semblent plutôt constituer un état adynamique du *principe vital* que le résultat de la lésion de tel ou tel organe.

Dans le cas que j'ai observé, ce ne sont pas les lésions qui ont manqué, et l'anatomie pathologique a certes pu trouver une cause suffisante à la mort; mais les attributions de l'anatomie pathologique ne consistent pas seulement à désigner les changements survenus dans la texture de l'organe; elle doit aussi établir la manière dont la lésion s'est produite, la *loi* de la lésion, c'est-à-dire, les rapports qui ont relié les symptômes et la marche de la maladie à la lésion.

Or, c'est ce qui constitue une grande difficulté dans ce cas-ci; en effet, durant sa vie, jamais la malade ne s'était plaint du cœur, et aucun phénomène morbide n'avait pu faire soupçonner une maladie de cet organe.

Il existe une maladie dont la description la plus complète est due à Corvisart et à laquelle on peut, je crois, rapporter tous les phénomènes que j'ai signalés : c'est la *cardite.*

Corvisart cite trois observations de *cardites* qu'il appelle *occultes* et qui n'ont pu être reconnues qu'après l'examen du cadavre : les phénomènes signalés d'ailleurs par Corvisart sont semblables à ceux que j'ai décrits pour Marie-Jeanne.

L'auteur, décrivant les maladies inflammatoires qui peuvent affecter le cœur, s'exprime ainsi :

« L'inflammation du cœur a-t-elle toujours un caractère aigu, » bien tranché, ou n'affecte-t-elle pas quelquefois une marche » cachée, insidieuse, et qui me paraît, sinon impossible, du » moins très difficile de reconnaître?... « Comment se fait-il que » chez des sujets on observe le cœur dans un état pathologique » qui dénote certainement un état inflammatoire antérieur, quand » la maladie n'a présenté dans son cours aucun des signes ou des » symptômes propres à la cardite simple? » — « On doit ad- » mettre comme chose extrêmement importante la division du » *carditis* en *occulte* et en *manifeste* (1). »

Dans le cas qui fait le sujet de mon travail, on ne peut attribuer la présence de cet ulcère qu'à une phlegmasie *occulte* du

(1) Corvisart : Des affections qui intéressent à la fois divers tissus du cœur.

cœur ; mais, afin de confirmer ce diagnostic, il convient de rappeler quelques particularités sur la *cardite* et notamment sur la *cardite occulte*.

« Il est peu de maladies du cœur qui soient moins connues que » le *carditis,* » dit Corvisart. Si l'on place, avec ce savant observateur et plusieurs auteurs, la *cardite* au rang des phlegmasies musculaires, il sera possible de distinguer essentiellement cette maladie de celles qui peuvent intéresser séparément les divers tissus du cœur ; ce sera là une question importante, puisque, en permettant d'établir le diagnostic différentiel de ces affections, elle donnera le moyen de poser quelques jalons pour le traitement.

L'anatomie pathologique et les beaux travaux de M. Bouillaud sur les phlegmasies du cœur, ont prouvé que les membranes séreuses externe ou interne du cœur peuvent être, soit isolément, soit simultanément, affectées de phlegmasies, et constituer ainsi une *péricardite* ou une *endocardite*. Il est facile de concevoir *à priori*, et l'expérience le confirme, que l'état inflammatoire de ces deux membranes de même nature séparées uniquement par le tissu du cœur, doit entraîner presque infailliblement l'inflammation du tissu propre de celui-ci ; mais est-ce là ce que l'on peut appeler une cardite, et la maladie qui résulte de cette sorte d'*extension* inflammatoire peut-elle mériter une place dans le cadre nosographique ? Evidemment non : toutes les lésions du cœur que l'on trouvera dans de pareils cas devront être attribuées uniquement à la *péricardite* ou à l'*endocardite* qui les a occasionnées par *contiguité*. Il en est de même pour les pneumonies ou les péripneumonies provenant d'une extension de la *pleurésie*.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 décembre 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le Président annonce que la séance publique annuelle aura lieu le mardi 15 décembre.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Rapport de M. le médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne (Haute-Marne), concernant les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1856. (Comm. des eaux minérales.)

2° Rapport de M. le docteur Guéneau, médecin des épidémies de l'arrondissement de Semur, sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans la commune de Thénissey, canton de Flavigny.

Rapport de M. le docteur Cassan, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Alby, sur une épidémie de petite vérole qui a régné à Alby pendant l'année 1857. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Mémoire de M. le docteur Michel, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, sur le traitement des névralgies par la section des nerfs. (Comm., MM. Laugier, Huguier et Larrey.)

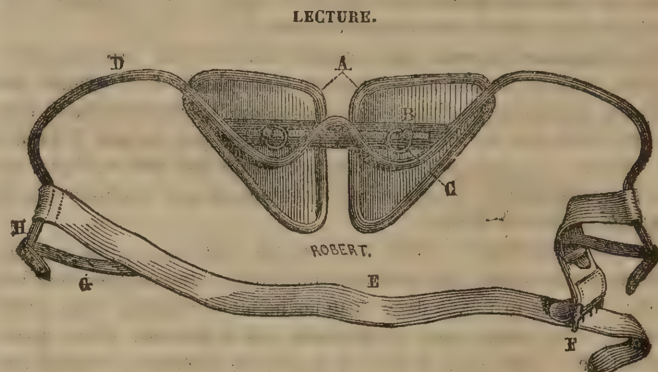
Note de M. le docteur Abeille sur un nouvel appareil destiné à maintenir dans un rapport exact, au moyen de griffes, les surfaces des fragments osseux dans les fractures de la rotule, de manière que la réunion ait lieu par un cal linéaire. (Comm., M. Malgaigne.)

Mémoire de M. Charles Tellier sur un appareil nouveau destiné à indiquer la quantité d'oxygène contenue dans l'air ambiant. (Commissaires, MM. Bussy, Guérard et Soubeiran.)

Note de M. le Dr Léailles sur une modification qu'il propose de faire subir aux pessaires. (Commissaire, M. Cazeaux.)

Après la lecture de la correspondance, l'Académie se forme pendant quelques minutes en comité secret ; à trois heures quarante minutes, la séance publique est reprise.

LECTURE.



Nouveau bandage herniaire (système du docteur Dupré), construit par M. Robert, fabricant d'instruments de chirurgie.

M. le docteur Dupré lit un mémoire explicatif sur la construction et le mécanisme de son bandage, dont le dessin est ci-joint. Ce bandage diffère essentiellement des bandages employés jusqu'à ce jour. En voici la description.

Une tige transversale ressemblant à peu près à l'M majuscule, conformée sur la disposition de l'échancrure pelvienne, presse sur une ou deux pelotes ajustées sur elle au moyen d'une barre fenêtrée. Ces pelotes sont assujetties à la barre fenêtrée à l'aide de vis, ce qui permet de les rapprocher, écarter, incliner, remplacer à volonté.

Une demi-ceinture postérieure unie aux branches verticales de l'M, et se bouclant à la façon d'une patte de pantalon, assujettit le bandage dans la région lombaire.

La supériorité de ce système, d'après M. le Dr Dupré, est incontestable.

Plus de pression douloureuse dans la région lombo-sacrée comme en déterminent les ressorts, ni sur les hanches comme le font les ceintures.

Concentration de la pression antérieure uniquement sur les pelotes.

De petites lanières obliques partant des branches verticales pour se fixer aux deux côtés de la demi-ceinture postérieure, tiennent lieu de sous-cuisses sans en avoir les inconvénients. Point de cassure de fer à craindre, élasticité modérée opposée à l'élasticité sans frein des ressorts, commodité de l'ajustement : tels sont, avec ceux énumérés plus haut, les avantages d'un système qui, d'après l'auteur, méritera la préférence de tous les praticiens, aussitôt qu'il sera connu.

Morve. — M. le Dr Bourdon, médecin de l'hôpital de Lariboisière, lit une observation de *morve farcineuse chronique terminée par la guérison*. (Nous publierons *in extenso* cette observation et les considérations qui la suivent.) (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Rayer, Hervez de Chégoin et H. Bouley.)

Gale comparée. — M. Delafond lit en son nom et au nom de M. Bourguignon la deuxième partie de leur travail sur l'acarus de la gale. Cette deuxième partie a pour objet des généralités sur l'anatomie et la physiologie des animalcules de la gale et des animaux.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport du trésorier sur sa gestion.

CERCLE DES SCIENCES

—

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU VENDREDI 13 NOVEMBRE 1857.

Présidence de M. CHASSAIGNAC.

DEMANDES D'ADMISSION. — MM. *Guérard*, médecin de l'Hôtel-Dieu; *Blum*, de Varsovie; *Leménant des Chesnais*, médecin adjoint du ministère de l'intérieur; *Deschanel*, professeur au lycée Louis-le-Grand; *Moulin*, avocat; *Plouviez*.

Ouvrages offerts :

Par M. Ricord : *Leçons sur le chancre ; Lettres sur la syphilis;*

Par M. Tourrette : *Opuscule sur le traitement du choléra.*

ÉLECTIONS. — Sont élus : MM. *Personne, Echaupre* et *Cousserant*.

COMMUNICATIONS. — *Moyens de diminuer l'infection purulente à la suite des amputations.* M. Chassaignac fait sur ce sujet la communication suivante :

Les deux modes d'amputation que j'ai essayés dans ce but, dit-il, sont :

1° L'amputation par la cautérisation potentielle; 2° l'amputation par écrasement linéaire.

En ce qui touche l'amputation par les caustiques, je dois faire toutes réserves en faveur de ceux qui ont émis cette idée avant moi, et notamment à l'égard de MM. Salmon et Manoury qui ont eu recours à un mode opératoire très ingénieux.

C'est du procédé tout différent du leur que j'ai fait usage, et c'est ce procédé que je viens soumettre à votre examen.

Disons avant tout que je n'ai pratiqué ce genre d'amputation que deux fois. Dans chacun des cas il s'agissait d'une amputation à la partie moyenne de la jambe, chez des sujets tellement affaiblis, qu'on n'osait pas les amputer par les méthodes ordinaires. Le succès a été complet dans les deux cas.

L'appareil se compose d'une série de petites auges de cristal de forme rectangulaire; ces auges sont disposées linéairement sur un bracelet que j'appelle pour cette raison bracelet porte-cuve ou bracelet à auges. Celui-ci se compose de deux pièces : 1° une lisière au moyen de laquelle les petits rectangles sont maintenus sur le trajet d'une même ligne; 2° une galerie qui retient solidement les cuves par leurs parties latérales et les empêche de se renverser.

D'autres substances que le cristal, la gutta-percha, par exemple, peuvent être employées pour la construction des cuves.

Au moment de l'application du bracelet, les petites cuves sont remplies d'une pâte caustique. Dans l'un des deux cas, j'ai fait usage de la pâte de Vienne ; dans l'autre, d'un mélange d'acide sulfurique et de poudre de garance. Le premier de ces caustiques ne met pas aussi sûrement à l'abri de l'hémorragie que le second ; mais son action est moins douloureuse. Une fois que les auges ont été remplies de caustique, le bracelet est appliqué et solidement maintenu en position autour du membre à amputer. Dans les deux amputations que j'ai faites par ce procédé, je laissai le bracelet en place pendant douze heures, et cinq applications ont été nécessaires pour la destruction complète des parties molles, jusqu'à l'os qui a été divisé au moyen de la scie à chair.

Contrairement aux prévisions de la théorie, les os ne font point saillie à l'extrémité du moignon, et celui-ci est très régulier.

M. MATTÉI pense que l'infection purulente dépend de deux conditions : 1° du défaut de lymphe plastique ; 2° de la décomposition du pus par l'air, la présence du pus de bonne nature dans le système circulatoire étant sans inconvénients.

Le défaut de lymphe plastique étant dû surtout au défaut de fibrine dans le sang, il faut donner aux opérés des toniques, des ferrugineux; les placer dans de bonnes conditions d'aération, etc. Localement, il faut empêcher le contact de l'air sur les plaies.

M. HEURTELOUP pense que l'aconit est impuissant à prévenir l'infection purulente, comme le mercure ou le quinquina pour prévenir la vérole et les fièvres intermittentes. — Il pense que si M. Chassaignac a eu de moins bons résultats à l'hôpital de Lariboissière qu'ailleurs, cela dépend de la mauvaise aération de cet hôpital. — Il croit enfin que si l'amputation par les caustiques devient jamais vulgaire, ce ne sera que lorsqu'on la pratiquera avec le fer rouge.

M. MOUNIER rappelle qu'un chirurgien de Bruxelles auquel a fait allusion M. Mattéi, M. le docteur Deroubaix qui a employé comme moyen préventif de la résorption purulente précisément l'alcool, c'est par lui qu'il a commencé; il n'en a obtenu que des résultats douteux. La teinture d'iode qu'il regarde comme un léger caustique, ne lui a pas paru mériter plus de confiance. M. Deroubaix pratiquait exclusivement la réunion médiate.

Quant à l'influence des lieux, il y a dans l'atmosphère un *quid ignotum* qui, selon la constitution médicale, rend les opérations innocentes ou dangereuses, favorise ou prévient la résorption purulente. Dans la campagne de Crimée, j'ai fait un grand nombre d'amputations; du 15 septembre au 20 janvier, j'en ai pratiqué *deux mille* dans un hôpital contenant 600 blessés, *sans un seul cas de résorption purulente*.

A partir de cette dernière époque, cet accident devint presque ordinaire. La gangrène, le scorbut et la fièvre typhoïde régnaient, il est vrai, avec violence. Les divisions s'encombraient de soldats ayant les extrémités gelées, la bouche saignante, d'abondantes déjections. Ma position était terrible.

En arrivant, le matin, je me demandais si j'allais ou non opérer, et ma conduite dépendait d'une inspiration aléatoire plutôt que d'une détermination réfléchie. Il y eut des hommes enlevés en quarante-huit heures par des dyssenteries foudroyantes. La gangrène n'était pas moins à craindre.

M. Mounier n'approuve point le procédé de cautérisation de M. Chassaignac. Pour lui, d'ailleurs, la principale cause de la résorption purulente résiderait dans les veines osseuses, que M. Chassaignac n'évite pas, puisqu'il se sert de la scie, comme les autres chirurgiens.

M. Furnari préfère à la méthode de M. Chassaignac l'application du chlorure de zinc et d'antimoine. L'escharre est plus vaste et plus profonde, en permettant de faire l'opération en trois séances.

M. VERNEUIL. Pour moi, les cas de résorption purulente sont rares. Je ne pense pas que le procédé opératoire y soit pour quelque chose, cela tient au régime des opérés. Félix Boyer, après l'amputation d'une cuisse, prescrivait deux côtelettes dans la journée. Venait-on à lui parler d'infection purulente, de phlébite, il demandait toujours qu'est-ce que c'était que ça? Mes relevés personnels n'en contiennent pas d'exemple. J'ai fait pendant deux mois et demi, à l'Hôtel-Dieu, un service chirurgical qui m'a permis de pratiquer de belles opérations. Aucune n'a été compromise par résorption de pus. Une jeune fille, que je chloroformai, venait de subir l'amputation tibio-tarsienne; deux heures après, fièvre intense. Je prescrivis une côtelette, le soir, une autre, et le troisième jour, la fièvre cessait. J'enlevai une tumeur du sein à une femme qui était dans les plus mauvaises conditions; comme la précédente, elle prit deux côtelettes, et le troisième jour, pas l'ombre de fièvre. Dans un autre cas, l'amputation donna lieu, pendant la première heure, à une hémorrhagie abondante, accompagnée de syncopes; je fis coucher le malade et prescrivis du bouillon, puis une côtelette, et trente-cinq heures après, plus de fièvre. J'ai pratiqué vingt-cinq à trente opérations majeures, et je n'ai pas eu un seul frisson. Aussi ai-je la conviction que si j'ai obtenu ces beaux résultats, c'est aux errements de M. Boyer que je les dois.

L'heure étant avancée, la séance est levée à 10 heures et demie.

Le vice-secrétaire, EM. DUVAL.

RÉUNION SCIENTIFIQUE DU 20 NOVEMBRE 1857.

Présidence de M. Bouley, *vice-président*.

Election de nouveaux membres. — Sont élus : MM. Trudeau, Labourdette, Hunt, Allain et Desnois.

Présentation de nouveaux membres. — Ont envoyé une demande écrite d'admission au Cercle des sciences, M. le Dr DELGADO, M. le Dr BERTILLON.

Ouvrages offerts. — *Traitement des adénites cervicales chroniques au moyen de l'électricité localisée*, par M. BOULU.

Quatre Mémoires sur les mouvements absolus et relatifs du cœur, par M. HIFFELSHEIM.

M. de Castelnau fait hommage au Cercle d'un travail de M. le professeur Pélikan de Saint-Pétersbourg, sur la question de savoir si l'on peut faire pénétrer des médicaments dans le corps à l'aide d'un courant électrique. L'auteur, par des expériences très ingénieuses, a été conduit à résoudre la question négativement.

Présentation. — M. Chassaignac présente son *bracelet à auges* dont il se sert pour l'amputation des membres par les caustiques.

Charbon caustique. — M. Boulu. — Dans ces derniers temps, on a cherché par différents moyens à remplacer le fer rouge : la galvano-caustique semble vouloir prendre le pas sur les autres, elle les remplace tous avantageusement, sans aucun doute ; mais la cherté des instruments d'un côté, et de l'autre, l'embarras qu'ils occasionnent, empêchent la généralisation de ce moyen. Aussi a-t-on fait à l'Hôtel-Dieu un appareil pour cautériser avec le gaz ; M. Mathieu a imaginé un autre appareil de cautérisation avec l'alcool. J'ai à présenter un petit produit de M. Bonnafond, destiné au même objet. C'est tout simplement un charbon auquel on donne la forme que l'on veut, et qui ne s'éteint jamais. On peut cautériser profondément où légèrement les tissus à volonté ; pour la cautérisation ponctuée, il est excellent, ainsi que pour la cautérisation du col ultérin, etc. C'est un mélange de poudre de charbon et de gomme adragante.

M. Boinet fait observer que ce charbon est très fragile et que c'est un grand inconvénient si l'on a, par exemple, à cautériser au fond d'une cavité.

M. Boulu. L'échantillon que vous avez sous les yeux a été altéré par l'humidité, c'est pourquoi il vous paraît fragile : j'ai eu souvent occasion de me servir de ce charbon, et quand il est bien sec, il est très solide et je n'ai jamais eu le moindre accident.

Continuation de l'exposé de la nouvelle théorie des *Mouvements du cœur*, par M. Hiffelsheim.

Galvano-caustique. — M. Broca fait un exposé complet, avec démonstration pratique, du nouvel appareil galvano-caustique construit par M. Grelet. Nous publierons en détail la communication de M. Broca.

M. Hiffelsheim. Cette modification des piles à auges est des plus heureuses pour le but spécial de la galvano-caustique. En effet, l'inconstance des piles repose sur la polarisation du métal actif par le liquide excitateur qui est à son contact permanent. En agitant ce liquide, la polarisation cesse et ne peut même s'établir : de plus, le liquide de Poggendorf, qui est l'excitateur, offre un avantage chimique incontestable. J'ai reconnu, dans des recherches auxquelles j'ai pris part il y a huit mois, que le contact de l'air rendait une pile excitée par une liqueur active d'une constance incomparablement supérieure à cette pile plongée dans le milieu (vase) d'une manière permanente. Donc on a une *quantité* considérable d'électricité *constante* en un temps très court, sans avoir besoin de plus de deux éléments, et, par conséquent, sans augmenter inutilement la *tension* par un grand nombre d'éléments d'une organisation longue et pénible.

Dans les études que je fais depuis deux ans, c'est la *tension* capable de traverser les organes qu'il faut employer, et non la *quantité*, courant physique et chimique, c'est-à-dire désorganisateur et non plastique.

La séance est levée à dix heures et demie.

Le secrétaire : Dr A.-P. Doumic.

Ordre du jour du vendredi, 11 décembre :
1° Election d'un second *vice-président ;*
2° Présentations de membres nouveaux ;
3° Elections ;
4° Communications diverses.

VARIÉTÉS.

—

La mort vient encore de frapper une victime dans les rangs du corps médical toulousain : M. le docteur Sainte-Colombe a succombé, le 17 novembre, à la suite d'une longue et douloureuse maladie; il était à peine âgé de cinquante ans.

Doué d'une bonne et forte constitution physique, notre confrère semblait devoir être garanti contre les atteintes de ces altérations organiques profondes qui minent lentement les sources de la vie ; mais son cœur de père avait reçu presque coup sur coup deux profondes blessures ; de plus, ce même cœur, si dévoué à l'amitié, avait eu à souffrir des peines morales qui étaient venues accabler une famille amie ; c'en était assez, la voie se trouvait préparée pour les agents de destruction. Bientôt les médecins, qui donnaient des soins au malade, ne pouvaient plus espérer de le conserver à sa famille ; lui seul, plein de confiance en son art, espérait toujours, bien qu'à ce sentiment vinssent se mêler parfois la crainte de l'homme qui souffre, et toujours la résignation du chrétien.

Sainte-Colombe s'était renfermé dans le champ de la pratique ; et ce champ fut aussi pour lui celui du dévouement, souvent porté jusqu'au sacrifice et à l'abnégation de soi-même. Il était la réalisation du *vir bonus* dans toute l'acception du mot, c'est-à-dire de l'homme de bien habile à guérir, à soulager, à consoler ; aussi comptait-il presque autant d'amis que de clients.

Sainte-Colombe était profondément pénétré de la dignité de la profession et des sentiments de la vraie confraternité. Il était l'un des membres fondateurs de notre association, dont, pendant deux ans, il présida les délibérations avec le sens droit et rigoureux qui le caractérisait. Il y a trois ans, lorsqu'une perte nouvelle vint l'affliger, l'association décida que, pour respecter le deuil de son président et s'y associer, le banquet annuel n'aurait pas lieu. Si je cite ce fait, et j'en pourrais citer d'autres, s'il m'était permis d'aborder des détails intimes, c'est pour prouver qu'entre Sainte-Colombe et ses confrères il y avait réciprocité d'estime, de considération, d'affection ; c'est enfin, comme conséquence logique, pour dire que sa perte laisse au cœur de tous et de chacun des regrets profondément sentis ainsi que des souvenirs ineffaçables.

(*Journal de Méd. de Toulouse.*)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le rédacteur en chef : H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 149 5me ANNÉE. Samedi, 12 Decembre 1857.

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, le 11 décembre 1857.

De la fondation d'une caisse de prévoyance et de retraite, et d'une caisse de secours pour les pharmaciens.

Quand nous avons associé à notre rédaction nos honorables collaborateurs pour la Revue pharmaceutique, nous n'avons pas eu seulement l'intention de nous occuper des questions qui se résolvent dans le laboratoire; nous avons pris aussi avec nous-même l'engagement d'étudier avec tout le soin, toute l'extension qu'ils méritent, les légitimes intérêts matériels et professionnels du corps pharmaceutique.

Nous devons donc nous occuper avec quelques détails d'un projet *de caisse générale de prévoyance et de retraite des pharmaciens de France* que vient de former un honorable pharmacien de Paris, M. Dorvault, projet qui, d'après les statuts et l'exposé des motifs que nous avons sous les yeux, aurait déjà reçu un commencement d'exécution. L'examen de ce projet servira d'ailleurs d'introduction naturelle à d'autres projets moins bien arrêtés et par conséquent d'un examen plus difficile, qui agitent en ce moment quelques membres du corps médical.

Faisons remarquer d'abord que M. Dorvault n'a pas exposé son projet avec toute la méthode, toute la clarté qu'on devait espérer de sa qualité d'écrivain déjà expérimenté; nous serons donc obligé de classer les diverses parties du travail de M. Dorvault et d'examiner successivement les *motifs*, les *bases* et les *avantages* présumés du projet conçu par l'honorable gérant de la *Pharmacie centrale de France*.

A. — Les motifs fort louables que M. Dorvault donne à son projet sont : les souffrances de la pharmacie; son abaissement, c'est-à-dire la diminution de sa considération; enfin, l'inaptitude des pharmaciens à connaître les placements avantageux : « Esclave de son officine, dit M. Dorvault, ne faisant que des affaires limitées, ne réalisant que de petits bénéfices, le pharmacien n'a ni *l'occasion de connaître les moyens de placements avantageux*, ni la possibilité d'en faire. *De là*, le plus souvent, la précarité de sa position et les maux qui s'en suivent. » (Exposé des motifs, p 2.)

Pour commencer par le dernier de ces trois motifs, il nous semble que M. Dorvault ne se fait pas une idée suffisamment avantageuse de ses confrères en les supposant incapables de distinguer les bons d'avec les mauvais placements. Nous croyons que le pharmacien n'est pas inférieur, sous ce rapport, à la généralité des hommes, et nous savons fort bien que l'immense majorité de ceux-ci comprennent très bien leurs intérêts à l'endroit du placement de leurs capitaux; nous sommes même fort disposé à admettre que l'intelligence du pharmacien, sous ce rapport comme sous beaucoup d'autres, dépasse notablement le niveau de l'intelligence commune.

Nous croyons donc que le pharmacien n'a nullement besoin de tutelle ni même d'intermédiaire pour la gérance de ses économies, et que ce premier motif de l'honorable gérant de la Pharmacie centrale manque de fondement.

Nous ne voulons pas assurément nier les souffrances de la pharmacie, quoiqu'il ne nous soit pas absolument démontré que ces souffrances soient plus grandes que celles qui affligent toutes les autres professions, que la profession médicale en particulier; mais il suffit que ces souffrances existent pour que nous applaudissions aux tentatives qui seront faites pour les adoucir; seulement, approuver les tentatives, ce n'est pas, toujours approuver les moyens adoptés, et il nous faudra voir jusqu'à quel point ceux qu'on nous propose sont bons.

Quant à l'abaissement moral de la pharmacie, « qui a perdu, » suivant un des auteurs du projet que nous examinons, « une grande partie de sa considération passée, » c'est là un lieu commun très vieux que beaucoup d'écrivains de hasard répètent sans trop savoir pourquoi, et que nous avons vu, avec regret, M. Dorvault prendre en considération; la vérité est que la pharmacie, loin d'être aujourd'hui abaissée ou moins considérée qu'autrefois, est élevée, au contraire, autant dans la hiérarchie intellectuelle que dans l'estime publique, et qu'elle est en voie de s'élever encore. La pharmacie ne donne plus de clystères depuis longtemps; elle fournit aujourd'hui des candidats à toutes les fonctions civiques; elle a des représentants dans toutes nos sociétés savantes, depuis la modeste société d'arrondissement jusqu'à l'Académie des Sciences; c'est donc contre toute évidence que les réformateurs crient à l'abaissement de la pharmacie. Au reste, nous répéterons pour ce motif ce que nous avons dit pour le précédent : le fait argué fût-il aussi vrai qu'il est faux, que cela ne préjugerait en rien la valeur des moyens proposés pour y porter remède.

B.—« La fortune pharmaceutique doit circuler et s'accroître dans le cercle de la pharmacie, » tel est l'aphorisme et en quelque sorte l'acte de foi sur lequel repose toute la religion ou toute la doctrine financière de M. Dorvault; car cette proposition se trouve reproduite par tous les écrivains qui se sont inspirés de

ettre et de l'esprit de la proposition formulée d'abord par l'honorable chef de la Pharmacie centrale.

Non plus que la plupart des aphorismes, celui-ci ne brille point par la clarté ni la précision, et il faudrait sans doute commencer par en faire l'interprétation avant d'en faire, dans son ensemble, l'examen critique ; ce n'est pas là ce que nous devons nous proposer aujourd'hui. En nous en tenant à l'objet spécial que nous étudions, nous devons croire que cet aphorisme a la signification suivante : c'est que tous les revenus que les pharmaciens peuvent se faire par leurs économies ou autrement doivent leur venir exclusivement de la pharmacie, de même que tous les secours qu'ils doivent attendre en cas d'infortune.

Si le projet de l'honorable M. Dorvault n'avait pas d'autres défauts que celui de se fonder sur un faux principe économique, nous devrions examiner à fond ce principe lui-même, et montrer, ce que ne conteste aujourd'hui aucun économiste sérieux, que tout système de garantie mutuelle est d'autant plus solide et plus fructueux, qu'il repose sur des bases plus larges. Aussi le système le plus avantageux serait-il celui qui serait fondé sur la mutualité de tous les citoyens sans exception. L'aphorisme qui sert de devise au projet de la *Caisse de prévoyance* est donc le contre-pied des véritables principes économiques, envisagés à leur point de vue le plus élevé. Il suffit à notre but d'énoncer purement et simplement ce fait.

C'est, qu'en effet, la seconde base du projet est bien plus défectueuse encore, et elle l'est surtout d'une manière plus évidente, pour les hommes qui ne sont que peu versés dans l'étude des sciences économiques.

« La Caisse de prévoyance, » dit M. Dorvault, « sera le complément de la Pharmacie centrale. Leur solidarité assurera leur avenir. »

Ceci est une erreur plus grave que la précédente : on comprend très bien que la Caisse de prévoyance, caisse de dépôt où les fonds sont ou doivent être toujours disponibles, puisse, sinon assurer, du moins contribuer à assurer l'avenir de la Pharmacie centrale, puisque la Pharmacie centrale se réserve le droit d'y puiser pour ses besoins. Il est évident que, dans un moment de crise, la Caisse de prévoyance pourrait sauver d'un naufrage la caisse de la Pharmacie centrale. Mais on ne comprend pas du tout comment la Pharmacie centrale pourrait assurer l'avenir de la Caisse de prévoyance ; on conçoit, au contraire, qu'elle pourrait seulement le compromettre : en effet, si la Caisse de prévoyance a beaucoup de fonds, elle marche parfaitement toute seule, puisque le propre d'une Caisse de prévoyance est de ne s'exposer à aucun risque commercial ; il n'y a que la banqueroute publique qui pourrait la compromettre, et la banqueroute publique compromet tout, et plus encore une entreprise commerciale qu'une caisse de prévoyance. Mais si, précisément, comme c'est le projet de M. Dorvault, une entreprise commerciale vient à emprunter des fonds à la Caisse de prévoyance, ce n'est plus une caisse de prévoyance qu'on a, mais bien une sorte de comptoir d'escompte, une banque de commerce exposée à toutes les vicissitudes de ces sortes de banques. Que dans un moment, par exemple, où la Pharmacie centrale aura emprunté 500,000 fr. à la Caisse de prévoyance, il arrive une crise, un événement quelconque qui réduise à la moitié ou aux trois quarts de leur valeur les marchandises de la Pharmacie centrale, voilà le capital des déposants réduit à la moitié ou un quart. En sorte que ces déposants ne sont en définitive autre chose que des actionnaires de la Pharmacie centrale, actionnaires un peu privilégiés, il est vrai, puisque les emprunts qu'on pourra leur faire seront remboursés avant le capital social, mais non pas avant les autres créanciers de l'entreprise avec lesquels la Caisse devrait partager l'actif, si la Pharmacie centrale venait à éprouver des revers.

En résumé, ne jamais fonder ou greffer, suivant l'expression de l'honorable M. Dorvault, une caisse de retraite sur une entreprise commerciale, telle est la règle élémentaire en économie sociale ; en la méconnaissant, on peut compromettre l'avenir de la caisse, mais on ne peut jamais l'assurer.

Voilà pour la base économique ; quant à la base financière, M. Dorvault se propose de former le capital de la Caisse de prévoyance avec :

1° Une somme de 20 fr. une fois donnée ;

2° Une cotisation annuelle de 20 fr., prise pour moitié au moins sur les escomptes et surescomptes faites à ses clients par la Pharmacie centrale ;

Et, *éventuellement*,

3° Les escomptes et surescomptes qui dépasseraient 20 fr. et que les clients voudraient bien laisser à la caisse ;

4° Les « sommes insignifiantes que le pharmacien, *entre temps*, possède chez lui, les *bribes* de 25, 50, 100, 200 fr., avec lesquelles il ne peut faire aucune acquisition, aucun placement *sérieux*. »

Examinons chacune de ces sources d'alimentation de la Caisse de retraite. Et d'abord commençons par rappeler qu'en économie financière les calculs ne doivent reposer que sur les données non éventuelles ; c'est donc avec les 20 francs d'entrée et les 20 francs de cotisation annuelle que sera formé en réalité le capital de chaque déposant de la Caisse de prévoyance. C'est avec ce capital que, *au bout de* DIX ANS, c'est-à-dire avec *deux cent vingt francs*, plus les intérêts des cotisations successives de 20 francs par an, l'honorable directeur de la Pharmacie centrale veut assurer une retraite à ses clients ! Le projet n'est vraiment pas digne d'un homme aussi sérieux que lui, et pour qui ne connaîtrait pas comme nous sa loyale franchise, ce projet aura tout l'air d'un emprunt déguisé ou d'une amorce pour attirer à la Pharmacie centrale ces pharmaciens peu calculateurs dont il parle, et qui « *n'ont pas les moyens de connaître les placements avantageux*, » pharmaciens beaucoup plus rares, d'ailleurs, à notre avis, que ne le pense M. Dorvault.

En supposant que ce capital assuré fut doublé, triplé, *décuplé* même par le capital éventuel, il ne formerait encore qu'un chiffre dérisoire comme fonds de retraite. Or, nous ne croyons pas que cette supposition se réalise jamais. Ces sommes de 50, 100 ou 200 fr., dont M. Dorvault pense que les pharmaciens ne trouveront pas le placement, sont au contraire très faciles à placer, et d'une manière bien plus avantageuse qu'à la Caisse de prévoyance ; il s'agit tout simplement de les placer à la Caisse d'épargne qui est leur refuge naturel : en effet, tant qu'on n'a que 100 ou 200 fr. d'économie, on se trouve nécessairement dans une position à avoir besoin de cette somme dans un moment donné ; dans une telle situation, on ne peut placer ces 100 ou 200 fr. qu'à la condition de pouvoir les reprendre à un moment donné, faculté que ne donne point la Caisse de prévoyance, et que donne au contraire la Caisse d'épargne. Et quand les sommes sont plus considérables, nous croyons qu'on peut les placer plus avantageusement que dans la combinaison proposée par M. Dorvault. C'est ce que nous allons maintenant démontrer.

C. — Quels seront, en effet, les avantages de la Caisse de prévoyance, ou, en d'autres termes plus positifs, quel intérêt rapportera le capital qu'on y déposera ? M. Dorvault ne s'explique pas clairement sur ce point, le plus important de tous cependant, après celui relatif à la garantie du capital, garantie que nous savons être insuffisante ; voici tout ce que dit sur ce sujet l'honorable fondateur de la Pharmacie centrale :

« *On n'a pu déterminer d'avance le taux de l'intérêt* qui sera payé par la Pharmacie centrale, la situation financière actuelle de notre pays faisant voir que de très grands écarts peuvent se produire ; mais dans le but de *favoriser* la Caisse de retraite, l'intérêt sera toujours supérieur au taux sur les valeurs de l'Etat. »

Le vague d'une telle rédaction n'est point compatible avec les exigences d'un placement de retraite, et tout homme, pharmacien ou non, qui prendra l'engagement de verser pendant un temps déterminé une certaine somme, voudra savoir et doit savoir sur quoi il peut compter (au moins au minimum) quand le moment du repos sera arrivé ; c'est là la première condition qu'il fera toujours. Mais, tout en s'engageant très peu, la Pharmacie centrale s'engage pourtant trop.

En effet, si, à un moment donné, les valeurs de l'Etat tombaient, *comme cela s'est vu*, à la moitié de leur valeur au pair, c'est-à-dire à donner 10 0/0 de rente du capital réalisable, voilà donc la Pharmacie centrale obligée de payer plus de 10 0/0 d'intérêt à la Caisse de prévoyance pour l'emprunt qu'elle lui aurait fait, et cela dans un moment évidemment critique, où les affaires seraient naturellement peu brillantes. Quelle situation périlleuse pour la Pharmacie centrale ou pour la Caisse, sinon pour toutes les deux ! Comment l'éventualité d'une telle situation n'effrayerait-elle pas les déposants, quand ils ont à côté d'eux une caisse d'épargne, une caisse de retraite de la vieillesse surtout, qui leur offrent à peu près les mêmes avantages, comme intérêt, que la future Caisse de prévoyance, et qui leur offre, de plus, cet inappréciable avantage : la surveillance et la *garantie* de l'Etat ?

Nous croyons donc en résumé, que l'honorable directeur de la Pharmacie centrale a mal appliqué une bonne pensée qu'il a eue, en faisant d'une caisse de retraite une véritable banque d'une entreprise commerciale. Au reste, il semble avoir lui-même compris cette vérité, car dans un passage de son exposé des motifs, après avoir fait appel aux *sentiments intéressés*, il invoque dans ces termes, peut-être trop pathétiques, le *dévouement* de ses confrères :

« La profession est une seconde religion, une seconde patrie. Un pharmacien qui ferait fi de sa profession ou qui n'y verrait qu'un métier à exploiter en égoïste, qui traiterait de niaiserie le *professionalisme*, est indigne d'elle, comme un Français qui n'aime la France qu'autant qu'elle lui rapporte, et qui, riche ou pauvre, ne ferait aucun sacrifice dans l'intérêt de son bien-être ou de sa gloire, est un mauvais Français, un homme bien près de la vendre, en un mot, un renégat. »

M. Dorvault a raison de faire appel à la charité du corps pharmaceutique ; car la seule chose que les déposants puissent fonder en envoyant leurs fonds à la caisse de prévoyance, c'est une bonne œuvre, c'est-à-dire une *Caisse de secours* ; reste à savoir si cette bonne œuvre est conçue sur les meilleures bases possibles ; c'est ce que nous examinerons dans un prochain article.

H. de Castelnau.

Séance de la Société de chirurgie du 9 décembre.

(Fractures de l'extrémité inférieure du fémur)

Après une courte discussion sur la nature et l'origine des tumeurs du sein désignées sous le nom d'hypertrophie glandulaire ou de tumeurs adénoïdes, la Société s'occupe de la présentation d'une pièce anatomique. Il s'agit d'un cas remarquable de fracture de l'extrémité inférieure du fémur, communiqué à la Société par M. Demarquay.

Voici le fait :

Un homme, âgé de 59 ans, ancien cocher, fait une chute dans laquelle son genou droit vient heurter l'angle d'un trottoir. Cet accident arriva dans les premiers jours du mois de novembre, et le malade entra le 9 du même mois à la Maison de santé ; M. Demarquay diagnostiqua la fracture et plaça le membre dans l'appareil de M. Ferd. Martin. Le malade fut pris d'une pneumonie à laquelle il succomba le 1er décembre.

A l'autopsie, on trouva la disposition suivante du côté de la fracture : il existait à 12 ou 15 centimètres au-dessus de l'articulation du genou une fracture oblique du corps du fémur ; le fragment inférieur était divisé en deux par une autre ligne de fracture l'intéressant dans sa longueur, partant du sommet de l'espace intercondylien pour aller rejoindre verticalement la première fracture.

Il existait un chevauchement considérable, le fragment supérieur étant porté en bas et en dehors ; en outre, la moitié externe du fragment inférieur était remontée plus haut, de telle sorte que le condyle externe était placé sur un niveau plus élevé d'un centimètre environ que le condyle interne. On trouvait donc, à cause du chevauchement en dehors et successivement en se portant en dedans, d'abord le fragment supérieur, la moitié externe du fragment inférieur, puis la moitié interne de ce fragment.

On trouvait autour de l'extrémité de l'os ainsi fragmenté des tissus fibreux indurés, infiltrés de lymphe plastique ; les deux condyles sont maintenant accolés l'un contre l'autre dans la position qu'ils ont acquise, au moyen de petits tractus fibreux, courts, très denses et très solides.

A propos de cette communication, plusieurs membres de la Société insistent spécialement sur quelques-unes des particularités qui y sont signalées. M. Gosselin fait remarquer que ces fractures se rencontrent surtout chez les personnes avancées en âge, au-dessus de 50 ans ; le tissu spongieux, si abondant dans les extrémités des os longs, a subi des altérations et des modifications qui expliquent la plus grande fréquence de ces lésions, ainsi qu'une complication que l'on y constate souvent, à savoir, l'écrasement du plus petit fragment par le plus long.

Il en résulte une difficulté et même une impossibilité d'obtenir des réductions complètes ; c'est en vain qu'on lutterait contre le raccourcissement et le déplacement suivant l'épaisseur qui existe ici, ce qui tient à l'action des muscles et surtout à l'écrasement du tissu spongieux, ce qui constitue une véritable perte de substance, d'où doit résulter un raccourcissement. M. Gosselin insiste sur cette fréquence plus grande chez les personnes âgées, à cause des difficultés que présente le diagnostic dans un grand nombre de cas, et à cause des conséquences qu'entraînent de semblables lésions lorsque le tissu osseux a subi des modifications. Ces fractures des extrémités peuvent aussi se rencontrer chez les enfants, mais elles sont plus rares, et il n'existe pas la même disposition des tissus osseux.

MM. Chassaignac et Marjolin insistent sur le mode de consolidation qui se préparait au moyen de tractus fibreux, ce qui est conforme aux idées émises par M. Cruveilhier aux sujet de la consolidation des fractures situées au voisinage des articulations. M. Marjolin fait en outre remarquer que les fractures de l'extrémité inférieure du fémur ne sont pas rares chez les enfants ; il a eu occasion d'en observer neuf ou dix cas, depuis une dizaine d'années ; c'étaient bien des fractures du tissu osseux et non des décollements épiphysaires comme on en observe chez les jeunes enfants.

D'après les opinions émises à la Société de Chirurgie, les fractures de l'extrémité inférieure du fémur seraient, de même que celles du col de cet os, beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées qu'à une époque moins avancée de la vie. Cette as-

sertion est contraire aux résultats qui sont signalés dans la thèse de M. Trélat (1854) sur les fractures de l'extrémité inférieure du fémur. Sur 30 cas, dans lesquels l'âge est indiqué, on en trouve : 13 au-dessus de 35 ans, 17 au-dessous de cet âge. La différence est sensible, comme on peut en juger d'après ces chiffres, et encore nous avons pris comme limite, pour la répartition, 35 ans, ce qui n'est pas un *âge avancé.* R.

Revue de Pharmacie et des Sciences accessoires.

LES ÉQUIVALENTS.

(*Suite.* — Voir la précédente revue.)

Des équivalents chimiques (Suite). — Synthèse de l'esprit de bois. — De la révivification des huiles essentielles. — Moyen de reconnaître l'origine des alcools. — Nouveau réactif du sucre dans les urines des diabétiques. — Pharmacologie du guarana ou paullinia.

Pour arriver à démontrer les avantages de l'interprétation des combinaisons chimiques, admise par Prout, sur celle qui a été préconisée par Berzelius et adoptée par la très grande majorité des chimistes, M. Dumas devait prouver surtout :

1° Que les équivalents de tous les corps simples sont très multiples par des nombres entiers de celui de l'hydrogène ;

2° Que dans trois corps simples appartenant à la même famille naturelle, l'équivalent du corps intermédiaire est toujours égal à la demi-somme des équivalents des deux corps extrêmes ;

3° Que le rapport simple de 1 à 2 entre les équivalents, dont la chimie organique offre de si nombreux exemples et qui reparaît chaque fois qu'on rencontre deux corps isomères, dont l'un dérive de la condensation en une seule molécule de deux molécules de l'autre, existe aussi dans les corps simples de la chimie inorganique ;

4° Enfin que les nombres qui représentent les équivalents des corps simples appartenant à la même famille naturelle, offrent dans leur génération quelques lois analogues à celle qu'on découvre dans la génération des nombres représentant les équivalents des radicaux organiques de la même série naturelle.

Mais on va se convaincre dans la suite de cette analyse, que si les raisonnements spécieux semblent donner quelque crédit à cette manière de voir, elle rencontre dans les faits, lorsque l'expérience intervient, une opposition souvent invincible.

Première question. — Les équivalents de tous les corps simples sont-ils des multiples par des nombres entiers de celui de l'hydrogène ?

Deux équivalents font exception à cette règle fondamentale du système de Prout : ce sont ceux du chlore et du cuivre, et bien que les analyses qui avaient servi à fixer les poids de ces deux équivalents, du chlore surtout, eussent été fort nombreuses, et les méthodes correctement choisies, M. Dumas a cru nécessaire de se livrer à de nouvelles expériences, afin de s'assurer s'ils avaient été régulièrement déterminés.

Malgré son habileté bien connue et le soin des recherches scrupuleuses qu'il y a apporté, il a dû conclure que la loi de Prout ne leur était pas applicable.

La loi de Prout n'étant pas confirmée dans son expression générale, il semblait naturel de s'en tenir aux chiffres qui avaient été donnés par Berzelius, et qui, au dire de M. Dumas lui-même, ne laissent aucune hésitation chez celui qui les emploie et lui permettent de remonter des résultats bruts d'une analyse à leur expression symbolique. Mais telle n'est pas l'opinion de M. Dumas ; il regarde toujours comme vraie la première partie de la loi de Prout, qui dit que les équivalents des corps simples, comparés à une certaine unité, se représentent par des nombres entiers ; seulement, comme le chlore et le cuivre ne peuvent pas rentrer dans la seconde partie de la loi, qui admet que cette unité est l'hydrogène, M. Dumas est tout disposé à représenter cette unité par un corps dont l'équivalent aurait un poids égal à la moitié de celui de l'hydrogène ; malheureusement, ce corps n'est pas encore connu.

Deuxième question. — Etant donnés trois corps simples appartenant à la famille naturelle, l'équivalent du corps intermédiaire est-il toujours égal à la demi-somme des équivalents des deux corps extrêmes ?

Ici encore l'expérience vient prouver que cette règle n'est pas générale, et quels sont les corps qui se refusent absolument à y rentrer ? parmi plusieurs autres, le chlore, le brôme, l'iode, c'est-à-dire trois corps liés par les affinités les plus étroites, dont les propriétés physiques et chimiques sont telles, que, l'histoire du chlore et de l'iode étant connues, on peut en déduire celle du brôme sans se tromper.

Ainsi les deux règles fondamentales du système de Prout, les seules qui aient une valeur probative absolue, sont inexactes, et les expériences si concluantes de M. Dumas lui-même viennent prouver cette vérité.

Il est vrai qu'en groupant des chiffres avec un art extraordinaire, M. Dumas vient démontrer qu'il existe des corps simples dont les équivalents sont entre eux en poids comme 1 est à 1 et comme 1 : 2, et aussi que les nombres qui représentent les équivalents des corps simples proprement dits, appartenant à la même famille naturelle, offrent dans leur génération quelques lois analogues à celles qu'on découvre dans la génération des nombres représentant les équivalents des radicaux organiques de la même série naturelle. Mais nous dirons toujours, quand bien même les deux dernières questions traitées par M. Dumas s'appliqueraient à la généralité des corps simples, ce qui n'est pas : les deux premières lois étant inexactes, le système de Prout pèche par la base.

En l'employant il sera sans doute permis d'établir une relation très simple, entre les radicaux élémentaires de la chimie inorganique et les radicaux composés de la chimie organique, et ce problème, qui peut assurément être rangé parmi les plus élevées que le chimiste ait à se proposer et à résoudre, abordé par M. Dumas avec la haute science et le talent qu'on lui connaît, s'il n'a pas été absolument résolu, le sera probablement, lorsqu'il aura revu les équivalents de plusieurs métaux, déterminés jusqu'ici d'une manière un peu incertaine.

Ce résultat magnifique obtenu, nous dirons encore : le système de Prout, qui permet d'établir une relation si philosophique entre les diverses parties de la chimie est une hypothèse heureuse, mais il n'est qu'une hypothèse, et si, à ce point de vue, il présente quelques avantages sur les méthodes admises par Berzelius, il n'a point touché aux idées émises par ce grand maître, sur la distinction à établir entre les éléments de la chimie minérale, car jusqu'ici rien n'autorise à considérer ces divers éléments comme constitués par la condensation d'une matière unique.

SYNTHÈSE DE L'ESPRIT DE BOIS.

Les travaux synthétiques de M. Berthelot sur les alcools, vinique, propylique, amylique, etc., en prouvant que ces corps peuvent être préparés en fixant les éléments de l'eau sur les carbures d'hydrogène analogues au gaz oléifiant, ont résolu un des problèmes les plus ardus de la chimie organique ; ils ont de plus apporté un appui considérable à la théorie posée il y a vingt-deux ans environ par Polydore Boullay et M. Dumas sur la constitution intime et le groupement moléculaire des alcools et des éthers.

Mais les travaux du savant chimiste jusqu'à présent connus laissaient une lacune à combler. En combinant le carbure d'hydrogène avec l'acide sulfurique et en décomposant le produit par l'eau, ou bien encore en unissant le carbure avec un hydracide, de façon à produire un éther, il avait obtenu l'alcool ordinaire et tous ceux dont l'équivalent est plus élevé. Mais le plus simple de tous, l'alcool méthylique ou l'esprit de bois, n'avait pu être produit par ces réactions.

C'est le complément nécessaire de ces expériences que M. Berthelot a fait connaître à l'Institut, dans la communication dont nous allons rendre compte.

On sait qu'en faisant agir le chlore sur le gaz des marais, C^2H^4, divers chimistes ont observé la formation d'un composé gazeux qu'ils ont regardé comme présentant la composition de l'éther méthylchlorhydrique ; c'est ce composé que M. Berthelot prend pour point de départ de ses nouvelles expériences, et voici comment il agit.

Dans des flacons d'un litre, il mélange, à volumes égaux, 40 litres de chlore et 40 litres de gaz des marais purifié par l'acide sulfurique et recueilli sur l'eau ; il place les flacons parfaitement bouchés dans un lieu où ils reçoivent la lumière solaire réfléchie irrégulièrement.

Après un certain temps, le mélange se décolore ; il ouvre alors les flacons sur le mercure pour éviter l'action dissolvante de l'eau, et y introduit des morceaux de potasse et un peu d'eau.

Le volume gazeux se trouve ainsi réduit de moitié environ ; le gaz qui reste renferme de l'éther méhylchlorhydrique, du gaz des marais altéré, et souvent de l'hydrogène.

Pour isoler l'éther méthylchlorhydrique, il agite le mélange gazeux avec de l'acide acétique, cristallisable dans la proportion de 30 gr. d'acide pour 1 litre de gaz, qu'il introduit dans un flacon sur le mercure ; il agite et rejette dans l'atmosphère tout ce qui n'est pas dissous.

En soumettant l'acide acétique à l'ébullition, il dégage la plus grande partie du gaz qu'il a dissous ; en saturant l'acide par une lessive de soude, il obtient le reste que celui-ci conserve avec persistance ; enfin, en agitant le gaz, toujours sur le mercure, avec quelques morceaux de potasse pour absorber l'acide acétique, il obtient l'éther méthylchlorhydrique pur qu'il peut dès lors transformer en esprit de bois.

Trois procédés ont été employés par M. Berthelot pour obtenir cette transformation, mais un seul étant véritablement pratique, nous ne nous occuperons que de celui-là.

A 100°, il fait agir sur l'éther méthylchlorhydrique un mélange d'acide sulfurique et de sulfate d'argent ou de mercure. L'emploi simultané des deux réactifs est indispensable, car chacun d'eux pris isolément n'a pas d'effets sensibles. Sous cette influence, il se forme de l'acide méthylsulfurique qu'il transforme facilement ensuite en méthylsulfate de baryte ; de cette façon, l'esprit de bois se trouve engagé dans une combinaison fixe, susceptible d'être isolée par l'évaporation, douée de propriétés caractéristiques, et avec laquelle il peut préparer, soit de l'esprit de bois, soit de l'éther méthylbenzoïque, soit enfin de l'éther méthyloxalique dont la cristallisation est caractéristique.

Ce nouveau travail de M. Berthelot complète donc, comme nous le disions en commençant, la série des alcools qu'il a obtenus par la synthèse, et qui sont :

L'alcool méthylique	$C^2H^4O^2$
vinique,	$C^4H^6O^2$
propylique,	$C^6H^8O^2$
amylique,	$C^{10}H^{12}O^2$
caprilique,	$C^{16}H^{18}O^2$
éthalique,	$C^{32}H^{34}O^2$.

Seulement, tandis que les cinq derniers résultent de l'hydratation des carbures d'hydrogène analogues au gaz oléifiant, l'alcool méthylique se produit en fixant de l'oxygène sur le gaz des marais.

DE LA RÉVIVIFICATION DES HUILES ESSENTIELLES RÉSINIFIÉES.

La rapidité avec laquelle les huiles essentielles absorbent l'oxygène de l'air et se révivifient, est quelquefois pour le pharmacien la cause d'ennuis et de pertes assez importantes.

A l'aide de la distillation, on parvenait, il est vrai, à retirer la majeure partie de l'essence ainsi altérée, mais cette opération ne pouvait se pratiquer que lorsqu'on avait affaire à une certaine quantité de produits ; autrement les pertes, toujours inévitables dans cette opération, détruisaient tout l'avantage qu'on aurait pu en retirer. Pour obvier à ce grave inconvénient le *Dinglery Polyt. Journal* publie un procédé que nous lui empruntons et qui pouvant s'appliquer aux quantités les plus minimes d'essence, rendra quelques services à nos lecteurs.

On prend du borate de soude pulvérisé et du noir animal; de chaque, parties égales, on en fait avec de l'eau une bouillie claire qu'on agite pendant un quart d'heure avec l'huile essentielle que l'on veut épurer.

Au bout de ce temps, la bouillie reste adhérente aux parois du flacon, tandis que l'huile essentielle s'écoule limpide. Cet effet paraît produit par une sorte de combinaison qui s'opère entre le borax et la partie résineuse de l'huile.

L'auteur de cette communication, M. Curieux, assure qu'à l'aide de ce moyen il a révivifié, avec toutes leurs qualités premières, des essences de lavande, de menthe, et même de néroli, qui, conservée depuis longtemps, était devenue brune et visqueuse.

MOYEN DE RECONNAITRE L'ORIGINE DES ALCOOLS.

Nous empruntons au même journal un procédé pour reconnaître l'origine des liquides alcooliques, qui, d'après son auteur, M. Molnar, s'appliquerait même aux alcools dénués d'odeur étrangère.

Depuis bientôt trois années, les distilleries du Nord et de l'Allemagne sont presque seules chargées de fournir au commerce les alcools dont il a instamment besoin, et celui-ci, dans un grand nombre de circonstances, n'hésite pas à livrer des alcools de fécule ou de betterave, plus ou moins rectifiés, pour des alcools de vin. L'utilité, pour le pharmacien, d'un procédé facile pour constater l'origine de ces liquides, est aujourd'hui incontestable, et présente même un intérêt véritablement actuel ; aussi nous hâtons-nous de le faire connaître.

Dans un flacon contenant 2 ou 3 décigrammes de potasse caustique en dissolution dans l'eau, on introduit 60 grammes de l'alcool à examiner, on agite bien et on soumet le tout à l'évaporation jusqu'à ce qu'il ne reste plus que 5 ou 6 grammes ; on introduit le résidu dans un flacon bouché à l'émeri, et on ajoute 5 grammes d'acide sulfurique étendu ; à l'instant même l'odeur caractéristique de l'alcool se développe, *cela surtout est vrai* et parfaitement applicable aux alcools de fécule et de betterave.

MOYEN FACILE DE RECONNAITRE LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LES URINES DES DIABÉTIQUES.

On sait que le sous-nitrate de bismuth se réduit sous l'influence des liqueurs alcalines contenant du sucre de l'espèce glucose, tandis qu'il n'éprouve aucune action, dans les mêmes circonstances, en présence du sucre de canne.

En se basant sur ce fait, et après s'être assuré que l'acide urique et les sels naturels de l'urine ne décomposent pas le sous-ni-

trate de bismuth, M. Boettger vient d'indiquer un moyen facile et rapide de constater la présence du sucre dans une urine.

Il ajoute à l'urine suspecte son volume d'une dissolution de carbonate de soude au quart, puis 1 ou 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, il porte le mélange à l'ébullition, et presque aussitôt lorsque l'urine contient du sucre de diabète, le sous-nitrate de bismuth noircit.

Le sel conservant sa blancheur quand il n'y a pas trace de sucre diabétique, la réaction est des plus tranchées et très caractéristique.

PHARMACOLOGIE DES GUARANA OU PAULLINIA.

Le paullinia, fréquemment connu sous le nom de guarana, des Indiens guaraniens, qui en font un fréquent usage, est une pâte desséchée, préparée avec un peu d'eau, de cacao, de fécule de manioc, et les semences d'une liane de la famille des sapindacées, le paullinia sorbilis, auxquelles il doit ses propriétés.

Ce médicament, dont de nouvelles observations ont établi l'usage utile dans les diarrhées aiguës ou chroniques et les dyssenteries, fut signalé pour la première fois, en 1817, par M. Cadet de Gassicourt, par Mérat en 1822, et étudié chimiquement, en 1840, par MM. Berthemot et Dechastelux.

Son principe actif, d'après les chimistes, est une combinaison de tannin et de caféine, qu'il cède facilement à l'alcool à 22° bouillant. En distillant la teinture pour retirer la majeure partie de l'excipient, et en évaporant en consistance pilulaire, on obtient un extrait hydro-alcoolique avec lequel M. Dechastelux obtient les différentes préparations qui suivent. Nous extrayons les formules qui pourront être demandées, du *Bulletin général de Thérapeutique* :

Pastilles de guarana ou paullinia.

Pr. Extrait hydro-alcoolique de guarana	21 gr. 20 cent.
Sucre aromatisé à la vanille	500
Mucilage de gomme adragante	9,1.

Pour des pastilles de 0,60 contenant 25 millig. d'extrait, 16 à 20 par jour.

Sirop.

Pr. Extrait hydro-alcoolique	10 gram.
Sirop de sucre	1,000

Préparer comme le sirop d'ipécacuanha, 45 à 60 grammes par jour.

Pilules.

Extrait hydro-alcoolique,	9 gr.

à diviser en pilules de 0,10, 4 à 5 par jour.

Teinture.

Extrait hydro-alcoolique,	32 gr.
Alcool,	500

Faire dissoudre à chaud.

Pommade.

Extrait hydro-alcoolique,	8 gr.
Axonge,	64

Avant d'incorporer l'extrait à la graisse, il est nécessaire de le ramollir à l'aide d'un peu d'eau chaude.

Chocolat au guarana.

Pr. Chocolat de santé	500
Poudre de guarana	32

Incorporez par la méthode ordinaire.

Prises de guarana.

Poudre de guarana	4 gram.
Sucre aromatisé	16

A diviser en 20 paquets, 1 ou 2 par jour.

REVUE CRITIQUE

—

MÉDECINE CLINIQUE

Observation d'une rupture du cœur à la suite d'une cardite occulte

Par M. GOUZY, interne à l'hospice de la Grave.

— Suite. — Voir le numéro 148. —

Dans le cas où les désordres primordiaux ont intéressé le tissu propre du cœur, où il y a eu *cardite*, la maladie affecte une marche toute différente ; sa nature se distingue essentiellement de celle de la péricardite ; ses conséquences, et, par suite, son raitement, doivent être particuliers, et c'est là pourquoi je viens d'insister sur la distinction entre ce que j'appellerai *cardite consécutive*, en quelque sorte, et *cardite primitive* ou *essentielle*.

« Une phlegmasie quelconque ne peut se présenter à l'examen » de l'observateur qu'avec tous les caractères que lui impriment » la structure propre à la partie affectée, son tissu, ses fonc- » tions, ses liaisons respectives avec les parties voisines, etc. (1). » Or, la structure propre, les tissus, les fonctions du péricarde ne présentant aucune ressemblance avec ceux du cœur, il doit y avoir, dans les manifestations de l'inflammation de ces parties, des différences importantes au point de vue du diagnostic ; c'est en effet ce qui arrive.

Ce n'est pas ici le lieu de décrire les variétés de forme qu'affecte l'inflammation, suivant qu'elle frappe le système séreux ou le système musculaire et parenchymateux. Je partirai, au contraire, de la connaissance de ces variétés, et je chercherai à donner l'explication des phénomènes qui établissent une différence assez tranchée entre la *cardite proprement dite* et l'inflammation des séreuses du cœur.

Le mot *inflammation* pourrait être appelé collectif ; en effet, qui dit inflammation, dit, d'après la définition scolastique de cette affection, lésion d'*innervation* (douleur), de *circulation* (rougeur), *d'absorption ou de nutrition* (tumeur), *de vitalité* (chaleur); or, plus un organe présente de complications dans sa structure, plus il possède de tissus différents, plus il doit falloir de temps pour que ces diverses lésions affectent tous les tissus, pour que l'inflammation soit, en quelque sorte, *complète*.

D'après ce que nous ont appris les belles recherches de Bichat sur les séreuses, leur structure est essentiellement simple ; elles sont un simple réseau de vaisseaux *exhalants* et *absorbants* chargés d'exhaler et de reprendre successivement la lymphe qui parcourt ces vaisseaux : on pourrait presque dire que la seule fonction qui se produit dans les sérsuses est la nutrition : aussi nous voyons avec quelle rapidité la lésion de cette fonction produit les accidents les plus graves, lorsque la gangrène d'une séreuse amène la mort si prompte des malades qui en sont atteints.

La *contractilité* est presque nulle dans les membranes séreuses, puisque la fibrine manque presque complétement dans le sang qui les parcourt ; et, par suite, nous ne pouvons trouver dans l'inflammation d'une séreuse la *tumeur*, un des éléments de l'inflammation des autres tissus.

Quoique les *propriétés vitales* soient aussi très faibles dans les séreuses, puisque la sensibilité y est nulle à l'état sain, nous ne devons pas nous étonner que l'inflammation y produise une douleur aussi vive et aussi pongitive ; car, en vertu de la simplicité

(1) Pinel (Nosographie philosophique), tom. II, p. 4.

de leur structure, tout leur tissu est envahi à la fois, et pas un filet nerveux n'échappe à l'influence âcre et incommode des fluides qui les touchent.

Pour résumer ce que je viens de dire, en général, l'inflammation attaque successivement les diverses fonctions d'un organe, et cet envahissement successif constitue les périodes de l'inflammation; pour les séreuses, la structure, les fonctions sont très peu complexes; alors, dans un très court espace de temps, toute la séreuse est envahie, l'inflammation est à son summum d'intensité.

Une différence qui distingue donc d'une manière absolue l'inflammation des *tissus séreux* du cœur, de celle de l'organe lui-même, c'est que la première a toujours une marche très rapide par rapport à la seconde.

Si l'inflammation de la séreuse était chronique, il serait bien plus facile de la distinguer de celle du cœur, puisque toute inflammation chronique d'une séreuse entraîne, soit un épanchement par l'excès d'action des *exhalants* sur les *absorbants*, soit des adhérences des feuillets entre eux par l'excès d'action des *absorbants* sur les *exhalants*; or, avec les moyens d'investigation aujourd'hui à la portée de l'observateur, soit par l'auscultation, soit par la percussion, les épanchements ou les adhérences peuvent presque toujours être reconnus.

Ainsi la durée, la marche de la maladie diffèrent suivant que l'inflammation attaque les séreuses du cœur ou le cœur lui-même.

Le genre de douleur n'est pas non plus du tout le même; la douleur qui accompagne l'inflammation des séreuses est beaucoup plus vive et moins profonde que lorsqu'un autre tissu est enflammé: quelle que soit d'ailleurs la séreuse enflammée, on éprouve une grande chaleur dans les organes des sens, la face est beaucoup plus décomposée, et présente un aspect tout particulier auquel un habile observateur ne se tromperait pas.

Lorsque le tissu même du cœur est enflammé, le mouvement de *systole* est plus douloureux que celui de *diastole*, parce que les fibres se contractant se pressent les unes contre les autres, tandis que si le péricarde est enflammé, le mouvement de *diastole* comprimant ce feuillet séreux devient plus douloureux que celui de *systole*.

Enfin, et c'est ce qui est arrivé dans le cas qui a été l'occasion de ce travail, la *cardite* seule peut avoir cette marche insidieuse qui lui a fait donner, par Corvisart, le nom d'*occulte* et qui ne permet de la découvrir qu'après la mort; cela se présentera surtout lorsque, le cœur étant enflammé, les feuillets séreux qui l'entourent resteront sains.

Il existe certaines inflammations du tissu musculaire profond, dont la marche diffère essentiellement des autres; en général, on peut dire que la douleur est d'autant plus sourde, l'inflammation d'autant plus longue en quelque sorte à s'*élaborer* qu'on s'éloigne davantage des couches superficielles. Le cœur, qui peut être comparé, comme on sait, à un muscle creux, puisqu'il est composé de fibres musculaires entrelacées dans une multitude de sens, à cause de la multiplicité des directions dans lesquelles il doit se contracter et se dilater, le cœur, dis-je, protégé d'ailleurs par le péricarde contre les influences des organes voisins, et par l'endocarde contre celles qui peuvent résulter des altérations du sang, peut, plus que tout autre muscle, trouver en lui-même une cause morbifique qui détermine une de ces nflammations lentes et insidieuses dont je viens de parler, et qui ne se manifeste que lorsque la perte de substance est suffisante pour produire la rupture des parois. Dans un muscle profond, un pareil accident déterminerait simplement la présence d'un de ces abcès qui ne sont signalés si fréquemment par les malades au chirurgien qu'après une entière maturité, toute la période que j'appellerai d'*incubation* et de *coction* étant restée *occulte* comme dans l'affection décrite par Corvisart.

Ainsi le cœur peut être le siége d'une de ces affections cachées; mais ne serait-il pas possible d'entrevoir et de surprendre en quelque sorte l'affection à quelque symptôme qui la trahirait?

Il faut ici distinguer le cas où l'inflammation se terminerait par *suppuration* ou *ulcération chronique*, seules terminaisons que puisse avoir une inflammation lente comme celle-là.

Si l'inflammation se termine par *suppuration*, la présence du pus, soit mêlé au sang contenu dans le cœur, soit enfermé entre le cœur et le péricarde, produira nécessairement des accidents qui la feront reconnaître.

Si l'inflammation, devenant d'une *chronicité* fâcheuse, détermine des *ulcères* dans les parois du cœur, sa marche continuera d'être cachée jusqu'au moment de la mort, si les ulcères se déclarent sur les parois externes du cœur; si l'ulcère est situé sur la *paroi interventriculaire*, il peut arriver tout à coup une rupture de cette cloison, rupture qui n'entraînera pas une mort instantanée, ainsi que le démontrent plusieurs observations recueillies par Corvisart et M. Bouillaud. On aura en quelque sorte le temps de prévoir, et même de retarder la mort malheureusement infaillible.

Ainsi, la *cardite occulte* de Corvisart peut cesser d'être cachée lorsque la terminaison de l'inflammation n'amène pas la présence d'ulcères sur les parois externes du cœur; dans ce cas seul, la maladie reste inconnue jusqu'à la mort toujours subite du malade.

Les considérations précédentes font repousser, pour la malade dont j'ai parlé, l'idée d'une *péricardite* ou d'une *endocardite* qui ne peuvent produire une pareille lésion sans s'être manifestées par quelque symptôme très sensible; la *cardite* seule a pu déterminer une rupture aussi brusque du cœur, au moyen de l'ulcération qu'elle avait produite sur cet organe.

(*Journ. de Méd. de Toulouse.*)

VARIÉTÉS.

—

On lit dans l'*Univers*, sous ce titre: *l'Huile de sainte Walburge*, à Eichstædt, en Bavière:

« Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs la guérison obtenue par l'usage de l'huile de sainte Walburge, que M. l'évêque de Brunn en Moravie vient de reconnaître officiellement comme miraculeuse. Il n'y a pas longtems que l'*Ami du peuple autrichien* constatait un autre fait de ce genre. Nous en prenons occasion pour donner quelques détails sur la sainte qu'il plaît à Dieu de glorifier d'une manière si merveilleuse depuis huit siècles et sur l'huile qui sert ainsi en quelque sorte de véhicule aux manifestations de sa toute-puissance.

» Sainte Walburge naquit en Angleterre dans le courant du huitième siècle. Elle était fille de Richard, roi de la Saxe occidentale, et sœur des saints Guillebaud et Gombaud, qui partageaient les travaux apostoliques de saint Boniface en Allemagne. Notre sainte fut élevée dans le monastère de Winburn, au comté de Dorset, où elle prit l'habit.

» Saint Boniface ayant prié l'abbesse Fetta de lui envoyer quelques-unes de ses religieuses pour répandre dans le pays qu'il évangélisait la bonne odeur des vertus chrétiennes, Walburge devint l'une des compagnes de sainte Liobe, supérieure de la petite colonie qu s'établit à Bischofsheim, et qui de là devait se répandre en peu de temps par tous les *gaus* de la Germanie.

« Après deux ans de séjour dans ce monastère, elle devint abbesse de Heidenheim, dans le diocèse d'Eichstædt, dont saint Guillebaud, son frère, fut sacré évêque par saint Boniface, en 745. Elle s'y distingua par sa douce piété et sa bienfaisance envers les pauvres, et y mourut l'an 779, le 25 février. Ses saintes reliques y demeurèrent jusqu'en 870, et le 21 septembre de cette même année elles furent transférées dans la ville épiscopale d'Eichstædt, selon le vœu de l'évêque Otkar.

» On sait qu'en ce temps les translations solennelles des reliques équivalaient à la canonisation, qui à cette époque rentrait encore dans les attributions de l'évêque. On plaça ces restes sacrés dans l'église Sainte-Croix, qui porta depuis le nom de la sainte. Vers 893, l'abbesse du couvent de Manheim ayant obtenu pour sa communauté une partie de ces précieux restes, on fut frappé, en les relevant, de les voir recouverts d'une espèce de rosée, sans que toutefois le liquide mouillât la main lorsqu'on l'y portait. Telle fut l'origine de cet écoulement d'huile miraculeuse devenue si célèbre, surtout depuis qu'en 1040 (le 15 octobre) les reliques furent placées sous le maître-autel de l'église.

» Depuis ce temps, l'écoulement du liquide incolore, sans goût ni odeur, qui suinte goutte à goutte en assez grande quantité, se renouvelle tous les ans et dure sans interruption du 12 octobre, jour de la translation, jusqu'au 25 février, jour du bienheureux trépas de la sainte.

» Ce miracle permanent, qui rappelle celui de saint Janvier à Naples et celui de l'eau qui découle miraculeusement du tombeau de saint Nicolas à Myre, n'était que l'indication d'une nouvelle source de grâces dont le peuple chrétien allait être enrichi. En effet, les guérisons obtenues par l'usage de l'huile de sainte Walburge se multiplièrent au point de mettre à néant tous les sarcasmes de l'impiété et les risées de l'incrédule.

» Nous avouons, pour notre part, avoir été converti à cette croyance populaire en devenant le témoin de la guérison d'un jeune homme presque mourant, atteint de phthisie pulmonaire, qui se trouva entièrement rétabli le jour même où, ayant reçu, ainsi que tous les membres de sa famille, la sainte communion, il avait fait usage de ce liquide.

» Aujourd'hui il jouit de la meilleure santé du monde, et le médecin nous a déclaré à nous-même que son art n'était pour rien dans ce changement inopiné. D'ailleurs des guérisons semblables sont très nombreuses en Allemagne depuis huit siècles, et de nos jours autant que jamais.

» N.-J. CORNET »

— La petite-vérole sévit aujourd'hui, avec une certaine intensité, dans plusieurs communes de l'arrondissement d'Avesnes. A Solre-le-Château, un grand nombre d'individus, vaccinés ou non, ont été atteints par l'épidémie. Cependant, la vertu préservatrice de la vaccine n'en est pas moins certaine, car les varioleux vaccinés en ont été quittes pour tenir la chambre quelques jours; ils n'avaient que ce qu'on appelle une petite-vérole volante, tandis que les autres ont parcouru toutes les phases de la maladie, en courant les plus grands périls, et plusieurs même ont succombé.

La nature contagieuse de la maladie est devenue si évidente en cette circonstance, que quelques-uns de ceux qui en ont été frappés l'ont rapportée directement dans leur commune où elle n'existait pas, à la suite d'une visite faite à des varioleux.

L'exemple des dangers attachés à ce fléau fera, il faut l'espérer, revenir nos campagnards de l'insouciance qu'ils montrent généralement pour la propagation de la vaccine. Si cette immortelle découverte ne préserve pas d'une manière absolue, elle a du moins le mérite incontestable et très précieux assurément de garantir la vie sauve, en neutralisant les effets meurtriers de la variole.

(*La Vérité*, de Lille.)

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Le rédacteur en chef: H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 150 5me ANNÉE. Mardi, 15 Décembre 1857

LE
MONITEUR DES HOPITAUX
REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont Il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX

MÉDECINE CLINIQUE

Morve farcineuse chronique terminée par la guérison. — Considérations sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie,

Par M. le docteur HIPP. BOURDON, médecin de l'hôpital Lariboissière.

(Extrait d'un travail présenté à l'Académie impériale de médecine dans la séance du 8 décembre 1857.)

Les cas de morve chronique chez l'homme, publiés jusqu'à ce jour, prouvent suffisamment que cette maladie est excessivement grave, pour ne pas dire toujours mortelle.

Nous avons donc pensé que l'Académie accueillerait avec intérêt un fait de morve farcineuse chronique terminée par la guérison.

Certains cas, il est vrai, ont été cités à l'étranger comme des exemples de guérison ; mais ils sont tous considérés comme fort contestables par M. Rayer, dont l'opinion est d'un si grand poids et auquel la science doit presque tout ce qui a été fait sur la morve humaine.

Le fait dont je vais avoir l'honneur d'entretenir l'Académie a été observé dans un hôpital de Paris, suivi par plusieurs médecins, entre autres par un honorable membre de cette compagnie, M. Hervey de Chégoin, et M. Tardieu, qui a, comme on le sait, publié une monographie très remarquable sur la maladie qui nous occupe.

Dans cette observation (1), il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, déménageur, demeurant rue Notre-Dame-de-Lorette, n° 9, n'ayant jamais eu d'affections scrofuleuses ni de syphilis.

Avant de tomber malade, il avait pansé, et cela sans aucuns soins de propreté, un cheval morveux, pendant 20 ou 25 jours.

Le 15 février 1856, il est pris tout à coup de frisson suivi de chaleur, de céphalalgie, de malaise général; la fièvre s'établit, elle est continue et s'accompagne de nausées, de toux, d'expectoration muqueuse, de signes stéthoscopiques de bronchite, et comme phénomène saillant, de douleurs excessivement vives dans les membres inférieurs et surtout dans les cuisses, souffrances intolérables qui le privent de sommeil. Elles occupent la continuité des membres plutôt que les articulations et paraissent avoir pour siége les masses musculaires, sans aucune tuméfaction, aucun changement de couleur ou de calorification de la peau. Après dix jours, survinrent des sueurs extrêmement abondantes et continuelles.

(1) L'observation a été recueillie par M. Senac, interne du service.

Cet état fébrile dura dix-sept jours et fut suivi d'une autre phase qu'on pourrait appeler période de suppuration et d'ulcération.

D'abord un abcès se forma à la partie antérieure de chacune des cuisses, presque en même temps; ensuite une vaste collection purulente se montra à chaque fesse, un cinquième abcès près de la marge de l'anus, un sixième enfin sur le côté du thorax. Le pus, se formant toujours avec la plus grande rapidité, en vingt ou vingt-quatre heures, était assez lié, jaune, verdâtre, souvent mélangé de sang. Ces collections furent ouvertes à l'aide du bistouri, aussitôt que la fluctuation devint évidente ; l'écoulement des deux premiers abcès ne fut pas très abondant, mais il se prolongea ; ceux des fesses fournirent une quantité énorme de pus ; du côté droit particulièrement, il s'écoula plus d'un litre de ce liquide le jour de l'incision.

Sous l'influence de ces graves accidents, le sieur B. s'affaiblit peu à peu, dépérit considérablement et finit par tomber dans un état voisin du marasme.

Il en était là, lorsqu'un nouveau genre de lésion se montra, laquelle, jointe aux symptômes précédents, acheva de nous éclairer sur la nature de la maladie, malgré le résultat négatif de l'inoculation tentée à l'Ecole d'Alfort.

Le malade ayant présenté de l'enchifrènement avec crachats sanguinolents provenant des fosses nasales, on examina celles-ci avec attention, et on découvrit, du côté droit, sur la cloison, une petite ulcération superficielle, arrondie, à fond grisâtre ; il n'y avait pas de fétidité de l'haleine nasale.

C'est alors qu'on ajouta l'*iodure de soufre* aux moyens toniques, tels que quinquina, vin de Bordeaux, alimentation analeptique, auxquels le malade était déjà soumis depuis 20 jours.

Sous l'influence de ce traitement et de conditions hygiéniques tout à fait exceptionnelles dont nous parlerons plus loin, on vit bientôt la fréquence du pouls diminuer, les sueurs cesser et l'état général s'améliorer d'une manière notable ; l'ulcération, après s'être étendue peu à peu en largeur et en profondeur, de telle sorte que son fond était formé par le cartilage dénudé et desséché, prit meilleur aspect, se couvrit de bourgeons charnus et marcha vers la cicatrisation ; celle-ci cependant dut être excitée à la fin par quelques légères cautérisations, faites d'abord à l'aide de la teinture d'iode, ensuite avec le crayon de nitrate d'argent.

En même temps, les forces augmentaient chaque jour, et le sieur B. revenait à la santé, si bien que, le 13 juin, quatre mois après le début de son affection, il sortait de l'hôpital parfaitement rétabli

portant sur la cloison des fosses nasales une cicatrice caractéristique, composée de fibres blanchâtres, comme nacrées et résistantes.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis près de dix-huit mois, la guérison s'est parfaitement maintenue ; j'ai suivi le sieur B., je l'ai encore revu, il y a quelques jours, et j'ai pu constater qu'il se portait très bien, ne se ressentait nullement des suites de sa grave et longue maladie ; bien plus, il a pris de l'embonpoint, du teint et une apparence de force qu'il n'avait pas antérieurement.

Nous allons maintenant analyser ce fait : nous l'étudierons d'abord au point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie, afin de décider s'il se rapporte bien réellement à la morve farcineuse chronique ; ensuite, après avoir parlé du pronostic et rappelé les observations citées comme des exemples de guérison, nous dirons en quoi a consisté le traitement et nous chercherons à établir la part qu'il a pu avoir dans la terminaison heureuse. Nous finirons en posant quelques conclusions.

Le sieur B. a soigné et pansé un cheval réputé morveux, et abattu comme tel ; les renseignements fournis à cet égard sont positifs ; nous avons appris de plus que cet homme, dans ses pansements, faisait preuve de la plus grande négligence, que, par exemple, il ne se lavait pas les mains. En conséquence, bien qu'il n'ait pas couché dans l'écurie, ce qui est généralement regardé comme la condition la plus favorable à la transmission de la maladie, il n'est pas difficile de comprendre comment la contagion a pu se faire d'une manière médiate ou même immédiate.

Quoi qu'il en soit dans ces conditions particulières, B. fut pris d'accidents extrêmement graves, sur la nature desquels il ne nous reste aucun doute, mais qui méritent, à coup sûr, d'être discutés, surtout à cause de la manière heureuse et exceptionnelle dont ils se sont terminés.

Si l'inoculation tentée sur le cheval avait donné un résultat positif, la question serait tranchée à l'instant, et nous ne serions pas obligé d'insister sur les caractères présentés par la maladie. Malheureusement il n'en a pas été ainsi.

Disons d'abord pourquoi, selon nous, l'inoculation peut n'avoir pas réussi, sans qu'il soit possible d'en rien inférer. Le pus recueilli chez notre malade, et enfermé dans un tube de verre, n'a été inoculé que longtemps après. Selon M. Reynal, professeur à l'Ecole d'Alfort, qui a bien voulu se charger de l'expérience, ce pus exhalait une odeur fétide, il avait éprouvé un commencement de putréfaction : il était évidemment dans de mauvaises conditions.

D'ailleurs, il y a quelques années, nous avons déjà fait inoculer à un cheval des matières provenant d'un de nos malades, mort à la Pitié de la morve aiguë la mieux caractérisée, et le résultat n'a pas été plus satisfaisant que dans le cas actuel. M. Reynal a été témoin de plusieurs faits analogues ; on en trouve également dans tous les auteurs. Ces faits prouvent que l'inoculation pratiquée, même dans les conditions en apparence les plus favorables, peut ne pas fournir de résultats positifs.

A défaut de preuves expérimentales, il nous semble qu'on peut trouver dans les symptômes et dans la marche de la maladie la démonstration de sa nature morveuse.

En effet, au tableau que nous en avons tracé, est-il possible de méconnaître la maladie désignée dans les ouvrages modernes sous le nom de morve farcineuse chronique ?

Quelques symptômes, à la vérité, n'ont pas présenté toutes les particularités qui leur donnent un cachet parfaitement spécial ; quelques autres ont manqué :

Ainsi, deux des abcès sont bien restés plus ou moins longtemps fistuleux, mais aucun n'a dégénéré en ulcère, comme cela arrive ordinairement. Cette terminaison favorable peut tenir à plusieurs causes. D'abord, au siége des abcès dans ce cas particulier, ensuite à ce que nous avons donné issue au pus aussitôt qu'il a été formé. Du reste, la dégénérescence ulcéreuse des abcès ne survient pas toujours et nécessairement ; pour mon compte, je l'ai vue manquer dans des cas bien tranchés de farcin chronique.

D'autre part, l'ulcération des fosses nasales n'a pas amené, comme cela s'observe généralement, la perforation de la cloison ; mais ce fait s'explique, suivant nous, tout naturellement par la modification heureuse qui est survenue dans l'état du malade, alors que le cartilage n'était encore que dénudé.

Enfin un symptôme assez caractéristique de la morve farcineuse a manqué : c'est l'ulcération de la voûte palatine et du pharynx. Nous ne saurions dire si ce genre d'ulcération a été observé dans tous les cas ; mais quand cela serait, son absence ne pourrait pas suffire, il nous semble, pour infirmer notre diagnostic ; nous nous en rendrions compte du reste par le même temps d'arrêt qui n'a pas permis, et cela fort heureusement, à tous les phénomènes habituels de la maladie de se développer.

D'ailleurs, si les symptômes que nous avons décrits ne se rapportaient pas à la morve farcineuse, quelle autre maladie pourraient-ils caractériser?

Une diathèse purulente spontanée ? Mais dans cette maladie, ainsi que dans l'infection purulente, quelle que soit sa cause, les lésions nasales font défaut, et les abcès diffèrent beaucoup de ceux du farcin sous le rapport du siége et du volume ; on ne peut donc s'arrêter à ces affections.

Un ulcère simple du nez, une des formes de l'ozène ou une affection tuberculeuse des fosses nasales ? Mais ici les collections purulentes manquent à leur tour, et leur absence rend impossible toute confusion.

Si, en faisant le diagnostic différentiel, il est facile d'éliminer au premier examen les maladies précédentes, il n'en n'est plus tout à fait de même, pour deux affections générales dont les lésions multiples se rapprochent jusqu'à un certain point de celles de la morve farcineuse : je veux parler de la syphilis et de la scrofule.

Nous dirons, cependant, à l'égard de la syphilis, que, d'une part, notre malade affirme n'avoir jamais eu d'accidents vénériens, même les plus légers (il n'en porte d'ailleurs aucune trace); d'autre part, l'ulcération des fosses nasales n'avait pas le siége habituel des ulcérations syphilitiques, et l'haleine nasale ne présentait pas la fétidité qu'on remarque dans cette affection ; si, malgré ces considérations, il restait encore quelque doute, nous ajouterions que les abcès considérables et multiples de notre malade doivent ôter tout soupçon de la diathèse spécifique dont il est question.

Dans la syphilis, en effet, il y a bien quelquefois des abcès, mais ils sont d'un petit volume, peu nombreux et présentant ceci de particulier qu'ils occupent toujours la surface des os, sont liés à une altération de ceux-ci ou sont le résultat de l'inflammation de tumeurs gommeuses ; or les abcès que nous avons décrits sont loin de ressembler à ces derniers.

Reste donc la scrofule, avec laquelle la maladie dont nous avons rapporté l'histoire pourrait être confondue.

Dans les deux affections, il y a bien, à la vérité, des lésions communes : abcès sous-cutanés, ulcérations des muqueuses, altérations des os ; mais, dans leur siége et dans leur marche, ces lésions présentent de très notables différences.

Ainsi, dans la scrofule, les abcès ont souvent leur siége au niveau des ganglions lymphatiques malades, ou ils succèdent à des tubercules cutanés, ou bien ils sont symptomatiques d'une altération des os ou des articulations, et dans tous les cas leur marche est lente, ils rentrent dans la catégorie des abcès froids ; jamais,

surtout, ils ne sont fluctuants d'emblée ; de plus, ils n'ont pas ordinairement le volume de ceux que nous avons observés, et ils ne se succèdent pas avec la même rapidité ; enfin le liquide qu'ils renferment est d'une nature différente, le plus souvent séreux, mal lié et contenant des grumeaux blanchâtres caséiformes.

Quant aux lésions des fosses nasales, on peut certainement en observer dans la scrofule ; mais alors l'ulcération ne commence pas ordinairement par la muqueuse et n'est pas indépendante, dans le principe, de toute lésion osseuse, comme dans la morve ; d'ailleurs elle s'accompagne de fétidité de l'haleine nasale, et il existe toujours en même temps qu'elle certains phénomènes morbides qui trahissent l'existence de la diathèse scrofuleuse.

Nous nous croyons donc en droit de conclure de cette discussion que la maladie que nous avons observée est bien réellement de nature morveuse, et qu'elle répond exactement à la forme que les auteurs ont décrite sous le nom de morve farcineuse chronique.

Mais, contrairement à ce que disent ces mêmes auteurs du *Pronostic*, notre malade a guéri. Cette circonstance pourrait-elle, à son tour, jeter quelque doute sur notre diagnostic ?

Nous reconnaissons avec tout le monde que la morve chronique est une maladie excessivement grave, une des plus graves du cadre nosologique. Cependant, l'étude de certaines observations ne permet pas de dire qu'elle soit toujours et nécessairement mortelle ; d'autres laissent entrevoir quelque espérance pour sa curabilité.

Ainsi, sans nous occuper de plusieurs cas publiés récemment dans les auteurs allemands, et pour ne parler que de ceux qui ont déjà été soumis à l'examen de l'Académie ou observés en France, nous dirons que le fait de Travers, cité par M. Rayer et qui n'était pas complété, lors de sa publication, permet de penser que le sujet a fini par guérir, bien qu'après deux ans et demi de maladie, il ne fût pas encore tout à fait revenu à sa santé primitive.

Le fait de M. Laugier démontre que la santé générale peut s'améliorer et les lésions locales extérieures disparaître entièrement ; le malade dont il est question était en effet considéré comme convalescent lorsqu'il mourut subitement. Je sais que des lésions nasales anciennes, méconnues pendant la vie, ont été trouvées à l'autopsie ; mais en tenant compte du bon état de la santé générale, n'est-il pas permis de penser que, sans cette mort inopinée, les lésions nasales auraient pu guérir, comme avaient guéri les abcès farcineux.

Enfin, dans l'observation de M. Lesueur, sous l'influence d'un traitement que malheureusement, on fut obligé de suspendre, il était survenu un tel amendement qu'on avait eu un instant l'espérance de sauver le malade.

D'ailleurs, si, dans l'angioleucite farcineuse, la guérison est la règle, et si le farcin chronique guérit dans quelques cas exceptionnels, ainsi que M. Tardieu l'a établi sur des faits, il est permis de se demander pour quelle raison la morve farcineuse chronique, évidemment de la même famille, reconnaissant la même origine, serait absolument et à tout jamais incurable.

Il est vrai que, pour l'auteur que nous venons de citer, cette dernière forme est beaucoup plus grave que les précédentes ; mais enfin pourquoi, même pour cette forme, ne pas admettre que, dans quelques cas, les rémissions qu'on a plusieurs fois observées puissent se prolonger indéfiniment, se transformer en guérison véritable et durable, grâce à l'intervention d'un traitement plus efficace.

Notre observation nous paraît devoir donner désormais quelque espérance aux praticiens et encourager leurs efforts dans les traitements qu'ils entreprendront.

Quelques faits, que nous citons dans ce travail et qui sont tous empruntés aux auteurs allemands, viendraient bien puissamment à l'appui de notre manière de voir. Malheureusement le diagnostic n'y est pas suffisamment établi, et si nous les rapportons dans notre travail en les discutant, c'est afin de faire connaître tous les éléments de la question.

Pour ne pas abuser de la bienveillance de l'Académie, je ne dirai que quelques mots du *traitement*.

Je rappellerai seulement que j'ai joint aux toniques et aux bains sulfureux un médicament qui n'avait pas encore été employé, que je sache, contre la morve ; je veux parler de l'*iodure de soufre*.

Ce médicament a-t-il eu une action réellement efficace ? Nous le croyons ; car, pendant son administration, la maladie se modifia avantageusement, commença à rétrograder. Un incident noté dans l'observation semble prouver encore en faveur de l'iodure de soufre. Quelques troubles des fonctions digestives en ayant fait suspendre l'emploi, les symptômes parurent s'aggraver ; puis après, le traitement ayant pu être repris, l'amélioration se montra de nouveau, pour ne plus s'arrêter dans sa marche progressive.

J'ajouterai que, pendant tout son traitement, le malade a été soumis à des conditions hygiéniques remarquables : il a habité une salle de l'hôpital Lariboissière, dans laquelle la ventilation par insufflation est tellement active, que chaque malade reçoit 124 mètres cubes d'air neuf par heure.

Or s'il est vrai, comme on l'admet généralement, que l'aération insuffisante, avec l'encombrement, soit une des causes les plus puissantes du développement de la morve chez les solipèdes, on comprend parfaitement qu'une pareille ventilation, triple et même quadruple de celle qui existe dans la plupart des hôpitaux, ait pu être utile dans le traitement de la maladie.

Du fait que nous venons d'avoir eu l'honneur d'exposer et des considérations dont nous l'avons accompagné, nous nous trouvons autorisé à conclure :

1° Qu'il ne faut pas désespérer de la guérison dans tous les cas de *morve chronique*, même quand elle est *farcineuse*.

2° Que les moyens qui semblent le plus favorables à la guérison sont les préparations d'iode, et en particulier l'iodure de soufre et les bains sulfureux unis aux toniques et à une ventilation très active.

3° Que les ouvertures des abcès, pratiquées de bonne heure, paraissent prévenir leur dégénérescence ulcéreuse et hâter leur guérison.

Sur un cas d'ovarite aiguë d'un diagnostic difficile et terminée par la guérison.

L'observation qui va suivre m'a paru digne d'être publiée par les difficultés de diagnostic, au début de la maladie qui en est l'objet ; par l'heureuse issue qu'elle a eue ; enfin, parce qu'elle confirme ce qu'a publié dans ce journal notre confrère Raciborski, au sujet de l'ovarite aiguë qui accompagne certaines menstruations. Ce sont là les seules remarques dont je ferai précéder ce fait intéressant.

OBSERVATION.

Femme G..., rue Traverse, n° 10, piqueuse de brodequins. — Cette malade, âgée de 42 ans, a été réglée à 16 ans. Mariée à 24 ans, elle est devenue mère de 8 enfants, dont le dernier a 2 ans. Les couches, ainsi que les suites, ont toujours été heureuses. La santé est habituellement bonne ; la menstruation, régulière, n'ayant éprouvé d'autre interruption que celle qui a été causée par l'état de grossesse.

Depuis 7 à 8 mois seulement, chaque époque menstruelle était précédée d'une douleur assez vive dans le côté droit, et qui persistait jusqu'à l'apparition des règles, mais non au delà. Selon la malade, la fatigue, l'excès du travail et les veillées prolongées étaient la cause de cette douleur. Cependant elle avait remarqué du gonflement à l'endroit même de son apparition.

Ces accidents se renouvelèrent le 1er juin 1857 avec une intensité bien plus marquée que de coutume.

Un frisson prolongé la força de s'aliter le 4, et le gonflement avait considérablement augmenté. A ces symptômes se sont ajoutés une constipation opiniâtre, de la fièvre, une soif vive et des vomissements continuels, ce qui décide la femme G... à faire appeler un médecin.

5 Juin. — L'attitude de la malade exprime la souffrance, la face est grippée, les yeux sont caves, une teinte ictérique est répandue sur tout le corps et sur les conjonctives. Les vomissements sont presque continuels ; une douleur vive, lancinante, existe dans le côté droit et surtout à la base du foie ; le pouls petit et serré donne 120 pulsations par minute.

L'exploration de la poitrine n'offre rien de particulier, les organes présentant tous les caractères de l'état normal ; mais dans le flanc droit tout le côté offre une matité très marquée; la moindre pression y détermine des douleurs vives dont le maximum d'intensité se montre dans la région hépatique.

Traitement : quinze sangsues, *loco dolenti* ; cataplasmes émollients, limonade tartrique et eau de Seltz pour boisson.

Le lendemain matin, une bouteille d'eau de Sedlitz qui donne lieu à cinq ou six évacuations.

Le 6, la souffrance est un peu moins vive au niveau du foie; la matité y est moindre et semble se circonscrire dans le bassin où les douleurs restent lancinantes.

Traitement : Nouvelle application de quinze sangsues, et continuation de l'eau de Seltz et de la limonade.

Le 7, les douleurs qui paraissent se prolonger en arrière, ont aussi gagné l'articulation coxo-fémorale. Leur retentissement se communique au genou, qui est également devenu douloureux. Du reste, la fièvre et les vomissements sont à peu près les mêmes. — Cataplasmes laudanisés, potion anti-émétique de Rivière avec addition de 15 grammes de sirop de morphine ; même boisson. La malade semble tellement affaiblie, que je n'ose plus recourir aux émissions sanguines.

Le 8, légère amélioration ; la fièvre a un peu baissé, 110 puls., même traitement.

Le 9, le 10 et le 11, encore quelques vomissements ; cependant l'amélioration semble faire des progrès. — Application successive de vésicatoires volants, et bains tous les deux jours.

Dès le premier vésicatoire, l'amélioration est plus marquée, mais l'action des cantharides ayant porté sur la vessie et ayant amené une dysurie momentanée, je prescris le cérat camphré pour les pansements.

Les bains soulagent aussi beaucoup la malade, de telle sorte que, le 20 juin, elle peut supporter un peu de lait et de bouillon. Néanmoins, les douleurs persistent encore assez vives dans le flanc droit, mais plus circonscrites. A ce moment, il est facile de voir que l'ovaire a été le point de départ des accidents, car c'est dans l'espace qu'il occupe dans le bassin que la pression détermine le plus de douleurs. Celles qui existaient aux genoux sont moindres et cessent entièrement du 25 au 30. Jusqu'au 20 juillet, dix-huit vésicatoires ont été appliqués successivement, en ayant soin toutefois de ménager l'épiderme et de le laisser en place en pratiquant de simples ponctions pour faire écouler la sérosité due à l'action des cantharides.

Les toniques, et entre autres le vin de quinquina, et une alimentation convenable sont venus réparer les forces de la malade, dont la convalescence a été franche quoique lente.

Le 30 août, la femme G... peut se lever ; l'ovaire seul est encore douloureux à la pression. On peut le délimiter par la pulsation et la pression dans le côté droit du bassin où il est comme induré et hypertrophié.

Le 30 octobre, j'ai revu cette malade : son état est des plus satisfaisants. L'examen des parties a permis de constater dans la fosse iliaque droite une tumeur aplatie, ovalaire, indurée, du volume d'une grosse poire tapée, suivie d'un cordon induré aussi. et se rendant vers le centre du bassin.

Le toucher vaginal et rectal m'a démontré que la matrice était intacte ; que les tiraillements et les déplacements opérés de gauche à droite ne déterminaient aucune douleur, tandis qu'une sensibilité très marquée se montrait dans la région iliaque droite quand les mêmes manœuvres étaient exercées en sens contraire.

Dr Leménant des Chenais.

De l'action des Sirops pectoraux dans les affections chroniques des organes respiratoires.

Dans les remarques dont M. le docteur Dupuy faisait suivre, il y a un an, deux observations qui mettaient en évidence l'utilité, dans le cas de bronchite aiguë, des sirops composés et notamment du sirop antiphlogistique de Briant (voir l'*Union médicale* du 30 septembre 1856), il faisait présumer l'utilité des mêmes préparations contre les affections chroniques des organes respiratoires. Les expérimentations auxquelles nous nous sommes livré, à notre tour, ont entièrement confirmé ses présomptions. Seulement, il résulte de nos observations qu'il faut rarement s'attendre ici, comme on le voit quelquefois dans les bronchites aiguës, à voir l'action se manifester après quelques cuillerées du médicament ; quoique les cas de ce genre ne soient pas sans exemple, ils sont cependant rares ; ce n'est ordinairement qu'après que les malades ont été soumis pendant plusieurs jours à l'usage du sirop que l'action calmante commence à se manifester ; et ce n'est qu'après une ou plusieurs semaines que les accidents morbides sont entièrement subjugués.

Dans l'article du mois de septembre 1856, auquel nous venons de faire allusion, le Dr Dupuy faisait ressortir l'avantage de certaines associations de substances ou de plantes simples dont la réunion donne lieu à des phénomènes différents de ceux que produirait chacune de ces plantes ou substances en particulier. L'action décisive du sirop antiphlogistique sur les affections chroniques me paraît mettre plus en évidence encore cette vérité. Nul doute que l'opium ne puisse à lui seul contribuer à la guérison des accidents respiratoires : son action antisécrétoire en général, en même temps que diaphorétique et excitante de la peau, explique l'heureuse influence qu'il peut avoir sur les irritations aiguës ou chroniques des voies aériennes ; son action calmante sur le système nerveux, d'où ces irritations tirent si souvent leur origine, explique peut-être mieux encore cette influence.

D'un autre côté l'action sédative générale de la belladone et son action plus spéciale sur la région de la gorge, rendent compte des avantages qu'on peut obtenir, dans les mêmes cas, de ce précieux médicament qui joue, à juste titre, un si grand rôle dans la thérapeutique. Néanmoins, ni l'une ni l'autre de ces deux colonnes de la médication stupéfiante n'agit isolément comme elles agissent quand on les associe, et dans le traitement des affections chroniques des voies respiratoires en particulier, il serait impossible d'obtenir de leur action individuelle les effets qu'on obtient de leur action combinée ; ce sont les avantages d'une combinaison

heureuse que met en lumière l'emploi du sirop antiphlogistique.

Maintenant, par quel mécanisme agit cette préparation, ou, si l'on aime mieux, sur quel système apporte-t-elle d'abord une modification d'où résulte finalement la disparition de l'irritation chronique? C'est là une question que nous n'examinerons pas très à fond, d'autant plus que nous ne serions pas bien assuré d'arriver à une solution positive. Mais, d'après l'impression qu'ont produite sur nous les faits nombreux dont nous avons été témoin, nous sommes disposé à admettre que c'est en modifiant primitivement le système nerveux qu'*agit* le sirop antiphlogistique. Il n'est personne qui n'ait éprouvé quelquefois ces simples irritations de la gorge qui se traduisent exclusivement par du chatouillement; beaucoup d'observateurs savent aussi que ces sensations, lorsqu'elles se prolongent, amènent, comme toutes les irritations d'ailleurs, une congestion de la partie douloureuse, congestion qui peut prendre, à la longue, un caractère subinflammatoire, et plus tard, passer à l'état de phlegmasie chronique. Or, la marche que la maladie suit pour s'établir, elle la suit aussi le plus souvent pour s'amender et disparaître. Ainsi, c'est ordinairement la sensation de cuisson, de démangeaison, de chatouillement, de titillation, sensations qu'éprouvent d'habitude les malades atteints d'affection chronique des voies respiratoires qui disparaissent les premières; la toux cesse après elle, au moins celle qui n'est pas provoquée par des mucosités dans la glotte ou son voisinage; enfin, l'hypersécrétion est arrêtée à son tour, quoique rarement, d'une manière complète, si l'inflammation a été de très longue durée. Dans ce dernier cas, il reste longtemps, sinon toujours, un léger excès de la sécrétion normale, ce qui fait dire aux malades qu'ils ont la poitrine grasse. Cette légère hypersécrétion n'a d'ailleurs aucun inconvénient, et dès qu'elle dépasse certains bornes, il est facile d'y remédier par le même moyen que nous ne manquons jamais de conseiller. Un exemple éclaircira ces généralités.

OBS. — *Bronchite chronique. Râles muqueux et crépitants mélangés dans toute l'étendue des deux poumons. Traitement par le sirop antiphlogistique. — Guérison.*

M. M..., ouvrier cordonnier, âgé de 54 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament pléthorique, n'ayant jamais fait une grande maladie, contracta, il y a quatre ans, un rhume qui a continué jusqu'à l'année dernière. Quoiqu'il n'ait jamais discontinué de travailler, il était souvent pris d'une gêne très grande de la respiration, et ce n'était qu'après avoir expectoré une assez grande quantité d'un mucus verdâtre fort épais qu'il se sentait débarrassé. Ces accès, comme il les appelait avec juste raison, se montraient plus particulièrement le soir et le matin; il les avait aussi dans la journée, mais alors ils étaient moins forts.

Toujours ils étaient précédés d'un sentiment de chatouillement et de titillation dans la gorge. Au mois d'octobre 1856, ces symptômes s'aggravèrent, la toux était devenue presque continuelle, l'expectoration était de plus en plus difficile; survint de la fièvre; le malade fut obligé de garder le lit. La poitrine percutée résonnait bien partout. Dans tous les points du thorax, l'auscultation faisait entendre un bruit de râle très manifeste : dans plusieurs points, on percevait de grosses bulles d'air crevant à la surface d'un liquide; ailleurs, c'était un bruit trachéal; plus loin de la crépitation. Des crachats muqueux et épais surnageaient dans une abondante sérosité. Pouls à 96 pulsations : perte complète d'appétit; pas de sommeil. Prescription : saignée de 250 grammes, tisane de violettes sucrée avec le sirop antiphlogistique. Le lendemain, la fréquence de la toux n'a pas diminué; les symptômes de bronchite restent les mêmes, la dyspnée est toujours très grande; la fièvre seule a un peu diminué.

Je fais prendre dans la journée huit cuillerées de sirop antiphlogistique pur, continuer la tisane sucrée avec le même sirop et promener sur les parties inférieures des sinapismes.

Un amendement notable ne tarde pas à se déclarer. Le pouls tombe à 72 pulsations; la sensation de cuisson et de démangeaison à la gorge n'existe plus, la toux diminue, les quintes sont moins fortes et s'éloignent sensiblement, le malade a pu prendre quelques heures de repos dans la nuit.

On continue ainsi pendant un mois; mais bien avant ce temps-là, le malade a pu reprendre son travail; ses forces ont reparu avec son appétit. Seulement, l'expectoration visqueuse a persisté; et, chaque matin, ce n'est qu'alors qu'il a rendu sa pituite, comme il le dit, qu'il ne sent plus de gêne en respirant, On rencontre encore du râle muqueux en différents points de la poitrine, mélangé à un peu de râle sibilant; mais quand l'oppression reparaît, il lui suffit de prendre quelques cuillerées de sirop antiphlogistique pour s'en débarrasser.

Les faits semblables à celui que nous venons de rapporter ne nous manquent pas; nous pourrions en citer un grand nombre. Depuis que nous employons le sirop antiphlogistique, à l'exclusion des autres sirops composés, nous avons été fréquemment à même de constater sa grande efficacité dans les affections aiguës et chroniques des organes respiratoires.

Nos confrères peuvent donc compter sur un bon résultat quand ils auront recours à ce médicament, qui est d'ailleurs d'une administration facile, à cause de son goût agréable.

Dr CARRÉ.

CHIRURGIE CLINIQUE.

—

Excision de l'os maxillaire supérieur, pour atteindre un polype volumineux de la base du crâne, par A. François, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu d'Abbbeville (1).

OBS.—Le jeune Roger, de Cambron, près Abbeville, âgé de seize ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de maladie antérieure, né de parents sains, s'est aperçu depuis trois ans qu'il éprouvait de la gêne dans la respiration du côté de la fosse nasale gauche. Il s'en préoccupait peu, lorsqu'il y a dix-huit mois, il vint me consulter. On apercevait alors à la partie antérieure de la narine gauche une tumeur peu volumineuse, indolente, de couleur blanc rose, saignant au moindre attouchement. Une opération est proposée; le malade la refuse. Au mois de mai 1857, il se présenta de nouveau à ma consultation. Son état l'inquiétait, il éprouvait depuis un certain temps et à diverses reprises des épistaxis assez abondantes pour provoquer la syncope. Un nouvel examen fit constater une augmentation de la tumeur. La voûte palatine était déprimée; le doigt cependant, porté derrière le voile du palais, n'arrivait pas jusqu'au polype. Je diagnostiquai alors un polype fibreux inséré sur la paroi interne du sinus maxillaire.

Une ligature fut placée aussi profondément que possible à l'aide du serre-nœud de M. Charrière; et à la chute de la partie étranglée, je vis clairement qu'un prolongement du polype avait seul été compris dans la ligature. Je déclarai qu'une opération plus sérieuse devait être pratiquée : les parents s'y refusèrent. Dans l'espace de temps compris entre le 1er mai et le 24 septembre, des épistaxis abondantes, d'une fréquence extrême, et menaçant les jours du malade, eurent lieu. Les parents effrayés demandent une consultation. MM. les docteurs Vésignié, Dumont, Bernier, Vion, Dubois fils, sont appelés. Le malade alors présentait l'état suivant : Le volume de la tumeur est beaucoup plus considérable, elle fait saillie en dehors de la narine, la joue gauche est plus volumineuse, la paroi interne du sinus maxil-

---

(1) Nous publions aujourd'hui la remarquable observation lue par M. le Dr François, dans l'avant-dernière séance de l'Académie. Nous en retranchons la plupart des considérations dont l'auteur l'a fait suivre, afin de ne point fournir à la commission un bon prétexte de ne pas faire de rapport, certain que nous sommes que la commission en trouvera assez de mauvais.

(*Note du rédacteur.*)

laire est saine et résistante; pas d'exophthalmie, l'œil a conservé ses fonctions, la cloison est fortement déviée à droite, la voûte palatine est bombée du côté gauche ainsi que le voile du palais.

Le doigt, porté dans l'arrière-gorge, perçoit deux prolongements de la tumeur, libres, sans adhérences. Il est impossible, par cette manœuvre qui provoque un écoulement de sang abondant, de reconnaître ses points d'attache. La tumeur, obstruant hermétiquement la narine, s'oppose de ce côté à toute exploration.

Les médecins appelés diagnostiquent, comme je l'avais fait précédemment, un polype charnu ayant vraisemblablement son point de départ sur la paroi interne du sinus maxillaire, et reconnaissent, à l'unanimité, l'urgence d'une opération. D'après le diagnostic, la tumeur étant très vasculaire, il fut décidé qu'on ferait la résection de l'os maxillaire supérieur, espérant ainsi enlever la tumeur en l'enveloppant dans un cercle d'os.

Je fis cette opération le 28 septembre en présence de MM. Dubois père, Dumont, Bernier, Vaccossain, Vion et Dubois fils. Une incision courbe part de la fosse temporale gauche pour aboutir à la commissure des lèvres. Le lambeau ainsi formé est relevé en rasant l'os jusqu'à l'arcade orbitaire. L'os maxillaire est largement mis à nu. La scie à chaîne, passée à l'aide d'un stylet recourbé dans la fente sphéno-maxillaire, divise l'os molaire directement d'arrière en avant.

L'apophyse montante est promptement coupée par la gouge et le maillet. L'impossibilité absolue de passer le moindre instrument entre la tumeur et le plancher des fosses nasales d'une part, d'autre part la crainte d'une hémorrhagie me forcent à attaquer la voûte palatine du côté opposé à la tumeur. La cisaille de Liston, après l'extraction préalable des incisives, suit le côté droit de la cloison et coupe rapidement l'apophyse palatine. Pour ménager la tumeur, le voile du palais est divisé dans sa longueur. L'os ainsi isolé cède facilement à la traction. Nous reconnaissons alors qu'il n'est nullement adhérent à la tumeur qui reste tout entière fixée à la partie supérieure des fosses nasales d'un côté, d'autre part à l'apophyse ptérygoïde du côté gauche, en troisième lieu, l'apophyse basilaire, pour éviter l'hémorrhagie et surtout l'application du cautère actuel à la base du crâne. Ne croyant pas à une tumeur de nature maligne, je prends la résolution de procéder par arrachement. Je porte les doigts dans l'ouverture produite par l'opération; je tâche de les passer derrière le premier point d'attache; la tumeur cède, et je l'enlève bientôt complétement en terminant, par l'insertion la plus large, l'insertion ptérygoïdienne. Dans ce dernier temps, l'artère maxillaire interne déchirée donna lieu à une hémorrhagie considérable qui fut promptement et facilement arrêtée par la ligature.

L'examen de la tumeur, que nous décrirons plus bas, nous ayant permis de reconnaître, comme déjà nous l'avions pressenti, que nous avions affaire à une tumeur fibreuse, nous avons jugé inutile de passer le cautère actuel dans le fond de la plaie.

Six points de suture entortillée rapprochent les lèvres de la division.

Le malade, qui a bien supporté l'opération, demande à boire; on lui verse dans l'arrière-gorge quelques cuillerées de vin qu'il avale facilement.

Le soir de l'opération, le malade est bien, sans réaction fébrile.

29 septembre. — Sensibilité vive de l'œil, pouls à 108, peau chaude, céphalalgie, bouillon, eau rougie, injections émollientes.

30 septembre. — Sensibilité toujours vive de l'œil, gonflement de la paupière inférieure, léger gonflement de la joue le long de la suture, langue bonne, pouls à 128, 130 pul. (bouillon, eau rougie, injections, *ut supra*).

1er octobre. — Même état, odeur franche de suppuration, déglutition facile.

2 octobre. — Pouls à 112, tuméfaction de la partie supérieure de la plaie qui laisse suinter quelques gouttes de matière purulente; potages, vin, injections, décocté de quinquina.

3 octobre. — Pouls à 108 dépressible; on enlève l'épingle supérieure; potages, vin, injections.

5 octobre. — On enlève les épingles, la plaie est bien réunie excepté à la partie supérieure, la voix est plus nette; même régime, sirop ferrugineux.

6, 7 et 8 octobre. — Même état; même régime.

9 octobre. — Le pouls est à 120, sans chaleur à la peau; le malade demande à manger; l'auscultation révèle un bruit de souffle doux couvrant complétement le premier bruit du cœur. Les bords de la cicatrice sont légèrement écartés, on applique trois points d'une suture que nous désignons sous le nom de suture sèche, que nous décrirons tout à l'heure.

12 octobre. Le malade va de mieux en mieux; le 13, on enlève la suture sèche; la plaie est bien affrontée.

Quelques jours après, nous apercevons qu'un écoulement à peu près continu d'un liquide visqueux incolore a lieu par la plaie. Cet écoulement augmente par les mouvements de mastication, par l'introduction dans la bouche de corps sapides. Le point par lequel le liquide s'échappait correspondait à peu près au niveau de la première molaire. Des cautérisations répétées (cinq à six fois) mirent fin en peu de temps à cet écoulement.

La guérison aujourd'hui est complète.

Description de la tumeur. — La tumeur, d'une couleur rosée, consistante, dure, sans aucun point ramolli ni dégénéré, semble être une tumeur fibreuse. Vue dans son ensemble, elle affecte la forme d'une pyramide triangulaire à sommet dirigé en avant, à base regardant en arrière. La face interne contiguë à la cloison est à peu près plane t la face inférieure, qui déprimait la voûte palatine, est légèremen; convexe. Quant à la face externe, c'est une série d'anfractuosités, de saillies mamelonnées qu'il nous paraît impossible de décrire. Ses dimensions totales sont les suivantes : diamètre antéro-postérieur, 5 centim. 5 millim.; diamètre vertical, 5 centim. 6 millim.; diamètre transversal mesuré dans sa plus grande largeur, 5 centimètres.

L'os maxillaire enlevé ne présente aucune déformation extérieure. Si l'on examine sa face interne, le sinus maxillaire est presque complétement effacé; la paroi interne du sinus a disparu en totalité, il semble que l'os maxillaire refoulé de dedans en dehors se soit aplati en ce sens.

L'erreur de diagnostic commise avant l'opération, nous paraît parfaitement légitimée par l'évolution de la tumeur que nous venons de décrire. C'est avec intention que nous avons indiqué sa forme aussi exactement que possible. C'est une pyramide triangulaire qui a ses points d'attache à l'apophyse ptérygoïde, à l'apophyse basilaire, à la voûte des fosses nasales, qui s'insère, en un mot, au sommet du pharynx. La tumeur se développe d'abord rapidement en avant, elle se montre à l'ouverture antérieure de la narine gauche, elle remplit les fosses nasales (c'est le sommet de la pyramide) et ce n'est que consécutivement qu'elle déprime le voile du palais et qu'il est permis au doigt passé dans l'arrière-gorge de la sentir et encore sans atteindre ses points d'insertion.

Il était donc impossible, nous le pensons du moins, sans faits antérieurs de cette nature à notre connaissance, de préciser le diagnostic. C'était l'imprévu dans notre opération; c'est l'imprévu que vous voulons éviter aux jeunes praticiens qui nous liront; c'est pour eux que nous écrivons ces lignes.

Nous avons donné la préférence, dans notre opération, à l'incision courbe de M. Velpeau. Les différents traités de médecine opératoire préconisent les incisions de M. Gensoul; elles donnent, disent-ils, plus de facilité à l'opération. Nous avouons que nous ne comprenons pas cette unanimité.

L'incision de M. Velpeau, et sur le vivant et sur le cadavre, nous a toujours largement suffi pour attaquer les différentes attaches du maxillaire supérieur. Nous irions même volontiers plus loin, et nous dirions que cette incision doit suffire dans tous les cas. Admettons, si l'on veut, une affection de l'os avec une grand développement, mais si l'os a acquis un grand volume, les téguments ont subi un allongement en raison directe du volume de la tumeur; rien n'est changé en somme, et l'os sera aussi facilement mis à nu que s'il était sain. Ce procédé ne devrait varier

que si les téguments eux-mêmes étaient malades. Quoi qu'il en soit, l'incision de M. Velpeau nous a parfaitement réussi et nous n'hésiterons jamais, le cas échéant, à la mettre en pratique. Toutefois, cependant, notre observation démontre que ce procédé ne met pas toujours à l'abri d'une fistule salivaire. Mais dans notre cas spécial, est-ce bien le canal de Sténon qui a été intéressé ? n'est-ce pas seulement une des glandules qui se trouvent dans son voisinage? La facilité avec laquelle la fistule a disparu sous l'influence de simples cautérisations avec le nitrate d'argent, nous ferait croire que la lésion n'a porté que sur l'une de ces glandes. A l'exemple de M. Flaubert de Rouen, nous avons préféré laisser l'os molaire en presque totalité. Au lieu de couper l'arcade zigomatique et l'arcade orbitaire externe à l'aide du ciseau et du maillet, nous avons passé la scie à chaîne par la fente sphéno-maxillaire, en dirigeant un stylet recourbé de bas en haut, derrière l'arcade zigomatique. Cette manière de procéder a, selon nous, l'avantage de soutenir l'œil et la joue, et de corriger singulièrement la difformité. Nous nous sommes abstenu de faire la section du nerf maxillaire supérieur en appliquant le ciseau sur le plancher de l'orbite, et de rompre avec la gouge et le maillet les attaches ptérygoïdiennes de l'os maxillaire. Nous avons pensé que la section du nerf, à la sortie du trou sous-orbitaire, était suffisante ; qu'il sortirait sans tiraillement facilement de sa gaîne, et que nous éviterions ainsi à l'opéré de vives douleurs. Le résultat ne trompa pas notre attente ; quant à l'union ptérygoïdienne, elle fut rompue avec la plus grande facilité. Nous évitâmes ainsi deux temps dans l'opération, et c'est quelque chose quand l'action se passe sur un sujet épuisé par d'abondantes hémorrhagies.

Nous avons vu dans le cours de cette observation que la tumeur avait cédé aux efforts de traction, et qu'elle avait ainsi été amenée en entier au dehors. Nous nous applaudissons maintenant d'avoir employé ce procédé. La section avec le bistouri, outre qu'elle n'est pas sans danger, expose davantage à un grand écoulement de sang ; dans l'espèce, il était expressément recommandé d'éviter un accident de cette nature chez un malade, comme déjà nous l'avons dit plusieurs fois, épuisé par des pertes de sang antérieures.

D'ailleurs, le cautère actuel porté à la base du crâne est-il sans danger ? Toutefois, nous devons rappeler que la maxillaire interne a été rompue dans les derniers efforts, lorsqu'il a fallu détacher la tumeur de l'apophyse ptérygoïde, mais la facilité avec laquelle nous avons pu la lier n'a donné aucune gravité à cet incident.

Il nous reste, en terminant, à noter une circonstance qui nous a toujours frappé. Malgré la division du voile du palais, la déglutition fut constamment facile ; immédiatement après l'opération, le malade a pu avaler quelques cuillerées de vin, et quelques jours après il mangeait des potages.

Note sur la suture sèche. — J'ai dit, dans le cours de l'observation qui précède, que je décrirais la suture sèche que j'ai mise en pratique chez mon opéré. Cette suture ne m'appartient pas ; elle appartient à M. Vésignié, chirurgien distingué de l'Hôtel-Dieu d'Abbeville. — Je ne veux pas, et d'ailleurs ce n'est pas ici le moment de faire l'historique de la suture ; qu'il me suffise de dire qu'il ne reste guère, dans la science, que trois moyens contentifs principaux employés par les chirurgiens : la suture sanglante, le sparadrap et les serres-fines. Je vais en décrire un quatrième que je crois appelé à rendre de grands services.

L'appareil se compose de bandelettes de fils ou de gaze, d'épingles ordinaires, de fils lissés et de collodion. — La plaie est parfaitement nettoyée et séchée. L'opérateur prend un nombre de bandelettes double de celui qu'il croit devoir placer, dans une direction verticale à la solution de continuité. Chaque bandelette est ornée d'une épingle qui part d'un de ses bords et perpendiculairement à sa longueur, pour sortir du côté opposé. Cela fait, le chirurgien applique à un centimètre de la plaie, à l'aide du collodion, chaque bandelette qui sera plus ou moins longue, suivant la région et la profondeur de la lésion, perpendiculairement à la solution de continuité, de manière que l'épingle lui soit rigoureusement parallèle. Il est aussi indispensable que chaque bandelette soit placée exactement vis-à-vis celle qui lui correspond, pour éviter, les deux côtés étant symétriques, le froncement de la plaie. Le collodion solidifié, le chirurgien fait approcher les bords de la division, et il engage sur ses épingles un fil, comme on le fait à peu près dans la suture entortillée.

Les avantages de cette suture sont évidents ; d'abord elle est simple et applicable partout, car suivant la sujétion on donnera plus ou moins de longueur aux bandelettes sans diminuer en rien la solidité de l'appareil ; sa traction est puissante et il est facile avec elle d'amener les bords d'une plaie, dont l'écartement est considérable, à un contact parfait ; elle est facile à renouveler sans douleur, et enfin elle est exempte de tous les reproches faits souvent, avec juste raison, aux autres moyens contentifs.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 7 décembre 1857.

Présidence de M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Géologie. — Sur les gisements fossiles végétaux et animaux du col des Encombres, en Savoie, par M. SISMONDA, et remarques sur cette communication, par M. ÉLIE DE BEAUMONT.

— Exploration géologique de quelques parties du Chili, par M. PISSIS.

— Sur le métamorphisme des roches, par M. DELESSE.

— Sur la direction des filons de galène et de blende, par M. RIVIÈRE.

Électricité appliquée. — Note sur la distribution électrique de l'heure, par M. LE VERRIER.

Entomologie. — Sur trois espèces d'insectes hémiptères du groupe des punaises aquatiques, dont les œufs servent à faire une sorte de pain nommé *hautlé* au Mexique, par M. GUÉRIN-MENNEVILLE.

Chimie appliquée. — Emploi des capsules enfumées dans l'analyse chimique, par H. VIOLETTE.

— Recherches chimiques sur la betterave pendant la seconde végétation, par M. CORENWINDER.

Optique. — Note sur les miroirs de télescope en verre argenté, par M. STEINHEIL.

ACTES OFFICIELS

Par décret impérial en date du 5 décembre 1857, sont promus au grade de chirurgien principal de la marine (1er 2e et 3e tours, ancienneté) :

MM. Mongrand (Pierre-Alfred).
Richaud (André-Alphonse-Xavier).
Mazé (Auguste-René-Marie).

CORRESPONDANCE.

Paris, le 12 décembre 1857.

Monsieur le rédacteur,

Il est bien vrai que sur *plus de mille opérations* (débridements, extractions de projectiles de guerre, ligatures, amputations, résections, etc.), faites dans un hôpital de 600 lits, exclusivement réservés des blessés qui se renouvelaient à chaque évacuation de Crimée, il ne s'est produit aucun cas de résorption purulente jusqu'au 15 janvier 1855 ; le compte rendu de l'avant-dernière séance du Cercle des Sciences me fait dire *deux mille amputations*. Il y a évidemment ici, monsieur le rédacteur, un malentendu ou une erreur que, dans l'intérêt de la science comme dans celui de la vérité, je vous prie de vouloir bien rectifier dans votre prochain numéro.

Veuillez agréer, etc.

MOUNIER.

VARIÉTÉS.

Nécrologie. — Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort regrettable autant qu'inattendue de M. le docteur Sellier. Les obsèques de cet excellent confrère auront lieu demain, mardi, à onze heures, à l'église Saint-Roch. — On se réunira à la maison mortuaire, 10, rue d'Alger. — On comprendra sans doute qu'en présence de ce déplorable événement, les distractions du feuilleton nous soient interdites jusqu'à la prochaine semaine.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

Chez LABÉ, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Du Traitement hydrothérapique des Fièvres intermittentes de tous les types et de tous les pays, récentes ou anciennes et rebelles; par LOUIS FLEURY, médecin de l'Empereur, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, etc. — 1 vol. in-8° avec planches. Prix : 4 fr. 50 c. *franco*.

Chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, et chez tous les libraires de France et de l'étranger :

Agenda médical pour 1858, à l'usage des médecins, pharmaciens et vétérinaires, contenant :

1° Un memento-formulaire du praticien, par le docteur Alphonse Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc.;

2° La Revue de Thérapeutique de 1857, Recueil des formules de l'année, par le docteur A. Foucart;

3° Premiers secours à donner en cas d'empoisonnement et d'asphyxie, par le docteur Reveil, professeur agrégé de Toxicologie à la Faculté de Médecine de Paris et à l'Ecole de Pharmacie;

4° Un Résumé pratique des Eaux minérales, contenant leur classification méthodique, ainsi que la désignation des maladies pour lesquelles on les prescrit avec le plus de succès ; par Constantin James, auteur du *Guide pratique aux Eaux minérales et aux Bains de mer;*

Plus un Calendrier à deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris, les médecins des bureaux de bienfaisance, les médecins inspecteurs des eaux minérales ; les maisons de santé de Paris et des environs, la liste des divers journaux scientifiqnes ; les Facultés et Écoles préparatoires de Médecine de France, avec le nom de MM. les professeurs et la loi sur l'enseignement; l'Académie de Médecine et les diverses Sociétés médicales; l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, avec le nom de tous les membres; des modèles de rapports et certificats; les chemins de fer, avec le nom des stations où ils s'arrêtent; le tableau des rues de Paris, etc., etc.; format in-18 de 430 pages, dont 190 de Calendrier et 240 de renseignements utiles.

Prix : broché, 1 fr. 75 c.
— divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être
— mis dans une trousse ou portefeuille, 3 fr.

Reliures diverses.

N° 1.	Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier.				3 f. 00 c.
N° 2.	*Id.*	à patte	*id.*	*id.*	3 50
N° 3.	*Id.*	à coulisseau	*id.*	doublé en soie.	4
N° 4.	*Id.*	à patte	*id.*	*id.*	4 50
N° 5.	*Id.*	*id.*	*id.*	et petite trousse.	5
N° 6.	*Id.*	à serviette avec trousse et portefeuille.			6
N° 7.	*Id.*	*id.*	*id.*	à trimestres.	7
N° 8.	Chagrin.	*id.*	*id.*	et portefeuille.	7
N° 9	*Id.*	*id.*	*id.*	à trimestres.	8
N°10	*Id.*	avec fermoir en maillechort.			9

NOTA. Ces divers agendas sont expédiés *franco* dans toute la France et l'Algérie pour le prix qu'ils sont annoncés, mais alors il faut en envoyer le montant en un mandat. — Cet agenda paraît en novembre de chaque année et sert pour l'année suivante.

De la guérison immédiate DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, des *Blennorrhées invétérées coexistantes*, et SUR LES EFFETS DANGEREUX DES BOUGIES, avec de nombreux exemples de cas curieux, réfractaires et invétérés, guéris *sur-le-champ* par le docteur baron HEURTELOUP, TROIS FOIS LAURÉAT DE L'INSTITUT pour l'invention des instruments propres à broyer les pierres dans la vessie. — Prix : 3 fr., *franco*, chez LABÉ, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

Etudes cliniques sur le traitement de l'Angine couenneuse et du Croup, par le docteur Léon GIGOT DE LEVROUX. — Grand in-8°. Prix : 2 fr. *franco*.

De la spedalsked et de la radezyge, maladies endémiques dans le nord de l'Europe, et considérations générales sur la lèpre ; par le Dr DELIOUX DE SAVIGNAC, médecin en chef de la marine. — In-8, prix : 1 franc *franco*. A Paris, chez Labé, libraire, place de 'Ecole-de-Médecine.

Le climat de Madère et son influence thérapeutique sur la *phthisie pulmonaire*, de M. F.-A. BARRAL, docteur en médecine de la Faculté de Pa is, membre de l'Académie royale des Sciences de Lisbonne, etc., etc., et publié par ce corps savant.

Traduit du portugais, refondu et annoté, par le docteur P. GARNIER. — 1 vol. in-8, chez J.-B. Baillière et fils.

Cet ouvrage est ainsi divisé : — 1re *partie*: Topographie et géologie ; pression barométrique; température comparée à celle d'autres pays ; hygrométrie; temps ; vents; variations atmosphériques ; conditions hygiéniques; animaux et végétaux ; longévité et mortalité des habitants ; etc., etc. — 2e *partie* : Opinions et faits statistiques des médecins de Madère; opinions des médecins étrangers, des malades et des habitants ; statistique des malades étrangers; climats d'Italie, de Lisbonne et autres, comparés à celui de Madère, etc., etc.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux. rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 151. 5me ANNÉE. Jeudi, 17 Décembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal. Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, le 16 décembre 1857.

Séance publique annuelle de l'Académie de médecine.

(Distribution des prix. — Éloge historique de M. Magendie.)

La séance a commencé, suivant l'usage antique et solennel, par la lecture des rapports sur les prix, travail ingrat et long, mais auquel le zèle et le talent de M. le secrétaire annuel ont su donner cette année, comme l'année dernière, un intérêt soutenu. L'Académie, en écoutant cette lecture, a dû regretter, avec le public, que M. Depaul remplît pour la dernière fois cette honorable mais pénible tâche, pour laquelle il sera difficile de lui donner un successeur.

La lecture de M. Depaul terminée, M. le secrétaire perpétuel est descendu à la tribune pour lire le morceau de résistance de ce banquet académique.

Ce n'était pas un bien poétique sujet d'éloge officiel que la vie de M. Magendie ; ce n'était pas non plus un sujet bien avantageux ni bien édifiant, surtout quand le panégyriste prenait l'engagement, ainsi que l'a fait M. Dubois, de dire la vérité tout entière. Heureusement pour lui, il n'a pas complétement tenu parole, car à ces mots : *la vérité tout entière*, un murmure s'est élevé de plusieurs côtés de l'enceinte : — Oh ! non, non, disaient quelques académiciens;—c'est au moins inutile, ajoutaient ceux-ci; —c'est inconvenant, répétaient ceux-là ;—alors, ce sera une satire, criait-on plus loin. Et en effet, malgré les tempéraments dont M. Dubois a voilé la vérité qu'il avait promis de dire, la plupart des auditeurs répétaient en sortant :—C'est une véritable satire ; quelques-uns, plus indulgents pour le héros et plus sévères pour l'historien, disaient :—C'est indigne de flageller ainsi un collègue en prétendant le louer.

Quant à nous, quoique bien convaincu que M. le secrétaire perpétuel n'avait été que très imparfaitement fidèle à son programme, nous ne pouvions nous dissimuler qu'il y a quelque cruauté à dévoiler ainsi publiquement les faiblesses et les vices d'un mort, devant une assemblée composée en grande partie d'amis du défunt, et nous sommes sorti de cette solennité plus convaincu que jamais que les éloges officiels seraient une barbarie s'ils étaient une vérité, et qu'ils ne sont qu'une pitoyable comédie, s'ils doivent être un mensonge.

Quant aux preuves que M. Dubois, malgré son apparente sévérité, a été indulgent pour M. Magendie, elles se présentent en foule sous notre plume, et nous n'avons que l'embarras du choix. Parlant des criminelles tentatives expérimentales qui avaient été faites sur des êtres humains, M. le secrétaire perpétuel s'est exprimé ainsi :

« Que faudrait-il penser de M. Magendie si, *comme on l'a prétendu*, entraîné par la passion de la science... il avait osé porter les mains sur des malades, dans le seul but d'expérimenter? Ici, messieurs, sans prétendre justifier M. Magendie, je dirai que ce qu'il a fait, il l'a fait au grand jour, devant de nombreux témoins, et que, fort de ses bonnes intentions, c'est lui-même qui a raconté comment les choses se sont passées. »

Non, vraiment personne n'a *prétendu ;* c'est M. Magenide lui-même qui a raconté les faits, quelques-uns diront avec une franchise qui en atténue la gravité, nous dirons, nous, avec un cynisme qui en aggrave la criminalité.

« On venait d'apporter dans ma salle, dit M. Magendie, une femmme apoplectique, dans un état tellement grave qu'elle *me paraissait* vouée à une mort inévitable... Je me décidai à lui ouvrir l'artère brachiale au pli du bras... Il ne me fallut ni aidepour inciser, ni éponge pour étancher le sang, ni tout cet attirail de précautions recommandé dans les livres... Malheureusement la malade mourut quelques heures après... Mais ne croyez pas que j'aie voulu seulement négliger tous les préceptes suivis par les chirurgiens ; non, je n'y ai pas seulement songé ; J'OUBLIAIS QUE J'AGISSAIS SUR UNE FEMME POUR NE VOIR QU'UNE ARTÈRE MISE A NU !!! (*Phénom. phys. de la vie*, t. III, p. 29 et 30.)

Et ailleurs :

« *Plusieurs fois*, il m'est arrivé d'ouvrir (chez des cholériques) *de gros troncs artériels*, jamais je n'y trouvai de sang. L'artère brachiale, mise à nu à sa sortie de l'aisselle, nous parut constamment vide ! ! ! » (Id. p. 116.)

Ainsi, c'est sur la foi d'un diagnostic peut-être incertain, d'un pronostic incertain inévitablement, que cet expérimentateur s'oublie au point de tenter sur des êtres humains et vivants des expériences qui doit ven rendre certaine une mort problématique encore, au point même d'oublier qu'il agit sur des êtres humains ! ! ! et c'est d'un pareil expérimentateur que les usages académiques nous obligent à entendre l'éloge ! S'il en est ainsi, il faut rompre avec ces usages, car ils sont un scandale, et quand l'histoire en subit le joug, elle devient un instrument de corruption, au lieu de rester ce qu'elle ne doit jamais cesser d'être, un

enseignement moralisateur.

L'exemple de Magendie n'a pas été sans porter ses fruits ; l'expérimentateur a fait école, non dans le sens où M. le secrétaire perpétuel semble l'avoir entendu, car l'école expérimentale existait avant M. Magendie ; mais il a fait école au point de vue du mépris qu'il a inspiré à certains médecins pour les souffrances de leurs semblables. C'est de cette école que nous sont venus ces médecins qui saignent les chlorotiques, les phthisiques et les cancéreux à la dernière période, pour peser la fibrine et compter les globules de leur sang ; ces chirurgiens qui enlèvent les tumeurs avant de traiter ceux qui les portent, afin qu'elles ne disparaissent pas sous l'influence d'un traitement avant qu'ils n'aient pu satisfaire leur *scientifique* curiosité. Il est bien vrai, par malheur, que cette école existe encore, mais il est consolant de constater qu'elle tend à disparaître de jour en jour, et les paroles sévères, quoique modérées, qu'a laissé tomber de la tribune académique M. le secrétaire perpétuel contribueront, nous aimons à l'espérer, à nous délivrer complétement de ces expérimentations téméraires qui, sans servir la science, affligent et dégradent l'humanité.

Nous l'avons dit en maintes occasions, un *discours* solennel ne saurait être un exposé de doctrines ; nous n'avons donc pas l'habitude de discuter les opinions qu'on professe dans ces sortes de discours. Si telle n'était pas notre règle, nous aurions bien quelques objections à faire à certaines des opinions qu'a exposées M. Dubois, quoique la plupart, nous nous hâtons de le dire, nous semblent marquées au coin de la raison. Mais cette réserve nous suffit, et nous terminerons cette rapide appréciation en félicitant M. le secrétaire perpétuel de son courage, et en le plaignant d'avoir trop eu à l'exercer.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du panaris et du phlegmon de la main.

Le panaris est une affection si commune, il a été le sujet de tant de descriptions, qu'il pourrait sembler tout d'abord qu'il ne reste plus rien à dire. Cependant, en lisant les articles que les auteurs classiques ont consacrés à cette maladie, on est frappé du grand nombre de classifications qui ont été proposées pour les diverses variétés de panaris ; on est surpris que les auteurs n'aient pas pu s'entendre sur une affection si commune. C'est ainsi que, pour Boyer, il n'y a qu'une seule espèce de panaris ; pour Astruc et Campi, deux ; pour Heister, trois variétés. La classification adoptée par Roux, dans l'excellent article du Dictionnaire en 30 volumes, et que j'aurai souvent l'occasion de rappeler, est la plus généralement acceptée. Roux divise le panaris en quatre espèces, ainsi que l'avaient fait Lefaye, Ledran, Garengeot. D'autres auteurs sont allés plus loin ; Gouey et Celliser admettaient cinq variétés ; Sauvage, sept ; et François Imbert en a porté le nombre jusqu'à huit.

C'est, je crois, pour avoir perdu de vue la disposition anatomique des diverses parties qui entrent dans la composition des doigts, et pour avoir négligé d'étudier l'inflammation dans ses rapports avec leur structure, que l'on est tombé dans cette confusion. Guidé par les savantes leçons de mon excellent maître, M. Velpeau, l'étude du panaris m'a paru simple, claire, facile, et depuis longtemps j'avais mis en travail le Mémoire que je viens vous lire aujourd'hui. M. Richet, dans son *Traité d'anatomie chirurgicale*, a esquissé à grands traits cette étude, et il ne me resterait probablement rien à dire si M. Richet avait consacré un chapitre spécial au panaris.

Quant aux inflammations de la paume de la main, les auteurs en ont à peine dit quelques mots, et cependant leur étude est tout aussi importante que celle du panaris.

Comme on le verra, dans le cours de ce travail, il y a une grande analogie entre les inflammations des doigts et les inflammations de la paume de la main. Dans l'un, comme dans l'autre cas, l'inflammation a une marche fixe, régulière, en rapport avec la disposition anatomique de la partie malade ; aussi ai-je peu compris pourquoi les auteurs classiques avaient passé sous silence les inflammations de la main.

Chemin faisant, j'aurai aussi l'occasion d'appeler l'attention sur diverses sous-variétés de panaris, que les auteurs ont oubliées dans leurs descriptions, telles, par exemple, que le panaris anthracoïde, gangréneux, etc.

Je diviserai ce travail en deux parties ; la première sera consacrée à l'étude des panaris, et la seconde à l'étude des inflammations de la paume de la main, mais avant d'entrer en matière, j'ai cru nécessaire de jeter un coup d'œil rapide sur la disposition anatomique des diverses couches qui entrent dans la composition des doigts et de la paume de la main. Tout mon travail doit être étayé sur ces connaissances anatomiques.

COUP D'OEIL SUR L'ANATOMIE DE LA MAIN ET DES DOIGTS. — Je n'ai pas l'intention de donner l'histoire complète de nos connaissances anatomiques sur cette région. Mon but est de mettre en relief certains points anatomiques importants, et de faire un résumé succinct des articles publiés sur ce sujet, dans les livres spéciaux. On verra plus tard que ces données anatomiques jouent un grand rôle dans l'interprétation des affections chirurgicales que je passerai en revue.

Il existe dans l'anatomie topographique des doigts et de la main des points de ressemblance frappants. Ainsi les plis cutanés de la paume de la main et des doigts, au niveau de la flexion des articulations des phalanges ; ainsi, les adhérences plus intimes entre la peau et l'aponévrose du côté de la face palmaire, que du côté de la face dorsale ; ainsi la laxité plus grande du tissu cellulaire souscutané à la face dorsale des doigts, comme à la face dorsale de la main ; ainsi, la résistance plus grande des coulisses fibro-synoviales et des aponévroses à la face palmaire, tant pour les doigts que pour la main. De ces ressemblances qui existent entre la structure des doigts et de la main, résultent des ressemblances curieuses dans leur pathologie. Mais je ne veux pas m'appesantir sur ces détails qui pourraient m'entraîner un peu loin, et j'aborde de suite la topographie de ces régions.

Les auteurs ont divisé, pour la description, la main en deux parties ; la main proprement dite et les doigts.

Main. — La main a une forme presque quadrilatérale, et présente deux faces et quatre bords. La face antérieure, ou palmaire, aussi appelée paume de la main, est la plus importante à connaître ; c'est surtout de ce côté que les bords, et notamment le bord supérieur, sont nettement accusés. Le bord supérieur est limité par une ligne circulaire passant au-dessus des saillies du scaphoïde et du périforme. En avant le bord répond à un sillon transversal qui joue pour le poignet le même rôle que d'autres sillons pour le creux de la main. A la face dorsale, la main se contient sans ligne de démarcation bien tracée avec le poignet. Le bord inférieur présente les mêmes variétés de structure, suivant qu'on le considère en avant ou en arrière. En avant, nous trouvons pour limites les plis transversaux qui existent à la racine des doigts.

Le bord interne ou cubital n'offre rien de bien particulier ; quant au bord externe ou radical, il présente à sa partie supérieure un

sillon longitudinal, qui sépare le pouce de la main, et qui est, à ce bord, ce que les sillons des autres doigts sont au bord inférieur.

La face dorsale est bien moins nettement limitée. Nous verrons ultérieurement que les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané présenteront aussi dans leur marche des différences en rapport avec les différences de structure.

Paume de la main. Nous trouvons à la paume de la main, en étudiant cette région, des parties superficielles vers les parties profondes : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose palmaire, les tendons, les muscles, les vaisseaux et nerfs de cette région, le squelette.

La peau est assez riche en filets nerveux : elle offre à l'examen une série de petits sillons, bien mieux marqués aux doigts, et surtout à la phalange unguale. Dépourvue de poils, elle a une épaisseur variable suivant l'âge, le sexe, et surtout suivant la profession des sujets. Chez les personnes qui se livrent à des travaux pénibles, chez les laboureurs, les cordonniers, les paveurs, etc., elle peut acquérir une épaisseur considérable, et présente même assez ordinairement des callosités, des durillons, qui jouent un grand rôle dans l'étiologie des inflammations de cette région.

Outre les plis que j'ai mentionnés en parlant de ses limites, il existe à la paume de la main d'autres plis, tout aussi importants, mentionnés par les auteurs, mais sur lesquels on n'a pas encore appelé l'attention d'une manière assez spéciale. Ces plis sont au nombre de quatre, et représentent, par leur disposition, à peu près un M ; ils partagent la paume de la main en quatre régions secondaires ou départements. On verra plus loin que cette division n'est pas puérile.

L'une des branches de l'M, que j'appellerai branche *thénarienne* s'étend de haut en bas et de dedans en dehors depuis la partie moyenne à peu près du pli transversal du poignet jusqu'à la partie moyenne du bord externe de la main proprement dite. Elle circonscrit en dedans une saillie importante de la paume de la main et qu'on appelle éminence thénar. — Cette éminence se termine en dehors au pli longitudinal de la naissance du pouce.

Une autre branche de l'M, à laquelle je donnerai le nom de *branche digitale*, commence à peu près à un centimètre au-dessus du premier espace interdigital et se dirige de là de dehors en dedans en décrivant une légère courbe, à concavité inférieure, pour finir au tiers inférieur du bord cubital de la main. Au-dessous de cette ligne se remarquent trois petites saillies, correspondant aux espaces interdigitaux, séparés par de petits enfoncements, visibles surtout dans les mouvements d'extension forcée des doigts, et qui correspondent aux articulations métacarpo-phalangiennes.

De la partie supérieure de la branche thénarienne de l'M part un troisième pli qui coupe la paume de la main en deux segments à peu près égaux, et qui, inférieurement, vient se terminer à peu près au point d'origine de la branche digitale. Je désignerai cette branche de l'M, ce pli cutané, sous le nom de *branche hypothénarienne*. En dehors de ce pli se voit une saillie plus prononcée en haut, et connue sous le nom d'éminence hypothénar.

Enfin, de la partie inférieure et externe de la branche thénarienne se détache un quatrième pli, qui se dirige presque parallèlement à la branche digitale, qui vient couper la branche hypothénarienne et se continue même un peu en dedans de ce pli e que j'appellerai *branche intermédiaire*.

Entre ces quatre branches, donc, et les plis qui limitent la paume de la main, quatre régions, quatre départements : région thénarienne, en dehors de la branche thénarienne, et répondant à l'éminence thénar ; région digitale externe, correspondant au petit évasement de l'M, à la racine de l'indicateur ; région digitale interne, répondant au médius, et surtout à l'annulaire et à l'auriculaire ; région hypothénarienne, correspondant à l'éminence hypothénar, au grand évasement de l'M.

Le tissu cellulaire sous-cutané est assez serré ; ***il est surtout très serré, très dense, au niveau des plis cutanés*** dont je viens de parler, et unit intimement la peau à l'aponévrose. Dans les autres points, il est plus lâche, et contient dans ses aréoles des bourrelets graisseux, surtout abondants à la partie supérieure de l'éminence hypothénar, et dans ces petits mamelons que j'ai mentionnés, au niveau des espaces interdigitaux, plus, à la partie supérieure de l'éminence hypothénar, un petit muscle peaucier.

Le tissu cellulaire est lâche, assez abondant, dans les espaces interdigitaux. Nous y reviendrons dans un instant.

Avant d'aller plus loin, jetons un coup d'œil rapide sur la peau et le tissu cellulaire sous-cutané du dos de la main.

La peau du dos de la main est mobile, plus fine, couverte de poils plus ou moins abondants, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes ; elle est un peu plus adhérente, et présente des plis ayant la forme légèrement étoilée.

Le tissu cellulaire sous-cutané est lamelleux, lâche, et se continue en haut avec le tissu cellulaire sous-cutané de la face dorsale du poignet et de l'avant-bras, sur les parties latérales, avec le tissu cellulaire de la paume de la main, et à la partie inférieure avec le tissu cellulaire des doigts, et surtout des espaces interdigitaux. Il n'y a pas entre ces diverses régions de plis cutanés denses, qui semblent constituer une barrière entre le tissu cellulaire de deux régions voisines.

La peau de l'espace interdigital est plus fine que dans les autres points de la région dorsale.

Au niveau de ces mêmes espaces, le tissu cellulaire sous-cutané communique avec le tissu cellulaire sous-aponévrotique, ainsi que nous le dirons ultérieurement.

Dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face dorsale rampent des veines assez nombreuses. Cette disposition est du reste en parfaite harmonie avec les fonctions de la main. Du côté de la face palmaire, qui est plus exposée aux chocs, aux pressions, les organes plus élastiques, plus résistants, les artères du côté de la face dorsale, protégée, en quelque sorte, par les mouvements eux-mêmes, les vaisseaux plus délicats, qui s'oblitèrent plus facilement, les vaisseaux veineux.

Les autres parties qu'il nous reste à décrire ne nous arrêteront pas si longtemps.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

—

ance publique annuelle du 15 décembre 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

M. Depaul, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1857. Ce rapport se termine par les conclusions suivantes :

PRIX DE 1857.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

L'Académie avait mis au concours la question suivante : « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie ne décerne point le prix ; elle accorde : 1° à titre de *récompense*, une somme de 600 francs à l'auteur du Mémoire n° 1, M. le docteur Zurcowski, médecin à Pont-à-Mousson ; 2° à titre d'*en-*

couragement, une somme de 400 francs à M. Le Tertre-Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme), auteur du Mémoire n° 5; 3° elle accorde en outre une *première mention honorable* à M. le docteur Payen de la Garauderie, médecin à Coutances (Manche), auteur du Mémoire n° 2; 4° une *deuxième mention honorable* à M. le docteur Revillout, de Besançon (Doubs), auteur du Mémoire n° 6.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

L'Académie avait proposé pour sujet du prix la question ci-après : « Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

Aucun mémoire n'ayant été envoyé à l'Académie, la question ne sera pas remise au concours.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

La question mise au concours était : « Du vertige nerveux. » Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame. Ce prix était de la valeur de 1,500 francs.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Max-Simon, médecin à Aumale (Seine-Inférieure), auteur du Mémoire n° 5. Elle accorde une *première mention honorable* à M. le docteur Etienne-Louis-Constant Trastour, de Nantes (Loire-Inférieure), auteur du Mémoire n° 2; et une *deuxième mention honorable* à l'auteur du Mémoire n° 1, M. le docteur F. Neucourt, de Verdun (Meuse).

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR LEFÈVRE.

Question : *De la mélancolie*. Ce prix, qui est triennal, était de la valeur de 1,800 francs. L'Académie ne décerne point de prix, elle accorde, à titre d'*encouragement :*

1° Une somme de 800 francs à M. le docteur Charrier, chef de la clinique à la Faculté de médecine de Paris, auteur du Mémoire n° 2; 2° une somme de 400 francs à M. Le Tertre Vallier, médecin militaire à Amiens (Somme), auteur du Mémoire n° 3; 3° une somme de 400 francs à M. Giuseppe Rotta, médecin à Varallo (Etats-Sardes), auteur du Mémoire n° 1.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

1° *Question relative à l'art des accouchements*. La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, était remise au concours pour l'année 1857. L'Académie faisait remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites. Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désirait que la question fût de nouveau traitée.

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie décerne le *prix* à M. le docteur Ambroise-Eusèbe Mordret, du Mans (Sarthe), auteur du Mémoire n° 2. Elle accorde une *première mention honorable* à M. le docteur Achille Dehous, de Valenciennes (Nord), auteur du Mémoire n° 1; et une *deuxième mention honorable* à l'auteur du Mémoire n° 4, M. le docteur Eugène Moynier, de Paris.

2° *Question relative aux eaux minérales :* Caractériser les eaux minérales *salines;* indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques.

Ce prix était de la valeur de 1,000 francs.

L'Académie accorde le *prix* à MM. E. Pétrequin, professeur à l'École de médecine de Lyon, et Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de la même ville, auteurs du Mémoire n° 2. Elle accorde en outre : Une *première mention honorable* à M. le docteur Herpin (de Metz), auteur du Mémoire n° 3; et une *deuxième mention honorable* à M. le docteur Rotureau, de Paris, auteur du Mémoire n° 1.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

Ce prix qui est annuel, et qui était de la valeur de 3,000 francs, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc.

L'Académie déclare qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix.

PRIX FONDÉ PAR M. LE MARQUIS D'ARGENTEUIL.

Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant la période de 1850 à 1856, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires. La valeur de ce prix est de 12,000 francs.

Vingt-deux mémoires ont envoyés à l'Académie; la commission chargée d'en faire l'examen n'a pu encore encore en prendre une connaissance suffisannte pour établir son jugement; en conséquence, le prix ne pourra être décerné qu'en 1858.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE 1855.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder : 1° Un prix de 1,500 francs partagé entre : M. le docteur Diech, à Saint-Sulpice-la-Pointe (Tarn), pour plusieurs communications importantes, et en particulier pour son Mémoire sur l'analogie de la vaccine avec la petite vérole. M. le docteur Deffis, à Morlass (Basses-Pyrénées), pour une pratique de plus de quarante ans, — déjà récompensé par six médailles d'argent et une médaille d'or; M. le docteur Reydellet, chirurgien de première classe de la marine impériale, pour le zèle sans exemple avec lequel, depuis 1825, il a propagé la vaccine dans l'île de la Réunion, et pour les 79,546 vaccinations qu'il a pratiquées depuis cette époque.

2° Des médailles d'or à : M. Verdier, docteur en médecine à Barre (Lozère), pour son zèle longtemps signalé d'une manière spéciale par M. le préfet du département, et pour un rapport très important; madame Limousin-Chalmet, sage-femme à Romorantin (Loir-et-Cher), pour ses nombreuses vaccinations, qui lui ont déjà mérité neuf médailles d'argen, et pour un zèle, un dévouement et une exactitude qui lui ont valu une mention toute spéciale de M. le préfet; — M. Riquier, docteur en médecine à Amiens (Somme) : la pratique de ce confrère remonte à plus de vingt ans. La société de médecine d'Amiens, qui a pu apprécier ses services, le recommandait d'une manière toute spéciale. — M. Boissat, docteur-médecin à Périgueux Dordogne), déjà plusieurs fois récompensé par l'Académie, et que M. le préfet place toujours en tête des vaccinateurs qui rendent les plus grands services à son département.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1856 :

1° Des médailles d'argent à : M. Gestin, médecin de la marine à Brest. Rapport sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans le canton de Pont-Aven. — M. Brouillet, médecin de la colonie d'Ostwald (Bas-Rhin). Mémoire sur l'épidémie de diarrhée qui a sévi dans cette colonie. — M. Perrochaud, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais). Mémoire sur l'épidémie d'angine diphthérique qui a régné dans cette ville. — M. Raimbert, médecin des épidémies à Châteaudun. Rapport sur la constitution médicale de cet arrondissement (Eure-et-Loir) pendant l'année 1856, et Monographie de la pustule maligne et des affections charbonneuses. — M. Ragaine, médecin à Mortagne (Orne). Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans plusieurs communes de ce département.

2° Des médailles de bronze à : M. Martin-Duclaux, médecin à Villefranche (Haute-Garonne). Rapport sur la constitution médicale de cette ville en 1856. — M. Jobert, médecin des épidémies du canton de La Ferté-sur-Amance (Haute-Marne). Compte rendu des diverses affections qu'il a observées dans ce canton, et rapport sur une épidémie d'angines graves. — M. Lemoine, médecin des épidémies de l'arrondissement de Château-Chinon (Nièvre). Observations sur une épidémie d'angine maligne qui a sevi dans cet arrondissement. — M. Gauné, médecin en chef de l'hôpital de Niort (Deux-Sèvres). Rapport sur une épidémie de congestion rachidienne qui a régné chez les jeunes filles de l'hospice des enfants trouvés, à Niort, en 1856.

3° Des mentions honorables à :

MM. Yvonneau, médecin des épidémies, à Blois; — Philbert, officier de santé à Bulgoréville (Vosges); — Poussié fils, médecin des épidémies, à Marvejols (Lozère); — Colson, docteur médecin à Commercy (Meuse).

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du com-

merce et des travaux publics a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales en 1855 :

1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable à : M. LE BRET, médecin inspecteur à Balaruc (Hérault). Observations relatives aux militaires appartenant à l'armée d'Orient; — M. LEFORT, pharmacien à Paris), Recherches sur les eaux minérales et thermales de Royal et de Chamalières; — M. BOISSARD, médecin inspecteur à Lamotte-les-Bains (Isère). Rapport renfermant 235 observations détaillées avec tableau récapitulatif.

2° Des médailles d'argent à : M. AULAGNIER, médecin principal d'armée (à Paris). pour son travail sur la glairine, la barégine et la viridine; — M. CAILLAT, médecin inspecteur adjoint à Bourbon-l'Archambault (Allier), pour ses observations au sujet de traitements antérieurs à 1855, et sur l'instabilité de certaines améliorations, sous l'influence de conditions hygiéniques défavorables ; — M. BARRIÉ père, médecin inspecteur à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne). Rapport contenant 398 observations ou relevés cliniques recueillis avec le plus grand soin.

M. CHAPELAIN, médecin inspecteur à Luxeuil (Haute-Saône), 85 relevés cliniques détaillés avec un tableau récapitulatif. — M. REVILLOUT, médecin inspecteur aux bains de mer du Croisic. Relevés cliniques et observations détaillées et fort intéressantes relatives aux douches des bains de mer pris dans certaines conditions.

3° Des médailles de bronze à : M. BARTHEZ, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy. Rapport contenant des relevés cliniques faits avec le plus grand soin, relatifs à 221 malades. — M. BAILLY, médecin inspecteur à Bains (Vosges). Pour les judicieuses indications qui ont conduit à exécuter des travaux importants, et par suite desquels le débit des eaux a été plus que doublé. — M. NIVET, médecin inspecteur à Royat (Puy-de-Dôme). Mémoire sur les eaux de Royat, sous le rapport physico-chimique des sources, et étude géologique du sol. — M. RENARD (Athanase), médecin inspecteur des eaux de Bourbonne (Haute-Marne). Travail spécial contenant 547 observations détaillées. — M. PEIRONNEL, médecin inspecteur à La Bourboule. Pour les nombrenses observations insérées dans son tableau récapitulatif.

4° Des mentions honorables à : M. CAMPMAS, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges. Relevés cliniques recueillis avec une grande exactitude et un véritable talent d'observation. — M. PÉNISSAT, médecin inspecteur à Châteauneuf-les-Bains. Rapport contenant 170 observations. — M. BACH, médecin inspecteur à Soultzmatt Notes cliniques sur 123 malades, résumées dans un tableau récapitulatif.

M. Michel LÉVY donne lecture des sujets de prix proposés pour 1858 et 1859.

PRIX PROPOSÉS POUR 1858.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours; elle est conçue en ces termes : Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections.

Ce prix sera de la valeur de 600 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : Etablir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite; mais elle recommande aux concurrents non-seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerf, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite.

Ce prix sera de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD.

Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

Ce prix, qui est annuel, sera décerné à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. (*Extrait du testament.*

Des *encouragements* pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX D'ARGENTEUIL.

(Voir plus haut les conditions du concours.)

Ce prix sera de la valeur de 12,000 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1859.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

De l'action thérapeutique du perchlorure de fer.

En formulant cette question, l'Académie s'est proposé d'appeler l'attention des concurrents : 1° *Sur l'action locale ou directe* du perchlorure de fer, soit à la surface des plaies et des membranes muqueuses, soit dans le traitement des maladies de l'appareil vasculaire, telles que les anévrismes, les varices, les tumeurs érectiles, etc., etc.; 2° *Sur l'action générale ou indirecte* de ce médicament dans le traitement de certaines pyrexies, des diathèses hémorrhagiques, etc., etc.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

Anatomie pathologique des étranglements internes et conséquences pratiques qui en découlent, c'est-à-dire : étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques (hernies exceptées) qui mettent obstacle au cours des matières alvines, symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles et de leur appliquer le traitement le plus convenable.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

Des affections nerveuses dues à une diathèse syphilitique.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

De la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

(Voir plus haut les conditions du concours.)

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

Les Mémoires pour les prix à décerner en 1858 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie,* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Barbier sont seuls exceptés de ces dispositions.

M. FRÉD. DUBOIS, secrétaire perpétuel, donne lecture de l'éloge suivant :

Messieurs,

Un des plus brillants maîtres de la parole rappelait tout récemment, en des termes d'une admirable justesse, qu'il y a plus d'une manière de servir et d'agrandir la science.

« La science, disait-il, a ses spéculateurs sublimes et comme ses prophètes, qui démêlent d'un coup d'œil les grandes lois de l'univers et les saisissent, comme Colomb découvrit le nouveau monde, en s'élançant pour le chercher sur la foi d'une idée. Autour d'eux se rangent les observateurs sagaces qui excellent à rechercher les phénomènes particuliers, les constatent, les décrivent et les rattachent successivement au domaine de la science. Et dans ce domaine ainsi enrichi entrent des esprits législateurs, qui classent les faits re-

cueillis, en assignent les rapports, en déterminent les lois et les résument dans ces formules générales qui définissent l'état présent de la science, et deviennent le point de départ et l'instrument de conquêtes nouvelles (1). »

De ces trois manières de servir et d'agrandir la science, il en est une, messieurs, qu'avait exclusivement adoptée et qu'a préconisée pendant toute sa vie le physiologiste éminent dont j'ai aujourd'hui à vous exposer les travaux.

M. Magendie, en effet, n'a rien eu de commun avec ces esprits élevés et enthousiastes qui, s'inspirant d'une pure hypothèse, s'élancent un peu au hasard dans le champ de la science. Il n'était point non plus de ces esprits ingénieux et pénétrants qui se hâtent de coordonner et de ramener à des lois générales les faits que d'autres ont recueillis; je dirai plus, il avait quelque mépris pour les savants qui s'attribuent ces sortes de missions.

La sienne était, non pas plus humble, mais plus simple et plus accessible. Observateur défiant et sagace, expérimentateur habile et impitoyable, M. Magendie s'était exclusivement attaché à vérifier et à constater les faits particuliers annoncés dans la science; tout entier à ce travail de vérification et de démonstration, M. Magendie n'a fait, il est vra , aucune découverte importante en physiologie, il n'a posé aucune loi nouvelle, mais il a mis dans une telle lumière des faits jusque-là pleins d'obscurité, il a donné un tel degré de certitude et d'évidence à des faits incertains ou mal connus, qu'il a pu à bon droit placer son nom à côté de ceux des inventeurs, et qu'à ce titre on doit lui pardonner d'avoir quelquefois cherché à leur disputer leur gloire.

Venu à une époque où la méthode expérimentale n'était plus cultivée que par un petit nombre d'observateurs, M. Magendie a eu le mérite incontestable de la reprendre résolument, de la relever et de la remettre en honneur.

C'était un flambeau presque éteint qu'il a su rallumer et avec lequel il aurait pu éclairer toutes les parties de la science si, le tenant plus haut et plus ferme, il n'avait point craint de joindre à sa clarté la lumière de son propre esprit.

M. Magendie, néanmoins, a contribué, pour une large part, aux progrès récents de la physiologie, non-seulement par ses propres travaux, mais encore et surtout par ce goût du travail qu'il avait su inspirer aux nouvelles générations; à lui l'honneur d'avoir formé les hardis pionniers de la science qui, aujourd'hui encore, ne cessent de défricher les terrains contestés et qui se félicitent de l'avoir eu pour maître.

Je voudrais, messieurs, n'avoir à vous entretenir que de ces utiles travaux, de ces recherches qui ont embrassé presque toutes les questions agitées de notre temps en physiologie, et qui, pour être menées à fin, ont exigé toute une vie de labeurs et de peines.

Mais il faudra bien vous parler du professeur au Collége de France et vous dire quel enseignement il y avait institué; il faudra vous parler de ses doctrines, ou plutôt de cette absence complète de doctrines dont il se glorifiait, vous dire quelle était son aversion pour toute espèce de raisonnement et son dédain pour toute intervention de l'esprit en matière de science.

Je devrai enfin vous dire quelques mots du médecin de la Salpêtrière et de l'Hôtel-Dieu, vous montrer dans quel étrange scepticisme et en même temps dans quelle radicale impuissance son exclusive préoccupation des phénomènes physiques de la vie avait fini par le faire tomber.

M. Magendie, messieurs, est aujourd'hui au nombre des morts illustres auxquels on doit la vérité; ici comme toujours nous oserons la *dire tout entière*, sans cesser d'y apporter les égards et la réserve qu'exigent de nous ces grandes réputations. Telle est du moins la tâche que nous nous sommes imposée, tâche difficile, délicate sans doute, mais dans laquelle jusqu'ici vos encouragements ne nous ont point manqué.

François Magendie naquit à Bordeaux, le 6 octobre 1783, d'Antoine Magendie, chirurgien estimé mais peu connu, et de Nicole de Perey de Launay.

. . . .

En quittant l'internat, M. Magendie avait concouru à l'Ecole pour une place d'aide d'anatomie, puis pour la place de prosecteur; en 1813, il en remplissait encore les fonctions; mais, longtemps auparavant, c'est-à-dire en 1808, il avait composé et soutenu une excellente thèse pour le doctorat; il y traitait deux questions bien distinctes: l'une, qui avait trait à ses études premières, question toute chirurgicale, *la fracture des côtes;* l'autre, qui devait rentrer dans ses futures études, question essentiellement physiologique, *des usages du voile du palais*.

C'est à partir de 1809, époque tout à fait mémorable dans la vie de M. Magendie, que va enfin se montrer le physiologiste, déjà même avec toutes ses tendances, avec tous ses scrupules, je dirai presque avec toutes ses préventions.

Jusque-là les esprits les plus sévères, et en même temps les plus distingués, avaient fait, en physiologie, une large part à l'étude des phénomènes qui relèvent directement de la vie; leurs plus sérieuses études avaient porté sur ce point. M. Magendie, dès ses premiers pas, ne craignit pas de se séparer de ses maîtres et de se tourner de préférence vers l'étude des phénomènes purement physiques. L'incomparable éclat que jetaient alors les sciences mathématiques et physiques avaient séduit le jeune physiologiste. Auditeur assidu de l'Académie des sciences, il avait pu entendre Laplace soutenir que les deux sciences les plus dignes de l'attention des esprits élevés étaient la physiologie et l'astronomie, « et si je mets la physiologie au premier rang, ajoutait Laplace, ce n'est pas seulement parce qu'elle attend encore son Newton. »

Brillant de génie, mais entraîné lui-même par ces conceptions générales, Bichat, au commencement de ce siècle, avait peut-être rêvé cette gloire d'être le Newton de la physiologie, lorsque, remontant aux premiers jours du monde, il disait que le chaos n'était que la matière sans propriétés, et que Dieu, pour créer l'univers, l'ayant doué de gravité, d'élasticité, d'affinité, une portion avait eu en partage la sensibilité et la contractilité.

Mais loin d'adopter ces idées et de subdiviser ainsi les propriétés générales de la matière, M. Magendie soutenait déjà qu'un seul et même ordre de propriétés pouvait suffire à l'explication de tous les phénomènes, aussi bien dans le règne organique que dans le règne inorganique, et de là cette longue guerre qu'il entreprit contre les vitalistes.

Son premier ouvrage fut donc une critique des généralisations de Bichat sur les propriétés vitales. M. Magendie trouvait que toutes ces propriétés auraient pu être ramenées à une seule, qu'on aurait nommée *force vitale*, et encore, disait-il, c'eût été peut-être trop, puisque *nous ne pourrions pas la saisir!*

Tel a été, messieurs, le point de départ de M. Magendie, et nous le verrons sans cesse revenir à cette doctrine, qui, au fond, était celle de Descartes en physiologie, puisqu'elle consistait à ramener l'explication de tous les phénomènes à des principes mécaniques.

. . . .

Ses premiers travaux, avons-nous dit, remontaient à 1809; M. Magendie avait dirigé ses expériences sur un point de physiologie qui avait été l'objet de nombreuses recherches: à toutes les époques de la science, les physiologistes s'étaient demandé comment s'opère cette éternelle circulation de substance qui se fait d'un corps à l'autre dans toute la série des êtres organisés; tous avaient cherché à suivre cette migration de la matière qui, après avoir constitué un corps pendant un temps déterminé, passe dans un autre corps pour de là, et indéfiniment, passer dans d'autres corps également périssables; mais pour que cette grande fonction s'accomplisse, il faut qu'il y ait *absorption* de la matière nutritive, et c'est sur ce point particulier que M. Magendie a composé l'un de ses premiers Mémoires.

Il y avait deux questions à élucider: quels sont les organes qui puisent les fluides nutritifs dans le tube intestinal pour les transporter dans le système sanguin? Puis, par quel mécanisme ces fluides traversent-ils les tuniques intestinales pour arriver dans des vaisseaux clos? M. Magendie fit de ces deux intéressantes questions l'objet de deux Mémoires.

Les organes chargés de cette absorption étaient connus depuis longtemps; mais on n'avait pu leur faire leur juste part. On sait qu'à l'époque où Harvey venait de découvrir les véritables routes que suit le sang dans sa marche perpétuelle, un professeur de l'Ecole de Pavie avait découvert tout un ordre de vaisseaux qu'on pouvait considérer comme inconnus, auxquels il avait donné le nom de vaisseaux lactés, et qui, depuis, furent désignés sous le nom de vaisseaux chylifères; puis, presque en même temps, un anatomiste français, Jean Pecquet, complétant cette belle découverte, montrait que ces vaisseaux blancs se réunissent en un réservoir commun, et qu'ils versent directement le chyle dans la veine sous-clavière gauche.

La physiologie pouvait donc dire par quelles voies les éléments du chyle formés dans l'intestin vont se jeter dans le torrent de la circulation.

Mais d'autres voies n'étaient-elles pas également ouvertes aux fluides nutritifs pour pénétrer dans la masse du sang? L'école de Hunter ne le pensait pas; elle s'en tenait aux vaisseaux blancs, et refusait aux radicules des veines tout pouvoir absorbant. Haller surtout avait lutté contre cette doctrine dans le siècle dernier: il en avait appelé à des expériences décisives, et il avait prouvé que, pendant la digestion, les liquides pénètrent aussi dans les veines; que celles-ci, par conséquent, s'associent aux lymphatiques pour opérer l'absorption des fluides nutritifs dans les intestins.

Mais vint ensuite Bichat, qui, de nouveau, refusa aux veines la propriété d'absorber les liquides pour en douer exclusivement les vaisseaux chylifères. Ses contemporains, qui, presque tous, furent ses élèves, adoptèrent cette opinion: ils ne tinrent plus aucun compte des expériences de Haller et de Meckel.

La science en était là quand M. Magendie institua ses premières expériences. M. Magendie n'ignorait pas ce qui avait été fait avant lui; il déclare même dans son Mémoire que ses expériences n'avaient été entreprises que pour donner *un degré de certitude* de plus à des

(1) M. Guizot; réception de M. Biot à l'Académie française.

explications déjà admises; ces expériences, d'ailleurs très habilement exécutées et judicieusement interprétées, permirent à M. Magendie d'établir, ce sont ses expressions, que les vaisseaux lactés ne sont point les organes exclusifs de l'absorption intestinale : conclusion sage et légitime qui couronnait dignement son travail.

Mais restait la seconde question, ce problème obscur que Haller n'avait point osé aborder, et qui consiste à expliquer par quel mécanisme intime les fluides nutritifs sortent de l'intestin pour pénétrer soit dans les vaisseaux blancs, soit dans les vaisseaux sanguins.

Haller ne s'était occupé que de la marche ascensionnelle du chyle dans les vaisseaux, et ce mode de progression, il l'avait attribué à la contractilité de ces vaisseaux.

Bichat avouait qu'il n'avait fait à ce sujet que des suppositions, et finalement il était resté dans une complète incertitude. « Je crois, disait-il, qu'on ne pourra jamais expliquer comment il se fait qu'un orifice absorbant choisit les molécules nutritives pour les faire monter dans son tube. »

Tel est, messieurs, l'aveu formel, explicite et complet qu'on peut lire dans l'ouvrage de Bichat, et qui cependant n'a pu désarmer M. Magendie. M. Magendie, en effet, ne tarissait pas en plaisanteries sur les petites bouches intelligentes admises, disait-il, par Bichat, oubliant que lui-même, en d'autres temps, prétendait les avoir vues. Toutefois, il faut dire que, dans son Mémoire, M. Magendie usait encore d'une grande réserve : il se bornait à dire que l'*attraction moléculaire* (car déjà il lui fallait une propriété physique) ; que l'attraction moléculaire pouvait être l'*une* des causes de l'absorption veineuse, et il faisait remarquer qu'il laissait en dehors l'absorption du chyle par les vaisseaux lactés. A cette époque, M. Magendie admettait trois genres d'absorption dans l'intestin : l'absorption veineuse, l'absorption lymphatique et l'absorption chyleuse. Du reste, il ne paraissait pas tenir beaucoup à son attraction moléculaire, car, à peu près à la même époque, dans une note sur l'introduction des liquides visqueux dans les organes de la circulation, il disait que tout ce qui pénètre dans les vaisseaux y arrive par des pertuis très fins, et après avoir été *tamisé* par les organes de l'absorption.

Quoi qu'il en soit, les travaux de M. Magendie, très estimables d'ailleurs, avaient jusque-là conservé le caractère que nous leur avons assigné, à savoir : de reprendre, de vérifier ce qui avait été découvert par d'autres, et tout au plus d'établir des théories partielles.

Mais après avoir hésité quelque temps entre son attraction moléculaire, qui ne lui paraissait applicable qu'à un certain nombre de faits, à son *tamisage*, qui ne devait laisser pénétrer que les fluides les plus ténus ; M. Magendie finit par se rattacher entièrement à un phénomène bien simple, bien connu, mais qu'on n'aurait jamais cru réservé à de si hautes destinées. Je veux parler de l'*imbibition;* le mot n'était pas plus nouveau que la chose ; mais ce qui était nouveau, ce que personne n'aurait jamais pu soupçonner, c'était l'acception qu'allait lui donner M. Magendie, et cela pour l'accommoder à une théorie générale.

Suivant M. Magendie, en effet, l'imbibition est un phénomène très complexe et tout autre qu'on ne l'entend communément; l'imbibition pour lui a une double propriété : elle s'exerce, tantôt de dehors en dedans, et tantôt de dedans en dehors; elle a ainsi deux modes d'actions directement contraires, l'une à laquelle M. Magendie conserve le nom d'imbibition, et l'autre à laquelle il ne craint pas de donner le nom d'*exbibition!* Voici maintenant l'application physiologique : par cela même que l'imbibition, comme l'entend M. Magendie, a cette double propriété, elle explique de la manière la plus claire et la plus simple, non-seulement tous les phénomènes d'absorption, mais encore tous les phénomènes d'exhalation. Je le laisse parler lui-même :

« Ces deux grandes fonctions, dit M. Magendie, auxquelles on a » donné le nom d'absorption et d'exhalation, ne sont autre chose » pour nous que l'imbibition s'effectuant tantôt du dehors au dedans » et tantôt du dedans au dehors. » (*Leçons sur les phén. phys.*, t. I, p. 84.)

Telle a été, messieurs, l'étrange doctrine à laquelle M. Magendie s'était définitivement arrêté et qu'il a toujours professée depuis. Et ne croyez pas qu'en cela il ait cru faire une simple supposition ou un rapprochement; M. Magendie croyait, et très sérieusement, qu'il avait fait en cela une grande et belle découverte : il le croyait si bien qu'il prétendait avoir déjà éprouvé le sort réservé à tous ceux qui ont fait de grandes choses dans le monde ; qu'il avait d'abord été honni et presque persécuté; mais que si de son vivant il n'avait eu pour prix de ses travaux sur l'imbibition que dédains et rebuts, il pouvait du moins porter avec confiance ses regards dans l'avenir, car, ajoutait-il, des expériences comme les siennes doivent recevoir du temps une juste et éclatante sanction (*loc. cit.*).

Peut-être trouverez-vous avec nous, messieurs, que M. Magendie s'abusait un peu ici sur la valeur de ses travaux, et que l'imbibition ne lui avait mérité :

Ni cet excès d'honneur, ni cette indignité ?

Sans menacer le moins du monde sa personne et sans troubler sa vie, on lui avait, en effet, tout simplement objecté que si l'absorption intestinale, pour ne parler que de celle-ci, se faisait par imbibition, tous les liquides intestinaux passeraient indistinctement dans les vaisseaux environnants, et qu'il en résulterait un mélange aussi complet que celui qui se fait dans les mailles d'une éponge, tandis que dans cette absorption il y a nécessairement une sorte de choix, d'élection ; les liquides nutritifs passent, les autres sont éliminés; les partisans des phénomènes physiques ont, du reste, si bien compris cette insuffisance de l'imbibition qu'ils ont fait intervenir deux autres causes : la pression et l'endosmose.

Mais qui ne voit que la pression aurait les mêmes effets que l'imbibition? que, mécaniquement exercée par les tuniques intestinales, elle ferait aussi pénétrer dans leur épaisseur toute espèce de liquides. Reste donc l'endosmose qui aurait dû rentrer de tout point dans les idées de M. Magendie. M. Dutrochet était bien, en effet, de cette école qui ne veut rien laisser à l'action vitale dans l'accomplissement de nos fonctions; lui aussi aurait voulu supprimer dans l'organisme ce qu'on nomme le *principe vital*, et on sait qu'en attendant il se contentait de l'avoir *dévoilé*. M. Magendie, cependant, ne s'était point rallié à la théorie de M. Dutrochet. Etait-ce parce que M. Dutrochet l'avait dépassé, parce qu'il avait démontré qu'il peut réellement s'opérer dans l'épaisseur des membranes un double courant soumis à des lois régulières et constantes?

Quoi qu'il en soit, l'endosmose elle-même n'aurait pu rendre raison du passage des substances nutritives dans les vaisseaux des tuniques intestinales; si des boissons essentiellement aqueuses peuvent, en effet, passer par endosmose dans les radicules des veines, on sait qu'il ne saurait en être de même pour les matières grasses, quelque émulsionnées qu'on les suppose.

Le mystère de l'absorption intestinale demeure donc aussi profond, aussi impénétrable que par le passé; les théories physiques sont tout aussi impuissantes à les dévoiler que les théories vitales; c'est donc à l'aveu de Bichat qu'il faut en revenir, c'est-à-dire à l'aveu de notre ignorance, et le plus sage d'entre nous répondrait encore, comme ce prince de la science auquel était censé s'adresser Voltaire dans son docte et poétique entretien avec Helvétius. Lui aussi demandait comment le chyle va se mêler au sang :

Comment, toujours filtré dans ses routes certaines,
En longs ruisseaux de pourpre il court enfler *nos* veines?

Vous savez la réponse :

Demandez-l'à ce Dieu qui nous donna la vie!

(*La suite au prochain numéro.*)

CERCLE DES SCIENCES

—

Ordre du jour du vendredi 17 décembre 1857.

Communications :

1° Sur quelques points de la physiologie de la moelle, par M. Landry;

2° De la conservation de la matière animale en général, et en particulier des pièces d'anatomie et d'histoire naturelle, par M. Roux ;

3° Présentations de membres nouveaux ;

4° Elections.

VARIÉTÉS.

—

Obsèques de M. le docteur Sellier, *membre du Cercle des Sciences.* — Hier, mardi, à midi, ont eu lieu à l'église Saint-Roch les obsèques de notre regrettable confrère, M. le docteur Sellier. Un grand concours de médecins et de clients, appartenant à toutes les classes

de la société, ont accompagné, la tristesse au front et les larmes dans les yeux, le cercueil de l'homme de bien si inopinément enlevé à l'amitié de tous. Après le service religieux, ses restes ont été transportés dans le cimetière de Passy, où se trouve le caveau de famille. Une fois le corps descendu dans la tombe, notre collègue et ami Joulin a prononcé, au milieu de la plus profonde émotion, le discours suivant :

« Messieurs,

» Lorsqu'on vient rendre les derniers devoirs à un homme au cœur d'or, comme celui que nous venons de perdre, on hésite à le louer, dans la crainte que les louanges ne soient confondues avec ces éloges banals qu'on prodigue sur toutes les tombes. La mémoire d'un homme aussi modeste ne peut être dignement honorée que par des paroles aussi simples que lui-même.

» Pierre Sellier naquit à Varsy (Nièvre), en 1776, d'une vieille famille de robe. Il fit au collége de Bourges de bonnes études, et vint ensuite à Paris pour y suivre les cours de la Faculté de Médecine. Sans fortune, ses commencements, comme ceux de beaucoup de médecins, furent pénibles : il donna des répétitions et fit des cours pour se procurer les moyens de terminer ses études.

» Au concours de l'internat, il fut nommé un des premiers et devint, à Saint-Louis, l'interne et le prosecteur de Richerand. Il avait fait sur les maladies des femmes quelques travaux qui le mirent en rapport avec Lisfranc; ils se lièrent ensemble d'une amitié vive qui dura jusqu'à la mort du chirurgien de la Pitié.

» Reçu docteur en 1822, Sellier devint un de ces praticiens modestes qui font le bien sans bruit et sans éclat. Jamais un médecin n'eut à se plaindre de cet excellent confrère; il poussait la délicatesse professionnelle jusqu'au sacrifice de ses intérêts. Sa bonté était parfaite, et tous ceux qui l'ont connu sont restés ses amis. Lorsqu'il s'agissait d'obliger quelqu'un, il s'y dévouait avec plus d'abnégation et d'activité que ne l'auraient fait pour eux-mêmes ceux qui réclamaient ses services.

» Depuis longtemps ce digne confrère s'était créé une belle position médicale; sa verdeur, sa juvénilité de corps et d'intelligence nous faisaient espérer qu'il jouirait encore pendant de longues années des sympathies qui l'entouraient, lorsqu'il nous a été enlevé après quelques heures de cruelles souffrances.

» O Sellier ! celui qui vous a vu mourir, celui qui a été témoin du morne désespoir de votre digne compagne, de la douleur de vos amis; celui qui a entendu les sanglots déchirants de vos domestiques désolés, peut seul comprendre combien vous aviez su vous faire aimer !

» Adieu, digne ami ; nous ne vous oublierons pas ; toutes les fois que nous entendrons parler d'un honnête homme, nous penserons à vous. »

Après ces paroles, qui ont été accueillies par un murmure unanime d'approbation, M. de Castelnau, en l'absence de M. le président du Cercle des sciences, a improvisé quelques mots que nous reproduisons le moins inexactement possible :

« Pour beaucoup d'entre nous, messieurs, chaque année, chaque mois, presque chaque jour, amène sa douleur, et il semble que l'homme arrivé à la maturité doive se présenter invulnérable à tous les malheurs qui viennent fondre sur lui. Et cependant, telle est notre faiblesse, que chaque catastrophe nouvelle nous frappe toujours d'étonnement, abat notre courage, épuise momentanément nos forces. Vous tous, qui avez connu M. Sellier, vous me pardonnerez donc si mes paroles trahissent les sentiments dont je suis pénétré en présence de cette tombe, si je n'honore pas comme je le voudrais, comme elle le mérite, la mémoire de l'homme de bien dont nous déplorons la perte inattendue.

» Il y a quelques semaines à peine, un petit nombre d'hommes de cœur formaient le projet de se réunir dans le but d'encourager le travail sans appui, de favoriser la propagation des idées nouvelles et des découvertes utiles, et de prouver au monde scientifique, que lorsqu'on est inspiré par le seul amour du progrès, on peut allier l'union des cœurs à l'indépendance des esprits. La nature de M. Sellier ne lui permettait pas de rester étranger à ce projet, il l'adopta avec bonheur, et travailla à sa réalisation avec cette activité fiévreuse, cet ardent enthousiasme qu'il apportait toujours à faire le bien. Mais le glaive de la destinée est aveugle : il frappe indistinctement l'honnête homme dans sa justice et le pervers dans son iniquité; il a soudainement frappé M. Selllier au moment où une santé florissante semblait promettre à son inépuisable bonté une longue série de bienfaits à accomplir, et avant qu'il n'ait pu assister au développement complet d'une œuvre qu'il avait si activement concouru à fonder.

» Mais si, devant la mort, le bon est égal au méchant, il conserve au delà du tombeau, une supériorité consolante : il nous laisse sa mémoire et son exemple comme un encouragement pour les bons, un soutien pour les faibles et les opprimés, un aiguillon pour les tièdes et les indifférents. Les membres du Cercle des sciences seront donc atteints cruellement par la perte qu'il viennent de faire, mais non découragés; le souvenir de cette journée funèbre, loin de ralentir leurs efforts, ranimera et soutiendra leur zèle, et ils voudront honorer la mémoire de leur digne collègue en assurant le succès d'une pensée qui, une fois réalisée, contribuera pour sa part, dans l'ordre des sciences, au triomphe de la justice et de la vérité. »

Enfin, ces suprêmes adieux achevés au nom de l'amitié et de la science, les assistants ont béni le corps et se sont retirés en emportant dans leur cœur le souvenir impérissable des nobles sentiments qui distinguaient celui dont ils se séparaient pour jamais.

A. L. Roux.

— Nous avons la douleur d'annoncer que M. le professeur Bérard vient d'être atteint d'une nouvelle attaque d'apoplexie. Dimanche matin, au moment où il déjeûnait, il se sentit pris de symptômes alarmants, et dit aux personnes qui se trouvaient près de lui qu'il se sentait sous le coup d'un accident grave. M. Nélaton et M. Rostan arrivèrent bientôt auprès du malade, et le trouvèrent complétement paralysé du côté droit; la parole était tout à fait impossible; la face était pâle, le pouls petit.

Le lundi matin, le pouls était devenu fort, la face était rouge. MM. Rostan et Nélaton ne crurent pas devoir pratiquer une saignée.

Hier mardi, il y avait une amélioration notable : M. Bérard pouvait prononcer à plusieurs reprises le nom de sa sœur.

ANNONCES BIBLIOGRAPHIQUES.

De la guérison immédiate DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, des *Blennorrhées invétérées coexistantes*, et SUR LES EFFETS DANGEREUX DES BOUGIES, avec de nombreux exemples de cas curieux, réfractaires et invétérés, guéris *sur-le-champ* par le docteur baron HEURTELOUP, TROIS FOIS LAURÉAT DE L'INSTITUT pour l'invention des instruments propres à broyer les pierres dans la vessie. — Prix : 3 fr., *franco*, chez LABÉ, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

—

Etudes cliniques sur le traitement de l'Angine couenneuse et du Croup, par le docteur Léon Gigot de Levroux. — Grand in-8o. Prix : 2 fr. *franco*.

De la spedalsked et de la radezyge, maladies endémiques dans le nord de l'Europe, et considérations générales sur la lèpre; par le Dr Delioux de Savignac, médecin en chef de la marine. — In-8, prix : 1 franc *franco*. A Paris, chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le rédacteur en chef : H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 152 5me ANNÉE. Samedi, 19 Décembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an........ 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : à Paris : dans les bureaux du Journal ; Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Paris, 18 décembre 1857.

Séance de la Société de Chirurgie du 16 décembre 1857.

(Amputations coxo-fémorale et scapulo-humérale.)

La majeure partie de la séance a été occupée par une discussion sur quelques points de la pratique des amputations, à la suite d'une lecture intéressante faite par M. Coste, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Marseille, et membre correspondant de la Société.

Voici le résumé de cette lecture :

M. Coste a eu l'occasion de pratiquer cinq désarticulations importantes : à savoir, deux du genou, deux de l'épaule, et une de la hanche.

L'auteur laisse de côté les deux désarticulations du genou, parce qu'elles n'ont pas été faites par la méthode à laquelle il donne la préférence ; dans ces deux cas, il a opéré par la méthode circulaire de M. Velpeau : un des opérés a guéri, l'autre est mort d'infection purulente.

M. Coste résume ainsi les principes qu'il a adoptés pour les désarticulations :

1° Dans toute désarticulation, quand on a le choix, tailler deux lambeaux ;

2° Tailler ces lambeaux de dehors en dedans, c'est-à-dire en procédant de la peau vers les parties profondes.

On obtient ainsi les avantages suivants : l'affrontement des deux lambeaux est plus facile ; la vitalité s'y conserve mieux ; — on taille les lambeaux plus facilement ; — ils sont plus réguliers.

M. Coste rapporte ensuite les observations des malades opérés par lui.

I. — Un ouvrier fut blessé à l'épaule par la chute d'un bloc de pierre ; un appareil fut d'abord appliqué par un médecin. Trois jours après, on amène le blessé à l'hôpital. Il existe une vaste plaie de dix centimètres d'étendue, communiquant avec le foyer d'une fracture communicative de l'extrémité supérieure de l'humérus, une escharre grande comme une pièce de cinq francs occupe l'angle interne de la plaie ; autour il y a de la rougeur et de la tuméfaction, qui se prolonge jusque sur le thorax.

L'étendue de ces désordres indiquait la nécessité d'une amputation ; cette opération est pratiquée de la manière suivante : Un lambeau est taillé en dehors et en arrière ; puis le chirurgien dessine le trajet de l'incision interne, réservant la section de cette partie pour la fin, à cause des vaisseaux ; la sous-clavière était comprimée par un aide sur la première côte. La désarticulation est terminée ; des points de suture sont appliqués, sauf en devant, en un point où il existait une fusée purulente.

L'appareil est levé seulement le septième jour ; il n'y a pas de gonflement et de rougeur ; la réunion est faite, sauf dans le point où existe la fusée purulente ; le pus est peu abondant ; on enlève les sutures. — Le pansement est renouvelé tous les cinq ou six jours; le pus est peu abondant et de bonne qualité. — La guérison est complète trente-cinq jours après l'opération ; six pansements seulement ont été faits.

II. — Un homme portait une tumeur encéphaloïde dont le développement remontait seulement à six mois. Six ans auparavant, le malade s'était fracturé l'avant-bras, trois ans plus tard le bras ; la consolidation de ces fractures a été assez lente. Le père est mort d'un cancer de la lèvre inférieure, et la mère de phthisie pulmonaire. Au moment où la tumeur commença à se développer, le malade éprouvait des douleurs lancinantes ; la tuméfaction augmenta graduellement ; maintenant la tumeur forme une masse ayant la forme d'un cône tronqué mesurant 40 centimètres de circonférence ; il y a de la fluctuation en quelques points ; les ganglions axillaires ne sont pas engorgés. Le bras présente une mobilité anormale, ce qui tient à ce que l'humérus a été usé, détruit par la tumeur, dans un point où elle se trouve en contact avec l'os.

M. Coste pratique l'amputation dans l'articulation de l'épaule, en formant deux lambeaux, qu'il réunit sans suture, simplement au moyen de bandelettes de diachylon.

Le pansement est levé seulement le neuvième jour ; la réunion est faite dans la plus grande étendue ; pus peu abondant, de bonne nature. Les pansements sont levés seulement toutes les semaines, à partir de ce moment ; le trentième jour apparaît un abcès, qui est ouvert. On voit se développer les symptômes de l'infection purulente, et le malade succombe le trente-quatrième jour après l'opération.

Il n'y avait pas de phlébite des grosses veines qui avoisinent le foyer de l'opération. Déjà la dégénérescence repullulait dans un des lambeaux.

III. — Un matelot tombe du haut d'un mât sur le pont du vaisseau et se fracture les deux cuisses à peu près à la même hauteur ; les deux fragments supérieurs ont perforé les téguments à 7 centimètres environ au-dessus de la rotule. Du côté gauche, la fra ure est comminutive ; en outre, il existe une autre

fracture du corps du fémur un peu au-dessous du grand trochanter, de sorte qu'il existe un long fragment moyen. — Des lotions sont faites sur le membre, puis on applique un appareil amidonné disposé de manière à laisser voir les plaies qui existent de chaque côté. — Le vingtième jour, la suppuration est peu abondante à droite, et la consolidation commence à gauche. La suppuration est peu abondante, mais le travail de consolidation ne se produit pas ; huit jours après, la suppuration devient très abondante de ce côté, il y a de la tuméfaction ; par la pression, on fait sortir du pus en grande quantité : un nouvel appareil amidonné est appliqué de ce côté, tandis que, de l'autre, on place un appareil contentif occupant seulement les parties externe et interne du membre. Mais la tuméfaction et la suppuration continuent du côté gauche, le malade commence à dépérir. Le travail de consolidation est arrêté du côté droit.

L'amputation coxo-fémorale est pratiquée du côté gauche, quarante jours après l'accident. La méthode adoptée pour cette opération est celle qu'employait Béclard ; un lambeau postérieur est taillé ; son bord inférieur descend jusqu'à 3 centimètres au-dessous du pli fessier : les petites artères sont liées immédiatement à cause de l'état de faiblesse du malade ; un autre lambeau est taillé en avant, de manière à pouvoir s'unir facilement avec le lambeau postérieur ; la ligature de la fémorale est faite, puis le fémur est désarticulé. Le sommeil anesthésique a duré pendant toute l'opération ; il s'est écoulé peu de sang.

Les lambeaux ferment bien la plaie des points de suture ; le malade était très affaibli, mais peu à peu le pouls se relève. On place l'opéré dans une chambre isolée, afin qu'il soit dans de meilleures conditions, et pour prévenir autant que possible le développement de l'infection purulente ; on lève l'appareil le sixième jour ; pas de rougeur, peu de pus, nouveau pansement quatre jours après ; la ligature de la fémorale tombe le vingt-huitième jour. — Guérison complète le soixantième jour après l'opération.

Du côté opposé, il se passa une série de phénomènes assez remarquables. Le huitième jour après que l'opération avait été faite du côté gauche, on découvrit, à la partie postérieure de la cuisse, une ulcération large comme la paume de la main, au milieu de laquelle la fragment supérieur faisait une saillie de 4 centimètres. Tout cela s'était produit sans que le malade en eût conscience ; il n'y avait pas une goutte de pus ; douleur et suppuration nulles. — Le fragment est réduit, on applique un appareil de Sculta. Huit jours après, la suppuration se manifeste assez abondante d'abord, puis diminue, la santé s'améliore. La consolidation commence ; elle est terminée au moment où le moignon est cicatrisé.

Ce cas offre donc un exemple de guérison de désarticulation de la cuisse, ce qui n'est pas très-commun ; l'amputation a été faite secondairement, tardivement, seulement quand il y a eu nécessité. Les pansements ont été peu fréquents. En terminant, M. Coste rappelle les principes qu'il a énoncés plus haut . *Dans toute désarticulation, faire, toutes les fois qu'on le peut, deux lambeaux, en les taillant de dehors en dedans.* De cette manière on obtient une guérison rapide et un moignon bien conformé

Après cette lecture, une discussion s'engage sur quelques détails de la médecine opératoire des désarticulations.

M. Legonest dit qu'il n'admet pas comme démontrée l'utilité des deux lambeaux dans les cas de désarticulation coxo-fémorale. On éprouve des difficultés à maintenir le lambeau postérieur, il tend à tomber entraîné par son propre poids, et tiraille les sutures. Dans plusieurs cas qu'il a eu occasion d'observer auprès de divers opérateurs, il a même vu les lambeaux se désunir par l'influence de cette cause. Il pense qu'il vaut mieux tailler d'abord un seul lambeau antérieur qui s'applique naturellement sur la plaie ; on lie ensuite l'artère et on désarticule pour terminer l'opération.

M. Legonest rappelle la statistique qu'il a publiée relativement à l'influence de l'époque à laquelle on pratique l'opération : il s'agit d'opérations faites à la suite de blessures par armes à feu. Voici la répartition de 44 amputations coxo-fémorales :

Primitives : 30 cas — pas un seul succès.
Secondaires : 11 cas — deux succès.
Ultérieures : 3 cas — un succès.

Par secondaires, M. Legonest entend celles qui sont faites au moment où la période de suppuration est franchement déclarée ; et par ultérieures, celles qui sont faites jusqu'à une époque plus ou moins reculée, jusqu'à dix-huit mois.

Cette statistique tendrait donc à faire rejeter l'opération pratiquée primitivement, ce qui avait déjà été signalé par M. Sédillot. M. Ad. Richard partage, sur cette dernière question, l'avis de M. Legonest.

M. Chassaignac rappelle que de beaux succès d'amputation coxo-fémorales ont été signalés par M. Heyfelder, qui a opéré aussi consécutivement.

Relativement à la question de la formation des lambeaux, M. Verneuil dit que presque tous les chirurgiens aujourd'hui opèrent comme le conseille M. Coste, en incisant de dehors en dedans ; les jeunes chirurgiens et les élèves adoptent tous cette manière de faire ; il a pu juger de cette tendance dans leçons qu'il a faites à l'Ecole pratique. Il conclut que la formation des lambeaux de dedans en dehors ou par transfixion doit être abandonnée aujourd'hui, ce qui est déjà fait par ceux qui préfèrent la sûreté à la rapidité dans une opération. M. Verneuil désirerait que la question des *pansements rares* fût discutée à la Société de chirurgie.

M. Larrey rappelle que son père, qui a pratiqué plus de cent désarticulations scapulo-humérales, avait l'habitude de tailler les lambeaux de dehors en dedans, et qu'il tenait beaucoup à cette manière de faire. Larrey était en outre partisan des pansements rares.

Il est probable que quelques-unes de ces questions importantes de la pratique des amputations dans la contiguité seront encore discutées dans la prochaine séance de la Société.

R.

Revue de Pharmacie et des Sciences accessoires.

(Des ferments. — La photographie appliquée à l'impression des tissus. — Moyen de doser avec rapidité l'azote du guano et des principaux engrais. — Laudanum de Bordeaux. — Utilité du phosphate de chaux en agriculture.)

DES FERMENTS.

On sait que les ferments sont des corps complexes, dépourvus de formes géométriques, incapables de prendre une forme régulière et de cristalliser, puisque leurs éléments se trouvent dans un état de conflit et de transposition continuel.

Ils sont généralement formés de globules ou de corpuscules ovoïdes de 1/100 de millimètre de diamètre, dont le pourtour semble garni de petits appendices. Ces globules, dès que la fermentation commence, s'agitent en tous sens, et si la substance soumise à la fermentation contient une matière albuminoïde, deviennent plus volumineux et semblent s'accroître par des appendices latéraux.

Ce phénomène a conduit plusieurs savants à considérer le type

des ferments, la levûre, comme un être organisé.

Pour Desmazières, cet être organisé serait un animalcule monade, le *Mycoderma Cerevisia*; suivant Cogniart-Latour, Turpin, Sire, Schwann, Mitscherlich, Helmholz, etc., ce serait un champignon dont les germes répandus dans l'atmosphère, *primum movens* de toute fermentation, se développent dans les liquides par voie de bourgeonnements. Pour démontrer la vérité de leurs affirmations, ces chimistes ont fait les expériences suivantes : ils ont chauffé dans un ballon de la viande et de l'eau de manière à chasser tout l'air par l'ébullition ; ils ont ensuite introduit de l'air en l'obligeant à traverser un tube chauffé au rouge. A l'aide de ces précautions, ils ont pu éviter la putréfaction de la viande, qu'ils ont gardée plusieurs semaines, même pendant les chaleurs de l'été. En plaçant du moût de raisin, de bière, dans les mêmes conditions, il ne s'établit pas de fermentation, et il ne se forme ni moisissure ni infusoires. Ils ont obtenu les mêmes résultats en tamisant l'air à travers du coton.

Pourtant ces faits ne sont pas aussi concluants qu'ils le paraissent; car Schœder et Dusch se sont assuré que le lait bouilli se coagule, s'aigrit, se putréfie tout aussi bien dans l'air tamisé que dans l'air non tamisé ; ils ont vu encore que la viande seule, simplement chauffée au bain-marie, ne se conserve pas dans ces conditions, et cependant ni la viande, ni le lait ne se recouvrent d'infusoires ou de moisissures. Il est bien évident, d'après cela, que l'air est un des agents qui déposent dans les matières en putréfaction les germes des êtres organisés qu'on y rencontre; mais il paraît probable aussi qu'ils ne sont pas la cause première de la décomposition, puisqu'elle peut s'effectuer sans leur concours.

Aussi, d'autres chimistes et physiologistes, M. Liébig surtout, dont l'opinion a été partagée par la majorité des savants depuis quinze années, pense que le mouvement et le développement des globules de la levûre ne sont pas dus à un phénomène vital, et que l'accroissement de volume n'est qu'apparent, par suite du contact immédiat des globules déjà formés, avec le liquide qui contient la matière nécessaire à la production de nouveaux globules. Ces savants regardent d'ailleurs comme naturel que la production de cette nouvelle levûre se fasse, non à distance des globules, mais au contact immédiat, cette inténuité étant précisément indispensable pour qu'une matière qui se trouve dans un état d'altération opère la décomposition d'une autre matière. Quant au mouvement, ils l'attribuent à une cause analogue à celle qui produit le mouvement dans tous les liquides qui tiennent un corps solide en suspension pendant qu'ils éprouvent eux-mêmes une réaction chimique.

Ils pensent que si la présence des êtres organisés (dont les germes sont répandus dans l'air et dans l'eau la plus pure) hâte la décomposition d'une substance en fermentation, cela est dû à ce qu'ils y déposent des matières en putréfaction, dont l'activité vient s'ajouter aux influences déjà existantes, mais qu'ils ne sont jamais la cause déterminante des fermentations.

Contrairement à cette manière de voir qui, comme je l'ai dit en commençant, était admise par la généralité des chimistes depuis 1842, M. Pasteur vient de lire à l'Institut un travail dans lequel il a cherché à établir que la fermentation lactique est, aussi bien que la fermentation alcoolique, un acte corrélatif de la production d'une matière azotée qui a toutes les allures d'un corps organisé mycodermique.

Voyons sur quels faits le savant directeur de l'Ecole normale appuie son opinion.

Il y a deux cas, dit-il, où l'on peut reconnaître dans les fermentations lactiques ordinaires, au-dessus du dépôt de la craie et de la matière azotée, des portions d'une substance grise formant quelquefois zône à la surface du dépôt.

Son examen au microscope ne permet guère de la distinguer du caséum, du gluten désagrégé, de telle sorte que rien n'indique que ce soit une matière spéciale, ni qu'elle ait pris naissance pendant la fermentation. C'est elle cependant, ajoute M. Pasteur, qui joue le principal rôle.

Voici le moyen qu'il indique pour l'isoler et la préparer à l'état de pureté :

Il extrait de la levûre de bière la matière soluble en la maintenant quelque temps à la température de l'eau bouillante avec quinze à vingt fois son poids d'eau.

La liqueur est filtrée avec soin. On y fait dissoudre environ 50 grammes de sucre par litre ; on ajoute de la craie et l'on sème dans le milieu une trace de la matière grise que nous venons d'indiquer. Dès le lendemain, il se manifeste une fermentation vive et régulière ; le liquide, parfaitement limpide à l'origine, se trouble ; la craie disparaît peu à peu, en même temps qu'un dépôt s'effectue et augmente continuellement et progressivement au fur et à mesure de la dissolution de la craie.

L'aspect de ce dépôt rappelle la levûre de bière quand on l'étudie en masse égouttée ou pressée.

Au microscope, il est formé de petits globules ou de petits articles très courts, isolés ou en amas, constituant des flocons irréguliers.

Ses globules, beaucoup plus petits que ceux de la levûre de bière, sont agités vivement du mouvement brownien. Lavé à grande eau par décantation, puis délayé dans de l'eau sucrée pure, il l'acidifie immédiatement, progressivement, mais avec lenteur, parce que la présence de l'acide formé gêne beaucoup son action sur le sucre. Mais, si l'on fait intervenir la craie, la transformation du sucre est fort accélérée. C'est ce dépôt qui constitue la levûre lactique de M. Pasteur, dont la propriété spécifique, suffisamment démontrée par ce qui précède, nous autorise à admettre l'existence. Seulement nous rappellerons que si le ferment spécifique de la fermentation lactique n'avait pas encore été isolé, il y a longtemps qu'on admet le principe que tend à faire prévaloir le travail de M. Pasteur, qu'un même ferment, en passant par plusieurs degrés de décomposition, peut réagir différemment, suivant l'état d'altération où il se trouve. Ce qui revient à dire que les ferments doivent varier avec les produits que l'on veut obtenir.

Ne sait-on pas, en effet, que la diastase, qui peut transformer l'amidon en dextrine et en glucose, devient, lorsqu'elle a été exposée pendant quelque temps à l'humidité, propre à produire de l'acide lactique.

Quant à la nature organisée du produit, cela ne nous paraît pas aussi exactement démontré L'exemple que je viens de citer de la diastase, qui, sous l'influence de l'humidité, devient un ferment lactique, et celui qui va suivre, prouveront, je le crois, que cette particularité n'est pas obligatoire.

Schmidt, en répétant l'expérience de Ludersdorff pour décider si la levûre de bière était ou non de nature organique, et si la fermentation qu'elle détermine était due à cette organisation, tritura pendant six heures un gramme de levûre sur du verre dépoli au contact de l'air, jusqu'à ce que le microscope n'y décelât plus de texture globulaire ; il vit, en mettant cette levûre en présence du glucose, qu'elle ne produisait plus de fermentation alcoolique, mais bien une fermentation lactique, presque sans dégagement de gaz. Il nous semble difficile d'admettre que, pendant cette trituration, la levûre de bière qui avait, Schmidt l'affirme, perdu toute sa texture organique, ait donné naissance à une levûre lacti-queorganisée, tandis que nous comprenons très bien la transformation du ferment alcoolique ou ferment lactique sous l'influence d'une trituration prolongée au contact de l'air.

Quoi qu'il en soit, après avoir isolé son ferment lactique, M. Pasteur a étudié avec soin ses propriétés chimiques. Il a vu que, lavé à grande eau et placé dans de l'eau sucrée pure, il acidifiait la liqueur. Cette transformation du sucre devient de plus en plus pénible, la présence de l'acide nuisant, ainsi que je l'ai dit déjà, à l'action de la levûre. En analysant le liquide, ce qui n'est possible qu'après la saturation des acides par la craie et la destruction ultérieure du sucre en excès par la levûre de bière, il a trouvé dans le liquide évaporé, et en proportions variables, de la mannite et de la matière visqueuse.

La présence de la mannite dans une pareille circonstance paraît assez singulière après les travaux de M. Berthelot, qui nous ont prouvé que, sous l'influence de la fermentation, la mannite pouvait se transformer en acide lactique ; mais M. Pasteur nous donne l'explication de cette anomalie, en démontrant que si le sucre, mis à fermenter dans les conditions que nous avons indiquées, donne constamment lieu à de la mannite, cet effet est dû à la présence de l'acide lactique, car chaque fois qu'on ajoute de la craie en quantité suffisante pour saturer l'acide, tout le sucre se transforme en acide lactique sans production de mannite.

LA PHOTOGRAPHIE APPLIQUÉE A L'IMPRESSION DES TISSUS.

La question dont nous allons nous occuper ici sort un peu du cadre d'une revue de pharmacie ; mais le fait qui a été indiqué par M. Person, professeur au Conservatoire des Arts-et-Métiers, est si intéressant, que j'espère qu'il sera lu avec plaisir.

M. Person vient de signaler une curieuse application de la lumière, employée comme agent dans l'ornementation des tissus.

Le corps qu'on emploie dans cette circonstance est le bichromate de potasse, qui, comme on sait, est excessivement sensible à la lumière.

Voici comment on procède : On a un papier ou une plaque de métal mince découpée à jour, qui se pose sur le tissu, préalablement trempé dans le bichromate de potasse ; on serre le tout dans un châssis, puis on expose à l'influence de la lumière diffuse ; au bout de quelques instants, le tissu se colore d'une manière très apparente partout où la lumière est passée, et on voit la reproduction exacte du dessin, qui est formé par une couleur rouge pâle, que rien ne peut plus altérer tant elle est solide.

Cette teinte un peu rouge est susceptible de devenir un mordant et de se combiner avec la garance, le campèche, etc. En effet, trempez le tissu photographique dans un bain d'une de ces substances, et vous verrez ce dessin altérer la couleur et se l'approprier.

On peut obtenir l'effet contraire en procédant autrement.

Si l'on prend une feuille de fougère, par exemple, si on l'applique sur une lame de verre, et derrière cette lame, un tissu chromaté de même dimension, on constate que toutes les parties du tissu exposées à la lumière se colorent, tandis que les parties qui ont été préservées par la feuille de fougère resteront blanches. On obtient alors un magnifique dessin d'une feuille de fougère sur un fond légèrement teinté en rouge.

Les Anglais, qui les premiers ont appliqué le procédé photographique que nous venons d'indiquer, à l'impression des tissus, sont arrivés à obtenir, par ce moyen, des dessins vraiment admirables, et qui doivent grandement engager l'industrie française à entrer dans la même voie.

MOYENS DE DOSER AVEC RAPIDITÉ L'AZOTE DU GUANO ET DES PRINCIPAUX ENGRAIS.

On sait qu'un guano ou un engrais quelconque est d'autant plus riche qu'il contient une plus grande quantité de principes azotés.

On connaît les travaux qui, depuis quelques années, ont rendu plus faciles et plus sûres les opérations ayant pour objet le dosage de l'ammoniaque. Mais il restait à concilier les exigences d'économie et de volumes inhérentes à la construction d'un appareil ammonimétrique destiné aux agriculteurs, avec celles non moins grandes d'une approximation désirable dans les résultats analytiques obtenus.

Ce problème vient d'être résolu par M. Bobierre, qui opère de la manière suivante :

1° Il pèse exactement 2 décigr. de la matière à essayer si c'est du guano ; 3 décigr. s'il a affaire à tout autre engrais ;

2° Il pulvérise finement 13 centimètres cubes de chaux sodée ;

3° Enfin, il courbe un tube en verre vert de 0,010 de diamètre, et l'étrangle sensiblement à l'endroit de la courbure qui doit être faite de façon à ce que la petite branche ait 0,70 de longueur, la grande 22 centimètres.

Ces préliminaires terminés, il sèche et nettoie l'intérieur du tube, et, au moyen d'une tige métallique, il pousse jusqu'à la partie étranglée un tampon d'amiante destiné à arrêter les substances solides, sans opposer cependant de résistance au passage des gaz.

Cela fait, il introduit rapidement de la chaux sodée, en poudre grossière, dans une longueur de 3 centimètres à partir du tampon d'amiante ; il verse ensuite de la chaux sodée, finement pulvérisée et mélangée intimement avec la matière à brûler, de manière à former dans le tube une colonne de 9 à 10 centim. ; enfin il termine par l'introduction de chaux sodée pure, à laquelle il ajoute quelques cristaux d'acide oxalique.

Il étire alors et ferme l'extrémité de la longue branche à la lampe, en tournant la pointe sous une inclinaison de 45° environ.

Il place ce tube sur de petites tiges métalliques et fait pénétrer la petite branche dans un flacon contenant une certaine quantité de liqueur sulfurique normale, sur la composition de laquelle nous allons tout à l'heure revenir.

Il chauffe le tube à combustion selon les règles ordinaires, c'est-à-dire en portant tout d'abord au rouge, à l'aide d'une bonne lampe à alcool à quatre mèches, la partie antérieure du tube, ce à quoi il arrive facilement en ne découvrant les porte-mèches de la lampe qu'au fur et à mesure de la marche de l'opération.

La combustion terminée, il évite l'absorption en brisant l'extrémité effilée du tube ; il laisse refroidir quelques instants et, soulevant le tube avec précaution, il immerge à plusieurs reprises la petite branche dans un peu d'eau distillée, destinée au rinçage ultérieur du flacon à acide.

Il fait alors la saturation comme à l'ordinaire, au moyen de la liqueur saccharate de chaux qu'il emploie en dissolution assez étendue, et à l'aide d'une burette divisée en dixièmes de centimètres cubes.

Le procédé que nous venons de décrire, et qui n'est autre, en définitive, que celui de M. Peligot, modifié quant à la quantité de matière employée et à la disposition de l'appareil, offre dans ces parties quelques avantages qui nous ont engagé à le faire connaître ; destiné aux analyses commerciales et agricoles, il peut être exécuté en 15 ou 20 minutes, et ne permet pas la perte de la plus minime quantité d'ammoniaque.

La liqueur sulfurique titrée, dont nous avons parlé dans le cours de cette analyse, doit être préparée dans les conditions suivantes :

On prend 61,250 d'acide sulfurique pur monohydraté, SO^3O, et on y ajoute une quantité d'eau distillée suffisante pour faire un litre de liqueur, qu'on ne doit mesurer qu'alors qu'elle est revenue à la température ordinaire.

100 centimètres cubes de cette liqueur équivalent à 2 gr. 120

d'ammoniaque, ou 1,750 d'azote.

On prépare, d'autre part, la liqueur alcaline en broyant de la chaux éteinte avec une dissolution étendue de sucre, et on ajoute une quantité d'eau telle, qu'il faille employer 50 centimètres cubes de cette liqueur pour saturer 10 centimètres cubes de liqueur sulfurique.

Il faut, enfin, avoir le soin d'étendre l'acide qui a absorbé l'ammoniaque, d'une assez grande quantité d'eau distillée, pour qu'il n'y ait pas de précipitation de sulfate de chaux; il est bon aussi de le colorer en rouge avec quelques gouttes de teinture de tournesol; on s'arrête aussitôt que la couleur bleue se manifeste.

ABSORPTION DE L'AZOTE PAR LES PLANTES.

Puisque nous nous occupons aujourd'hui de chimie agricole, disons que M. Boussingault vient de communiquer à l'Académie une série d'expériences sur les hélianthes et le chanvre, desquelles il résulte, conformément à ce qu'il a fait antérieurement connaître en collaboration avec M. Payen :

1° Qu'une substance riche en azote, qu'il appelle assimilable, c'est-à-dire engagée dans une combinaison ammoniacale ou nitrée, ne fonctionne cependant comme engrais qu'avec le concours des phosphates, et que, si une plante, sous son influence, prend plus d'extension que lorsqu'elle croît sous l'action unique du phosphate de chaux, elle n'atteint jamais un développement normal;

2° Que le phosphate de chaux n'agit favorablement sur les plantes qu'autant qu'il se trouve associé à des matières apportant de l'azote engagé dans les combinaisons que nous venons d'indiquer (dit toujours M. Boussingault), puisqu'on sait que, contrairement à l'opinion de M. Ville, ce savant soutient que l'azote gazeux de l'atmosphère n'est pas directement assimilable.

SABLE DANS LES OS DESTINÉS AUX RAFFINERIES.

Enfin rappelons que M. Moride de Nantes vient de constater la présence, dans des os arrivant de Buenos-Ayres, de Montevideo, du Brésil, pour les besoins des brûleries et des raffineries, une quantité de sable assez considérable pour représenter 5, 6 et même 8 pour 100 du poids total d'une cargaison.

Les résidus des raffineries servant aujourd'hui régulièrement aux besoins de l'agriculture, on comprend quel préjudice la présence de cette matière étrangère doit causer aux raffineurs d'abord, et ensuite à l'agriculteur.

Aujourd'hui que le commerce est prévenu par la note de M. Moride; que le dernier travail de M. Boussingault vient d'établir d'une manière nette, absolue, l'utilité du phosphate de chaux comme engrais, espérons qu'une surveillance suffisante de la part de l'acheteur le mettra en garde contre cette nouvelle falsification.

DU LAUDANUM DE BORDEAUX.

Un honorable pharmacien de Bordeaux vient de publier dans l'*Union médicale de la Gironde* un article dans lequel, après avoir reproché aux laudanums de Sydenham et de Rousseau d'être des préparations inconstantes, il propose un mode, ou plutôt une formule nouvelle, à laquelle, avec le patriotisme qui distingue tous les habitants de cette grande cité, il désire donner, si toutefois le corps médical *applaudit* à son idée, le nom de *laudanum de Bordeaux*.

Voyons si les reproches que M. Pauliet adresse aux deux préparations officinales peut-être les plus employées, sont fondés, et quels sont les avantages du médicament qu'il propose de leur substituer.

M. Pauliet prétend que le laudanum de Sydenham varie dans sa composition d'une officine à l'autre; que les causes de cette variabilité sont nombreuses (il n'en cite aucune), et que le laudanum de Rousseau lui paraît préférable, parce qu'il est plus facile d'en réunir les matières premières; pourtant il lui reproche d'être généralement mal dosé et propose en conséquence de le remplacer par une formule de son invention. Je ne doute pas que l'intention de M. Pauliet n'ait été fort bonne; cependant je le soupçonne d'avoir, comme je l'ai dit en commençant, été entraîné par un sentiment patriotique et par le désir, fort louable sans doute, d'appeler une espèce de vénération sur sa ville natale, en associant son nom à un médicament sans lequel, disait l'illustre Sydenham, la médecine serait impossible.

J'ignore comment se préparent ces deux laudanums dans le département de la Gironde; mais ce que je puis affirmer, c'est que tout pharmacien qui, pour la préparation du laudanum de Sydenham, par exemple, suivra exactement le procédé du *Codex*, obtiendra, autant de fois qu'il répètera cette préparation, un laudanum identique dans sa composition et dans ses propriétés. Nous ne voyons pas, nous l'avouons, la cause pour laquelle M. Pauliet préfère le laudanum de Rousseau; si on analyse du laudanum de Sydenham, on trouve qu'il contient la narcotine, le méconate de morphine, tous les alcalis de l'opium, en un mot, plus les principes gommo-résineux et aromatiques; on constate enfin que cette préparation représente absolument la composition de l'opium employé; que veut-il donc de plus? Il semble s'effrayer beaucoup du dépôt de polychroïte qui s'y forme au bout de quelque temps, et qui a été constaté la première fois par Bouillon-Lagrange. Mais qu'il se tranquillise; il y a fort longtemps que Henry père a démontré que cette matière était absolument inerte, et que l'huile essentielle du safran, la seule partie active, restait tout entière en dissolution dans le laudanum.

Après cela, on ne voit pas trop pourquoi on délaisserait une préparation bien connue, sur laquelle le médecin peut à bon droit compter, et qui n'est infidèle que lorsque le pharmacien est peu soucieux de son devoir et de ses intérêts bien entendus, et qu'il néglige de s'assurer de la qualité de l'opium qu'il emploie. Mais le procédé de M. Pauliet ne nous met point à l'abri de la négligence et de la mauvaise foi; il me semble, au contraire, que, si le mode opératoire si simple du *Codex*, n'est (c'est M. Pauliet qui le prétend) qu'incomplétement suivi, le procédé bien plus compliqué qu'il nous propose a beaucoup plus de chances d'être mal exécuté.

C'est d'ailleurs, sans qu'il nous le dise, l'avis de M. Pauliet, puisque le seul reproche qu'il fasse au laudanum de Rousseau, c'est d'être le plus souvent obtenu sans distillation, par la simple évaporation de la liqueur fermentée et l'addition de l'alcool. Mais, puisque le procédé qu'il nous indique ne diffère pas de celui du *Codex*, quelle garantie nous donne-t-il qu'il sera plus exactement suivi?

Je me vois forcé de relever deux erreurs qui, sans doute, ont échappé à M. Pauliet dans le feu de l'inspiration :

Ce savant confrère prétend qu'en obtenant son laudanum par fermentation à la manière de Rousseau, il procède toujours dans les mêmes conditions et obtient un alcool constamment le même. Il n'est pas nécessaire d'être très fort chimiste pour savoir que, si un produit a des chances d'offrir des variations dans sa composition, c'est celui qui aura été obtenu par fermentation.

En effet, celle-ci aura été plus ou moins complète, et par suite, le liquide contiendra plus ou moins d'alcool, et se montrera plus ou moins apte à dissoudre les principes de l'opium; la fermentation se fera plus ou moins rapidement; une quantité plus ou moins grande d'acide acétique sera formée, et de là encore une chance de variation qu'on pourrait dire inévitable.

Enfin, M. Pauliet semble attacher une grande importance à la

conservation de l'odeur vireuse ; mais c'est justement pour enlever à l'opinion son odeur vireuse, que Van-Helmont, Etmuller, Neumann, Rousseau, Baumé, etc., ont préconisé le vin d'opium fermenté.

Disons, d'ailleurs, en finissant, que l'espèce de suspicion que le travail de M. Pauliet tend à faire peser sur le corps pharmaceutique nous semble mal fondée, et que s'il existe des pharmaciens assez peu soucieux de leurs devoirs pour négliger de suivre les prescriptions du *Codex*, le nombre en est fort heureusement très restreint ; dans la très grande majorité des cas, le médecin peut être sûr de l'exacte exécution des formules officinales ; aussi la recette que nous propose M. Pauliet ne nous offrant aucun avantage sur celle que la médecine emploie depuis si longtemps et, quoi qu'il en dise, avec toute sécurité et constant succès, nous nous voyons, bien malgré nous, forcé de ne pas *applaudir* à son idée, et à engager les médecins à prescrire, comme par le passé, le laudanum de Sydenham et de Rousseau.

BERTHÉ.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 15 décembre 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

(Suite.)

Mais maintenant, messieurs, que tout en cherchant à suivre le cours des substances alimentaires dans l'organisme, nous voici arrivé à ces courants veineux qui viennent de recevoir le chyle pour le verser dans l'organe central de la circulation, et de là dans toutes les parties du corps, le moment est venu de parler des recherches de M. Magendie sur cette grande et importante fonction, la circulation du sang.

A l'époque où M. Magendie fit ses premières recherches, la théorie de la circulation était à peu près ce qu'elle est aujourd'hui. Seulement, il semblait à Bichat, et c'était là ce qui le rendait si coupable aux yeux de M. Magendie, que le sang parvenu aux dernières extrémités des divisions artérielles, se trouve à peu près en dehors de l'action propulsive du cœur, et que, pour traverser les vaisseaux capillaires, il obéit à une action toute vitale. C'était là, en effet, ce qui avait fait dire à M. Magendie, dans un Mémoire publié en 1817, que la théorie du mouvement circulaire du sang, grâce à Bichat, flottait incertaine, et qu'il y avait lieu de la soumettre à de nouvelles expériences. Il se mit donc à l'œuvre pour sa part.

Le but expérimental que s'était d'abord proposé M. Magendie, était de déterminer la part que prennent les artères de différents calibres dans le mouvement du sang; ses conclusions furent que les grosses artères ne sont pas irritables, que les petites ne le sont pas non plus, et qu'on ne peut rien dire à l'égard des dernières divisions artérielles. Bichat et Nysten avaient déjà établi, par des faits, les mêmes propositions; mais M. Magendie avait apporté de nouvelles preuves, et on devait lui en tenir compte.

Le problème, cependant, n'était pas tout à fait résolu ; si les artères ne sont pas irritables, c'est-à-dire susceptibles de se contracter sous l'influence d'un stimulant, peuvent-elles du moins se resserrer par le fait de l'*élasticité* de leurs parois? Ce devait être là une question pleine d'intérêt pour M. Magendie, l'élasticité étant une propriété physique; mais ici il y avait un écueil : M. Magendie n'allait-il pas, comme pour l'imbibition, faire de cette élasticité la cause première, le moteur essentiel de la circulation du sang? Il faut s'empresser de le reconnaître, M. Magendie y mit plus de mesure; d'abord, il ne prétendit point avoir fait la découverte de l'élasticité des parois des vaisseaux sanguins; il crut devoir, au contraire, déclarer qu'avant lui la plupart des anatomistes avaient reconnu l'existence de cette propriété dans les artères; seulement il donnait à entendre que c'était lui le premier qui l'avait constatée dans les veines.

Cette élasticité n'avait donc pas eu, pour M. Magendie, la même importance que l'imbibition ; nous avons vu que celle-ci lui avait permis d'expliquer deux grandes fonctions, l'absorption et l'exhalation. L'élasticité n'entrait plus que pour une part très restreinte dans le mécanisme de la circulation ; elle était même à peu près étrangère au mouvement du sang dans les capillaires.

C'était, de la part de M. Magendie, une très sage réserve, et cette réserve, il la montrait encore lorsque, quatre ans plus tard, en 1820, il publiait le Mémoire intitulé : *De l'Influence des mouvements de la poitrine sur la circulation.*

Haller, Lamure et Lorry, avaient fait, dans le dernier siècle, des expériences intéressantes à ce sujet, et ils avaient conclu de ces expériences que, dans l'inspiration, le sang des veines est attiré vers le cœur, et que, dans l'expiration, le sang artériel est poussé vers les organes.

M. Magendie connaissait ces expériences, mais il trouvait qu'en les instituant, on n'avait pas tenu compte de toutes les conditions du problème ; il crut donc devoir les reprendre sur de nouvelles bases. Nous n'en donnerons point ici le détail ; nous dirons seulement qu'après avoir très judicieusement exposé, dans son Mémoire, tous les incidents de ces expériences, il se résumait en disant que la respiration modifie le cours du sang veineux : 1° par l'influence qu'elle exerce sur le sang artériel, 2° par son action directe sur le mouvement du sang dans les veines.

Nous n'irons pas plus loin, messieurs, dans cet exposé des travaux de M. Magendie sur la circulation. Ici, comme partout, M. Magendie s'était attaché à vérifier et à contrôler tout ce qui arrivait à sa connaissance, mais toujours en partant des mêmes principes, c'est-à-dire en ne tenant compte que des phénomènes purement physiques.

La circulation, assurément, offrait un vaste champ à ces sortes de recherches; mais M. Magendie, écartant ici toute intervention vitale, en était venu à ne plus voir dans l'appareil de la circulation qu'une machine qu'il appelait hydraulique et qui, au lieu d'eau, envoie du sang dans toutes les parties du corps pour le reprendre et le pousser de nouveau vers les mêmes parties.

M. Magendie était tellement pénétré de cette idée qu'il avait été jusqu'à proscrire les dénominations, devenues vulgaires, de cœur, d'oreillettes et de ventricules; pour lui, il n'y avait plus dans la poitrine que deux pompes adossées l'une à l'autre, l'une qu'il appelait la pompe droite, et l'autre la pompe gauche; ce n'est pas tout, au lieu de dire ventricules et oreillettes, il voulait qu'on dît corps de pompe et réservoirs. Il aurait même voulu qu'on ne parlât plus ni d'artères ni de veines, mais qu'on dît tout simplement les grands tuyaux et les petits tuyaux; bref, il en était revenu, sous ce rapport, à la physiologie de Descartes.

Certainement, messieurs, tout cela peut se dire, ce sont des comparaisons, des rapprochements qu'on peut se permettre; mais M. Magendie oubliait une chose dans toute ces démonstrations prétendues positives, c'est que tout cela est doué de la vie, c'est que cette machine hydraulique se meut, agit et fonctionne d'elle-même, qu'au lieu de parois rigides et de pistons mobiles, elle a des parois vivantes et contractiles ; sans doute, pour que le sang circule, il faut un appareil mécanique, il faut qu'il trouve dans le cœur un moteur central, et dans les vaisseaux une carrière à parcourir. Mais ce mouvement, d'où vient-il? quelle en est la source? où est l'ouvrier qui l'a communiqué à cette machine? et d'où vient qu'une fois communiqué il ne s'arrête plus, il va continuer pendant de longues années, sans jamais s'épuiser, et la nuit et le jour, pendant la veille et pendant le sommeil, et cela dans un ordre toujours le même, dans une mesure toujours égale, suivant un rhythme qui sera le premier indice de la vie et sa dernière manifestation?

Voilà, messieurs, ce que M. Magendie n'a jamais voulu remarquer, ce qui n'attirait pas même son attention ; mais peut-être va-t-il voir tout autrement les choses et tenir un autre langage, maintenant que nous allons entrer avec lui dans un ordre de fonctions essentielles différentes, fonctions que l'homme seul possède dans toute leur plénitude, qui lui permettent de percevoir les sensations les plus délicates et les plus variées, matériaux de sa pensée et de son intelligence; qui lui donnent le pouvoir de réagir sur tout ce qui l'environne par des organes auxquels il peut intimer ses volontés, fonctions enfin qui vont nous mettre tellement en face de la vie, que c'est à peine si nous trouverons un seul acte comparable à ce qui se pssse dans le monde extérieur.

Il est à peine besoin de dire que c'est du système nerveux que nous allons parler. M. Magendie s'est beaucoup occupé des phénomènes propres à ce système; il serait impossible de dire combien il a fait d'expériences à ce sujet. Il est vrai que presque toutes ont abouti à constater des découvertes qui ne lui appartenaient pas; mais quelle certitude et quelle valeur ne leur donnait-il pas lorsque, après avoir répété et varié les expériences de mille manières, il venait dire : oui, cela est exact, j'en ai constaté moi-même la réalité! Et cet aveu, quand il se résignait à le faire, avait d'autant plus d'autorité dans sa bouche que presque toujours il avait commencé par nier ; c'était même là un des côtés de son caractère; il éprouvait une sorte de satisfaction lorsqu'il pouvait dire à ses auditeurs : « Voilà, messieurs, ce que tout le monde croit, ce que tout le monde affirme, ce qu'on professe dans tous les cours; eh bien, moi, je viens de prouver que cela n'est pas. » Il s'occupait fort peu de savoir si une opinion était ancienne ou non, si elle avait pour elle les plus grandes autorités ; il ne se décidait que d'après le témoignage de ses propres sens, quelquefois, il est vrai, un peu trop vite et un peu légèrement; ainsi avait-il fait à l'égard de la première paire de nerfs qui naissent du cerveau. On sait que depuis Vésale tous les anatomistes s'étaient accordés à leur reconnaître la propriété de percevoir les odeurs, or M. Magendie vint tout à coup déclarer qu'il les avait dépossédés de cette propriété, et qu'il les avait ramenés dans la catégorie des organes dont les propriétés, disait-il, sont complétement inconnues!

Certainement, messieurs, c'est encore faire marcher la science que de faire tomber des erreurs ; mais n'est-ce point la faire reculer que de remettre sans cesse en doute des vérités définitivement acquises? Ici d'ailleurs tout tenait à une méprise. M. Magendie, dans ses expé-

riences, avait laissé intacte la sensibilité générale, et la persistance de cette sensibilité lui avait fait croire à la persistance de leur sensibilité spéciale.

Cette indifférence de M. Magendie pour tous les travaux autres que les siens était du reste si complète, que plus d'une fois il lui est arrivé, et de la meilleure foi du monde, de donner comme autant de découvertes des résultats que ses devanciers ou ses contemporains avaient signalés depuis longtemps.

Ainsi, lorsqu'il voulut reprendre les belles expériences à l'aide desquelles la physiologie moderne a pu établir quelles sont, dans l'encéphale, les parties où aboutissent les impressions et celles d'où émanent les volitions, il fut tout surpris des effets qui résultaient des lésions exercées par lui sur ce qu'on a nommé les faisceaux du bulbe, les pédoncules cérébelleux, les tubercules quadrijumeaux, les corps striés et le cervelet. « Voilà, messieurs, disait-il aux assistants, la première fois que je vois pareille chose ; » et il ne se doutait pas le moins du monde que, dès le siècle dernier, Pourfour Dupetit, et plus récemment Saucerotte, Rolando, Legallois et M. Flourens, avaient signalé la plupart de ces phénomènes.

D'autres fois, il est vrai, c'étaient des faits complétement oubliés qu'il restituait à la science : ainsi le liquide désigné sous le nom de *liquide céphalo-rachidien* avait été découvert sur des cadavres par Cotugno ; Haller en avait également reconnu l'existence ; mais la science n'en tenait plus compte lorsque M. Magendie, en 1825, reprit les mêmes expériences sur des animaux vivants, et mit de nouveau hors de doute l'existence du liquide découvert par Cotugno (1).

Je dois, du reste, le dire de nouveau, M. Magendie apportait dans ses prétentions la plus grande bonne foi ; dès qu'on lui montrait, pièces en mains, qu'il était dans l'erreur, qu'il niait une chose vraie, ou qu'il s'attribuait une priorité qui ne lui appartenait pas, il se rendait tout aussitôt, et avouait loyalement qu'il s'était trompé.

Il est cependant une découverte au sujet de laquelle M. Magendie s'est montré un peu moins facile ; il est vrai que c'est une de ces découvertes qui font époque dans la science, et qui suffisent pour immortaliser un nom ; un court historique donnera une idée de son importance, et établira les droits que M. Magendie pouvait faire valoir.

Galien disait déjà de son temps qu'Erasistrate, Eudème et Hérophile avaient légué un grand problème à la postérité quand ils s'étaient demandé comment il se fait que, dans certaines parties du corps, c'est tantôt le mouvement seul qui est aboli, tantôt c'est seulement la sensibilité, et que, dans d'autres cas, c'est tout à la fois le mouvement et la sensibilité, *quo pacto interdum sensus duntaxat, interdum motus, nonnunquam ambo simul pereant* (*De locis affectis*).

Ces grands anatomistes avaient donc parfaitement compris que la sensibilité et le mouvement doivent avoir des sources distinctes dans les centres nerveux, et que, des cordons qui descendent de ces centres, les uns doivent être exclusivement destinés aux mouvements et les autres à la sensibilité. Mais quels sont de ces nerfs ceux qui transmettent au cerveau ce qu'on pourrait appeler le *sentir* et quels sont ceux qui, en sens inverse, transmettent aux organes le *vouloir?* C'est là ce que les anciens ignoraient complétement, et, après plus de vingt siècles, les modernes en étaient encore à se poser le problème. Lamarck, il est vrai, entrevoyait que, pour les nerfs spinaux, les filets sensitifs ont des foyers distincts de ceux d'où partent les filets moteurs ; mais il n'allait pas plus loin. Alex. Walker voyait deux racines, et il leur attribuait des fonctions différentes, mais il se méprenait sur leurs usages. Enfin vint Ch. Bell, qui, le premier, en 1811, époque à jamais mémorable dans l'histoire de la physiologie, institua des expériences décisives : il démontra que, des deux racines qui forment les nerfs spinaux, c'est l'antérieure qui est destinée au mouvement et la postérieure au sentiment, et que de leur jonction résulte, pour les nerfs spinaux, la double propriété d'être tout à la fois des nerfs moteurs et des nerfs sensitifs.

Maintenant, messieurs, comment Ch. Bell était-il arrivé à cette grande découverte? Etait-ce par le hasard heureux de quelque expérience ou par la puissance du raisonnement? Ch. Bell n'a rien dû au hasard ; une idée, et c'est en cela qu'il faut l'admirer, une idée le conduisit à faire ses expériences, et il eut le bon esprit de les raisonner.

Ce fut sur des animaux récemment tués que Ch. Bell crut devoir opérer. Ayant mis à nu les racines des nerfs spinaux, il put s'assurer que, chaque fois qu'il irritait les racines antérieures, il provoquait tout aussitôt des convulsions dans les muscles correspondants, tandis qu'en excitant les racines postérieures il ne pouvait produire aucune contraction musculaire.

La première partie du problème se trouvait donc déjà résolue : la propriété motrice appartenait bien aux racines antérieures ; l'expérience directe avait prononcé, la déduction logique fit le reste. « Je compris alors, dit Ch. Bell, que, si les nerfs rachidiens ont la double propriété du mouvement et du sentiment, c'est parce qu'ils sont formés de deux racines, et, puisque de ces deux racines c'est l'antérieure qui est destinée au mouvement, la postérieure doit nécessairement être réservée à la sensibilité. » (*An idea of a new Anatomy of the Brain.*)

Voilà, messieurs, comment Ch. Bell, associant le raisonnement à l'expérience, compléta sa découverte et put donner la solution entière du problème.

Pascal a dit quelque part que les anciens ont plutôt manqué du bonheur de l'expérience que de la force du raisonnement. Né dans les temps modernes, Ch. Bell a eu tout à la fois et ce bonheur et cette force ; le raisonnement sans l'expérience ne l'aurait conduit qu'à de vaines suppositions, l'expérience sans le raisonnement ne lui aurait donné que des éléments incomplets ; en éclairant, au contraire, comme il l'a fait, l'expérience par le raisonnement, il a pu dégager la vérité tout entière.

Mais Ch. Bell ne devait point en rester là ; cette première distinction établie entre les filets moteurs et les filets sensitifs, ne s'appliquait qu'aux cordons nerveux qui descendent de la moelle épinière ; restait à déterminer quels sont, des nerfs qui naissent de l'encéphale, ceux qui sont destinés au mouvement et ceux qui sont destinés au sentiment.

On sait que bien des recherches avaient été faites sur ce point, et toujours sans succès, lorsqu'en 1821 Ch. Bell eut l'idée de pratiquer sa fameuse expérience comparative sur un âne : il commença par le nerf facial ; cette section était à peine pratiquée que la moitié correspondante de la face était frappée d'une immobilité complète. Le nerf facial était donc un nerf moteur ; mais ici ce ne fut pas le raisonnement, ce fut l'expérience directe qui donna la contre-épreuve. Ch. Bell avait déjà la conviction que le nerf facial étant un nerf moteur, le trijumeau devait être un nerf sensitif ; pour mettre ce fait hors de doute, il coupa les branches du trijumeau, et le résultat confirma cette prévision : la sensibilité était complétement éteinte dans la région correspondante.

Mais, si le nerf facial préside aux mouvements de la face, c'est lui qui doit donner à la physionomie ses différentes expressions ; y réfléchir en quelque sorte toutes les agitations de l'âme. Pour en donner la preuve expérimentale, Ch. Bell pensa qu'il devait choisir un autre sujet : l'âne peut avoir des passions très vives ; mais il parut à l'expérimentateur que sa physionomie n'est pas très propre à en exprimer toutes les nuances ; il préféra donc prendre dans la ménagerie d'*Exeter Change* le singe le plus vif et le plus impressionnable qu'il pût trouver. Sans plus de préparation, il lui coupa le nerf facial ; excité par la douleur, le pauvre singe se mit à grimacer avec un redoublement d'énergie, mais très exactement d'un seul côté de la figure, l'autre demeurant dans une complète immobilité.

Personne assurément n'aurait eu l'idée de répéter cette expérience sur l'homme ; mais la nature devait s'en charger. Toutes les personnes qui avaient été admises à voir le singe opéré par Ch. Bell avaient été frappées de l'étrange analogie que sa physionomie présentait avec celle d'un acteur alors fort en vogue à Londres, et qui se donnait comme pouvant à volonté exprimer toutes sortes de passions d'un côté de sa figure, tout en maintenant l'autre moitié dans une parfaite immobilité. L'expérience de Ch. Bell donna le mot de l'énigme : on reconnut que cet homme, atteint d'une hémiplégie faciale par suite d'une lésion accidentelle du nerf moteur, tirait tout simplement partie d'une infirmité naturelle.

Telles furent, messieurs, les mémorables expériences auxquelles M. Magendie devait aussi attacher son nom. Nous venons de dire que c'est en 1811 que Ch. Bell avait institué ses premières expériences, celles qui avaient pour objet les propriétés des nerfs spinaux, et que celles relatives aux nerfs encéphaliques remontaient à 1821. Dans l'intervalle, un élève de Ch Bell, John Schaw, était venu en France et avait répété les expériences de son maître à l'Ecole vétérinaire d'Alfort en présence de plusieurs physiologistes. C'est alors que M. Magendie en eut connaissance et qu'il leur donna de la publicité dans son *Journal de physiologie*.

M. Magendie disait dans une première note qu'il ne connaissait pas encore dans son entier le travail de Ch. Bell, mais qu'il avait constaté par lui-même les résultats principaux.

Ch. Bell avait pratiqué ces expériences sur des animaux récemment tués ; M. Magendie, pour vérifier les faits, alla plus loin : il fit ce que Ch. Bell n'avait pas osé ou n'avait pas voulu faire, il répéta les expériences sur des animaux vivants, et il annonça, d'abord dans son journal, qu'ayant opéré sur les racines postérieures, *il devait regarder comme probable qu'elles sont en effet plus particulièrement destinées à la sensibilité.*

S'étant ensuite décidé à couper les racines antérieures, les effets ne lui parurent pas moins concluants en faveur de l'opinion de Ch. Bell. *Les membres*, dit-il, *demeurèrent immobiles et flasques, tandis qu'ils conservaient une sensibilité non équivoque* (*Journal de physiologie*, 1821, *loc. cit.*).

M. Magendie, cependant, n'était pas encore parfaitement convaincu;

(1) Il en a été de même pour ce qui concerne le *vomissement.* François Bayle, en 1681, avait prouvé, par des expériences, que l'estomac est passif dans l'acte des vomissements ; Chirac, Schwartz et Hunter avaient répété ces expériences et soutenu la même opinion, mais ces faits étaient à peu près oubliés, lorsque M. Magendie, reprenant les expériences et les poussant beaucoup plus loin, ne laissa plus de doutes dans les esprits.

voulant rendre l'expérience plus décisive : *Pour ne rien négliger*, dit-il, *je coupai à la fois les racines antérieures et les racines postérieures, et il y eut alors perte absolue du sentiment et du mouvement.*

Nous pourrions ajouter que, dans une note publiée en 1823, M. Magendie fit connaître comment il était parvenu à provoquer de vives contractions musculaires en agissant sur les racines antérieures à l'aide du galvanisme ; mais chacun sait que c'est à un autre de nos collègues, à M. Longet, qu'était réservé l'honneur de donner en ce sens une nouvelle démonstration de la théorie de Ch. Bell.

Quant à ce genre particulier de sensibilité désigné sous le nom de *sensibilité récurrente*, qu'on avait cru reconnaître dans les racines antérieures, et dont on avait voulu attribuer la découverte à M. Magendie, il n'y a plus aujourd'hui à en parler; des recherches faites depuis et avec beaucoup de soin ont prouvé qu'on s'était laissé aller sous ce rapport à une véritable illusion.

Voyons plutôt ce que M. Magendie a ajouté aux expériences de Ch. Bell sur les nerfs encéphaliques. Ch. Bell, pour s'assurer des sources de la sensibilité en ce qui concerne la face, s'était borné, avons-nous dit, à couper les branches des trijumeaux, et seulement à leur point d'émergence. Pour rendre l'expérience plus probante, il aurait fallu remonter plus haut, et, par une section intra-crânienne, couper le tronc du nerf lui-même. C'est ce que fit M. Magendie en 1824, à l'exemple toutefois de Fodéra, qui, dès 1822, avait pratiqué cette même opération.

Les résultats obtenus ne laissèrent plus aucun doute ; non-seulement les téguments de la face furent frappés d'insensibilité, mais cette insensibilité atteignit la surface du palais, de la langue, et l'intérieur des narines.

Seulement M. Magendie, dans ses conclusions, alla un peu trop loin ; il prétendit que cette section intra-crânienne du trijumeau entraînait ainsi la perte de la vue, de l'odorat et de l'ouïe. C'était aller au delà des faits, il fallait se borner à dire que la section complète du trijumeau, en abolissant dans ces organes la sensibilité générale, apporte par cela même des troubles notables dans leur sensibilité spéciale.

Mais laissons là les faits de détail et revenons à la part distincte qui est due à M. Magendie dans cette grande et belle découverte des nerfs moteurs et sensitifs.

Nous venons de voir que lors de ses premières publications à ce sujet, M. Magendie n'avait élevé que des prétentions très justes, très légitimes, et qui ne pouvaient être contestées. Il déclarait hautement dans son journal que, treize ans avant lui, Ch. Bell, conduit par ses ingénieuses *idées* sur le système nerveux (aveu bien remarquable dans la bouche de M. Magendie), avait institué les premières expériences ; seulement, il lui semblait que Ch. Bell n'avait pas tout à fait établi ce fait, que les racines antérieures des nerfs spinaux sont destinées au mouvement, et les racines postérieurs au sentiment ; et il ajoutait que c'était à avoir établi ce fait d'une manière plus positive qu'il devait borner ses prétentions (*loc. cit.*).

Mais quelques années s'étaient à peine écoulées que M. Magendie revendiqua une bien autre part dans la solution du problème. Si nous ouvrons le compte rendu de ses leçons au Collége de France, nous verrons qu'il envisageait les choses sous un tout autre aspect : « On a coutume, disait-il, d'associer mon nom à celui de Ch. Bell lorsqu'il est question de cette découverte ; je crois que j'aurais plus à gagner si l'on me faisait ma part distincte. »

Cette part, messieurs, est maintenant facile à faire; la découverte telle que l'avait énoncée Ch. Bell en 1811 était déjà positive et complète ; seulement, une dernière et surabondante démonstration était encore à faire, la démonstration sur le vivant. Or, cette démonstration, c'est M. Magendie qui l'a faite.

Sans doute on savait avant Ch. Bell que le mouvement doit être communiqué aux organes par des cordons nerveux distincts, et que le sentiment doit remonter par des conducteurs également distincts; mais la solution de ce difficile problème était si peu avancée, que Boerhaave le proposait encore tout entier aux physiologistes de son temps. « Deux ordres de nerfs, disait-il, naissent de la moelle épinière ; les uns destinés au mouvement, les autres destinés au sentiment : *Ex hac medullâ exit duplex genus nervosum' unum motui alterum sensui inserviunt.* Mais quel est celui d'entre vous qui me dira : Celui-ci sent, celui-là meut? *Quis mihi dicet : hoc sentit, hoc movet* ? » Eh bien, messieurs, Ch. Bell, né un peu plus tôt, aurait pu s'écrier : *Me me adsum qui feci ;* c'est moi qui vais vous le dire ! Les filets qui meuvent sont ceux qui se trouvent placés en avant de la moelle; c'est là ce que j'ai vu, l'expérience directe me l'a démontré ; les filets qui sentent sont ceux qui se trouvent placés en arrière de la moelle : c'est là ce que j'ai vu par les yeux de l'esprit, le raisonnement me l'a démontré, et si un physiologiste plus osé que moi touche ces nerfs sur un animal vivant, il produira de la douleur.

Ai-je besoin de le redire, messieurs? ce physiologiste plus osé a été M. Magendie; c'est lui qui, treize ans après, reprenant les expériences de Ch. Bell sur des animaux vivants, est venu donner à sa découverte cette dernière et éclatante sanction.

Ainsi, ce que l'un avait découvert, l'autre l'a démontré; ce que l'un avait annoncé, l'autre l'a vérifié; ce que l'un avait vu avec les yeux de l'esprit, l'autre l'a vu avec les yeux du corps.

C'est ainsi, messieurs, c'est à ce prix que les sciences se développent et se constituent; ouvrez leur histoire, et vous verrez que dans chaque siècle il s'est trouvé des hommes qui ont accompli différentes missions, et qui, bien qu'à des titres inégaux, n'en ont pas moins mérité les applaudissements de la postérité.

Jusqu'ici, messieurs, nous avons dû nous borner à faire connaître les résultats les plus importants auxquels était arrivé M. Magendie dans le cours de ses recherches, pour les porter à la connaissance des savants; il avait eu pendant plusieurs années son *Journal de physiologie*; pendant de longues années aussi, il put en entretenir l'Académie des Sciences; mais à partir de 1830, il en fit l'objet d'un enseignement officiel et permanent.

M. Magendie, dans sa jeunesse, avait fait à l'Ecole pratique des cours de physiologie dans l'intérêt des étudiants. C'étaient des cours professés sous une forme élémentaire et tout à fait didactique ; mais la mort de Laënnec ayant laissé vacante, en 1827, la chaire de médecine au Collége de France, M. Magendie avait été présenté en première ligne. On sait que cette présentation ne fut pas agréée par le gouvernement de la Restauration, et que M. Magendie ne fut institué professeur qu'en 1830, après présentation nouvelle.

Tout semblait avoir été enseigné dans cette chaire de médecine au Collége de France : anatomie, chirurgie, histoire de l'art, médecine antique, et cependant il était réservé à M. Magendie d'y instituer des leçons qui n'avaient point de précédents.

Il entrait, il est vrai, dans un établissement d'un ordre à part, un établissement où l'enseignement, libre de toute espèce de joug, soustrait de tout temps aux traditions et aux règles de l'Université, peut s'engager dans les voies les plus imprévues et les plus hardies ; un établissement qui même semble avoir été créé pour laisser aux sciences et aux lettres la liberté la plus large et l'indépendance la plus absolue. M. Magendie était donc dans son droit en substituant à l'enseignement médical de Laënnec et de Récamier l'enseignement d'une physiologie à lui, dite *physiologie expérimentale*.

Posant en principe qu'il fallait rompre avec un passé que d'ailleurs il ne connaissait pas, et faire, comme on le dit, table rase, M. Magendie avait prévenu ses auditeurs que tout était à reprendre en physiologie, ou plutôt à chercher et à trouver Au lieu donc de leçons, il se mit à faire des recherches au jour le jour, un peu au hasard et de concert avec les assistants.

Maintenant, que se proposait-il de rechercher ainsi avec ses élèves, et comment procédait-il à ses recherches ? Il est à peine besoin de le dire. Ses travaux ne pouvaient porter que sur ce qu'il appelait les phénomènes physiques de la vie. « Je ne comprends pas, disait-il au début de son cours, qu'on puisse prétendre que les phénomènes de la vie sont distincts des phénomènes généraux de la nature ; c'est professer une erreur grave, ajoutait-il ; c'est s'opposer aux progrès ultérieurs de la science. » Aussi, et après avoir posé ces principes, M. Magendie prit pour sujet de ses leçons : *la Porosité et l'Imbibition* (*Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, t. Ier, p 28).

Mais si en cela M. Magendie suivait des errements tout à fait à lui, sa manière de procéder à cet enseignement était une bien autre innovation.

Ce n'était point chose nouvelle assurément en physiologie que de pratiquer des expériences sur des animaux vivants. Depuis Hérophile et Galien, tous avait cherché à pénétrer ainsi les mystères de l'organisme; Vésale, Harvey, Spallanzani, Haller, Bichat, Nysten, Legallois et bien d'autres, s'étaient livrés à ces sortes d'investigations ; mais c'était en dehors de leur chaire, loin de leur auditoire, assistés d'un ou deux aides, et ce n'est que quand des faits ainsi obtenus leur paraissaient acquis à la sience, qu'ils les introduisaient dans leur enseignement.

(*La suite au prochain numéro.*)

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 153 5me ANNÉE. Mardi 22 Decembre 1857

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : **M. H. DE CASTELNAU.**

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION *quai de l'Horloge*, 21. Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures.

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois........ 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris* : dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger* : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

THERAPEUTIQUE.

Histoire des éruptions arsénicales,

Par A. IMBERT-GOURBEYRE, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

Je viens de lire dans le *Moniteur des hôpitaux* (5 décembre 1857) une observation fort intéressante de M. le docteur Follin, *sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt.*

« La maladie, dit M. Follin, dont je vais rapporter ici une observation détaillée, a été signalée *pour la première fois*, par M. Blandet, dans un mémoire lu à l'Institut, le 3 mars 1845 (Mémoire sur l'empoisonnement externe, produit par le vert de Schweinfurt, ou de l'œdème et de l'éruption professionnels des ouvriers en papiers peints). Ce travail curieux, mais d'une brièveté désespérante, engagea M. Chevallier à rechercher quelles étaient la fréquence et la gravité des accidents indiqués par ce médecin, et si cette gravité devait attirer l'attention des autorités chargées de veiller à la santé publique. L'enquête consciencieuse à laquelle se livra cet habile chimiste, donna lieu à un très intéressant travail consigné dans le tome XXXVIII des *Annales d'hygiène publique*. Depuis lors on ne semble plus s'être occupé de cette *singulière affection*, et cependant on ne trouve point dans les travaux mentionnés ci-dessus, une seule observation détaillée, qui permette de suivre l'évolution de cette maladie professionnelle. C'est pour combler cette lacune que je publie le cas qu'on va lire ; je m'y suis décidé d'autant mieux que, vu le temps qui s'est écoulé depuis la publication du travail de M. Blandet, on a mis un peu dans l'oubli l'origine de ces singulières ulcérations. »

Tel est le fait que M. Follin proclame tout nouveau, sur la foi de M. Blandet, et qu'il étaye d'une observation très détaillée et très curieuse.

Il faut d'abord savoir que le vert de Schweinfurt n'est autre chose qu'une couleur employée dans la fabrication des papiers peints, et préparée avec l'acétate de cuivre et l'acide arsénieux : les accidents en question sont donc dus à une préparation arsénicale et rentrent, par conséquent, dans l'histoire toxicologique de l'arsenic. Ceci m'engage à donner l'histoire complète des éruptions arsénicales, question fort peu connue ; en un mot, à décrire l'action élective de l'arsenic sur la peau.

DÉLASSEMENTS.

—

Comment se font les cours à Tombouctou. — Comme il y a du bruit dans Landerneau.— Un académicien prévoyant. — Le secrétaire annuel de l'Académie.

Douloureusement préoccupé, pendant la semaine qui vient de s'écouler, d'une mort qui devait nous émouvoir à tant de titres, nous n'avons pas eu le courage d'écouter aux portes, chose défendue par une morale trop scrupuleuse, et généralement pratiquée depuis que Figaro a fait observer que c'était le meilleur moyen pour bien entendre. Nous aurions donc été pris au dépourvu sans le secours inattendu d'un collaborateur bénévole qui a bien voulu déjà mettre ses talents à notre disposition. Nous nous bornons à reproduire sa lettre.

« Tombouctou, 10 décembre 1857.

« Je me trouverais bien loin de vous, cher confrère, s'il y avait aujourd'hui des distances, et si le chemin de fer africain (chemin non encore coté à la Bourse) ne damait le piston à ceux de l'Europe, et ne me donnait la faculté (dont je vais user très incessamment) de me transporter en quelques jours à Paris, dans cette chère rue Monsieur-le-Prince, où je possède une si aimable voisine et ma voisine deux si aimables voisins, dont je suis l'un, tout naturellement; je dis deux, sans vouloir faire de tort à personne ; car, après tout, peut-être en pourrait-on compter davantage ; ce n'est pas ce qu'il s'agit d'examiner d'ici, c'est une question à réserver. Par reconnaissance pour les Tomboucliens ou les Tombouctes qui m'ont fait si bon accueil, je ne dois m'occuper pour le moment que de Tombouctou.

» Permettez-moi d'abord de vous dire sans flatterie, même pour mes illustres hôtes, que nous négligeons beaucoup trop en France la civilisation de Tombouctou; elle n'a rien à nous envier, et peut-être pourrait-elle nous en remontrer en quelques points.

» Par exemple, vous nous exposiez la quinzaine passée la méthode de ces professeurs *particuliers* dont les fonctions professorales se bornent à surveiller la pose des affiches qui annoncent l'ouverture de leur cours, notamment de celles que l'on colle dans les quartiers peu hantés des étudiants. Mais il y a du moins une chose que vous ne pouvez contester, c'est que ces particuliers de professeurs sont dans leur droit, surtout s'ils payent les affiches et les colleurs, comme je me plais à le croire. En définitive, ils sont bien libres d'avoir l'intention de faire un cours, de le faire afficher en conséquence de cette intention, et de faire afficher ensuite que leur intention s'est modifiée.

» A Tombouctou, une chose aussi naturelle ne mériterait pas d'être

Je démontrerai, premièrement, qu'il n'y a rien de neuf dans les faits signalés par MM. Blandet et Follin, et, à ce sujet, je serai obligé de confirmer une fois de plus le vieil adage de Salomon, *nihil novum sub sole.* Sans parler des nombreux documents que je vais citer, il aurait suffi à ces deux médecins distingués de consulter la *Toxicologie* d'Orfila; le célèbre doyen a parlé aussi de ces *singulières ulcérations*, et il les fait figurer dans sa description générale de l'empoisonnement par l'arsenic.

Secondement, j'essayerai de donner le tableau complet de ces diverses éruptions, et de prouver par de nombreuses citations, combien l'on a eu tort de nier ce fait intéressant de pharmacodynamie.

Voici d'abord une série d'observations empruntées à diverses sources : j'en ai extrait textuellement autant que possible tout ce qui est relatif à l'histoire des exanthèmes arsénicaux.

I. Boërhave (*De morbis nervorum*), en décrivant des accidents arrivés à des ouvriers préparant le cuivre blanc ou tombac, fabrication qui se fait à l'aide de l'arsenic, note, entre autres symptômes, des vésicules jaunâtres apparaissant sur la poitrine pendant quelques jours.

II. Un homme de trente-cinq ans s'empoisonne avec deux gros d'arsenic blanc. Il survint, le sixième jour, une éruption miliaire universelle et abondante des ulcères, qui vinrent aux deux talons, donnèrent issue à des matières ichoreuses..., l'éruption se renouvela à plusieurs reprises pendant quinze jours, et cessa enfin pour laisser le corps couvert d'écailles farineuses. (Guilbert, *Observation sur un empoisonnement par l'arsenic guéri par une éruption miliaire. — Journal de médecine*, 1756.)

III. Belisle, cinquante-sept ans, garçon apothicaire, pile en deux jours trois quintaux d'arsenic. Il est pris le second jour d'accidents divers..., le quatrième jour, boutons sur les mains, sur les poignets et sur le front; tuméfaction douloureuse au bras droit et aux mains. Son visage se couvrit de pustules. (Dehenne, *Observation sur les effets du bézoard minéral contre l'arsenic. — Journal de médecine*, 1759.)

IV. Un officier de cavalerie fut empoisonné avec de l'arsenic répandu dans une soupe d'épeautre ; il guérit par les secours que je lui administrai. Mais pendant sa convalescence, il eut au visage, sur le col et à l'intérieur de l'avant-bras une éruption de petites pustules à peu près semblables aux miliaires. (Bouteille, *Mémoire sur la fièvre miliaire. — Journal de médecine*, 1779.)

V. Cinq hommes s'empoisonnent par mégarde avec du vin mêlé à une liqueur arsénicale. Il survint chez eux, au bout de quelques jours, une démangeaison très incommode, qui fut suivie de l'éruption de petites pustules semblables à celle de la gale. La parfaite desquammation des pustules eut lieu très promptement. (Barrier, *Observation sur un empoisonnement par l'arsenic. — Journal de médecine*, 1783.)

VI. Le 5 thermidor an IV, une jeune femme de chambre avait eu l'imprudence, pour faire passer des poux, de se frotter la tête, six à sept jours auparavant, avec de la pommade chargée d'arsenic; toute la tête est devenue enflée, les oreilles doublées de volume se sont couvertes de croûtes; plusieurs plaies à la tête ont participé à cet état (avant la friction, tête saine et sans entamure); le neuvième jour, tout le corps se couvrit d'une éruption considérable de petits boutons à pointe blanche, surtout aux mains et aux pieds. En moins de quarante-huit heures, l'éruption se sécha et tomba par desquammation. (Desgranges, *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, t. VI.)

VII. Eva Truszka et Anna Malkowska, le 14 novembre 1799, se poudrent les cheveux, par mégarde, avec de l'arsenic. Les deux jours suivants, céphalalgie violente avec tuméfaction énorme de la peau et de la figure. On coupe les cheveux.

Le 26, chez Eva, toute la tête et tout le visage étaient encore énormément tuméfiés; taches et raies bleuâtres sur la peau du visage; plusieurs ulcérations de la grandeur d'un sou sur le cuir chevelu. Chez Anna, tuméfaction moindre; quelques ulcérations à la tête.

Au 14 décembre, les ulcérations de la tête qui avaient pénétré jusqu'au péricrâne, étaient en pleine voie de guérison. (Schulze, *Annalen der Staatsarzneikunde, von Knape*, 1805.)

Le même auteur cite une observation entièrement conforme à la précédente.

VIII. Trois jeunes hommes se poudrent les cheveux avec de l'oxyde blanc d'arsenic. Mêmes accidents à la tête que dans l'observation ci-dessus. L'un d'eux en mourut. Chez ce dernier, à l'autopsie, on constata de grandes taches d'un bleu noirâtre sur le thorax, le bas-ventre, le scrotum, les hypochondres et tout le dos; les bourses étaient enflées. (Schulze, *loc. cit.*).

IX. Kellie, en expérimentant l'arsenic dans le traitement du rhumatisme chronique, a vu se développer un érysipèle sur les paupières et la face durant dix jours. (*Edinb. med. journal*, 1808.)

X. Le 17 janvier 1818, trois jeunes filles s'empoisonnèrent involontairement avec de l'arsenic pris pour du sucre candi. Le lende-

---

mentionnée ; on est un peu plus avancé que cela ; ici, il y a des professeurs qui sont payés pour faire des cours ; les affiches pour les annoncer (les cours) sont imprimées et collées aux frais de la république ; et les professeurs se contentent de faire la moitié de leur besogne, celle qui consiste à palper et ausculter ce qu'Harpagon désirait tant toucher. Voici la recette, dont je crains bien que celle de vos particuliers de professeurs ne soit que la servile copie, auquel cas il ne leur resterait pas même le mérite de l'invention. Je la tiens, cette recette, d'un célèbre professeur de Tombouctou, le docteur Némorin, plus connu sous le nom de *Nemorinus pudicus*, ainsi désigné à cause des victoires éclatantes qu'il remporte sur les nombreuses Estelles qui assiègent sa vertu ; il la met chaque année en usage, cette recette, avec un succès qui prouve toute la supériorité de Tombouctou sur notre prétentieuse Lutèce.

» *Formule.* — Supposez que le cours du célèbre Némorin ait été fixé au lundi, 16 novembre; la république fait imprimer une belle affiche où cette date se trouve inscrite. Au jour fixé, à l'heure dite, les jeunes et studieux Tombouctes arrivent en foule tout yeux et tout oreilles; mais hélas! ces dernières sont superflues; les premiers seuls leur sont utiles pour lire une affiche collée aux frais de la république et à peu près ainsi conçue : « *M. le professeur* Némorin *étant légèrement indisposé, se trouve dans l'obligation de remettre l'ouverture de son cours au lundi 23 novembre.* »

» Le lundi, 23, même empressement des jeunes Tombouctiens ; nouvelle affiche, collée, comme la précédente, aux frais de la république, et à peu près ainsi conçue : « *L'indisposition de M. le professeur* Némorin *n'étant pas entièrement passée, il se voit obligé, bien à regret, de remettre l'ouverture de son cours au lundi, 30 novembre,* »

» Le 30, l'ardeur des jeunes Tombouctes n'est pas éteinte; ils sont fidèles au rendez-vous; mais le colleur da la république n'est pas moins fidèle qu'eux, et sa main matinale a déposé avant le lever de l'aurore sur la porte de l'amphithéâtre une affiche portant ce qui suit : « *L'indisposition de M. le professeur* Némorin *se prolongeant, il se voit,* avec le plus grand regret, *dans la nécessité de remettre l'ouverture de son cours au lundi 6 décembre.* »

» Mais le courage et la patience des Dix-Mille sont seuls comparables au courage et à la patience des jeunes Tombouctiens. Le 6 décembre, ils se précipitent en foule vers l'amphithéâtre veuf depuis si longtemps ; l'affiche suivante, de plus en plus imprimée et collée aux frais de la république, leur barre le passage : « *M. le professeur* Némorin *étant appelé ce matin au conseil académique, il se voit dans l'imposibilité de commencer son cours aujourd'hui, ainsi qu'il en avait la formelle intention.* »

» Les jeunes et studieux Tombouctes... — Pardon, mon cher confrère, je reçois de la rue Monsieur-le-Prince, à Paris, une lettre qui m'oblige à interrompre la présente, et à partir sur-le-champ par le train express du chemin de fer Africain. Je reprendrai l'entretien aussitôt arrivé à Paris. »

main, taches purpurines sur la poitrine et la nuque. (M. LEOD, *Edinb. med. journal*, 1819.)

XI. Bachmann raconte l'histoire d'une dame empoisonnée par sa domestique avec de l'arsenic. Au milieu d'un cortége de symptômes graves, on constata, vers le cinquième ou sixième jour, que l'anus et les parties génitales étaient gangrénées (1).

XII. Sur un jeune homme mort volontairement par l'arsenic, en quatorze heures, on constate, à l'autopsie, des traces de gangrène sur le scrotum et le prépuce. (SONDERLAND, *Rheinische Jahrbücher von Harless*, 1820.)

XIII. Un homme de quarante-cinq ans, guidé par un charlatan, applique une pommade arsénicale sur un ulcère qu'il avait à la jambe. Le surlendemain, entre autres symptômes, le corps se couvrit de taches rouges. Le cinquième jour, les ecchymoses étaient devenues noires. (MÉAU, *Biblioth. médicale*, 1821.)

XIV. Une jeune fille s'empoisonne volontairement avec de l'arsenic, le 17 octobre. Après divers accidents, le 19, éruption miliaire sur la peau, surtout au bas-ventre; vésicules sur la langue, ce qui disparut au bout de quelques jours. (HAHNBAUM, *Henke's Zeitschrift*, 1821.)

XV. Un homme de trente-deux ans s'empoisonne, le 3 mai, avec du savon arsénical de Bécœur. Le 5, au matin, le cou et la poitrine se couvrent d'une éruption confluente, prurigineuse, semblable à celle de l'urticaire; l'éruption s'étend, dans la journée, au cuir chevelu, au derrière du cou et sur les épaules, pour disparaître dans la nuit. (GENDRIN, *Recueil périodique*, 1823.)

XVI. Deux jeunes gens s'empoisonnent avec une demi-once d'arsenic dans une bouteille de vin. Chez l'un d'eux, du quinzième au vingtième jour, desquammation de la plus grande partie du corps, plus marquée aux avant-bras. (LEURET, *Recueil périodique*, 1826.)

XVII. Sur un jeune homme de seize ans, mort par l'arsenic en moins de vingt-quatre heures, on constate à l'autopsie, sur le bas-ventre et sur les parties génitales, des taches gangréneuses. (KAISER, *Henke's Zeitschrift*, 1827.)

XVIII. M. Blandy est empoisonné avec de l'arsenic. Cinq jours après, alors que les premiers symptômes de l'empoisonnement étaient parfaitement dessinés, éruption pustuleuse autour des lèvres; l'anus était entouré d'excoriations et d'ulcérations, avec brûlure insupportable. (CHRISTISON, *A treatise on Poisons*, 1830.)

XIX. R. Schindler, chimiste, s'empoisonne par mégarde en préparant du gaz hydrogène arsenié. C'est le docteur Schindler, son frère, qui a publié lui-même cette intéressante observation, et il note dans le courant de la troisième semaine, alors que le malade entrait en convalescence, un autre symptôme produit par l'arsenic : tout le prépuce et le gland étaient couverts de vésicules purulentes, qui, plus tard, se transformèrent en petites ulcérations rondes et superficielles. Le malade en compta soixante-cinq sur le prépuce. L'éruption guérit en dix à douze jours. (SCHINDLER, *Journal von Graefe, und Walther*, 1838.)

XX. Deux petites filles de trois et cinq ans sont empoisonnées avec de l'arsenic, et meurent dans l'espace de vingt-sept et quatre-vingt-cinq heures. Sur la première, à l'autopsie, la peau du bas-ventre et surtout celle de la partie interne des cuisses étaient d'un rouge scarlatineux (HAFFTER, *Schweis. Zeitschrift*, 1839.)

XXI. Au cinquième jour d'un empoisonnement arsénical observé par Orfila, on remarque sur le front, autour des yeux, sur les pommettes, le haut des bras, les épaules, le haut de la poitrine, une éruption de pustules blanches peu nombreuses qui devirent analogues, pour la forme et la marche, à celles de la petite-vérole. Les pustules, dont quelques-unes étaient isolées, la plupart confluentes et faciles à déchirer, furent remplacées par des croûtes épaisses, qui laissèrent des cicatrices très apparentes (ORFILA, *Traité de toxicologie*, 5e édition, p. 404.)

XXII. N. était occupé à pulvériser et à tamiser de l'arsenic, et, quoique dans cette opération il eût pris la précaution de se couvrir la tête et la figure d'un mouchoir, on vit se développer à la suite les accidents suivants : le cuir chevelu était couvert d'un grand nombre de pustules dures et isolées. La figure et les oreilles, énormément enflées, étaient rouges et érysipélateuses, et couvertes de larges vésicules. Mêmes accidents, quoique moins intenses, aux autres parties du corps. Le scrotum, en particulier, était énormément tuméfié et couvert de vésicules qui crevaient rapidement, et prenaient un aspect tout à fait gangréneux. Le malade fut complétement rétabli au bout de quatre semaines. (HORST, *Medic. Zeitung... in Preussen*, 1840.)

XXIII. Un homme de quarante-cinq ans s'empoisonne avec de l'arsenic et meurt le lendemain. Le scrotum était livide et excorié. (FRANQUE, *Med. Jahrbücher für das herzogthum Nassau*, 1846.)

XXIV. Le 10 février 1846, douze personnes sont empoisonnées à Thann, avec de l'arsenic. Le quatrième jour, on constate chez la plupart des malades une éruption qui avait l'aspect de petites am-

(1) Bachmann est cité par Christison. Il a publié d'intéressantes observations sur l'empoisonnement par l'arsenic dans un mémoire qui a dû paraître, s'il faut en croire Harles, dans le tome second des *Commentaires de la Société d'Erlangen*.

« Paris, 21 décembre 1857.

« Je suis arrivé hier, mon cher confrère, le cœur navré, la tête en feu; la lettre qui m'a fait partir si inopinément de Tombouctou m'annonçait que le corps médical se livrait à un affreux débordement de coups de pied et de coups de poing; que l'homœopathie se colletait avec l'allopathie, que celle-ci, malgré son âge vénérable, portait sur elle-même une main homicide, et que nous étions, enfin, en pleine révolution médicale, non pas intellectuelle, mais uniquement physique et corporelle, ce qui est bien plus grave.

» Depuis hier, depuis que j'ai vu de près les choses, le calme est rentré dans mon cœur : d'abord j'ai eu le bonheur de m'assurer par mes yeux que mon aimable voisine et mon séduisant voisin jouissent de la santé la plus printanière, et qu'ils sont restés étrangers à toute autre agitation qu'à celle du plaisir. Quant à l'origine de tant de rumeurs, à peine vaut-elle la peine qu'on en parle. Il est bien vrai que l'homœopathie a colleté un peu l'allopathie, mais c'était uniquement pour affaire personnelle, et les principes ou les intérêts généraux n'ont rien à voir dans ce colletage ; il est bien vrai que le professeur Jobert se serait exprimé un peu librement à l'égard des pancréas extirpés par M. le professeur Bérard, et que l'inspecteur, rompant, avec son aménité habituelle, aurait été fort dur pour son ancien ami qui n'aurait pas été moins désagréable pour son inspecteur; mais tout s'est borné là, et la physique n'a joué aucun rôle dans ces explications scientifiques. Il est bien vrai que M. Heurteloup n'a pas été de la dernière galanterie pour M. Frédéric Dubois, et que les émotions éprouvées par ce dernier ont retenti jusque dans le cabinet de M. le procureur impérial, dont le devoir est de prendre au sérieux devant le public les émotions de cette nature, sauf à en rire sous cape; quant aux voies de fait, il n'y a que ceux qui ne savent pas la signification des mots qui ont pu y croire. Il est bien vrai que M. Chassaignac a fait demander à M. Malgaigne l'explication d'une phrase un peu obscure prononcée dans une leçon de médecine opératoire. M. Malgaigne, avec la bonne grâce qu'on lui connaît, a expliqué comme quoi il n'était pas grand partisan de l'écraseur linéaire, ce qui lui est parfaitement permis, quoique l'écraseur soit dans beaucoup de cas un précieux instrument et la méthode de l'écrasement une découverte utile ; enfin, il paraît vrai (mais de ceci je n'en réponds pas, n'ayant encore pu aller jusqu'à Montpellier depuis mon retour), qu'un jeune agrégé chimique de cette antique Faculté aurait fait de sa main un pilon et de la figure de son professeur un mortier; j'ai peine à croire qu'une chimie aussi matérielle ait pu s'opérer dans un amphithéâtre vitaliste ; aussi ne vous annoncé-je que sous toutes réserves un phénomène aussi étrange. — En résumé, vous voyez, que s'il y a eu beaucoup de bruit et de fumée dans Landerneau, il

poules semblables à celles que produisent les orties, ou de petits boutons comme dans les affections miliaires. (*Journal de chimie médicale*, 1846).

XXV. Le 13 mai 1847, J. M. s'empoisonne volontairement avec une cuillerée à café d'acide arsénieux. Les accidents habituels se développent rapidement : le 17, dysphagie, ulcérations de la gorge qui augmentent le lendemain.

Le 19, sur le côté gauche de la figure, région parotidienne, tumeur érysipélateuse. Le 20, elle se couvre de nombreuses vésicules, pleines de sérosité jaunâtre, et la tumeur s'étend jusqu'au nez et à la bouche.

Le 21, la tumeur augmente et se couvre de nouvelles vésicules. Le 23, l'érysipèle se couvre de croûtes; desquammation; cinq ulcérations superficielles sur le bord de la langue. Le 25, nouvelles vésicules sur l'oreille gauche. Le malade est guéri les jours suivants. (SPENGLER, *Henke's Zeitschrift*, 1848.)

XXVI. Miss Wooler est empoisonnée par son mari à partir du 1er mai, à l'aide de lavements arsénicaux frequemment répétés. Le 30, la bouche et les lèvres étaient excoriées. Au 8 juin, ces excoriations avaient notablement augmenté, et étaient très douloureuses. Le 13, la figure et les bras se couvrent d'une éruption qui prend peu à peu le caractère d'un eczéma. Le 23, bout de la langue ulcéré, palais couvert de papules ou de pustules. (CHRISTISON, *Edinb. med. journal. January*, 1856.)

Depuis plusieurs années, je me suis livré à de nombreux expériments physiologiques et thérapeutiques sur diverses préparations arsénicales (acide arsénieux, teinture de Fowler, arséniate de fer, etc.). J'espère pouvoir les publier un jour dans un travail complet sur l'arsenic. On touvera dans un mémoire sur la *paralysie arsénicale* qui doit paraître très prochainement dans la *Gazette médicale*, une observation très curieuse d'exanthème papuleux produit par l'arséniate de fer; en voici une autre non moins intéressante que j'extrais de mes notes :

XXVII. Marie Lassalas, seize ans, domestique, entrée le 10 octobre 1854 à l'Hôtel-Dieu de Clermont, salle Sainte-Marie, n° 18. Cette jeune fille, fraîche et bien portante, offre quelques traces légères de chlorose.

Dès le premier jour de son entrée, elle prend quatre gouttes de teinture de Fowler dans cent grammes de véhicule, en quatre doses dans la journée.

A partir du 16, je constate les symptômes suivants : un peu de larmoiement, enchiffrènement avec voix nasonnée, coryza fluent très notable; a eu un peu d'épistaxis pendant la nuit.

17. Fortement enrhumée; a toussé toute la nuit. La gorge et les amygdales sont rouges.

20. Il est survenu dans la nuit, sur tout l'avant-bras gauche, une éruption confluente de petits boutons rouges papuleux, gros comme la tête d'une épingle. Il y a deux jours, ces boutons étaient sortis, puis rentrés, au dire de la malade.

21. Même éruption accompagnée de beaucoup de démangeaison, même enchiffrènement et larmoiement.

22. L'éruption de l'avant-bras devient encore plus considérable; l'intensité de l'éruption me fait cesser la potion de Fowler.

23. L'avant-bras est tout rouge, couvert de papules très petites et très confluentes; c'est comme si elle avait la chair de poule.

24. Même rougeur de l'avant-bras avec enflure considérable et douloureuse.

25. Depuis plusieurs jours même éruption plus discrète aux deux joues, à la main et au poignet droit, avec démangeaison notable.

Les jours suivants, ces diverses éruptions se flétrissent peu à peu. Il s'y établit une desquammation légère. Le coryza a persisté tout le temps. Sortie le 4 novembre, sans trace d éruption.

Après les faits viennent les témoignages, et ils sont nombreux. Il faut d'abord interroger les médecins allemands qui ont écrit sur les maladies des ouvriers employés aux mines de cobalt arsénifère.

Henckel (*Von der Bergsucht und Hüttenkatze*; Freyberg, 1728, p. 97) parle d'éruptions miliaires comme précédant et amenant la phthisie pulmonaire, si fréquente chez les mineurs.

Scheffler, qui a fait dans le siècle dernier un traité sur l'hygiène des mineurs (*Gesundheit der Berglente*; Chemnitz, 1770) note parmi les nombreux symptômes arsénicaux, les vésicules et les ulcérations de la bouche et de la langue, les ulcérations des aisselles et des parties génitales, et même des ulcérations cancériformes à cette dernière région.

Klinge, autre médecin des mines arsénifères (*Journal de Hufeland*, t. VI), affirme que les ouvriers qui manient le minerai riche en arsenic sont habituellement atteints d'ulcérations aux aisselles et entre les cuisses.

Je regrette de ne pas avoir pu encore me procurer une excellente monographie sur les maladies métallurgiques observées dans les mines du Harz, mines essentiellement arsénifères. Ce traité tout récent a pour auteur le médecin allemand Brockmann (*Die metallurgischen Kraukheiten des Oberharzes*; Osterrode

---

n'y a eu que peu de besogne et de feu, et j'en suis à regretter amèrement d'avoir si soudainement quitté les Tombouctiens qui avaient encore plusieurs choses utiles à m'apprendre. Je me propose de leur faire prochainement une seconde visite.

—

» Ah! je ne dois pas oublier une aventure qui m'est arrivée en descendant de chemin de fer, ou plutôt un mot que j'ai recueilli de la bouche d'un académicien et que je me suis empressé de consigner sur mes tablettes, comme on doit le faire de tous les mots qui tombent des bouches académiques.

» Je courais à toutes jambes après une voiture, quand je heurtai dans la rue un homme qui courait non moins alertement malgré son âge mûr: cet homme était un académicien; le choc qui résulta de notre rencontre nous fit lever réciproquement la tête. — Mille pardons, Monsieur, m'écriai-je à l'aspect d'un faciès académique; je ne me serais jamais douté qu'un immortel pût marcher d'un pas aussi peu grave; votre client est donc bien en danger? — Il s'agit bien de clients! je cours chez mon notaire, faire ajouter une clause à mon testament. — A votre testament! y pensez-vous? vous n'avez donc pas ce matin jeté les yeux sur une glace? — Il n'y a pas de glace qui tienne; le pied le plus léger est sujet à trébucher, et je ne veux pas m'exposer à me faire tailler, après ma mort un paletot par M. Frédéric Dubois. — Que voulez-vous dire? — Comment ce que je veux dire? vous n'avez donc pas lu l'*éloge* de Magendie? — Je n'ai pas encore eu ce plaisir, il est vrai; est-ce que cet éloge porte atteinte à la vérité? — Comment! à la vérité, est-ce que vous seriez de ceux qui pensent qu'un *éloge* doit être une vérité! Ce n'est pas l'embarras, cette pernicieuse doctrine fait chaque jour des prosélytes; aussi, dans la crainte qu'elle ne s'établisse définitivement, je vais me mettre à l'abri de ses déplorables effets : je m'en vais de ce pas écrire sur mon testament que je m'oppose formellement à ce qu'on prononce mon éloge après ma mort. De mon vivant, tant qu'on voudra, j'ai la police correctionnelle pour me protéger; mais après la mort, je défends qu'on parle de moi. — Mais, monsieur, et l'histoire... Mon académicien était loin; il n'entendit pas ces derniers mots.

—

» A quelques pas de là, je rencontrai un autre académicien : Vous savez la nouvelle? me dit-il. — J'en sais beaucoup lui dis-je; de laquelle voulez-vous parler? — Notre secrétaire annuel nous quitte; ses occupations ne lui permettent plus de remplir les pénibles fonctions du secrétariat. — Tant pis, lui dis-je; c'est une grande perte pour l'Académie; il sera difficile de trouver réunis au même degré le

1851). On doit y trouver probablement la confirmation de ces faits divers.

Hahnemann, qui a composé sur l'empoisonnement par l'arsenic un traité qui est encore à cette heure ce qu'il y a de plus complet sur la matière, sauf les découvertes récentes en analyse toxicologique *Uber die arsenik vergiftung*; Leipzig, 1786); Hahnemann, dis-je, n'a pas manqué de signaler les éruptions arsénicales; il parle de l'éruption miliaire qui quelquefois est générale, et indique comme témoignage l'observation de Guilbert précédemment citée, et un grand nombre d'autres que je n'ai pu vérifier directement (1).

A propos de l'exanthème arsénical décrit par Hahnemann, Harles, qui a emprunté la plus grande partie de sa monographie (*De usu arsenici; Norimberg.* 1811) au célèbre fondateur de l'homœopathie, nie l'existence de ces éruptions soit générales, soit locales, parce que ni lui, ni ses amis n'ont vu pareille chose. Ce médecin allemand, bien plus érudit qu'observateur, outre les faits indiqués par Hahnemann, pouvait encore trouver la démonstration de cette action physiologique de l'arsenic dans les nombreux documents qui avaient paru sur cette question en 1786.

MM. Trousseau et Pidoux, dans leur chapitre sur l'arsenic, se sont contentés de copier Harles, ajoutant avec assurance que ces symptômes arsénicaux ne sont que des *rêveries* d'homœopathes hypochondriaques : il n'y a qu'un inconvénient à cela, c'est que l'histoire de ces éruptions avait devancé de beaucoup l'aurore de l'homœopathie; et c'est ainsi qu'*on écrit l'histoire*... des médicaments.

Les toxicologistes modernes, et en fait de pharmacodynamie, on peut avoir confiance dans leurs nombreux et beaux travaux, n'ont pas accepté les négations de Harles, *répétées* et *embellies* par MM. Trousseau et Pidoux.

(1) Voici les auteurs indiqués par Hahnemann : *Medical essays and obs.* (Edimb., 1747), vol. IV, p. 41. — *Gazette salutaire.* 1762, n. 6. — *Breslauer Sammlung.*, vers. 33, p. 227. — *Acta N. C.* vol. II, obs. 10. — *Biərling Thesaur.*, obs. 1, § 6, p. 5. — *Quelmalz. commerc. litt. nor.* 1737, p. 220. — *Valentini Pandect. med. leg.*, part. 1, sect. 3, pp. 335, 354. — *Fel. Plater observ. man tiss.*, obs. 38, p. 82. — Il faut ajouter ici *Fowler*, qui a donné son nom à une préparation arsénicale, et qui, dans ses nombreux expériments avec elle, a signalé parmi ses effets l'éruption ortiée.

Christison dit que dans l'empoisonnement arsénical on a remarqué diverses éruptions, surtout chez ceux qui survivent plusieurs jours de suite; qu'elles sont encore plus fréquentes chez ceux qui vivent une semaine et plus après l'empoisonnement; qu'elles sont de différentes natures : pétéchiales, morbilliformes, miliaires rouges ou vésiculeuses, et il cite à ce sujet les observations de Guilbert et du journal de Henke.

Mêmes renseignements dans la *Toxicologie* d'Orfila.

Voici encore un document important :

Le médecin allemand Bramer (journal de Casper, 1840) raconte que chez les ouvriers employés dans différents arts à pulvériser, tamiser l'arsenic, etc., il survient une éruption de vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, ou d'un pois, comme dans la gale ordinaire; que, par suite de la démangeaison et de l'action de gratter, ces vésicules se détruisent et sont remplacées par une croûte mince.

L'éruption affecte de préférence le scrotum et les parties des jambes où la peau est fine; dans les cas plus graves, elle attaque aussi les autres endroits de la peau qui transpirent facilement. Au bout de six à huit jours, cette éruption disparaît peu à peu.

On trouvera encore la confirmation de tous ces faits dans les thérapeutistes étrangers, Pereira, Hunt, Werber, OEsterlen, etc., et l'on fera bien de consulter aussi le journal allemand de Goschen (*Deutsche Klinik*, 1852, n° 43, et 1853, n°s 5, 26), où les docteurs Basedow et Krahmer ont engagé une polémique au sujet des accidents causés par l'arsenic employé dans les arts.

Après avoir indiqué la plupart des auteurs qui ont parlé des éruptions arsénicales, je tiens à donner un tableau général de ces éruptions. Ayant été à même de constater souvent dans mes expériments physiologiques la plupart des formes exanthématiques de l'arsenic, je compléterai l'observation antérieure par mon observation personnelle; je dirai ce que j'ai vu.

Je ne parlerai point de divers symptômes qui apparaissent à la peau comme la démangeaison, les douleurs brûlantes, la desquammation générale ou locale sans préexistense d'exanthème et l'œdème : ce sont là autant de symptômes appartenant essentiellement à l'histoire de l'arsenic et qui ressortent de très nombreuses observations. J'aborde immédiatement les éruptions proprement dites :

A. *Éruptions pétéchiales ou ecchymoses* signalées par Schulze,

---

zèle, le talent, et l'aménité. A-t-on jeté les yeux sur un candidat? — On en a même eu plusieurs en vue : — D'abord, M. Chailly; mais il tient trop à ne paraître en public que ganté, et le bureau a trouvé cette tenue trop cérémonieuse; — ensuite M. Robert; le choix était excellent; mais le savant collègue a refusé par les mêmes raisons que M. Depaul; — ensuite M. Desportes; mais il contrarie trop souvent le secrétaire perpétuel; — ensuite, M. Malgaigne, c'était prendre la pie au nid; mais il a été jugé trop féroce sur le chapitre de la ténotomie: — ensuite, M. H. Bouley; c'était presque aussi bien; mais le zèle du jeune académicien a paru plus douteux que son talent; — on a songé à beaucoup d'autres encore, mais les *mais* se présentaient en foule; de guerre lasse, on a pensé à M. Devergie qui, en sa qualité d'homme très fort sur le droit, a *paru devoir être* fort, en proportion, sur le devoir. — Ainsi soit-il, répondis-je en m'inclinant. Permettez-moi d'aller voir ce qui se passe au quartier Latin.

» TARDIVEAU,

» 22, rue Monsieur-le-Prince. »

Pour copie conforme,

A. L. ROUX

BIBLIOGRAPHIE.

M. Leod, Méau, Franque, Hahnemann, Christison ; elles paraissent affecter de préférence le tronc et les parties génitales. Je n'ai pas été à même de les constater dans mes expérimentations physiologiques.

B. *Éruptions papuleuses* (Hahnemann, Christison.) Ces papules que quelques auteurs ont comparées à l'éruption morbilleuse, ressemblent bien plutôt à ces syphilides du visage que tout le monde connaît ; elles ont cependant une teinte moins cuivrée. Leur lieu d'élection se trouve au cou, au visage ; je les ai vues aux mains ; elles sont en général peu nombreuses et discrètes. Je les ai vues débuter par des groupes de papules rouges, grosses comme de petites têtes d'épingle ; ces papules se confondent plus tard pour faire des papules larges comme une lentille et plus. Elles n'ont guère plus de six à huit jours de durée et disparaissent successivement avec une desquammation légère furfuracée. J'ai vu aussi quelquefois sur le cou et les membres de larges taches rouges, diffuses et disséminées.

C. *Éruptions ortiées* (Fowler, Hahnemann, Gendrin, Orfila, etc.). — C'est une des formes d'exanthème arsénical les plus fréquentes. J'ai vu souvent les sujets arsénicisés accuser des boutons apparaissant à la figure, au col et sur les membres, et disparaissant dans la même journée. Une jeune fille que je traitais, il y a quelques jours, par l'arséniate de fer, m'a offert, pendant deux jours consécutifs, dans toute la longueur des quatre membres, une fort belle éruption ortiée confluente. Les boutons étaient blancs, légèrement rosés, et uniformément grands comme des lentilles ; ils étaient en même temps accompagnés d'une démangeaison considérable.

D. *Éruptions vésiculeuses*. (Boërhave, Guibert, Bouteille, Hahnemann, Barrier, Desgranges, Hohnbaum, Christison, Braemer, etc.). — On les a comparées à celles de la gale, de la miliaire blanche et rouge, de l'eczéma, mode d'éruption très fréquent qu'il m'a été donné de voir souvent.

E. *Éruptions érysipélateuses*. (Desgranges, Schulze, Kellie, Horst, Spengler, etc.) — L'érysipèle arsénical est souvent vésiculeux ; il se développe aussi bien par l'emploi interne que par l'emploi externe de l'arsenic. Je n'ai encore employé l'arsenic qu'à l'intérieur, et j'ai vu plusieurs fois l'érysipèle partiel de la face, surtout, borné aux paupières.

F. *Éruptions pustuleuses*. (Dehenne, Christison, Schindler, Horst, Orfila, etc.) — On les a comparées à celles de la variole ; elles se terminent par croûtes ou par ulcérations, et laissent des cicatrices.

G. *Ulcérations*. (Guilbert, Scheffler, Hahnemann, Schulze, Klinge, Christison, Schindler, Franque, Spengler, Orfila, etc.) — Ces ulcérations ont été rencontrées à la tête, aux membres, au scrotum, sur la langue, les lèvres et au gosier ; elles paraissent avoir pour point de départ des pustules (Schindler) qui se déchirent promptement pour faire place à des surfaces ulcérées.

H. *Gangrène*. (Bachmann, Sonderland, Kaiser, Horst, Franque, etc.) — Signalée souvent aux parties génitales.

Je n'ai jamais vu dans mes expériments physiologiques ces trois dernières formes éruptives. Ainsi que la forme pétéchiale, elles me paraissent survenir de préférence dans les cas où l'arsenic a été administré à doses toxiques, maximum que je n'ai pas dû naturellement aborder. — Le lieu d'élection des éruptions arsénicales est multiple ; c'est habituellement la figure, le col, les membres, le haut de la poitrine et les parties génitales.

L'arsenic paraît avoir surtout une action élective remarquable sur les parties génitales, fait qui avait été observé par Stahl : *Deindè accedit ferè in viris specialissima repentina sphacelatio, et post mortem præceps putredo in genitalibus* (Opuscul. chymica, p. 454). Cette rapidité dans la manifestation de la gangrène et sa localisation aux parties génitales se trouvent confirmées par les observations VIII, XI, XII, XVII, XIX, XXII, XXIII, précédemment citées.

De tout ce qui précède, il résulte qu'en bonne conscience historique, on ne peut pas accorder à MM. Blandet et Follin la priorité de la découverte des éruptions arsénicales ; ils n'ont fait qu'ajouter d'intéressantes observations à l'observation antérieure, qui en avait déjà tracé l'histoire. On doit surtout remercier M. Blandet d'avoir provoqué l'intéressant mémoire de M. Chevallier sur les maladies des ouvriers qui préparent et manient le vert arsénical. On trouvera dans ce mémoire beaucoup de faits qui confirment en partie ce que j'ai dit au sujet des éruptions arsénicales.

Est-il besoin d'ajouter que les éruptions arsénicales sont un fait incontestable de pharmacodynamie, malgré les dénégations aventureuses de quelques auteurs !

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 15 décembre 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

(Suite et fin.)

Mais M. Magendie s'était imaginé que, pour faire rentrer la physiologie dans l'ordre des sciences physiques, il devait procéder à son enseignement absolument comme on le fait dans les cours de physique et de chimie, c'est-à-dire marcher d'expériences en expériences faites sous les yeux des assistants. Or, comme les phénomènes que M. Magendie se proposait de faire connaître, tout physiques qu'il les prétendait, ne pouvaient se produire que sous l'influence de la vie, c'était sur des animaux vivants qu'il pratiquait toutes ses expériences. Les habitudes et le langage étaient, du reste, dans son amphithéâtre, ceux qu'on retrouve dans les laboratoires de physique et de chimie. Le professeur avait ses préparateurs, ses appareils et ses réactifs ; il y avait des animaux qu'on disait en expérience, et quand on s'était contenté de leur enlever une moitié du cerveau, on les réservait pour une séance suivante. Il n'y avait de différences que dans les corps soumis aux expérimentations : pour les uns, c'était des corps inertes et inorganiques, pour les autres des corps organisés et vivants ; ici on produisait des effervescences et des précipités ; là on produisait des mouvements, de la douleur et des cris !

C'est là ce que M. Magendie appelait faire de la physiologie expérimentale, et on l'a félicité d'avoir le premier établi parmi nous ces cours qu'on appelle des cours de vivisections. Aurait-il trouvé ailleurs, je ne dis pas la même approbation, mais la même tolérance ? Ce qui lui arriva à lui-même à peu de temps de là ne le fait pas présumer. Il avait passé le détroit pour aller visiter les savants de la Grande-Bretagne ; bien accueilli partout, il s'était mis à répéter dans un amphithéâtre public, à Londres, quelques-unes des scènes du Collége de France ; mais tout aussitôt des clameurs parties du sein de la Société protectrice des animaux (1) le dénoncèrent à la Chambre des communes. La Chambre prit au sérieux cette dénonciation, et on ne parlait rien moins que d'expulser le physiologiste français, en vertu de l'*alien bill*, lorsqu'un membre influent, M. Mackintosch prit sa défense, et la Chambre passa à l'ordre du jour.

Mais cette sanglante réputation que s'était faite M. Magendie avait été bien au delà : la Pensylvanie elle-même s'en était émue. M. Cl. Bernard raconte qu'assistant un jour M. Magendie dans une de ses expériences, ils virent entrer un homme d'âge respectable, grand, vêtu de noir, et gardant sur sa tête un chapeau à larges bords ; c'était un quaker : « Je demande, dit-il, à parler à Magendie. » M. Magendie s'étant désigné : « J'avais entendu parler de toi, reprit-il, et je vois » qu'on ne m'avait pas trompé ; on m'avait dit que tu fais des expé» riences sur des animaux vivants ; je viens te voir pour te deman» der de quel droit tu agis ainsi, et pour te dire que tu dois cesser » ces sortes d'expériences, parce que tu n'as pas le droit de faire » mourir des animaux, ni de les faire souffrir, et parce qu'ensuite tu » donnes un mauvais exemple, que tu habitues tes semblables à la » cruauté. »

Vous trouverez peut-être, messieurs, que ces paroles n'étaient pas tout à fait dénuées de raison, et qu'il était assez difficile d'y répondre. M. Magendie s'en tira comme font, en pareil cas, tous les expérimentateurs, et ceux

(1) *Society for prevention of cruelty to animals.*

Qui sur les animaux
Se font un chimérique empire.

Il répondit que ses expériences avaient pour but, ce qui était vrai, et pour résultat, ce qui l'était un peu moins, d'être utiles à l'humanité ; que le physiologiste est mû, dans ses vivisections, par la pensée de faire des découvertes utiles à la médecine; il ajouta que Harvey n'aurait pu découvrir la circulation, s'il n'avait fait des expériences sur les biches du parc de Windsor, et puis il lui parla de la chasse et de la guerre.

On comprend tout ce qu'aurait pu répliquer cet honnête quaker; sans doute, Harvey avait dû faire des expériences sur des animaux vivants, mais il n'en fit qu'un très petit nombre, et toutes décisives, comme il appartient au génie. Haller, le grand Haller, en fit moins encore, et toujours avec une invincible répugnance, toujours avec d'amers regrets.

Mais M. Magendie était trop épris de l'expérimentation pour avoir ces scrupules; et celui-là, sans doute, n'aurait excité de sa part qu'un sourire, qui, au lieu des injonctions du missionnaire américain, lui aurait adressé ces paroles d'un poète persan, l'Homère de son pays :

« Approuves-tu donc et peux-tu concilier ces deux choses, que tu » aies reçu la vie et que tu l'enlèves à un autre; ne fais pas de mal » à une fourmi qui traîne un grain de blé, car elle a une vie, et la » douce vie est un bien. »

Que si cependant, messieurs, le droit de faire des expériences sur des animaux vivants a pu être sérieusement contesté, que dire d'expériences semblables faites sur l'homme lui-même, et que faudrait-il penser de M. Magendie si, comme on l'a prétendu, entraîné par la passion de la science et par l'irrésistible désir de surprendre la nature à l'œuvre dans ce laboratoire vivant, il avait osé porter les mains sur des malades, dans le seul but d'expérimenter? Ici, messieurs, sans prétendre justifier de tout point M. Magendie, je dirai que ce qu'il a fait, il l'a fait au grand jour, devant de nombreux témoins, et que, fort de ses bonnes intentions, c'est lui-même qui a raconté comment les choses se sont passées (*Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, t. III, p. 29, 30 et 116); j'ajouterai que c'était sur des malades voués à une mort certaine, inévitable, qu'il s'est permis ces deux ou trois tentatives; qu'il avait la conviction qu'aucune opération ne pouvait leur être préjudiciable, et que loin de craindre de hâter ainsi leur fin, il croyait pouvoir prolonger leur vie de quelques instants. Mais je dois m'arrêter ici, et pour terminer dignement sur ce point, comme sur les hécatombes qui se succédaient dans l'amphithéâtre du Collége de France, je me bornerai à citer les belles et touchantes paroles que ces sortes de faits ont inspirées au savant et modeste M. Littré dans une page sur M. Magendie :

« La physiologie, a dit M. Littré, se croit obligée de soumettre à ses expériences destructives des êtres organisés et vivants; mais la raison humaine doit s'interposer pour réduire, dans les limites les plus étroites, cette destruction inévitable et fatale.

» Une science qui exige le sacrifice des animaux ne doit pas verser capricieusement le sang et prodiguer la douleur; il est bon, je dirai même il est beau, pendant que l'esprit embrasse la rigoureuse fatalité qui détruit les existences, que le cœur maintienne ses droits. Celui qui veut interpréter les mystères de la vie, de la souffrance et de la mort, doit avoir l'esprit élevé, l'âme miséricordieuse et les mains innocentes. »

Maintenant, messieurs, que nous vous avons montré M. Magendie dans son amphithéâtre, devant ses élèves, nous allons le suivre dans son hôpital, au milieu de ses malades. Immédiatement après son prosectorat, M. Magendie s'était présenté au bureau central des hôpitaux, et le 15 juillet 1818, il avait été proposé par le jury de concours pour une place de médecin. Un arrêté ministériel du 7 août suivant approuva sa nomination; son stage y fut d'assez longue durée, car ce n'est qu'en 1826, le 12 juillet, qu'il fut proposé pour la place de médecin suppléant à l'hospice de la Salpêtrière. Puis, quelques années s'étant écoulées, en 1830, nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, il demeura attaché à ce service pendant plus de quatorze ans; ce ne fut, en effet, qu'en 1845 qu'il prit sa retraite, avec le titre de médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Sans s'être jamais précisément distingué par son activité dans le service des hôpitaux, M. Magendie avait d'abord pris au sérieux ses fonctions de médecin, et pendant quelques années on le vit s'occuper du traitement des maladies; il avait même publié un formulaire qui eut un grand nombre d'éditions; il est vrai qu'il n'y est guère question que de substances très actives, et que c'était plutôt comme expérimentateur que comme médecin qu'il les avait employées, mais enfin il le recommandait aux praticiens et avec raison, c'était un livre utile. A peu près à la même époque, il avait publié un Traité de la gravelle qui offrait quelques vues neuves, et qui fut très remarqué.

Mais M. Magendie n'en resta point là, à mesure que ses idées en physiologie se prononçaient dans un sens qu'il regardait comme positif, ses idées en médecine prenaient une autre direction. Il semble que, dans ce travail de sa pensée, il s'était attaché à prendre le contre-pied du célèbre fondateur de la médecine dite physiologique ; Broussais aussi avait voulu déduire sa médecine de la physiologie de son temps qui était celle de Bichat, mais sa thérapeutique n'en était devenue que plus ferme et plus active; la physiologie avait fait de lui un croyant et presque un fanatique, tandis que la physiologie que s'était faite M. Magendie avait fait de lui d'abord un sceptique, puis un parfait incrédule.

La raison, messieurs, en est facile à comprendre ; tout en partant de quelques principes physiologiques, Broussais tenait compte de l'observation clinique, il ne perdait point de vue ses malades. M. Magendie, au contraire, fort de ses principes, avait fini par ne plus tenir compte que de l'expérimentation directe, de sorte que l'un faisait de la médecine au lit des malades, et l'autre dans son amphithéâtre. On peut même dire que M. Magendie avait fini par transporter la pathologie tout entière sur sa table à vivisections; il prétendait, en effet, qu'il pouvait ainsi reproduire sur les animaux et à volonté toutes sortes de maladies, particulièrement des typhus, des fièvres jaunes, des choléras, et qu'il obtenait par ce moyen, des notions beaucoup plus exactes et plus précises que celles qu'on peut avoir au lit des malades.

Aussi avait il à peu près abandonné son service d'hôpital, et ne faisait-il plus à l'Hôtel-Dieu que de courtes et rares visites; c'étaient ses internes qui, en son absence, et pour soulager les malades, prenaient sur eux de pratiquer quelques saignées et d'administrer quelques médicaments. M. Magendie n'y mettait pas d'empêchement; mais c'était de leur part une prétention qui le faisait sourire. On voit bien, leur disait-il quelquefois, que vous n'avez jamais essayé de ne rien faire !

En ville, dans les consultations avec les confrères, il ne faisait aucun mystère de sa parfaite indifférence pour toute espèce de médications. Si quelque jeune praticien, plein de foi dans son art, insistait avec chaleur pour lui faire approuver tel ou tel moyen de traitement; M. Magendie n'y mettait pas d'opposition, il se contentait de répondre : « Si cela vous amuse, faites-le. »

Tel était, messieurs, le scepticisme à la fois railleur et impuissant auquel cette médecine d'amphithéâtre avait conduit M. Magendie; voyons maintenant ce que ce même genre d'observation en avait fait; non plus comme médecin praticien, mais comme savant consulté sur de graves questions de salubrité et d'hygiène publique.

Longtemps avant l'époque à laquelle nous sommes arrivés, M. Magendie, en sa qualité de membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, avait été chargé, et à différentes reprises, de procéder à l'examen de questions qui intéressaient la santé publique; il avait rempli ces missions avec sa rigueur et son habileté ordinaires. D'intéressantes recherches ont été ainsi consignées par lui dans des rapports très étudiés; il nous suffira de citer le rapport qu'il fit à l'Académie des sciences sur la gélatine considérée au point de vue de l'alimentation.

Ces travaux avaient eu un certain éclat et c'est sans doute à raison de cette circonstance que le gouvernement, dans ces dernières années, avait chargé M. Magendie de présider le comité consultatif d'hygiène publique.

Bien que déjà très souffrant de la maladie qui devait le conduire au tombeau, M. Magendie remplit ces nouvelles fonctions avec un zèle et une exactitude tout à fait louables, mais ses devoirs ici n'étaient plus ceux d'un simple rapporteur de commission, d'un expert tenu seulement à constater expérimentalement la réalité de quelques faits particuliers; il avait à diriger et à résumer les délibérations d'un corps placé comme un conseil près du gouvernement et appelé à donner son avis sur les plus hautes questions d'hygiène; or, M. Magendie arrivant là avec ce scepticisme qui n'excluait pas bon nombre de préjugés, oubliait quelquefois de diriger les débats pour se livrer à de vives dénégations, ou pour montrer que tout n'était que doutes et incertitudes.

Le gouvernement par exemple, venait-il à demander l'avis du comité sur les mesures à prendre pour prévenir l'importation de quelque grave épidémie, le président commençait par contester l'utilité de toute espèce de mesure; et comment aurait-t-il pu donner son assentiment à une mesure quelconque, lui qui ne croyait à l'importation d'aucune maladie? Aussi était-il pris d'une véritable indignation lorsque, dans les discussions, on venait à prononcer le mot de contagion, et surtout lorsqu'on attribuait cette propriété soit au choléra, soit à la fièvre jaune, ou même à la peste.

Quant au typhus des armées, qu'il avait pu observer en 1814, il n'était pas éloigné d'admettre que l'agent morbifique peut passer d'un individu malade dans un individu sain, mais c'était à la condition qu'on lui concéderait que cet agent ne peut ainsi se transmettre que par voie d'*imbibition*. Il en était de même pour la variole, la rougeole, la scarlatine et la coqueluche. M. Magendie ne niait pas absolument leur transmission d'individu à individu, mais pour sauvegarder sa réputation de physiologiste positif, c'était encore à la condition qu'on reconnaîtrait avec lui que le germe de la maladie s'introduit dans l'organisme par *imbibition !*

On pense bien qu'avec des idées de cette nature, M. Magendie, dans le sein du comité, ne devait pas se montrer grand partisan des mesures prises par les différents gouvernements pour mettre les populations à l'abri des maladies réputées contagieuses; chaque fois, en effet, qu'il était question de quarantaines, de cordons sanitaires et de lazarets, M. Magendie ne manquait pas de se récrier et de pro-

tester; c'était là, disait-il, des restes de barbarie, des institutions gothiques, indignes de notre époque! Mais, comme à ses protestations M. Magendie n'ajoutait aucun raisonnement propre à infirmer les faits allégués, le comité, tout en respectant les convictions de son président, passait outre, et n'en donnait pas moins son assentiment à des mesures qui devaient assurer la santé publique et qui, d'ailleurs, se trouvaient modifiées en raison des progrès de la science.

Ceci se passait, messieurs, dans ces dernières années; M. Magendie, membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine depuis 1821, jouissait du fruit de ses longs travaux; il avait été nommé commandeur de la Légion d'honneur; suppléé dans ses leçons au Collége de France, il n'en restait pas moins entouré d'élèves dévoués, pleins de respect et de déférence pour sa personne, toujours attentifs à la parole du maître; presque tous les savants étrangers qui visitaient notre pays tenaient à honneur de lui être présentés; c'était une haute fortune scientifique bien méritée assurément, mais qui avait un peu gâté M. Magendie; elle avait altéré en lui un caractère naturellement serviable et généreux; ce n'était plus ce jeune professeur particulier que nous avions tous connu plein d'aménité et de prévenance, de mœurs polies et élégantes; aimable encore quand il le voulait, il s'était donné toutes les apparences d'un de ces vieux savants qui semblent croire qu'une brusquerie hautaine et qu'une rudesse habituelle sont des conséquences obligées de leur position; et cependant, au fond, je me plais à le dire, il n'avait de haine pour personne; ce n'était qu'en public et officiellement qu'il affectait ces formes acerbes; rentré chez lui, au milieu des siens, il redevenait un excellent homme, d'une humeur toujours égale et charmante.

Sa sollicitude pour les élèves qui l'aidaient dans ses travaux et qui s'étaient exclusivement attachés à sa personne était incomparable; loin de prendre quelque ombrage de leurs succès, d'en concevoir quelque envie, de redouter enfin ces réputations naissantes, M. Magendie était le premier à faire valoir leur travaux et à les encourager. C'étaient autaut d'aspirants à sa succession scientifique, il le savait, et cependant il se répandait en éloges sur leur mérite et n'en restait pas moins leur plus ardent protecteur.

Ces amitiés, les seules qu'il pût avoir, lui demeurèrent fidèles quand vinrent pour lui les jours de solitude, d'ennuis et de souffrances. Depuis plusieurs années, M. Magendie se plaignait d'une grande difficulté de respirer; il ne faisait plus que de courtes apparitions à l'Académie des Sciences, disant que la salle des séances était mal construite et privée d'air; ces symptômes avaient pris une grande intensité dans les premiers mois de 1855; ils annonçaient, à n'en pas douter, quelque grave lésion organique du cœur; mais à quelles étranges illusions ne peuvent pas se laisser aller les esprits les plus fermes et les plus clairvoyants! Pour tout autre, M. Magendie ne s'y serait point trompé : il aurait vu, dans cet ensemble de phénomènes qu'il aurait appelé physiques, une de ces lésions matérielles qui apportent un empêchement à la libre circulation du sang; mais il s'agissait de lui-même, et il connaissait l'épigraphe menaçante du livre de Corvisart.

Aussi, dans son désir de ressaisir l'existence, on le vit se rattacher à des idées qu'il avait combattues pendant toute sa vie; c'était comme un dernier rameau vers lequel il tendait la main. « Tous ces accidents, disait-il, devaient tenir à quelque principe goutteux qui, après avoir cheminé dans l'économie, après avoir pris toutes sortes de formes, avait fini par se jeter sur les organes de la circulation et de la respiration. »

On sait combien sont cruelles les approches de la mort quand elle est amenée par une maladie du cœur; M. Magendie les a supportées avec une grande force d'âme. Lorsque enfin il comprit qu'il n'avait plus rien à espérer, assis sur son lit de douleur, il attendit avec une sombre résignation le moment fatal : ce fut une longue agonie, un spectacle déchirant pour ceux qui l'entouraient, et qui ne se termina qu'après de longues souffrances, le 8 octobre 1855.

Ainsi s'éteignit, messieurs, cette vie qui, pendant près d'un demi-siècle, s'était mêlée si activement et si diversement à presque toutes les questions soulevées dans le monde médical.

Toutes les heures, tous les instants de cette vie avaient été consacrés au service de la science, et, il faut le dire à sa louange, M. Magendie a montré en cela un zèle, une ardeur, une constance qui ne s'est jamais démentie; avec un peu plus d'érudition et un peu plus de confiance dans le savoir et l'habileté des autres, il se serait épargné bien des travaux; mais cet esprit soupçonneux et négatif voulut tout reprendre, tout voir, tout examiner par lui-même : c'était comme une agitation perpétuelle qu'il soulevait autour de lui, agitation quelquefois déplacée et blessante, mais qui, en définitive, n'était point stérile, car elle entretenait dans la science un mouvement salutaire.

Ajoutons que cet esprit de recherches et de libre examen n'est point descendu avec lui dans la tombe : comme il avait une méthode, il avait formé une école, et cette école, demeurant après lui, n'a point laissé éteindre avec la vie du maître l'ardeur qu'il avait excitée.

Mais ce culte de l'expérimentation, ce culte exclusif qui devait produire et qui a produit de si précieuses notions dans la science, avait fini, nous l'avons vu, par égarer le physiologiste, par effacer le professeur et par supprimer le médecin.

Sans doute, il faut expérimenter et directement observer pour arriver à la vérité; mais il faut le faire avec mesure et avec discernement. M. Flourens l'a dit en termes exquis : « L'art des expériences n'est pas dans le nombre des expériences; il est un art de les raisonner, de les combiner, de les varier, de les multiplier à propos, d'en faire peu d'inutiles, et pour cela de n'en faire que de décisives, mais cet art délicat, profond, cette force nouvelle de la pensée, ce grand art ne sera jamais dans chaque siècle que le partage heureux de quelques esprits d'élite. »

M. Magendie ne l'entendait pas ainsi. Si l'on en croit le plus éminent et le plus autorisé de ses élèves (1), dont j'emprunte ici les expressions, M. Magendie, loin de vouloir raisonner ses expériences, soutenait que c'est à l'expérimentation seule qu'il faut s'en tenir, *sans mélange de raisonnement!*

De sorte qu'à ce compte M. Magendie se serait interdit non pas seulement ce raisonnement,

Qui de la science aussi peut bannir la raison,

mais toute espèce de raisonnement.

Mais est-il vrai, après tout, que *le raisonnement et l'induction n'aient été absolument rien pour M. Magendie?* Nous ne le croyons pas. Fatigué des théories préconçues, des vaines hypothèses et des faux raisonnements, M. Magendie a bien pu dire qu'il ne voulait plus en croire que l'expérimentation, que l'observation directe; mais, dans cette observation, quelque simple qu'on la suppose, il lui eût été impossible de faire taire en lui cet entendement qui appréhende les faits et qui les juge, qui raisonne et qui se détermine, qui seul enfin peut construire la science.

Maintenant, que penser de cette autre prétention de M. Magendie de réduire la physiologie à l'étude des seuls phénomènes de la vie, ou plutôt, comme l'a dit textuellement son savant collaborateur, de déposséder ces propriétés vitales pour leur substituer les phénomènes physiques et chimiques s'accomplissant dans l'organisme? Nous répondrons que M. Magendie professait en effet cette doctrine, mais que, par une étrange contradiction, et sans bien s'en rendre compte, il a consacré presque toutes ses veilles à l'étude des propriétés vitales. Qu'était-ce, en effet, que cette sensibilité, que cette motilité qu'il attribuait à certains organes plutôt qu'à d'autres, sinon des propriétés essentiellement vitales? Sans doute, il y a en nous des phénomènes physiques et des combinaisons chimiques qui méritent une étude sérieuse : « Formés de terre et de poussière, a dit Buffon, nous avons avec la terre et la poussière des rapports communs : l'étendue, l'impénétrabilité, la pesanteur...; mais ces rapports, qui nous lient à la matière, ne font point partie de notre être...; c'est l'organisation, c'est la vie, l'âme, qui fait proprement notre existence... »

A l'exemple des grands maîtres, occupons-nous donc, messieurs, et avant tout, de la vie, de ses lois, de ses actes et de toutes ses manifestations. Rappelons-nous que, loin de chercher à déposséder l'homme de ses plus nobles attributs, de ce principe immatériel, sans lequel rien ne se fait, rien ne s'accomplit dans l'organisme, tous ces grands esprits en ont fait l'objet principal de leurs méditations, que la vie ainsi considérée a eu ses historiens, ses archéologues, ses législateurs et jusqu'à ses poètes.

C'est donc à cette force qui agite la matière, à ce principe vivifiant et créateur que le physiologiste doit sans cesse remonter; historien de la vie, c'est à lui qu'il appartient d'en sonder les mystères, d'en interpréter les lois, d'en raconter les merveilles; à lui de montrer, dans l'organisme humain, la réalisation la plus parfaite de ce plan d'une admirable et saisissante simplicité, de ce type toujours divers et toujours le même, où se révèle avec tant d'éclat l'éternelle et suprême intelligence qui gouverne les mondes.

Errata. — Plusieurs fautes ont été commises dans un article du dernier numéro : *Du Panaris et du Phlegmon de la main*, par le Dr L. Bauchet; page 3002, 1re colonne, 1er alinéa, *au lieu de* Campi... Lefaye... Celliser; *lisez* Camper, Lafaye, Callisen.—2e colonne, ligne 1 en partant du bas, *au lieu de* radical, *lisez* radial; ligne 7, *au lieu de* se contient, *lisez* se continue; ligne 9, *au lieu de* periforme, *lisez* pisiforme.

Page 3003, 1re colonne, ligne 11 en partant du bas, *au lieu de* externe, *lisez* interne; ligne 13, *au lieu de* en dehors, *lisez* en dedans.

---

(1) M. Cl. Bernard. *Leçon d'ouverture du cours de médecine au Collége de France*, 1856.

Le rédacteur en chef: H. de Castelnau.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 154. 5me ANNÉE. Jeudi 24 Décembre 1857.

LE MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an........ 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Avis. *Les ateliers étant fermés le jour de Noël, le* MONITEUR DES HOPITAUX *ne pourra paraître le samedi* 26 *courant.*

Nous prions instamment ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expire le 31 *décembre de vouloir bien nous faire parvenir le prix de leur réabonnement par mandats de poste ou sur une maison de Paris. — Le renouvellement de janvier étant extrêmement considérable, ils nous éviteront un énorme surcroît de travail en nous dispensant de faire toucher le prix de l'abonnement à domicile. — Il est entendu que nos souscripteurs sont autorisés, comme par le passé, à retenir le prix de l'affranchissement de la lettre.*

Paris, le 23 décembre 1857.

Séance de l'Académie de médecine.

(Le legs Amussat. — Le renouvellement du bureau.)

Quoique le journalisme semble prêcher dans le désert quand on consulte certaines individualités qui affichent pour la presse (pas trop haut pourtant) un grand dédain, fort analogue à celui du renard pour les raisins, il n'en est pas moins vrai que les idées libérales, qui sont toujours celles des journalistes intelligents, font progressivement leur chemin, et qu'il arrive de temps en temps quelques faits démontrant qu'on a avancé de quelques pas. Le testament de M. Amussat est un de ces faits.

Depuis longtemps nous nous sommes élevé contre cette sotte prétention de certains individus ou même de certains corps savants de tracer d'avance aux travailleurs la voie qu'ils doivent suivre, comme si un individu ou une académie tenait dans sa main le secret des inventions et des découvertes, comme si la révélation d'un pareil secret n'était pas due presque toujours à l'imprévu et aux inspirations spontanées ! Orfila avait déjà compris cette vérité, quand il régla l'emploi de sa donation à l'Académie ; Amussat l'a comprise peut-être plus largement encore en rédigeant les remarquables dispositions dont l'Académie a reçu hier le texte.

On y voit que le testateur exige pour toutes conditions, qu'un travail, pour être couronné, soit fondé sur l'anatomie et l'expérimentation, et qu'il ait *réalisé* ou *préparé* le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale ; programme très vaste déjà, et rendu plus vaste encore par la faculté réservée à l'Académie, soit de ne pas donner le prix, soit de le partager.

On y voit encore que les travaux envoyés pourront être imprimés ou manuscrits et que les auteurs pourront se faire connaître, condition loyale qui prouve qu'Amussat savait par expérience ce qu'il faut penser de cette clause ordinaire des concours, qui impose ostensiblement le secret à certains concurrents, tandis que les habiles du métier se font connaître et recommander plus ou moins directement aux juges, et que les plus habiles en arrivent à traiter directement avec ces derniers de leurs petites affaires. Il est temps de renoncer à ces mystifications qui ne trompent plus personne, ou qui ne trompent du moins que ceux, précisément, qui auraient souvent le plus besoin de les connaître. Ne pouvant plus féliciter Amussat de la franchise, de la générosité et du remarquable esprit de progrès dont il a fait preuve, nous en remercions bien sincèrement ceux qui ont recueilli son honorable héritage.

L'Académie, après avoir reçu cette communication, a procédé au renouvellement de son bureau, et M. Depaul a eu le successeur désigné par notre cher collaborateur, M. Roux. Elle a appelé à la vice-présidence le digne professeur Cruveilhier ; elle ne pouvait se faire représenter plus dignement. Elle a appelé dans son conseil M. Danyau, qui est une excellente graine de président. En somme, tout a été pour le mieux dans la meilleure des Académies possibles.

H. DE CASTELNAU.

—

ACADÉMIE DES SCIENCES, SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'une communication qui soit de notre ressort. C'est celle de M. Coulier, pharmacien militaire fort distingué, mais dont le travail, toutefois, nous paraît moins hygiénique que physique, autant, du moins, qu'on en peut juger par l'extrait des *Comptes rendus.* Nous n'avons pu deviner, en effet, d'après cet extrait, quelles conséquences nouvelles il était possible de tirer du travail de M. Coulier, pour l'hygiène en général, ni même pour l'hygiène du soldat en particulier.

H. DE CASTELNAU.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

Du panaris et du phlegmon de la main

Par le Dr L. BAUCHET.

(Suite)

L'aponévrose palmaire a été diversement décrite, tantôt sous le nom d'aponévrose, tantôt sous le nom de ligament. Pour les uns

elle n'occupe que la partie moyenne de la paume de la main, et s'arrête où commencent les aponévroses des éminences thénar et hypothénar, en se fixant sur elles ; pour les autres, elle constitue elle-même, par ses parties latérales, les deux aponévroses. — Quelle que soit l'interprétation, la description est du reste la même dans les différents livres classiques. Elle constitue un plan fibreux, résistant, plus résistant à la partie moyenne que sur les parties latérales, et sépare le tissu cellulaire sous-cutané des organes importants que nous allons tout à l'heure passer en revue. En haut, elle se confond avec le bord inférieur du ligament annulaire ; sur les côtés, elle s'arrête sur le bord externe du premier et du deuxième métacarpien, et sur le bord interne du cinquième. En bas, et au niveau de la racine du pouce, elle se comporte de la manière suivante : Les fibres transversales et longitudinales qui la composent circonscrivent des arcades à travers lesquelles communiquent les couches celluleuses superficielles et profondes. Les fibres longitudinales, arrivées à la racine des doigts, se divisent en quatre languettes, une pour chaque doigt. Chaque languette se subdivise à son tour en deux autres languettes, qui vont se fixer à la face dorsale de l'extrémité supérieure des premières phalanges. Les vaisseaux et nerfs, les muscles lombricaux passent sous les ponts fibreux constitués par les quatre languettes primitives et les fibres transversales qui les unissent. Les fibres les plus superficielles, ainsi que l'a indiqué M. Maslieurat-Lagémard, vont se fixer à la peau au niveau du premier pli transversal des doigts, dont j'ai déjà parlé.

Sous cette aponévrose, nous trouvons, en dehors et en dedans, les muscles des éminences thénar et hypothénar, qui ne nous offrent rien de particulier à étudier, au point de vue où nous sommes placé.

A la partie moyenne, nous trouvons les artères, les nerfs et les tendons nombreux qui entrent dans la composition de la paume de la main. Les tendons sont renfermés dans des coulisses synoviales, que je décrirai en parlant des coulisses synoviales des doigts. Sous ces tendons nous trouvons l'arcade palmaire profonde et la branche profonde du nerf cubital, séparées des muscles interosseux par l'aponévrose palmaire profonde. Au-devant de ces tendons nous rencontrons l'arcade palmaire superficielle, et en dehors d'elle le nerf médian ; en dedans, le nerf cubital.

Cette arcade palmaire est importante, au point de vue des opérations que réclament les inflammations de la paume de la main. M. Velpeau a tout spécialement appelé l'attention sur sa position normale. Elle est située à peu près suivant une ligne qui, partant de la partie inférieure de la racine du pouce, couperait transversalement la paume de la main, de façon que l'on ne cour tautanés.

A la face dorsale, on trouve encore des poils, et au niveau des articulations des plis, des raies transversales sous lesquelles le tissu cellulaire est un peu plus dense, sans être toutefois aussi serré qu'au niveau des plis de la face palmaire.

Sous cette couche cellulaire, nous trouvons la coulisse ostéo-fibreuse, qui renferme les tendons, coulisse dure, résistante, qui ne s'affaisse pas quand on a enlevé les tendons, et qui, sur les parties latérales, est intimement confondue avec le périoste des phalanges. Il existe en avant et en arrière une coulisse ostéo-fibreuse distincte pour les tendons fléchisseurs, et pour les tendons extenseurs. Les fibres de cette coulisse sont serrés ; cependant, au niveau des articulations, elles sont plus lâches et plus minces.

La coulisse fibreuse se termine en bas, à la partie supérieure de la phalangette en avant comme en arrière. Mentionnons rapidement les vaisseaux et nerfs collatéraux, et l'ongle qui termine la phalangette. Le tissu cellulaire placé entre l'ongle et la phalangette n'est pas aussi intimement adhérent à l'os qu'à la face antérieure.

Enfin, et pour terminer cet aperçu rapide de la structure des doigts et de la main, il me reste à indiquer les membranes séreuses qui facilitent les glissements des tendons, dont la disposition est importante à connaître au point de vue des inflammations profondes de ces régions. Je mets ici à profit surtout le mémoire de M. Gosselin, publié dans les *Bulletins de l'Académie* (juin 1850).

Il existe à la paume de la main des membranes synoviales qui accompagnent les tendons fléchisseurs. Ces membranes commencent au-dessus du ligament annulaire, puis, après avoir passé sous ce ligament, se prolongent dans la paume de la main. Elles représentent donc une espèce de bissac, dont l'étranglement correspond au niveau du ligament annulaire.

Il existe habituellement deux grandes gaînes tendineuses, une externe destinée à accompagner le tendon fléchisseur du pouce ; une autre interne qui se subdivise en deux loges, une loge externe destinée aux tendons fléchisseurs des doigts indicateur, médius, annulaire, et une interne destinée aux tendons fléchisseurs du petit doigt.

Cette dernière poche est quelquefois distincte de la précédente, et, dans certains cas, on l'a vue communiquer avec la synoviale tendineuse du pouce. Cette particularité anatomique explique pourquoi certains panaris de la gaîne fibro-synoviale du pouce retentissent immédiatement dans la gaîne fibro-synoviale du petit doigt et réciproquement.

Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes des doigts indicateur, médius, annulaire, s'arrête la synoviale dont nous parlons. Elle se continue au contraire jusqu'à l'extrémité des tendons fléchisseurs du petit doigt et du pouce.

Pour l'indicateur, le médius et l'annulaire, au moment où cesse la synoviale commune, naît une synoviale propre à chaque doigt ; mais celle-ci ne s'adosse pas immédiatement au cul-de-sac terminal de la précédente ; elle commence à un centimètre environ plus bas que la terminaison de la grande synoviale et accompagne les tendons fléchisseurs de ces doigts jusqu'à leur terminaison.

Maintenant que j'ai rappelé les dispositions anatomiques les plus importantes des doigts et de la paume de la main, je puis aborder la partie pathologique de mon sujet ; je commencerai par la description du panaris.

Ainsi que je l'ai dit en commençant (et je me plais à le répéter encore), ces détails anatomiques trouveront leur application dans l'étude de la marche, du pronostic et du traitement des affections que je me suis proposé de décrire succinctement.

Première partie.

PANARIS.

On peut établir, pour les panaris, trois variétés :

1re *variété*. — *Panaris superficiel.*
2e — *Panaris sous-cutané.*
3e — *Panaris profond.*

Ces trois variétés existent aux première et deuxième phalanges ; mais, pour la phalange unguéale, ainsi qu'on le verra plus loin, à cause même de sa structure, elle ne présente pas la troisième forme.

Je m'expliquerai plus loin sur ce que j'entends par panaris profonde.

Première variété. — *Panaris superficiel.* — Cette variété comprend toutes les inflammations superficielles des doigts. Elle

est très fréquente. On peut lui reconnaître plusieurs formes ou sous-variétés que je passerai successivement en revue.

1° Le panaris superficiel proprement dit, ou *érythémateux*, est le plus fréquent : c'est l'angioleucite des doigts. Il a pour origine les causes les plus diverses : une écorchure, une piqûre. On l'observe surtout chez les étudiants en médecine, et il peut donner lieu, quand on n'y fait pas attention, aux panaris de la seconde et même de la troisième variété, et aux complications que nous étudierons plus loin.

Il se traduit au chirurgien par des symptômes variables. Le plus souvent on observe une rougeur diffuse, un léger gonflement. Cette rougeur occupe quelquefois tout le doigt, d'autres fois une partie du doigt seulement. A ces signes loceux viennent s'ajouter une douleur en général assez vive, et quelquefois de la fièvre, de l'anorexie, de l'inappétence, de l'insomnie. Le gonflement et la rougeur se propagent du côté de la main, et alors, ou bien l'inflammation s'étend sur place, ou elle donne lieu, soit à des accidents que je passerai en revue quand je parlerai des complications, soit à un panaris sous-cutané.

Cette inflammation disparaît assez vite ; elle dure un, deux, trois jours au plus. Si la rougeur et le gonflement persistent au delà de trois jours, c'est qu'il s'agit alors, non plus d'un panaris érythémateux, mais bien d'un panaris sous-cutané.

Lorsque l'inflammation a disparu, l'épiderme se renouvelle, il se fait une légère desquammation, et, pendant quatre à huit jours encore, le doigt reste plus rouge qu'à l'état normal.

Le pronostic de cette phlegmasie superficielle est peu grave, s'il ne s'agit que de la phlegmasie elle-même ; mais comme très souvent elle se propage et gagne du côté de la main, de l'avant-bras, des ganglions, il ne faut jamais, dès le début et avant que l'inflammation soit bien éteinte, rester complétement inactif.

Le traitement est des plus simples : des bains locaux d'eau de son ou de guimauve, afin de bien nettoyer les petites plaies, les piqûres, les écorchures qui ont été le point de départ de ce panaris ; enlever avec soin les corps étrangers qui pourraient avoir pénétré dans la peau ; onction avec l'onguent mercuriel ; main placée dans une position un peu élevée ; cataplasmes émollients de farine de graine de lin.

Il est bon, dans des cas semblables, de prescrire un grand bain tiède, et le lendemain uu purgatif salin, afin de tâcher de prévenir les complications.

Je ne veux pas trop m'appesantir, ici, sur les piqûres anatomiques, mais je sais, par expérience, qu'elles doivent être l'objet des soins les plus minutieux. Je me suis toujours bien trouvé des précautions suivantes : laver avec soin les doigts, et faire couler un jet d'eau sur la piqûre en même temps que, par de douces pressions, on cherche à provoquer un petit écoulement de sang ; sucer la piqûre et la protéger ensuite à l'aide de bandelettes de diachylon. Il ne faut jamais négliger une piqûre, toute petite qu'elle soit : les piqûres les plus insignifiantes sont souvent les plus dangereuses. Je rejette, d'une manière absolue, les cautérisations avec le nitrate d'argent ; ces cautérisations seules produisent souvent des angioleucites. S'il survient quelques symptômes inflammatoires, malgré les précautions que j'ai indiquées, il faut avoir recours de suite au traitement du panaris érythémateux.

2° Mais, si le panaris superficiel ne donne pas lieu à un panaris sous-cutané, il peut déterminer une exhalation de sérosité qui soulève l'épiderme et produit une phlyctène. Il agit alors à la manière de topiques vésicants. C'est à cette variété que je donnerai volontiers l'épithète de *phlycténoïde* ou *vésiculeuse*. Quelquefois la phlyctène est très circonscrite, d'autres fois elle peut occuper une ou plusieurs phalanges. Elle succède, dans certains cas, à un érythème qui existe depuis un ou deux jours sur un doigt ; dans d'autres circonstances, elle naît immédiatement après la cause qui a déterminé l'inflammation, sans que l'on ait pu remarquer de rougeur préalable. Nous retrouverons surtout cette phlegmasie phlycténoïde, quand nous étudierons les inflammations de la paume de la main, car c'est surtout à la racine des doigts qu'on l'observe. Cependant, j'en ai vu un exemple remarquable, il y a quelques jours. Une personne portait une malle un peu lourde, en la contenant par une anse latérale à l'aide des doigts recourbés en crochet ; le lendemain, cette personne avait une phlyctène au niveau de la seconde phalange des doigts médius et annulaire.

Les signes sont les suivants : on trouve l'épiderme soulevé, transparent ; la phlyctène est bien circonscrite ; quelquefois il existe un petit cercle rouge autour de la phlyctène. A moins de complication, à moins que la phlyctène ait succédé à un érythème du doigt, il n'y a pas de symptômes généraux, pas de fièvre, pas d'inappétence, etc. Le malade ressent une légère cuisson, et les mouvements sont un peu gênés à ce niveau. Le lendemain, si la phlyctène est abandonnée à elle-même, la sérosité est un peu louche ; le surlendemain elle est trouble, quelquefois purulente. Quelques jours après, l'épiderme se fendille, la sérosité altérée s'écoule; ou bien la sérosité disparaît par résorption, l'épiderme se flétrit, se dessèche, au bout de six à dix jours il se détache, et il reste à la place de la phlyctène une tache rougeâtre, qui disparaît quand les couches épidermiques superficielles ont été exposées pendant quelques semaines au contact de l'air.

Le diagnostic de ce panaris est facile, mais il ne faut pas confondre cette phlyctène avec celle dont nous parlerons plus loin, et qui constitue cette variété d inflammations sous-cutanées que l'on désigne sous le nom d'abcès ou bouton de Cherner. La rapidité de son développement, la transparence, l'absence de symptômes généraux, écarteront bien vite le doute, s'il peut en exister dans l'esprit du médecin. — Cette forme de panaris superficiel est même quelquefois plus facile à reconnaître qne la première.

C'est une maladie en général insignifiante, et qui guérit très vite. Cependant on l'a vue déterminer une inflammation profonde du derme, et aussi un panaris sous-cutané. Mais, comme nous le verrons plus tard, c'est quand les malades ont négligé de soigner les premiers accidents, et qu'ils ont continué à se servir de la main, sans faire attention à la phlyctène.

Si la phlyctène existe sans rougeur, sans inflammation dans le voisinage, on peut l'abandonner à elle-même, tout en recommandant au malade de s'abstenir de mouvements pendant quelques jours ; mais il vaut mieux ouvrir la phlyctène, donner issue à la sérosité, et appliquer un topique gras, tel qu'un plumasseau enduit de cérat, ou un linge trempé dans l'huile d'amandes douces.

S'il existe de la rougeur, j'ai déjà indiqué le traitement du panaris érythémateux.

3° Le panaris superficiel, érythémateux ou phlycténoïde, revêt des caractères particuliers quand il envahit la région unguéale ; on peut l'appeler alors *panaris unguéal*. Il constitue le véritable panaris superficiel des auteurs, la tourniole.

Le panaris érythémateux est plus douloureux, quand il occupe cette phalange, que quand il a son origine sur un autre point du doigt ; mais il ne demande aucun soin particulier, à moins qu'il ait son siége au niveau de la matrice de l'ongle ou au-dessous de l'ongle, à son extrémité inférieure, dans cette partie que l'on appelle vulgairement entre l'ongle et la chair. Dans le premier cas, l'inflammation, si on ne l'arrête pas, peut déterminer la chute de l'ongle, ou bien persiste un temps plus ou moins long. Il existe du gonflement, un peu de rougeur, dans un point assez circonscrit, et la moindre pression détermine une douleur vive. Les dissections, les piqûres anatomiques, les écorchures surtout en ouvrant le thorax des cadavres, donnent souvent lieu à ces acci-

dents. Quand la phlegmasie dure depuis quatre à huit jours, un des moyens les plus efficaces pour la combattre c'est de promener un crayon de nitrate d'argent bien taillé dans la rainure unguéale.

On rencontre assez souvent des excoriations, et si l'on n'y prend pas garde, on voit se former des bourgeons charnus qui déterminent ultérieurement de petites végétations fongueuses, saignantes, dont la base repose sur la matrice de l'ongle ou dans sa racine. Ces végétations, faciles à reconnaître, guérissent bien, quand on les excise à l'aide d'un coup de ciseau, et qu'on les cautérise ensuite une ou deux fois à trois ou cinq jours d'intervalle avec le nitrate d'argent.

Ces végétations se rencontrent assez souvent quand l'inflammation a eu son siége entre l'ongle et la chair. L'ongle, en poussant, comprime et déchire la végétation, et détermine une douleur assez vive et quelquefois un léger écoulement sanguin ou purulent. Dans ce cas, il faut couper l'ongle aussi près que possible, et détruire le bourgeon charnu à l'aide du nitrate d'argent.

Ces accidents peuvent sans doute donner lieu au panaris sous-cutané; cependant l'observation clinique démontre que cette complication est assez rare.

L'ongle tombe quelquefois, surtout quand l'inflammation a persisté assez longtemps, ou quand elle a été assez vive au niveau de sa matrice; mais ce symptôme s'observe bien plus souvent, quand la tourniole est phlycténoïde.

Le panaris unguéal phlycténoïde est assez fréquent. Il succède ici ordinairement à une inflammation érythémateuse. Il se présente avec certains phénomènes qui, dans certaines circonstances, pour un œil peu exercé, peuvent faire croire à une inflammation sous-cutanée : douleur intense, fièvre, anorexie, inappétence, insomnie, gonflement fusiforme du doigt, rougeur assez vive occupant tout le doigt, phlyctène contenant un liquide trouble, souvent sanguinolent.

Mais le gonflement est uniforme; il occupe aussi bien la face palmaire que la face dorsale du doigt ; et nous verrons plus loin que ce n'est pas ainsi que se comporte le gonflement des panaris de la pulpe des doigts. L'apparition de la phlyctène suit de près le début de l'inflammation : on la voit paraître dès le deuxième, le troisième ou le quatrième jour; la douleur diminue dès que la phlyctène est formée. Quand on l'incise, c'est de la sérosité trouble, purulente ou sanguinolente qui s'écoule, et non du pus bien formé; le dernier qui est mis à nu est rougeâtre, saignant et non fongueux ; on ne voit point de trous par lesquels suinte du pus venant des parties profondes; la douleur déterminée par la pression est peu intense. — Le pronostic est peu grave, quant aux fonctions du doigt, à moins que le panaris passe de la première à la seconde variété. Seulement l'ongle doit presque nécessairement disparaître, et il faudra un certain temps avant qu'un autre ongle soit complétement formé.

Dans ces conditions, le traitement est le même que celui que j'ai indiqué précédemment : ouvrir la phlyctène ; pansement simple ; bains locaux d'eau de guimauve; et quand l'ongle commence à vaciller, ne pas hésiter à en pratiquer l'extraction. Du reste, dans ces circonstances, cette extirpation n'est nullement douloureuse.

4° Sans quitter l'état du panaris superficiel, j'arrive à une quatrième sous-variété, qui peut être regardée comme intermédiaire entre le panaris superficiel et le panaris sous-cutané. Si elle existe quelquefois sans déterminer l'inflammation suppurative du tissu cellulaire sous-cutané, on l'observe quelquefois aussi avec la deuxième variété à laquelle elle a servi de point de départ. Je veux parler du *panaris anthracoïde*.

Il existe sur la face dorsale des doigts, surtout à la partie moyenne de la phalange métacarpienne, un bouquet de poils courts, fins et dont les bulbes forment un léger relief. Ces bulbes pileux peuvent quelquefois s'enflammer soit isolément, soit simultanément, soit à la suite de piqûres, d'écorchures, soit quand les mains ont baigné pendant un temps assez long dans un liquide irritant. Dans quelques circonstances, on ne saisit pas bien la cause qui a pu déterminer leur phlegmasie. Quand ces bulbes pileux s'enflamment, si leur inflammation reste bien limitée, bien circonscrite, elle donne lieu à l'achné pilaire simple; si l'inflammation est plus intense, si le derme et les couches les plus superficielles du tissu cellulaire sous-cutané participent au travail phlegmasique, ce n'est plus l'achné pilaire, mais bien le panaris anthracoïde.

C'est assez dire que cette forme de panaris occupe en général la face dorsale des doigts, et notamment de la phalange et de la phalangine. Le panaris anthracoïde se montre rarement, en effet, à la face palmaire et si on l'observe quelquefois, il se produit par un mécanisme tout particulier. C'est une sous-variété de panaris sous-cutané. Le pus se fait jour par plusieurs pertuis, et le derme se perfore comme en pomme d'arrosoir. C'est une sous-variété de panaris sous-cutané, dans laquelle la phlegmasie occupe surtout la face profonde du derme. Mais nous y reviendrons plus loin, quand nous parlerons du panaris gangréneux.

Le panaris anthracoïde débute ordinairement sans provoquer de symptômes généraux importants, ou bien quelquefois un léger mouvement fébrile au début, mais plus souvent quand les symptômes locaux ont déjà éveillé l'attention.

Du côté du doigt, on trouve une tuméfaction circonscrite, d'une rougeur violacée, et douloureuse à la pression. Bientôt, sur cette tuméfaction on aperçoit des points un peu saillants, un peu noirâtres, surmontés d'un poil. La base en est dure, diffuse. De même que dans le panaris érythémateux, on trouve souvent de la rougeur dans le voisinage, et les signes qui indiquent le développement d'une capillarité, complication sur laquelle nous reviendrons plus loin. Alors, aux signes locaux viennent s'ajouter les signes généraux dont j'ai déjà parlé.

Cette inflammation marche lentement, elle paraît rester stationnaire pendant six à huit jours.

Enfin les points saillants se ramollissent, l'épiderme se fendille, et on aperçoit une série de petits mamelons blanchâtres, dans lesquels on reconnaît un bourbillon.

Si l'inflammation est intense, les diverses parties se réunissent, la peau qui les sépare se morbifie, tombe, et il reste un seul trou, dans lequel existe une masse grisâtre, homogène, comme on l'observe dans le furoncle, ou le furoncle anthracoïde des autres parties du corps. Ces faits se rapprochent de ceux dont nous parlerons à propos du panaris gangréneux.

Si l'inflammation a gagné le tissu cellulaire sous-cutané (et ce n'est pas le cas ordinaire), à ces symptômes viennent s'ajouter les signes du panaris de la deuxième variété.

Enfin, comme dans le furoncle, le bourbillon se détache, la petite plaie se déterge et la cicatrisation se fait. Ces divers phénomènes, à moins de complications intercurrentes, se montrent dans l'espace de 10 à 15 jours.

Encore ici, le panaris est resté bien limité ; le pronostic n'offre rien de sérieux. Seulement ce panaris récidive quelquefois; et quand il a attaqué un doigt, il n'est pas rare de le voir envahir successivement les divers doigts de la main.

Le traitement à mettre en usage diffère peu du traitement des autres sous-variétés de panaris. C'est surtout dans ce cas que l'on peut employer avec avantage les grands bains tièdes, les purgatifs, les tisanes amères ; et comme traitement local, les bains locaux, les cataplasmes, les onctions mercurielles à la base et au pourtour du mal; pour prévenir les complications, dans certains

cas, et au début surtout, l'épilation. On a vu quelquefois un panaris anthracoïde avorter grâce à ce moyen et à l'application de topiques résolutifs, tel que l'onguent napolitain. Quand le bourbillon est détaché, que la plaie se déterge, on peut remplacer les cataplasmes, les pansements simples, par un emplâtre d'onguent de la Mère.

Enfin, pour le panaris superficiel, surtout pour le panaris profond, on est quelquefois obligé d'avoir recours à une potion calmante légèrement opiacée, quand les douleurs sont vives et accompagnées d'insomnie, surtout chez les personnes très nerveuses.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Hôpital de la Charité. — Service de M. Velpeau.

HERNIE CRURALE. — ÉTRANGLEMENT PAR L'ANNEAU CRURAL. — GANGRÈNE DE L'INTESTIN. — OPÉRATION. — PERSISTANCE DES SYMPTÔMES D'ÉTRANGLEMENT. — MORT. — AUTOPSIE.

(Observation recueillie par M. Eug. NÉLATON, interne du service.)

Sans être, à beaucoup près, aussi fréquent qu'on le croyait autrefois, l'étranglement par les anneaux fibreux de l'abdomen et par l'anneau crural en particulier, paraît pourtant avoir été nié d'une manière trop absolue, et il n'est pas sans intérêt de publier les faits qui tendent à en démontrer la réalité. L'observation suivante est un exemple d'étranglement par l'*anneau crural* constaté à l'autopsie d'une manière manifeste ; elle offre en même temps un échantillon des difficultés, des obscurités, des complications, des obstacles imprévus, quelquefois même inexplicables, qu'il faut toujours s'attendre à rencontrer en fait de hernie étranglée, puisque, malgré l'ouverture de l'intestin et le débridement de l'anneau constricteur, malgré les purgatifs les plus énergiques, il n'a pas été possible d'obtenir la moindre évacuation tant par les voies naturelles que par l'ouverture artificielle, et cela sans que l'autopsie ait pu en apporter une raison suffisante.

Obs.—Marie Fistenberger, jeune fille de 23 ans, domestique, entre le 20 juillet 1857 à l'hôpital de la Charité (salle Sainte-Catherine, nº 3).

Elle porte au pli de l'aine, du côté droit, une hernie crurale, étranglée depuis six jours.

Nous apprenons de la malade qu'une hernie existait en effet de ce côté depuis plusieurs années, qu'elle offrait le volume d'une noix, qu'elle était facilement réductible, mais n'était maintenue par aucun bandage, lorsqu'à la suite d'une journée de fatigue, la tumeur cessa de rentrer dans l'abdomen, et la malade fut prise tout à coup, à onze heures du soir, de coliques et de vomissements répétés, d'abord alimentaires, puis bilieux, puis jaunâtres, qui ont continué jusqu'à ce jour ; il n'y a eu depuis ce moment aucune selle, bien qu'auparavant les garderobes fussent très régulières.

En ville, malgré des symptômes aussi tranchés, il paraît que la nature de l'affection fut méconnue et qualifiée du nom d'inflammation ganglionnaire, pour laquelle on se borna à des applications émollientes, sans recourir à la voie des purgatifs, et sans pratiquer, bien entendu, aucune manœuvre de taxis.

A son entrée dans nos salles, la malade est sous le coup de vomissements presque incessants d'un liquide jaunâtre et fétide ; l'état général est assez bon, le pouls se maintient, les forces ne sont pas encore très affaiblies.

La tumeur offre la forme et le volume d'un œuf de poule ; elle est recouverte d'un tégument qui présente une rougeur inflammatoire ; elle paraît adhérer à l'artère crurale sur le milieu de laquelle elle est appliquée par une base large et immobile ; elle est douloureuse, d'une consistance assez dense, excepté vers la partie externe où la fluctuation est manifeste au sommet d'une petite éminence violacée qui menace de s'abcéder et dénote la présence d'un travail inflammatoire très avancé. Le ventre est un peu tendu, douloureux à la pression ; il y a là évidemment un certain degré de péritonite généralisée.

M. Velpeau incise d'abord la tumeur sur le point rouge et fluctuant ; il s'échappe un flot de liquide brunâtre fétide, mélangé de pus et de sérosité, qui ne permet plus de douter d'une rupture de l'intestin.

L'incision est prolongée en dedans sur toute la longueur de la tumeur, et l'on ne tarde pas à reconnaître dans l'intérieur du sac, dont les parois sont épaissies, indurées, d'une couleur rouge-brun et même noirâtre, une anse d'intestin d'un brun noir, terne, affaissée, flétrie, offrant à son sommet une perforation arrondie d'un centimètre de diamètre, évidemment due à la chute d'une escharre. Après avoir excisé ces débris d'intestin, qui offrent toutes les apparences du sphacèle, M. Velpeau procède à la recherche de l'anneau constricteur, qui, sans doute, s'oppose encore à l'issue des matières, et qui paraît siéger derrière l'arcade crurale, vers un point à la fois élevé et profond. Le bistouri boutonné étant insinué entre l'intestin et le sac, le débridement est pratiqué en haut et en dehors. Malgré cela, les matières intestinales ne s'écoulent point, et cependant l'extrémité du petit doigt arrive à pénétrer, par l'orifice de l'intestin, jusque dans la cavité de l'abdomen, en franchissant, il est vrai, un anneau résistant et presque inextensible par lequel il se trouve fortement comprimé. Une grosse sonde élastique est introduite par cet orifice à une profondeur de 7 à 8 centimètres, et laissée à demeure.

Les vomissements continuent pendant la journée et la nuit ; aucune évacuation n'a lieu ni par le rectum ni par l'anus artificiel.

Le lendemain 21 juillet, même état. On supprime la canule, et l'on applique des cataplasmes pour calmer les douleurs de ventre. — Potion avec 30 gr. d'huile de ricin.—Lavement purgatif conduit jusque dans l'S iliaque, à l'aide d'une sonde œsophagienne.

Le 22, les vomissements sont un peu moins fréquents, mais toujours absence absolue d'évacuations par le bas.—Potion avec 8 gouttes d'huile de croton ; lavement purgatif ; douches rectales, au moyen de la sonde œsophagienne.

Aucun résultat satisfaisant ; vomissements, douleurs, agitation continuelle.

On s'étonne véritablement que l'anus artificiel ne fournisse pas une goutte de liquide intestinal, car la pulpe du petit doigt arrive toujours à franchir le point étranglé de l'intestin. Doit-on s'en prendre à la péritonite, à un étranglement interne ou à un débridement insuffisant ?

Le 23 juillet, la malade succombe.

Autopsie.—A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les lésions d'une péritonite généralisée, mais d'une intensité modérée : arborisations, liserés vasculaires sur une grande partie de l'intestin grêle, quelques adhérences légères par l'intermédiaire d'une matière plastique toute récente ; mais pas une goutte de pus, pas même deux cuillerées de sérosité dans la cavité du péritoine ; aucune apparence d'étranglement interne, d'enroulement de l'intestin ou d'adhérence qui puisse en rien gêner le cours des matières.

La partie étranglée se trouve sur la fin de l'intestin grêle à environ 30 centimètres de la valvule iléo-cœcale. Les deux bouts d'intestin hernié adhèrent faiblement au pourtour du collet du sac : une traction modérée suffit pour faire céder ces adhérences. Le bout inférieur est vide et rétréci, il offre à peine un centimètre et demi de largeur ; le bout supérieur est dilaté dans toute sa longueur jusqu'au niveau de l'anneau crural, où il se place un peu au-dessous et en dehors du premier et parallèlement à lui ; il peut avoir 4 centimètres de largeur, renferme des gaz et une médiocre quantité de bouillie fécale claire et jaunâtre.

Jusque-là, on ne s'explique guère l'absence de toute évacuation par la plaie ; mais si l'on introduit le doigt au fond de celle-ci et dans l'orifice intestinal reconnu pendant la vie, on s'aperçoit que l'on pénètre uniquement de cette manière dans le bout *inférieur* de l'intestin, c'est-à-dire dans le bout complétement vide ; si l'on cherche l'orifice du bout supérieur, on éprouve d'abord des difficultés pour le découvrir, mais en explorant tous les points de la place avec un peu d'insistance, on finit par le rencontrer. à l'aide de la pulpe du doigt, caché au milieu des détritus noirâtres gangréneux ou infiltrés de matière plastique, et dans un point situé en arrière et en dehors de l'autre orifice ; il se trouve masqué par une espèce de valvule charnue formée elle-même par un lambeau du bout infé-

rieur ou plutôt par une sorte de prolongement de l'éperon qui réunit les deux bouts. L'extrémité du doigt auriculaire pénètre encore plus difficilement dans ce bout supérieur de l'intestin que dans l'inférieur; il s'y trouve étranglé par le cercle tranchant de l'anneau constricteur, dont il est obligé de violenter l'élasticité et qui se rétracte pour revenir fortement sur lui-même aussitôt qu'on retire le doigt. C'est à peu près la seule disposition qui permette d'expliquer tant bien que mal la rétention absolue des matières.

Restait à s'assurer de la nature et du siége précis de l'anneau constricteur si bien accusé par le toucher, pendant la vie comme après la mort, et qui occupait le fond de l'entonnoir représenté par la plaie gangréneuse ; c'est ce que la dissection des parties permit de reconnaître.

Après avoir retiré les deux bouts de l'intestin, en détruisant par simple traction leurs faibles adhérences au collet du sac, après avoir introduit l'extrémité du doigt dans ce même sac et au niveau du point rétréci afin de ne point le perdre de vue, je procédai à la dissection des lambeaux épaissis et indurés du sac herniaire. A mesure qu'on approchait du collet, ses parois, loin de s'épaissir, devenaient plus minces et plus souples, et à l'endroit même de ce collet elles acquéraient le poli, la minceur, la souplesse et la laxité du péritoine normal, n'adhérant aussi que très faiblement aux tissus circonvoisins, de sorte qu'il était complétement impossible de leur attribuer la moindre action sur l'étranglement de l'intestin.

Quant au fascia crebriformis avec ses orifices fibreux, il avait dû nécessairement rester au-devant de la hernie, ou être plus ou moins dénaturé, car on n'en distinguait pas la moindre trace ; il n'existait évidemment qu'un seul anneau constricteur, et cet anneau était toujours sous le doigt. La dissection poursuivie dans sa direction au travers des tissus sphacélés, ne tarda pas à laisser apercevoir les fibres resplendissantes de l'aponévrose du grand oblique, puis son bord inférieur, confondu avec l'arcade crurale, puis l'origine des vaisseaux fémoraux, puis le pectiné et le bord supérieur du pubis, puis le pilier interne de l'anneau inguinal et le ligament de Gimbernat, et enfin, au milieu de toutes ces parties, l'anneau constricteur lui-même, qui était bien l'anneau crural, et l'anneau crural dans toute sa clarté; son diamètre était d'environ un centimètre et demi lorsqu'on ne cherchait point à le distendre; du reste, la dissection des parties voisines semblait l'avoir rendu un peu plus large et plus dilatable qu'auparavant et surtout que pendant la vie, où l'engorgement inflammatoire devait avoir un certain rôle à ce point de vue. L'arcade crurale et le ligament de Gimbernat lui formaient, en haut et en dedans, un rebord assez tranchant et inextensible; du côté externe au contraire où avait porté le débridement, ses limites se trouvaient formées par une petite quantité de tissu cellulo-adipeux quelque peu induré, qui avait probablement subi à un certain degré pendant la vie le travail inflammatoire, et avait dû servir de seule et unique barrière entre le collet du sac et la veine fémorale. C'est peut-être même ainsi, et en admettant que cette petite masse cellulo-graisseuse, lorsque l'inflammation lui a fourni une résistance suffisante, ferme en dehors le circuit de l'anneau, que l'on peut expliquer comment les vaisseaux fémoraux échappent à l'étranglement produit par l'anneau crural.

THÉRAPEUTIQUE.

Du choix des purgatifs. — De la supériorité de la mauve musquée dans la constipation sans lésion organique.

Quoique la médication purgative soit peut-être la plus féconde en agents médicamenteux, on n'en cherche pas moins encore une préparation supérieure aux innombrables préparations dont la matière médicale dispose. C'est qu'en effet, dans cette espèce de constipation, de beaucoup la plus commune, qu'on pourrait appeler *idiopathique*, dans laquelle les membranes intestinales, libres de toute lésion organique, sont seulement dans un état d'atonie primitive ou consécutive, soit à des distensions répétées des parois intestinales par des gaz ou des matières fécales, soit à une irritation prolongée, dans cette espèce, disons-nous, le médecin est souvent embarrassé pour choisir un purgatif.

Dans cette espèce de constipation, les purgatifs doivent être souvent répétés avant que le tube intestinal ne soit complétement revenu à son état normal ; cette condition exclut l'emploi des purgatifs trop irritants au nombre desquels sont les purgatifs résineux, jalap, scammonée, la coloquinte, l'aloès lui-même, etc.; beaucoup de purgatifs huileux tels que l'huile de croton, d'épurge, etc., et bien d'autres encore. L'irritation produite par ces purgatifs produit une exagération de la sécrétion intestinale et triomphe pour un moment de la constipation ; mais, ainsi que l'ont judicieusement remarqué un grand nombre de médecins et notamment MM. Trousseau et Pidoux, ce triomphe momentané laisse après lui une conséquence qui ne fait qu'aggraver l'état d'atonie ; cette conséquence. c'est l'irritation.

» La constipation, » disent MM. Trousseau et Pidoux, « peut être, comme nous l'avons dit plus haut, produite par l'atonie de la membrane muqueuse. L'atonie de la membrane muqueuse tient *surtout à l'abus des excitants locaux* qui finissent par user l'incitabilité brownienne et rendre le tissu peu propre à ressentir l'impression des modificateurs naturels. Les *lavements chauds* et les *purgatifs* sont la cause *la plus* ordinaire de cette atonie ; et l'on comprend en effet comment la membrane muqueuse, dont les sécrétions sont sans cesse stimulées par le *calorique* et par les *purgatifs*, cesse de verser les produits de secrétion quand elle n'est plus soumise aux mêmes influences excitatives. Il en résulte une sécheresse qui ne permet pas le glissement du bol excrémentitiel, et qui, loin d'être utilement combattue par les purgatifs, sera, au contraire, aggravée. » (Trouss. et Pidoux, *Traité de thérap.*, 5e édition, Paris. 1845, t. I, p. 765.)

A côté des purgatifs trop excitants et qui présentent les dangers signalés par M. Pidoux, se trouvent ceux dont l'action est trop souvent insuffisante ou incertaine ; dans cette catégorie doivent être rangés presque tous les sels et les limonades dont ils forment la base. Il n'est pas un médecin qui n'ait été à même d'observer que tous ces sels ou limonades manquent peut-être dans la moitié des cas de produire l'effet désiré.

Enfin, dans une troisième catégorie, nous placerons les purgatifs qui remplissent convenablement le but médical, quant à l'action évacuante, mais qui ont le grave inconvénient d'inspirer un dégoût invincible aux malades. L'huile de ricin est peut-être le purgatif qui approche le plus du type qu'on peut désirer. Le principe actif y est combiné à une matière huileuse, douce, qui en corrige l'âcreté et en modère l'action, de façon que celle-ci se produit successivement et sans irritation ni douleurs intestinales. Mais la consistance et le goût de l'huile de ricin, sans être absolument répugnants pour tous les malades, en excluent cependant l'emploi chez plusieurs. Sous ce rapport, l'huile de ricin laissait donc une lacune assez importante.

C'est dans le but de la remplir que M. Duvignau, ancien pharmacien en chef de la Maternité, crut devoir expérimenter plusieurs substances encore moins irritantes que l'huile de ricin, et qui étaient autrefois employées dans les familles de nos aïeux. Parmi elles, il s'en trouvait une de la famille des mauves (*malva moschata*) qui était déjà employée comme laxative du temps des Grecs et des Romains; Galien lui reconnaît la propriété que lui accordait l'opinion publique, et Pythagore la considère comme propre à favoriser l'exercice de la pensée (sans doute en dissipant les pesanteurs de la tête, suites ordinaires de la constipation); aujourd'hui encore, les nègres l'emploient comme rafraîchissante. C'est cette plante que l'ex-pharmacien en chef de la Maternité a jugé utile de réhabiliter, et dans laquelle il a trouvé le type du

purgatif que nous aurait présenté l'huile de ricin, si elle était encore moins irritante et surtout moins désagréable. Plus encore que l'huile de ricin, les bonbons rafraîchissants de Duvignau purgent lentement et avec innocuité, ou plutôt, ils facilitent les garderobes, plutôt qu'ils ne purgent à proprement parler; et néanmoins leur action est encore moins sujette à manquer que celle de l'huile de ricin, qui ne manque pourtant que dans des cas bien rares.

Quant à la saveur, il suffit de dire que les bonbons rafraîchissants justifient leur nom pour montrer combien, sous ce rapport, ils sont supérieurs à l'huile de ricin. C'est donc dans la *malva moschata* qu'on a trouvé le véritable type du purgatif applicable à la constipation idiopathique, c'est-à-dire sans lésion organique du tube digestif, espèce de constipation qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, forme la grande majorité, peut-être les quatre-vingt-dix-neuf centièmes des constipations.

Dr D. Bonnet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 décembre 1857.

Présidence de M. Michel Lévy.

Le procès-verbal de la séance du 8 décembre courant est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

1° Compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de l'Aveyron pendant l'année 1856.

2° Rapport final de M. le docteur Desfossés de Lagravière, médecin des épidémies de l'arrondissement de Boussac, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans les communes de Nouzerines, Bussière, Saint-Georges et Tercellat.

3° Rapport de M. Simyan, médecin cantonnal à Cluny (Saône-et-Loire), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à Cluny pendant les années 1856 et 1857.

4° Rapport de M. Lemaire, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Cosne, sur une épidémie de croup et d'angine couenneuse qui a régné en 1857 dans la commune de Saint-Amand.

5° Rapport final de M. le docteur Peuchinat, médecin des épidémies de l'arrondissement de Céret, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Villongue-dels-Monts. (Commission des épidémies.)

— Deux lettres relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

M. le docteur Alphonse Amussat adresse la lettre suivante à l'Académie :

« Monsieur le président,

» J'ai l'honneur de vous informer que, dans le but d'honorer la mémoire de mon père et de remplir ses intentions, j'ai signé, conjointement avec mes cohéritiers et pardevant notaire, l'acte par lequel nous faisons don à l'Académie impériale de médecine d'une rente annuelle de 500 fr. à 4 1/2 0/0, pour la fondation d'un prix de chirurgie.

» Veuillez agréer, etc. »

M. le secrétaire perpétuel donne alors lecture d'un extrait de l'acte relatif aux charges et conditions du concours :

« 1° La rente dont il s'agit sera affectée à la fondation d'un prix dit de *Chirurgie expérimentale*, à décerner tous les deux ans par l'Académie à l'auteur du travail ou des recherches basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

» Toutefois, dans le cas où ladite rente viendrait à être réduite, l'Académie pourrait ne décerner ce prix que tous les trois ans, jusqu'à ce que les économies faites sur les arrérages permissent de la ramener à un chiffre normal de 500 francs.

» 2° Les candidats seront libres de se faire connaître, de choisir le sujet de leur travail et de le présenter au concours, manuscrit ou imprimé.

» 3° Dans le cas où, parmi les travaux présentés au concours, l'Académie ne jugerait pas qu'il s'en trouvât un qui méritât le prix, elle pourrait soit ajourner le prix à un ou deux ans en cumulant la somme, ou la partager aux auteurs de travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtraient les plus dignes d'encouragement.

» 4° Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

» Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été poursuivis et complétés.

» 5° Les frais des présentes et tous ceux auxquels elles pourront donner lieu, seront supportés par les donateurs, etc. »

— Plusieurs lettres de remercîment, adressées à l'Académie par les lauréats dont les noms ont été proclamés dans la séance dernière.

— Le comité de vaccine du département du Nord demande l'avis de l'Académie sur la proposition suivante :

« Dans l'état actuel de la science, les revaccinations peuvent-elles être prescrites et être l'objet d'encouragements spéciaux? » (Renvoyé à la commission de vaccine.)

— M. Davenne, directeur général de l'Assistance publique, informe l'Académie que, d'après l'avis des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, tout malade admis dans un hôpital sera désormais soumis à la vaccination ou à la revaccination. Il demande en conséquence à l'Académie les renseignements nécessaires pour l'application de cette mesure.

— M. Husson, pharmacien à Toul, adresse un mémoire sur la durée de la vie moyenne dans l'arrondissement de Toul. (Commissaires : MM. Michel Lévy, Bégin, Adelon et Guérard.)

— M. le docteur Ancelet, à Vailly-sur-Aisne, adresse une note ayant pour titre : *Observations et Remarques pour servir à l'histoire des luxations par rotation du tibia.* (Comm., M. Huguier.)

— M. Pons, de Bez, près le Vigan, adresse la suite de ses *Interprétations* des aphorismes d'Hippocrate.

— M. E. Garimond, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse un mémoire intitulé : *Statistique des hôpitaux de Montpellier, au point de vue de l'influence du climat sur le développement et la marche de la phthisie pulmonaire.* (Comm., M. Grisolle.)

RENOUVELLEMENT DU BUREAU.

Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1858.

Président. — 59 votants prennent part à l'élection du président.

M. Laugier obtient 56 suffrages et est élu président, sauf approbation du gouvernement.

(M. Depaul a obtenu 1 voix, et il y a eu 2 bulletins blancs.)

Vice-président. — 61 membres prennent part à cette élection. Leurs suffrages se répartissent de la façon suivante :

MM. Cruveilhier,	56
Larrey,	1
Bouillaud,	2
Depaul,	1
Bulletin blanc,	1

En conséquence, M. Cruveilhier est élu vice-président, sauf approbation du gouvernement.

Secrétaire annuel. — 51 votants.

M. Devergie obtient	44	suffrages.
Bouvier,	1	—
Gibert,	1	—
Grisolle,	1	—
Barthe,	1	—
Bulletins blancs,	3	—

M. Devergie est élu secrétaire annuel.

ELECTION DE TROIS MEMBRES DU CONSEIL :

L'Académie procède à cette élection par bulletin individuel. Il y a 49 votans.

1er Scrutin. — M. Cruveilhier obtient 41 suffrages.

Laugier,	1	—
Lévy,	2	—
Heller,	1	—
Louis,	2	—
Bulletins blancs,	2	—

M. Cruveilhier est élu.

2e Scrutin. — Votants : 40.

M. Louis obtient 37 suffrages.

Robinet,	1	—
Depaul,	1	—
Leblanc,	1	—

M. Louis est élu.

3e **scrutin**. — Votants : 33.

M. Danyau obtient 31 suffrages.

Depaul,	1	—
Larrey,	1	—

M. Danyau est élu.

La séance est levée à quatre heures un quart.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 décembre 1857.

Présidence de M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE.

Hygiène militaire. — *Sur les étoffes qui servent à confectionner les vêtements du soldat*, par M. COULIER.

Voici l'extrait de ce travail que publient les *Comptes rendus :*

« Le sujet du travail que j'ai entrepris sur les étoffes m'a été indiqué par M. Michel Lévy, qui a bien voulu en outre m'aider de conseils dont j'ai largement profité pour la direction de mes recherches.

» J'ai fait usage exclusivement, pour toutes ces expériences, des tissus qui servent à vêtir le soldat. Ces étoffes sont des toiles de coton et de chanvre, et des draps diversement colorés. J'ai successivement considéré les tissus comme agents protecteurs : 1° contre le froid ; 2° contre la chaleur ; et 3° comme corps destinés à absorber les produits de l'excrétion cutanée. Relativement à cette dernière question, mes expériences m'ont conduit à admettre que lorsque l'eau pénètre en quantité suffisante dans un tissu, elle se partage en deux portions distinctes que j'appellerai *eau hygrométrique* et *eau d'interposition*. Les considérations suivantes ont suffisamment motivé cette distinction :

» 1° L'eau hygrométrique peut être absorbée en quantité considérable sans que les principales propriétés physiques du tissu soient modifiées ; la balance seule permet de la reconnaître. L'eau d'interposition, au contraire, modifie profondément ces mêmes propriétés et peut être perçue par le toucher.

» 2° L'eau hygrométrique ne peut être chassée par la pression ; la pesanteur ne la rassemble pas dans les parties déclives de l'étoffe, effets qui ont lieu pour l'eau interposée.

» 3° L'eau d'interposition finit toujours par s'évaporer complétement, si l'étoffe se trouve dans un milieu non saturé de vapeur. L'eau hygrométrique, au contraire, ne s'évapore en entier que dans un milieu parfaitement desséché. Son poids varie avec l'état hygrométrique du milieu ambiant et la température de l'étoffe.

» Pour doser l'eau hygrométrique et l'eau d'interposition, il suffit de peser successivement l'étoffe après vingt-quatre heures de séjour sur la chaux vive, puis sur l'eau : le tissu ayant été, dans ce dernier cas, déposé dans la cloche, soit sec, soit imprégné d'eau par un séjour prolongé dans ce liquide. Les différences de poids fournissent aisément les résultats cherchés. Les quantités d'eau hygrométrique absorbée ont été en moyenne les suivantes : coton, 0,10 du poids de l'étoffe ; chanvre, 0,15 ; laine, 0,18 à 0,20. Pour l'eau d'interposition, j'ai obtenu les chiffres que voici : chanvre, 0,5 ; coton, 0,8 à 0,9 ; laine, 1,5.

» J'ai constaté que lorsqu'un tissu enlève à l'état d'eau hygrométrique le liquide qui mouille une surface avec laquelle il se trouve en contact, la température de celle-ci ne varie point. L'eau passe bien, il est vrai, à l'état gazeux ; mais, en se condensant immédiatement dans les pores de l'étoffe, elle restitue la chaleur absorbée à l'état latent.

» Les conclusions que j'ai cru pouvoir tirer de mes recherches peuvent se formuler dans les propositions suivantes :

» 1° La couleur des vêtements est sans influence sensible sur la déperdition du calorique ;

» 2° Tous les tissus sont susceptibles d'absorber à l'état latent une certaine quantité d'eau hygrométrique ; cette quantité, assez considérable pour la laine, est moindre pour le chanvre et surtout pour le coton ;

» 3° Cette absorption se fait sans déperdition immédiate de calorique pour le corps humain ;

» 4° La couleur des tissus a une grande influence sur l'absorption de la chaleur solaire, et il suffit, quelle que soit d'ailleurs la nature des vêtements, de modifier leur surface extérieure pour bénéficier des avantages que présentent les étoffes blanches lorsqu'on se trouve exposé aux ardeurs du soleil. »

CORRESPONDANCE.

ÉLOGE DE M. MAGENDIE.

Notre bon et ancien camarade, M. de Puisaye, nous prie de publier la lettre suivante, qu'il a adressée à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine.

Nous approuvons trop le sentiment qui a dicté cette lettre pour ne pas nous rendre avec empressement au désir de M. de Puisaye. Mais, tout en approuvant sa généreuse démarche, nous ne pouvons nous dispenser de dire que les arguments de l'honorable neveu de M. Magendie ne prouvent absolument rien contre la critique de M. le secrétaire perpétuel, et de répéter que si ce dernier a péché en quelque chose, c'est par un excès de modération. En applaudissant aux magnifiques paroles de M. Littré, la partie impartiale de l'auditoire a surabondamment prouvé qu'elle partageait cette manière de voir. H. DE C.

Monsieur le Secrétaire perpétuel,

Attaché à M. Magendie par les liens de la parenté, je ne puis laisser passer sans protestation ce que vous appelez son éloge, et ce que, pour adoucir ma pensée, j'appellerai une critique malveillante.

Les marques de considération qui, de son vivant, lui ont été décernées par toutes les Académies, placent sa réputation trop haut pour qu'elle ait à souffrir de vos inqualifiables attaques.

En mettant en suspicion la probité scientifique de M. Magendie, vous vous êtes fait l'écho de certaines passions que la mort n'a pu éteindre, ou vous avez sciemment altéré la vérité, ou vous n'avez pas pris une connaissance suffisante de cette partie de ses œuvres dans laquelle il rend à ses devanciers la part qui leur est due.

Il me suffira, du reste, d'opposer à vos appréciations les paroles que prononçait sur la tombe de M. Magendie l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, M. Flourens : « M. Magendie, disait-il, nous a transmis le flambeau de la physiologie expérimentale sans qu'il ait vacillé un instant dans sa main, pendant près d'un demi-siècle. »

J'ai l'honneur d'être, Monsieur, votre très humble serviteur,

O. DE PUISAYE,
Docteur en médecine.

Paris, 18 décembre 1857.

VARIÉTÉS.

Concours de l'internat. — Ont été nommés internes des hôpitaux de Paris, pour entrer en fonctions au 1er janvier 1857 :

MM. Durante, Pierreson, Régnault, Baudot (Émile), Fournier, Sergent, Schultz, Descroisilhes, Barat-Dulaurier, Bosia, Wannebrourg, Guéniot, Dujardin-Beaumetz, Gauthiez, Tillaux, Almagre, Mousten, Danjoy, Belhomme, Bricheteau-Gravelone, Desprès (Armand), Pradaud, Hardy (Charles), Picard (Jean-Paul), Colombel, Raynaud, Dance, Mauvezin, Long, Lancereau, Legrand, Capelle, Jacquart, Michel, Guérard.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — N° 155. 5me ANNÉE. Mardi 29 Décembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21.
Bureaux ouverts tous les jours (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an......... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal.
Dans les Départements et à l'Etranger : chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Nous prions instamment ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expire le 31 décembre de vouloir bien nous faire parvenir le prix de leur réabonnement par mandats de poste ou sur une maison de Paris. — Le renouvellement de janvier étant extrêmement considérable, ils nous éviteront un énorme surcroît de travail en nous dispensant de faire toucher le prix de l'abonnement à domicile. — Il est entendu que nos souscripteurs sont autorisés, comme par le passé, à retenir le prix de l'affranchissement de la lettre.

Paris, le 28 décembre 1857.

Séance de l'Académie des sciences.

[La putréfaction à — 20°. — Les silos de la Russie centrale. — La dynamoscopie. — Les capsules surrénales.]

C'est une très belle faculté que celle de l'imagination ; mais l'abus des meilleures choses n'en est pas moins un abus, et nous craignons bien que M. Phipson ne soit tombé dans un abus de cette espèce quand il a attribué à l'ozone la putréfaction prétendue qui s'opérerait, chez les Esquimaux ou chez d'autres peuplades analogues, à une température de 20° au-dessous de zéro. Certes, nous ne manquons pas absolument de confiance dans l'exactitude et le talent de messieurs les Esquimaux ; mais nous aimerions assez pourtant que leurs observations fussent contrôlées avant de servir de pierre angulaire à une théorie chimique. Nous engageons vivement M. Phipson à n'être pas moins difficile que nous, et à rentrer sa théorie sur la putréfaction à 20° au-dessous de zéro, jusqu'à ce que la réalité de cette putréfaction soit bien établie.

— La Russie a brillé depuis quelque temps d'un assez vif éclat à l'Académie ; il n'y a donc rien de bien étonnant à ce qu'elle pâlisse un peu dans la personne de M. de Sémichoff. Ce noble Roxelan ne nous paraît pas avoir suffisamment médité sur les silos de la Russie centrale avant d'en entretenir l'Académie. Quel but M. de Sémichoff s'est-il proposé, en annonçant que les cultivateurs de son pays conservent du blé pendant dix ans en le déposant dans des trous creusés en terre et dont les parois ont été préalablement chauffées ou peut-être cuites par un feu allumé dans leur intérieur ?

LES FLÈCHES MÉDICALES.

Le docteur comte du Bon-Présage. — Prodigieux diagnostic. — Une dame phrénologiste et un peu sorcière. — La chute d'un esprit fort. — Un génie universel. — Un hôpital comme on en voit peu, comme on n'en voit guère, comme on n'en voit pas.

Chaque pays a ses us et coutumes, et, en cherchant bien sur la carte, il ne serait peut-être pas impossible de trouver des contrées où la *correctionnelle* soit l'unique récompense des vertus que feu Monthyon couronne du fond de son tombeau.

Je sais bien qu'au premier abord ma proposition pourra paraître un peu paradoxale, mais il suffit de regarder ce qui se passe en Espagne, pour que mon paradoxe prenne la tournure d'une quasi-vérité.

Il y a quelques jours, je racontais les heureuses infortunes d'une somnambule médicale à laquelle on avait accordé la faveur d'un jugement et d'une condamnation à 15 fr. d'amende pour avoir pronostiqué l'avenir. Je vais, comme revers de la médaille, mentionner aujourd'hui les dignités et les honneurs qui sont venus accabler un confrère espagnol pour s'être rendu coupable du même délit. Ce qui prouve, quoi qu'en ait dit Louis XIV, qu'il y a toujours des Pyrénées.

Il s'agit d'une prédiction obstétricale du docteur Corral, de Madrid, qui peut à bon droit passer pour le Mathieu Lænsberg des accoucheurs. Cet honorable confrère serait vraiment coupable, après le succès qu'il vient d'obtenir, de ne pas publier un almanach des accouchements avec prédictions obstétricales pour chacun des jours de l'année.

Voici le fait tel que le racontent les journaux espagnols et le *Journal des Débats :*

« Non-seulement notre auguste souveraine désirait ardemment avoir un fils, mais encore elle en avait le vif pressentiment. Sa confiance était si aveugle, que ses médecins, pour lui épargner un douloureux désappointement, avaient cru devoir lui dire que tous les symptômes annonçaient le contraire. Ce fut seulement *la veille* de l'accouchement que le docteur Corral, *avec l'assurance que lui donnent sa longue pratique et sa profonde science*, déclara à S. M. qu'il *pouvait presque lui affirmer* qu'elle aurait un garçon. — « Si tu ne « me trompes pas, lui dit la reine, tu seras nommé comte du Bon- « Présage. »

Le nouveau-né, ayant reçu les noms d'Alphonse-François-d'Assises Ferdinand-Pie-Jean-Marie-de-la-Conception-Grégoire-Jacques-Pélagie (*y quiza algunos otros*), il est clair que le docteur Corral a bien deviné.

Voilà donc notre savant confrère enguirlandé de la couronne de *comte* DU BON PRÉSAGE ; il n'y a vraiment que les Espagnols qui soien capables de trouver des noms aussi *cocasses*. Moi, j'aurais préféré

A-t-il voulu prétendre que ce soit là un procédé à appliquer dans d'autres pays? En ce cas, nous trouverions le conseil un peu léger; car, à supposer que la conservation soit bien telle que l'annonce M. de Sémichoff, ce que nous n'admettons que sous toutes réserves, il aurait du moins fallu nous faire connaître : 1° la nature des terrains où les cultivateurs de la Russie centrale pratiquent leurs trous ; 2° le degré de cuisson qu'éprouvent les parois de ces trous ; 3° leur profondeur ; 4° leur température moyenne et maximum ; 5° l'épaisseur de la couche de paille dont on les revêt, etc., etc., toutes choses que M. de Sémichoff a oublié de nous faire connaître.

Que si, au contraire, M. de Sémichoff n'a voulu que fournir une donnée sans portée, une sorte d'*on-dit* au grand problème hygiénique et économique de la conservation des grains, il était inutile de faire allusion au travail de M. Doyère ; car la communication de M. de Sémichoff n'a aucun rapport avec ce travail, n'ajoute absolument rien à ce qu'il nous a appris, et ne peut qu'embrouiller la question qu'il a éclaircie, ralentir le progrès qu'il a réalisé. Somme toute, nous croyons que M. de Sémichoff aurait été bien inspiré en renvoyant à une époque où il aurait été mieux informé, sa communication à l'Académie.

Les *Comptes rendus*, qui ont été fort libéraux pour les théories de M. Phipson, ont été plus avares envers M. Collongues. Il ne nous a pas été possible de bien saisir la façon dont cet honorable médecin entend appliquer ce qu'il appelle la dynamoscopie à la constatation des décès. En tous cas, si nous ne nous trompons, ce procédé, assez mal décrit dans les *Comptes rendus*, ne serait applicable que dans les quelques heures qui suivent le décès. Or, ce n'est pas à ce moment qu'il est important de pouvoir constater la réalité de la mort ; c'est lorsque l'époque est arrivée de procéder à l'inhumation. Le procédé de M. Collongues peut donc avoir son intérêt au point de vue de la science ; mais il ne paraît pas appelé à un grand avenir dans l'hygiène publique.

La pièce de résistance de la séance a été le savant résumé de M. Brown-Séquard, des expériences qui ont été faites sur les capsules surrénales et des conclusions diverses qu'on a déduites de ces expériences. Nous ne ferons pas ici le résumé de ce résumé, que nos lecteurs aimeront mieux sans doute lire textuellement à notre compte rendu. Nous dirons seulement que, malgré la confiance que nous inspirent et l'habileté opératoire et la puissance de raisonnement de notre excellent et très savant ami, nous ne sommes pas encore convaincu que les capsules surrénales soient absolument indispensables à la vie, même chez les animaux non albinos.

H. DE CASTELNAU.

Séance de la Société de chirurgie du 23 décembre 1857.

[Amputation coxo-fémorale. — Varice artérielle du cuir chevelu traitée par l'injection de perchlorure de fer. — Fracture du crâne chez un fœtus, produite pendant l'accouchement.]

La discussion sur les désarticulations a été continuée pendant une partie de cette séance ; mais la plupart des chirurgiens qui ont pris la parole ont paru peu disposés à la voir s'étendre, trouvant qu'il manque des éléments importants pour qu'elle puisse être soutenue avec fruit. Ces éléments, qui n'existent pas et ne peuvent exister dans les statistiques produites jusqu'ici, sont assez nombreux. Ainsi, il faudrait tenir compte du siége exact, de la gravité et de l'étendue des besoins qui obligent le chirurgien à pratiquer l'amputation coxo-fémorale (car la discussion a porté sur cette désarticulation en particulier) ; il faut aussi, dans l'étude des résultats, mettre en ligne de compte l'état du blessé, les conditions hygiéniques et climatériques dans lesquelles il se trouve placé, les complications, etc. Il faudrait un nombre de faits complets beaucoup plus considérable que celui qui existe pour pouvoir décider cette importante question du moment où il est le plus avantageux de pratiquer cette grave opération.

La question des *pansements rares* a également attiré pendant quelques instants l'attention de la Société. M. Coste a exposé sa pratique habituelle dans les opérations en général ; il a obtenu de très heureux résultats, en levant le premier appareil de pansement seulement du dixième au quinzième jour. Il faut tenir compte de l'influence du climat sur la marche de la cicatrisation des plaies ; aussi la plupart des chirurgiens ont exprimé les craintes justifiées que leur inspirerait, à Paris, une pratique comme celle de l'honorable chirurgien de Marseille, dans un climat moins chaud, et dans des conditions générales d'hygiène si différentes.

---

titre de COMTE DE LA BONNE AVENTURE, en ajoutant AU GUÉ, pour ne pas être confondu avec les autres diseurs d'avenir.

Des journaux si bien renseignés auraient dû ne rien oublier de ce qui concerne un aussi savant médecin. La postérité demandera avec anxiété quel costume portait le COMTE DU BON PRÉSAGE au moment de la prédiction ; s'il avait un grand chapeau pointu orné du soleil et de la lune, une robe rouge constellée d'étoiles, la baguette magique de rigueur, ou un télescope à la main.

Espérons, grand Dieu, que la postérité saura un jour à quoi s'en tenir sur ce point !

On ne parle pas des armoiries attachées à son titre de comte ; à sa place, je me blasonnerais un petit écu d'armes parlantes, — comme moi-même. — Je porterais une langue à la provençale sur fond de gueules, au chef muscadé avec beaucoup de toupet pour cimier, deux chouettes pour support et la devise : *Audaces fortuna juvat*.

Comment se fait-il que le COMTE DU BON-PRÉSAGE, qui possède « *l'assurance que lui donnent sa longue pratique et sa profonde science,* » n'ait pas fait cesser huit à neuf mois plus tôt les incertitudes de son auguste maîtresse, en confectionnant sa petite prédiction dès le début de l'état intéressant.

— Oh ! je vous le dis, monseigneur le COMTE DU BON-PRÉSAGE, ceci n'est ni d'un loyal sujet, ni d'un féal chevalier.

Voici une autre devineuse, qui ne deviendra peut-être jamais comtesse, à moins cependant qu'elle ne franchisse les Pyrénées, mais qui vous dira au plus juste prix le passé, le présent et l'avenir. Pour la dédommager de ne pas être comtesse, je vais lui faire une petite réclame en vous donnant son adresse, dans l'espoir que vous vous empressez de l'honorer de votre confiance, et que vous lui ferez palper vos petites tubérosités.

Madame DUPIRE,

PHRÉNOLOGISTE,

26, *Rue du Mail*,

Donnant dans la rue Montmartre,
au 4me au-dessus de l'entresol, la porte à gauche,

dit PARIS *l'avenir.*

Ce — *dit l'avenir* — est écrit à la main sur la carte ; je le trouve plein de mystérieuses promesses et de profondeur. Il est placé là négligemment, comme un simple *post-scriptum*, et cependant il renferme dans ses flancs la chiromancie, la cartomancie, le marc de café, etc., etc. Il dit aux passants : Entrez, messieurs et dames. Je suis phrénologiste, il est vrai, mais je ne palpe les protubérances crâniennes que sur la tête de la dame de pique.

— M. Gosselin, qui a traité la question des pansements rares, dans une thèse de concours, a rappelé que cette manière d'agir a déjà été proposée à plusieurs reprises, depuis Magatus (1616), et que toujours elle a été abandonnée. Les chirurgiens d'aujourd'hui n'en sont pas partisans : les pansements fréquents n'ont aucun inconvénient; lorsqu'ils sont bien faits, ils peuvent, à partir du lendemain de l'opération, être renouvelés chaque jour en totalité ou en partie, sans que le malade en éprouve aucun dommage. Si l'on vient à objecter l'influence du contact plus fréquemment répété de l'air à la surface de la plaie, on rentre alors dans le domaine des hypothèses, cette influence n'étant pas démontrée nuisible. Il y a des inconvénients, au contraire, à temporiser, lorsque l'inflammation est vive, la suppuration abondante; le malade et ses voisins se trouvent exposés aux mauvaises odeurs qui se répandent; on ne peut reconnaître, dès leur premier début, l'apparition de certaines complications dont on pourrait enrayer ou modifier le développement. En résumé, il y a des inconvénients à panser rarement les plaies; il n'y en a pas à les panser fréquemment, outre qu'il en résulte, pour les opérés, une satisfaction morale qui n'est pas indifférente.

—

M. Broca a présenté à la Société un malade qu'il a traité avec succès pour un *anévrysme cyrsoïde du cuir chevelu :*

Un homme de quarante-cinq à cinquante ans, d'une bonne constitution, reçut au mois de février dernier une contusion à la tête; trois mois après, il constata qu'une petite tumeur se développait dans la région temporo-pariétale, à trois travers de doigt au-dessus de l'oreille; il ne sait si, à ce moment, la tumeur présentait des battements. Il fit à cette époque un voyage en Italie; bientôt il sentit qu'il existait des pulsations dans la tumeur, lorsqu'il était couché; quand il prêtait un peu d'attention, il entendait ces battements isochrones à ceux du pouls. Ces pulsations devinrent ensuite plus fortes, en même temps que la tumeur acquérait un volume plus considérable; cet accroissement fut surtout marqué pendant la dernière quinzaine d'octobre et tout le mois de novembre. Le malade consulta plusieurs médecins, dont l'un conseilla la compression qui fut faite au moyen d'un appareil spécial à pelotes. Il n'en résulta aucune amélioration, et c'est alors que le malade fut adressé à M. Broca, qui constata l'existence d'un anévrysme cyrsoïde ou varice artérielle du cuir chevelu. La tumeur avait 3 centimètres d'étendue sur 2 1/2, faisant une saillie de 1 centimètre environ. — Le dimanche 6 décembre, il injecta dans cette tumeur quatre gouttes de perchlorure de fer, qui produisirent une coagulation instantanée du sang qui y était contenu. La compression de l'artère temporale fut conseillée pendant une heure ou deux pour protéger le caillot récent; mais, par un malentendu, elle fut continuée plusieurs heures de plus, et la pression assez douloureuse qu'elle occasionna détermina une sorte de vésication de la peau. — La guérison de l'anévrysme était complète quelques jours après.

—

M. Danyau présente le crâne d'un enfant sur lequel on remarque une lésion produite pendant le travail de l'accouchement. Déjà l'honorable chirurgien de la Maternité a présenté deux cas de ce genre, et une discussion s'était élevée pour déterminer si c'étaient de véritables fractures ou de simples enfoncements. (Voir le *Moniteur des Hôpitaux*, 1857, p. 55.) — Cette nouvelle pièce est le pariétal droit d'un enfant qui a été extrait au moyen du forceps. Il existait un rétrécissement du bassin. Le fœtus se présentait en position occipito-iliaque droite postérieure; la branche droite du forceps fut appliquée en arrière, la gauche en avant; le pariétal droit s'appuyait sur l'angle sacro-vertébral. Pendant qu'il exerçait la traction, M. Danyau sentit à un certain moment une sorte de craquement, accompagné d'un mouvement qui indiquait qu'une résistance venait d'être vaincue. — L'enfant naquit dans un état de mort apparente. On put le ranimer pendant quelques instants à force de soins, mais il ne tarda pas à succomber. — En examinant le pariétal, on constate l'existence de trois lignes de fractures qui intéressent seulement la table interne de l'os. Il y a du sang épanché dans tout le crâne, principalemen du côté du cervelet et c'est à cet épanchement abondant que l'on doit attribuer la mort de l'enfant.

R.

— M. H..., chirurgien de l'hôpital..., enfin d'un hôpital, possède des amis qui ont une confiance illimitée dans les révélations d'un esprit frappeur qui réside dans les pieds de leur table. Le docteur H... se moquait aussi spirituellement que possible et selon ses petits moyens de la crédulité de ses amis. — Très bien. Mais il paraît que l'esprit frappeur était profondément vexé d'entendre le docteur H... le traiter avec un sans façon tout cavalier; il résolut de le faire passer dans la catégorie des innocents qu'il plaisantait si bien. Voici comment le diable s'y prit pour arriver à ses fins.

Un jour, on s'efforçait vainement de faire rendre à la table un oracle en présence de M. H..., on eut beau la prendre par tous les bouts, la table restait muette; enfin, le *médiun* impatienté somma l'esprit frappeur de dire les motifs qui l'empêchaient de répondre.

— C'est, dit l'esprit, que je suis paralysé par la présence d'un homme supérieur, d'un esprit fort qui me nie.

M. H... s'inclina modestement et dit :

— Maintenant, je suis convaincu !

Depuis ce jour, lorsqu'on lui parle des esprits frappeurs, il répond d'un air profond :

— Il y a là quelque chose, n'en plaisantez pas.

Un homme distingué en tous genres, dont le monde connaît l'effrayante fécondité intellectuelle, a juré de cueillir une palme dans chacun des arrondissements de la gloire; il s'est illustré comme organicien, — comme Hercule chez Danaüs, — comme néologiste, — comme organographe, — comme favori des muses qu'il a mises sur les dents; hélas! elles n'étaient que neuf; — il s'est enivré à cette coupe d'ambroisie que la foule enthousiaste remplit pour les grands hommes qu'elle admire; eh bien, cette gloire ne lui suffit pas, son génie, plus opulent que le Juif-Errant, mais aussi infatigable que lui, marche, marche sans s'arrêter à la conquête de nouveaux lauriers. Hier il s'est réveillé architecte, il veut faire oublier Michel-Ange et Visconti; il s'est réveillé avec le plan complet d'un hôpital dans la tête; ses lobes cérébraux sont si vastes, qu'il n'en est nullement incommodé.

Son plan est grandiose comme le Champ-de-Mars, et beau comme l'antique. Tout fonctionnerait par le moyen de la vapeur, le service serait fait sur des petits chemins de fer; les ordres transmis télégraphiquement. Les médecins seraient en ébène, les internes en acajou, les externes en noyer, les *roupions* en sapin du Nord; les infirmiers seraient remplacés par d'ingénieuses machines qui ne boiraient plus l'alcool des préparations anatomiques.

Le matériel occuperait tout le rez-de-chaussée, l'administration, tout le premier. (Nota : il n'y avait pas de second étage.) Ce serait admirable. Les élèves du grand homme passent nuit et jour à copier, dessiner et corriger les plans du maître. C'est tout une révolution dans l'architecture hospitalière. Il est probable que l'hôpital portera le nom du grand homme.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du panaris et du phlegmon de la main

Par le Dr L. BAUCHET.

(Suite)

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — *Panaris sous-cutané.* — Cette variété me paraît la plus intéressante à étudier.

Le panaris sous-cutané a pour siége le tissu cellulaire sous-cutané. Il occupe quelquefois tout le tissu cellulaire sous-cutané; dans quelques circonstances, assez rares, il peut rester limité à la face profonde du derme et à la couche la plus superficielle du tissu cellulaire qui remplit les vacuoles de la face profonde de la peau.

Ses causes sont les plus diverses : il succède quelquefois à un panaris superficiel ; d'autres fois l'inflammation naît d'emblée dans le tissu cellulaire sous-cutané sous l'influence des mêmes causes qui peuvent souvent ne donner lieu qu'au panaris superficiel : piqûres diverses, écorchures, déchirures, coupures, etc. Il n'est pas rare de le voir survenir à la suite de pressions longtemps continuées, comme on l'observe chez les ouvriers, les casseurs de pierres, les charpentiers, etc., chez lesquels la pression de l'outil détermine un panaris. Contrairement au panaris superficiel, le panaris sous-cutané se rencontre surtout à la face palmaire des doigts.

Le premier symptôme que l'on observe au début du panaris sous-cutané, c'est une gène dans le mouvement du doigt, et une douleur plus ou moins vive. Après quelques heures, quelquefois un jour ou deux de prodromes, on voit sortir du gonflement, de la rougeur. La douleur augmente, elle devient souvent intolérable, elle est pulsatile. Le gonflement se montre d'abord à la face palmaire, mais bien vite, il envahit et s'étend sur la face dorsale du doigt. Le tissu cellulaire sous-cutané est dense, feutré, à la face palmaire; il est lâche, lamelleux, à la face dorsale. L'inflammation est plus à l'aise à la face dorsale, elle s'étale et envahit toute la longueur du doigt de ce côté. A la face palmaire, au contraire, elle rencontre le tissu cellulaire condensé pour former les brides dont il a été question ; elle est arrêtée par ces brides plus ou moins longtemps, et il n'est pas rare de trouver un gonflement bien circonscrit à la face palmaire, entre deux plis cutanés phalangiens, étalé au contraire à toute la face dorsale du doigt et même sur l'os de la main. On voit déjà l'importance des connaissances anatomiques pour bien comprendre la marche de l'inflammation et du gonflement, mais c'est surtout quand il sera question des inflammations de la main que cette vérité sera dans tout son éclat.

La rougeur est aussi plus apparente, plus vive à la face dorsale.

Les mouvements du doigt sont pénibles, douloureux, mais le malade peut les exécuter, et les tendons glissent librement dans leur gaîne. C'est qu'entre eux et le tissu cellulaire existe la coulisse fibro-synoviale dure, résistante, rebelle à l'inflammation.

En même temps se montrent des phénomènes généraux : de la fièvre, de l'inappétence, une insomnie fatigante, de la céphalalgie, voire même quelquefois du délire.

Ce gonflement, cette rougeur, vont en augmentant pendant trois ou quatre jours, puis ils restent stationnaires. La tuméfaction se ramollit, et si l'art n'intervient pas, au bout de huit à douze jours, le derme s'ulcère, le pus s'échappe à l'extérieur. Si l'épiderme est peu résistant, il donne de suite passage au pus , si au contraire il est dur, calleux, il se laisse soulever par le pus, on voit se former une phlyctène plus ou moins étendue, jaunâtre dès le début. Enfin le pus s'écoule à l'extérieur par un ou plusieurs pertuis. Alors les symptômes locaux et généraux s'amendent, le trajet purulent s'agrandit, le foyer se déterge, le gonflement diminue, le foyer se cicatrise, et la guérison arrive après un temps qui varie de deux à trois septenaires.

Il peut arriver qu'il se forme simultanément des abcès à la face palmaire et à la face dorsale des doigts, mais le plus souvent le pus se fait jour sur les parties latérales, dans les joints où la peau est plus mince, plus souple.

Je n'insiste pas sur les diverses complications que l'on peut rencontrer ; elles feront l'objet d'un chapitre spécial.

Le panaris sous-cutané peut déterminer une inflammation des coulisses fibro-synoviales, surtout s'il a été abandonné à lui-même. Le pus qui tend à se créer une issue, érode la peau et la coulisse fibro-synoviale, et il n'est pas rare de voir un panaris de la seconde espèce, dans ces conditions, donner lieu à un panaris de la troisième variété.

Le pronostic du panaris sous-cutané est plus grave que celui du

Lorsque je subirai moins complétement l'enthousiasme que ce projet m'inspire, je crois que je ferai la réflexion suivante : C'est bien hardi, même pour un homme de génie, de débuter par un si grand monument; à sa place, j'essayerais mes forces en construisant d'abord des petites-maisons : on ne sait pas ce qui peut arriver.

Par procuration de *Griffus (d'Ephèse)*,

LE Dr JOULIN.

VARIÉTÉS.

Fondation d'un prix à l'École de médecine de Rouen. — Un prix important vient d'être fondé à l'École préparatoire de médecine de Rouen.

Une médaille d'or et une somme de 800 francs seront, chaque année, données au vainqueur d'un concours ouvert entre les élèves de cette école.

Le docteur Henri Pillore, fils et petit-fils de médecin, né à Rouen, mourut en 1855, et légua sa bibliothèque médicale, composée d'environ 3,000 volumes à l'École de médecine de sa ville natale. L'année suivante, sa mère succombait à son tour. Voulant honorer et perpétuer la mémoire de son fils, elle légua à la ville de Rouen la somme de 20,000 francs, à la charge par cette dernière de fonder, avec les intérêts de cette somme, un prix qui devait porter la désignation de *Prix Henri Pillore*, et être décerné à la suite d'un concours ouvert entre les élèves en médecine de l'École de Rouen. Les conditions du concours devaient être réglées par les professeurs de cette école.

La ville accepta le legs; les professeurs furent invités à rédiger un programme de concours qui, récemment soumis à l'approbation de M. le recteur de l'Académie de Caen, vient d'être autorisé.

Nous sommes assez heureux pour pouvoir en donner aujourd'hui la teneur :

Conditions d'admission.

1° Être attaché aux hôpitaux ou asiles de Rouen depuis au moins deux ans au commencement de l'année scolaire dans laquelle le prix doit être décerné, et avoir pris huit inscriptions au moins à l'École préparatoire de médecine ;

2° Fournir une ou plusieurs pièces anatomiques conservées dont les sujets, indiqués au commencement de chaque année, seront tirés au sort lors de l'ouverture des cours ;

3° Produire un certain nombre d'observations recueillies dont les services des hôpitaux de la ville, et en tirer les conséquences qui en découlent.

Ces observations, ainsi que les pièces anatomiques présentées par les concurrents, resteront la propriété de l'école ; les auteurs des observations pourront en prendre copie.

Pièces à fournir :

Pour être admis au concours, les élèves devront, en se faisant inscrire au commencement de l'année scolaire, fournir les pièces suivantes :

panaris superficiel. Outre les accidents qui résultent des complications, le panaris peut occasionner des accidents profonds du côté des tendons, et par suite des difformités indélébiles. Mais si re panaris reste sous-cutané, si l'art intervient pour prévenir cette dernière complication, en général, cette variété de panaris guérit bien, et ne laisse après elle aucune suite fâcheuse.

Le traitement est variable suivant la personne à laquelle est arrivé le panaris.

Au début, la première médication est de chercher à obtenir la ésolution. On trouve indiqués dans tous les auteurs les divers moyens qui ont été préconisés pour arriver à ce résultat : les topiques refrigérants ont donné quelques succès, mais ils doivent être continués pendant quelques jours avec persévérance. Ils ont l'avantage de calmer les douleurs aiguës du panaris. C'est nn moyen difficile à employer, et surtout à continuer sans interruption. Les irrigations continues, la glace peuvent donc donner de bons résultats; mais il faut prendre garde que quelquefois ces topiques ont déterminé des accidents graves, tels que la grangrène. — L'application de sangsues à la racine des doigts est aussi un bon moyen à mettre en usage, tout à fait au début. — M. Velpeau a obtenu souvent des succès des onctions mercurielles aidées d'une compression modérée, et de la position élevée de la main. — En même temps, il est bon de prescrire un grand bain tiède et quelques légers purgatifs. — Si le malade est fort, vigoureux, qu'il existe des symptômes de réaction assez marqués, on peut avoir recours à une saignée générale.

Je passe sous silence, et avec intention, tous ces prétendus topiques merveilleux qui ont grande créance chez les gens du peuple.

Mais quand ces divers moyens, et notamment la compression, n'ont rien produit après un ou deux jours, que l'inflammation augmente au lieu de rétrograder, il faut alors avoir recours à un autre traitement. Il serait imprudent d'insister trop longtemps sur les abortifs.

Les cataplasmes émollients, les onctions mercurielles, les bains locaux émollients seront employés avec avantage, et quand la phlegmasie dure depuis quatre à six jours, il ne faut pas hésiter à avoir recours au bistouri, à ouvrir le foyer du mal. On peut même employer le bistouri dès le début. Une incision bien faite détermine une saignée locale, calme la douleur, détruit les symptômes d'étranglement, et, comme l'a souvent prouvé M. Velpeau, elle peut faire avorter le panaris. C'est aussi le moyen le plus efficace pour empêcher le panaris sous-cutané de devenir le point de départ d'un panaris profond.

Le chirurgien qui a recours au bistouri ne doit pas perdre de vue qu'une incision, pour être utile, doit être portée jusqu'au delà du derme, doit être assez large pour permettre au pus de s'écouler facilement. La plupart des médecins se servent timidement d'une lancette ; c'est le bistouri qu'il faut choisir. Il faut le porter hardiment jusqu'au foyer, jusqu'au delà du derme et ouvrir au pus une issue de deux à trois centimètres au moins. Il ne faut pas oublier que la peau, surtout la peau enflammée, est assez épaisse, et ne pas s'arrêter alors que l'on n'a pas traversé le derme dans toute son épaisseur. Qu'y a-t-il à redouter du reste? des artérioles situées sur les parties latérales du doigt, et qui, du reste, ne donneront jamais lieu qu'à une hémorrhagie peu redoutable, et que l'on arrêtera très facilement.

S'il est utile, nécessaire, d'avoir recours au bistouri dans le traitement du panaris sous-cutané proprement dit, que je viens d'esquisser à grands traits, cette recommandation est indispensable quand on a affaire à la sous-variété du panaris sous-cutané que l'on peut appeler *gangréneux*.

Ce panaris n'est qu'une forme particulière du panaris sous-cutané proprement dit. Il débute plus brusquement et envahit d'emblée une ou plusieurs phalanges. Le tissu cellulaire est pris dans une étendue assez grande, le gonflement se produit très vite, les vaisseaux nourriciers s'oblitèrent, le derme se gangrène. Chose curieuse, et que l'on pourrait prévoir du reste! les symptômes généraux, graves au début, graves quelquefois au point de déterminer les symptômes de l'étranglement, s'amendent assez vite. Les filets nerveux comprimés, la circulation plus ou moins entravée, la douleur diminue assez vite. Il faut se méfier de ce panaris sous-cutané, à forme grave au début, et dont les symptômes s'apaisent sans que la rougeur et le gonflement diminuent notablement Quand on examine le doigt, on le trouve d'une rougeur terne; la chaleur est peu intense; les douleurs pulsatiles ne sont pas très vives. Bientôt apparaissent quelques points bleuâtres, puis de petites phlyctènes contenant de la sérosité roussâtre; si l'on ne se hâte pas d'intervenir à l'aide de moyens chirurgicaux énergiques, le doigt devient noirâtre, une escharre plus ou moins

---

1° Certificat de bonne vie et mœurs;
2° Certificat de présence dans les hôpitaux ou asiles de Rouen depuis au moins deux ans ;
3° Certificat de huit inscriptions prises à l'Ecole de médecine.

Epreuves préparatoires :

1° Pièces anatomiques et observations;
2° Deux épreuves une orale, une écrite, portant, l'une et l'autre, sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie et thérapeutique.

Epreuves définitives :

1° Epreuve orale sur la chimie, la botanique, la pharmacie et la matière médicale (reconnaissance de substances);
2° Epreuve écrite sur la matière médicale, la thérapeutique et la toxicologie ;
3° Préparation anatomique faite en trois heures, et démonstration des pièces exigées comme condition d'admission ;
4° Opération sur le cadavre et manœuvres obstétricales ;
5° Clinique interne et externe.

Peut-être les épreuves de ce concours sont-elles un peu multipliées pour des élèves qui n'auraient que deux ou au plus trois années d'études. Mais à cela près, on ne saurait trop applaudir à l'esprit qui règne dans le programme de ce concours. L'Ecole de médecine de Rouen doit s'estimer heureuse d'avoir trouvé dans son sein un professeur comme le docteur Pillore fils, et non moins heureuse que ce fils ait eu une mère digne de lui. Espérons que les autres écoles de médecine marcheront dans la voie si heureusement tracée par celle de Rouen.

—Le concours ouvert le 2 décembre dernier, pour la nomination de deux pharmaciens en chef des hôpitaux civils de Paris, vient de se terminer par la nomination de MM. Nowlon et Vialla.

Par suite de cette nomination, les mutations suivantes auront lieu :

Par arrêté de M. le préfet de la Seine, et sur la proposition de M. le directeur général de l'Assistance publique;

M. Lutz, pharmacien en chef de l'hôpital des Enfants, est nommé à l'hôpital Saint-Louis, en remplacement de M. Foy, admis à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. Réveil, pharmacien à l'hôpital des Cliniques, remplace M. Lutz à l'hôpital des Enfants malades ;

M. Hébert, pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre, remplace M. Réveil à l'hôpital des Cliniques ;

M. Vialla remplace M. Hébert à l'hospice de Bicêtre.

M. Nowlon va occuper la place vacante à l'hôpital du Midi.

étendue se forme. L'escharre se détache, tombe, et sous cette escharre apparaît la coulisse fibro-synoviale dénudée, et l'on peut prévoir facilement un panaris de la troisième espèce.

Les symptômes généraux qui se sont d'abord amendés reparaissent, mais on remarque plus tôt chez le malade de la prostration.

Ce panaris constitue une affection grave, et parce qu'il peut compromettre la vie des malades, et parce que le doigt est presque nécessairement perdu.

Au début, le traitement doit être énergique; c'est surtout dans ce cas qu'il ne faut pas trop insister sur les abortifs dont il a été déjà parlé, mais employer de bonne heure le bistouri. Une, deux, trois incisions longues, profondes, sont quelquefois indispensables. Si l'on parvient par ce moyen à enrayer la gangrène, on doit ensuite avoir recours aux topiques émollients, comme pour le panaris sous-cutané ordinaire. Si la gangrène a détruit une portion de la peau, si elle est limitée, il faut attendre l'élimination de l'escharre, et en favoriser la chute, autant que possible, à l'aide des mêmes moyens. Mais il ne faut pas hésiter à prévenir le malade ou les parents des phénomènes qui doivent se passer ultérieurement. L'escharre une fois limitée, les malades vivent dans une sécurité trompeuse, et si, dans la suite, il survient des accidents inévitables pour les fonctions du doigt, ils sont tout disposés à en accuser l'incurie ou l'ignorance du médecin.

La durée du panaris gangréneux une fois arrêté est à peine plus longue que pour le panaris sous-cutané; mais quand il existe une escharre occupant toute l'épaisseur du derme, la durée ne peut pas être définie. La maladie peut durer deux, trois et même quatre mois.

J'ai déjà parlé du panaris anthracoïde, et j'ai dit à ce propos que le panaris sous-cutané, quand il occupe la couche la plus superficielle du tissu cellulaire, pouvait s'ouvrir par plusieurs points et donner lieu à un panaris anthracoïde. Si j'y reviens à ce moment, c'est qu'il comporte une indication spéciale, et qu'il ne faut pas perdre de vue.

Cette forme de panaris sous-cutané diffère peu de la première à son début. Cependant les symptômes sont moins marqués et la rougeur de la face dorsale moins vive. Mais ce panaris présente de bonne heure une série de petits mamelons noirâtres séparés par de petits ponts de peau. Ces mamelons seront bientôt surmontés par un petit pertuis par lequel s'échappera du pus, et à son centre on apercevra un petit bourbillon.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 21 décembre 1857.

Présidence de M. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE.

Physiologie. — *Nouvelles recherches sur l'importance des fonctions des capsules surrénales, par* M. E. BROWN-SÉQUARD.

« Depuis que j'ai trouvé que la mort a lieu constamment et dans un temps très court, chez certains animaux et dans certaines conditions, après l'ablation des deux capsules surrénales, plusieurs physiologistes de mérite, et surtout M. Philipeaux, M. Martin-Magron et M. Harley ont constaté que la mort, *dans certains cas*, n'est pas la conséquence inévitable de l'ablation de ces petits organes. Quelle conclusion tirer du rapprochement des résultats, si différents en apparence, que ces expérimentateurs et moi avons obtenus? Faut-il admettre que la mort chez mes animaux n'est pas la conséquence de l'absence des capsules surrénales, mais qu'elle dépend de circonstances accidentelles? Faut-il tirer des faits où l'on a vu des animaux survivre à l'absence des capsules surrénales, la conséquence que le rôle fonctionnel de ces organes est loin d'être essentiel à la vie? Assurément, on arrive à ces conclusions, si l'on ne tient pas compte des circonstances des expériences; mais lorsqu'on les étudie avec soin, on est conduit, ainsi que je vais le faire voir, à des conclusions tout autres.

» En premier lieu, tous les physiologistes qui ont répété mes expériences ont trouvé, comme moi, que la mort a lieu constamment, quelle que soit l'espèce d'animal, après l'ablation simultanée des deux capsules surrénales. Même les rats albinos, dans ces conditions, meurent, comme les lapins, les chats, les chiens, les cochons d'Inde, les souris et les rats non albinos, les pigeons, etc.

» En second lieu, même lorsqu'on fait l'ablation d'une capsule, un certain nombre de jours après que l'on a enlevé l'autre, on n'a jusqu'ici observé de survie, en apparence définitive, que sur des animaux albinos, c'est-à-dire sur des animaux sans pigment. Or, j'ai signalé comme une des causes de mort après l'ablation des capsules surrénales sur les animaux non albinos, la présence dans le sang de plaques de pigment trop larges pour passer par les très petits capillaires de l'encéphale et déterminant dans cet organe ou des hémorragies ou une insuffisance de circulation. D'un autre côté, si je me suis trompé en admettant l'existence de cette cause de mort, après l'ablation simultanée des glandes capsulaires, il est certain que ces petits organes ont quelques relations avec la production du pigment noir, car, dans plus de soixante-cinq cas, en un petit nombre d'années, on a trouvé chez l'homme la coexistence d'un dépôt de pigment dans la peau et d'une altération profonde des deux capsules surrénales. Il y a donc une relation de causalité quelconque entre ces deux faits : absence des fonctions des capsules surrénales et augmentation de pigment noir.

» Si les animaux sans pigment noir, tels que sont les rats albinos, ne meurent pas après l'ablation des deux capsules surrénales, cela semble être une preuve importante à ajouter à celles que j'ai données, que c'est en partie à une accumulation de pigment que la mort est due chez les animaux non albinos, dépouillés des glandes surrénales. Il importe d'ajouter que la survie, bien que très longue chez les rats albinos, n'est peut-être que très rarement une survie définitive : ainsi M. Philipeaux a vu mourir trois de ces opérés sur quatre, l'un neuf jours, un autre vingt-trois jours et le troisième trente-quatre jours après l'ablation de la seconde capsule. (*Comptes rendus*, 22 décembre 1856, p. 1156.)

» Il attribue leur mort à l'influence du froid, ce que nous admettons volontiers, mais en faisant remarquer que des rats non malades et soumis à la même influence n'en seraient pas morts. De plus il est très certain que, même chez les rats albinos, les capsules surrénales jouent un rôle de quelque importance; car, si on pratique simultanément l'ablation des deux capsules, la mort a lieu en deux ou trois jours chez ces animaux comme chez les autres.

» En troisième lieu, nous ferons remarquer que, si l'on trouve qu'en enlevant les deux capsules surrénales, l'une huit ou dix jours ou plus longtemps après l'autre, on a vu quelques animaux (les chats surtout) survivre un ou deux mois, peut-être un peu plus longtemps; tous cependant, après cette courte survie, se sont affaiblis et sont morts, sans qu'on ait pu expliquer cette mort autrement que par l'absence des fonctions des capsules surrénales. Ces faits de longue survie, quand on étudie les circonstances qui les accompagnent et surtout les phénomènes qui précèdent la mort, au lieu d'être contraires à l'opinion que les fonctions des capsules surrénales, au moins sur les animaux non albinos, ne sont pas essentielles à la vie, sont des faits positifs à l'appui de cette opinion.

» Il y a des différences très grandes, dépendant de l'âge, de l'espèce des animaux après l'ablation des capsules surrénales. Ainsi, les chats survivent bien plus longtemps que les chiens, les lapins et les cochons d'Inde. Quant à l'âge, les très jeunes animaux survivent notablement plus longtemps que les adultes. Sur les animaux adultes, la plus longue survie que j'aie encore observée après l'extirpation simultanée des deux capsules surrénales, a été de quinze heures chez les chiens, de quarante et une heures chez les chats, de quatorze heures et demie chez les lapins non albinos, de dix-sept heures et demie chez les lapins albinos, de vingt-trois heures chez les cochons d'Inde, de trente-deux heures chez les rats non albinos, de soixante-quatre heures chez les rats albinos. En faisant l'opération,

à huit ou dix jours d'intervalle pour les deux capsules, je n'ai trouvé de survie dépassant deux ou trois jours, que chez les chats et chez les rats albinos.

» C'est chez les lapins surtout que les résultats de l'ablation des capsules surrénales montrent l'importance des fonctions de ces petits organes. J'ai fait l'expérience maintenant sur plus de deux cents lapins de variétés diverses, et la plus longue survie que j'aie constatée jusqu'ici n'a été que dix-sept heures et demie et la moyenne seulement de neuf heures et quelques minutes.

» Sur les lapins sauvages, si vigoureux, des Etats-Unis, lapins sur lesquels j'ai constaté, à mon grand étonnement, qu'ils sont capables de survivre à l'écrasement de la moelle lombaire dans toute son étendue, j'ai trouvé que l'ablation simultanée des deux glandes surrénales est suivie de la mort aussi vite à bien peu près que sur les lapins, souvent si faibles, que l'on trouve dans les marchés de Paris. Chez les lapins, la mort est si rapide, en général (il en est ainsi souvent aussi chez les chiens et les cochons d'Inde), que la péritonite, l'hépatite, la néphrite, inflammations qui ont des chances plus ou moins grandes de se produire après l'ablation des capsules, n'ont pas le temps de se développer assez pour causer la mort.

Il faut donc admettre que la mort dépend d'autres causes. Je crois avoir suffisamment démontré ailleurs que ce n'est pas non plus à aucune des autres circonstances accidentelles ou inévitables qui accompagnent l'opération de l'ablation des capsules, qu'il faut attribuer la mort. J'ai dû conclure de là que la mort, dans le cas de l'ablation simultanée des deux capsules, est due surtout à l'absence des fonctions de ces organes.

» J'ai fait, dans ces derniers temps, de nouvelles expériences pour comparer les effets de l'ablation des reins à ceux de l'ablation des capsules, et j'ai constaté que, sur les chiens et sur les cochons d'Inde, il en est de même que chez les lapins (à l'égard des lapins, voyez ma Note dans les *Comptes rendus*, tome XLIV, page 246, 1857), c'est-à-dire que la survie est plus longue après l'ablation des reins qu'après celle des capsules. Et ce résultat n'est pas dû à ce que l'opération, pour enlever les reins, produit moins de lésions du péritoine ou du foie, etc., que l'ablation des capsules, car, lorsque j'ai extirpé les reins, j'ai eu soin de comprimer le foie et de léser le péritoine aux environs des capsules surrénales.

» Les symptômes que l'on observe, dans les dernières heures de la vie, après l'ablation simultanée des deux capsules surrénales, sont les mêmes chez les animaux d'espèces différentes. Ils diffèrent notablement des symptômes de péritonite, d'hépatite, de néphrite; je les ai décrits ailleurs (*Archives de Médecine*, octobre et novembre 1856). Je ne parlerai ici que des vertiges et des convulsions qui sont très fréquents chez les lapins, les chiens et les chats. On m'a attribué, je ne sais par suite de quelle erreur, d'avoir signalé l'existence de vertiges et de convulsions au moment même de l'ablation des capsules. Je n'en ai jamais observé alors : ces symptômes ne se montrent que dans les dernières heures de la vie, chez les animaux privés de capsules, comme chez l'homme dans les cas d'altération organique, profonde, de ces organes.

» Des faits qui ont été observés par les physiologistes qui ont combattu les conclusions de mes précédentes recherches sur les capsules surrénales, tout autant que des faits que j'ai constatés, il résulte :

» 1° Que les fonctions des capsules surrénales semblent être essentielles à la vie chez les animaux non albinos ;

» 2° Que la suppression *immédiate* et *complète* de ces fonctions amène la mort très rapidement;

» 3° Que la suppression *graduelle* de ces fonctions amène la mort au plus tard après un petit nombre de mois, et, chez certaines espèces d'animaux, en quelques jours ;

» 4° Que l'ablation simultanée des deux capsules surrénales amène la mort, en général, notablement plus vite que l'ablation des deux reins.

» 5° Que si certains animaux albinos semblent capables de survivre définitivement à l'ablation des capsules surrénales, ce fait vient à l'appui de l'opinion que j'ai émise que l'une des causes principales de mort chez les animaux non albinos, après la perte de ces petites glandes, consiste dans une accumulation de pigment. »

Physiologie comparée. — M. Dareste communique des expériences desquelles il résulte que les enduits de vernis mis autour des œufs n'empêchent pas absolument l'air d'entrer dans l'œuf et l'embryon de s'y développer jusqu'à une certaine période. Un enduit d'huile au contraire empêche complétement la pénétration de l'air et tout développement embryonnaire.

Physique. — M. Pulvermacher adresse la description d'une pile à un seul liquide, que nous n'avons pu très bien comprendre. Nous avons seulement aperçu de loin un échantillon composé de fils de cuivre et de zinc enroulés autour d'une bande de caoutchouc.

Hygiène publique. — Décès. — M. Collongues adresse une note intitulée : *Application de la dynamoscopie à la constatation des décès*. Les *Comptes rendus* la résument ainsi :

Dans une Note lue à l'Académie, séance du 29 septembre 1856, l'auteur avait indiqué quelques applications du mode d'auscultation qu'il désigne sous le nom de *dynamoscopie;* dans sa nouvelle communication, il s'attache à prouver que ce mode d'exploration peut aussi fournir un bon signe de la mort réelle.

« Les observations que j'ai faites dans les hôpitaux de Toulouse, de Montpellier et de Paris, m'ont fait reconnaître, dit-il, qu'il existe immédiatement après la mort un bruit que je désigne par le nom de *bourdonnement*, bruit facile à percevoir par les procédés dynamoscopiques : ce bruit, dont la durée est variable de cinq heures à dix et même à quinze, diminue graduellement avant de disparaître, et s'éteint en commençant par les parties les plus éloignées du cœur. (Dans un membre amputé, le bourdonnement persiste quelques minutes en disparaissant d'abord dans les parties les plus éloignées du tronc.) L'absence du bourdonnement à toute la surface du corps peut devenir un signe certain et immédiat de la mort réelle. »

Chirurgie. — *Note pour faire suite à une précédente communication sur la cautérisation des voies aériennes dans les cas de croup; par* M. Loiseau. — Le but principal de l'auteur, dans cette nouvelle Note, disent les *Comptes rendus*, est de prouver que le procédé qu'il a indiqué pour faire pénétrer les instruments dans le larynx est réellement nouveau, et n'avait point déjà, comme on l'a soutenu récemment, été employé par Dieffenbach.

Chimie organique.—M. Miette communique sur le valérianate d'atropine une note dont nous réservons l'appréciation à notre collaborateur pour la revue pharmaceutique.

Economie rurale. — M. Nic. de Sémichoff adresse sur les silos de la Russie centrale une note dont les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant :

« Le Mémoire sur l'ensilage rationnel, présenté à l'Académie par M. Doyère, ne laisse rien à désirer sous le rapport théorique ; mais la partie pratique pourrait être simplifiée, avec diminution notable de dépenses, par un moyen très simple. Propriétaire foncier dans plusieurs gouvernements de la Russie centrale, j'ai eu l'occasion de voir nos paysans conserver souvent les grains de différents blés, et pendant nombre d'années, dans des fosses fermées, espèce de silos, *creusées dans les terrains secs,* sans aucun revêtement intérieur, mais dont on durcit les parois et le fond par un feu bien soutenu au fond de la fosse, qui ôte ainsi toute humidité ; j'ajouterai que les grains qu'on y verse sont bien séchés préalablement dans les granges. Nous avons des silos en terre contenant plus de 50 hectolitres ; en Moldavie, où le terrain est argileux, on commence par creuser un puits de 5 à 6 mètres, et on élargit le silos en lui donnant la forme de bouteille, dont l'ouverture, largeur du puits primitif, est d'un demi-mètre à un mètre. On met de la paille dans l'intérieur et on la brûle pour chasser l'air avant de remplir le silos de grains. Il est à ma connaissance que par ce moyen les blés les plus tendres et l'avoine se conservent plusieurs dizaines d'années. »

Chimie animale. — *Note sur la putréfaction à* 35 *degrés sous zéro*, par M. T.-L. Phipson. — Les *Comptes rendus* publient l'extrait suivant de cette note :

« Nous avons l'habitude d'envisager la température de + 15 degrés à + 25 degrés comme la plus favorable à la manifestation de l'érémacausie, des fermentations, de la putréfaction, etc. Mais ces alté-

rations spontanées des corps organiques, quoiqu'elles semblent ne plus exister à la température de *zéro*, peuvent, selon toute apparence, se manifester parfaitement à la température de 20 degrés centigrades *au-dessous de zéro*, c'est-à-dire là où le froid est extrême Cela a été constaté pendant le dernier voyage du docteur Kane vers le pôle Nord (1), à la recherche de sir John Franklin, pendant les années 1853-54 et 1855. Il paraît que la chair de certains animaux, par exemple des rennes, ne fut pas mangeable après avoir subi une courte exposition à l'air, dont la température était de — 20 degrés, à cause de la putréfaction qui s'y établit rapidement. Les indigènes du Groenland considèrent le froid extrême comme étant très favorable à la putréfaction, et les Esquimaux ont l'habitude d'ôter les viscères d'un animal aussitôt qu'ils l'ont tué, et de remplir l'intérieur de son corps avec des cailloux pour le préserver de la décomposition.

» Il nous semble que ces faits peuvent tenir en partie à la condensation de l'air, à sa richesse en oxygène, à cette température extrêmement basse, et en partie à ce que l'ozone peut devenir stable à un grand degré de froid. En effet, 100 centimètres cubes d'air à + 25 degrés, et contenant 20 p. 100 d'oxygène en volume, se réduisent à 84,5 centimètres cubes à la température — 20 degrés. Il suit de là que la quantité d'oxygène qui agit, à un moment donné, sur la surface d'un corps quelconque à + 25 degrés, étant représentée par 84,5, celle qui agirait sur la même surface à la température de — 20 degrés peut être représentée par 100. L'action de l'oxygène à + 25 degrés et — 20 degrés serait donc, en ce qui concerne la quantité, dans le rapport de 84,5 : 1000. Mais si cet oxygène est à l'état d'ozone, ce dernier chiffre est infiniment trop faible. Or, j'ai montré ailleurs (2) que, quand l'oxygène réagit sur les corps organiques à la température ordinaire, il est à l'état d'ozone, et que la première phase de toute altération spontanée des corps organiques sous l'influence de l'air (érémacausie, fermentation, putréfaction) consiste en la transformation de l'oxygène de cet air en ozone. Or, la chaleur (+ 75 degrés à + 200 degrés) détruit l'ozone, comme on sait, mais le froid, d'après les expériences de M. Houzeau, paraît favorable à son existence ; il ne me semble pas douteux qu'à — 20 degrés l'ozone ne soit très stable. »

CORRESPONDANCE.

—

M. Constantin James nous prie de publier a lettre suivante. Nous nous rendons aussi volontiers à son désir que nous nous sommes rendu à celui de M. de Pùisaye. Quant à la contradiction qui peut exister entre les opinions de M. Magendie et celles que lui a prêtées M. Fr. Dubois, nous pourrions, sans trop de peine peut-être, établir que cette contradiction existe tout autant, pour le moins, entre les divers écrits de M. Magendie lui-même, qu'entre ces mêmes écrits et l'interprétation de M. le secrétaire perpétuel. Mais, nous l'avons déjà dit, ce n'est point dans un éloge officiel que l'on doit chercher et que l'on peut trouver une étude approfondie sur les doctrines d'un homme, et nous ne nous mettrons pas nous-même en contradiction en oubliant cette vérité. Nous nous contenterons donc d'insérer purement et simplement la lettre, fort convenable d'ailleurs, de M. Constantin James, qui a été, avec M. Claude Bernard, le disciple le plus intime et le collaborateur le plus assidu de M. Magendie.

Paris, 24 décembre 1857.

Monsieur et très honoré confrère,

Comme élève de M. Magendie et comme rédacteur de ses LEÇONS, je crois devoir relever quelques-uns des passages de son *Eloge*, dans lesquels M. Dubois stigmatise son enseignement. D'après M. Dubois, « M. Magendie soutenait qu'*un seul et même* ordre de propriétés pouvait suffire à l'explication de *tous* les phénomènes, aussi bien dans le règne organique que dans le règne inorganique, et de là cette longue guerre qu'il entreprit contre les vitalistes... Il s'attachait (à propos de la circulation) à contrôler et à vérifier tout ce qui arrivait à sa connaissance, mais *toujours* en partant des mêmes principes, c'est-à-dire en ne tenant compte que des phénomènes *purement* physiques. M. Magendie, écartant ici *toute* intervention vitale, en était venu à *ne plus voir* dans l'appareil de la circulation qu'une *machine* qu'il appelait hydraulique, et qui, au lieu d'eau, envoie du sang dans toutes les parties du corps pour le reprendre et le repousser de nouveau vers les mêmes parties. M. Magendie *oubliait* une chose dans toutes ses démonstrations prétendues positives, c'est que *tout cela est doué de la vie*... Que penser de cette prétention de M. Magendie de réduire la physiologie à l'étude des *seuls* phénomènes physiques de la vie? » (1)

Tel est l'exposé textuel des doctrines que M. Dubois prête à M. Magendie. Écoutons maintenant M. Magendie lui-même : « Oui, il est des lois vitales propres aux corps vivants, lois que ne possède pas la matière inerte ; mais aussi il est d'autres lois communes à la matière brute et aux corps vivants. Sans cette distinction fondamentale, pas de progrès possible. Chercher à expliquer un phénomène physique par les lois vitales, uniquement parce que ce phénomène se passe dans un corps vivant, est une idée aussi déraisonnable que parler vitalité à propos d'un corps inorganique.

» Il existe donc dans les corps vivants deux sortes de phénomènes, les uns vitaux, les autres physiques.

» Certains phénomènes vitaux nous occuperont pendant ce semestre. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il ne sera plus question de physique, de chimie, de mécanique, autrement que pour l'analyse matérielle de la substance nerveuse dont nous rechercherons les propriétés. Les lois physiques n'empiéteront pas sur les lois vitales, pas plus que les lois vitales n'ont empiété sur les lois physiques. Telle est notre méthode, car il en faut une.

» Commencez toujours par analyser les phénomènes, par isoler ce qui est physique de ce qui est vital. Voici une artère, elle vit de la vie commune, jouit des propriétés qui appartiennent aux tissus vivants. Rien de physique jusque-là. Mais ses parois sont élastiques, poreuses, tapissées intérieurement par une membrane glissante : un liquide parcourt sa cavité. Parlez-moi alors de tuyaux élastiques, de phénomènes hydrodynamiques. Tant il est vrai qu'il est de la plus haute importance en physiologie de distinguer la manière de vivre d'un tissu de sa manière d'agir ! » (2)

Je n'ai rien à ajouter à cette déclaration de principes de M. Magendie, si ce n'est qu'elle se trouve formulée, en termes tout aussi clairs, dans vingt autres endroits de ses *leçons sur les phénomènes physiques de la vie et sur le système nerveux*. Or, c'est précisément à ces mêmes leçons que M. Dubois renvoie pour justifier ses attaques.

Agréez l'assurance de mes sentiments parfaitement dévoués.

Constantin JAMES.

ACTES OFFICIELS

Ecole de médecine d'Alger. — Le décret, créateur de cette Ecole, vient de recevoir un commencement d'exécution : Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 18 décembre dernier, nomme directeur de cette Ecole, M. Bertherand, chirurgien en chef de l'hôpital militaire du Dey.

(1) The second Grinnell Expedition in search of sir John Franklin, 1853-54-55 ; by Elisha Kent Kane M. D. U. S. N. 2 volumes in-8° ; Philadelphia, 1856.

(2) *Comptes rendus*, 3 novembre 1856.

(1) *Éloge de Magendie*, par Fréd. Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine. (Séance du 15 décembre.)

(2) *Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux* professées au Collége de France, par M. Magendie, recueillies et rédigées par Constantin James, interne des hôpitaux. REVUES PAR LE PROFESSEUR, page 2 du premier volume. Paris, 1839.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

1re Série. Tome 5. — No 156 5me ANNÉE. Jeudi 31 Décembre 1857.

LE

MONITEUR DES HOPITAUX

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS.

Ce Journal paraît 3 fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

Rédacteur en chef : M. H. DE CASTELNAU.

BUREAUX D'ABONNEMENT ET DE RÉDACTION quai de l'Horloge, 21. Bureaux ouverts tous les jours, (dimanches exceptés) de 9 à 5 heures

PARIS ET DÉPARTEMENTS..... 3 mois....... 7 fr. 6 mois....... 12 fr. 1 an....... 22 fr.
ÉTRANGER : Le port en plus, suivant qu'il est établi par les conventions postales.

Chaque ouvrage dont il est adressé deux exemplaires au Rédacteur du Journal sera annoncé dans les huit jours, et analysé plus tard, s'il y a lieu.
Les lettres et paquets doivent être affranchis.

ON S'ABONNE : *à Paris :* dans les bureaux du Journal. *Dans les Départements et à l'Etranger :* chez les principaux Libraires et dans tous les bureaux de poste et Messageries. — Le prix de l'abonnement peut être envoyé en traites sur Paris et en mandats sur la poste.

Nous prions instamment ceux de nos souscripteurs dont l'abonnement expire le 31 décembre de vouloir bien nous faire parvenir le prix de leur réabonnement par mandats de poste ou sur une maison de Paris. — Le renouvellement de janvier étant extrêmement considérable, ils nous éviteront un énorme surcroît de travail en nous dispensant de faire toucher le prix de l'abonnement à domicile. — Il est entendu que nos souscripteurs sont autorisés, comme par le passé, à retenir le prix de l'affranchissement de la lettre.

Paris, le 30 décembre 1857.

Séance de l'Académie de Médecine.

—

L'HÉMIPLÉGIE FACIALE. — PHTHISIE SYPHILITIQUE. — GLOBULES BLANCS DU SANG. — SIROP IODO-TANNIQUE.

Il est bien dommage que M. Roche ait commis une grave erreur dans son Rapport, ou qu'il se soit laissé entraîner, du moins, dans une extrême exagération en donnant l'otite interne comme *la cause presque unique* de l'hémiplégie faciale. A part ce défaut, qu'ont fait ressortir avec beaucoup de raison MM. Trousseau, Velpeau et Cloquet, et que le talent conciliant de M. Larrey a cherché à expliquer et quasi à justifier, le Rapport de M. Roche était un petit modèle d'exposition et de bonne, spirituelle et fine discussion scientifique. Il a enlevé à M. le docteur Deleau jeune l'illusion d'une paternité à laquelle l'habile médecin-auriste ne tenait peut-être pas démesurément; mais il lui a rendu pleine justice pour l'intérêt qu'offraient ses observations et pour les ingénieuses considérations dont elles sont accompagnées. Peut-être, cependant, M. le rapporteur aurait-il pu insister avec plus de force sur la curieuse et l'on pourrait dire pittoresque expérience à l'aide de laquelle M. Deleau a donné la démonstration que le nerf peut être comprimé dans son trajet de façon à ce qu'il en résulte la paralysie de la face. C'est en cela surtout que la communication de M. Deleau était originale, et à ce titre, nous croyons que M. le rapporteur aurait pu lui accorder l'hospitalité du bulletin.

— L'Académie a entendu dans cette séance une lecture d'un médecin étranger sur la *phthisie syphilitique*. Il ne nous a pas été possible d'entendre suffisamment l'orateur pour apprécier jusqu'à quel point il a fait avancer la question.

— Nous avons entendu un peu mieux une lecture d'un pharmacien militaire fort distingué, M. Coulier, qui a fait de curieuses observations microscopiques sur les globules blancs du sang. Nos lecteurs pourront apprécier ce travail que nous mettrons sous leurs yeux aussi complétement que possible.

— Le sirop iodo-tannique n'a pas de chance : après avoir été repoussé une première fois et renvoyé à la commission parce que les conclusions étaient trop favorables, il vient d'être repoussé une seconde fois parce que le rapporteur en avait dit du bien, non plus dans les conclusions, mais bien dans le corps du rapport. Il est vrai que le rapporteur était M. Gaultier de Claubry, et que l'Académie semble assez disposée, depuis quelque temps, à combattre tout ce que M. Gaultier approuve et à approuver tout ce qu'il repousse. — L'Académie, d'ailleurs, n'avait aucune raison pour admettre ou repousser le sirop iodo-tannique, qui n'a que peu ou point été expérimenté par la commission. Elle a fait dans ce cas ce qu'elle fait si souvent en matière de remèdes nouveaux : elle a voté de confiance.

H. de Castelnau.

Revue de Pharmacie et des sciences accessoires.

De l'action de la chaleur sur les matières organiques neutres; formules adoptées à Bordeaux pour l'administration des stéarates et des oléo-stéarates; du sirop de protocarbonate ferreux.

DE L'ACTION DE LA CHALEUR SUR LES MATIÈRES ORGANIQUES NEUTRES.

On sait qu'un certain nombre de chimistes, en s'appuyant sur quelques observations déjà anciennes et peu approfondies, admettaient que les matières organiques neutres dont la composition peut se représenter par du carbone et de l'eau, donnaient des produits identiques lorsqu'on les soumettait à l'action de la chaleur.

Contrairement à cette manière de voir, M. Gélis, dont l'habileté et l'exactitude sont bien connues, a prouvé, dans deux Mémoires présentés à l'Académie des Sciences, et sur lesquels M. Pelouze vient de faire un rapport, que la chaleur agit d'une manière différente sur chacune d'elles.

En suivant en quelque sorte les préceptes qui ont été posés vers 1834 par M. Pelouze sur la distillation blanche, c'est-à-dire en soumettant ces matières neutres à une chaleur ménagée, constante et régulière pendant un certain temps, puis en recueillant

le produit formé avant d'augmenter de nouveau la température, il a pu voir que non-seulement la chaleur fournit des produits distincts par leurs propriétés chimiques et physiques lorsqu'elle agit sur les sucres, l'amidon, le ligneux, etc., mais encore (et c'est ici que le rapport entre les produits développés dans ces circonstances et les acides dits pyrogènes obtenus par la distillation blanche se rencontre) que les produits formés conservent après la décomposition un certain nombre de propriétés fondamentales qui rappellent leur origine.

Le travail de M. Gélis dissipe donc tous les doutes à cet égard, et il fait voir, entre autres résultats, que l'on peut obtenir avec de la fécule un produit nouveau qui ne peut être confondu avec aucune des nombreuses substances préparées au moyen du sucre.

M. Gélis a divisé son travail en deux parties. La première comprend tout ce qui se rapporte à l'action de la chaleur sur les sucres, la seconde contient tous les faits relatifs à l'amidon et aux fécules. Nous suivrons dans l'analyse de ce travail qui, dit M. Pelouze dans son rapport, remplit une lacune importante dans l'histoire chimique des sucres et des fécules, etc., la marche tracée par l'auteur lui-même.

Le produit brut de l'action de la chaleur sur le sucre est connu sous le nom de caramel : cette matière a été l'objet de plusieurs observations; M. Péligot avait reconnu déjà que la décomposition du sucre, lorsqu'elle était convenablement ménagée, rentrait dans les phénomènes de distillation les plus simples et que les produits volatiles se composaient uniquement de vapeur d'eau. M. Gélis a confirmé cette assertion de M. Péligot, puis il a porté son attention sur les produits fixes, qui restent comme résidu, aux diverses phases de l'opération; et c'est alors qu'il a vu que ce résidu que l'on considérait comme une matière unique, qu'on désignait indifféremment sous les noms de caramel pur, caramel normal, ou acide caramélique, était un mélange de plusieurs substances colorées, les unes solubles, les autres insolubles dans l'eau.

Parmi les premières sont trois corps qu'il désigne sous les noms de caramélane, caramélène et de caraméline, et qui se forment successivement lorsqu'on continue pendant assez longtemps l'action de la chaleur sur le sucre; les voyelles terminales de ces trois noms indiquent le rang dans lequel ces corps se produisent.

Ces trois substances sont douées de propriétés très tranchées, qui ne permettent pas de les confondre.

La première est déliquescente, la seconde est inaltérable à l'air et soluble dans l'eau et dans l'alcool affaibli ; la troisième peut présenter trois états différents que l'auteur a désignés sous les noms de état A, état B, état C.

A l'état A, elle est insoluble dans l'eau ; à l'état B, elle est insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'eau bouillante, dans un mélange à parties égales d'eau et d'alcool fort, et dans les liqueurs alcalines ; à l'état C, insoluble dans tous les dissolvants ordinaires. Mais, quel que soit son état, elle a toujours la même composition, et se comporte avec les dissolutions métalliques comme un acide bibasique.

La caramélane, la caramélène et la caraméline se forment l'une après l'autre, mais à des températures à peu près semblables ; il est donc difficile de les obtenir pures à l'aide de la chaleur seule. Cependant on peut, avec de l'attention, obtenir dans la préparation des points d'arrêt assez précis. Il faut pour cela maintenir le sucre à une température de 190 degrés centigrades, et surveiller les métamorphoses en se rendant constamment compte, par la pesée, de la perte éprouvée par la matière.

Une perte d'eau de 10 0/0 donne la caramélane presque pure.

Une perte d'eau de 10 0/0 donne le produit qui contient le plus de caramélène.

Une perte de 25 0/0 correspond à un produit presque complétement formé de caraméline.

En traitant le premier produit, celui qui a perdu 10 0/0 d'eau par de l'alcool à 85 centièmes, on obtient une dissolution sirupeuse fortement colorée en brun doré qui, évaporée à une température inférieure à 120°, laisse un résidu brun déliquescent et amer, qui communique au caramel brut presque toutes ses propriétés caractéristiques ; il est solide à la température ordinaire, pâteux à 100, il a pour formule :

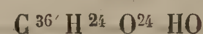


$$C^{12}\ H^{8}\ O^{8}\ HO$$

c'est la caramélane.

Elle diffère donc du sucre anhydre par un équivalent d'eau en moins, et peut, dans certaines conditions, se combiner avec les bases.

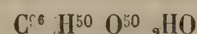
Lorsque par l'alcool à 85 centièmes M. Gélis a complétement épuisé le caramel des corps que nous venons d'indiquer, il trouve un résidu insoluble dans l'alcool, d'autant plus abondant que l'action du feu a été plus prolongée. En traitant ce résidu par l'eau froide, il en retire la caramélène, qui est solide, cassante, d'une belle couleur rouge acajou. Sa formule est représentée par :



$$C^{36}\ H^{24}\ O^{24}\ HO$$

Enfin, lorsque l'eau froide ne peut plus rien enlever au résidu laissé par le caramel épuisé par l'alcool, la caraméline fait partie de ce résidu insoluble, mais elle est surtout abondante lorsque le caramel a été fortement chauffé.

La formule est :



$$C^{96}\ H^{50}\ O^{50}\ ,HO$$

C'est toujours aux états B et C qu'elle se rencontre dans les résidus traités par l'eau froide.

En définitive, on voit que tous les corps que M. Gélis a retirés du caramel se forment, comme nous le disions au commencement, par élimination des éléments de l'eau, mais la chaleur n'a pas seulement fait éprouver au sucre un changement chimique, elle détermine aussi une modification dans l'état physique du corps. Les produits qui ont pris naissance n'ont plus la même chaleur spécifique, phénomène rendu apparent par l'augmentation de l'équivalent des corps qui ont pris naissance.

Dans la seconde partie de son travail, M. Gélis a étudié l'action de la chaleur sur la fécule et l'amidon.

Il a vu que lorsqu'on torréfie la fécule à une température modérée, elle perd d'abord son eau hygrométrique, se transforme en dextrine et commence à se colorer, puis la chaleur continuant à agir, cette dextrine éprouve comme une espèce de fusion ignée, se boursouffle et devient cassante en se refroidissant.

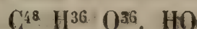
Si on met en contact avec l'eau la fécule ainsi transformée, elle se dissout en grande partie ; si on la filtre alors, si on l'évapore en consistance d'extrait qu'on divise en petites masses qu'on dessèche d'abord et qu'on porte ensuite à une température de 230, on obtient comme produit final des masses spongieuses et légères, inaltérables à l'air, faciles à réduire en poudre, extrêmement solubles dans l'eau, sans être déliquescentes.

Formée presque en totalité d'une matière nouvelle à laquelle M. Gélis a donné le nom de pyrodextrine, cette substance est plus stable que les différents produits que l'on retire du caramel ; aussi n'est-il pas nécessaire, pour l'obtenir à l'état de pureté, d'éviter l'emploi des acides et des bases qui détruisent les dérivés du sucre avec tant de facilité.

La pyrodextrine est donc une substance solide, noire et cassante ; brillante, insipide, inodore, inaltérable à l'air, insoluble dans l'alcool concentré, insoluble dans l'éther, soluble dans l'eau et un peu dans l'alcool faible.

On l'obtient facilement à l'état de pureté en précipitant par l'alcool fort sa dissolution aqueuse concentrée ; ou bien encore, en précipitant sa dissolution aqueuse par de l'eau de baryte ; en ajoutant à la solution 10 0/0 d'alcool, on obtient une précipitation complète.

Sa formule se représente par



$$C^{48}\ H^{36}\ O^{36},\ HO$$

ce qui prouve que, comme la caramélane, la caramélène et la caraméline, elle résulte de la transformation de la dextrine, qui, par la chaleur, a perdu les équivalents de l'eau. Elle paraît être la seule substance colorée soluble que puisse produire la dextrine par l'action de la chaleur, car lorsqu'on chauffe la pyrodextrine au delà de 230°, elle commence à s'altérer et se transforme directement en produits noirs insolubles.

En résumé, M. Gélis a fait connaître plusieurs produits nouveaux ; il a fait voir que les différentes substances neutres organiques peuvent donner, contrairement à l'avis de plusieurs chimistes, des composés très divers lorsqu'on les soumet à l'action de la chaleur régularisée.

C'est donc avec grand plaisir que nous avons vu M. Pelouze terminer son rapport en demandant à l'Académie, ce qui a été accordé, l'insertion des deux Mémoires de M. Gélis dans le *Recueil des Savants étrangers.*

FORMULES ADOPTÉES A BORDEAUX POUR L'ADMINISTRATION DES STÉARATES ET DES OLEO-STÉARATES.

Le travail de MM. Jeannel et Moncel sur la digestion des corps gras, travail que les lecteurs du *Moniteur des Hôpitaux* ont pu lire et apprécier il y a quelque temps, a engagé M. Venot, médecin des hôpitaux civils de Bordeaux, à introduire dans la thérapeutique les combinaisons de mercure, de la quinine et du fer avec les acides oléique et stéarique. M. Dannecy, pharmacien des hôpitaux civils de la même ville, ayant publié ces formules dans le *Journal de Médecine*, nous nous empressons de les communiquer à nos lecteurs.

Pilules d'oléo-stéarate de mercure.

(Formule du Dr Venot.)

Pr. Oléo-stéarate de mercure,	0,025 milligr.
Beurre frais,	0,012
Savon amygdalin,	0,08 centigr.
Racine de réglisse pulvérisée,	0,03

Pour une pilule argentée.

Pommade mercurielle à l'oléo-stéarate de mercure, ou pommade bordelaise, pour remplacer l'onguent napolitain.

(Formule du Dr Venot.)

Pr. Oléo-stéarate de mercure,	Une partie.
Axonge fraîche,	Quatre parties.
Essence d'amandes am.,	Q. s. pour aromatiser.

M. F. S. A.

Voici maintenant plusieurs formules pour l'administration du stéarate de quinine :

Potion fébrifuge avec le stéarate de quinine.

(Adoptée par plusieurs médecins à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.)

Pr. Stéarate de quinine,	Quantité voulue.
Gomme arabique,	1 gramme.
Sirop simple,	10
Eau commune,	10
Eau distillée de fl. d'oranger,	1

Triturez d'abord le sel avec la gomme, ensuite ajoutez peu à peu le sirop, etc.

La quantité de véhicule est peu considérable, afin que la potion puisse être administrée facilement en une fois ; cependant, on peut aisément la diviser en plusieurs prises.

Pilules de stéarate de quinine.

Pr. Stéarate de quinine,	1 décigramme.
Huile d'olive,	5 centigr.
Poudre de réglisse,	q. s.

Pour une pilule, faire fondre ensemble le stéarate de quinine et l'huile d'olive ; laisser refroidir. Vous obtiendrez ainsi un mélange fusible à 40 degrés, qu'il est facile de réduire en pilules au moyen de la poudre de réglisse.

Pastilles de chocolat au stérarate de quinine.

Pr. Stéarate de quinine,	2 décigrammes.
Pâte de chocolat,	1 gramme.

Mêlez intérieurement pour une pastille.

Ces pastilles peuvent servir à tromper la répugnance des malades ; elles laissent dans la bouche un arrière-goût amer peu prononcé.

Pilules d'oleo-stéarate de fer.

Pr. Oleo-stéarate de fer,	1 décigr.
Beurre de cacao,	6 centigr.
Poudre de réglisse,	q. s.

Pour une pilule argentée, faire fondre ensemble l'oleo-stéarate et le beurre de cacao à une douce chaleur, et ajouter la poudre de réglisse.

SIROP DE PROTOCARBONATE DE FER

Le même journal contient une observation de M. Dannecy, qui vient de constater que le protocarbonate de fer hydraté se dissolvait très bien dans une dissolution de sucre ; que la solution parfaitement limpide était incolore et d'un goût ferrugineux très peu marqué.

L'auteur ajoute que dans cette nouvelle combinaison, la plupart des réactions de l'oxyde de fer sont masquées ; et en effet, la solution ne précipite ni par la potasse, ni par l'ammoniaque, ni par l'acide sulfhydrique.

Elle se colore par le tannin immédiatement ; mais le précipité est tardif, elle ne fait pas effervescence par les acides, elle se colore très légèrement en bleu par le cyanure jaune de potassium et de fer, ce qui dénote des traces de peroxyde, enfin les sulfhydrates alcalins sont les seuls réactifs qui indiquent le fer par un précipité immédiat.

Cette manière de se comporter du sel de fer est, sans nul doute, fort remarquable, mais ces propriétés qu'on peut appeler négatives, nous ont rappelé un fait qui semble avoir, avec celui découvert par M. Dannecy, le plus grand rapport, et qui doit, il nous semble, fortement engager les médecins à étudier l'action thérapeutique des composés de cette nature, avant de les admettre au rang des médicaments à propriétés connues.

Voici ce fait :

La baryte, qui est un poison énergique, forme avec le sucre un saccharate *soluble* complétement inoffensif, que l'on peut administrer à très fortes doses sans danger, l'expérience en a été faite ; et l'on doit se rappeler que MM. Leplay et Dubrunfaut qui avaient basé un procédé industriel sur la propriété de la baryte de se combiner au sucre, s'appuyaient surtout sur l'impossibilité de redouter les accidents.

Ce qui arrive avec la baryte ne pourrait-il pas se produire avec le protocarbonate de fer dont, comme nous l'avons dit plus haut, presque toutes les propriétés chimiques sont masquées dans cette combinaison ; au médecin et à son expérience de juger cette question ; mais, si je ne me trompe, l'exemple que je viens de citer doit rendre le pharmacien très prudent et engager le méde-

6

cin à n'accepter que sous bénéfice d'expérimentation, ces préparations parfois intelligentes qui lui sont proposées, mais dans lesquelles souvent aussi on a cherché à rendre plus facile l'ingestion d'un médicament, sans s'inquiéter suffisamment si on ne détruisait, ou si on n'amoindrissait pas ses propriétés.

BERTHÉ.

TRAVAUX ORIGINAUX

Du panaris et du phlegmon de la main

Par le Dr L. BAUCHET.

(Suite)

Or, ce panaris peut donner lieu, et par un mécanisme différent, aux mêmes accidents que le précédent. Si ces petits ponts de peau sont peu étendus, si les pertuis sont rapprochés, la peau se gangrène. Dans ce cas encore, il ne faut pas hésiter à employer le bistouri de bonne heure, à pratiquer une, deux ou trois incisions, suivant l'étendue du panaris. C'est souvent le seul moyen d'éviter la gangrène de la peau que surmonte le foyer. Mais si les pertuis sont peu nombreux, on peut attendre sans danger, s'il n'y a point d'autre foyer, dans le voisinage, et agir pour le panaris comme on ferait pour un petit furoncle.

Enfin, j'arrive à une dernière variété de panaris sous-cutané, et qui n'est pas le moins intéressant ; je veux parler du *panaris de la pulpe des doigts*.

Roux, dans l'article du Dictionnaire, a bien dit, en parlant de la phalange unguéale, qu'elle était plus souvent atteinte de nécrose que les autres ; il a constaté le fait, mais il n'en a pas donné l'explication. En 1853, j'ai publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, sur ce sujet, une note extraite des leçons de M. Velpeau, où j'ai cherché à combler cette lacune. M. Richet, dans son ouvrage, que j'ai déjà eu occasion de citer, a aussi donné cette explication. Elle repose tout entière sur la connaissance de la stucture anatomique de cette phalange. On l'a vu plus haut : ici point de coulisse fibro-synoviale, de tissu cellulo-graisseux qui se continue de toutes parts avec la phalange. Or, quand l'inflammation a envahi le tissu sous-cutané de la phalange unguéale, elle se trouve dans un tissu cellulo-graisseux lâche, où elle se trouve à son aise, elle l'envahit de toutes parts. Elle circonscrit ainsi toute la phalange, la dissèque pour ainsi dire, en attaquant les vaisseaux qui viennent la nourrir, elle la frappe de mort, elle la nécrose, en un mot.

Aussi peut-on dire d'une manière absolue : toutes les fois que l'inflammation de la pulpe n'est pas arrêté dans son évolution, elle doit fatalement se terminer par la nécrose de la phalange unguéale. On peut même ajouter : toutes les fois qu'une inflammation dure, dans la pulpe d'un doigt, depuis plus de huit jours, fatalement la phalange sera nécrosée.

L'inflammation sous-cutanée de la phalange unguéale se présente avec les caractères de panaris sous-cutané ; seulement, comme à la partie antérieure il existe un tissu cellulo-graisseux, facilement perméable à l'inflammation, que du côté de la face dorsale il existe un ongle qui bride cette phalange de ce côté, le gonflement sera ici plus marqué à la face palmaire qu'à la face dorsale ; mais d'un autre côté, contrairement à ce qui se passe pour le panaris superficiel, le gonflement est bridé par le premier pli cutané phalangien, à la face antérieure ; il s'étale au contraire facilement à la face postérieure, au-dessus de l'ongle. A cause même de la structure de cette phalange, à cause de l'épanouissement des filets nerveux, la douleur de cette sous-variété de panaris est plus vive que pour les autres phalanges.

Cette phlegmasie, abandonnée à elle-même, dure fort longtemps, six, huit, dix mois, un an, et même davantage; jusqu'à ce que la phalange soit éliminée, il reste des trajets fistuleux, un gonflement fusiforme des doigts, une suppuration plus ou moins abondante.

Le pronostic n'est pas très grave : la phalange, il est vrai, sera nécrosée, et, partant, devra être éliminée ; mais cette élimination faite, il se forme au centre de la phalange un noyau fibreux, fibro-cartilagineux, l'ongle reste, le doigt est un peu disgracieux, mais les malades se servent de ce doigt, et même du moignon de la phalange.

Le traitement, au début, doit être énergique. L'inflammation sous-cutanée une fois reconnue, on doit de suite avoir recours au bistouri. Les topiques résolutifs, les topiques réfrigérants, la compression, etc., sont des moyens trop incertains pour que l'on s'expose, en les employant, à perdre un temps précieux. L'incision seule peut enrayer l'inflammation, ou du moins l'empêcher d'envahir toute l'épaisseur de la pulpe. — Mais si cette incision, faite de bonne heure, n'a pas entravé la marche du panaris, on doit alors avoir recours aux émollients et attendre que la phalange soit légèrement mobile.

Que si le malade vient consulter le médecin, alors que l'inflammation existe déjà depuis quelque temps, il ne faut pas oublier de lui dire de suite à quels dangers est exposée sa phalange ; s'il existe déjà des trajets fistuleux, à l'aide d'un stylet, il faut reconnaître l'état de la phalange, et voir si le moment est venu d'en pratiquer l'extirpation.

On rencontre assez fréquemment dans la pratique et dans les hôpitaux, des malades qui ont une phalange unguéale volumineuse, avec divers trajets fistuleux, persistant depuis un temps plus ou moins long. A première vue, l'on peut affirmer que la phalange est nécrosée, et que c'est elle qui entretient et alimente cette suppuration.

Si l'art n'intervient pas, la phalange est érodée petit à petit. Ces érosions se montrent de bonne heure. Existe-t-il un panaris de la pulpe depuis un mois au plus, on est sûr de trouver sur la phalange plusieurs petites vacuoles pleines de pus. Après un an et même davantage, on ne trouve plus qu'une phalange ayant à peine la dixième partie de son volume normal, et même quelquefois elle est réduite en trois petits fragments dissocis ; la phalangette certainement finirait par disparaître complétement, mais cela après un an et même bien davantage.

Ces considérations sont assez puissantes pour décider le médecin à agir. Que doit-il faire ?

Il serait hors de propos d'agiter ici la question de l'amputation de la phalange, et je crois qu'on peut la rejeter, pour les cas qui nous occupent, d'une manière absolue. La phalangette est nécrosée, on doit extirper cette phalangette. Pas n'est besoin d'attendre que la phalange soit complétement libre, bien flottante au milieu de la pulpe. M. Velpeau n'hésite pas, quand il a affaire à un panaris de la pulpe datant de quatre à cinq semaines, à faire une incision et à saisir la phalangette avec de fortes pinces. Il l'enlève, en général, assez facilement. A plus forte raison ne doit-on pas hésiter, quand on rencontre de ces faits que j'ai rappelés brièvement plus haut.

Les soins consécutifs sont des plus simples : cataplasmes émollients pendant quelques jours, puis un pansement simple auquel on substituera, vers le sixième ou le huitième jour, un simple emplâtre d'onguent de la Mère, et la guérison a lieu généralement du douzième au vingtième jour.

Avant de passer à la description du panaris profond, faisons remarquer que nous avons fini avec le panaris de la troisième phalange des doigts. C'est assez dire que je rejette le prétendu panaris osseux ou périostique, admis par M. Roux. J'espère, dans le

chapitre suivant, faire rejeter aussi le panaris osseux ou périostique des deuxième et première phalanges, comme je mets de côté celui de la phalangette.

Troisième variété. — *Panaris profond.* — Je n'ai pas eu pour but de donner une description minutieuse des panaris, mais plutôt d'esquisser à grands eraits son étude et ses divisions *anatomiques.* Je m'étendrai peu sur cette troisième variété qui a été surtout bien exposée par les auteurs classiques *sous presque tous les points de vue.*

Dans cette variété de panaris, l'inflammation a pour siége la coulisse fibro-synoviale des doigts; aussi ne l'observe-t-on pas pour la phalange unguéale.

Elle débute quelquefois d'emblée, sous l'influence de causes générales, ou sous l'influence de pressions longtemps répétées, etc.; quelquefois, au contraire, elle succède à la deuxième espèce de panaris, et plus souvent au panaris gangréneux. La coulisse fibreuse, dure, résistante, ne s'enflamme pas facilement, et le médecin peut, dans la généralité des cas, enrayer la phlegmasie avant qu'elle ait envahi la membrane fibro-séreuse.

Une fois que l'inflammation s'est déclarée dans la coulisse fibro-synoviale, qu'elle ait débuté d'emblée dans ces tissus ou qu'elle ait succédé à un panaris sous-cutané, elle offre un cortége de symptômes plus graves que dans les variétés précédentes. Parmi ces symptômes, il en est quelques-nns qui sont en rapport avec la disposition des membranes séreuses, et qui varie suivant que tel ou tel doigt est le siége du mal; mais cette inflammation a un caractère constant, c'est de gagner rapidement toute l'étendue de la membrane séreuse.

Si donc la phlegmasie occupe l'indicateur, le médius ou l'annulaire, elle s'arrête au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de ces doigts. Elle pourra bien ultérieurement dépasser le cul-de-sac synovial, pour s'étendre à la paume de la main, au poignet, à l'avant-bras, mais elle ne se propagera pas de suite à ces régions.

Mais si la phlegmasie occupe le pouce ou le petit doigt, elle envahira immédiatement l'éminence thénar ou hypothénar; suivant que c'est le pouce ou le petit doigt qui sera le siége du mal, elle passera sous le ligament auriculaire et gagnera en un mot la coulisse séreuse des tendons de ces doigts.

J'ai insisté sur la disposition anatomique de ces coulisses séreuses et sur les variétés qu'elles peuvent présenter : or, ici, la pathologie vient encore une fois démontrer l'importance de ces connaissances anatomiques.

Si la gaîne synoviale du pouce est isolée, son inflammation reste isolée et l'on trouve alors, avec les symptômes propres au panaris de la troisième espèce, les symptômes particuliers au pouce : gonflement de l'éminence thénar, du poignet, et l'extrémité inférieure de l'avant-bras à la partie externe, etc.

Si la gaîne synoviale du pouce est en communication avec la gaîne synoviale du petit doigt, la maladie débutant d'abord par le pouce, envahit, du jour au lendemain, l'éminence hypothénar et le petit doigt; elle suit la route opposée, quand elle a eu son point de départ dans l'auriculaire.

Si ce dernier doigt est malade et que sa synoviale communique avec la grande synoviale commune de la paume de la main, l'inflammation envahit très vite la paume de la main, mais elle laisse intacts les doigts indicateur, médius et annulaire. Nous étudierons ultérieurement les symptômes qui accompagnent ces diverses phlegmasies; revenons au panaris proprement dit.

Au début, si l'inflammation a débuté d'emblée dans la coulisse fibro-séreuse d'un doigt, peu de rougeur, peu de changement de couleur à la peau. Le doigt est gonflé uniformément, il a pour ainsi dire la forme d'un fuseau : la phalange unguéale restant indépendante de la phlegmasie. Le doigt est fléchi, recourbé comme un crochet; les mouvements sont très pénibles, quelquefois impossibles, ou provoquent, quand on les fait exécuter, des douleurs les plus violentes. La face dorsale des doigts est modérément gonflée et présente peu ou point de rougeur.

Les symptômes généraux les plus graves marquent le début de la maladie : fièvre intense, soif plus ou moins vive, inappétence et quelquefois même symptômes de l'étranglement. Tout le bras est engourdi, mais les symptômes de ce côté se montrent surtout, quand la phlegmasie s'est propagée à la paume de la main, que le panaris est devenu un phlegmon de la paume de la main.

Si l'inflammation a débuté par la face dorsale des doigts, en raison même du peu de résistance de la coulisse fibro-séreuse, elle peut envahir promptement la face dorsale de la main. Il n'y a point de gonflement alors à la face antérieure des doigts; la flexion est très douloureuse, et l'extension soulage les malades. Cette forme de panaris est rare, et elle succède le plus souvent, quand on l'observe, à une phlegmasie des coulisses fibro-synoviales antérieures.

Quand le panaris de la troisième espèce succède à un panaris sous-cutané, les symptômes varient suivant qu'il a eu pour origine un panaris sous-cutané proprement dit, ou un panaris gangréneux. Dans le premier cas, aux symptômes du panaris de la deuxième espèce viennent s'ajouter les symptômes du panaris profond. Le gonflement occupe toute la longueur du doigt; moins (souvent) la phalange, les mouvements de flexion deviennent excessivement douloureux; le doigt se recourbe en crochet; les symptômes généraux s'aggravent, etc. — Dans le deuxième cas, avant la chute de l'escharre on observe les symptômes que je viens de signaler brièvement, et à la chute de la partie mortifiée on voit la gaîne fibreuse dénudée, entr'ouverte, et quelquefois le tendon malade dont la couleur et l'aspect tranchent sur la couleur et l'aspect de la plaie.

Plus tard, si le panaris profond continue à marcher, du pus se forme, il fuse dans le tissu cellulaire sous-cutané, et l'on aperçoit dans le fond de la plaie, soit naturelle, soit chirurgicale, qui donne issue au pus, le tendon d'un blanc grisâtre, séparé en fibrilles, en faisceaux, qui se détachent plus ou moins facilement. Enfin quand le tendon est mortifié, l'os lui-même est nécrosé : la phlegmasie l'a circonscrit de toutes parts, en envahissant la coulisse fibro-synoviale, et le périoste avec lequel elle se continue.

Si l'os est malade primitivement, ce n'est plus un panaris proprement dit, c'est une ostéite, une nécrose, une carie, tenant le plus souvent à un état général mauvais, un tempérament lymphatique, etc. Dans le panaris, comme nous l'avons déjà vu pour la phalangette, l'os est malade, mortifié, par suite de la destruction de son périoste et des vaisseaux qui l'alimentent. Je rejette donc encore ici le panaris osseux, le panaris périostique tel que le comprenaient les auteurs qui l'ont décrit, et notamment Roux dans l'article du Dictionnaire.

L'inflammation qui attaque la coulisse fibro-séreuse peut s'arrêter spontanément, ou sous l'influence du traitement mis en usage. Le gonflement diminue et disparaît, les symptômes généraux tombent, etc., mais si l'on y prend pas garde, même dans ces cas très rares, et fort heureux, il reste une roideur des doigts permanente et une impossibilité pour les organes d'accomplir leurs divers mouvements. D'autres fois l'enflammation s'arrête, mais après avoir frappé de mort une partie du tendon et une seule phalange; c'est surtout quand le panaris profond a succédé à un panaris sous-cutané, et surtout à un panaris gangréneux. Il semble que la phlegmasie a d'abord préservé les phalanges voisines du point malade, en établissant des adhérences salutaires.

Le diagnostic n'est pas difficile, quand le panaris débute d'emblée dans la coulisse fibro-synoviale. La forme du doigt, sa rétraction, la douleur dans les mouvements, les symptômes généraux, la propagation de la maladie à la paume de la main de tel ou tel côté, suivant que tel ou tel doigt est malade : tous ces signes suffisent pour arriver à démontrer l'inflammation des coulisses fibro-synoviales. Si le panaris profond succède à un panaris sous-cutané, le diagnostic est aussi des plus simples, et j'ai assez insisté sur les symptômes pour que je n'ai pas à les reproduire.

Le pronostic est beaucoup plus sérieux que pour les autres variétés de panaris.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 décembre 1857.

Présidence de M. MICHEL LÉVY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Lettre de M. le ministre du commerce transmettant à l'Académie un rapport de M. RÉGNAULT, médecin inspecteur des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855 (*Comm. des eaux minérales.*)

Notice accompagnant deux échantillons d'une poudre à laquelle le sieur CAIGNAN attribue la propriété de guérir la gravelle. (*Comm. des remèdes secrets et nouveaux.*)

Lettre de M. le Dr BOREL, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Pontoise, dans laquelle ce médecin a consigné des observations relatives à la vaccine et la revaccination, ainsi qu'aux avantages que l'on pourrait retirer, au point de vue de la propagation de ces utiles pratiques, de l'institution des médecins cantonnaux. (*Comm. de la vaccine.*)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE.

Deux lettres de remerciement adressées à l'Académie à propos des récompenses décernées dans l'avant-dernière séance.

LECTURES.

Phthisie syphilitique. — M. SANTERO-MIRONE lit un travail intitulé : *Observation clinique sur plusieurs cas de phthisie syphilitique, pour servir de complément à l'histoire des maladies vénériennes primitives et sur le traitement particulier qui convient à cette maladie.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Barth, Ricord et Depaul.

Recherche médico-légale du sang. — M. COULIER, professeur agrégé de chimie à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaire, donne lecture d'une note *sur un caractère microscopique constant des taches de sang.* — Nous publierons ce travail intéressant qui a été renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bussy, Lecanu et Devergie.

RAPPORTS.

Sirop iodo-tannique.— M. GAULTIER DE CLAUBRY donne lecture des nouvelles conclusions de son rapport sur le *sirop iodo-tannique.* Les effets thérapeutiques de cette préparation, qui n'a pas d'ailleurs, pour elle, un caractère absolu de nouveauté, n'ont pas été suffisamment constatés; il n'y a pas lieu, par conséquent, de lui accorder l'approbation de l'Académie.

Quelques observations sont échangées à propos des conclusions de ce rapport, entre MM. Bondet, Robinet, Michel Lévy, Velpeau et Gaultier de Claubry.

Hémiplégie faciale. — M. ROCHE lit, en son nom et au nom de MM. Larrey et Guérard, un rapport sur un Mémoire intitulé : *La paralysie du nerf facial produite à volonté dans un cas de lésion de l'oreille moyenne,* par M. le docteur DELEAU jeune.

Le but de l'auteur a été de prouver 1° que la paralysie du mouvement d'une des deux joues dépend presque toujours d'une lésion de l'oreille moyenne, et principalement de la compression ou de l'étranglement du nerf facial à son passage dans l'aqueduc de Fallope ; 2° que l'exaltation de l'ouïe qui accompagne quelquefois cette paralysie est un symptôme d'otite interne; 3° qu'il faut, par conséquent, dans le traitement de la paralysie de la face, s'occuper de la maladie de l'oreille qui la produit ; 4° que la paralysie *essentielle* des muscles de la face est beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement.

M. Deleau met d'autant plus de zèle à la démonstration de ces quatre propositions qu'il croit être le premier qui les ait révélées. Mais, sans remonter bien haut dans le passé, on voit qu'en 1792 P. Frank (*Epitome de curandis hominum morbis*, t. I, p. 91), disait avoir constaté la coïncidence de la paralysie faciale avec l'otite interne.

En 1798, Brunninghausen, de Wurtzbourg, rapporte, dans la *Gazette nationale pour l'Allemagne* , trois cas de paralysie faciale persistante et d'origine rhumatismale, due à la compression du nerf facial pendant son trajet à travers le rocher. En 1822, John Shaw établit que les paralysies partielles de la face dépendent généralement d'une lésion ou d'une maladie de la portion dure de la septième paire, et qu'elles sont plus rarement causées par une affection cérébrale. Enfin, en 1824, époque des premières observations de M. Deleau, John Burne et Todd (*Cyclopædia of practical medecine*), ont rapporté l'hémiphlégie faciale à l'inflammation de l'oreille interne.

Ces détails historiques démontrent que M. Deleau est loin d'avoir tous les titres qu'il croit à la paternité des idées émises par lui. Cependant, si l'on tient compte du plus grand nombre des faits publiés, on verra que non-seulement l'otite peut entraîner la paralysie partielle de la face, mais encore qu'elle en est la cause la plus ordinaire, la cause presque unique, et il n'est plus possible de conserver aucun doute si l'on compare le résultat de la thérapeutique dirigée contre la maladie de l'oreille avec ceux du traitement exclusivement dirigé contre la paralysie.

Ce serait peut-être ici le lieu de dire à l'Académie l'opinion de la commission sur les principaux problèmes physiologiques qui se rapportent à la question; on devrait aussi dire et essayer de démontrer que :

« 1° Le nerf facial, ou la portion dure de la septième paire, étant un nerf du mouvement, ne peut jamais être le siége des névralgies de la face;

» 2° Ces lésions se traduisent exclusivement, d'une part par les tics non douloureux, les spasmes convulsifs des muscles de la joue auxquels il se distribue, et d'autre part par l'abolition passagère ou durable de la contractilité de ces mêmes muscles;

» 3° Les névralgies de la face occupent toujours l'un ou plusieurs des trois faisceaux dont se compose le nerf trijumeau ou nerf de la cinquième paire, nerf du sentiment dont elle dessine les ramifications dans leurs douloureux élancements ;

» 4° Dans l'immense majorité des cas, la cause première des désordres fonctionnels, tics non douloureux, spasmes, convulsions et paralysies, localisés dans une joue, doit être cherchée dans l'otite, aiguë ou chronique, dont la souffrance s'est communiquée au nerf facial qui, seul, peut être l'agent de ces troubles.

« Mais ces questions sont graves, et la commission a dû se renfermer dans les humbles limites qu'elle s'est à regret tracées, et terminer là son rapport.

» Elle a donc l'honneur de vous proposer d'adresser une lettre de remerciement à M. Deleau pour son intéressante communication, et de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie. »

DISCUSSION.

M. TROUSSEAU. M. le rapporteur admet que la paralysie du facial reconnaît pour cause presque unique une lésion de l'oreille, et cette assertion il la répète jusqu'à deux fois dans son rapport. Or, c'est là une opinion des plus contestables. A la vérité, dans les hôpitaux d'enfants, et chez les sujets scrofuleux, il est extrêmement commun

de voir survenir la paralysie faciale à la suite d'otite, et cela est même si commun qu'on doit dire que c'est la règle. Mais quand M. Roche vient avancer que la paralysie faciale ordinaire et aiguë, qui survient soudainement, par le froid ou par une cause inconnue, reconnaît pour cause l'inflammation de l'oreille, je m'inscris en faux contre cette assertion et contre les conclusions qui en dérivent.

Pour supposer une otite, il faudrait en avoir observé les symptômes, et je ne vois ni la douleur intense et profonde particulière à l'otite, ni le catarrhe de la trompe d'Eustache. Sans doute, j'ignore le mécanisme suivant lequel a lieu la paralysie du facial ; je ne sais pas si elle est due à la compression que subit le nerf dans son trajet le long de l'aqueduc de Fallope, et par le fait du névrilème tuméfié ; mais ce que je sais bien, c'est qu'il n'y a pas de raison pour attribuer cette paralysie à une inflammation de l'oreille, ainsi que l'a fait M. Roche, que je voudrais voir modifier son rapport à ce sujet.

M. Cloquet. Je pourrais citer, à l'appui des paroles de M. Trousseau, un grand nombre de cas d'hémiplégie faciale complétement indolents. Je me rappelle, entre autres, le fait d'un garde national qui, s'étant endormi en plein air par une belle nuit d'été, se réveilla paralysé d'un côté de la face sans qu'il y eût aucune altération de l'oreille.

M. Cruveilhier. Comme confirmation de ce que viennent de dire mes deux savants collègues, qu'il me soit permis de rappeler le fait de Dupuytren, qui fut frappé d'hémiplégie faciale au milieu d'une leçon. — C'était le commencement de sa déchéance. — Tout à coup, en plein amphithéâtre, il sent que l'air s'échappe involontairement de sa bouche, et il a la force de volonté d'achever sa leçon en s'appuyant le coude sur la table et la face sur la main. Mais il n'en était pas moins frappé de terreur et se croyait atteint d'apoplexie cérébrale. En vain lui affirmais-je qu'il n'avait à déplorer qu'une paralysie du nerf facial, il m'objectait qu'il sentait encore du côté paralysé. C'est qu'en effet il ignorait la distinction physiologique du facial et du trijumeau. — On sait qu'à la suite de cet accident, il fit un voyage en Italie, dans le cours duquel il fut véritablement frappé d'apoplexie.

En tout cas, et pour en revenir au rapport, il est certain qu'on observe de nombreuses paralysies du facial en dehors de toute lésion de l'oreille.

M. Roche. Je suis tout disposé à modifier les termes du rapport, et, au lieu d'avancer que l'inflammation de l'oreille est la cause presque unique de la paralysie de la face, de dire seulement qu'elle en est une cause fréquente. Pour le reste, je n'ai fait que rapporter les opinions des auteurs.

MM. Trousseau et Cloquet. Ils ont tort.

M. Moreau. Notre collègue M. Bricheteau, qui a eu une hémiplégie faciale, pourrait nous dire ce qu'il en est.

M. Bricheteau. Je n'ai jamais éprouvé de douleur.

M. Velpeau. Je ne comprends pas qu'on puisse croire que la paralysie faciale soit le plus ordinairement accompagnée de douleurs d'oreilles, et c'est cependant ce qui ressort des paroles de M. Roche. Or, j'ai peut-être observé plus de cent cas de paralysie du facial, sans qu'il y ait eu la douleur dont on parle et qu'il faut considérer comme une rare exception. De sorte que, bien loin de dire que l'otite est la cause presque unique de cette paralysie, on peut avancer qu'une telle coïncidence est exceptionnelle et rare.

M. Trousseau. Il est si vrai que la paralysie faciale survient le plus souvent en dehors de toute lésion de l'oreille, qu'il m'a été donné d'observer un ouvrier qui, par un temps d'orage, vit tomber le tonnerre à une quarantaine de mètres de lui, et fut paralysé à la seconde d'une moitié de la face. Il n'y avait, par conséquent, pas là de lésion antérieure de l'oreille.

M. Roche. Le fait que vient de citer M. Trousseau pourrait bien n'être pas, autant qu'il le croit, en faveur de son opinion ; car on peut dire que par le fait de la détonation du tonnerre il y eut, chez le malade dont il parle, un violent ébranlement de la membrane tympanique.

M. Larrey. La divergence des opinions dépend des conditions particulières où s'est trouvé chaque observateur. Ainsi, les spécialistes qui traitent les maladies de l'oreille, comme M. Deleau, ont pu souvent observer des paralysies faciales coïncidant avec des otites. Tandis que les médecins qui observent dans les conditions habituelles, voient fréquemment les paralysies faciales simples.

M. Velpeau. Je ne crois pas que l'opinion de M. le rapporteur puisse passer sans protestation devant l'Académie. Que l'otite puisse déterminer la paralysie faciale, cela n'est pas douteux, mais c'est exceptionnel. Je demande à M. Roche s'il a des observations en certain nombre à l'appui de ce qu'il avance ; j'ai, quant à moi, un très grand nombre d'observations contraires.

M. Roche. Je possède quelques observations personnelles, mais je ne les ai point ici.

M. Larrey. Bien que j'aie signé le rapport, je dois reconnaître qu'on a trop généralisé les observations particulières de M. Deleau.

M. le Président fait observer que la discussion qui vient d'avoir lieu exprimant suffisamment l'opinion de l'Académie et devant être insérée dans les *bulletins*, à la suite du rapport, il n'est peut-être pas nécessaire de modifier celui-ci. Il en met conséquemment aux voix les conclusions qui sont adoptées.

Elections. — M. le Président fait connaître à l'Académie le résultat des différents scrutins pour la nomination des membres des commissions permanentes. Ont été élus :

1° Dans la commission des épidémies,
MM. Bouillaud et Michel Lévy ;
2° Dans la commission des eaux minérales,
MM. Patissier et Henry ;
3° Dans la commission des remèdes secrets,
MM. Chevallier et Guibourt ;
4° Dans la commission de vaccine,
MM. Cazeaux et Bouvier ;
5° Dans le comité de publication,
MM. Rostan, Barth, Jobert, Velpeau et Boullay.

La séance est levée à quatre heures vingt minutes.

CERCLE DES SCIENCES

Réunion scientifique du vendredi 25 décembre 1857.

Présidence de M. Chassaignac.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Ont adressé une demande écrite :

M. le docteur Tarnier, présenté par MM. Coffin et Chassaignac;

M. le docteur Martin-Magron, présenté par MM. Dupré et Joulin ;

M. Henri d'Or, présenté par MM. Em. Duval et Janouchkiéwich ;

M. le docteur Delanglard, présenté par M. Chassaignac et M. le baron Heurteloup ;

M. le docteur Tavignot, présenté par MM. Veyne et de Castelnau ;

Et M. le docteur Duvivier, présenté par MM. Chassaignac et Boulu.

M. le président met au scrutin secret l'élection de MM. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Léménant des Chénais, Blum, Moulin, Plouviez et Deschanel. Ces candidats ayant obtenu la majorité, sont nommés membres du Cercle des sciences.

Destruction des insectes qui dévorent les grains.

M. de Castelnau fait la communication suivante :

Personne de nous, messieurs, n'a oublié que l'équité, l'indépendance, la liberté, j'oserais volontiers dire l'égalité scientifique, si l'on n'avait pas tant déconsidéré le mot, est une des pensées prédominantes qui ont présidé à la fondation du Cercle des Sciences. Je suis appelé aujourd'hui à donner une preuve éclatante que le Cercle n'a point oublié ses promesses ni son origine.

Dans la séance du 12 mai dernier de l'Académie des Sciences, l'un des membres les plus distingués de ce Cercle, M. Doyère, communiqua une note sur la destruction des charançons à l'aide de diverses vapeurs anesthétiques, notamment avec les vapeurs de chloroforme et de sulfure de carbone. Ce n'était point avec une théorie physiologique ni même avec quelques expériences de laboratoire que M. Doyère se présentait devant l'Académie ; dans une mission qu'il avait reçue de M. le ministre de la guerre et qui dura de septembre 1856

à mars 1857, il appliqua son procédé, avec le succès le plus complet, sur une quantité colossale de grains, je n'oserais pas dire, dans la crainte d'exagérer, sur plusieurs centaines de mille hectolitres ; mais c'est au moins sur plusieurs dizaines. Cette communication produisit donc une sensation fort légitime.

Au mois d'octobre dernier, M. Garreau, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, adressa à l'Académie des Sciences une réclamation que les comptes rendus officiels se contentèrent pour ainsi dire de mentionner et que le *Moniteur des Hôpitaux* ne put que mentionner aussi, mais en faisant observer que cette mention ne renfermait pas les éléments nécessaires pour permettre de juger la réclamation de M. Garreau.

Cette question en était là quand j'ai reçu de Lille, pour être communiquée au Cercle des Sciences la note destinée à établir les droits de M. Garreau. Cette note, ainsi que me l'avaient annoncé une lettre particulière et un article récent d'un journal quotidien de Lille, est imprimée dans un recueil d'agriculture, les *Archives d'Agriculture du nord de la France*, t. II, n° 5, juillet 1854, p. 195. Je vais en donner lecture au Cercle ; ce sera le meilleur moyen de lui en faire apprécier la portée. En voici le texte :

NOTE SUR LA DESTRUCTION DES CHARANÇONS DU BLÉ

Par M. GARREAU

« Appelé par M. le ministre de la guerre à faire partie d'une commission instituée dans le but d'examiner la valeur d'un procédé vanté comme propre à détruire ou à mettre en fuite la calandre du blé, procédé trouvé, du reste, complétement inefficace, j'obtins de l'obligeance de M. L'heureux (1), directeur du Magasin des vivres, quelques échantillons de blé fortement charençonné, sur lesquels je me proposai de faire quelques expériences, à l'effet d'examiner l'action physiologique de quelques substances toxiques sur l'insecte et ses larves.

» Toutes les espèces de la nombreuse famille des *curculionités* et principalement les *Sitophilus granarius* et *S. oryzæ* ou *charançon du blé* et *du riz* résistent aux agents employés pour les mettre en fuite ou les détruire, car de tous les moyens mis en jeu, une température élevée, des courants d'air frais, l'air desséché à l'aide de la chaux, la tarare brise-insecte et le pelletage, ont seuls produit quelques faibles résultats dont les avantages sont encore loin, pour la plupart, de couvrir les frais qu'ils occasionnent.

» Trouver un moyen à la fois plus efficace et moins coûteux que ceux mis en pratique jusqu'à ce jour, tel était le but de mes essais, et les résultats qu'ils ont donnés sont dignes, du moins je le pense, d'attirer l'attention des hommes pratiques.

» Pour arriver plus sûrement au but que je me proposais d'atteindre, il était nécessaire de s'adresser aux substances toxiques, gazeuses, ou à celles susceptibles de se réduire aisément en vapeurs et capables, en se mêlant à l'atmosphère confinée, d'atteindre l'insecte et ses larves partout où il pourrait se réfugier. Les substances successivement essayées étaient :

» 1° Les acides sulfureux, sulfhydrique, chlohydrique, carbonique et l'oxyde de carbone; 2° l'essence de térébenthine, le camphre, le chloroforme, l'huile de Naples et le sulfate de carbone.

» Le blé atteint par les larves et peuplé de charançons nombreux, était placé dans des caisses de 1 mètre carré, hermétiquement fermées, de manière à occuper un dixième de la capacité, puis un volume déterminé de chacun des gaz ou des corps vaporisables précédemment indiqués était ajouté à l'atmosphère de ces caisses.

» Après 12 heures de contact, les caisses parfaitement closes étaient ouvertes et le blé et les insectes examinés avec soin pendant plusieurs jours. Toutes les substances essayées, à l'exception du camphre et de l'acide carbonique, ont agi sur le charançon et sur sa larve en les plongeant graduellement dans un état léthargique dont ils ne sortaient souvent qu'après deux ou trois jours d'exposition à l'air chaud; un certain nombre était tué.

» Toutefois, ce résultat, comme on le voit, très-incomplet, n'était obtenu qu'à l'aide de qnantités que le prix de revient empêcherait de rendre pratique.

» Au milieu des agents essayés, l'un d'eux vint à fixer mon attention par la rapidité avec laquelle il agit et la quantité minime dont il est nécessaire d'en imprégner l'atmosphère pour la rendre toxique.

» Cette substance est le sulfure de carbone, produit facile à préparer, peu coûteux, et que sa volatilité permet de mêler avec facilité aux éléments de l'air. Cinq grammes de cette substance volatilisée dans un mètre cube d'air produisent sur le charançon les effets suivants : Après trente minutes, l'insecte, qui auparavant grimpait avec facilité aux parois de la caisse, ne possède plus assez de force pour le faire. Deux heures plus tard, la précision de ses mouvements a diminué à ce point qu'il culbute facilement sur les grains de blé et n'a plus la force de se relever. Six heures plus tard, il n'exécute plus que de faibles mouvements, et vingt-quatre heures après, il est privé de tout mouvement et bien mort, ce dont je me suis assuré en conservant du blé charançonné, ainsi traité pendant huit mois. Les larves de cet insecte subissent le même sort ; elles meurent même avant lui.

» Ces expériences, faites sur une petite échelle, il est vrai, permettent cependant de supposer que des résultats semblables seraient obtenus dans les magasins à blé, si on agissait avec les mêmes proportions relatives et dans des locaux hermétiquement fermés, dernière condition qu'il serait facile de réaliser en bouchant les joints des portes et des fenêtres à l'aide de bandes de papier et de colle. Cinq kilogrammes de sulfure de carbone, directement répandus dans un magasin de mille mètres cubes, suffiraient donc pour détruire tous les insectes qu'il pourrait contenir, *charançons, larves, alucites*. J'ajouterai que le blé qui a eu le contact des vapeurs de sulfure de carbone acquiert momentanément l'odeur désagréable de cette substance, mais cette odeur disparaît rapidement par l'aération. »

Vous connaissez maintenant, messieurs, dans toute sa teneur, le titre qu'invoque M. Garreau à l'appui de sa réclamation de priorité pour une découverte fort importante, et qui vaut certes bien la peine d'être disputée. Je ne chercherai point à devancer le jugement que vous et le public porterez sur la légitimité de cette réclamation. Ce que je puis, ce que je dois dire, c'est que je ne doute pas un instant que M. Doyère n'ignorât complétement les expériences de M. Garreau, quand il a imaginé et appliqué sur la plus vaste échelle le procédé de destruction dont nous nous occupons ; mais je dois ajouter aussi que l'ignorance où se trouverait un second occupant des titres de propriété du premier occupant, n'enlèverait rien aux droits de celui-ci, quand il s'agit d'ailleurs de la même propriété.

Est-ce là le cas actuel ? M. Doyère se serait sans doute empressé de venir vous édifier complétement à cet égard, si un état de maladie et peut-être aussi des circonstances particulières ne l'en avaient empêché. En attendant que nous puissions entendre ses explications, le Cercle a rempli sa mission en exposant loyalement à tous les regards tous les éléments d'un débat d'autant plus digne d'intérêt qu'il est inspiré par la plus légitime rivalité, celle d'avoir fait progresser la science et l'économie sociale pratique.

Mouvements du cœur. M. Hiffelsheim expose plus en détail sa théorie des mouvements du cœur. Nous publierons *in extenso* son intéressante communication.

Nota. — La réunion scientifique du Cercle des sciences, qui devait avoir lieu le vendredi, 1er janvier 1858, est renvoyée au vendredi 8 janvier.

VARIÉTÉS.

Nous avons à annoncer la triste nouvelle de la mort de M. Baudens, inspecteur membre du conseil de santé des armées. — L'autopsie a démontré que M. Baudens a succombé à un cancer du foie.

Le rédacteur en chef : H. DE CASTELNAU.

(1) M. L'heureux, alors officier principal de l'administration militaire à Lille, est aujourd'hui en retraite à Paris.

Paris. — DUBUISSON et Ce, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.



LE MONITEUR DES HOPITAUX

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME CINQUIÈME.

NOTA. — Par suite d'une erreur typographique dans la numérotation des pages, après 1099 vient la page 2000; de même, après 2099, vient la page 3000.

A

B

C

TABLE ALPHABÉTIQUE

PAR NOMS D'AUTEURS.

PARIS. — DUBUISSON et Cᵉ, imprimerie spéciale pour les journaux, rue Coq-Héron, 5.

